

**DE VRIJGEVESTIGDE VERLOSKUNDIGE
IN NEDERLAND: werk en werkdruk**

augustus 1994

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Lea Jabaaij
Marcus Winckers
Lammert Hingstman
Wouter Meijer

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

vrijgevestigde

De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk / Lea Jabaaij ... (et al.).
- Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van WVC. - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-255-5

Trefw.: verloskunde; Nederland / werkbelasting; verloskunde.

Opmerkingen: gewijzigde kaart.

VOORWOORD

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag is gedaan, is uitgevoerd in nauw overleg met een begeleidingscommissie bestaande uit vertegenwoordigers van de NOV, het Ministerie van WVC, de Geneeskundige Hoofdinspectie, de zorgverzekeraars en vertegenwoordigers uit de wetenschappelijke wereld. De samenstelling was aldus:

- prof. dr. F. Vorst, voorzitter
- Drs. T. Zengerink, Ministerie van WVC, Directie A.G.B.
- Drs. J.M. Blaas, Ministerie van WVC, Directie V.M.P.
- Mw. drs. A. Crébas, persoonlijke titel
- Mw. J. Zwart, NOV
- Mw. mr. I. Smit-van Wijk, NOV
- drs. Th. Gerritsen, VNZ
- drs. H.P.M. Jansen, KLOZ
- Mw. M.G. de Boer, Geneeskundige Hoofdinspectie v.d. Volksgezondheid

Wij danken de leden van de commissie voor hun constructieve bijdrage aan het rapport.

Op verzoek van de onderzoekers is door de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen een praktijkgroep van verloskundigen samengesteld, die heeft gefungeerd als gesprekspartner tijdens het onderzoek. Deze groep bestond uit:

- mevr. J.C.A. van de Coevering
- mevr. D. Daemers.
- mevr. M.W.P. v.d. Donk
- mevr. A. Hertzberger
- mevr. J.A.M. v.d. Heiden
- mevr. H. Playfair

Dankzij de adviezen vanuit deze groep verloskundigen is het onderzoek beter afgestemd op de realiteit van de zorg die door verloskundigen wordt verleend.

Statistisch advies is verkregen van Dr. J.A.J. Faber, verbonden aan het Centrum voor Biostatistiek van de Universiteit van Utrecht.

Advies over de techniek van tijdsregistratie is gegeven door mevr. dr. ir. T. van der Lippe en prof. dr. P.G.M. van der Heijden, beiden verbonden aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Utrecht.

Gedurende een aantal weken hebben wij de dagelijkse werkzaamheden van de deelnemers aan dit onderzoek verzwaard met formulieren die tot op de minuut nauwkeurig dienden te worden ingevuld. Zonder de medewerking van een groot aantal verloskundigen zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest. Wij willen hen dan ook hartelijk bedanken.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van en gefinancierd door het Ministerie van WVC.

INHOUD

OVERZICHT GEBRUIKTE BEGRIPPEN	1
1. INLEIDING	5
1.1 Voorgeschiedenis van het onderzoek	5
1.2 Het onderzoek	6
2. METHODEN	8
2.1 Opzet onderzoek	8
2.2 Selectie deelnemers	8
2.2.1 De stratificatie-procedure	8
2.2.2 De steekproef	9
2.2.3 Exclusie-criteria	10
2.3 Respons en participatie	10
2.3.1 Participanten	10
2.3.2 Non-participanten	12
2.4 Meetinstrumenten	13
2.4.1 Tijdsregistratie dagelijkse werkzaamheden	13
2.4.2 Tijdsregistratie niet-frequente werkzaamheden	13
2.4.3 Tijdsregistratie cliënten	14
2.4.4 Tijdsregistratie observatoren	14
2.4.5 Vragenlijst non-participanten	14
2.4.6 Vragenlijst praktijkenmerken	14
3. REPRESENTATIVITEIT EN BETROUWBAARHEID	15
3.1 Verificatie representativiteit	15
3.1.1 Representativiteit registratie-periode voor wat betreft het aantal baringen op landelijk niveau	15
3.1.2 Representativiteit registratie-periode voor wat betreft het aantal baringen op praktijkniveau	16
3.1.3 Overdracht tijdens de baring	17
3.1.4 Plaats van de baring	17
3.1.5 Leeftijd van vrouwen bevallen in de 1e lijn	17
3.1.6 Pariteit vrouwen bevallen in de 1e lijn	17
3.1.7 Conclusie	17

3.2	Verificatie betrouwbaarheid en nauwkeurigheid	18
3.2.1	Observaties spreekuur, huisbezoek, reistijd, overleg	18
3.2.2	Baringen	19
3.2.3	Niet-frequente werkzaamheden	20
3.2.4	Verskil in geregistreerde werktijd tussen selectie-verloskundigen en collega's	20
3.2.5	Conclusie	20
4.	GEMIDDELDE TIJDSBESTEDING VAN VERLOSKUNDIGEN	21
4.1	Berekening werktijd per cliënte	21
4.2	Berekening werktijd per zorgenheid	22
4.2.1	Definitie	22
4.2.2	Methode	24
4.2.3	Berekening	25
4.3	Berekening gewerkte tijd per week	25
4.4	Specificatie van de gewerkte tijd	27
4.4.1	Verdeling van gewerkte tijd over de diverse werkzaamheden	27
4.4.2	Tijd besteed aan bereikbaarheid en beschikbaarheid	28
4.4.3	Spreiding van de tijd besteed aan partus	30
4.5	Conclusies	31
5.	DETERMINANTEN VAN TIJDSBESTEDING	32
5.1	De gewerkte tijd per zorgenheid	33
5.1.1	De invloed van urbanisatiegraad op gewerkte tijd per zorgenheid	33
5.1.2	Invloed van praktijkvorm op gewerkte tijd per zorgenheid	34
5.1.3	Samenvatting	37
5.2	Spreekuur	38
5.2.1	De invloed van praktijkvorm	38
5.2.2	De invloed van cliënte-kenmerken	39
5.2.3	Samenvatting	41
5.3	Huisbezoek	41
5.3.1	De invloed van praktijkvorm	41
5.3.2	De invloed van cliënte-kenmerken	42
5.3.3	Reistijd	45
5.3.4	Samenvatting	45
5.4	Baringen	46
5.4.1	De invloed van praktijkvorm	46
5.4.2	De invloed van cliënte-kenmerken	47
5.4.3	Samenvatting	48
5.5	Overleg	48
5.5.1	Samenvatting	51
5.6	Niet-frequente werkzaamheden	51
5.6.1	Samenvatting	52
5.7	Assistentes	52
5.7.1	Samenvatting	54
5.8	Conclusies	54

6.	WERKDruk, PLAATS VAN DE BARING EN VERWIJSGEDRAG	56
6.1	Relatie tussen werkdruk en plaats van de baring	57
6.1.1	Relatie tussen de gewerkte tijd en het percentage thuisbevallingen	57
6.1.2	Relatie tussen praktijkgrootte en het percentage thuisbevallingen	58
6.2	Relatie tussen werkdruk en verwijsgedrag	59
6.2.1	Relatie tussen de gewerkte tijd en verwijsgedrag	60
6.2.2	Relatie tussen praktijkgrootte en verwijsgedrag	60
6.3	Conclusies	61
7.	ORGANISATIE VAN DE VERLOSKUNDIGE ZORG	62
7.1	Algemene organisatorische aspecten	63
7.1.1	Praktijksamenstelling	63
7.1.2	Samenstelling cliëntenbestand	64
7.1.3	Organisatie van beschikbaarheid en bereikbaarheid	65
7.1.4	Verloskundig beleid	70
7.2	Praktijkwerkzaamheden	73
7.2.1	Spreekuur	73
7.2.2	Huisbezoeken c.q. kraamvisites	80
7.2.3	Partus	84
7.2.4	Overleg	88
7.2.5	Administratie	91
7.2.6	Financiële administratie	94
7.3	Conclusie	96
8.	OMVANG EN REDEN VAN UITTREDEN EN HERINTREDEN	97
8.1	Inleiding	97
8.2	Gegevensverzameling	98
8.2.1	Gegevens uit de registratie van verloskundigen	98
8.2.2	Schriftelijke enquête	98
8.3	Uittreden	99
8.3.1	Aantal	99
8.3.2	Kenmerken	100
8.3.3	Redenen om uit te treden	104
8.3.4	Samenvatting	110
8.4	Herintreden	111
8.4.1	Aantal	111
8.4.2	Kenmerken herintreders	112
8.4.3	Enkele achtergrondgegevens van de herintreders uit de periode 1990-1993	113
8.4.4	Redenen om destijds het werk tijdelijk neer te leggen	115
8.4.5	Redenen om weer aan de slag te gaan	116
8.4.6	Bijscholing	117
8.4.7	Samenvatting	118
8.5	Conclusies	119

9.	BESPREKING EN CONCLUSIES	120
9.1	Tijdsbesteding	120
9.1.1	Meetinstrumenten	120
9.1.2	Zorgenheid	121
9.1.3	Gewerkte tijd per week	122
9.1.4	Cliënt- en niet-clientgebonden werkzaamheden	123
9.1.5	Invloed van cliënte-kenmerken	124
9.1.6	Invloed van praktijkvorm	126
9.1.7	Plaats van bevallen en verwijsgedrag	127
9.2	Organisatie van de verloskundige zorg	129
9.3	Uittreden en herintreden	130
9.4	Behoefteraming	131
10.	SAMENVATTING	133
	LITERATUUR	137
	BIJLAGEN	
1	Berekening van gewogen gemiddelde, variantie, betrouwbaarheidsinterval	139
2	Vragenlijst 'Praktijckenmerken'	141
3	Vragenlijst 'Uittreden en herintreden binnen de beroepsgroep verloskundigen'	161

OVERZICHT GEBRUIKTE BEGRIPPEN

achterwacht

Dienst waarbij de verloskundige bereikbaar en beschikbaar is voor de (bevallings)-dienstdoende verloskundige, indien deze niet in staat is aan alle gevraagde verloskundige bijstand te voldoen

bevallingsdienst

Dienst waarbij de verloskundige bereikbaar en beschikbaar is voor spoedeisende hulp, zoals bijvoorbeeld het begeleiden van een baring

cliënte, gewerkte tijd per

De tijd die een verloskundige gemiddeld besteedt aan de cliëntgebonden zorgverlening van een cliënte die het volledige traject aan zorg bij haar doorloopt. Het gaat hier om de tijd besteed aan spreekuurconsulten, de begeleiding gedurende de partus en huisbezoeken

cliëntgebonden werkzaamheden

Werkzaamheden waarvan de tijdsbesteding is te relateren aan één enkele cliënte, aangezien deze in direct contact met haar zijn uitgevoerd. Het gaat hier om de tijd besteed aan spreekuurconsulten, de begeleiding gedurende de partus en huisbezoeken

correlatie-coëfficiënt

de statistische relatie tussen 2 variabelen. De waarde kan theoretisch fluctueren tussen +1 en -1. Een correlatie-coëfficiënt van +1 of -1 wil zeggen dat er een perfecte positieve of negatieve relatie is tussen de twee variabelen. Bij een coëfficiënt 0 is er geen verband. Kan ook gelezen worden als richtingscoëfficiënt

COTG-bevallingen

De door het COTG gehanteerde systematiek van honorarium-berekening sluit niet geheel aan bij de in het veld gehanteerde terminologie. Voor de berekening van het norminkomen gaat het COTG uit van een normatieve praktijkgrootte van 155 bevallingen per jaar. In dit kader verstaan zij onder een 'bevalling': een vrouw die het volledige traject aan zorg bij een verloskundige doorloopt. Onvolledige zorg, bijvoorbeeld verleend aan vrouwen die op enig moment gedurende de zwangerschap worden overgedragen, is hier niet inbegrepen. Om deze reden is het niet mogelijk om de COTG-bevallingen in het kader van dit onderzoek als maat voor de praktijkgrootte te nemen.

Een verloskundige die per jaar 155 bevallingen begeleidt, zal een inkomen hebben dat ligt ruim boven het norminkomen. Zij krijgt immers naast de 155 volledige zorggevallen ook een gedeeltelijk honorarium voor de vrouwen aan wie zij slechts partiële zorg verleent. Zij kan haar norminkomen dus halen bij een lager aantal 'bevallingen' per jaar

duopraktijk

praktijk van twee geassocieerde zelfstandig gevestigde verloskundigen met eventueel een (vaste) waarneemster

groepspraktijk

praktijk van drie of meer geassocieerde zelfstandig gevestigde verloskundigen met eventueel een (vaste) waarneemster

herintreder

verloskundige die met de verloskundige werkzaamheden start, nadat men daarvoor met een tussenperiode van minimaal één jaar onafgebroken niet als verloskundige heeft gewerkt, alsmede vóór die tussenperiode minimaal één jaar als verloskundige werkzaam is geweest

losse kraambedden

Vrouwen die alleen gedurende het kraambed zorg van de verloskundige hebben ontvangen. Bij deze vrouwen is de prenatale zorg en de zorg gedurende de bevalling in de regel verleend door een gynaecoloog

LVR-1

Landelijke Verloskunde Registratie eerste lijn, waaraan in 1991 72% van de verloskundige praktijken in Nederland participeerden. Registreert gegevens van de cliënten die onder zorg zijn bij de verloskundige

niet-cliëntgebonden werkzaamheden

Werkzaamheden waarvan de tijdsbesteding niet direct is te relateren aan één enkele cliënte, aangezien deze zijn uitgevoerd zonder dat er direct contact met haar is. Het gaat hier om overleg, administratie, telefonisch spreekuur, allerlei praktijkwerkzaamheden en minder frequent voorkomende werkzaamheden (zie onder niet-frequent voorkomende werkzaamheden)

niet-frequente werkzaamheden

Werkzaamheden die zoals de naam zegt, minder frequent worden verricht. Verloskundigen hebben de tijd die zij hieraan besteden geschat. Het gaat om het bijwonen van kringvergaderingen, het bijhouden van vakliteratuur, bij- en nascholing, GVO-activiteiten, het begeleiden van stagiaires, NOV werkzaamheden en voorbereiden van de belastingformulieren

praktijkassistent

assistent in een functie vergelijkbaar met een doktersassistent

significantie-niveau

geeft aan hoe groot de kans is dat het gevonden verschil op toeval berust. In dit onderzoek gebruiken we respectievelijk 1% ($p < 0,01$) of 5% ($p < 0,05$)

solopraktijk

praktijk van één zelfstandig gevestigde verloskundige met eventueel een (vaste) waarneemster

uittreder

verloskundige die de verloskundige werkzaamheden heeft neergelegd (minimaal één jaar), nadat men daarvoor minimaal één jaar onafgebroken als verloskundige werkzaam is geweest

urbanisatiegraad

Op basis van de CBS-indeling onderscheiden we de volgende niveaus:

- ruraal: landelijk gebied, verstedelijkt landelijk gebied en kleine steden (tot 30.000 inwoners in de woonkern)
- suburbaan: forensengemeenten, middelgrote steden (tot 50.000 inwoners in woonkern)
- urbaan: grote steden (meer dan 50.000 inwoners in woonkern), met uitzondering van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht
- grote stad: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht

zorgeenheid

In dit onderzoek gebruikte maat voor de praktijkgrootte. Het aantal zorgeenheden in een praktijk komt overeen met het aantal begeleide partus per jaar, inclusief de durante partu doorverwezen partus.

De vrouwen die slechts een deel van het volledige traject aan zorg bij de verloskundige doorlopen zijn hier impliciet inbegrepen. Op basis van de gegevens verzameld in dit onderzoek betekent dit dat een verloskundige die 100 bevallingen per jaar begeleidt, daarnaast gemiddeld 27 vrouwen verwijst naar de 2e lijn op enig moment gedurende de zwangerschap, en 29 vrouwen heeft waarbij zij postnatale begeleiding verricht zonder bij deze vrouwen de (gehele) prenatale zorg te hebben verleend. Onder deze laatste categorie vallen de zogenaamde 'losse kraambedden' en de vrouwen die prenataal zijn overgedragen aan de gynaecoloog waar zij de verdere prenatale en natale zorg hebben ontvangen, maar nu voor het kraambed weer bij de verloskundige komen

zorgeenheid, gewerkte tijd per

Berekend door de totale gewerkte van alle participanten in de praktijk bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal zorgeenheden, d.w.z het aantal begeleide partus waarbij zijn inbegrepen de durante partu doorverwezen vrouwen

1. INLEIDING

1.1 Voorgeschiedenis van het onderzoek

Van verloskundigen zijn geluiden te horen over de hoge werkdruk die onder andere veroorzaakt wordt door een tekort aan verloskundigen. Om een verklaring voor dit tekort te vinden heeft de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen een onderzoek laten uitvoeren waarin twee vragen zijn beantwoord: 1) is de beroepskrachtenplanning welke tot op heden door WVC is verricht wel doeltreffend, gezien het ontstane tekort? en 2) wat zijn de mogelijke oorzaken van het tekort aan verloskundigen? In 1992 verschenen twee nota's van de hand van mevr. drs. A.H.A. Crébas: Beroepskrachtenvoorziening Nota I en Beroepskrachtenvoorziening Nota II [1,2]. In deze nota's geeft zij aan dat het uitgangspunt van het Ministerie van WVC voor de berekening van de beroepskrachtenplanning onjuist is. Het Ministerie gaat er namelijk vanuit dat de taakinhoud en de beroepsuitoefening van de verloskundige de afgelopen decennia zo weinig zijn veranderd dat zij niet van invloed zijn op het noodzakelijke volume van de beroepsgroep. De auteur is van mening dat dit niet juist is. Zij stelt dat de taak van de verloskundige is verzwaaard onder invloed van allerlei sociaal-culturele en medisch-verloskundige ontwikkelingen. De behoefte aan psycho-sociale begeleiding van de zwangere vrouw is om een aantal redenen toegenomen. Door een toenemende migratie worden sociale verbanden zwakker en vindt een individualisering van de samenleving plaats. Door een verkleining van de gezinnen zijn zwangerschap en bevalling unieke gebeurtenissen geworden, waardoor de verloskundige meer tijd aan de begeleiding en opvang van de weinig ervaren zwangere dient te geven. Daarnaast heeft er in de afgelopen decennia een mentaliteitsverandering plaatsgevonden. Er is een grotere openheid voor de emotionele verwerking van seksualiteit en lichamelijkeheid. Dit komt ook tot uiting in de manier waarop vrouwen zich voorbereiden op en omgaan met de zwangerschap en geboorte. Niet alleen op sociaal gebied is er veel veranderd ook op medisch terrein heeft de verloskundige haar taken zien toenemen. Om een goede zorgverlening te kunnen garanderen is het van groot belang dat de verloskundige tijd besteedt aan deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking door het lezen van vakliteratuur, het bijwonen van bij- en nascholing, het bezoeken van symposia en deelname aan intercollegiale toetsing. Het Ministerie houdt volgens drs. Crébas bij de berekening van de beroepskrachtenplanning te weinig rekening met veranderingen op deze gebieden. Daar komt bij dat 62% van de verloskundigen jonger is dan 40 jaar [3]. In tegenstelling tot vroeger wordt het beroep van verloskundige minder als een roeping en meer als een professie gezien, dat vaak gecombineerd wordt met andere taken zoals moederschap. Veel verloskundigen wensen dan ook niet het aantal bevallingen behorend bij een normpraktijk te begeleiden, aangezien dit een voor hen ongewenste hoge belasting inhoudt. Dit betekent dat er bij een gelijkblijvend aantal geboorten meer verloskundigen nodig zijn. Een blik in het advertentie-gedeelte van het maandelijks verschijnende Tijdschrift voor Verloskundigen leert dat het hieraan ontbreekt. Veel verloskundigen zijn hierdoor min of meer gedwongen meer uren te werken dan zij wensen.

Niet alleen is er een tekort aan verloskundigen, ook het aantal bevallingen dat een verloskundige in een normpraktijk dient te begeleiden om haar norminkomen te halen

staat ter discussie. De Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV) zendt al jaren signalen uit dat de werkweek van een verloskundige in een normpraktijk niet overeenkomt met dat wat maatschappelijk acceptabel wordt geacht. Om meer inzicht te krijgen in de werkdruk en tijdsbesteding van verloskundigen heeft het Ministerie van WVC eind 1992 op verzoek van de NOV aan het NIVEL de opdracht gegeven tot een onderzoek naar het werk van de verloskundige.

1.2 Het onderzoek

De onderzoeksvragen omvatten in feite drie thema's. Een eerste thema is de **tijdsbesteding** van verloskundigen. Het gaat hier om het vaststellen van de werktijd van verloskundigen, de determinanten van verschillen in tijdsbesteding en de gevolgen hiervan voor het verloskundig handelen. Deze onderwerpen zijn verwoord in de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de gemiddelde tijdsbesteding van vrij gevestigde verloskundigen in Nederland, ingedeeld naar tijd besteed aan verloskundig handelen, resp. beschikbaarheid of bereikbaarheid, niet-cliëntgebonden activiteiten en 'vrije tijd'?
2. Wat zijn de determinanten van deze verleende verloskundige zorg en tijdsbesteding, zowel aan de vraagkant (kenmerken van cliënten) als aan de aanbodkant (zoals kenmerken verloskundige praktijk)?
3. Bestaat er een verband tussen enerzijds de ervaren werkdruk en anderzijds de verhouding tussen poliklinische en thuisbevellingen, alsmede het verwijsgedrag?

Een tweede thema behelst de **praktijkorganisatie** van verloskundigen. Het antwoord op deze vraag dient meer inzicht te geven in de verloskundige praktijkvoering. Waar mogelijk zullen we nagaan of er een verband bestaat tussen de praktijkorganisatie en de tijdsbesteding. Onderzoeksvraag 4 luidt:

4. Hoe is de verloskundige zorg georganiseerd welke verleend wordt aan cliënten die zich laten inschrijven bij vrijgevestigde verloskundigen? Is er een verband tussen de wijze waarop het werk in de praktijk is georganiseerd en de geregistreerde tijdsbesteding?

Een derde thema heeft slechts indirect met werkdruk te maken. Zoals in hoofdstuk 1.1 is verwoord is er in Nederland een tekort aan verloskundigen. Het aantal beschikbare verloskundigen wordt beïnvloed door de instroom (opleidingscapaciteit) en de uitstroom. Met de instroom houden wij ons in dit onderzoek niet bezig. Onderzoeksvraag 5 gaat na wat de omvang van **uittreden en herintreden** is en wat voor verloskundigen de redenen zijn om een dergelijke stap te maken. Onderzoeksvraag 5 luidt:

5. Wat zijn in de afgelopen periode de ontwikkelingen in het aantal en de kenmerken van uittreeders en herintreders en wat zijn de belangrijkste redenen voor verloskundigen om de werkzaamheden neer te leggen, c.q. weer aan de slag te gaan?

De laatste vraag die we in dit rapport behandelen, is onderzoeksvraag 6:

6. Wat is het verband tussen de bevindingen uit de deelonderzoeken op het gebied van vraag 1 tot en met 5 tegen de achtergrond van het beleid ten aanzien van de verloskunde in het algemeen (bijvoorbeeld de menskracht) en het aandeel van de verloskundige in het bijzonder?

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van dit onderzoek in hun onderlinge samenhang.

Vóór de aanvang van het onderzoek uitte de NOV de wens in de loop van 1993 te beschikken over een schatting van de gemiddelde tijdsbesteding van vrij gevestigde verloskundigen, in verband met het overleg inzake het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). In de praktijk betekende dit dat het onderzoek uitgevoerd is in twee fasen, waarbij in beide fasen identieke gegevens zijn verzameld. In het in juni 1993 verschenen interim-rapport [4] zijn voorlopige gegevens gepresenteerd ten aanzien van de gemiddelde tijdsbesteding van vrij gevestigde verloskundigen in Nederland (een gedeelte van vraag 1). Deze resultaten zijn verkregen met behulp van een gedeelte van de uiteindelijke onderzoekspopulatie. Het onderhavige rapport geeft een overzicht van de definitieve resultaten ten aanzien van de gemiddelde tijdsbesteding van verloskundige. Wij zullen bij de bespreking geen onderscheid maken tussen de onderzoekspopulaties uit fase 1 en fase 2. Alle gegevens hebben betrekking op de volledige onderzoekspopulatie.

De opbouw van het rapport is als volgt. Na het methode-hoofdstuk bespreken we de resultaten van de controle op de representativiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Vanaf hoofdstuk 4 komen de resultaten van de onderzoeksvragen aan de orde.

2. METHODEN

2.1 Opzet onderzoek

Zoals vermeld in de inleiding is het onderzoek om beleidstechnische redenen uitgevoerd in twee fasen. Het onderzoek uitgevoerd in fase 2 is identiek aan het onderzoek in fase 1, in die zin dat de deelnemende verloskundigen dezelfde tijdsregistraties hebben uitgevoerd en dezelfde vragenlijsten hebben ingevuld. De registratie-periode in fase 1 heeft plaatsgevonden van januari tot maart 1993. In fase 2 zijn tijdsregistraties verricht tussen eind september en begin december 1993.

Alle personen werkzaam in de verloskundige praktijk hebben dagelijks gedurende een periode van 3 weken bijgehouden hoeveel tijd is besteed aan professionele activiteiten. Hierbij is gekozen voor de zogenaamde dagboek-methode, waarbij deelnemers direct na afloop van de te registreren activiteit de begin- en eindtijden waartussen deze zich afspeelde aangeven. Eén van de verloskundigen (selectie-verloskundige genoemd) heeft naast de begin- en eindtijden ook de aard van het werk aangegeven. Indien het een cliënt-contact betrof noteerde zij ook kenmerken van de cliënt. Deze gedetailleerde registratie was nodig om de vraag naar de determinanten van de tijdsbesteding te kunnen vast stellen (onderzoeksvraag 2). Waarneming in de praktijk is geregistreerd indien het een vaste waarneemster betrof. Intercollegiale waarneming door een andere praktijk is niet geregistreerd, aangezien men ervan uit kan gaan, dat de tijd welke de verloskundigen uit de deelnemende praktijken in een andere praktijk werken hieraan ongeveer gelijk zal zijn. De registratie begon na een testdag waarop eventuele feedback mogelijk was.

Naast de tijdsregistratie hebben de deelnemende verloskundigen nog een vragenlijst ingevuld. Naast enkele biografische gegevens dienden zij een schatting te geven van de hoeveelheid tijd die zij besteden aan minder-frequent voorkomende activiteiten. Het gaat hier om bijvoorbeeld nascholing, het bijhouden van literatuur, GVO-activiteiten en het begeleiden van stagiaires. Verder heeft een verloskundige uit elke praktijk een vragenlijst ingevuld naar de wijze waarop de praktijkwerkzaamheden zijn georganiseerd.

Om de betrouwbaarheid van de verkregen tijdsregistraties vast te stellen zijn in fase 1 een aantal controles uitgevoerd. Hiervoor zijn 2 methoden gebruikt. 1) Veldwerkers hebben de contacttijden met cliënten gemeten gedurende spreekuur en huisbezoek. 2) Cliënten hebben een overzicht gegeven van de tijdsduur van de contacten met verloskundigen gedurende de partus. De resultaten van deze controles bespreken we in hoofdstuk 3.

Dit hoofdstuk bespreekt de selectie-procedure en gaat in op de respons en participatie. Het hoofdstuk besluit met een overzicht van de gebruikte meetinstrumenten.

2.2 Selectie deelnemers

2.2.1 De stratificatie-procedure

Het onderzoek heeft plaats gevonden onder een aselechte disproportioneel gestratificeerde steekproef van praktijken van zelfstandig gevestigde verloskundigen in

Nederland. Voor deze wijze van steekproeftrekking is gekozen om de volgende redenen, aangezien we verwachten dat praktijkvorm en urbanisatiegraad van invloed zijn op de werkdruk van verloskundigen. Een indeling van verloskundige praktijken naar urbanisatie-graad en praktijkvorm laat zien dat de praktijken landelijk niet gelijk verdeeld zijn over deze variabelen (zie bijlage 1). Om nu te zorgen dat urbanisatie-graad en praktijkvorm voldoende vertegenwoordigd zijn in de steekproef, is gekozen voor een steekproef waarbij disproportioneel is gestratificeerd op de genoemde variabelen. Stratificatie-procedures verhogen de nauwkeurigheid waarmee karakteristieken van de gehele populatie kunnen worden geschat. Door een heterogene populatie te verdelen in homogene groepen (strata), is er uit elk stratum slechts een kleine steekproef nodig om een nauwkeurige schatting te verkrijgen van het gemiddelde in het betreffende stratum. Bij een disproportionele steekproef is het aantal cases in het stratum in de steekproef niet evenredig met het aantal cases in het stratum in de populatie. Dit betekent dat voor de berekening van landelijk representatieve cijfers een weging van de resultaten noodzakelijk is. Dit geldt voor bijv. de berekening van de gemiddelde werktijd per zorgeenheid. Voor alle andere berekeningen waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar verschillen in werktijd voor bijv. verschillende cliënte-categorieën of praktijkvormen is een weging niet noodzakelijk. De gebruikte weegfactoren staan vermeld in bijlage 1. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de variabelen waarop is gestratificeerd en de gekozen strata. De indeling in urbanisatiegraad is gemaakt op grond van CBS-categorieën. Hierbij is niet de woonplaats maar de werkgemeente als uitgangspunt gekozen.

Tabel 2.1 Overzicht stratificatie-variabelen

Urbanisatie-graad (op basis van CBS-indeling)

ruraal:	landelijk gebied, verstedelijkt landelijk gebied en kleine steden (tot 30.000 inwoners in de woonkern)
suburbaan:	forensengemeenten, middelgrote steden (tot 50.000 inwoners in woonkern)
urbaan:	grote steden (meer dan 50.000 inwoners in woonkern), met uitzondering van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht
grote stad:	Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht

Praktijkvorm

solopraktijk:	de praktijk van één zelfstandig gevestigde verloskundige met eventueel een (vaste) waarnemster
duopraktijk:	de praktijk van twee geassocieerde zelfstandig gevestigde verloskundigen met eventueel een (vaste) waarnemster
groepspraktijk:	de praktijk van drie of meer geassocieerde zelfstandig gevestigde verloskundigen met eventueel een (vaste) waarnemster.

2.2.2 De steekproef

De steekproef is getrokken uit het op het NIVEL aanwezige databestand van zelfstandig gevestigde verloskundigen (registratie bijgewerkt tot 31 december 1992). Dit bestand bevat onder andere gegevens omtrent praktijkadres, collega's in de praktijk, urbanisatiegraad en praktijkvorm.

Uitgezet in een 2-dimensionale tabel leveren de stratificatie-variabelen $3 \times 4 = 12$ cellen op. Het streven was, uit elke cel 10 verloskundige praktijken te laten participeren aan het onderzoek, wat dus zou resulteren in $12 \times 10 = 120$ verloskundige praktijken. Hiertoe zijn in totaal 212 verloskundige praktijken aangeschreven met het verzoek tot deelname.

Een verloskundige praktijk is op de volgende wijze geselecteerd voor deelname. Uit het bestand van zelfstandig gevestigde verloskundigen zijn individuele verloskundigen getrokken. Deze verloskundige, verder te noemen 'selectie-verloskundige' werd schriftelijk benaderd met het verzoek tot deelname. Via de aangeschreven selectie-verloskundige zijn de overige werkzame leden van een praktijk gevraagd om deel te nemen. Een praktijk is alleen opgenomen in het onderzoek als alle verloskundigen uit de praktijk bereid waren om deel te nemen. Voor deze aanpak is gekozen vanwege het grote verschil in belasting gedurende de tijdsregistratie voor de selectie-verloskundige en collega's. De selectie-verloskundige diende uitgebreider registratie-formulieren in te vullen dan haar collega's (zie paragraaf 2.4.1). Indien een selectie-verloskundige deelname weigerde, is de betreffende praktijk dus niet opgenomen in het onderzoek. Samenvattend: het selectie-moment ligt op verloskundige-niveau, deelname geschiedde op praktijk-niveau.

2.2.3 Exclusie-criteria

Om vertekening van de resultaten te voorkomen zijn alleen die praktijken opgenomen in het onderzoek waar de selectie-verloskundige (1) meer dan 60 en minder dan 230 baringen per jaar begeleidt en (2) niet langdurig afwezig is gedurende de periode waarin de registratie plaatsvindt. De eerste restrictie is gemaakt ten aanzien van het aantal begeleide baringen per jaar om de invloed van extreme uitzonderingsgevallen te verhinderen.

2.3 Respons en participatie

Er zijn 212 verloskundigen aangeschreven met het verzoek tot deelname aan het onderzoek. Van de aangeschreven selectie-verloskundigen zijn er 127 bereid gevonden aan het onderzoek mee te werken (participanten), waardoor dus 127 praktijken voor het onderzoek beschikbaar waren. Om diverse redenen hebben 85 selectie-verloskundigen afgezien van deelname aan het onderzoek (non-participanten). Er volgt nu een overzicht van de participanten en nonparticipanten met een verdere uitwerking van de genoemde redenen van weigering tot deelname.

2.3.1 Participanten

Praktijkniveau

Het overzicht van het aantal deelnemende praktijken per cel in tabel 2.2, laat zien dat niet elke cel de beoogde 10 verloskundige praktijken bevat. Hiervoor zijn twee redenen:

1. De praktijkvorm waarop men was geselecteerd, bleek niet altijd overeen te komen met de werkelijke situatie. Dit is veroorzaakt door bijv. tussentijdse associatie welke nog niet in de NIVEL-registratie was verwerkt. Een praktijk die niet voldeed aan de criteria voor de betreffende praktijkvorm waarvoor deze was getrokken, is ingedeeld in de groep waar deze volgens de gestelde criteria toe behoorde.
2. Twaalf verloskundige praktijken die medewerking toezegden, hebben niet de registratie-eindstreep gehaald. Dit komt overeen met 11% van de praktijken die begonnen zijn met de tijdsregistratie. Het betrof hier 6 solo-praktijken, 5 duo-praktijken en 1 groepspraktijk.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van het aantal praktijken, waarvan volledige gegevens zijn verkregen.

Tabel 2.2 Overzicht aantal verloskundige praktijken per cel, waarvan volledige gegevens zijn verkregen

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
urbanisatie-graad				
ruraal	9	11	11	31
suburbaan	9	9	12	30
urbaan	10	10	14	34
grote stad	3	6	11	20
totaal	31	36	48	115

Verloskundige niveau

In totaal hebben 269 verloskundigen en 29 praktijk-assistentes meegewerkt aan dit onderzoek. Onder een praktijk-assistente verstaan we een in de praktijk meewerkende assistente met taken die vergelijkbaar zijn met de functie van dokters-assistente in een huisartspraktijk. Met behulp van de vragenlijst beschreven in paragraaf 2.4.2. zijn van 258 deelnemende verloskundigen biografische gegevens verkregen (zie tabel 2.3). Zevenennegentig procent (250) van de verloskundigen is van het vrouwelijk geslacht. Sexe is gelijkelijk verdeeld over de verschillende praktijkvormen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemende verloskundigen op 1 januari 1993 was 36,3 jaar. Verloskundigen werkzaam in solopraktijken zijn gemiddeld iets ouder, oefenen langer het verloskundige beroep uit en zijn langer werkzaam in de huidige praktijk.

Gemiddeld zijn verloskundigen in 1992 8,6 dagen afwezig geweest vanwege ziekte. Er waren geen verschillen tussen praktijkvormen voor wat betreft het aantal ziekte-dagen. In 1992 hebben verloskundigen gemiddeld 19 vakantiedagen opgenomen. Ook hier zijn er geen significante verschillen tussen praktijkvormen.

Tabel 2.3 Biografische gegevens van deelnemende verloskundigen

	solo- praktijk	duo- praktijk	groeps- praktijk	allen
geslacht				
vrouw	32	69	149	250
man	2	3	3	8
leeftijd op 1/1/93 (jaren) ¹	45,3	36,8	34,1	36,3
werkzaam als verloskundige (jaren) ²	21,7	12,2	9,0	11,6
werkzaam in de huidige praktijk (jaren) ³	17,5	7,5	6,6	8,3
ziekteverzuim in 1992 (dagen)	6,2	6,4	10,1	8,6
vakantie-dagen in 1992	16,9	19,7	19,2	19,0

1 $F(2, 256) = 24,2, p < 0,01$ 2 $F(2, 257) = 29,2, p < 0,01$ 3 $F(2, 257) = 28,3, p < 0,01$

Van de deelnemende verloskundigen is 33% afgestudeerd in Amsterdam, 30% in Heerlen, 28% in Rotterdam, 6% in Engeland, 2% in België, en 1% in Duitsland. Er zijn geen verschillen tussen praktijkvormen voor wat betreft opleidingsplaats. Het percentage verloskundigen dat de opleiding in het buitenland heeft gedaan is beduidend hoger dan op grond van landelijke cijfers is te verwachten. Van het aantal zelfstandig gevestigde

verloskundigen in Nederland heeft 3,8% de opleiding aan een niet-nederlandse school gevolgd. Tweeëntwintig procent van de verloskundigen woont alleen, 29% woont samen met een partner, 46% woont samen met partner en/of kinderen, en bij de overige 3% zijn de huiselijke omstandigheden anders georganiseerd. Ook hier is geen verband tussen praktijkvorm en huiselijke omstandigheden.

2.3.2 Non-participanten

Om uiteenlopende redenen hebben 85 verloskundige praktijken niet deelgenomen aan het onderzoek. Zevenenveertig van de selectie-verloskundigen voldeden niet aan de inclusie-criteria, 28 verloskundigen voldeden aan de inclusie-criteria, maar weigerden om uiteenlopende redenen deelname en 10 verloskundigen zijn aangeschreven maar waren niet meer nodig voor het onderzoek. Tabel 2.4 geeft een overzicht van de niet-deelnemende selectie-verloskundigen, ingedeeld naar opgegeven reden en praktijkvorm. De selectie-verloskundigen welke voldeden aan de inclusie-criteria maar deelname weigerden, zijn telefonisch benaderd met het verzoek enkele persoonlijke en praktijkgegevens te verstrekken (zie par. 2.4.5). Er is nagegaan in hoeverre zij verschillen van selectie-verloskundigen die wel toestemden in deelname. Verloskundigen die weigerden deel te nemen aan het onderzoek zijn gemiddeld iets ouder dan deelnemende verloskundigen, 43,6 jaar versus 38,6 jaar (Student's $t(138)=2,51$, $p<0,05$). Zij hebben echter een gelijk aantal inschrijvingen (Student's $t(70)<1$, n.s.) in de praktijk in 1992 en begeleiden een gelijk aantal baringen (Student's $t(135)<1$, n.s.).

Tabel 2.4 Overzicht niet-deelnemende verloskundigen, onderverdeeld naar de reden van non-participatie en praktijkvorm (n=85)

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	aantal (%)
voldoen niet aan inclusie-criteria:				
praktijk gestopt / afbouwen	13	2	4	19 (40%)
partus meer dan 60 en minder dan 230	5	3	4	12 (26%)
zwangerschapsverlof / afwezig	3	4	6	13 (28%)
verkeerd aangeschreven	1		2	3 (6%)
totaal	22	9	16	47 (100%)
voldoen wel aan inclusie-criteria:				
praktijk niet representatief	1	2		3 (11%)
te hoge werkdruk	8	6	4	18 (64%)
geen zin			1	1 (4%)
inbreuk privacy		2		2 (7%)
niet eens met doel onderzoek		2		2 (7%)
onbekend	1	1		2 (7%)
totaal	10	13	5	28 (100%)
aangeschreven doch niet meer nodig	1	5	4	10
totaal aantal niet-deelnemende verloskundigen	33	27	25	85

Samenvatting

De bereidheid tot deelname aan dit onderzoek kan als hoog worden beschouwd. Tweeëntwintig procent van de selectie-verloskundigen welke binnen de criteria voor

deelname vielen, zijn bereid gevonden mee te werken (zie tabel 2.5), waardoor 127 praktijken voor het onderzoek beschikbaar waren.

De selectie-verloskundigen die voldeden aan de inclusie-criteria, maar deelname weigerden zijn gemiddeld iets ouder, maar verschillen niet van de participanten voor wat betreft praktijkgrootte en aantal begeleide baringen.

Tabel 2.5 Samenvatting respons

	aantal	% van 155
aangeschreven	212	
teveel aangeschreven	10	
voldoen niet aan de inclusie-criteria	47	
potentiële groep deelnemers	155	
toezegging deelname	127	82%
weigering deelname (non-participanten)	28	18%

2.4 Meetinstrumenten

Deze paragraaf bespreekt de gebruikte meetinstrumenten. Alleen de vragenlijst 'Praktijkenmerken' is weergegeven in de bijlage. De overige meetinstrumenten zijn opgenomen in het interim-rapport [4].

2.4.1 Tijdsregistratie dagelijkse werkzaamheden

Voor de deelnemers werkzaam in de praktijk zijn verschillende formulieren gebruikt.

Selectie-verloskundige:

De diverse werkzaamheden zijn onderverdeeld in categorieën, te weten: spreekuur, huisbezoek, overleg, diversen en bevallingen. Op een pagina 'Algemeen' kon worden aangegeven: diensttijd, vrije tijd en algemeen dagelijkse handelingen als ontbijt, lunch, nachtrust, e.d. Gedurende de 1e week van de registratie is niet alleen de tijdsbesteding uitgebreid bijgehouden, maar zijn ook gegevens van cliënten met wie de verloskundige gedurende spreekuur en huisbezoek in contact kwam, genoteerd. Deze gegevens zijn nodig voor de beantwoording van de vraag naar de determinanten van de spreiding in gewerkte tijd (vraag 2). Gedurende de 2e en 3e week zijn alleen de begin- en eindtijden van het gehele spreekuur en huisbezoek genoteerd onder vermelding van het aantal cliënten.

Collega-verloskundigen en in de praktijk werkzame waarneemsters:

Zij hebben alleen de begin- en eindtijden van de gewerkte tijd genoteerd, waarbij met een code globaal is aangegeven welke werkzaamheden zijn verricht. Er zijn geen nadere specificaties gevraagd.

Praktijk-assistenten:

Zij hebben begin- en eindtijden van de gewerkte tijd aangegeven. Bovendien is op een lijst aangekruist welke werkzaamheden zijn verricht.

2.4.2 Tijdsregistratie niet-frequente werkzaamheden

Na afloop van de tijdsregistratie ontvingen alle aan het onderzoek deelnemende verloskundigen een vragen-formulier waarop, naast enkele persoonlijke gegevens, is geïnformeerd naar niet-frequent voorkomende beroepsactiviteiten als nascholing, het

bijhouden van literatuur, bezoeken van kringvergaderingen, voorbereiden van belastingformulieren, GVO-activiteiten en het begeleiden van stagiaires.

2.4.3 Tijdsregistratie cliënten

In fase 1 zijn cliënten via de deelnemende selectie-verloskundigen gevraagd om gegevens te verstrekken over de contacttijden met de verloskundige durante partu. Het verzoek tot deelname is verricht bij het eerste bezoek van de verloskundige aan de cliënte nadat de weeën waren begonnen. Enige uitleg over het onderzoek en instructies voor invullen van het formulier zijn gegeven in een begeleidende brief. De cliënte stuurde het formulier zelf terug in een bijgevoegde antwoord-enveloppe.

2.4.4 Tijdsregistratie observatoren

Veldwerkers hebben observaties verricht in verloskundige praktijken gedurende huisbezoeken en spreekuur. Zij noteerden begin- en eindtijden van de werkzaamheden van verloskundigen.

2.4.5 Vragenlijst non-participanten

Aangeschreven selectie-verloskundigen die voldeden aan de inclusie-criteria, maar deelname weigerden, zijn telefonisch benaderd met het verzoek enkele aanvullende inlichtingen te verschaffen.

2.4.6 Vragenlijst praktijkenmerken

Voor de beantwoording van vraag 4 is een vragenlijst ontwikkeld welke informeert naar de organisatie van de praktijk (bijlage 2). Inspiratie voor de vragenlijst is opgedaan uit de vragenlijsten 'Tijdmanagement in de huisartspraktijk' [5] en 'Toetsinstrument Praktijkvoering' [6] beide in gebruik ter inventarisatie van de organisatie in de huisartspraktijk.

In deze vragenlijst zijn ook vragen opgenomen omtrent praktijk-grootte, verwijsgedrag en plaats van de bevalling. De formulering van de vraagstelling is overeenkomstig het jaaroverzicht dat de SIG jaarlijks aan de aan de LVR-1 deelnemende verloskundigen opstuurt.

3. REPRESENTATIVITEIT EN BETROUWBAARHEID

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de mate van representativiteit van de onderzoekspopulatie en betrouwbaarheid van de metingen.

3.1 Verificatie representativiteit

De representativiteit van de onderzoekspopulatie is nagegaan aan de hand van de volgende parameters:

- geboorte-spreiding
- aantal overdrachten aan de 2e lijn gedurende de baring
- plaats van de baring
- leeftijd van bevallen vrouwen
- pariteit van de vrouwen bevallen in de 1e lijn.

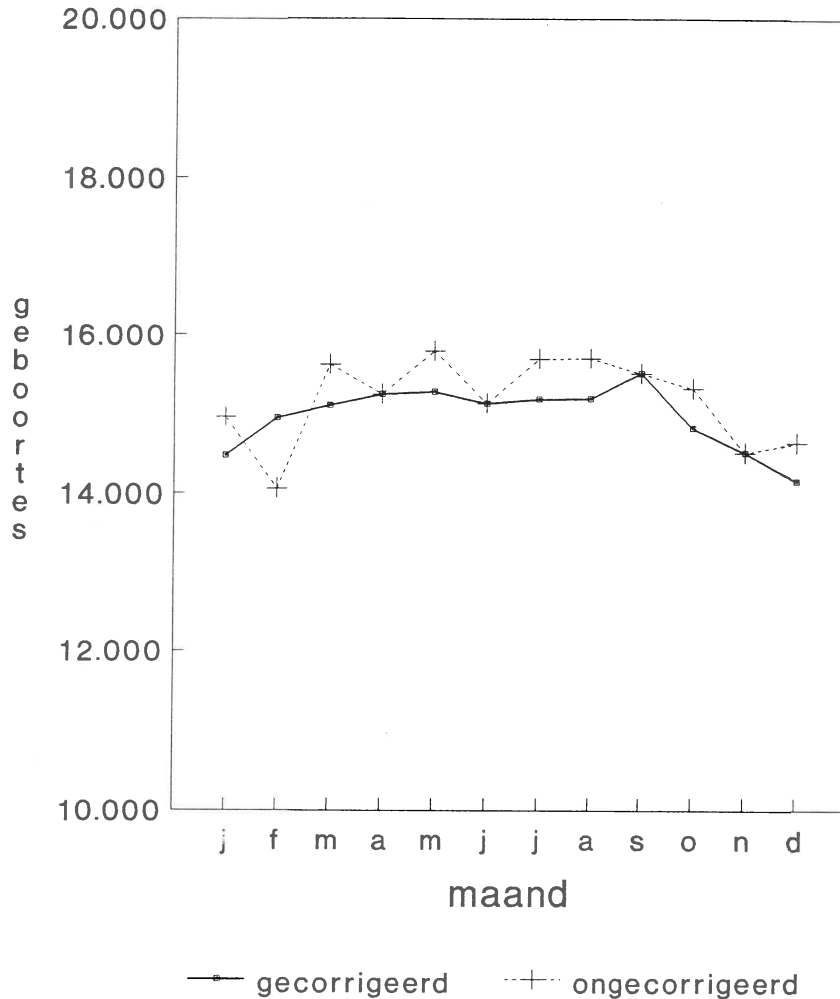
Gegevens van de deelnemende verloskundigen zijn verkregen gedurende de registratieperiode of afkomstig uit het praktijk-jaaroverzicht dat de SIG jaarlijks aan elke aan de LVR-1 deelnemende praktijk toestuurt. Landelijke cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Landelijke Verloskunde Registratie- 1e lijn (LVR-1) [7]. Aan deze registratie namen in 1991 71,5% van de verloskundige praktijken in Nederland deel. Deze praktijken registreerden 83,9% van het aantal onder verantwoordelijkheid van een verloskundige geboren in de eerste lijn in Nederland in 1991.

3.1.1 Representativiteit registratie-periode voor wat betreft het aantal baringen op landelijk niveau

Het is van belang dat het aantal geboorten in de registratie-periode representatief is voor het jaarlijks aantal geboorten. Om dit na te gaan zijn cijfers betreffende het aantal levendgeborenen per maand opgevraagd bij het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de laatste 9 jaar. Figuur 3.1 geeft een overzicht van gecorrigeerde en ongecorrigeerde data. De ongecorrigeerde data geven een beeld van het aantal levendgeborenen per maand. Aangezien het aantal dagen per maand verschilt tussen de maanden, geeft de grafiek voor de gecorrigeerde data een overzicht van het aantal geboorten per maand, omgerekend naar een maand van 30 dagen. Hierbij is rekening gehouden met schrikkelmaanden. Variantie-analyse op de gecorrigeerde data toonde aan dat het aantal geboorten per maand niet gelijk is verdeeld over het jaar ($F(11)=2,2$, $p<0,05$). Het aantal geboorten in de maand september is in de laatste negen jaar significant hoger dan het aantal geboorten in de maand december (post-hoc Student-Newman-Keuls, $p<0,05$). Tussen de overige maanden bestond geen significant verschil. We gaan er vanuit dat het percentage baringen van het totaal aantal levendgeborenen begeleid door een verloskundige constant is. Dit betekent dat op landelijk niveau het aantal geboorten in fase 1, welke plaatsvond in de maanden januari tot en met maart, niet verschilt van de overige maanden. De metingen in fase 2 zijn verricht van eind september tot begin december. Het aantal geboorten in de maand september is landelijk gezien significant hoger dan het aantal geboorten in december. Beide maanden vallen voor een gedeelte in de registratie-periode. We verwachten dat het effect hiervan op de registratie nihil zal

zijn. Slechts een enkele praktijk heeft geregistreerd gedurende deze periode. Bovendien zal het hoog aantal geboorten in september het lager aantal geboorten in december opheffen.

Figuur 3.1 Levendgeborenen per maand. Gemiddelden van 1982 tot en met 1990



3.1.2 Representativiteit registratie-periode voor wat betreft het aantal baringen op praktijkniveau

Zoals in de vorige paragraaf besproken zijn de meetperioden voor wat betreft het aantal geboorten representatief voor het aantal geboorten over een jaar heen. Het is echter goed mogelijk dat de meetperiode voor een individuele praktijk niet representatief is voor de werkdruk, bijvoorbeeld omdat zij meer of minder partus begeleiden gedurende de registratie-periode dan normaal. Er is getoetst of het verschil tussen het aantal begeleide baringen in de registratie-periode en het aantal baringen verwacht op basis van de praktijk-jaarcijfers significant van elkaar verschillen. Dit blijkt voor de groep verloskundige praktijken als geheel inderdaad zo te zijn ($t(113)=2,23$, $p<0,05$). In de registratie-periode zijn gemiddeld 15,1 baringen per praktijk begeleid, terwijl op basis van de jaarcijfers 14,1 baringen werden verwacht.

De selectie-verloskundige heeft van de door haar verrichte baringen nadere bijzonderheden bijgehouden. Een aantal van deze gegevens zijn vergeleken met de data zoals vermeld in de LVR-1 [7]. De volgende paragrafen geven een overzicht van de gemaakte vergelijkingen.

3.1.3 Overdracht tijdens de baring

Er is nagegaan of het aantal overgedragen cliënten durante partu gedurende de *registratie-periode* verschilt van het aantal overdrachten durante partu op *jaarbasis* bij dezelfde praktijken. Het aantal overdrachten durante partu in de registratie-periode bedraagt 27,9% van het aantal baringen welke bij de verloskundige zijn begonnen, tegenover 26,6% op jaarbasis. Dit verschil is niet significant (Student's $t(111) < 1$, n.s.). Landelijk gezien bedraagt het aantal overdrachten durante partu 24,9% van het aantal baringen begonnen bij de verloskundige. Een binomiaal toets voor proporties op de gewogen gemiddelden toont aan dat het aantal overdrachten aan de 2e lijn in de *registratie-periode* niet significant verschilt van de cijfers vermeld in de LVR-1 ($z=0,75$, n.s.). Hetzelfde geldt voor de vergelijking van de *jaarcijfers* met de LVR-1 ($z=1,3$, n.s.).

3.1.4 Plaats van de baring

Gedurende de registratie-periode is in dit onderzoek 58,9% van de cliënten thuis bevallen. Landelijk gezien bevat 63,5% van de cliënten welke door een verloskundige worden begeleid thuis. Het percentage thuisbevallingen is in de registratie-periode lager dan vermeld in de LVR-1, doch dit verschil is niet statistisch significant (binomiaal toets voor proporties op de gewogen gemiddelden, $z=1,60$, n.s.).

3.1.5 Leeftijd van vrouwen bevallen in de 1e lijn

Vervolgens zijn we na gegaan of de groep vrouwen welke gedurende dit onderzoek zijn bevallen bij de selectie-verloskundige, een leeftijdsverdeling heeft die overeenkomt met de groep vrouwen geregistreerd in het landelijke LVR-1 overzicht. De tabel-analyse toonde aan dat de leeftijdsverdeling van de vrouwen bevallen in de registratie-periode bij de selectie-verloskundige niet significant afwijkt van de vrouwen geregistreerd in de LVR-1 (Cramer's $V < 1$, n.s.).

3.1.6 Pariteit vrouwen bevallen in de 1e lijn

De pariteit van de vrouwen die gedurende de registratie-periode zijn bevallen, is vergeleken met de landelijk LVR-1 gegevens. Tabel-analyse toonde aan dat de verdeling naar pariteit niet significant verschilt van de cijfers vermeld in de LVR-1 (Cramer's $V < 1$, n.s.).

3.1.7 Conclusie

Gegevens over de representativiteit van de registratie-periode laten zien dat de gekozen onderzoeksperiodes op landelijk niveau bezien representatief zijn. Op praktijk-niveau is het aantal begeleide baringen iets hoger dan het aantal verwachte baringen. Het aantal overdrachten durante partu aan de 2e lijn, de plaats van de baring, de leeftijd en de pariteit van de bevallen vrouwen verschillen in dit onderzoek niet van de cijfers vermeld in de LVR-1. Er kan dus geconcludeerd worden dat de uitgevoerde controles op de representativiteit van het onderzoek bevredigend zijn.

3.2 Verificatie betrouwbaarheid en nauwkeurigheid

Om een indicatie te verkrijgen van de betrouwbaarheid van de tijdsregistraties zijn verschillende controles uitgevoerd. De gegevens hiervoor zijn verkregen in fase 1. Door middel van observaties is de gemiddelde tijd besteed aan huisbezoek, reistijd, overleg, en spreekuur vastgesteld (3.2.1.) De tijd besteed aan baringen is geverifieerd met medewerking van cliënten (3.2.2.). Door de werktijden van selectie-verloskundigen en collega-verloskundigen te vergelijken (3.2.3.) is vervolgens nagegaan in hoeverre de gekozen methodiek van tijdsregistratie de verkregen resultaten zou kunnen hebben beïnvloed.

3.2.1 Observaties spreekuur, huisbezoek, reistijd, overleg

Gedurende 77 dagen zijn er bij in totaal 39 verloskundige praktijken observaties uitgevoerd door 5 veldwerkers. Er is gestreefd om per praktijk 2 dagen te observeren. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de praktijken waar observaties zijn verricht, ingedeeld naar urbanisatiegraad en praktijkvorm. Bij solo-praktijken zijn iets minder observaties verricht dan bij duo- en groepspraktijken.

Tabel 3.1 Overzicht verdeling van de observaties over de praktijken

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
urbanisatie-graad				
ruraal	1	4	3	8
suburbaan	3	4	5	12
urbaan	1	3	5	9
grote stad	2	3	5	10
totaal	7	14	18	39

Observaties zijn niet alleen verricht bij de selectie-verloskundigen, maar ook bij andere in de praktijk werkende verloskundigen. Geen observaties zijn verricht bij de selectie-verloskundige in de eerste week van een registratie-periode. Dit om de belasting van de registratie, welke in week 1 hoger is dan in de overige 2 weken niet onnodig hoog te maken. De observaties dienden om een onafhankelijke schatting te verkrijgen van de gemiddelde duur van spreekuur, huisbezoek, overleg en reistijd. Deze gegevens zijn vergeleken met de tijdsregistraties van week 1 van alle selectie-verloskundigen gedurende welke zij cliënte-kenmerken en contacttijden heeft bijgehouden.

Spreekuur

Bij 990 cliënten is het spreekuur-bezoek geobserveerd, waarvan 88 intake, 833 overige prenatale bezoeken en 69 '6 weken post partum' bezoeken. Veldwerkers noteerden een duur van de intake- en '6 weken post partum' bezoeken die identiek was aan de tijd gerapporteerd door verloskundigen ($t < 1$, n.s. en $t(343) = 1.9$, n.s., respectievelijk). Voor de reguliere prenatale bezoeken rapporteerden de veldwerkers echter een kortere aanwezigheidstijd dan de verloskundigen: 10,1 versus 11,1 minuten ($t(4608) = 5,5$, $p < 0,01$). Het verschil in gerapporteerde tijd kan veroorzaakt zijn door de aanwezigheid van de veldwerker. Hoewel deze geïnstrueerd was, onopvallend aanwezig te zijn, kan de aanwezigheid van een derde, onbekende, persoon een cliënte remmen in het contact met de verloskundige, waardoor een consult iets korter duurt.

Huisbezoek

In totaal zijn bij 242 huisbezoeken observaties verricht. Alle bezoeken die langer dan 45 minuten duurden zijn voorafgaand aan de analyses verwijderd. De reden hiervoor is dat 4,5% van de door verloskundigen afgelegde bezoeken van lange duur zijn. Deze bezoeken trekken het gemiddelde onevenredig ver naar boven. Dergelijke lange huisbezoeken zijn niet geregistreerd door veldwerkers. Veldwerkers en verloskundigen rapporteerden identieke tijden voor de afgelegde huisbezoeken ($t(2433) = 1,85$, n.s.).

Reistijd

Van de afgelegde huisbezoeken zijn ook de reistijden geregistreerd. Ook hier is geen significant verschil gevonden tussen de tijd welke de veldwerkers en verloskundigen registreerden (Student's $t < 1$, n.s.).

Overleg

Door de veldwerkers zijn 403 overleg-situaties geregistreerd. Voor de analyses naar de betrouwbaarheid van de registraties zijn de overleg-situaties gedurende een bevalling verwijderd, aangezien veldwerkers geen observaties hebben uitgevoerd gedurende bevallingen. Bovendien is een selectie gemaakt voor die overlegsituaties, welke langer dan 5 en korter dan 60 minuten duurden. Er is voor deze inperking in tijd gekozen om de volgende redenen: (1) door selectie-verloskundigen is overleg dat korter duurde dan 5 minuten geturfd en niet geregistreerd op tijd; (2) veldwerkers hebben i.t.t. verloskundigen geen overlegsituaties langer dan 60 minuten geregistreerd.

Selectie-verloskundigen rapporteerden overlegtijden die overeenkomen met de registratie van de veldwerkers (Student's $t(56,4) = 1,76$, n.s.).

3.2.2 Baringen

Aangezien de spreiding in de tijd besteed aan de begeleiding gedurende de partus groot is, is het belangrijk dat wij een indicatie hebben van de betrouwbaarheid van deze gegevens. Om deze reden is aan cliënten gevraagd informatie te verschaffen over de contacttijden gedurende de partus. Deze gegevens zijn alleen verzameld in fase 1. Verloskundigen hebben in fase 1 formulieren van 456 baringen geretourneerd. Cliënten-formulieren zijn ontvangen van 288 cliënten (63%). Van deze formulieren waren er 216 (47%) bruikbaar voor analyse. De meest voorkomende reden dat het cliënten-formulier niet kon worden gebruikt, is dat bijv. wel begin- maar geen eindtijden waren genoteerd van de aanwezigheid van de verloskundige. Van de 216 te gebruiken baringen hebben er 125 in het ziekenhuis en 91 thuis plaats gevonden. Aan de cliënte is gevraagd om op een Visueel Analoge Schaal (VAS) aan te geven hoe zeker zij ervan zijn dat de geregistreerde tijden juist zijn. De schaal loopt van 0 (onzeker) tot 100 (zeker). De gemiddelde score op deze schaal is 86,5 (standaard-deviatie 12,2). Dit betekent dat de kraamvrouwen zelf de nauwkeurigheid waarmee zij het formulier hebben ingevuld als hoog beschouwen.

De aanwezigheidstijd gerapporteerd door de selectie-verloskundige en de cliënte blijken significant van elkaar te verschillen (Student's $t(215) = -2,04$, $p < .05$). De cliënten registreren een langere aanwezigheidstijd dan de selectie-verloskundige per baring, namelijk 197,1 tegen 187,7 minuten.

3.2.3 Niet-frequente werkzaamheden

Verloskundigen hebben geschat hoeveel tijd zij per jaar besteden aan een aantal minder frequent uitgevoerde werkzaamheden. Het was niet mogelijk controles uit te voeren op de betrouwbaarheid van de verkregen schattingen.

3.2.4 Verschil in geregistreerde werktijd tussen selectie-verloskundigen en collega's

Nagegaan is of er een verschil is in gewerkte tijd tussen de selectie-verloskundige en haar collega's. De grootte van het praktijkaandeel (in %) is niet significant verschillend tussen de selectie-verloskundige en collega's voor duo-praktijken (Student's $t(34)=1,29$, n.s.) of groepspraktijken (Student's $t(41)=1,27$, n.s.). In duo-praktijken hebben beide verloskundigen evenveel werktijd geregistreerd (Student's $t(35)<1$, n.s.), zijn betrokken geweest bij evenveel baringen (Student's $t(35)=1,18$, n.s.) en hebben een gelijke gemiddelde werktijd per zorgseenheid (Student's $t(34)<1$, n.s.). Binnen groepspraktijken ligt dit iets ingewikkelder. De selectie-verloskundige rapporteert hier langere werktijden (Student's $t(47)=2,92$, $p<0,01$) en meer begeleide baringen (Student's $t(47)=3,14$, $p<0,01$), maar de gewerkte tijd per zorgseenheid verschilt niet significant van de collega's (Student's $t(47)=-1,19$, n.s.). Dit wijst erop dat de selectie-verloskundige minder vrije dagen heeft gehad dan haar collega's gedurende de registratie-periode. Dit beïnvloedt het aantal gewerkte uren en het aantal begeleide baringen. Aangezien beide evenredig stijgen, beïnvloedt dit niet de gemiddelde tijd besteed per zorgseenheid. De verklaring voor het gevonden verschil aan gewerkte tijd kan liggen in het feit dat één van de criteria voor deelname aan het onderzoek was dat de selectie-verloskundige niet langdurig afwezig mocht zijn gedurende het onderzoek.

3.2.5 Conclusie

De gemiddelde tijd geobserveerd door veldwerkers voor intake- en postnatale spreekuurbezoeken, huisbezoeken, reistijd, en overleg-situaties verschilt niet significant van de tijd geregistreerd door verloskundigen. Veldwerkers rapporteren een aanwezigheidstijd van de cliënte gedurende de reguliere prenatale spreekuur-bezoeken die gemiddeld 1 minuut korter is dan de tijd die de verloskundige registreerde. Aangezien cliënten gemiddeld zo'n 12 prenatale spreekuur-bezoeken afleggen, betekent dit dat er een overschatting kan zijn van de werktijd van ongeveer 12 minuten. Daar staat tegenover dat cliënten de aanwezigheidstijd van verloskundigen gedurende de baring als zijnde 10 minuten langer opgeven dan verloskundigen.

Verder kan, in zoverre is na te gaan, gesteld worden dat de selectie-verloskundigen niet verschillen van de andere verloskundigen in de praktijk voor wat betreft praktijkdeelname. De selectie-verloskundige rapporteert wel iets langere werkweken, maar zij begeleidt in de registratie-periode ook meer baringen.

Op basis van deze resultaten kunnen we concluderen dat voor zover wij dit hebben kunnen nagaan de verkregen gegevens betrouwbaar en voldoende nauwkeurig zijn.

4. GEMIDDELDE TIJDSBESTEDING VAN VERLOSKUNDIGEN

Dit hoofdstuk behandelt onderzoeksvraag 1:

Wat is de gemiddelde tijdsbesteding van vrij gevestigde verloskundigen in Nederland, ingedeeld naar tijd besteed aan verloskundig handelen, resp. beschikbaarheid of bereikbaarheid, niet-cliëntgebonden activiteiten en 'vrije tijd'?

De beantwoording van deze vraag geeft inzicht in de werkdruk van verloskundigen, ofwel het aantal uren dat zij per week werkt, gegeven een zekere praktijkgrootte. Hoewel geen onderdeel van de oorspronkelijke vraagstelling zijn op verzoek van de begeleidingscommissie daarnaast ook berekeningen uitgevoerd om de tijd vast te stellen die een verloskundige besteedt aan een enkele cliënte die het volledige traject aan verloskundige zorg bij haar doorloopt.

We beginnen dit hoofdstuk met de berekening van deze laatste maat: de gewerkte tijd per cliënte (hoofdstuk 4.1). Vervolgens maken we een schatting van de tijd die een verloskundige gemiddeld per week werkt. We lichten eerst toe hoe we dit berekenen en welke maat we hiervoor gebruiken (hoofdstuk 4.2). In hoofdstuk 4.3 geven we aan hoe deze maat is te gebruiken voor de berekening van de gemiddelde werkweek. Ten slotte gaan we in hoofdstuk 4.4 in op het laatste deel van de vraagstelling: de verdeling van de gewerkte tijd over de diverse werkzaamheden.

4.1 Berekening werktijd per cliënte

Het werk van de verloskundige onderscheidt zich in cliënt- en niet-cliëntgebonden werkzaamheden. Bij de berekening van de *gewerkte tijd per cliënte* berekenen we alleen de tijd die wordt besteed aan cliëntgebonden zorgverlening. Hiervoor zijn gegevens nodig omtrent spreekuur- en huisbezoeken en contacttijden gedurende de baring. Het is moeilijk om de tijd per cliënte besteed aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden te berekenen. Onder niet-cliëntgebonden werkzaamheden verstaan we die werkzaamheden die niet direct gerelateerd kunnen worden aan één bepaalde cliënte, doordat zij uitgevoerd worden zonder dat er direct contact is met haar. Voorbeelden zijn administratieve werkzaamheden, overleg, telefonisch spreekuur, het bijwonen van kringvergaderingen, etc. Om te berekenen hoeveel tijd verloskundigen per cliënte besteden aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden, zouden we de aan deze activiteiten bestede tijd dienen te relateren aan het totale aantal cliënten dat een verloskundige begeleidt. Zoals bekend wordt een gedeelte van de cliënten op enig moment gedurende de zorgverlening doorverwezen naar de tweede lijn. Hierdoor is het moeilijk deze tijd te berekenen. Een schatting van de totale tijd besteed aan niet-cliëntgebonden zorg maken we met de methode genoemd in hoofdstuk 4.2: de gewerkte tijd per zorgzaamheid.

Voor de berekening van de cliëntgebonden werktijd per cliënte zijn gegevens nodig over het aantal spreekuur- en huisbezoeken gedurende de zwangerschap. Informatie hierover is verkregen met behulp van de vragenlijst 'Praktijkenmerken'. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de cliëntgebonden werktijd per cliënte en de verschillende onderdelen.

Tabel 4.1 Cliënt-gebonden werktijd per cliënte

	aantal	tijd (min.)	totale tijd (min.)
intake-bezoek spreekuur	1	26,6	26,6
overige prenatale spreekuurbezoeken	12	11,1	133,2
baring, inclusief reistijd	1	204,9	204,9
post partum huisbezoeken, incl. reistijd	6	28,9	173,4
6-weken post partum spreekuurbezoek	1	14,0	14,0
totaal			552,1

Vooruitlopend op het vervolg van dit hoofdstuk: de tijden zoals deze zijn vermeld in tabel 4.1 zijn niet rechtstreeks vergelijkbaar met de tijden uit tabel 4.7. De tijden in tabel 4.7 zijn berekend per *zorgeenheid*. Zoals verderop vermeld, besteedt de verloskundige aan een aantal cliënten slechts gedeeltelijke zorg. De tijd besteedt aan deze cliënten zit opgenomen in de gewerkte tijd per *zorgeenheid*. Dit betekent dat bijvoorbeeld in de tijd berekend voor het spreekuur ook tijd is opgenomen die de verloskundige besteedt aan prenataal naar de tweede lijn verwezen cliënten. Voor een exacte definitie van het begrip *zorgeenheid*, zie hoofdstuk 4.2.1.

4.2 Berekening werktijd per *zorgeenheid*

4.2.1 Definitie

Om de gemiddelde tijdsbesteding van verloskundigen te kunnen berekenen, hebben we een maat nodig voor praktijkgrootte. Immers, de werkdruk zal afhangen van het aantal cliënten dat een verloskundige begeleidt. Naar verwachting zullen verloskundigen die meer cliënten zien per jaar het drukker hebben dan collega's in kleinere praktijken. We dienden dus een maat voor praktijkgrootte te creëren waarmee ten eerste de gewerkte tijd op een eenvoudige manier kon worden vastgesteld. Ten tweede diende deze maat voor verloskundigen herkenbaar te zijn. Aangezien elke verloskundige weet hoeveel partus zij en haar collega's per jaar begeleiden, is besloten om uit te gaan van het aantal begeleide bevallingen per jaar, waarbij is inbegrepen het aantal durante partu verwezen vrouwen. Indien een verloskundige zegt dat zij 100 bevallingen begeleidt per jaar, bedoelt zij hier niet mee dat zij alleen vrouwen gedurende de partus onder zorg heeft. Zij verricht bij deze cliënten ook de pre- en postnatale zorg. Bij een gedeelte van haar cliënten verleent zij zelfs alleen maar pre- en/of postnatale zorg. Een analyse van de door verloskundigen verschaftte praktijk-gegevens leerde dat de verhouding tussen volledige en onvolledige zorggevallen vergelijkbaar zijn tussen de verschillende praktijkvormen (zie tabel 4.2). Dit wil overigens niet zeggen dat er tussen praktijken geen verschillen in verwijsgedrag bestaan. Voor het doel van dit onderzoek volstaat het echter om met de gemiddelde verwijscijfers te werken. Op basis van de gegevens uit tabel 4.2 kunnen we dus zeggen dat een verloskundige die 100 bevallingen per jaar begeleidt, daarnaast gemiddeld 27 vrouwen verwijst naar de 2e lijn op enig moment gedurende de zwangerschap¹, en 29 vrouwen heeft waarbij zij postnatale begeleiding verricht zonder

¹ 79% van de vrouwen die de zorg bij de verloskundige begint, bevalt ook bij de verloskundige. Dit betekent dat 21% prenataal reeds is doorverwezen, dit komt in dit voorbeeld overeen met 27 cliënten.

bij deze vrouwen de (gehele) prenatale zorg te hebben verleend². Onder deze laatste categorie vallen de zogenaamde 'losse kraambedden' en de vrouwen die prenataal zijn overgedragen aan de gynaecoloog waar zij de verdere prenatale en natale zorg hebben ontvangen, maar nu voor het kraambed weer bij de verloskundige komen.

Tabel 4.2 Overzicht indicatoren voor praktijkgrootte per jaar per verloskundige ingedeeld naar praktijkvorm. Gegevens zijn afkomstig uit het jaaroverzicht dat de SIG jaarlijks verstrekt aan de aan de LVR-1 deelnemende verloskundigen

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
aantal inschrijvingen per verloskundige per jaar ¹	196	141	127	150
aantal begeleide baringen, incl. durante partu doorverwezen per verloskundige per jaar ¹	152	111	99	117
percentage van aantal inschrijvingen	78%	79%	78%	78%
aantal 'losse kraambedden' plus aantal vrouwen die prenataal zijn overgedragen en voor postnatale zorg weer bij verloskundige komen (aantallen per verloskundige per jaar) ¹	40	31	29	32
percentage van aantal baringen	28%	29%	30%	29%

¹ p < 0,01

Naast de verloskundige zorg besteedt de verloskundige een gedeelte van haar tijd aan het verrichten van allerlei niet-cliëntgebonden werkzaamheden zoals administratie, bijscholing, etc. Ook deze tijd zit impliciet opgenomen in het gezegde: 'als verloskundige begeleid ik 100 bevallingen per jaar'.

Om verwarring met de verloskundige hulp geboden tijdens de partus te voorkomen, zullen we het verder niet hebben over het aantal begeleide bevallingen per jaar maar over het aantal zorgeenheden³ per jaar.

Samenvattend:

Als maat voor de praktijkgrootte hanteren we het aantal zorgeenheden per jaar. Het aantal zorgeenheden per jaar komt overeen met het aantal begeleide bevallingen per jaar (inclusief de durante partu verwezen vrouwen). Hierbij is inbegrepen de partiële pre- en/of postnatale zorg bij een deel van haar cliënten, en de tijd besteed aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden.

Voor de duidelijkheid willen wij er op wijzen dat de hier gehanteerde systematiek niet direct aansluit bij de door het COTG vastgestelde wijze van tariefsberekening. Honderd 'bevallingen' in de definitie van het COTG betekent 100 vrouwen die het *volledige* traject

² Het percentage cliënten dat slechts gedeeltelijk of geen prenatale zorg heeft ontvangen van de verloskundige bedraagt 29% van het aantal begeleide baringen. Dit betekent dus 29 postnatale zorggevallen op 100 begeleide baringen.

³ In het interim-rapport [4] is overigens de term zorggeval gebruikt. Deze term gaf echter aanleiding tot onduidelijkheid.

aan zorg bij de verloskundige hebben doorlopen. Hierbij zijn niet de cliënten ingecalculerd die slechts gedeeltelijke zorg van de verloskundige ontvangen. Zoals bekend dient de verloskundige bij een normatieve praktijkgrootte van 155 bevallingen haar norm-inkomen te kunnen behalen. Hiermee bedoelt het COTG dus 155 volledige zorggevallen. Een praktijk met 155 zorgeenheden heeft een inkomen ruim boven het norm-inkomen, doordat de verloskundige ook voor de onvolledige zorggevallen een vergoeding krijgt. Zij kan haar norm-inkomen dus behalen bij een lager aantal COTG-bevallingen.

Voor een goed begrip: een verloskundige met 155 zorgeenheden (ofwel bevallingen) per jaar, heeft een inkomen dat boven het norminkomen ligt, vanwege het percentage vrouwen dat niet het volledige traject bij haar doorloopt, maar waar zij wel een vergoeding voor krijgt.

4.2.2 Methode

Voor de berekening van de werktijd per zorgeenheid is de volgende procedure toegepast. De gewerkte tijd in de praktijk gedurende drie weken van alle participanten in de praktijk (d.w.z. verloskundigen en eventueel aanwezige praktijk-assistentes en waarneemsters) is bij elkaar opgeteld. Een eventuele overlap in geregistreerde tijd (bijvoorbeeld door dubbele registratie) is vooraf verwijderd. De tijd besteed aan minder frequent voorkomende werkzaamheden als kringvergaderingen, bijscholing, begeleiden van stagiaires etc. is vastgesteld met behulp van een vragenlijst. De hieraan bestede tijd is geëxtrapoleerd naar een periode van drie weken, en opgeteld bij de geregistreerde werktijd, waardoor de totale werktijd in drie weken is verkregen. De gemiddelde werktijd per zorgeenheid is nu berekend door de totale werktijd te delen door het aantal baringen, welke zijn aangevangen bij een verloskundige. Hierbij zijn meegerekend de baringen welke bij de verloskundige zijn begonnen en durante partu overgedragen naar de tweede lijn.

Aangezien het aantal baringen als noemer optreedt bij deze berekening, kunnen fluctuaties in het aantal baringen vergaande consequenties hebben voor de uiteindelijke resultaten. Om fluctuaties zoveel als mogelijk te beperken, is de volgende berekeningsmethode toegepast⁴. We gaan er vanuit dat de gemiddelde tijd per zorgeenheid is opgebouwd uit 2 componenten:

- a) tijd besteed aan de begeleiding van de partus: deze is afhankelijk van het aantal bevallingen in de registratie-periode;
- b) tijd besteed aan 'overige werkzaamheden': deze wordt met name beïnvloed door de praktijkgrootte.

De gemiddelde tijd per zorgeenheid is nu als volgt berekend: de gemiddelde tijd per partus wordt vastgesteld aan de hand van de gegevens van de selectie-verloskundige gedurende de onderzoeksperiode. Deze gemiddelde tijd per partus gebruiken we om de totale tijd besteed aan partus te berekenen voor collega's. Hierbij is aangenomen dat de gemiddelde tijd voor het begeleiden van een baring hetzelfde is voor de selectie-verloskundige als voor de collega-verloskundigen. De tijd die overblijft (bij zowel de selectie-verloskundigen als de collega's), is besteed aan de onder b) genoemde 'overige werkzaamheden'. Om de hieraan bestede gemiddelde werktijd per zorgeenheid te berekenen wordt deze gedeeld door het aantal baringen per jaar, geëxtrapoleerd naar 3

⁴ In het interim-rapport 'Het werk van de verloskundige in Nederland - voorlopige resultaten' zijn drie verschillende berekeningsmethoden beschreven. Er is nu gekozen voor de in het interim-rapport beschreven 'methode 3' aangezien deze de meest nauwkeurige schatting oplevert.

weken. De gemiddelde werktijd per zorgseenheid volgt uit het optellen van de twee geschatte onderdelen.

De gemiddelde tijdsbesteding per zorgseenheid is vastgesteld per cel (urbanisatie-graad - praktijkvorm). De schatting van het populatie-gemiddelde is verkregen door deze cel-gemiddelden te wegen. Voor de toegepaste berekeningswijze zie Cochran [8] en bijlage 1.

4.2.3 Berekening

Er hoefden geen outliers te worden verwijderd. Echter, aangezien er van een verloskundige praktijk uit 'groep urbaan - groepspraktijk' geen gegevens omtrent jaarcijfers zijn verkregen, zijn de berekeningen uitgevoerd op in totaal 114 praktijken. Het gewogen gemiddelde van de werktijd per zorgseenheid is 1056 minuten ofwel 17 uur en 36 minuten (zie tabel 4.3).

Tabel 4.3 Schatting van de werktijd per zorgseenheid

	gewogen gemiddelde (minuten)	95 % betrouwbaarheidsinterval (minuten)
werktijd per zorgseenheid	1056	1030 - 1083

N.B. De hier berekende tijd is exclusief de tijd welke verloskundigen besteden aan beschikbaarheidsdienst. Voor een toelichting zie paragraaf 4.4.2.

4.3 Berekening gewerkte tijd per week

De gegevens omtrent de gewerkte tijd per zorgseenheid en de verdeling van de gewerkte tijd over de diverse werkzaamheden, kunnen gebruikt worden om de gewerkte tijd per week vast te stellen. Hiervoor zijn een aantal gegevens noodzakelijk:

- (a) de gewerkte tijd per zorgseenheid minus de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden;
- (b) de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden;
- (c) het aantal zorgseenheden per verloskundige d.w.z. het aantal door haar begeleide baringen per jaar, inclusief het aantal baringen die durante partu zijn overgedragen aan de tweede lijn.

Voor de berekening van de gewerkte tijd per week maken we een onderscheid tussen de gegevens genoemd onder (a) en (b). De reden hiervoor is dat de tijd die een verloskundige besteedt aan niet-frequente werkzaamheden onafhankelijk is van het aantal baringen dat zij begeleidt. Immers, een congres duurt bijvoorbeeld voor een verloskundige met een grote praktijk niet korter of langer dan voor een verloskundige met een kleine praktijk. Bij de berekening van het aantal werkuren per week dienen we hier dus rekening mee te houden. Tabel 4.4 geeft een overzicht van de herberekende gewerkte tijd per zorgseenheid en de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden.

Deze laatste tijden zijn afkomstig uit tabel 5.27. Hoewel formeel geen onderdeel van vraag 1 geven we voor de duidelijkheid ook de tijden voor de diverse praktijkvormen⁵.

Tabel 4.4 Overzicht van de gewerkte tijd per zorgeenheid minus de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden

	tijd (min.) besteed aan a	tijd (uren per jaar) besteed aan c
allen	967	192
solo-praktijk	880	181
duo-praktijk	967	196
groepspraktijk	1024	193

a: tijd per zorgeenheid minus de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden

b: tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden in min. per jaar (zie tabel 5.27)

Bij de berekening van het aantal gewerkte uren per week gaan we er vanuit dat een jaar 46 werkweken heeft. Dit is als volgt berekend. Een jaar heeft 365 dagen, waarvan er 104 in het weekend vallen. Werknemers, vallend onder een CAO hebben 23 vakantie-dagen per jaar. Verder zijn er gemiddeld 8 feestdagen waarop niet hoeft te worden gewerkt. Dit betekent dat er van de 365 dagen, $104 + 23 + 8 = 135$ dagen niet hoeft te worden gewerkt. Er blijven dan 230 dagen ofwel 46 weken over.

De formule voor de berekening ziet er als volgt uit:

a = tijd per zorgeenheid minus de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden (zie tabel 4.4)

b = aantal zorgeenheden (ofwel partus) per jaar

c = tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden in uren per jaar (zie tabel 4.4)

$$\frac{a \times b}{46 \text{ weken} \times 60 \text{ min.}} + \frac{c}{46 \text{ weken}} = \text{uren per week}$$

Tabel 4.5 geeft een overzicht van de gewerkte uren per week berekend voor een verloskundige met 100 en 125 zorgeenheden (ofwel partus) per jaar. In de tabel is eveneens opgenomen hoeveel uur er (gedeeltelijk) naast de gewerkte tijd besteed dient te worden aan bevallingsdienst⁶. Voor een verdere toelichting zie hoofdstuk 4.4.2.

⁵ Tabel 5.4 geeft een overzicht van de tijd per zorgeenheid en de tijd besteed aan niet frequente werkzaamheden per zorgeenheid. Deze twee cijfers kunnen niet zonder meer van elkaar worden afgetrokken om de getallen te verkrijgen in tabel 4.4. De getallen in tabel 5.4 hebben namelijk betrekking op alléén de selectie-verloskundigen werkzaam in de diverse praktijkvormen. De getallen in tabel 4.4 zijn berekend over alle deelnemende verloskundigen.

⁶ Misschien ten overvloede willen we hier er nogmaals op wijzen dat deze gegevens niet zonder meer inpasbaar zijn in de bestaande systematiek van tariefsberekening. Zie hoofdstuk 4.2.1.

Tabel 4.5 Aantal gewerkte uren per week indien de verloskundige 100 of 125 (zorgeenheden (partus) per jaar begeleidt. Aantal uren bevallingsdienst per week. Tussen haakjes het 95% betrouwbaarheidsinterval

	gewerkte uren per week bij 100 zorgeenheden	gewerkte uren per week bij 125 zorgeenheden	uren bevallingsdienst per week
allen	39 (37 - 41)	48 (45 - 50)	
indien werkzaam in			
- solo-praktijk	36 (32 - 40)	44 (39 - 49)	168
- duo-praktijk	39 (36 - 42)	48 (44 - 51)	84
- groepspraktijk	41 (38 - 43)	51 (47 - 53)	≤ 56

Met behulp van de door verloskundigen verstrekte gegevens omtrent praktijkgrootte (zie tabel 4.2) is berekend hoeveel uur zij gemiddeld per week werken. Deze tijden staan vermeld in tabel 4.6.

Tabel 4.6 Gemiddelde aantal gewerkte uren per week voor verloskundigen werkzaam in de diverse praktijkvormen, gebaseerd op het gemiddeld aantal door hen begeleide baringen, inclusief de durante partu doorverwezen cliënten. Tussen haakjes het 95% betrouwbaarheidsinterval

	gemiddeld aantal begeleide baringen, incl. durante partu doorverwijzingen	gewerkte tijd per week (uren)
allen	117	43 (41 - 45)
indien werkzaam in		
- solo-praktijk	152	50 (44 - 56)
- duo-praktijk	111	41 (38 - 45)
- groepspraktijk	99	39 (37 - 41)

Zoals de tabel laat zien, werken verloskundigen in Nederland gemiddeld 43 uur, indien we uitgaan van 46 werkweken per jaar. Solo-werkende verloskundigen zitten hierboven en verloskundigen werkzaam in een groepspraktijk zitten hier onder.

4.4 Specificatie van de gewerkte tijd

4.4.1 Verdeling van gewerkte tijd over de diverse werkzaamheden

Tabel 4.7 geeft een overzicht van de tijd besteed aan de diverse werkzaamheden per zorgeenheid. De tijden zijn berekend met behulp van de tijden geregistreerd door de selectie-verloskundige, aangezien alleen zij haar werkzaamheden gedurende de registratie-periode nader heeft gespecificeerd. Het aantal door haar begeleide baringen per jaar is vastgesteld met behulp van de gegevens omtrent praktijkgrootte (d.w.z. het aantal begeleide bevallingen per jaar) en de in de vragenlijst 'Praktijkenmerken' vermelde gegevens omtrent het percentage van de praktijk dat elke verloskundige voor haar rekening neemt.

Ten overvloede: er is hier dus niet de bestede tijd per cliënte berekend, maar de tijdsbesteding per zorgeneheid. Voor een eventuele toelichting van dit verschil zie de hoofdstukken 4.1 en 4.2.

Tabel 4.7 Tijd besteed aan de diverse werkzaamheden, berekend per zorgeneheid. Gewogen naar landelijke cijfers

	tijd (min.)	% van totale tijd
werktijd per zorgeneheid (allen)	1056	
werktijd per zorgeneheid (selectie-verloskundige)	1053 (1024 - 1083)	
cliënt-gebonden werkzaamheden:		
- spreekuur	216 (210 - 223)	21%
- huisbezoek	266 (256 - 276)	25%
- klinische bezoeken	9 (8 - 10)	1%
- baringen	219 (207 - 231)	21%
totaal cliëntgebonden werkzaamheden:	710 (672 - 747)	67%
niet-cliënt-gebonden werkzaamheden:		
- overleg	77 (72 - 83)	7%
- administratie	68 (64 - 73)	7%
- telefonisch spreekuur	22 (19 - 25)	2%
- praktijkwerkzaamheden	14 (12 - 15)	1%
- reistijd (niet nader gedefinieerd)	33 (30 - 36)	3%
- niet-frequente werkzaamheden	109 (101 - 117)	10%
totaal niet-cliëntgebonden werkzaamheden:	343 309 - 377)	31%
- assistente	20 (14 - 25)	2%

Zoals uit de tabel blijkt besteedt de verloskundige gemiddeld 67% van haar tijd aan cliëntgebonden werkzaamheden⁷ en 31% aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden. Gemiddeld neemt een assistente twee procent voor haar rekening. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het hier een gemiddelde betreft. Slechts een gedeelte van de praktijken had ten tijd van het onderzoek een assistente in dienst (zie hoofdstuk 5.7). In praktijken waar een assistente in dienst is, zal de bijdrage hoger zijn. In praktijken waar geen assistente werkzaam is, zal dit percentage 0% zijn.

4.4.2 Tijd besteed aan bereikbaarheid en beschikbaarheid

Aan verloskundigen is gevraagd om de tijd besteed aan 'bevallingsdiensten' en 'achterwacht' te registreren. Onder 'bevallingsdienst' verstaan we een dienst waarbij de verloskundige beschikbaar en bereikbaar is voor spoedeisende hulp, zoals bijv. het begeleiden van een baring. Onder 'achterwacht' verstaan we een dienst waarbij de verloskundige beschikbaar en bereikbaar is voor de (bevallings-)dienstdoende verloskundige indien deze niet in staat is aan alle gevraagde verloskundige bijstand te voldoen. Een dergelijke situatie wordt ook wel 'dubbel zitten' genoemd.

⁷ Het in tabel 4.7 genoemde getal komt niet overeen met de gemiddelde werktijd per baring zoals genoemd in tabel 5.18. Dit komt door de verschillende berekeningswijzen. In het getal genoemd in tabel 4.7 zit ook de tijd opgenomen welke is besteed aan een barende vrouw die durante partu is overgedragen aan de tweede lijn óf aan een collega. In het getal genoemd in tabel 5.18 zijn niet die vrouwen meeberekend die durante partu zijn overgedragen aan een collega, maar wel die vrouwen die zijn overgedragen aan een gynaecoloog.

In een verloskundige praktijk dient er altijd een verloskundige beschikbaar te zijn voor het begeleiden van partus. Dit betekent dat indien men de totale geregistreerde tijd besteed aan bevallingsdiensten in een praktijk berekent, deze op 21 volle dagen moet uitkomen (namelijk de lengte van de registratie-periode).

Het blijkt dat de aan bevallingsdiensten bestede tijd redelijk nauwkeurig is geregistreerd (tabel 4.8). De totale tijd besteed aan bevallingsdiensten ligt binnen een niet al te grote marge van het theoretisch haalbare, namelijk 21 dagen x 24 uur = 504 uur. Er zijn geen significante verschillen tussen de praktijkvormen ($F(2, 60) = 1,5, n.s.$). Dit was ook niet te verwachten.

Tabel 4.8 Hoeveelheid geregistreerde tijd op praktijk-niveau welke gedurende 3 weken is besteed aan bevallingsdiensten

	tijd (uren)
solo-praktijk	488,1
duo-praktijk	509,9
groepspraktijk	520,5
allen	508,5

In tabel 4.7 is aangegeven hoeveel tijd per zorgeenheid is besteed aan de diverse werkzaamheden. Hierin is om de volgende reden de tijd besteed aan bevallingsdiensten niet opgenomen. In een praktijk is altijd één verloskundige beschikbaar voor het begeleiden van partus. Dit gegeven is onafhankelijk van praktijkvorm of praktijkgrootte. Immers een solo-werkende verloskundige die 80 bevallingen per jaar begeleidt zal even veel tijd besteden aan bevallingsdiensten dan een verloskundige die 200 baringen begeleidt. De frequentie waarmee zij wordt opgeroepen zal uiteraard wel verschillen. Een solo-werkende verloskundige zal in principe 100% van de tijd beschikbaar dienen te zijn, tenzij zij 'verloskundige hulp inkoop' of een waarneemregeling treft met buurpraktijken. Verloskundigen werkzaam in een duo-praktijk zullen de helft van de tijd beschikbaar dienen te zijn voor het begeleiden van partus. Voor groepspraktijken is dit uiteraard afhankelijk van het aantal in de praktijk werkzame verloskundigen. Het heeft om de genoemde twee redenen geen zin om de tijd besteed per zorgeenheid aan bevallingsdiensten te berekenen. In tabel 4.5 is daarom aangegeven hoeveel uur bevallingsdienst een verloskundige heeft, gegeven de praktijkvorm waarin zij werkzaam is. We kunnen wel berekenen hoeveel uur zij naast haar werk *minimaal* nog beschikbaar is aan bevallingsdiensten. Indien we er in het meest gunstige geval van uitgaan dat alle uren die een verloskundige werkt, vallen in een bevallingsdienst dan betekent dit dat solisten naast hun werk dus nog minimaal $168 - 50 = 118$ uur beschikbaar zijn. Verloskundigen in een duopraktijk zijn naast het werk nog minimaal $84 - 41 = 43$ uur beschikbaar. Voor verloskundigen in een groepspraktijk is de situatie het meest gunstig. Zij zijn gemiddeld minimaal $56 - 39 = 17$ uur beschikbaar naast het werk. Indien niet alle werkuren vallen binnen de bevallingsdienst, neemt het aantal uren waarop men niet werkt, maar wel beschikbaar is voor noodgevallen toe. Dit is bijvoorbeeld het geval als er in een week, naast bevallingsdiensten ook dagen zijn waarop men wel werkt, bijv. spreekuur draait, maar men geen bevallingsdienst heeft.

Tabel 4.9 laat zien hoe de tijd besteed aan bevallingsdiensten is verdeeld over regelmatige en onregelmatige uren.

Tabel 4.9 Spreiding van de tijd besteed aan bevallingsdiensten over regelmatige en onregelmatige uren. Tussen haakjes is aangegeven het percentage van het totaal aantal uren per week

	uren 'door de week'	uren in het weekend	totaal in een week
0 - 8 uur	40 (24%)	16 (9%)	56 (33%)
8 - 18 uur	50 (30%)	20 (12%)	70 (42%)
18 - 24 uur	30 (18%)	12 (7%)	42 (25%)
totaal	120 (71%)	48 (29%)	168

Iets vergelijkbaars zou moeten gelden voor de achterwacht-regeling. Echter, niet alle praktijken hebben een achterwacht geregeld. In een gedeelte van de praktijken belt de verloskundige, indien zij 'dubbel' zit rond naar collega-verloskundigen om assistentie te vragen. Hiervoor is dus niet één verloskundige aangewezen. Daarnaast heeft een gedeelte van de praktijken een combinatie van deze regeling. Dit maakt de interpretatie van de gegevens erg moeilijk. Tabel 4.10 geeft een overzicht van de totale tijd besteed aan de 2 genoemde stand-by regelingen. De geregistreeerde tijd voor de afzonderlijke of combinaties van de twee stand-by regelingen komt niet in de buurt van het theoretisch haalbare (504 uur). Een verdere analyse van deze gegevens is dan ook niet mogelijk.

Tabel 4.10 Tijd (uren) gedurende 3 weken besteed in de volledige praktijk aan achterwacht en 'evt. wel beschikbaar zijn voor noodgevallen'

	achterwacht (uren)	evt. beschikbaar voor noodgevallen (uren)	totaal
solo-praktijk	5,7	44,5	50,2
duo-praktijk	132,9	190,8	323,7
groepspraktijk	221,1	388,7	609,8

4.4.3 Spreiding van de tijd besteed aan partus

Een gedeelte van de tijd besteed aan partus zal plaatsvinden gedurende nachtelijke uren en/of in het weekend. Eerst is nagegaan of de tijdstippen van geboorte van de gedurende het onderzoek geregistreeerde baringen gelijk verdeeld is over de 24 uur van de dag. Dit bleek inderdaad het geval te zijn (Kolmogorov-Smirnov goodness of fit test < 1 , n.s.). Dit betekent dat men ervan kan uitgaan dat de tijd welke aan de begeleiding van baringen is besteed eveneens gelijk verdeeld zal zijn over de dag. In tabel 4.7 is aangegeven dat de tijd besteed aan de begeleiding van een baring gemiddeld 219 minuten zal bedragen. Met behulp van de percentages berekend in tabel 4.9 is te berekenen hoeveel minuten theoretisch per baring besteed zal worden op onregelmatige uren. Voor een berekening zie tabel 4.11.

Tabel 4.11 Spreiding over onregelmatige tijden van de tijd besteed aan de begeleiding van een baring

	minuten 'door de week'	minuten in het weekend	totaal in een week
0 - 8 uur	53 (24%)	19 (9%)	72 (42%)
8 - 18 uur	66 (30%)	26 (12%)	92 (25%)
18 - 24 uur	40 (18%)	15 (7%)	55 (33%)
totaal	159 (71%)	60 (29%)	219 (100%)

4.5 Conclusies

Dit hoofdstuk beantwoordt de vraag naar de gemiddelde tijdsbesteding van vrijgevestigde verloskundigen in Nederland. Wij willen er hier nogmaals op wijzen dat de in dit onderzoek gehanteerde systematiek van werkdruk-berekening niet geheel aansluit bij de wijze waarop het COTG de normatieve praktijkgrootte berekent. De gemiddelde werkweek van verloskundigen ligt op 43 uur bij een gemiddelde van 117 zorgeenheden (d.w.z. bevallingen) per jaar. Solowerkende verloskundigen komen op een werkweek van gemiddeld 50 uur en verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken op resp. 41 en 39 uur. De verloskundige besteedt gemiddeld 67% van haar tijd aan cliëntgebonden werkzaamheden, 31% aan niet-clientgebonden werkzaamheden, terwijl de praktijk-assistente gemiddeld 2% voor haar rekening neemt. Het aantal uren doorgebracht met 'bevallingsdiensten' is afhankelijk van de praktijkvorm waarin men werkzaam is en ligt op 168 uur per week voor een solowerkende verloskundige en op 84 en 56 uur voor verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken. Indien we er in het meest gunstige geval van uitgaan dat alle uren die een verloskundige werkt, vallen in een bevallingsdienst dan betekent dit dat solisten naast hun werk nog minimaal 118 uur beschikbaar zijn. Voor verloskundigen in duo- en groepspraktijken is dit nog minimaal 43 uur respectievelijk 17 uur. Indien niet alle werkuren vallen binnen de bevallingsdienst, hetgeen normaliter het geval zal zijn, neemt het aantal uren waarop men niet werkt, maar wel beschikbaar is voor noodgevallen toe. Het gaat hier alleen om uren doorgebracht in een bevallingsdienst. Uren besteed aan 'achterwacht' zijn hier niet inbegrepen. Het is niet mogelijk gebleken om het aantal uren vast te stellen dat verloskundigen doorbrengen in 'achterwacht' of als zijnde 'eventueel beschikbaar voor noodgevallen'. Om deze reden is het ook niet vast te stellen hoeveel uren 'vrije tijd' zij hebben.

5. DETERMINANTEN VAN TIJDSBESTEDING

Zoals beschreven in hoofdstuk 4, zijn er verschillen tussen de drie praktijkvormen voor wat betreft de duur van de werkweek. Eén van de oorzaken hiervoor is het verschil in praktijkgrootte. Verloskundigen werkzaam in solopraktijken begeleiden meer partus dan collega's uit duo- en groepspraktijken. In dit hoofdstuk analyseren we deze verschillen verder en gaan we na of ook andere variabelen van invloed zijn op de gewerkte tijd. We doen dit aan de hand van onderzoeksvraag 2, die luidt:

Wat zijn de determinanten van de verleende verloskundige zorg en tijdsbesteding, zowel aan de vraagkant (kenmerken van cliënten) als aan de aanbodkant (zoals kenmerken verloskundige praktijk)?

Deze vraag valt uiteen in twee delen: determinanten van verloskundige zorg aan 1) de vraagkant (waaronder cliënte-karakteristieken) en aan 2) de aanbodkant (dat wil zeggen praktijkvorm en urbanisatiegraad). We zullen echter pas bij de conclusies aan het einde van dit hoofdstuk deze scheiding aanbrenge. In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgend: spreekuur, huisbezoek, partus, overleg, niet frequent voorkomende werkzaamheden en de bijdrage van praktijk-assistentes. Deze werkzaamheden zijn gekozen omdat (1) zij gezamenlijk 86% van het werk van de verloskundige uitmaken en (2) we verwachten dat cliënte- en/of praktijkkenmerken van invloed zijn op de tijd besteed aan deze werkzaamheden. Voor zover ons bekend is hier onder verloskundigen nog geen onderzoek verricht. We konden dus niet teruggrijpen op eerdere onderzoeksresultaten. In overleg met de ons van advies dienende praktijkgroep van verloskundigen zijn daarom een aantal cliënte-kenmerken vastgesteld die mogelijk van invloed zouden zijn. De gekozen kenmerken zijn o.a. pariteit, etniciteit, taal waarin men communiceert, het feit of de cliënte vergezeld is door iemand (v.w.b. spreekuur-bezoeken), en de beschikbaarheid van kraamzorg (v.w.b. huisbezoeken). Ook Crébas geeft in haar rapport [1] een aantal van deze factoren aan als zijnde van invloed op de (toenemende) werkdruk van verloskundigen. Naast de cliënte-kenmerken gaan we na wat de invloed is van praktijkvorm en urbanisatiegraad op de tijd besteed aan de genoemde activiteiten. De in dit hoofdstuk geanalyseerde tijden zijn steeds afkomstig van de selectie-verloskundige. Tijdens de registratie hebben zij de genoemde cliënte-kenmerken voor elk contact geregistreerd. Gezien de grote belasting die dit voor hen in hield zijn alleen die kenmerken geregistreerd waarvan van tevoren werd ingeschat dat zij het meest van invloed zouden zijn. Dit verklaart waarom bij de verschillende werkzaamheden niet steeds dezelfde cliënte-kenmerken zijn geregistreerd.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. We beginnen met de gewerkte tijd per zorgeenheid en gaan na in hoeverre praktijkvorm en urbanisatiegraad hierop van invloed zijn. Vervolgens behandelen we de genoemde werkzaamheden. Steeds geven we eerst een overzicht van de hoeveelheid tijd die verloskundigen gemiddeld hieraan besteden waarna we de invloed van de verschillende determinanten op de bestede tijd beschrijven. Het hoofdstuk sluit af met een bespreking van de resultaten.

5.1 De gewerkte tijd per zorgeenheid

In hoofdstuk 4 hebben we de gemiddelde tijd per zorgeenheid berekend. In dit hoofdstuk zullen we nagaan in hoeverre de stratificatie-variabelen urbanisatie-grad en praktijkvorm hierop van invloed zijn.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een niet-proportionele gestratificeerde steekproef. Zoals vermeld is het niet mogelijk gebleken om in elke cel een gelijk aantal praktijken te laten deelnemen (tabel 2.2). Alvorens verdere analyses te verrichten op de invloed van determinanten van de verleende zorg, is nagegaan in hoeverre de praktijken in de cellen verschillen in de gemiddelde tijdsbesteding per zorgeenheid. Deze bleek niet te verschillen tussen de cellen ($F(11, 113) = 1,5$, n.s.). De data zijn niet weergegeven.

5.1.1 De invloed van urbanisatiegraad op gewerkte tijd per zorgeenheid

Vastgesteld is in hoeverre urbanisatiegraad van invloed is op de gewerkte tijd per zorgeenheid. Het blijkt dat de verloskundige praktijken in de verschillende regio's van Nederland een gelijke hoeveelheid tijd besteden per zorgeenheid (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Gewerkte tijd per zorgeenheid onderverdeeld naar urbanisatiegraad

	gemiddelde werktijd per zorgeenheid in minuten (95% betrouwbaarheidsinterval)		aantal praktijken (steekproef)
ruraal	1091	(1002; 1180)	31
suburbaan	1099	(984; 1214)	29
urbaan	1056	(957; 1155)	34
grote stad	1063	(916; 1209)	20

Vervolgens is nagegaan in hoeverre de tijd besteed aan de diverse werkzaamheden verschilt tussen praktijken, ingedeeld naar urbanisatiegraad. Tabel 5.2 geeft hiervan een overzicht. De gegevens in tabel 5.2 zijn in tegenstelling tot de gegevens uit tabel 5.1 berekend over alleen de selectie-verloskundige. Dit verklaart waarom de getallen uit tabel 5.1 en 5.2 niet geheel met elkaar overeenkomen ¹.

Tussen de praktijken werkzaam in de verschillende regio's in Nederland blijken geen verschillen te zijn voor wat betreft de gewerkte tijd per zorgeenheid. Ook indien de gewerkte tijd wordt onderverdeeld naar de diverse werkzaamheden zijn er geen verschillen, behalve voor de tijd besteed aan klinische bezoeken. Verloskundigen in de grote steden besteden meer tijd aan klinische bezoeken.

¹ De tijd per baring komt in tabel 5.2 niet geheel overeen met de tijden vermeld in tabel 5.18, omdat nu ook de vrouwen welke durante partu zijn overgedragen door of voor een collega zijn meegenomen in de berekening.

Tabel 5.2 Verdeling van de tijd over de diverse werkzaamheden per zorgseenheid onderverdeeld naar urbanisatiegraad. Tussen haakjes het percentage van de totale tijd

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad
werktijd per zorgseenheid sel. VK	1052	1099	1124	1087
cliënt-gebonden werkzaamheden:				
- spreekuur	206 (20%)	222 (20%)	238 (20%)	229 (21%)
- huisbezoek	261 (25%)	282 (25%)	278 (25%)	229 (21%)
- klinische bezoeken ¹	7 (1%)	11 (1%)	14 (1%)	17 (2%)
- partus	223 (21%)	228 (21%)	211 (19%)	214 (20%)
totaal cliëntgebonden	697 (67%)	743 (69%)	741 (68%)	689 (65%)
niet-cliënt-gebonden werkzaamheden:				
- overleg	82 (8%)	94 (9%)	87 (8%)	90 (8%)
- administratie	66 (6%)	64 (6%)	63 (6%)	84 (8%)
- telefonisch spreekuur	24 (2%)	21 (2%)	22 (2%)	17 (1%)
- praktijkwerkzaamheden	13 (1%)	18 (2%)	12 (1%)	10 (1%)
- reistijd (niet nader gedefinieerd)	38 (3%)	40 (3%)	30 (3%)	42 (4%)
- niet-frequente werkzaamheden	115 (11%)	110 (10%)	126 (11%)	120 (11%)
totaal niet-cliëntgebonden	338 (31%)	347 (30%)	342 (28%)	362 (32%)
- assistente	17 (2%)	8 (1%)	41 (4%)	36 (3%)

¹ $F(3, 113) = 2,9, p < 0,05$

5.1.2 Invloed van praktijkvorm op gewerkte tijd per zorgseenheid

Dezelfde analyses zijn uitgevoerd om na te gaan of praktijkvorm van invloed is op de gewerkte tijd per zorgseenheid. Het blijkt dat verloskundigen werkzaam in een solopraktijk minder tijd besteden per zorgseenheid dan verloskundigen werkzaam in groepspraktijken (post hoc test, Student-Newman-Keuls, $p < 0,05$).

Tabel 5.3 Gewerkte tijd per zorgseenheid onderverdeeld naar praktijkvorm

	gemiddelde werktijd per zorgseenheid in minuten (95% betrouwbaarheidsinterval) ¹	aantal praktijken (steekproef)
solopraktijk	971 (856; 1085)	31
duopraktijk	1080 (989; 1172)	36
groepspraktijk	1146 (1073; 1218)	47

¹ $F(2, 113) = 3,8, p < 0,05$

Vervolgens is nagegaan welke werkzaamheden de verschillen in gewerkte tijd veroorzaken. Tabel 5.4 geeft hiervan een overzicht. Ook hier geldt dat de getallen in tabel 5.3 en 5.4 niet geheel met elkaar overeenkomen. Tabel 5.3 geeft de gemiddelde berekend over alle verloskundigen, tabel 5.4 berekend over alleen de selectie-verloskundigen ².

² De tijd besteed per baring komt niet geheel overeen met de tijden vermeld in tabel 5.18, omdat nu ook de vrouwen welke durante partu zijn overgedragen door of aan een collega zijn meegenomen in de berekening.

Tabel 5.4 Verdeling van de tijd over de diverse werkzaamheden per zorgeenheid, onderverdeeld naar praktijkvorm

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk
werktijd per zorgeenheid sel. VK ¹	938	1089	1195
cliënt-gebonden werkzaamheden:			
- spreekuur	208 (22%)	214 (20%)	242 (20%)
- huisbezoek	237 (25%)	279 (26%)	275 (23%)
- klinische bezoeken ²	8 (1%)	10 (1%)	16 (1%)
- partus	206 (22%)	217 (20%)	230 (19%)
totaal cliëntgebonden	657 (71%)	719 (67%)	764 (64%)
niet-cliënt-gebonden werkzaamheden:			
- overleg ³	53 (6%)	79 (7%)	118 (10%)
- administratie	69 (7%)	64 (6%)	70 (6%)
- telefonisch spreekuur	20 (2%)	20 (2%)	23 (2%)
- praktijkwerkzaamheden	13 (1%)	16 (1%)	12 (1%)
- reistijd (niet nader gedefinieerd) ⁴	23 (3%)	34 (3%)	48 (4%)
- niet-frequente werkzaamheden ⁵	77 (8%)	136 (12%)	130 (11%)
totaal niet-cliëntgebonden ⁶	255 (26%)	350 (31%)	400 (33%)
- assistente	25 (3%)	19 (2%)	30 (3%)

1 $F(2, 113)=5,7, p<0,01$ 4 $F(2, 113)=4,3, p<0,05$ 2 $F(2, 113)=4,2, p<0,05$ 5 $F(2, 113)=3,5, p<0,05$ 3 $F(2, 113)=11,2, p<0,01$ 6 $F(2, 113)=6,4, p<0,01$

Groepspraktijken besteden verhoudingsgewijs per zorgeenheid meer tijd aan klinische bezoeken, overleg-situaties, reizen en niet-frequente werkzaamheden. Ook de tijd besteed aan de bij elkaar opgetelde niet-cliëntgebonden werkzaamheden verschilt significant tussen de drie praktijkvormen. De tijd besteed aan klinische bezoeken en reizen neemt slechts een klein percentage van de totale bestede tijd in beslag. Dat groepspraktijken meer tijd besteden aan overleg is inherent aan de praktijkvorm. In hoeverre dit voor niet-frequent voorkomende werkzaamheden ook zo is zullen we nader analyseren in hoofdstuk 5.6.

De gemiddelde werktijd per zorgeenheid is berekend door de tijd besteed aan de diverse werkzaamheden te relateren aan de praktijkgrootte, i.c. het aantal zorgeenheden ofwel begeleide baringen per jaar, inclusief de durante partu doorverwezen baringen (zie hoofdstuk 4). Veranderingen in de deler (praktijkgrootte) zijn dus van invloed op de berekende gewerkte tijd per zorgeenheid. Er is nagegaan in hoeverre er verschillen zijn in het aantal inschrijvingen en begeleide baringen bij verloskundigen werkzaam in de diverse praktijkvormen (zie tabel 5.5). De vermelde cijfers komen uit het jaaroverzicht dat de SIG jaarlijks verstrekt aan de aan de LVR-1 deelnemende verloskundigen. Diegenen die hieraan niet deelnemen, hebben de gegevens uit de eigen administratie verstrekt.

Tabel 5.5 Overzicht aantal inschrijvingen en baringen per jaar per verloskundige ingedeeld naar praktijkvorm

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
aantal inschrijvingen per verloskundige per jaar ¹	196	141	127	150
aantal begeleide baringen, incl. durante partu doorverwezen per verloskundige per jaar ²	152	111	99	117

¹ $F(2,112) = 22,2, p < 0,01$

² $F(2, 113) = 20,3, p < 0,01$

Uit de tabel blijkt dat zowel het aantal inschrijvingen als het aantal begeleide baringen per verloskundige significant verschilt tussen de praktijken. Solo werkende verloskundigen hebben meer inschrijvingen en begeleiden meer partus dan verloskundigen werkzaam in een duo- of groepspraktijk. Het verschil in het aantal inschrijvingen en het aantal begeleide partus kan echter de verschillen in gewerkte tijd per zorgeenheid tussen de praktijkvormen niet geheel verklaren. Indien gecorrigeerd wordt voor het aantal inschrijvingen of begeleide partus, blijven deze verschillen namelijk bestaan. Dit betekent dus dat meerdere factoren een rol spelen.

Om hier meer inzicht in te krijgen zijn we nagegaan in de tijd besteed aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden afhankelijk is van het aantal partus dat een verloskundige per jaar begeleidt. Hiertoe is berekend hoeveel tijd een verloskundige gemiddeld aan deze werkzaamheden besteedt per week gegeven het aantal partus dat zij per week begeleidt. Hiervoor is de formule gebruikt uit hoofdstuk 4.3. Vervolgens zijn correlaties berekend tussen het aantal zorgeenheden per jaar (ofwel begeleide bevallingen) en het aantal uren dat een verloskundige aan deze activiteiten besteedt. Hierbij is een indeling gemaakt naar praktijkvorm. Tabel 5.6 geeft een overzicht van de correlaties.

Tabel 5.6 Correlaties tussen de tijd besteed aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden zorgverlening per week berekend op basis van het aantal in de praktijk begeleide partus en het aantal zorgeenheden (=begeleide bevallingen) per jaar, ingedeeld naar praktijkvorm

	aantal zorgeenheden			
	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
gewerkte tijd per week (uren)	0,61 ¹	0,60 ¹	0,40 ¹	0,64 ¹
- cliëntgebonden werkzaamheden	0,74 ¹	0,73 ¹	0,35 ²	0,67 ¹
- niet-cliantgebonden werkzaamheden	0,24	-0,02	0,12	0,06
gewerkte tijd per week (%):				
- cliëntgebonden werkzaamheden	0,24	0,37 ²	0,05	0,32 ²
- niet-cliantgebonden werkzaamheden	-0,24	-0,37 ²	-0,05	-0,32 ²

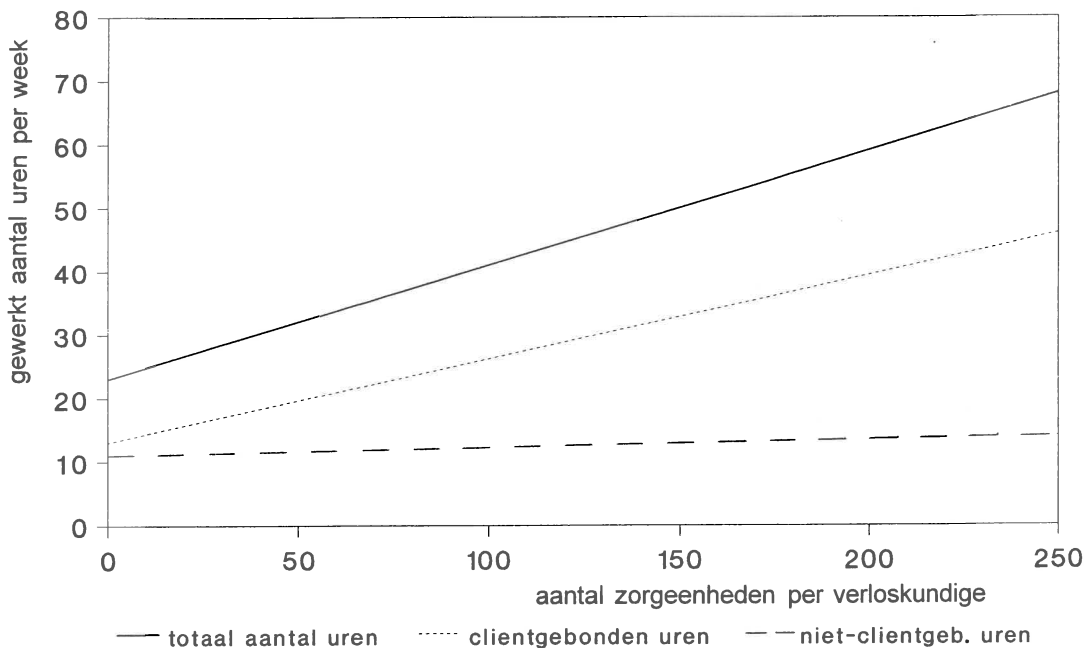
¹ $p < 0,01$

² $p < 0,05$

Zoals uit de tabel blijkt is er een significant verband tussen het aantal gewerkte uren en het aantal begeleide partus. Dit geldt voor zowel de gehele groep als wanneer er een

indeling wordt gemaakt naar praktijkvorm. Hoe meer partus een verloskundige begeleidt, hoe langer de werkweek. Hetzelfde geldt voor de tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden. Opvallend is echter dat de tijd besteed aan niet-clientgebonden zorgverlening niet evenredig mee stijgt. Het percentage van de tijd die verloskundigen besteden aan deze werkzaamheden neemt voor de groep in zijn geheel zelfs af indien zij meer partus gaan begeleiden. Dit komt omdat het absoluut aantal uren dat verloskundigen aan deze werkzaamheden besteden stabiel is en onafhankelijk van het aantal partus. Indien we een indeling maken naar praktijkvorm, vinden we dit verband ook voor verloskundigen werkzaam in duopraktijken, maar niet voor solo- en groepspraktijken. Voor een grafische weergave zie figuur 5.1.

Figuur 5.1. Het totaal aantal gewerkte uren per week en de uren besteed aan de diverse vormen van zorgverlening uitgezet tegen het aantal zorgeenheden (begeleide partus) per verloskundige



5.1.3 Samenvatting

De gewerkte tijd per zorgeenheid verschilt niet indien er een indeling plaatsvindt naar urbanisatiegraad. Wel zijn er verschillen tussen de verschillende praktijkvormen: groepspraktijken hebben langere tijden per zorgeenheid. Een aantal factoren spelen een rol:

- (1) verloskundigen werkzaam in groepspraktijken besteden meer tijd aan klinische bezoeken, reistijd (niet nader gedefinieerd), overleg en niet-frequente werkzaamheden. De tijd besteed aan de eerste twee genoemde werkzaamheden is slechts gering. Aan overleg besteden verloskundigen in groepspraktijken twee maal zoveel tijd dan solowerkende collega's. Verloskundigen in duopraktijken zitten hier tussen in. Ook aan niet-frequente werkzaamheden besteden zij per zorgeenheid meer tijd. Wij zullen deze laatste werkzaamheden in hoofdstuk 5.6 aan een nadere analyse onderwerpen.

- (2) Verloskundigen in groepspraktijken begeleiden per jaar minder partus *per verloskundige* dan solowerkende collega's.
- (3) Het aantal per jaar begeleide partus is gerelateerd aan de totale gewerkte tijd per week en de tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden, maar niet aan niet-clientgebonden werkzaamheden. Hoe minder partus men per jaar begeleidt hoe ongunstiger de verhouding van de tijd besteed aan cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden.

5.2 Spreekuur

5.2.1 De invloed van praktijkvorm

In het algemeen zijn er drie soorten spreekuurcontacten te onderscheiden: een intake, prenataal en '6 weken postpartum' bezoek. Tabel 5.7 geeft een overzicht van de lengte van de verschillende soorten spreekuur-bezoek en de tijd besteed aan voorbereiding en opruimen.

De tijd besteed aan cliënten gedurende de diverse spreekuurbezoeken blijkt significant verschillend te zijn tussen de 3 praktijkvormen. Groepspraktijken besteden per cliënte iets meer tijd aan intake en prenatale bezoeken, terwijl solopraktijken iets meer tijd besteden aan postnatale bezoeken. De voorbereidings- en opruimtijd verschilt niet voor de verschillende praktijkvormen.

Tabel 5.7 Overzicht van de tijd (min.) besteed aan de diverse onderdelen van het spreekuur, onderverdeeld naar praktijkvorm. Het 95% betrouwbaarheidsinterval is gegeven voor de gemiddelden van de gehele groep

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
intake ¹	24,4	25,6	28,7	26,5 (25,7 - 27,5)
overig prenataal ²	10,0	11,2	11,7	11,1 (10,9 - 11,2)
'6 weken post partum' ³	15,4	12,2	14,2	14,0 (13,1 - 14,8)
voorbereidingstijd per spreekuur	18,3	12,9	13,8	15,1 (14,2 - 16,0)
opruimtijd per spreekuur	15,9	14,2	15,1	15,1 (14,4 - 15,9)

1 $F(2, 486) = 9,7, p < 0,01$

2 $F(2, 3776) = 42,7, p < 0,01$

3 $F(2, 275) = 4,5, p < 0,05$

Werkdruk

Zoals in tabel 5.5 is aangegeven verschilt het aantal inschrijvingen en begeleide bevallingen tussen de praktijkvormen. In het algemeen begeleiden verloskundigen werkzaam in solopraktijken meer partus en hebben zij langere werkweken. Om na te gaan of er los van de praktijkvorm een verband is tussen praktijkgrootte, de gemiddelde gewerkte tijd per week en de tijd besteed aan het cliënte-contact tijdens het spreekuur zijn correlatie-coëfficiënten berekend. Tabel 5.8 geeft een overzicht.

Tabel 5.8 Correlaties tussen het aantal inschrijvingen en begeleide baringen per verloskundige, het aantal uren dat men werkt per week enerzijds en de gemiddelde tijd besteed aan het cliënte-contact gedurende het spreekuur anderzijds

	aantal inschrijvingen	aantal baringen	uren gewerkt per week
alle spreekuur-contacten	-0,34 ¹	-0,38 ¹	-0,01
- intake	-0,21 ²	-0,25 ²	0,08
- overig prenataal	-0,37 ¹	-0,38 ¹	-0,04
- 6 weken post partum	-0,17	-0,21 ²	0,03

1 $p < 0,01$

2 $p < 0,05$

De tijd die verloskundigen besteden aan een cliënte-contact gedurende het spreekuur hangt samen met het aantal inschrijvingen per verloskundige en het aantal begeleide baringen per verloskundige. Hoe hoger het aantal inschrijvingen en het aantal begeleide partus hoe korter het spreekuurcontact. Dit verband geldt zowel voor de intake, overige prenatale en '6 weken post partum' bezoeken. Alleen de relatie tussen postnatale bezoeken en het aantal inschrijvingen is niet significant. Er is evenmin een relatie tussen de duur van het cliënte-contact en het aantal gewerkte uren per week.

5.2.2 De invloed van cliënte-kenmerken

Vervolgens is nagegaan in hoeverre cliënte-kenmerken van invloed zijn op de contacttijden gedurende het spreekuur (zie tabel 5.9). Hierbij is een onderscheid gemaakt naar de diverse soorten spreekuur-bezoeken. Verschillende cliënte-kenmerken blijken van invloed te zijn op de duur van de contacttijd. Hieronder volgt een kort overzicht.

Pariteit

Het contact tussen primiparae en verloskundige is bij de intake en bij de overige prenatale bezoeken van langere duur dan bij multiparae. Hoewel de '6 weken postpartum' bezoeken eveneens van langere duur zijn, is dit verschil niet significant.

Alleen of vergezeld door anderen

Indien de cliënte vergezeld wordt door een andere volwassene is de bezoektijd gedurende het intake-gesprek van langere duur, dan wanneer de cliënte de verloskundige alleen bezoekt of in gezelschap is van bijv. een kind. Hetzelfde geldt voor overige prenatale, maar niet voor de '6 weken postpartum' bezoeken. Onder de in de tabel genoemde categorie 'anders' verstaan we bijv. een kind of een andere volwassene met een kind.

Tabel 5.9 Tijd besteed aan spreekuur-bezoeken, gespecificeerd naar cliënte-kenmerken. Tussen haakjes staat het aantal geregistreerde bezoeken. Cijfers rechts onder in de cel verwijzen naar resultaten van statistische toetsen uitgevoerd tussen gemiddelden in de cel

	intake	overig prenataal	6 weken post partum
pariteit			
primiparae	28,8 (225)	11,6 (1830)	15,0 (91)
multiparae	25,1 (235)	10,8 (1865)	13,4 (145)
	1	2	
cliënte vergezeld door:			
niemand	25,2 (207)	10,5 (1706)	14,1 (130)
partner of volwassene	28,8 (183)	12,2 (1111)	11,8 (16)
anders	25,6 (97)	10,9 (960)	14,1 (156)
	3	4	
etnische achtergrond			
Nederlands	26,8 (410)	11,1 (3283)	14,1 (246)
mediterraan	25,8 (38)	10,6 (262)	10,7 (15)
ander europees	26,0 (12)	12,4 (68)	10,0 (4)
creools	27,1 (7)	11,2 (52)	16,5 (2)
hindoestaans	26,8 (5)	10,9 (26)	-
Aziatisch	23,6 (10)	10,7 (43)	14,5 (4)
overig	23,8 (4)	11,1 (21)	13,0 (1)
etnische achtergrond			
Nederlands	26,8 (410)	11,1 (3283)	14,1 (246)
niet-Nederlands	25,6 (76)	11,0 (483)	11,7 (26)
			5
taalproblemen			
nee	26,6 (459)	11,1 (3601)	14,1 (269)
ja	26,7 (28)	11,5 (176)	10,9 (7)

N.B. De tussen haakjes vermelde aantallen tellen per cel niet altijd op tot hetzelfde getal doordat de gevraagde gegevens soms ontbreken.

Legenda:

1 $t(458) = 3,90, p < 0,01$

2 $t(3630,0) = 5,00, p < 0,01$

3 $F(2, 484) = 6,50, p < 0,01$

4 $F(2, 37748) = 42,71, p < 0,01$

5 $t(42,3) = 2,6, p < 0,05$

Etnische achtergrond

De invloed van etnische achtergrond is op twee manieren nagegaan: onderscheiden naar etniciteit en onderscheiden naar Nederlands en niet-Nederlands. De lengte van het spreekuur-bezoek is niet verschillend indien men een onderscheid maakt naar de verschillende etnische achtergronden. Sommige etnische groeperingen zijn slecht vertegenwoordigd (zie tabel 5.9) waardoor de betrouwbaarheid van de analyses afneemt. Om deze reden is de analyse herhaald waarbij een indeling is gemaakt in Nederlands en niet-Nederlands. Nu blijkt het '6 weken post partum' bezoek voor niet-Nederlandse vrouwen korter te duren dan voor Nederlandse vrouwen.

Taalproblemen

Verloskundigen hebben per cliënte aangegeven in hoeverre er gedurende het spreekuurbezoek taalproblemen waren. Een gebrekkig verlopende communicatie met een cliënte blijkt niet van invloed te zijn op de lengte van het spreekuurbezoek.

5.2.3 Samenvatting

Verloskundigen in solopraktijken besteden minder tijd aan intake- en overige prenatale bezoeken, maar meer aan '6 weken post partum' bezoeken. Hoe meer inschrijvingen en bevallingen verloskundigen per jaar hebben hoe minder tijd zij besteden per cliënte-contact. Het aantal uren dat men per week werkt is niet van invloed. Ook een aantal cliënte-kenmerken zijn van invloed op de duur van de spreekuur-contacten. Verloskundigen besteden meer tijd aan intake- en overige prenatale bezoeken van primiparae en cliënte die vergezeld zijn door partner of andere volwassene. Het '6 weken post partum' bezoek duurt bij niet-Nederlandse vrouwen korter dan bij Nederlandse vrouwen.

5.3 Huisbezoek**5.3.1 De invloed van praktijkvorm**

Tabel 5.10 geeft een overzicht van de tijd besteed aan huisbezoeken onderverdeeld naar praktijkvorm. De aanwezigheid gedurende een huisbezoek is bij solo-praktijken van minder lange duur dan bij duo- en groepspraktijken.

Soort huisbezoek

Huisbezoeken zijn grofweg in te delen in twee categorieën: (1) huisbezoeken afgelegd in het kader van de reguliere postnatale controle tot 10 dagen post partum, en (2) huisbezoeken afgelegd buiten de reguliere kraambezoeken om. Het kan hier in het laatste geval zowel pre- als postnatale bezoeken betreffen. Tabel 5.10 geeft een overzicht van de gemiddelde duur van de huisbezoeken voor deze categorieën. Niet-reguliere huisbezoeken duren significant langer dan de huisbezoeken afgelegd in het kader van de kraambezoeken tot 10 dagen post partum. Huisbezoeken afgelegd tot 10 dagen post partum duren korter bij solo-praktijken. Voor de niet-reguliere huisbezoeken zijn er geen verschillen tussen de diverse praktijkvormen.

Tabel 5.10 Overzicht tijd (min.) besteed aan huisbezoek onderverdeeld naar praktijkvorm. Het 95% betrouwbaarheidsinterval is gegeven voor de gemiddelde van de gehele groep

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
huisbezoek ¹	20,1	23,3	21,4	21,5 (21,0 - 22,6)
huisbezoek ²				
reguliere huisbezoeken ³	18,8	22,5	21,0	20,8 (20,3 - 21,4)
niet-reguliere huisbezoeken	23,9	27,6	23,5	24,7 (23,0 - 26,5)

1 $F(2, 2302) = 9,9, p < 0,01$

2 $t(491,48) = -4,22, p < 0,01$

3 $F(2, 1895) = 12,7, p < 0,01$

Werkdruk

Ook nu is weer nagegaan of er een relatie is tussen de tijd die een verloskundige per cliënte besteedt aan een huisbezoek, de praktijkgroote en de gemiddelde gewerkte tijd per week. Tabel 5.11 geeft een overzicht.

Tabel 5.11 Correlaties tussen het aantal inschrijvingen en begeleide baringen per verloskundige, het aantal gewerkte uren per week enerzijds en de gemiddelde tijd besteed aan het cliënte-contact gedurende het huisbezoek anderzijds

	aantal inschrijvingen	aantal baringen	uren gewerkt per week
duur huisbezoek	-0,18	-0,24 ¹	0,12

1 $p < 0,01$

Ook nu is er een relatie tussen het aantal baringen en de tijd die een verloskundige per cliënte besteedt aan het huisbezoek. Hoe meer bevallingen zij begeleidt, hoe minder tijd zij bij een cliënte aanwezig is. De relatie met het aantal inschrijvingen per verloskundige heeft dezelfde richting doch is net niet significant ($p=0,06$). Er is evenmin een relatie tussen de tijd per cliënte-contact en het aantal gewerkte uren per week.

5.3.2 De invloed van cliënte-kenmerken

Dagen post partum

Er is nagegaan hoeveel tijd gemiddeld is besteed aan de huisbezoeken voor de verschillende dagen post partum. Tabel 5.12 geeft een overzicht van de gemiddelde tijden voor het huisbezoek voor de verschillende dagen post partum. Zoals uit de tabel blijkt, verschilt de aanwezigheidstijd bij de cliënte afhankelijk van het aantal dagen post partum. De aanwezigheidstijd neemt toe naarmate het einde van de periode nadert waarin kraambezoeken worden afgelegd.

Tabel 5.12 Gemiddelde aanwezigheidstijd gedurende huisbezoek bij het gegeven aantal dagen postpartum in minuten. Aantal geregistreerde huisbezoeken tussen haakjes

dag	aanwezigheidstijd (min.) ¹		aanwezigheidstijd (min.) ²	
	allen		prenatale zorg zelf verricht	los kraambed
1	18,1 (161)		17,7 (146)	21,9 (15)
2	18,8 (264)		18,7 (247)	20,5 (17)
3	19,9 (294)		20,1 (270)	18,2 (24)
4	19,7 (248)		19,8 (226)	18,1 (22)
5	20,8 (163)		21,0 (153)	17,6 (10)
6	21,2 (196)		21,8 (181)	13,7 (15)
7	22,2 (154)		22,7 (134)	19,3 (20)
8	22,8 (203)		23,7 (172)	17,9 (31)
9	27,5 (106)		27,8 (98)	24,8 (8)
10	22,2 (107)		22,9 (93)	17,7 (14)
totaal	20,8 (1896)		21,1 (1720)	18,6 (176)

1 $F(9, 1895) = 6,8$ $p < 0,01$

2 $F(1, 1895) = 8,1$ $p < 0,01$

Losse kraambedden

Vervolgens is nagegaan hoeveel tijd is besteed aan 'losse kraambedden' ofwel aan vrouwen die alleen gedurende het kraambed zorg van de verloskundige hebben ontvangen. Bij deze vrouwen is (een gedeelte van) de prenatale zorg en de zorg gedurende de bevalling in de regel verleend door een gynaecoloog. De gemiddelde tijd besteed aan deze 'losse kraambedden' is korter dan de tijd besteed aan eigen cliënten (zie tabel 5.12). De aanwezigheidstijd is iets langer op dag 1 en dag 2 om daarna gedurende de gehele kraambed periode korter te zijn dan de aanwezigheidstijd bij eigen cliënten.

Etnische achtergrond en taal

In tabel 5.13 is weergegeven in hoeverre etnische achtergrond en taalproblemen van invloed zijn op de duur van het huisbezoek. Etniciteit heeft geen invloed op de duur van de kraamvisite indien er onderscheid gemaakt wordt naar de verschillende etnische achtergronden van vrouwen, ingedeeld analoog aan de LVR-1 categorieën. Aangezien een aantal etnische groepen ondervertegenwoordigd zijn, is vervolgens een indeling gemaakt naar 'Nederlands' en 'niet-Nederlands'. Ook dan blijkt er geen significant verschil in de aanwezigheidstijd per huisbezoek.

Hetzelfde geldt voor de kraambezoeken afgelegd bij cliënten die geen Nederlands spreken: kraambezoeken zijn bij hen gemiddeld van even lange duur.

Tabel 5.13 Tijd besteed aan huisbezoek, gespecificeerd naar cliënte-kenmerken en het aantal geregistreerde bezoeken

	aanwezigheidstijd	aantal
etnische achtergrond ¹		
Nederlands	20,6	1579
mediterraan	18,7	93
ander europees	21,2	24
creools	16,4	32
hindoestaans	21,0	21
Aziatisch	21,8	18
overig	13,4	5
etnische achtergrond ²		
Nederlands	20,7	1579
niet-Nederlands	19,0	194
taalproblemen ³		
nee	20,9	1807
ja	20,0	89

1 $F(6, 1771) = 1,44$, n.s.

2 $t(1771) = 1,85$, n.s.

3 $t < 1$, n.s.

Kraamzorg

Selectie-verloskundigen hebben gedurende de eerste registratie-week bijgehouden welke vorm van kraamzorg de kraamvrouw ontving: interne kraamzorg, 5-uurszorg of wijkkraamzorg. Interne kraamzorg bestaat uit 64 uurszorg verdeeld over 8 dagen. Bij 5-uurszorg krijgt de kraamvrouw 8 dagen lang 5 uur per dag kraamzorg. En kraamvrouw met wijkkraamzorg krijgt in totaal gedurende ongeveer 24 uur hulp: tot en met de 5e

dag 2 keer per dag 1,5 uur, daarna alleen 's morgens gedurende 1,5 uur. Er is nagegaan in hoeverre de vorm van de kraamzorg van invloed is op de aanwezigheidstijd van de verloskundige gedurende het kraambezoek. Uit tabel 5.14 valt af te lezen dat de aanwezigheidstijd bij cliënten zonder kraamzorg en cliënten met 5-uurszorg het langst is. Echter, gezien het relatief lage aantal geregistreerde huisbezoeken bij cliënten met 5-uurszorg is enige voorzichtigheid gewenst. Het blijkt dat de 51 huisbezoeken bij cliënten met 5-uurszorg geregistreerd zijn door 23 verschillende verloskundigen. Het is mogelijk dat deze verloskundigen gemiddeld een hogere aanwezigheidstijd rapporteren dan de andere verloskundigen, waardoor de resultaten worden vertekend. Om dit na te gaan zijn de analyses nogmaals uitgevoerd voor alleen die verloskundigen die rapporteerden zorg verleend te hebben aan cliënten met 5-uurszorg. Ook dan blijkt dat er een significant verschil is in aanwezigheidstijd bij cliënten met verschillende vormen van kraamzorg.

Tabel 5.14 Aanwezigheidstijd van verloskundigen gedurende het huisbezoek ingedeeld naar soort kraamzorg. Aantallen geregistreerde huisbezoeken tussen haakjes

	geen kraamzorg	interne kraamzorg	5-uurszorg	wijkkraamzorg
allen ¹	22,7 (122)	20,7 (1313)	27,8 (51)	19,5 (350)

1 $F(2, 1835) = 8,1, p < 0,01$

Om na te gaan in hoeverre de diverse vormen van kraamzorg in de verschillende regio's in Nederland wordt aangeboden, zijn deze uitgezet in tabel 5.15. Wijkkraamzorg is een vorm van kraamzorg die verspreid over geheel Nederland wordt aangeboden aan de kraamvrouwen, 5-uurszorg blijkt minder frequent voor te komen. Verloskundigen werkzaam op het platteland hebben geen kraamvrouwen met 5-uurszorg geregistreerd. Ook in urbane gebieden komt deze vorm weinig voor.

Tabel 5.15 De verdeling van kraamzorg over de deelnemende praktijken in de verschillende regio's in Nederland

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad
wijkkraamzorg	20	24	27	16
5-uurszorg	0	7	4	12

Vervolgens zijn we nagegaan welke cliënten welke vorm van kraamzorg ontvangen. Tabel 5.16 geeft een overzicht. Tien procent van de geregistreerde huisbezoeken is afgelegd bij niet-Nederlandse vrouwen. Het is te verwachten dat de vorm van kraamzorg waarvoor de kraamvrouw heeft gekozen, gelijk verdeeld is over de groepen. Dit blijkt niet zo te zijn. Verhoudingsgewijs kiezen niet-Nederlandse vrouwen vaker voor wijkkraamzorg of hebben zij geen kraamzorg. Interne kraamzorg komt bij niet-Nederlandse vrouwen nauwelijks voor.

Tabel 5.16 Kraamzorg onderverdeeld naar etnische achtergrond

	soort kraamzorg			
	geen kraamzorg	interne kraamzorg	5-uurszorg	wijkkraamzorg
Nederlands	71 (76%)	1217 (98%)	43 (90%)	213 (66%)
niet-Nederlands	23 (24%)	30 (2%)	5 (10%)	111 (34%)
allen	94 (100%)	1247 (100%)	48 (100%)	324 (100%)

5.3.3 Reistijd

De gemiddelde reistijd van verloskundigen tussen het afleggen van huisbezoeken is 8,1 minuten (95% betrouwbaarheidsinterval 7,9 - 8,4). Er is nagegaan in hoeverre reistijden verschillen tussen verloskundigen ingedeeld naar urbanisatiegraad. Hoewel de verschillen niet groot zijn, blijkt dat de reistijden in de vier grote steden significant langer zijn dan de reistijden in de rest van het land (zie tabel 5.17). Een reden hiervoor kan zijn dat hoewel op het platteland de afstanden vaak groter zijn, men hier minder last heeft van ander verkeer. In de grote stad wordt een snelle doorgang belemmerd door stoplichten en verkeersdrukte.

Tabel 5.17 Reistijd (min.) van verloskundigen ingedeeld naar urbanisatiegraad met tussen haakjes de 95% betrouwbaarheidsintervallen

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad
reistijd	7,5 (7,1; 8,0)	8,0 (7,6; 8,4)	8,1 (7,7; 8,4)	10,0 (9,3; 10,7)

$F(3, 2351) = 13,4, p < 0,01$

5.3.4 Samenvatting

Solopraktijken besteden minder tijd aan huisbezoeken dan collega's uit duo- en groepspraktijken. Hoe meer bevallingen verloskundigen per jaar begeleiden hoe minder tijd zij besteed per huisbezoek. Er zijn geen relaties met het aantal inschrijvingen per jaar en het aantal gewerkte uren per week.

Huisbezoeken afgelegd tot 10 dagen post partum kosten minder tijd dan huisbezoek die worden afgelegd buiten deze reguliere kraambezoeken om. Er zijn geen verschillen tussen de praktijkvorm in tijd besteed aan deze niet-reguliere huisbezoeken.

Ook cliënte-kenmerken zijn van invloed op de bestede tijd. De duur van het cliënte-contact neemt toe naarmate het einde van de periode waarin kraambezoeken worden afgelegd. De zogenaamde 'losse kraambedden' kosten minder tijd dan de cliënten waarbij zelf de prenatale zorg is verricht. De vorm van kraamzorg is ook van invloed: cliënten zonder kraamzorg en cliënten met 5-uurszorg vragen de meeste tijd van de verloskundige. Etnische achtergrond noch taal zijn invloed op de lengte van de aanwezigheidstijd.

Verloskundigen werkzaam in de grote steden zijn meer reistijd kwijt dan verloskundigen elders in Nederland.

5.4 Baringen

5.4.1 Invloed van praktijkvorm

Tabel 5.18 geeft een overzicht van de tijd besteed aan het begeleiden van baringen. Zoals uit de tabel valt af te lezen, is de gemiddelde tijd besteed aan een partus 205 min.³

Gedurende de registratie-periode hebben de selectie-verloskundigen 825 baringen begeleid. Van de in partu zijnde vrouwen zijn er 252 overgedragen aan een gynaecoloog. Dit betekent dat de selectie-verloskundigen dus 573 baringen volledig onder eigen verantwoordelijkheid hebben begeleid. Er is geen significant verschil in tijd besteed aan een partus welke durante partu is overgedragen en een baring welke geheel onder 1e lijns verantwoordelijkheid is begeleid.

Tabel 5.18 Tijd besteed per partus inclusief reistijd

	tijd in min. (95% betrouwbaarheidsinterval)	aantal
alle baringen	204,9 (198,1; 211,6)	825
baringen volledig onder verantwoordelijkheid 1e lijn	207,0 (200,2; 213,8)	573
baringen durante partu overgedragen aan de 2e lijn	200,0 (184,1; 215,9)	252
- duur aanwezigheid (> 15 minuten) na durante partu overdracht	112 (98,0; 126,5)	130

Verloskundigen zijn bij een gedeelte van de vrouwen die durante partu zijn overgedragen aan de tweede lijn aanwezig gebleven. Er is berekend wat de gemiddelde aanwezigheidstijd is na overdracht. Hiertoe zijn eerst de baringen verwijderd waarbij de aanwezigheidstijd korter is dan 15 minuten. Dit omdat de kans groot is dat de verloskundige die tijd alleen gebruikt heeft om afscheid te nemen van de barende vrouw en om eventueel de administratie af te ronden. Van de 252 partus die overgedragen zijn aan de tweede lijn, hebben verloskundigen bij 130 vrouwen geregistreerd langer dan 15 minuten aanwezig te zijn gebleven (zie tabel 5.18). Hieruit kan niet afgeleid worden dat zij bij de overige 122 partus direct na overdracht zijn vertrokken. Zevenentwintig verloskundigen noteerden een aanwezigheidstijd die korter was dan 15 minuten. De overige verloskundigen noteerden wel dat er een overdracht had plaatsgevonden, maar niet het tijdstip waarop.

In de vragenlijst 'Praktijkenmerken' is gevraagd of de verloskundige aanwezig blijft bij de partus indien zij de cliënte durante partu doorverwijst. De antwoorden zijn ingedeeld naar praktijkvorm en urbanisatiegraad en weergegeven in de tabellen 5.17 en 5.18. Verreweg de meeste verloskundigen blijven indien de tijd het toelaat aanwezig. Slechts 4% van de verloskundigen hebben aangegeven dit soms te doen. Niemand zegt zelden of nooit aanwezig te blijven. Er zijn geen verschillen gevonden tussen praktijkvormen of urbanisatiegraad (bij beide: Pearson Chi-square < 1).

³ Voor de berekening van de tijd zijn de cliënten welke gedurende de partus zijn overgedragen aan een collega of door een collega verwijderd. Dit is tevens het verschil met de gegevens zoals deze zijn vermeld in de tabel 4.7, 5.2 en 5.4. In deze tabellen zijn deze cliënten wel tijd ingecalculleerd.

Tabel 5.19 Aanwezig blijven bij de partus na durante partu overdracht. Onderverdeeld naar praktijkvorm

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
ja, indien de tijd het toelaat	26 (93%)	35 (100%)	43 (96%)	104 (96%)
soms	2 (7%)	0	2 (4%)	4 (4%)
zelden of nooit	0	0	0	0
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)

Tabel 5.20 Aanwezig blijven bij de partus na durante partu overdracht. Onderverdeeld naar urbanisatiegraad

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	totaal
ja, indien de tijd het toelaat	27 (96%)	25 (93%)	32 (97%)	20 (100%)	104 (96%)
soms	1 (4%)	2 (7%)	1 (3%)	0	4 (4%)
zelden of nooit	0	0	0	0	0
totaal	28 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	20 (100%)	108 (100%)

5.4.2 Invloed van cliënte-kenmerken

Plaats van de baring

Van 815 baringen hebben verloskundigen aangegeven waar zij hebben plaatsgevonden (zie tabel 5.21). Hoewel thuisbevallingen gemiddeld 9 minuten langer duurden dan poliklinische bevallingen, is dit verschil niet significant. Het aantal bezoeken dat een verloskundige gedurende een partus aflegt aan de barendende vrouw is iets lager voor thuisbevallende vrouwen, doch dit verschil is niet significant. Wel significant is de aanwezigheidstijd per bezoek. Eén bezoek thuis duurt bij een thuisbevalling gemiddeld 30 minuten langer.

Tabel 5.21 Plaats van de baring

	thuis (n=363)	poliklinisch (n=452)
totale aanwezigheidstijd	210,0	201,1
aantal bezoeken durante partu	1,8	2,2
aanwezigheidstijd per bezoek ¹	137,3	107,3

¹ $t(813) = 5,86, p < 0,01$

Etnische achtergrond en taal

Slechts 14% van de door verloskundigen begeleidde vrouwen was van niet-Nederlandse afkomst (zie tabel 5.22). Dit maakt het niet mogelijk een gedifferentieerd verschil vast te stellen in begeleidingstijd voor de vrouwen van diverse etnische achtergronden. Daarom is een indeling gemaakt in 'Nederlands' en 'niet-Nederlands'. Vrouwen met een Nederlandse achtergrond vragen niet meer of minder aan begeleidingstijd dan vrouwen met een niet-Nederlandse achtergrond. Hetzelfde geldt voor vrouwen die de Nederlandse taal onvolkomen beheersen (zie tabel 5.22).

Pariteit

Verloskundigen zijn gemiddeld 44 minuten langer aanwezig bij een partus van een primipara dan bij een multipara (zie tabel 5.22).

Tabel 5.22 Tijd besteed aan een partus gespecificeerd naar cliënte-kenmerken

	tijd (min.)	aantal
etnische achtergrond		
Nederlands	208,7	680
niet-Nederlands	194,1	106
taalproblemen		
nee	205,2	759
ja	206,8	44
pariteit ¹		
primipara	231,3	343
multipara	187,6	445

¹ $t(577,8) = 5,6, p < 0,01$

5.4.3 Samenvatting

Thuisbevallingen vereisen niet meer tijd aan begeleiding dan poliklinische bevallingen. Er zijn ook geen verschillen in tijd besteed aan bevallingen die volledig onder eigen verantwoordelijkheid zijn begeleid of degene die durante partu aan de 2e lijn zijn overgedragen. Zesennegentig procent van de verloskundigen zegt bij de partus aanwezig te blijven na durante partu overdracht als de tijd dat toelaat. Verloskundigen zijn langer aanwezig bij primiparae gedurende de partus.

5.5 Overleg

Selectie-verloskundigen hebben gedurende de volledige drie weken dat de registratie duurde, bijgehouden hoeveel tijd zij besteedden aan overleg. De onderstaande gegevens hebben alleen betrekking op overleg dat langer duurde dan 5 minuten. Overleg van kortere duur is niet geregistreerd voor wat betreft tijdsduur.

Tabel 5.23 geeft een overzicht van de tijd die selectie-verloskundigen per week besteden aan overleg, onderverdeeld naar praktijkvorm.

Tabel 5.23 Totale tijd (min.) besteed aan overleg per verloskundige per week.

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
selectie-verloskundige	144,5	154,3	223,6	180,6

$F(2, 114) = 6,3, p < 0,01$

Zoals blijkt uit de tabel besteden verloskundigen werkzaam in groepspraktijken meer tijd aan overleg per week dan collega's werkzaam in solo- en duopraktijken.

Verloskundigen hebben gedurende de registratie-periode geregistreerd met wie, hoe en in welke situaties zij overleg voerden. In totaal zijn 2616 overleg-situaties geregistreerd, welke gemiddeld 23,8 minuten (95% betrouwbaarheidsinterval 22,6; 25,0) duurden. Tabel 5.24 geeft een verdere specificatie naar de persoon met wie het overleg plaats vond, of dit telefonisch of vis à vis was en gedurende welke bezigheid dit overleg plaats had.

De tabel laat zien dat er grote verschillen zijn in overleg-situaties voor wat betreft de tijdsduur. Zoals te verwachten duurt vis à vis overleg langer, maar komt minder vaak voor dan telefonisch overleg. De duur van het overleg hangt ook af van de persoon met wie het overleg wordt gevoerd. Overleg met collega's duurt beduidend langer dan overleg met anderen (Student-Newman-Keuls, $p < 0,05$). Ook het overleg met niet nader gespecificeerde 'anderen' neemt meer tijd in beslag dan overleg met de genoemde disciplines (Student-Newman-Keuls, $p < 0,05$). Verder is de aard van de werkzaamheden gedurende welk het overleg plaatsvindt van invloed op de tijdsduur. Overleg gepleegd in niet nader gespecificeerde 'overige situaties' neemt het meeste tijd in beslag in vergelijking met de andere werkzaamheden ($p < 0,05$).

Tabel 5.24 Tijd besteed per overlegsituatie

	tijd (min.)	aantal geregistreerd (%)
alle overlegsituaties	23,8	2616
communicatie-medium ¹		
telefonisch	10,6	1605 (62)
vis à vis	45,6	970 (38)
overleg met wie ²		
collega-verloskundige	32,3	1100 (42)
cliënte	12,2	559 (21)
gynaecoloog	18,0	319 (12)
huisarts	12,4	105 (4)
kraamcentrum	19,0	66 (3)
verpleegkundige	11,0	110 (4)
overige	29,0	356 (14)
aard werkzaamheden ³		
spreekuur	12,4	242 (10)
huisbezoek	18,1	149 (6)
bevalling	10,3	128 (5)
'overige'	26,4	2008 (79)

1 $t(1017,22) = 25,9$, $p < 0,01$

2 $F(6, 2614) = 38,6$, $p < 0,01$

3 $F(3, 2615) = 25,8$, $p < 0,01$

Vervolgens is nagegaan in hoeverre de duur van het gevoerde overleg afhankelijk is van de praktijkvorm waarbinnen men werkzaam is. Het blijkt dat er significante verschillen zijn in overlegduur tussen solo- duo- en groepspraktijken ($F(12, 2614) = 2,2$, $p < 0,01$), welke bovendien afhangen van de disciplines waarmee men overleg voert. Tabel 5.25 geeft een overzicht van de overlegduur met de verschillende disciplines voor de drie praktijkvormen. Verdere analyses laten zien dat het overleg tussen collega's in een groepspraktijk significant langer duurt dan het overleg gevoerd tussen collega's werkzaam in solo- en duopraktijken. Collega's in solo-praktijken voeren overleg met gynaecologen dat significant langer duurt dan het overleg dat verloskundigen werkzaam

in duo- of groepspraktijken met deze discipline hebben. Overleg met de overige disciplines is niet verschillend van duur voor de verschillende praktijkvormen.

Tabel 5.25 Gemiddelde duur van overleg-situaties ingedeeld naar praktijkvorm

overleg met	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk
collega ¹	26,3 (178)	31,1 (308)	34,7 (614)
cliënten	13,7 (125)	12,3 (128)	11,6 (306)
gynaecologen ²	24,2 (79)	16,1 (84)	15,8 (156)
huisarts	12,4 (41)	13,4 (20)	12,0 (44)
kraamcentrum	20,9 (16)	24,2 (15)	15,9 (35)
verpleegkundige	9,7 (45)	12,3 (22)	11,8 (43)
overigen	29,6 (130)	36,2 (88)	23,9 (138)

1 $F(2, 1099) = 4,2, p < 0,05$

2 $F(2, 318) = 3,3, p < 0,05$

Vervolgens zijn we nagegaan hoe het overleg met de verschillende disciplines plaatsvindt en hoe lang dit duurde (zie tabel 5.26).

Tabel 5.26 Tijd besteed aan overleg onderverdeeld naar aard van de werkzaamheden gedurende welke het overleg plaats vond en het communicatie-medium. Aantallen geregistreerde overleg-situaties tussen haakjes

overleg met	telefonisch	vis à vis	gemiddeld
allen	10,6 (1605)	45,6 (970)	23,8 (2575)
collega-verloskundige	14,3 (488)	47,1 (595)	32,3 (1083)
cliënte	8,6 (469)	32,9 (79)	12,1 (548)
gynaecoloog	8,9 (203)	35,5 (109)	18,2 (312)
huisarts	8,9 (85)	27,6 (20)	12,4 (105)
kraamcentrum	10,1 (56)	68,8 (10)	19,0 (66)
verpleegkundige	7,5 (89)	26,5 (20)	11,0 (109)
overige	10,7 (215)	58,0 (137)	29,1 (352)

In alle gevallen duurde het vis à vis contact langer dan de telefonische contacten ($p < 0,01$).

De frequentie van telefonisch en vis à vis overleg met **collega's** is ongeveer gelijk: 488 versus 595 keer. Een gemiddeld overleg met een collega duurt 32,3 minuten.

Overleg met **cliënten** vindt met name telefonisch plaats: 469 versus 79 keer vis à vis. Een gemiddeld contact met een cliënte buiten de reguliere spreekuur- en huisbezoeken om duurt 12,2 minuten.

Het contact met **gynaecologen** vindt vaker telefonisch plaats dan vis à vis: 203 versus 109 keer. Een gemiddeld contact duurt 18,0 minuten.

Overleg met **huisartsen** komt betrekkelijk weinig voor. Een gemiddeld contact met een huisarts duurt 12,4 minuten.

Er zijn weinig contacten met **kraamcentra** en de contacten die er zijn vinden telefonisch plaats: 56 tegenover 10. Een gemiddeld overleg met een kraamcentrum duurt 19,0 minuten. Door het geringe aantal geregistreerde contacten wordt dit gemiddelde echter sterk beïnvloed door de vis à vis contacten welke van vrij lange duur waren.

Verpleegkundigen en verloskundigen hebben met name telefonisch overleg: 89 keer tegenover 20 keer via à vis. Een gemiddeld contact duurt 11,0 minuten.

Er is veel overleg met niet nader gespecificeerde 'overigen'. Het contact duurt gemiddeld 29,1 minuten en vindt zowel telefonisch als vis à vis plaats: 167 tegenover 125 keer.

5.5.1 Samenvatting

Verloskundigen werkzaam in groepspraktijken besteden in totaal meer tijd aan overleg dan collega's in solo- en duopraktijken. Overleg met collega's is bij hen frequenter en van langer duur. Verloskundigen werkzaam in solopraktijken hebben overleg met gynaecologen dat gemiddeld langer duurt dan het overleg dat collega's met gynaecologen voeren.

5.6 Niet-frequente werkzaamheden

Tabel 5.27 geeft een overzicht van het aantal uren dat een verloskundige **per jaar** gemiddeld besteedt aan niet-frequente werkzaamheden. Er is een onderverdeling gemaakt naar praktijkvorm waarin de verloskundige participeert en de diverse werkzaamheden.

De tijd besteed aan GVO-activiteiten (GezondheidsVoorlichting en Opvoeding) is verder uitgesplitst naar 2 categorieën: 'GVO-activiteiten aan zwangeren' en 'andere GVO-activiteiten'. Onder de eerste categorie vallen bijv. kraammarkten, zwangerschapsgymnastiek en voorlichtingsavonden. Onder 'andere GVO-activiteiten' vallen bijv. voorbereiding lezing, schrijven van artikelen, lesgeven aan opleiding kraamverzorgenden en verpleegkundigen.

De tijd besteed aan 'diverse activiteiten' is eveneens verder uitgesplitst naar: 'overleg diversen' en 'diverse praktijkwerkzaamheden'. Onder 'overleg diversen' valt bijv. overleg met het ziekenfonds, ontvangst van vertegenwoordigers en artsenbezoekers, bespreking met het pensioenfonds, protocolbesprekingen, overleg met buurtpraktijken, voorbereiden van geboortecentrum, bezoeken van recepties en begrafenissen, evaluatie commissie kraamhotel, en informatieve vergaderingen asielzoekerscentrum. Onder 'diverse praktijkwerkzaamheden' valt bijv. automatisering, controle en correctie LVR-formulieren, financiële administratie, inkopen en opruimen materiaal, dienstrooster maken, onderhoud praktijkpand en onderhoud instrumentarium.

Er is geen verschil tussen verloskundigen werkzaam in de verschillende praktijkvormen voor wat betreft de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden. In feite geldt voor niet-frequente werkzaamheden hetzelfde als voor de tijd besteed aan bevallingsdiensten. De tijd hieraan besteed is voor de meeste werkzaamheden niet afhankelijk van de praktijkgrootte: een kringvergadering duurt niet langer of korter voor een verloskundige die meer partus per jaar begeleidt. Wel is het mogelijk dat de frequentie waarmee men bijv. een kringvergadering bezoekt, beïnvloed wordt door de praktijkgrootte: in een drukke praktijk heeft een verloskundige minder tijd om kringvergaderingen te bezoeken. Indirect zou dit dan het aantal hieraan bestede uren beïnvloeden. De resultaten lijken hier echter niet op te wijzen.

Ook indien we de categorieën waaruit deze werkzaamheden zijn opgebouwd nader analyseren, vinden we weinig verschillen. Wel is er een significant verschil tussen praktijken voor wat betreft het aantal uren besteed aan 'GVO-activiteiten aan zwangeren'. Verloskundigen werkzaam in solopraktijken besteden significant meer tijd hieraan dan

verloskundigen uit duo- en groepspraktijken. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat verloskundigen in groepspraktijken deze werkzaamheden bij toerbeurt verrichten. Indien men namelijk het aantal uren besteed aan 'GVO-activiteiten aan zwangeren' voor de gehele praktijk berekent, ziet men geen significant verschil tussen praktijken ($F < 1$, n.s.). Het totaal aantal uren besteed aan 'GVO-activiteiten aan zwangeren' is per praktijkvorm dus niet verschillend, per verloskundige echter wel.

Verloskundigen in groepspraktijken besteden per verloskundige meer tijd aan 'diverse activiteiten' dan verloskundigen werkzaam in solopraktijken. Dit wordt veroorzaakt doordat zij meer tijd besteden aan werk dat valt onder de categorie 'diverse praktijkwerkzaamheden'.

Tabel 5.27 Overzicht tijd (uren) besteed door individuele verloskundigen per jaar aan niet-frequente werkzaamheden onderverdeeld naar de diverse werkzaamheden en praktijkvormen

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
niet-frequente werkzaamheden (totaal)	180,7	195,6	193,3	192,3
werkzaamheden:				
- lezen Tijdschrift voor Verloskundigen	22,1	19,9	21,6	21,2
- lezen overige vakliteratuur, beleidsnota's, rapporten e.d.	52,6	47,0	54,3	52,0
- nascholing NOV	4,1	3,9	3,0	3,4
- kring-bijeenkomsten	21,0	23,0	20,2	21,1
- symposia en congressen	16,8	19,9	21,0	20,1
- NOV werkzaamheden	9,1	12,9	9,1	10,2
- begeleiding stagiaires	6,8	18,4	9,6	11,7
- GVO-activiteiten (totaal)	14,6	9,6	8,1	9,4
- GVO aan zwangeren ¹	12,7	4,6	4,6	5,7
- andere voorlichtingsactiviteiten	1,9	4,9	3,5	3,7
- overleg met andere disciplines	23,1	20,8	21,0	21,2
- voorbereiden belasting-formulieren	5,0	8,4	6,4	6,8
- diverse activiteiten ²	5,5	11,8	19,1	15,3
- overleg diversen	3,8	2,5	5,4	4,3
- div. praktijkwerkzaamheden ³	1,7	9,3	13,7	10,9

1 $F(2, 257) = 5,0$, $p < 0,01$

2 $F(2, 257) = 3,5$, $p < 0,05$

3 $F(2, 257) = 3,1$, $p < 0,05$

5.6.1 Samenvatting

De tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden verschilt niet tussen de praktijkvormen. Hetzelfde geldt voor de meeste categorieën waaruit deze werkzaamheden zijn opgebouwd. Meer tijd wordt besteed aan praktijkwerkzaamheden door verloskundigen in groepspraktijken en 'GVO aan zwangeren' door solowerkende verloskundigen.

5.7 Assistentes

Vierentwintig verloskundige praktijken hadden gedurende de registratie-periode een assistente in dienst. Deze assistente verricht werkzaamheden die vergelijkbaar zijn met

die van een dokters-assistente. Verschillende praktijken hadden zelfs twee assistentes in dienst: 1 praktijk in groep urbaan - solo, 1 praktijk in groep urbaan - duo, 1 praktijk in groep suburbaan - groep en 2 praktijken in groep grote stad - groep. Aan het onderzoek hebben 29 assistentes meegedaan. Tabel 5.28 geeft een overzicht van het aantal praktijken met één of meer praktijkassistentes. Het blijkt dat groepspraktijken vaker een praktijk-assistente in dienst hebben dan solo- en duo-praktijken.

Tabel 5.28 Overzicht aantal verloskundige praktijken met een praktijk-assistente

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
urbanisatie-graad				
ruraal	1		3	4
suburbaan		1	3	4
urbaan	2	3	4	9
grote stad	1	2	4	7
totaal	4	6	14	24

Gemiddelde werktijd van praktijk-assistentes

Praktijk-assistentes noteerden een gemiddelde werktijd van 1667 min. gedurende de 3 weken durende registratie-periode (95 % betrouwbaarheidsinterval 1185 - 2149). Dit betekent dat indien een praktijk een assistente in dienst heeft, deze per week gemiddeld 555 min. ofwel 9 uur en 15 minuten werkt in een verloskundige praktijk.

De aanwezigheid van een praktijk-assistente gedurende het spreekuur

Vervolgens is nagegaan in hoeverre een praktijk-assistente de tijd die de verloskundige besteed aan de diverse spreekuur-werkzaamheden beïnvloedt. De tijd besteed aan een cliënte gedurende het intake-, prenatale en postnatale spreekuurbezoek is significant korter indien een praktijk een praktijk-assistente in dienst heeft (zie tabel 5.29). De voorbereidingstijd voor het spreekuur is niet korter indien de praktijk een praktijk-assistente in dienst heeft. Praktijken met een assistente rapporteren echter een significant langere opruimtijd. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door een werkoverleg tussen verloskundige en assistente na afloop van het spreekuur. Hierover zijn echter in dit onderzoek geen gegevens verzameld.

Tabel 5.29 Invloed van de aanwezigheid van een praktijk-assistente op de tijd (min.) die de verloskundige besteed aan de diverse spreekuur-werkzaamheden

	geen praktijk-assistente	wel praktijk-assistente
intake ¹	27,4	23,9
prentaal ²	11,3	10,3
postnataal ³	14,6	11,3
voorbereidingstijd	15,6	13,0
opruimtijd ⁴	14,3	19,0

1 $F(1, 486) = 13,4, p < 0,01$

2 $F(1, 3776) = 41,9, p < 0,01$

3 $F(1, 275) = 10,4, p < 0,01$

4 $F(1, 201) = 6,2, p < 0,05$

Bezigheden van praktijk-assistentes

In de vragenlijst 'Praktijkenmerken' is gevraagd naar de werkzaamheden van praktijk-assistentes. Van 23 praktijken is informatie verkregen. Tabel 5.30 geeft een overzicht van de frequentie van genoemde werkzaamheden.

Tabel 5.30 Overzicht werkzaamheden van praktijk-assistentes en aantal en percentage praktijken dat de werkzaamheid noemt

	aantal praktijken	percentage
afspraken maken	23	100
telefoon opnemen	22	96
urine nakijken	19	83
wegen cliënten	16	70
cliënten-administratie bijhouden	15	65
laboratorium uitslagen inschrijven	14	61
hemoglobine bepalen	12	52
post verwerken	12	52
bloeddruk meten	11	48
briefjes lab-aanvragen schrijven	11	48
invullen zwangerschapsverklaringen	11	48
veneus bloed afnemen	8	35
afspraken glucose tolerantie test, dagcurves, etc.	7	30
rekeningen schrijven	7	30
voorlichting kraamhulp	6	26
(gedeelte van de) SIG administratie	5	22
steriliseren partus-sets, specula	3	13
invullen aanvraagformulieren kraampakketten ziekenfonds	2	9
dubbel kaart systeem overschrijven	1	4

Afspraken maken, telefoon opnemen en urine nakijken behoort in meer dan 80% van de praktijken tot de taken van de praktijk-assistente. In meer dan de helft van de praktijken houdt zij eveneens de cliënten-administratie bij, schrijft ze laboratorium-uitslagen in, verwerkt ze de post, weegt ze cliënten en bepaalt ze het hemoglobine-gehalte.

5.7.1 Samenvatting

Slechts 24 van de 115 praktijken hebben een assistente in dienst. Assistentes zijn met name aanwezig gedurende het spreekuur. Praktijken met een assistente rapporteren kortere spreekuurbezoeken. De opruimtijd na afloop van het spreekuur is iets langer indien een assistente in dienst is.

5.8 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn we nagegaan in hoeverre cliënte-kenmerken en praktijkvorm van invloed zijn op de gewerkte tijd. Het hoofdstuk begon met de gewerkte tijd per zorgseenheid, waarna we een aantal werkzaamheden nader geanalyseerd hebben en wel: spreekuur, huisbezoek, partus, overleg, niet-frequente werkzaamheden en de rol van de assistente.

Met name praktijkvorm (aanbodkant) bleek van invloed te zijn op de gewerkte tijd. Om te beginnen verschilt de gemiddelde tijd per zorgseenheid tussen de praktijkvormen. Groepspraktijken scoren hier het hoogst. Bij een onderverdeling naar de diverse

werkzaamheden, vinden we dat zij significant meer tijd besteden aan klinische bezoeken, reistijd, overleg en niet-frequente werkzaamheden. De totale tijd besteed aan de eerste twee categorieën is slechts gering (4% van het totaal). Nadere analyses leerden dat groepspraktijken niet alleen per zorgseenheid, maar ook per week meer tijd besteden aan overleg (tabel 5.23). Dit is inherent aan de werkvorm waarin zij werkzaam zijn. Voor wat betreft de niet-frequente werkzaamheden: deze verschillen wel in de tijd besteed per zorgseenheid, maar niet in de totale tijd die verloskundigen hier per jaar aan besteden. Dat zij wel verschillen in de tijd besteed per zorgseenheid komt door de berekeningswijze: de totale werktijd wordt gedeeld door het aantal zorgseenheden. Indien het aantal zorgseenheden afneemt (bij groepspraktijken) maar de tijd besteed aan deze activiteiten blijft hetzelfde, neemt de tijd per zorgseenheid toe. Dit wordt ook geïllustreerd in figuur 5.1. Bij een toenemend aantal zorgseenheden, neemt de cliëntgebonden tijd toe. De tijd besteed aan niet-cliantgebonden zorg blijft nagenoeg gelijk.

Praktijkvorm is ook van invloed op de duur van de cliëntcontacten. Verloskundigen werkzaam in groepspraktijken besteden meer tijd per cliënte gedurende spreekuur en huisbezoek. Ook hier is er een relatie met praktijkgrootte: verloskundigen met meer zorgseenheden besteden minder tijd per cliënte.

Ook de aanwezigheid van een praktijk-assistente gedurende het spreekuur beïnvloedt de duur van het cliënte-contact. Verloskundigen hebben hier minder tijd nodig voor het consult. Wel is de opruimtijd na afloop van het spreekuur iets langer.

Wat kunnen we nu op basis van deze gegevens vast stellen? De tijd per zorgseenheid verschilt tussen de praktijkvormen, waarbij de hoogste waarden gevonden zijn voor groepspraktijken. Welke factoren spelen hierbij een rol?

- bij een afnemend aantal partus wordt de verhouding in de tijd besteed aan cliënt- en niet-cliantgebonden zorgverlening ongunstiger
- één van de redenen is dat de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden gelijk is tussen de verschillende praktijkvormen en onafhankelijk van het aantal zorgseenheden
- hoe meer zorgseenheden, hoe minder tijd wordt besteed aan het cliënte-contact. Verloskundigen in duo- en groepspraktijken begeleiden per verloskundige minder baringen per jaar
- verloskundigen in groepspraktijken besteden meer tijd aan overleg.

Ook aan de vraagkant (cliënte-kenmerken) zijn enige factoren gevonden die van invloed zijn op de gewerkte tijd. Primiparae vragen meer tijd aan de verloskundige gedurende het spreekuur en tijdens de baring. Etnische achtergrond noch taal bleken van invloed te zijn. Cliënten die gedurende het spreekuur vergezeld zijn van hun partner of andere volwassene vragen gemiddeld iets meer tijd. Kraambezoeken duren langer naarmate het laatste bezoek nadert. Verloskundigen besteden in het algemeen minder tijd aan de 'losse kraambedden' dan aan hun eigen cliënten. De beschikbaarheid van kraamzorg blijkt ook een beïnvloedende factor te zijn. Vrouwen zonder kraamzorg en vrouwen met 5-uurszorg blijken de meeste tijd te kosten. Een belangrijke bevinding is ook dat de plaats van de bevalling niet van invloed is op de gewerkte tijd.

6. WERKDRUK, PLAATS VAN DE BARING EN VERWIJSGEDRAG

In de voorgaande twee hoofdstukken hebben we besproken hoeveel uur een verloskundige gemiddeld werkt en welke factoren er van invloed zijn op de tijdsbesteding. In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre de plaats van de baring en verwijsgedrag gerelateerd zijn aan de werkdruk. We bespreken onderzoeksvraag 3 welke luidt:

Bestaat er een verband tussen enerzijds de ervaren werkdruk en anderzijds de verhouding tussen poliklinische en thuisbevallingen, alsmede het verwijsgedrag?

In het kader van de beantwoording van deze vraag gebruiken we voor de 'werkdruk' de volgende indicatoren:

1. gewerkte tijd. Hiervoor hebben we gekozen voor twee maten:
 - gewerkte tijd per zorgeenheid zoals deze is berekend in hoofdstuk 4.2
 - de gemiddelde gewerkte tijd per week per verloskundige, berekend op basis van het aantal begeleide partus (zie hoofdstuk 4.3)
2. praktijkgrootte:
 - aantal inschrijvingen *in de praktijk*
 - aantal begeleide partus *in de praktijk*
 - aantal inschrijvingen *per verloskundige*
 - aantal begeleide partus *per verloskundige*.

Praktijkgrootte is hier gedefinieerd door het aantal inschrijvingen in de praktijk en het aantal begeleide baringen. Zoals reeds beschreven in tabel 4.2, verschilt het aantal inschrijvingen en begeleide baringen *per verloskundige* naar praktijkvorm: een solo-werkende verloskundige heeft meer inschrijvingen en begeleidt meer partus dan een verloskundige werkzaam in een duo- en groepspraktijk. Om deze reden gaan we ook na in hoeverre deze maten voor praktijkgrootte berekend naar de individuele verloskundige gerelateerd zijn aan het aantal begeleide thuisbevallingen en verwijsgedrag.

Het verband tussen werkdruk enerzijds en plaats van de baring en verwijsgedrag anderzijds kan twee richtingen uitgaan:

1. De werkdruk kan van invloed zijn op de gekozen plaats van bevalling en/of het verwijsgedrag. Men zou bij een dergelijk verband bijvoorbeeld kunnen verwachten dat verloskundige praktijken met een hogere werkdruk vaker zullen kiezen voor poliklinische bevallingen en meer cliënten zullen doorverwijzen naar de tweede lijn.
2. Omgekeerd kan de gekozen plaats van bevalling en/of het verwijsgedrag van invloed zijn op de werkdruk. Bij een verband in deze richting zou men bijvoorbeeld kunnen verwachten dat praktijken die meer thuisbevallingen begeleiden of minder verwijzen naar de tweede lijn een hogere werkdruk hebben.

In de huidige onderzoeksopzet is het bepalen van een dergelijke causaliteit niet mogelijk. Om deze reden is gekozen om correlaties te berekenen tussen de variabelen. Bij een significante correlatie kunnen we dus wel vast stellen dat er een verband is, maar niet welke van de twee variabelen het effect op de andere veroorzaakt.

We zullen in dit hoofdstuk eerst de relatie tussen de werkdruk en de plaats van de baring belichten en vervolgens de relatie tussen werkdruk en verwijsgedrag.

De cijfers omtrent praktijkgrootte, plaats van de bevalling en verwijsgedrag zijn afkomstig uit het jaaroverzicht van de praktijk-gegevens dat de SIG jaarlijks toestuurt aan de aan de LVR-1 deelnemende verloskundigen. Verloskundigen die niet deelnemen aan de LVR-1 hebben waar mogelijk de benodigde gegevens afgeleid uit de eigen praktijk-administratie.

6.1 Relatie tussen werkdruk en plaats van de baring

Het mogelijke verband tussen werkdruk en plaats van de baring zullen we op de volgende wijzen bespreken:

1. relatie tussen de gewerkte tijd en het percentage thuisbevallingen
2. relatie tussen praktijkgrootte en het percentage thuisbevallingen.

Van 106 praktijken zijn jaarcijfers verkregen omtrent de plaats van bevallen van vrouwen die volledig onder verantwoordelijkheid van een verloskundige zijn begeleid. De gegevens hiervan zullen we gebruiken om de relaties genoemd onder 2 en 3 te analyseren.

6.1.1 Relatie tussen de gewerkte tijd en het percentage thuisbevallingen

In principe bepaalt de zwangere vrouw zelf waar zij wil bevallen. Een dergelijke beslissing wordt echter beïnvloed door verschillende mensen in haar omgeving. Ook de verloskundige speelt mogelijk een rol bij de keuze. In deze zin is het mogelijk dat er een relatie bestaat tussen de gewerkte tijd per zorgseenheid en de plaats van bevalling. Zoals vermeld in tabel 5.21 is er geen verschil in de gemiddelde tijd nodig voor de begeleiding van een barendende vrouw thuis of poliklinisch. Verloskundigen kunnen dit echter individueel anders ervaren: 'een thuisbevalling kost meer tijd of energie dan een poliklinische bevalling'. Het is mogelijk dat verloskundigen in praktijken met een hoge gewerkte tijd per zorgseenheid of een lange gemiddelde werkweek hierdoor minder thuisbevallingen zullen begeleiden. Tabel 6.1 geeft een overzicht van het percentage thuis- en poliklinische bevallingen onderverdeeld naar praktijkvorm en de relatie met de gewerkte tijd per zorgseenheid en de gewerkte tijd per week.

Tabel 6.1 Overzicht relatie gewerkte tijd per zorgseenheid, de gewerkte tijd per week en het percentage thuisbevallingen, ingedeeld naar praktijkvorm

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
% thuisbevallingen	59	63	58	60
correlaties met				
- gewerkte tijd per zorgseenheid	0,43	0,03	0,19	0,21
- gewerkte tijd per week	0,17	-0,17	0,04	0,04

Het percentage thuisbevallingen ligt rond de 60% bij de aan dit onderzoek deelnemende praktijken en verschilt niet tussen de drie praktijkvormen.

Er zijn geen significante correlaties tussen de plaats van de partus en de gewerkte tijd per zorgseenheid of de gewerkte tijd per week voor de totale groep van deelnemende verloskundige praktijken. Ook een uitsplitsing naar praktijkvorm levert geen significante correlaties op.

Dezelfde analyses zijn nogmaals uitgevoerd, maar nu bij een indeling naar urbanisatiegraad.

Tabel 6.2 Overzicht relatie gewerkte tijd per zorgeenheid, de gewerkte tijd per week en het percentage thuisbevallingen, ingedeeld naar urbanisatiegraad

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	allen
% thuisbevallingen ¹	70	63	62	37	60
correlaties met					
- gewerkte tijd per zorgeenheid	0,07	0,32	0,03	0,44	
- gewerkte tijd per week	-0,19	-0,09	0,11	0,49	

¹ p < 0,01

Tabel 6.2 laat zien dat er een significant verschil is in het percentage thuisbevallingen van praktijken indien deze worden ingedeeld naar urbanisatiegraad. Praktijken in de grote steden begeleiden minder thuisbevallingen dan elders in Nederland. Er zijn ook bij een indeling naar urbanisatiegraad geen verschillen in gewerkte tijd tussen de praktijken.

6.1.2 Relatie tussen praktijkgrootte en het percentage thuisbevallingen

Parallel aan de gewerkte tijd per zorgeenheid en de gewerkte tijd per week, zou ook de praktijkgrootte van invloed kunnen zijn op het percentage thuisbevallingen. Tabel 6.3 geeft een overzicht van de correlaties tussen het percentage thuisbevallingen en de praktijkgrootte.

Tabel 6.3 Relatie tussen percentage thuisbevallingen en praktijkgrootte, ingedeeld naar praktijkvorm

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	allen
% thuisbevallingen	59	63	58	60
correlaties met				
- aantal inschrijvingen <u>in de praktijk</u>	-0,17	-0,14	-0,16	-0,13
- aantal partus <u>in de praktijk</u>	-0,26	-0,16	-0,21	-0,17
- aantal inschrijvingen <u>per verloskundige</u>	-0,17	-0,14	-0,14	-0,12
- aantal partus <u>per verloskundige</u>	-0,26	-0,16	-0,19	-0,17

Zoals tabel 6.3 laat zien, zijn de correlatiecoëfficiënten alle negatief. Dat wil zeggen dat de tendens is: hoe groter de praktijk, hoe minder thuisbevallingen. Dezelfde tendens is waarneembaar indien de correlaties worden berekend tussen het percentage thuisbevallingen en het aantal inschrijvingen en begeleide baringen *per verloskundige*. De correlaties zijn echter geen van alle significant.

Ook nu zijn dezelfde analyses nogmaals uitgevoerd, waarbij een indeling is gemaakt naar urbanisatiegraad. Tabel 6.4 laat zien dat geen van de correlaties significant is. Er is dus geen verband tussen het percentage thuisbevallingen en praktijkgrootte, indien de praktijken zijn ingedeeld naar urbanisatiegraad.

Tabel 6.4 Relatie tussen percentage thuisbevallingen en praktijkgrootte, ingedeeld naar urbanisatiegraad

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	allen
% thuisbevallingen ¹	70	63	62	37	60
correlaties met					
- aantal inschrijvingen <u>in de praktijk</u>	-0,08	-0,10	0,30	-0,31	
- aantal partus <u>in de praktijk</u>	-0,05	-0,19	0,31	-0,26	
- aantal inschrijvingen <u>per verloskundige</u>	-0,19	-0,06	-0,03	-0,37	
- aantal partus <u>per verloskundige</u>	-0,21	-0,16	-0,02	-0,29	

¹ p < 0,01

6.2 Relatie tussen werkdruk en verwijsgedrag

Om na te gaan in hoeverre het verwijsgedrag in verloskundige praktijken gerelateerd is aan de werkdruk, is aan de deelnemende praktijken gevraagd cijfers uit de categorie 'overdracht aan de gynaecoloog' uit het jaaroverzicht van de SIG te verschaffen. De door de SIG gebruikte indeling in categorieën is hierbij aangehouden. Verder zijn nog drie maten gecreëerd door een aantal categorieën samen te voegen. Tabel 6.5 geeft een overzicht van de verkregen gegevens. Aangezien niet alle praktijken deelnemen aan de LVR-1 registratie en bovendien voor deze categorie niet van alle praktijken volledige gegevens zijn verkregen, is in de tabel aangegeven op hoeveel praktijken de gegevens betrekking hebben. In de tabel is het aantal overdrachten gepercenteerd op het opgegeven aantal inschrijvingen en indien van toepassing op het aantal baringen die bij de verloskundige zijn aangevangen.

De verkregen cijfers komen redelijk goed overeen met de gegevens uit de LVR-1 [7]. Het jaaroverzicht van 1991 vermeld een percentage overdrachten gedurende de zwangerschap van 18, tegenover 21 in dit onderzoek. Tijdens de baring werden in 1991 20% van de vrouwen die de zorg startte bij de verloskundige overgedragen aan de tweede lijn, tegenover 21% in dit onderzoek. Het percentage vrouwen dat geheel onder zorg blijft bij de verloskundige bedraagt in 1991 62%, wat betekent dat 38% van de vrouwen werd overgedragen. Verloskundige praktijken die deelnemen aan dit onderzoek, melden een iets hoger overdrachtspercentage, namelijk 45%. Bij een vergelijking van de cijfers verkregen in het huidige onderzoek met de LVR-1 gegevens uit 1991 dient men te bedenken dat er de laatste jaren een stijgende lijn is waar te nemen in het aantal overdrachten.

Tabel 6.5 Overzicht van percentage overdrachten op enig moment gedurende de zwangerschap

moment van overdracht	aantal praktijken waarvan gegevens zijn verkregen	% van aantal inschrijvingen	% van aantal begeleide baringen
a. direct na 1e controle	66	2	--
b. vóór 28e week	76	3	--
c. tussen de 28e en 36e week	78	6	--
d. na 36e week	79	10	--
e. tijdens baring	80	21	27
f. tijdens nageboorte tijdperk	72	1	2
g. direct post partum	68	2	2
h. tijdens kraambed	34	1	1
a-h. op enig moment gedurende de zorgverlening	80	45	--
a-d. prenatale periode	80	21	--
e-h. tijdens of na de baring	80	24	32

6.2.1 Relatie tussen de gewerkte tijd en verwijsgedrag

Tabel 6.6 geeft een overzicht van de correlaties tussen het percentage overdrachten en de gewerkte tijd per zorgeenheid en de gewerkte tijd per week. Er zijn geen significante correlaties, hetgeen betekent dat er geen verband is tussen het percentage overdrachten en de gewerkte tijd per zorgeenheid of de gewerkte tijd per week als maten voor de werkdruk.

Tabel 6.6 Correlaties tussen percentage overdrachten, de gewerkte tijd per zorgeenheid en de gewerkte tijd per week

moment van overdracht	gewerkte tijd per zorgeenheid	gewerkte tijd per week
a. direct na 1e controle	-0,10	-0,01
b. vóór 28e week	0,13	0,09
c. tussen de 28e en 36e week	0,14	-0,07
d. na 36e week	0,08	-0,26
e. tijdens baring	-0,08	0,00
f. tijdens nageboorte tijdperk	0,07	0,16
g. direct post partum	0,01	0,19
h. tijdens kraambed	0,43	-0,05
a-h. op enig moment gedurende de zorgverlening	0,09	-0,09
a-d. prenatale periode	0,17	-0,20
e-h. tijdens of na de baring	-0,04	0,06

6.2.2 Relatie tussen praktijkgrootte en verwijsgedrag

Een overzicht van de correlaties tussen praktijkgrootte en verwijsgedrag is gegeven in tabel 6.7.

Tabel 6.7 Correlaties tussen percentage overdrachten en praktijkgrootte

moment van overdracht	per praktijk		per verloskundige	
	aantal inschrijvingen	aantal baringen	aantal inschrijvingen	aantal baringen
a. direct na 1e controle	-0,08	--	0,13	--
b. vóór 28e week	-0,09	--	0,15	--
c. tussen de 28e en 36e week	-0,01	--	0,03	--
d. na 36e week	0,05	--	-0,09	--
e. tijdens baring	0,20	0,14	0,05	0,01
f. tijdens nageboorte tijdperk	-0,22	-0,22	-0,11	0,12
g. direct post partum	0,01	-0,05	0,21	0,13
h. tijdens kraambed	-0,48 ¹	-0,52 ¹	-0,18	-0,26
a-h. op enig moment gedurende de zorgverlening	0,19	--	0,03	--
a-d. prenatale periode	0,06	--	-0,03	--
e-h. tijdens of na de baring	0,20	0,13	0,07	0,01

¹ p < 0,01

Er blijken weinig significante verbanden te bestaan tussen de gebruikte maten voor praktijkgrootte en het verwijsgedrag. Het enige verband dat is gevonden is tussen enerzijds het percentage verwezen kraamvrouwen gedurende het kraambed en anderzijds het aantal inschrijvingen en begeleide baringen op praktijkniveau. Praktijken met een hoog aantal inschrijvingen en begeleide partus verwijzen minder vrouwen door gedurende de kraamperiode. Het is moeilijk een verklaring te vinden voor deze relatie. Men dient in ieder geval te bedenken dat het aantal praktijken waarop deze correlatie is berekend vrij klein is: van slechts 34 praktijken zijn gegevens verkregen omtrent het aantal vrouwen verwezen gedurende het kraambed (zie tabel 6.5). Bovendien is het percentage verwezen vrouwen erg klein (1%). Om deze redenen is het aan te bevelen verder onderzoek te doen naar deze relatie alvorens hier uitspraken over te doen.

6.3 Conclusies

Het percentage thuisbevallingen verschilt niet tussen praktijkvormen, maar wel tussen praktijken ingedeeld naar urbanisatiegraad. Verloskundigen werkzaam in de grote steden begeleiden significant minder bevallingen thuis dan verloskundigen elders werkzaam in Nederland. Er zijn geen significante verbanden gevonden tussen het percentage thuisbevallingen en het verwijsgedrag enerzijds en de werkdruk anderzijds. In dit verband waren indicatoren voor de werkdruk: de gewerkte tijd per zorgeneheid, de gewerkte tijd per week, en maten voor praktijkgrootte als het aantal inschrijvingen en het aantal begeleide partus.

7. ORGANISATIE VAN DE VERLOSKUNDIGE ZORG

In de voorgaande drie hoofdstukken zijn we ingegaan op de tijdsbesteding van verloskundigen en de mogelijke determinanten. Een volgend thema in dit onderzoek is de verloskundige praktijkvoering. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de wijze waarop verloskundigen het werk organiseren. Waar mogelijk en relevant zullen we verbanden leggen met de werkdruk. We beantwoorden in dit hoofdstuk onderzoeksvraag 4, welke luidt:

Hoe is de verloskundige zorg georganiseerd welke verleend wordt aan cliënten die zich laten inschrijven bij vrijgevestigde verloskundigen? Is er een verband tussen de praktijkorganisatie en de geregistreerde tijdsbesteding?

Bij de bespreking van de resultaten maken we de volgende indeling. Ten eerste bespreken we de meer algemene organisatorische aspecten van de verloskundige praktijk. Hieronder verstaan we de praktijksamenstelling, de samenstelling van het cliëntenbestand, de organisatie van beschikbaarheid en bereikbaarheid en het gevoerde verloskundige beleid. Het gaat hier in feite om de randvoorwaarden waaronder verloskundigen werken.

Vervolgens gaan we in op de wijze waarop verloskundigen hun werkzaamheden hebben georganiseerd. We onderscheiden hier de volgende werkzaamheden: spreekuur, huisbezoek, partus, overleg en verwijzing en administratie. Een aantal van deze werkzaamheden zijn ook besproken in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 5 trachtten we determinanten van de tijdsbesteding aan te geven en richtten ons hierbij op cliëntekenmerken, praktijkvorm en urbanisatiegraad. De nadruk in het voorliggende hoofdstuk zal liggen op een inventarisatie van de *organisatie* van de praktijkwerkzaamheden. De link met tijdsbesteding zal slechts incidenteel worden gelegd.

Om vraag 4 te kunnen beantwoorden, hebben verloskundigen die deelnamen aan het onderzoek een speciaal voor dit doel ontwikkelde vragenlijst 'Praktijkenmerken' ingevuld (zie bijlage 2). Van de 115 verloskundige praktijken die aan dit onderzoek participeerden, hebben 108 praktijken de vragenlijst geretourneerd. Dit is een respons van 94%. Tabel 7.1 geeft een overzicht van het aantal praktijken. Zoals uit de tabel blijkt, is het aantal groepspraktijken waarover gegevens zijn verkregen, groter dan het aantal solopraktijken.

Tabel 7.1 Overzicht van aantal praktijken dat de vragenlijst terug stuurde tegenover het aantal deelnemende praktijken

	praktijkvorm			totaal
	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	
stuurde vragenlijst terug				
- ja	28 (90%)	35 (97%)	45 (94%)	108 (94%)
- nee	3 (10%)	1 (3%)	3 (6%)	7 (6%)
aantal deelnemende praktijken	31 (100%)	36 (100%)	48 (100%)	115 (100%)

Voor we overgaan tot een bespreking van de resultaten geven we een toelichting bij de tabellen in dit hoofdstuk. In de tabellen zijn steeds het aantal respondenten op de betreffende voor de betreffende vraag gegeven. Zoals tabel 7.1 laat zien, is een vergelijking tussen de kolommen lastig, aangezien het aantal deelnemers onder de drie praktijkvormen verschilt. Om deze reden zijn ook steeds de kolompercentages weergegeven. Bij die vragen waar het mogelijk was meerdere antwoord-alternatieven aan te kruisen, zijn de aantallen gepercenteerd op het aantal responderende praktijken.

7.1 Algemene organisatorische aspecten

Onder dit hoofdstuk bespreken we:

- praktijksamenstelling
- samenstelling van het cliëntenbestand
- organisatie van beschikbaarheid en bereikbaarheid
- verloskundig beleid.

7.1.1 Praktijksamenstelling

De praktijkvorm waarin verloskundigen werkzaam zijn, hoeft niet de vorm te zijn waarin zij bij voorkeur zouden willen werken. In dit hoofdstuk gaan wij na in hoeverre dit zo is en of zij op zoek zijn naar extra verloskundige hulp in de praktijk.

Ideale praktijkvorm

Aan de deelnemende verloskundigen is gevraagd in hoeverre de praktijkvorm waarin men werkzaam is overeen komt met de door hen ideaal geachte praktijkvorm (zie tabel 7.2).

Tabel 7.2 De praktijk waarin men werkzaam is, uitgezet tegen de door de verloskundigen ideaal geachte praktijkvorm

ideale praktijkvorm	werkzaam in			totaal
	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	
solopraktijk	8 (30%)	1 (3%)	--	9 (9%)
duopraktijk	12 (44%)	22 (65%)	4 (9%)	38 (36%)
groepspraktijk	3 (11%)	9 (26%)	40 (89%)	52 (49%)
solo- of duopraktijk	3 (11%)	1 (3%)	--	4 (4%)
duo- of groepspraktijk	1 (4%)	1 (3%)	1 (2%)	3 (2%)
respondenten	27 (100%)	34 (100%)	45 (100%)	106 (100%)

Van de solo-werkende geeft meer dan de helft aan, dat zij bij voorkeur in een duo- of groepspraktijk zouden werken. De meeste collega's uit duo- en groepspraktijken vinden de praktijkvorm waarin zij werkzaam zijn de meest ideale.

Wens tot extra verloskundige hulp

Voor veel verloskundigen in Nederland is het een probleem om extra verloskundige hulp in de praktijk te vinden. Het gaat hier dan om een associatie-partner of waarneming gedurende vakantie, vrije dagen en ziekte. Dit probleem speelt ook bij de verloskundigen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen (zie tabel 7.3). Bijna 40% van de praktijken

gaf op dat zij op zoek zijn naar een verloskundige voor assistentie in enigerlei vorm. Een associatie-partner wordt gezocht door bijna een kwart van de praktijken. Met name solopraktijken zijn op zoek naar een associatiepartner.

Tabel 7.3 Overzicht van de vraag om verloskundige hulp in de praktijk

	praktijkvorm			totaal
	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	
associatie-partner	9 (32%)	8 (22%)	8 (18%)	25 (23%)
vaste waarnemer	2 (7%)	3 (9%)	1 (2%)	6 (6%)
waarneming voor weekend, vakantie	3 (11%)	3 (9%)	5 (11%)	11 (10%)
geen	14 (50%)	21 (60%)	31 (69%)	66 (61%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)

7.1.2 Samenstelling cliëntenbestand

In hoofdstuk 5 hebben we reeds beschreven hoe een aantal cliënten-kenmerken van invloed zijn op de duur van de individuele cliënte-contacten. In dit hoofdstuk gaan we na hoe het cliëntenbestand is samengesteld, waarbij we een indeling maken naar urbanisatie-grad, en gaan we na of er een relatie is met de gewerkte tijd.

Tabel 7.4 geeft een overzicht van het cliëntenbestand.

Tabel 7.4 Overzicht van het cliëntenbestand in procenten van het totaal, ingedeeld naar urbanisatiegraad

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	totaal
cliënten uit asielzoekerscentrum of ROA-behuizing	3,4	4,0	4,5	3,5	3,9
niet-nederlandstalige cliënten ¹	4,3	5,3	6,5	14,2	7,1
niet-nederlandse cliënten ²	8,4	10,4	14,5	33,7	15,8
hoger opgeleiden	22,0	22,4	22,9	24,5	22,9
cliënten die in aanmerking komen voor prenatale diagnostiek ³	4,9	6,4	7,7	9,9	7,0

1 $F(3, 104) = 6,5, p < 0,01$

2 $F(3, 94) = 20,4, p < 0,01$

3 $F(3, 101) = 3,9, p < 0,05$

Verloskundigen werkzaam in de grote steden hebben meer niet-nederlandstalige cliënten en niet-nederlandse cliënten in hun bestand hebben dan verloskundigen werkzaam in andere gebieden. Ook hebben zij een hoger percentage vrouwen dat in aanmerking komt voor prenatale diagnostiek. Er zijn geen verschillen voor wat betreft het aantal hoger opgeleiden en het aantal cliënten afkomstig uit ROA-behuizingen (RijksOpvang Asielzoekers) of asielzoekerscentra.

Vervolgens is nagegaan of de samenstelling van het cliëntenbestand van invloed is op de tijd besteed aan de diverse werkzaamheden. Hiervoor zijn correlatie-coëfficiënten berekend tussen de verschillende variabelen (tabel 7.5).

Tabel 7.5 Correlatie-coëfficiënten tussen samenstelling cliëntenbestand en duur van het cliëntecontact gedurende de diverse werkzaamheden. Tussen haakjes het aantal verloskundige praktijken waarover de correlatie-coëfficiënten zijn berekend

	duur cliëntecontact		
	spreekuur	huisbezoek	partus
cliënten uit asielzoekerscentrum of ROA-behuizing	-0,23 (104)	-0,20 (104)	-0,4 (104)
niet-nederlandstalige cliënten	0,02 (101)	0,11 (101)	-0,08 (101)
niet-nederlandse cliënten	-0,06 (91)	0,20 (91)	-0,12 (91)
hoger opgeleiden	0,33 (91) ¹	0,14 (91)	0,21 (91)
cliënten die in aanmerking komen voor prenatale diagnostiek	0,01 (94)	-0,08 (94)	0,15 (94)

¹ $p < 0,01$

Praktijken met meer hoger opgeleiden besteden gemiddeld per cliënte meer tijd gedurende het spreekuur. Verder zijn er geen significante correlaties tussen de samenstelling van het cliëntenbestand en de tijd besteed aan de diverse werkzaamheden. Het bezwaar van deze methode is dat zij niet erg nauwkeurig is, aangezien de cijfers omtrent de samenstelling van het cliëntenbestand zijn gebaseerd op schattingen.

7.1.3 Organisatie van beschikbaarheid en bereikbaarheid

Een verloskundige praktijk dient 24 uur per dag gedurende 7 dagen per week iemand bereikbaar én beschikbaar te hebben voor verloskundige hulp. In dit hoofdstuk bespreken we verschillende aspecten: waarneming gedurende vakantie, vrije dagen en ziekte, achterwachtregeling en telefonische bereikbaarheid. Ten slotte gaan we na in hoeverre het voor de verloskundige mogelijk is binnen 15 minuten na oproep bij een cliënte aanwezig te zijn.

Waarneming

Er is gevraagd om aan te geven wat voor mogelijkheden tot waarneming zij heeft gedurende vakantie-perioden, vrije dagen of ziekte. Tabel 7.6 geeft een overzicht van de antwoorden. Meerdere alternatieven konden worden aangegeven.

De meeste verloskundige praktijken vallen terug op collega's uit de eigen of buurpraktijk en eigen waarneemsters gedurende vakantie of ziekte. Het waarneembureau wordt wel als alternatief genoemd, maar met name door solowerkende verloskundigen en dan met name voor waarneming bij vakanties en vrije dagen. Bij onverwachte situaties levert het waarneembureau voor minder verloskundigen een uitkomst. Zelf doorlopen wordt door meer solo-werkende verloskundigen als een mogelijkheid genoemd dan door verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken. In hoeverre de frequentie van de genoemde alternatieven overeen komt met de situatie in werkelijkheid is op basis van deze gegevens niet te zeggen.

Tabel 7.6 Overzicht mogelijkheden voor waarneming gedurende vakantie, vrije dagen of ziekte

	praktijkvorm			totaal
	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	
<u>Waarneming bij vakantie/vrije dagen</u>				
waarneembureau	14 (50%)	13 (37%)	13 (29%)	40 (37%)
eigen waarnemster	10 (36%)	8 (23%)	9 (20%)	27 (25%)
collega uit eigen praktijk	–	20 (57%)	38 (84%)	58 (54%)
collega uit buurpraktijk	16 (57%)	10 (29%)	5 (11%)	31 (29%)
anders	2 (7%)	3 (9%)	4 (9%)	9 (8%)
respondenten	28	35	45	108
<u>Waarneming bij ziekte</u>				
waarneembureau	9 (32%)	10 (29%)	11 (24%)	30 (28%)
eigen waarnemster	7 (25%)	5 (14%)	8 (18%)	20 (19%)
collega uit eigen praktijk	–	28 (80%)	44 (98%)	72 (66%)
collega uit buurpraktijk	15 (54%)	16 (46%)	5 (11%)	36 (33%)
zelf doorlopen	13 (46%)	12 (34%)	10 (22%)	35 (32%)
anders	1 (4%)	2 (6%)	–	3 (3%)
respondenten	28	35	45	108

Achterwacht-regeling en 'dubbel zitten'

Het werk van verloskundigen karakteriseert zich door het feit dat een gedeelte van het werk zich afspeelt op onregelmatige tijden; het begeleiden van bijvoorbeeld een partus is niet te plannen. Dit houdt in dat het mogelijk is dat de begeleiding van de verloskundige vereist is voor meerdere vrouwen tegelijkertijd op één en hetzelfde tijdstip. Om in deze situaties toch voldoende hulp te kunnen verlenen is het belangrijk dat een praktijk hiervoor een regeling heeft getroffen. Een dergelijke regeling wordt soms ook wel 'achterwacht' genoemd. Aan verloskundigen is gevraagd aan te geven welke regeling in de praktijk is getroffen, indien de dienstdoende verloskundige 'dubbel zit'. In bijna de helft van de praktijken (45%) is er altijd een collega die achterwacht heeft (zie tabel 7.7). Het blijkt dat 55% van de praktijken geen verloskundige stand-by heeft staan voor noodgevallen. Deze praktijken lossen 'dubbel zitten' op een andere manier op. In ruim 30% van de deelnemende praktijken belt de dienstdoende verloskundige collega-verloskundigen uit de praktijk, totdat zij iemand heeft gevonden die in staat is bij te springen. Het betreft hier alleen duo- en groepspraktijken. Solopraktijken hebben over het algemeen een regeling met collega's uit buurpraktijken getroffen die eventueel inspringen.

Tabel 7.7 Overzicht van regelingen die praktijken hebben getroffen voor het geval een verloskundige 'dubbel zit' gedurende een bevallingsdienst

	praktijkvorm			totaal
	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	
collega heeft achterwacht	5 (19%)	16 (46%)	27 (60%)	48 (45%)
probeert collega uit praktijk te bereiken	–	16 (46%)	18 (40%)	34 (32%)
collega uit buurpraktijk	21 (81%)	3 (8%)	–	24 (23%)
respondenten	26 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	106 (100%)

Aan de deelnemende verloskundigen is gevraagd aan te geven hoe vaak het op een jaar voorkomt dat een verloskundige 'dubbel zit'. Tabel 7.8 geeft hiervan een overzicht, waarbij een indeling is gemaakt naar praktijkvorm. Het aantal malen dat verloskundigen in een praktijk per jaar 'dubbel zitten' verschilt significant tussen de praktijkvormen.

Tabel 7.8 Het aantal malen per jaar dat in een praktijk een verloskundige 'dubbel zit' gedurende een bevallingsdienst

	aantal malen per jaar 'dubbel'
solopraktijk	3,2
duopraktijk	5,7
groepspraktijk	14,3

$F(2, 106) = 9,0, p < 0,01$

Aangezien het is te verwachten dat het totaal aantal cliënten in een solopraktijk geringer is dan in een groepspraktijk, is nagegaan in hoeverre er een relatie is tussen het aantal malen dubbel zitten en de praktijkgrootte, ofwel het aantal inschrijvingen in een jaar. De correlatie tussen praktijkgrootte en het aantal keren 'dubbel zitten' per jaar is 0,43 ($p < 0,01$). Indien gecorrigeerd wordt voor praktijkgrootte valt het verband tussen praktijkvorm en 'dubbel zitten' dan ook weg. Dit betekent dat het feit dat verloskundigen in groepspraktijken vaker 'dubbel zitten', verklaard wordt door een hoger aantal inschrijvingen (en partus) per jaar. Dit resultaat is uiteraard niet geheel onverwacht.

Vervolgens is nagegaan of er een relatie is tussen de vorm van achterwacht die men in een praktijk heeft gekozen en het aantal malen 'dubbel zitten'. Hiertoe zijn de antwoorden op deze vraag gehercodeerd. De antwoordcategorieën 'probeert collega uit praktijk te bereiken' en 'probeert collega uit buurpraktijk te bereiken' zijn samengevoegd. Ook nu is in de analyse weer gecorrigeerd voor praktijkgrootte. Tabel 7.9 geeft een overzicht van de resultaten.

Tabel 7.9 Overzicht van de relatie tussen vorm van achterwacht-regeling en aantal malen 'dubbel zitten' per jaar

	aantal malen 'dubbel zitten' per jaar
collega heeft achterwacht	14,8
probeert collega uit eigen of buurpraktijk te bereiken	3,7
allen	8,6

In praktijken die geen vaste achterwacht hebben geregeld, zit de dienstdoende verloskundige minder vaak 'dubbel'. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de drempel om hulp van een collega in te roepen mogelijk lager is indien er een vaste achterwacht beschikbaar is.

Telefonische bereikbaarheid

Op de vraag of de praktijk een telefonisch spreekuur houdt, antwoordt bijna 40% van de verloskundigen ontkennend. Dit betekent dus dat zij continu telefonisch benaderd kunnen worden door cliënten met niet-spoedeisende vragen. Uiteraard zijn zij niet doorlopend direct telefonisch beschikbaar. Veel verloskundige praktijken lossen dit op door bijvoorbeeld een antwoordapparaat waarop de cliënte eventuele vragen kan

inspreken. Indien van toepassing kan de verloskundige dan op een later tijdstip terugbellen. Ruim 60% van de deelnemende praktijken heeft wel vaste tijden waartussen een verloskundige telefonisch bereikbaar is voor niet-spoedeisende vragen. Ongeveer 50% van de praktijken heeft een vast telefonisch spreekuur, waarvan de meeste zelfs (65%) op 5 dagen in de week. De overige 10% zijn telefonisch bereikbaar tijdens het gewone spreekuur. Tabel 7.10 geeft een overzicht.

Tabel 7.10 Telefonisch spreekuur

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
geen telefonisch spreekuur	14 (50%)	16 (46%)	11 (25%)	41 (38%)
apart telefonisch spreekuur	10 (36%)	16 (46%)	27 (60%)	53 (49%)
tijdens gewone spreekuur	1 (4%)	3 (8%)	6 (13%)	10 (9%)
telefonisch bereikbaar gedurende gewone spreekuur én gedurende telefonisch spreekuur	3 (10%)	–	1 (2%)	4 (4%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)

Vervolgens hebben verloskundige praktijken die een telefonisch spreekuur organiseren aangegeven op hoeveel dagen in de week, voor hoeveel uur zij telefonisch bereikbaar zijn (zie tabel 7.11). De meeste praktijken die een telefonisch spreekuur houden zijn gedurende 5 dagen per week met een gemiddelde van een uur per dag bereikbaar. Een aantal praktijken is zelfs 7 dagen per week telefonisch bereikbaar voor niet-spoedeisende hulp.

Tabel 7.11 Aantal dagen en uren waarop praktijken telefonisch spreekuur hebben

aantal dagen in de week	aantal praktijken	aantal uren tussen 8 en 18 uur per week	aantal uren na 18 uur per week	totaal aantal uren per week
1	4 (7%)	1,0	0	1,0
3	6 (10,5%)	2,3	1,5	3,8
4	6 (10,5%)	3,3	0,5	3,8
5	37 (65%)	4,0	0,7	4,7
7	4 (7%)	4,5	2,0	6,5
totaal	57 (100%)			

Afstand

Tabel 7.12 geeft een overzicht van de geschatte afstanden en reistijden van (1) woonhuis tot ziekenhuis waar verloskundigen de meeste partus begeleiden en van (2) de twee uiterste punten in het praktijkgebied. Er zijn significante verschillen tussen de verschillende regio's. Verloskundigen in rurale gebieden geven significant langere afstanden en reistijden overdag én 's nachts aan voor de reis tussen het huis van de verloskundige en het ziekenhuis waar de meeste partus plaatsvinden. De afstanden en reistijden tussen de twee uiterste punten in het praktijkgebied zijn niet significant verschillend tussen de verschillende regio's.

Tabel 7.12 Overzicht geschatte afstanden en reistijden

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad
huis verloskundige - ziekenhuis waar de meeste poliklinische partus plaatsvinden				
- afstand (km) ¹	11,4	7,6	4,0	7,0
- reistijd overdag (min.) ²	17,8	12,7	9,5	13,2
- reistijd 's nachts (min.) ³	12,0	8,6	6,1	8,6
uiterste punten in praktijkgebied				
- afstand (km)	17,8	16,4	13,3	14,2
- reistijd overdag (min.)	21,3	21,4	20,8	25,7
- reistijd 's nachts (min.)	16,0	15,0	12,9	14,3

1 F(3, 101)=11,2, p<0,01

2 F(3, 103)=8,7, p<0,01

3 F(3, 106)=8,5, p<0,01

De reistijden in rurale gebieden zijn het langst, gevolgd door de grote steden. Dat de reistijd in de grote stad meer tijd vergt, is goed te verklaren. Hoewel de afstanden hier beduidend korter zullen zijn dan in rurale gebieden, wordt men meer opgehouden door verkeerslichten en overige verkeersdeelnemers. Ook zullen er regelmatig problemen met parkeren zijn.

In tabel 7.13 is weergegeven in hoeveel praktijken verloskundigen inschatten in staat te zijn binnen 15 minuten aanwezig te zijn bij de cliënte. Verloskundigen zijn in het algemeen in staat om binnen 15 minuten aanwezig te zijn, indien het een oproep van een cliënte uit de eigen praktijk betreft. Dit is lastiger indien het om een waarneming voor een andere praktijk gaat. Zevenentwintig procent van de verloskundigen menen dat zij hiertoe niet of bijna nooit in staat zijn.

Tabel 7.13 Overzicht van de antwoorden op de vraag in hoeverre de verloskundige binnen 15 minuten na oproep aanwezig kan zijn in de eigen praktijk en bij waarneming voor andere praktijken

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	totaal
eigen praktijk					
ja	11 (39%)	14 (52%)	16 (48%)	6 (30%)	47 (43%)
meestal wel	17 (61%)	13 (48%)	17 (52%)	13 (65%)	60 (56%)
bijna nooit	--	--	--	1 (5%)	1(1%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	20 (100%)	108 (100%)
waarneming andere praktijk					
ja	2 (13%)	4 (25%)	7 (35%)	1 (12,5%)	14 (23%)
meestal wel	5 (31%)	8 (50%)	11 (55%)	6 (75%)	30 (50%)
bijna nooit	5 (31%)	1 (6%)	1 (5%)	--	7(12%)
nee	4 (25%)	3 (19%)	1 (5%)	1 (12,5%)	9(15%)
subtotaal	16 (100%)	16 (100%)	20 (100%)	8 (100%)	60 (100%)
n.v.t.	11	11	13	12	47

7.1.4 Verloskundig beleid

Hoewel de werkzaamheden van verloskundigen goed zijn omschreven [23], zijn er persoonlijke voorkeuren mogelijk en kunnen verloskundigen op een aantal terreinen zelf accenten aanleggen. In dit hoofdstuk beschrijven we het beleid dat verloskundigen voeren ten aanzien van echografische diagnostiek. Vervolgens zullen we bespreken in hoeverre verloskundigen alternatieve geneeswijzen toepassen in de verloskundige praktijk. Ten slotte lichten we de activiteiten die verloskundigen ontplooiën op het GVO-terrein (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) nader toe.

Beleid t.a.v. echografie

Van de 108 praktijken die deze vraag hebben ingevuld geven 8 praktijken aan dat zij over een echo-apparaat kunnen beschikken: 2 solo-, 2 duo- en 4 groepspraktijken bezitten een eigen echo-apparaat. Eén duopraktijk heeft de beschikking over een echo-apparaat tezamen met een buurpraktijk (zie ook tabel 7.14).

In hoeverre het gevoerde beleid ten aanzien van het aanvragen c.q. verrichten van echografisch onderzoek gepaard gaat met de aanwezigheid van een echo-apparaat is weergegeven in tabel 7.14.

Tabel 7.14 Beleid t.a.v. echografie, ingedeeld naar de aanwezigheid van een echo-apparaat

	aanwezigheid echo-apparaat			totaal
	nee	met buurpraktijk	ja, in eigen praktijk	
standaard na/bij eerste bezoek	25 (25%)	1 (100%)	5 (63%)	31 (29%)
1x gedurende zwangerschap	17 (17%)	--	--	17 (16%)
2x gedurende zwangerschap	3 (3%)	--	2 (25%)	5 (5%)
alleen op medische indicatie	52 (53%)	--	1 (12%)	53 (49%)
evt. op verzoek van zwangere	2 (2%)	--	--	2 (2%)
totaal	99 (100%)	1 (100%)	8 (100%)	108 (100%)

Van de 9 praktijken met een eigen echo-apparaat is er maar één praktijk die alleen echo's maakt op medische indicatie. De overige praktijken doen dit standaard 1 of 2 keer in de zwangerschap. Het percentage praktijken dat geen echo-apparaat tot de beschikking heeft en alleen een echo op medische indicatie aanvraagt is 53%. Hoewel het aantal praktijken dat een echo-apparaat heeft te gering is om betrouwbare conclusies te kunnen trekken, lijkt het erop dat het gevoerde beleid in praktijken met of zonder echo-apparaat verschillend is.

Echografisch onderzoek is bij cliënten een geliefd onderzoek. Verloskundigen besteden vaak veel tijd aan voorlichting omtrent echografisch onderzoek. De tijd die verloskundigen hieraan besteden wordt mogelijkerwijs beïnvloed door de aanwezigheid van een eigen echo-apparaat of het gevoerde verloskundig beleid. Een analyse van de tijd die verloskundigen schatten per 4 weken te besteden aan overleg met cliënten die zonder medische indicatie een echografisch onderzoek willen laten verrichten, laat echter geen significante relatie zien met de aanwezigheid van een echo-apparaat (tabel 7.15). Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze resultaten is wel geboden, aangezien de groep met een eigen echo-apparaat slechts uit 8 praktijken bestaat.

Tabel 7.15 Geschatte tijd per 4 weken besteed aan voorlichting over echografisch onderzoek, ingedeeld naar de aan- of afwezigheid van een echo-apparaat

	tijd (min.)	aantal praktijken
geen eigen echo-apparaat	55,8	91
eigen echo-apparaat	32,9	8

$t(100) = 1,2$, n.s.

Evenmin is er een relatie tussen het gevoerde echografisch beleid en de geschatte tijd besteed aan voorlichting (tabel 7.16).

Tabel 7.16 Geschatte tijd per 4 weken besteed aan voorlichting over echografisch onderzoek, ingedeeld naar het gevoerde echografisch beleid

	tijd (min)	aantal praktijken
standaard na/bij het eerste bezoek	43,6	29
1x gedurende de zwangerschap	76,8	14
2x gedurende de zwangerschap	40,3	3
alleen op medische indicatie	58,3	51
op verzoek zwangere	32,5	2
allen	55,5	99

$F(4, 98) = 1,1$, n.s.

Bij de indeling zoals deze is aangehouden in tabel 7.16 bevatten twee categorieën een minimaal aantal verloskundigen. Om deze reden is dezelfde analyse nogmaals uitgevoerd met gebruikmaking van slechts twee categorieën: (1) verloskundigen die standaard een of meerdere keren echografisch onderzoek (laten) verrichten en (2) verloskundigen die dit alleen op medische indicatie doen. Ook nu blijkt er geen verschil te bestaan in geschatte bestede tijd. De eerste groep verloskundigen besteedt gemiddeld 52,5 minuten per 4 weken tegenover de tweede groep verloskundigen 58,3 minuten per 4 weken aan voorlichting. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat er in welke situatie dan ook voorlichting aan de cliënte nodig is. Als de verloskundige geen echografisch onderzoek noodzakelijk vindt, dient de cliënte hiervan overtuigd te worden. Indien de verloskundige wel echografisch onderzoek laat verrichten, dient zij uitleg te geven over wat de cliënte kan verwachten van dit onderzoek.

Alternatieve geneeswijzen

Het toepassen van alternatieve geneeswijzen is geen gemeengoed gedurende de opleiding of praktijk-uitoefening van medische opleidingen in Nederland. Dit geldt ook voor verloskundigen. Toch zeggen 24% van de verloskundigen dat in hun praktijk regelmatig alternatieve geneeswijzen worden toegepast, waarvan homeopathie en haptonomie het meest frequent voorkomen (tabel 7.17).

Het toepassen van alternatieve geneeswijzen in de praktijk kost weinig extra tijd. Verloskundigen schatten dat zij hier 30 min. per 4 weken bovenop de reguliere verloskundige werkzaamheden mee bezig zijn.

Tabel 7.17 Toegepaste alternatieve geneeswijzen in de verloskundige praktijk

	aantal (%)
reflexologie	7 (15%)
anthroposofie	4 (8%)
homeopathie	21 (44%)
haptonomie	10 (21%)
Bach remedies	2 (4%)
fytotherapie	1 (2%)
aromatherapie	1 (2%)
manuele therapie	1 (2%)
acupunctuur	1 (2%)
respondenten	26

Voorlichtingsactiviteiten

Vrouwen die zwanger zijn, krijgen van veel kanten informatie aangeboden omtrent zwangerschap bevalling en de postnatale periode. Een van de informatie-bronnen is de verloskundige. Niet alleen verstrekt deze tijdens het spreekuur informatie, veel verloskundigen doen dit ook tijdens speciale bijeenkomsten, zoals kraammarkten, zwangerschapsgymnastiek, en voorlichtingsavonden. Een gering percentage van de praktijken organiseert zelf zulke bijeenkomsten (23%), een groter deel werkt mee aan door anderen georganiseerde activiteiten (56%). Zie tabel 7.18.

Tabel 7.18 Organiseren en/of meewerken aan voorlichtingsactiviteiten

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
zelf organiseren van voorlichtingsactiviteiten				
- nee	21 (75%)	25 (74%)	36 (80%)	82 (77%)
- ja	7 (25%)	9 (26%)	9 (20%)	25 (23%)
indien ja, aantal keren per jaar	5,1	6,6	4,3	5,4
totaal	28 (100%)	34 (100%)	45 (100%)	107 (100%)
meewerken aan door anderen georganiseerde voorlichtingsactiviteiten				
- nee	15 (56%)	18 (51%)	14 (31%)	47 (44%)
- ja	12 (44%)	17 (49%)	31 (69%)	60 (56%)
indien ja, aantal keren per jaar	4,6	4,5	2,9	3,7
totaal	27 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	107 (100%)

Verloskundigen zijn niet erg optimistisch over het effect dat deze bijeenkomsten hebben (tabel 7.19). Slechts een kwart van alle verloskundigen meent dat voorlichtingsactiviteiten het aantal vragen dat zij later op het spreekuur krijgen vermindert. Dit geldt voor zowel voor de verloskundigen die deze activiteiten niet ontplooiën als op hen die dit wel doen.

Ondanks het geringe aantal verloskundigen dat meent dat voorlichtingsactiviteiten van invloed zijn op het aantal later gestelde vragen, werkt een groot percentage toch mee aan deze activiteiten. Mogelijkerwijs zijn er andere redenen aan te wijzen. Dit onderzoek geeft daar verder geen uitsluitsel over.

Tabel 7.19 Verminderen voorlichtingsactiviteiten het aantal vragen van zwangeren en/of hun partner?

	ja	nauwelijks	nee	totaal
zelf organiseren van voorlichtingsactiviteiten				
- nee	17 (23%)	40 (54%)	17 (23%)	74 (100%)
- ja	7 (28%)	17 (68%)	1 (4%)	25 (100%)
meewerken aan door anderen georganiseerde voorlichtingsactiviteiten				
- nee	9 (23%)	20 (50%)	11 (27%)	40 (100%)
- ja	16 (27%)	36 (61%)	7 (12%)	59 (100%)

Er is gevraagd aan verloskundigen aan te geven of hun praktijk aan nieuwe cliënten een folder of boekje verschaft met informatie over de praktijk, zoals spreekuurtijden en telefonische bereikbaarheid. De meeste praktijken blijken informatie-materiaal uit te delen. Zie tabel 7.20.

Tabel 7.20 Geeft uw praktijk een boekje/folder/kaart uit met informatie over de praktijk (spreekuurtijden, telefonische bereikbaarheid, e.d.)?

	solopraktijk		duopraktijk		groepspraktijk		totaal	
nee	10	(36%)	11	(31%)	6	(13%)	27	(25%)
ja	18	(64%)	24	(69%)	39	(87%)	81	(75%)
totaal	28	(100%)	35	(100%)	45	(100%)	108	(100%)

7.2 Praktijkwerkzaamheden

7.2.1 Spreekuur

De organisatie rond het spreekuur belichten we van diverse kanten. We beginnen met de spreekuur-lokatie. Waar en op hoeveel plaatsen houdt de verloskundige spreekuur. Deelt zij deze ruimte met andere beroepsgroepen en wie houdt de ruimte schoon? We leggen een relatie tussen een aantal van deze aspecten en de geregistreerde tijd. Vervolgens gaan we na hoe vaak en op welke uren verloskundigen spreekuur houden en bespreken de redenen voor het houden van wel of geen avondspreekuur. We geven aan hoeveel praktijken een assistente in dienst hebben voor hoeveel uur per week en wat haar opleiding is. Achtereenvolgens bespreken we welke werkzaamheden verloskundigen verrichten ter voorbereiding van het spreekuur en wat zij doen ter afronding. We besluiten dit hoofdstuk met een opgave van de frequentie van prenatale spreekuurbezoeken.

Spreekuur-lokatie

Tabel 7.21 geeft een overzicht van de van de spreekuur-lokatie van verloskundigen.

Tabel 7.21 Lokatie en schoonhouden van spreekruimte, onderverdeeld naar praktijkvorm

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
aantal spreekuur-lokaties				
- 1	8 (29%)	9 (26%)	11 (24%)	28 (26%)
- 2	8 (29%)	9 (26%)	11 (24%)	28 (26%)
- 3	10 (35%)	8 (22%)	9 (21%)	27 (27%)
- 4 of meer	2 (7%)	9 (26%)	14 (31%)	25 (23%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)
spreekuur bij een van verloskundigen aan huis ¹				
- nee	11 (39%)	25 (71%)	34 (76%)	70 (65%)
- ja	17 (61%)	10 (29%)	11 (24%)	38 (35%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)
spreekruimte delen met andere beroepsgroepen				
- nee	9 (32%)	10 (29%)	14 (32%)	33 (31%)
- ja	19 (68%)	25 (71%)	30 (68%)	74 (69%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	44 (100%)	107 (100%)
zelf de spreekruimte schoonhouden				
- nee	19 (70%)	29 (83%)	39 (89%)	87 (82%)
- ja	8 (30%)	6 (17%)	5 (11%)	19 (18%)
totaal	27 (100%)	35 (100%)	44 (100%)	106 (100%)

¹ Pearson Chi-square (2) = 11,0, p < 0,01

De meeste verloskundigen hebben geen spreekuurlokatie aan huis (65% van de praktijken) en delen de spreekruimte met andere beroepsgroepen (69%). Vijftig procent van de verloskundigen houdt zelfs op meer dan twee lokaties spreekuur. Praktijkvormen verschillen van elkaar voor wat betreft het hebben van spreekruimte aan huis. Solo-werkende verloskundigen houden vaker spreekuur aan huis. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de verschillende praktijkvormen voor de overige genoemde items: het aantal spreekuur-lokaties, het feit of men de praktijkruimte deelt met andere beroepsgroepen en in hoeverre men zelf de spreekruimte schoonhoudt.

Tabel 7.22 vertoont nogmaals dezelfde gegevens, maar nu onderverdeeld naar urbanisatiegraad.

Praktijken gevestigd in rurale gebieden en de grote steden hebben minder vaak praktijk aan huis dan praktijken in urbane en suburbane regio's. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de regio's voor de overige genoemde items: het aantal spreekuur-lokaties, het feit of men de praktijkruimte deelt met andere beroepsgroepen en in hoeverre men zelf de spreekruimte schoonhoudt.

Tabel 7.22 Lokatie en schoonhouden van spreekruimte, onderverdeeld naar urbanisatie-graad

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	totaal
aantal spreekuur-lokaties					
- 1	7 (25%)	7 (26%)	7 (21%)	7 (35%)	28 (26%)
- 2	8 (29%)	7 (26%)	8 (24%)	5 (25%)	28 (26%)
- 3	9 (32%)	5 (19%)	8 (24%)	5 (25%)	27 (25%)
- 4 of meer	4 (14%)	8 (29%)	10 (31%)	3 (15%)	25 (23%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	20 (100%)	08 (100%)
spreekuur bij een van verloskundigen aan huis ¹					
- nee	19 (68%)	13 (48%)	20 (61%)	18 (90%)	70 (65%)
- ja	9 (32%)	14 (52%)	13 (39%)	2 (10%)	38 (35%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	20 (100%)	08 (100%)
spreekruimte delen met andere beroepsgroepen					
- nee	10 (36%)	8 (30%)	7 (22%)	8 (40%)	33 (31%)
- ja	18 (64%)	19 (70%)	25 (78%)	12 (60%)	74 (69%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	32 (100%)	20 (100%)	07 (100%)
zelf de spreekruimte schoonhouden					
- nee	25 (89%)	18 (72%)	28 (85%)	16 (80%)	87 (82%)
- ja	3 (11%)	7 (28%)	5 (15%)	4 (20%)	19 (18%)
totaal	28 (100%)	25 (100%)	33 (100%)	20 (100%)	06 (100%)

¹ Pearson Chi-square (3)=9,2, p<0,05

Vervolgens is nagegaan in hoeverre de genoemde variabelen gerelateerd zijn aan de gewerkte tijd. Hiervoor zijn analyses verricht op de tijd besteed aan voorbereiden en opruimen zoals deze gedurende de 3 weken durende registratie-periode door verloskundigen zijn genoteerd. Ook is een maat samengesteld waarin deze twee tijden bij elkaar zijn opgeteld. Tabel 7.23 geeft een overzicht

Het aantal lokaties waarop verloskundige praktijken spreekuur houden, is gerelateerd aan de tijd besteed aan voorbereiden en opruimen. Opvallend is dat bij een geringer aantal lokaties de tijd hieraan besteed langer is. Mogelijkerwijs verrichten verloskundigen die op minder lokaties spreekuur houden een gedeelte van de administratie ter plaatse, aangezien zij (een gedeelte) van hun administratie hier hebben staan. Verloskundigen uit praktijken die op meerdere plaatsen spreekuur houden, nemen waarschijnlijk alleen het hoogst noodzakelijke mee. Enige bevestiging voor deze hypothese kan gevonden worden in het feit dat praktijken die de spreekruimte delen met andere beroepsgroepen eveneens minder tijd besteden aan voorbereiden en opruimen. Daar staat tegenover dat er geen significante verschillen zijn in voorbereidings- en opruimtijd tussen praktijken die wel en niet een praktijkruimte aan huis hebben. Aangezien er gedurende de registratie-periode niet is gevraagd naar de inhoud van de voorbereidings- en opruimwerkzaamheden kunnen we hier verder geen uitspraken over doen.

Tabel 7.23 Spreekuurlokatie gerelateerd aan gewerkte tijd

	voorbereidingstijd (min.)		tijd besteed aan opruimen (min.)		voorbereidingstijd plus de tijd besteed aan opruimen (min.)	
aantal plaatsen spreekuur						
- 1	21,2		19,4		40,6	
- 2	15,2		10,4		25,6	
- 3	12,2		13,0		25,2	
- 4 of meer	9,7	1	10,2	2	20,0	3
spreekuur bij een van verloskundigen aan huis						
- nee	13,6		14,3		27,9	
- ja	16,9		11,6		28,5	
indien geen spreekruimte aan huis: spreekruimte delen met anderen beroepsgroepen						
- nee	19,7		21,5		41,2	
- ja	11,8		12,0		23,8	
		4		5		6

1 F(3,107)=4,5, p<0,01

4 t(19,3)=2,1, p<0,05

2 F(3, 107)=5,1, p<0,01

5 t(17,5)=2,3, p<0,05

3 F(3, 107)=7,7, p<0,01

6 t(18,9)=3,2, p<0,01

Frequentie van spreekuur

Uit tabel 7.24 blijkt dat groepspraktijken vaker spreekuur houden dan solopraktijken en dat zij meer uren besteden aan het spreekuur. Dit kan verklaard worden door het feit dat groepspraktijken over het algemeen groter zijn.

Zeventig procent van de praktijken houdt een avondspreekuur. Het *aantal* solopraktijken dat avondspreekuur houdt is iets lager dan bij duo- en groepspraktijken. Opvallend is dat het aantal uren avondspreekuur niet verschilt tussen de verschillende praktijkvormen. Dit betekent dat solopraktijken, gezien de geringere omvang van de praktijk, relatief meer uren besteden aan avondspreekuur (19% versus 12% voor groepspraktijken).

Tabel 7.24 Frequentie van spreekuur

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
aantal dagen spreekuur per week ¹	2,9	3,0	3,5	3,2
aantal praktijken				
- zonder avondspreekuur	12 (43%)	7 (20%)	13 (30%)	32 (30%)
- met avondspreekuur	16 (57%)	28 (80%)	30 (70%)	74 (70%)
aantal uren spreekuur				
- totaal ²	11,0	15,9	21,9	17,1
- tussen 8 en 18 uur ³	8,9	12,9	19,4	14,5
- na 18 uur	2,1	3,1	2,6	2,7
percentage uren avondspreekuur op totaal	19%	19%	12%	17%
totaal	28 (100%)	35 (100%)	43 (100%)	106 (100%)

1 F(2, 107)=6,7, p<0,01

2 F(2, 106)=32,3, p<0,01

3 F(2, 106)=30,2, p<0,01

Reden avondspreekuur

Verloskundigen is vervolgens gevraagd om de reden aan te geven waarom hun praktijk wel of geen avondspreekuur houdt (tabel 7.25). Aangezien meerdere antwoorden konden worden gegeven, is geprocenteerd op het aantal respondenten.

Tabel 7.25 Redenen voor het wel of niet houden van avondspreekuur

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
genoemde redenen om geen avond- spreekuur te houden				
- kost me teveel tijd	4 (33%)	5 (71%)	3 (23%)	12 (38%)
- geen behoefte bij doelpopulatie	5 (42%)	1 (14%)	4 (31%)	10 (31%)
- geen geschikte spreekruimte aanwezig	--	2 (29%)	3 (23%)	5 (16%)
- werk al onregelmatig genoeg, bescherming privé-leven	3 (25%)	2 (29%)	9 (69%)	14 (44%)
- kans groot dat spreekuur uitvalt door partus	1 (8%)	--	--	1 (3%)
- 's avonds is er geen poli, bij verwijzing moet je iemand dan laten opnemen	1 (8%)	--	--	1 (3%)
totaal aantal respondenten geen spreekuur	12	7	13	32
genoemde redenen om wel avond- spreekuur te houden				
- om werkende vrouwen gelegenheid te geven op spreekuur te komen	12 (75%)	24 (86%)	29 (97%)	65 (88%)
- de (werkende) partner kan dan gemakkelijk meekomen, bijv. bij buitenlandse vrouwen	11 (69%)	23 (82%)	28 (93%)	62 (84%)
- praktijken in de omgeving doen het ook	1 (6%)	5 (18%)	2 (7%)	8 (11%)
- beschikbaarheid ruimte c.q. tijd	3 (19%)	2 (7%)	3 (10%)	8 (11%)
- spreekuur over niet teveel dagen spreiden	--	--	1 (3%)	1 (1%)
- alleen voor nieuwe inschrijvingen en post partum controles	1 (6%)	--	--	1 (1%)
- twee verloskundigen aanwezig	--	1 (4%)	1 (3%)	2 (3%)
totaal aantal respondenten wel spreekuur	16	28	30	74

De meest genoemde redenen om geen avondspreekuur te houden zijn de extra hoeveelheid tijd die dit kost en de bescherming van het privé-leven. Verloskundige praktijken die wel een avondspreekuur houden, doen dit om werkende vrouwen en partners de gelegenheid te geven op het spreekuur te komen.

Praktijk-assistentie

Een gedeelte van het werk in de verloskundige praktijk kan eventueel worden verricht door anderen dan verloskundigen, bijvoorbeeld door een praktijk-assistente. Zij heeft dan taken die vergelijkbaar zijn met die van een dokters-assistente. We zijn nagegaan hoeveel praktijken voor hoeveel uur assistentie hebben ingehuurd voor niet-verloskundige werkzaamheden. Er is een indeling gemaakt naar praktijk-assistente (aanwezig gedurende het spreekuur), iemand die de financiële administratie bijhoudt en iemand die de praktijkruimte schoonmaakt (zie tabel 7.26). Percentages van het totaal aantal respondenten zijn gegeven.

Tabel 7.26 Overzicht van assistentie in de praktijk

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
praktijk-assistente				
- aantal praktijken	3 (11%)	5 (14%)	12 (27%)	20 (19%)
- uren per week	7,0	8,8	13,4	11,3
iemand die de financiële administratie bijhoudt				
- aantal praktijken	--	3 (9%)	5 (11%)	8 (7%)
- geschatte uren per week	--	2,7	3,0	2,9
iemand die de praktijk-ruimte schoonhoudt				
- aantal praktijken	8 (29%)	11 (31%)	21 (47%)	40 (37%)
- uren per week	1,8	2,3	2,5	2,3

Twintig praktijken hebben aangegeven een spreekuur-assistente in dienst te hebben. Groepspraktijken hebben vaker een praktijk-assistente in dienst dan solo- en duopraktijken. Het geschatte aantal uren dat praktijk-assistenten per week werken is hoger in groepspraktijken, doch dit verschil is niet significant. Het hier gevonden gemiddelde komt niet geheel overeen met de werktijden vastgesteld gedurende de registratieperiode, namelijk 9 uur en 15 minuten per week. Mogelijkerwijs speelt hier een rol dat vier van de praktijken die een assistente in dienst hadden gedurende de registratieperiode geen vragenlijst 'Praktijkenmerken' hebben geretourneerd (zie ook hoofdstuk 5.7).

Er zijn geen solopraktijken die opgegeven hebben dat zij iemand in dienst hebben die de financiële administratie bijhoudt.

Iemand om de praktijkruimte schoon te houden is door 40 praktijken in dienst genomen voor een gemiddelde van 2,3 uur per week.

Er bestaat geen speciale opleiding voor praktijk-assistenten werkzaam in verloskundige praktijken. Het blijkt dan ook dat praktijk-assistenten, werkzaam in de aan het onderzoek deelnemende praktijken een scala van opleidingen achter de rug hebben. De meest genoemde opleidingen zijn verpleegkundige en kraamverzorgster (tabel 7.27).

Tabel 7.27 Overzicht van de opleiding van praktijk-assistenten

	aantal
kraamverzorgster	6 (24%)
verpleegkundige	6 (24%)
doktersassistente	3 (12%)
mavo	3 (12%)
hbo (of gedeelte)	3 (12%)
analiste	1 (4%)
bejaardenverzorgster	1 (4%)
gezinsverzorgster	1 (4%)
zelf opgeleid	1 (4%)
totaal	25 (100%)

Vorbereiden spreekuur

De meeste verloskundigen geven aan dat zij voorafgaand aan het spreekuur enige werkzaamheden verrichten. Slechts 17% doet dit niet. De genoemde werkzaamheden staan vermeld in tabel 7.28. Zwangerschapskaarten opzoeken en bloedsuitslagen invullen, zijn de meest genoemde voorbereidende werkzaamheden.

Tabel 7.28 Werkzaamheden verricht ter voorbereiding van het spreekuur

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
opzoeken zwangerschapskaarten	17 (74%)	25 (93%)	23 (62%)	65 (75%)
aantal weken amenorrhoe vast invullen	11 (48%)	9 (33%)	7 (19%)	27 (31%)
bloed-uitslagen invullen	22 (96%)	23 (85%)	28 (76%)	73 (84%)
echo-uitslagen verwerken	1 (4%)	2 (7%)	1 (3%)	4 (5%)
spullen klaarzetten	2 (9%)	4 (15%)	10 (27%)	16 (18%)
nieuwe kaarten schrijven	5 (22%)	3 (11%)	3 (8%)	11 (13%)
oude kaarten opzoeken	1 (4%)	1 (4%)	1 (3%)	3 (3%)
aanvraagform. bloedonderzoek schrijven	3 (13%)	3 (11%)	3 (8%)	9 (10%)
brieven nalezen, post behandelen	1 (4%)	1 (4%)	5 (14%)	7 (8%)
doorlezen zwangerschapskaarten	--	--	2 (5%)	2 (2%)
informatie opvragen ander ziekenhuis, verloskundige	--	2 (7%)	1 (3%)	3 (3%)
voorraden bijhouden	--	--	1 (3%)	1 (1%)
prikken voorbereiden	1 (4%)	--	--	1 (1%)
respondenten		23	27	37 87

Vervolgens is nagegaan in hoeverre het aantal voorbereidende werkzaamheden gerelateerd is aan de tijd die men besteed aan de voorbereiding. Hiervoor zijn de tijden genoteerd gedurende de registratie-periode gebruikt. Dertien procent van de praktijken verricht slechts één activiteit, 34% 2 activiteiten, 39% 3 activiteiten en 14% van de praktijken 4 activiteiten of meer. Het is te verwachten dat verloskundigen die meer voorbereidende werkzaamheden verrichten ook een langere voorbereidingstijd rapporteren. Dit blijkt echter niet het geval te zijn. Dit zal ongetwijfeld te maken hebben met de verschillen in benodigde tijd voor de diverse werkzaamheden. Hierover zijn echter geen gegevens verzameld.

Opruimen na het spreekuur

Vergelijkbare gegevens zijn opgevraagd voor de afronding van het spreekuur. Tabel 7.29 geeft een overzicht van de werkzaamheden welke hiervoor worden verricht. Het opbergen van de zwangerschapskaarten is de meest genoemde bezigheid.

Ook nu is weer nagegaan in hoeverre het aantal verrichte werkzaamheden van invloed is op de tijd besteed aan het afronden van het spreekuur. Vierentwintig procent van de praktijken verricht slechts één activiteit, 42% 2 activiteiten, 24% 3 activiteiten en 10% van de praktijken verricht 4 activiteiten of meer ter afronding van het spreekuur. Ook nu zijn er geen verschillen tussen het aantal aangegeven afrondende werkzaamheden en de tijd welke hieraan is besteed gedurende de registratie-periode.

Tabel 7.29 Werkzaamheden verricht ter afronding van het spreekuur

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
opbergen zwangerschapskaarten	21 (88%)	26 (93%)	30 (81%)	77 (93%)
invullen dubbel systeem	1 (4%)	3 (11%)	13 (35%)	17 (20%)
post verwerken	1 (4%)	2 (7%)	5 (14%)	8 (10%)
uitslagen inschrijven	6 (25%)	4 (14%)	10 (27%)	20 (24%)
beleidszaken	--	1 (4%)	--	1 (1%)
aanvraagformulieren bloedonderzoek of echoscopie schrijven	8 (33%)	6 (21%)	3 (8%)	17 (20%)
zwangerschapskaarten verder invullen	1 (4%)	1 (4%)	3 (8%)	5 (6%)
partusboek bijwerken	5 (21%)	4 (14%)	2 (5%)	11 (13%)
mondelinge overdracht collega	1 (4%)	2 (7%)	2 (5%)	5 (6%)
opruimen	1 (4%)	--	8 (22%)	9 (11%)
afspraken maken	2 (8%)	6 (21%)	2 (5%)	10 (12%)
verwijsbrieven schrijven	5 (21%)	5 (18%)	6 (16%)	16 (19%)
telefonisch overleg met huisarts, specialist, e.d.	2 (8%)	4 (14%)	8 (22%)	14 (17%)
kopieën maken voor volgend spreekuur	--	1 (4%)	1 (3%)	2 (2%)
overdrachtschrift bijwerken	2 (8%)	3 (11%)	4 (11%)	9 (11%)
nieuwe cliënten inschrijven	6 (25%)	6 (21%)	4 (11%)	16 (19%)
cliënten bellen	--	--	1 (3%)	1 (1%)
echo's invullen	--	--	1 (3%)	1 (1%)
financiële administratie	--	--	1 (3%)	1 (1%)
afwassen	--	--	1 (3%)	1 (1%)
bloedbuizen klaarmaken	--	--	1 (3%)	1 (1%)
bijwerken administratie	--	3 (11%)	2 (5%)	5 (6%)
zwangerschapsverklaringen schrijven	1 (4%)	1 (4%)	--	2 (2%)
spullen klaarzetten om mee te nemen naar andere lokatie	--	--	1 (3%)	1 (1%)
respondenten		24	28	37

Aantal spreekuurbezoeken

Aan verloskundigen is gevraagd om aan te geven hoeveel prenatale bezoeken in hun praktijk gepland worden voor zwangeren. In tabel 7.30 is een overzicht gegeven voor primiparae en multiparae. De gegeven aantallen gelden voor de bezoeken tot aan 40 weken amenorrhoe. Zoals uit de tabel blijkt, plannen verloskundigen gemiddeld voor primipare iets meer bezoeken dan voor multiparae.

Tabel 7.30 Aantal geplande prenatale spreekuurbezoeken tot aan 40 weken amenorrhoe

	aantal spreekuurbezoeken
primiparae	12,8
multiparae	12,4

Na afloop van de huisbezoeken vindt standaard nog één post partum controle plaats, waarvoor de vrouw naar het spreekuur komt. Deze controle vindt plaats tussen de 5 en 10 weken na de baring, met een gemiddelde van ruim 6 weken.

7.2.2 Huisbezoeken c.q. kraamvisites

We beginnen dit hoofdstuk met een beschrijving van de verrichte werkzaamheden ter voorbereiding en afronding van huisbezoeken. Gedurende de registratieperiode is niet expliciet aangegeven hoeveel tijd verloskundigen hieraan besteden. Om deze reden hebben we hen gevraagd een schatting te geven van deze tijd, die wij vervolgens relateren aan het aantal werkzaamheden. We geven een overzicht van de frequentie en

duur van het huisbezoek, en gaan na of dit anders is bij vrouwen die geen kraamzorg hebben. We sluiten af met een overzicht van de samenwerking met de kraamverzorging.

Vorbereiden en administratief afronden van huisbezoek

Verloskundigen verrichten over het algemeen weinig werkzaamheden ter voorbereiding van het huisbezoek (tabel 7.31). Slechts 6% van de verloskundigen geeft aan dat zij bijvoorbeeld het partusverslag lezen voorafgaand aan de huisbezoeken. Vooral bij duo- en groepspraktijken is dit verwonderlijk aangezien de verloskundige die het huisbezoek aflegt niet noodzakelijkerwijs ook de partus heeft begeleid. Mogelijkerwijs is zij via mondelinge overdracht op de hoogte gesteld van het verloop van de partus.

Tabel 7.31 Verrichte werkzaamheden voor de voorbereiding en de administratieve afronding van het huisbezoek

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
Vorbereiding				
- bereid kraamvisites niet voor	8 (29%)	4 (11%)	2 (4%)	14 (13%)
- maak visite-lijst	19 (68%)	29 (83%)	43 (96%)	91 (84%)
- pku-enveloppen invullen	--	1 (3%)	1 (2%)	2 (2%)
- partusverslag lezen	--	1 (3%)	5 (11%)	6 (6%)
- overdrachtschrift lezen	--	1 (3%)	1 (2%)	2 (2%)
- visitetas bijvullen	--	--	1 (2%)	1 (1%)
- recepten uitschrijven	2 (7%)	--	--	2 (2%)
- agenda doorkijken	1 (4%)	1 (3%)	--	2 (2%)
respondenten	28	35	45	108
Administratief afronden:				
Verslag kraamvisites				
- niet op zwangerschapskaart	13 (46%)	18 (51%)	14 (31%)	45 (42%)
- op de zwangerschapskaart	1 (4%)	4 (11%)	12 (27%)	17 (16%)
- alleen bij bijzonderheden op de zwangerschapskaart	12 (43%)	12 (34%)	10 (22%)	34 (32%)
- à terme boekje	--	--	3 (7%)	3 (3%)
- agenda	1 (4%)	1 (3%)	2 (4%)	4 (4%)
- kraamvisitelijst	1 (4%)	--	3 (7%)	4 (4%)
- partusboek	--	--	2 (4%)	2 (2%)
respondenten	28	35	45	108

De meeste verloskundigen maken wel van tevoren een visitelijst. Ook de administratieve afronding van de huisbezoeken vereist niet veel werkzaamheden. Een groot deel van de verloskundigen schrijft standaard geen verslag van de kraamvisites op de zwangerschapskaart en doet dit alleen bij bijzonderheden.

Tabel 7.32 geeft een overzicht van de tijd die verloskundigen inschatten te besteden aan de voorbereiding en aan het administratief afronden van het huisbezoek.

Tabel 7.32 Tijd besteed aan de voorbereiding en administratief afronden van het huisbezoek

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
voorbereidingstijd huisbezoek (min.) ¹	11,2	7,8	11,5	10,0
administratief afronden huisbezoek (min.)	11,0	8,8	13,7	11,7

$F(2, 78) = 4,1, p < 0,05$

Gemiddeld schatten verloskundigen 10 minuten te besteden aan het voorbereiden van het huisbezoek. Verloskundigen werkzaam in duopraktijken denken minder tijd te besteden aan de voorbereiding dan solo- en groepspraktijken. Het aantal voorbereidende werkzaamheden is niet van invloed op de tijd besteed aan de voorbereiding van het huisbezoek. Geen significante verschillen zijn er tussen de praktijkvormen in de tijd besteed aan het administratief afronden van het spreekuur.

Frequentie en duur huisbezoek

Zoals blijkt uit tabel 7.33 is de gemiddelde geplande tijd voor een huisbezoek 16,6 minuten. Er zijn geen verschillen tussen de diverse praktijkvormen. Deze geschatte tijd is korter dan de werkelijk geregistreerde tijd van 20,8 minuten gemiddeld (zie hoofdstuk 5.3.1).

Het aantal huisbezoeken dat wordt afgelegd is verschillend voor primi- en multiparae. Verloskundigen leggen bij primiparae iets meer bezoeken af dan bij multiparae: 6,1 tegenover 5,7. Er zijn hierbij geen significante verschillen tussen praktijkvormen.

Tabel 7.33 Frequentie en duur van het huisbezoek

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
geplande gemiddelde tijd per kraamvisite (min.)	15,8	17,3	16,8	16,7
aantal huisbezoeken				
- primiparae	6,2	6,2	5,9	6,1
- multiparae	5,5	5,5	6,0	5,7

Huisbezoeken bij vrouwen zonder kraamzorg

Meer dan de helft van de verloskundigen geven aan dat zij meer huisbezoeken afleggen indien de kraamvrouw geen kraamzorg heeft (tabel 7.34). Verloskundigen geven ook aan dat deze huisbezoeken gemiddeld 13 minuten langer duren. Hier zijn geen verschillen gevonden tussen de verschillende praktijkvormen. Het registratie-onderzoek laat zien dat huisbezoeken bij kraamvrouwen zonder kraamzorg inderdaad langer duren. Het verschil is in werkelijkheid echter minder, namelijk 2 minuten per huisbezoek.

Tabel 7.34 Frequentie en duur van huisbezoek bij vrouwen zonder kraamzorg

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
aantal praktijken dat aangeeft extra bezoeken te doen als kraamvrouw geen kraamzorg heeft				
- nee	12 (48%)	13 (45%)	18 (45%)	43 (46%)
- 1x extra	6 (24%)	7 (24%)	10 (25%)	23 (25%)
- 2x extra	5 (20%)	7 (24%)	9 (23%)	21 (22%)
- 3x extra	2 (8%)	2 (7%)	3 (7%)	7 (7%)
totaal	25 (100%)	29 (100%)	40 (100%)	394 (100%)
tijd per bezoek extra indien kraamvrouw geen kraamzorg heeft (min.)				
	15,6	10,6	14,1	13,4

Samenwerking met de kraamverzorging

De verloskundige werkt niet alleen tijdens de partus samen met de kraamverzorging, maar ook tijdens de postnatale periode. Gemiddeld hebben verloskundigen in hun praktijkgebied met zo'n 70 kraamverzorgenden te maken. Dit verschilt niet significant naar urbanisatiegraad. Tabel 7.35 geeft een overzicht.

Tabel 7.35 Aantal kraamverzorgenden in het praktijkgebied van verloskundige praktijken ingedeeld naar regio

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	totaal
aantal kraamverzorgenden	61,1	72,3	85,6	55,0	70,2

De samenwerking met de kraamverzorging wordt over het algemeen als goed ervaren in tegenstelling tot de samenwerking met de leiding van het kraamcentrum. Deze laat iets vaker te wensen over (zie tabel 7.36).

Tabel 7.36 Samenwerking met kraamverzorging en kraamcentrum

	slecht	matig	goed	totaal
Samenwerking met kraamverzorgenden	–	14 (13%)	94 (87%)	108 (100%)
Samenwerking met leiding kraamcentrum	7 (7%)	39 (36%)	62 (57%)	108 (100%)

Aan verloskundigen is gevraagd hun voorkeur uit te spreken voor het kraamcentrum of particulier bureau. Zoals blijkt uit tabel 7.37 prefereren de meeste verloskundigen het kraamcentrum boven een particulier bureau.

Tabel 7.37 Prefereert u het kraamcentrum of een particulier bureau?

particulier bureau	15 (14%)
kraamcentrum	49 (46%)
maakt niet uit	42 (39%)
totaal	106 (100%)

7.2.3 Partus

In dit hoofdstuk gaan we na hoe verloskundigen staan ten opzichte van kraamzorg gedurende de partus. Vervolgens bespreken we wat de mening is van verloskundigen over de bevallingslokatie: thuis of poliklinisch. We relateren deze mening aan het percentage thuisbevallingen, het aantal inschrijvingen en bevallingen in de praktijk, praktijkvorm en urbanisatiegraad. We besluiten dit hoofdstuk met een integrerende analyse, waarbij we nagaan welke van deze variabelen de meeste invloed uitoefenen op het percentage thuisbevallingen in de praktijk.

Kraamzorg gedurende de partus

Indien een zwangere vrouw thuis wil bevallen bestaat de mogelijkheid om gedurende bevalling en de 10 dagen post partum ondersteuning van de kraamzorg te ontvangen. Verloskundigen hebben aangegeven in hoeverre zij er op staan dat een zwangere kraamzorg aanvraagt als zij thuis wil bevallen. Uit tabel 7.38 blijkt dat de meeste verloskundigen de aanwezigheid van kraamzorg wel een voorwaarde vinden voor een thuisbevalling of zij raden dit in ieder geval ten sterkste aan. Uit de tabel blijkt eveneens dat de meeste verloskundigen (85%) tevreden zijn over de ondersteuning van kraamzorg bij de partus.

Tabel 7.38 Ondersteuning van kraamzorg bij de partus

	aantal spreekuurbezoeken	
Staat u erop dat bij een thuisbevalling kraamzorg wordt geregeld?		
- nee	--	(0%)
- het maakt me niet uit, als er maar partus-assistentie is	8	(7%)
- nee, maar ik raad het wel sterk aan	24	(22%)
- ja, namelijk wijkzorg of interne kraamzorg of 5-uurszorg of particuliere kraamzorg	76	(71%)
totaal	108	(100%)
Levert de kraamzorg voldoende ondersteuning bij bevallingen?		
- absoluut niet	2	(2%)
- matig	14	(13%)
- voldoende	79	(73%)
- uitstekend	13	(12%)
totaal	108	(100%)

Tabel 7.39 laat zien hoe lang voor de verwachte geboorte van de baby gemiddeld een kraamverzorgster wordt opgeroepen en in hoeveel gevallen de kraamverzorging te laat komt. Aangezien het is te verwachten dat er hierbij regionale verschillen zijn, is een verdeling naar urbanisatiegraad gemaakt.

Tabel 7.39 De kraamverzorgster en de geboorte van de baby

	ruraal	suburbaan	urbaan	grote stad	totaal
Hoe lang voor verwachte geboorte kraamverzorgster gewaarschuwd (min.)?	60,3	74,0	66,9	75,5	68,6
Bevallingen waarbij geen kraamverzorging aanwezig is doordat zij te laat arriveert (%)	18,8	19,8	22,0	13,3	19,0

Gemiddeld waarschuwt de verloskundige een kraamverzorgster zo'n 70 minuten voor de verwachte geboorte. De kraamverzorgster is in 19% van de gevallen te laat. Hoewel er enige verschillen zijn tussen de regio's zijn deze niet significant.

Mening over de plaats van bevallen

Er is gepeild bij verloskundigen wat hun mening is over de plaats van bevallen. Hiervoor zijn 2 verschillende schalen gebruikt: attitude en risico-schatting. Deze twee schalen zijn afkomstig uit het onderzoek van Wieggers et al. [9, 20]. De items en de gemiddelde scores zijn aangegeven in tabel 7.40.

Tabel 7.40 Mening over de plaats van bevallen

	gemiddelde score (95% betrouwbaarheidsinterval)	
Attitude		
Wilt u aangeven voor welke bevallingslocatie u het onderstaande het meest van toepassing vindt?		
- verloskundige vriendelijk	0,49	(0,27 - 0,71)
- cliënte-vriendelijk	1,32	(1,16 - 1,48)
- kind-vriendelijk	1,36	(1,20 - 1,52)
- veilig bij complicaties	-0,29	(-0,47 - -0,11)
- efficiënte zorg	0,47	(0,29 - 0,65)
- geschikte plaats om te bevallen	1,13	(0,95 - 1,31)
- hygiënisch	1,22	(1,04 - 1,40)
Risico-schatting		
Waar raadt u een vrouw aan om te bevallen in ondergenoemde situaties? ¹		
- primipariteit	1,67	(1,49 - 1,85)
- huisvesting, vier hoog zonder lift	0,50	(0,24 - 0,76)
- geen stromend water vlakbij de slaapkamer	1,37	(1,19 - 1,55)
- taalbarrière	1,25	(1,03 - 1,47)
- teveel mensen wonen in een huis	0,51	(0,23 - 0,79)
- zwangere is zeer angstig voor de bevalling	0,49	(0,21 - 0,77)
- zwangere heeft weinig zelfvertrouwen	0,93	(0,69 - 1,17)
- geen kraamhulp thuis	0,01	(-0,31 - 0,33)

Score > 0: bij de betreffende uitspraak heeft een thuisbevalling de voorkeur

Score < 0: bij de betreffende uitspraak heeft een poliklinische bevalling de voorkeur

Score 0: er is geen voorkeur voor een poliklinische of thuisbevalling

¹ De formulering van deze vraag is in de vragenlijst: 'In hoeverre is het onderstaande een reden om een poliklinische bevalling aan te raden?' Aangezien de antwoorden op deze vraag zijn gehercodeerd, is voor het goede begrip van de lezers de vraag voor het huidige doel iets anders verwoord.

De scores op de verschillende items zijn bij elkaar opgeteld om een totaal-score te verkrijgen (tabel 7.41). De minimale score op de attitude-schaal is -14, de maximale score +14. Hoe hoger de score, hoe positiever men is over thuisbevallen. De minimale score op de risico-inschattingsschaal is -16, de maximale score is +16. Ook hier geldt dat hoe hoger de score, hoe positiever men over thuis bevallen denkt. De interne consistentie van de schalen is voldoende: Cronbach's $\alpha=0,76$ en $0,83$ respectievelijk.

Vervolgens is nagegaan in hoeverre de scores op deze schalen verschillen tussen de verloskundigen onderverdeeld naar praktijkvorm en urbanisatiegraad. Tabel 7.41 laat zien dat zowel voor de attitude- als de risico-inschattingsschaal solo-werkende verloskundigen minder positief zijn over de thuisbevalling dan collega's in duo- en groepspraktijken. Er zijn geen verschillen tussen verloskundigen werkzaam in de verschillende gebieden van Nederland, ingedeeld naar urbanisatiegraad. De tabel laat eveneens zien, dat het percentage thuisbevallingen rond de 60% ligt bij de deelnemende praktijken en niet verschilt tussen de verschillende praktijkvormen, maar wel tussen de verschillende regio's. Verloskundigen werkzaam in de grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag) begeleiden beduidend minder bevallingen in de thuissituatie. De mening van verloskundigen werkzaam in de verschillende praktijkvormen of regio's omtrent de plaats van bevallen vertaalt zich dus niet direct in meer of minder thuisbevallingen.

Tabel 7.41 Overzicht van de scores op de attitude en risico-inschattingsschaal onderverdeeld naar praktijkvorm en urbanisatiegraad.

	attitude	risico-inschatting	% thuisbevallingen
Praktijkvorm			
solopraktijken	3,8	2,6	59
duopraktijken	6,8	8,8	63
groepspraktijken	6,0 ²	7,6 ¹	58
Urbanisatiegraad			
ruraal	6,5	7,6	70
suburbaan	5,7	6,6	63
urbaan	4,5	5,8	62
grote stad	6,6	7,7	37 ¹
Gemiddeld	5,6	6,7	60

1 $p < 0,01$

2 $p < 0,05$

Vervolgens is berekend in hoeverre cijfers omtrent praktijkgrootte gerelateerd zijn aan meningen over de plaats van bevallen (tabel 7.42). Als maten voor de praktijkgrootte zijn het aantal inschrijvingen en het aantal begeleide partus per verloskundige in een jaar gebruikt.

Tabel 7.42 Correlaties tussen de mening t.a.v. de plaats van bevallen, praktijkgrootte en het percentage thuisbevallingen

	attitude	risico- inschatting
% thuisbevallingen in de praktijk	0,39 ¹	0,26 ¹
aantal inschrijvingen <u>per verloskundige</u>	-0,18	-0,29 ¹
aantal partus <u>per verloskundige</u>	-0,30 ¹	-0,29 ¹

¹ $p < 0,01$

De correlaties geven aan dat verloskundigen met een positievere attitude ten opzichte van thuisbevallingen een hoger percentage thuisbevallingen begeleiden. Hetzelfde geldt voor de risico-inschattingsschaal. Verloskundigen die bij de genoemde items uit de risico-inschattingsschaal vaker de voorkeur geven aan een thuisbevalling begeleiden ook inderdaad meer thuisbevallingen.

Praktijkgrootte, geoperationaliseerd als het aantal inschrijvingen en het aantal begeleide partus in de praktijk *per verloskundige* is eveneens gerelateerd aan de genoemde maten. Hoe minder inschrijvingen en partus per jaar per verloskundige hoe vaker verloskundigen bij de genoemde items op de risico-inschattingsschaal de voorkeur geven aan de thuisbevalling. De attitude ten opzichte van de thuisbevalling is gerelateerd aan het aantal begeleide partus: hoe minder partus hoe positiever men is.

Uit de verrichte analyses blijkt dat de mening van verloskundigen omtrent de plaats van bevallen van invloed is op het percentage thuisbevallingen. Echter de gevonden correlaties komen niet altijd geheel overeen. Bijvoorbeeld: verloskundigen in groepspraktijken staan positiever tegenover de thuisbevalling, maar begeleiden niet meer thuisbevallingen dan solowerkende verloskundigen. Om nu vast te stellen welke van de gebruikte variabelen uiteindelijk de meeste invloed hebben op het percentage thuisbevallingen is een multipale regressie-analyse uitgevoerd. Met een dergelijke analyse trachten we variabelen te vinden die tezamen de verschillen tussen verloskundigen kunnen verklaren in het percentage thuisbevallingen. Een perfect verklaringsmodel zou 100% kunnen verklaren. Dit komt maar zelden voor. Ook het door ons gevonden model verklaart niet 100% van de verschillen. In tabel 7.43 zijn de verschillende variabelen aangegeven welke in het model zijn ingevoerd. Urbanisatie-graad, attitude en de risico-inschattingsschaal verklaren tezamen 37% van de variantie in het percentage thuisbevallingen. Het percentage thuisbevallingen neemt af bij een toenemende urbanisatie en verloskundigen die meer pro-thuisbevalling zijn begeleiden ook inderdaad meer thuisbevallingen. Praktijkvorm, praktijkgrootte (berekend per verloskundige) en het aantal gewerkte uren per week blijken uiteindelijk niet van invloed te zijn.

Tabel 7.43 Resultaten van een multi-pele regressie-analyse met het percentage thuisbevallingen als de te verklaren variabele

	beta
praktijkvorm	-0,06
urbanisatiegraad	-0,43 ¹
aantal partus per verloskundige	-0,16
gewerkte uren per week	0,11
attitude	0,19 ²
risico-inschatting	0,20 ²

1 $p < 0,01$

2 $p < 0,05$

Uit de wijze waarop is getracht verschillen tussen praktijken in percentages thuisbevallingen te verklaren, zou men het idee kunnen krijgen dat de verloskundige degene is die de plaats van bevalling vaststelt. Hoewel de verloskundige wel enige invloed kan uitoefenen op de gekozen plaats van de bevalling, is de keus bij een normale bevalling uiteraard aan de cliënte. Dit verklaart ook waarom we met het door ons gekozen verklaringsmodel slechts 37% van de verschillen tussen verloskundigen voor wat betreft het percentage begeleide thuisbevallingen konden verklaren. Meer inzicht in de factoren die van invloed zijn op de keuze van de bevallingslokatie geeft het onderzoek van Wiegers et al. [20].

7.2.4 Overleg

Dit hoofdstuk inventariseert het overleg dat verloskundigen voeren met zowel collega's als andere disciplines. We gaan eerst na hoeveel van de deelnemende verloskundigen deelnemen aan een verloskundige samenwerkingsverband. Vervolgens geven we een overzicht van de frequentie van gestructureerd overleg met andere disciplines. We bespreken in hoeverre verloskundigen participeren aan intercollegiaal overleg en waar dit plaats vindt. Het hoofdstuk sluit af met de frequentie van overdracht en ander werkoverleg en de tevredenheid met de communicatie binnen de praktijk.

Verloskundige Samenwerkingsverband (VSV)

In verschillende regio's in Nederland zijn de laatste jaren zogenaamde verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand gekomen. Hierin werken verschillende disciplines die zich bezig houden met de verloskundige zorg samen. De omvang van deze VSV's zijn lokaal nogal verschillend. Mogelijke deelnemers zijn bijvoorbeeld verloskundigen, gynaecologen, huisartsen, kraamverzorging, kraamafdeling van het ziekenhuis en kinderartsen. Dertien procent van de aan dit onderzoek deelnemende praktijken geeft op dat zij tot een VSV behoren: 4 solo-, 4 duo- en 6 groepspraktijken. Niemand van hen vindt dat de samenwerking sinds de totstandkoming van de VSV met de gynaecologen is verslechterd. De meesten van hen (70%) vindt dat de samenwerking door het VSV ook inderdaad is verbeterd. De overigen vinden dat deze hetzelfde is gebleven sinds de totstandkoming van het VSV.

Overleg met andere disciplines

Verloskundigen voeren gestructureerd, d.w.z. van tevoren gepland overleg met andere disciplines (tabel 7.44).

Tabel 7.44 Aantal keren per jaar gestructureerd overleg met andere disciplines. Tussen haakjes percentage van het aantal betreffende praktijken

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
gynaecologen	10,2 (79%)	8,6 (77%)	8,6 (89%)	9,0 (82%)
huisartsen ¹	7,5 (29%)	3,0 (40%)	1,9 (44%)	3,3 (39%)
wijkverpleegkundigen	4,0 (14%)	8,3 (26%)	1,7 (27%)	4,4 (23%)
leiding kraamcentrum	2,1 (79%)	1,8 (86)	2,2 (84%)	2,1 (83%)
begeleiders zwangerschapsgym, -yoga, e.d.	1,5 (14%)	1,2 (26%)	1,9 (33%)	1,6 (26%)
kinderartsen	5,3 (43%)	6,8 (31%)	3,0 (38%)	4,8 (40%)
hoofd afd. obstetrie	3,5 (29%)	4,7 (26%)	3,8 (29%)	4,0 (28%)
respondenten	28	35	45	108

¹ F(2, 41) = 4,1, p < 0,05

Tweëntachtig procent van praktijken hebben gestructureerd overleg met gynaecologen. Niet alleen hebben de meeste verloskundigen overleg met gynaecologen, ook de frequentie van dit overleg is het hoogst: gemiddeld 9 keer per jaar. Opvallend is dat iets minder solo-werkende verloskundigen gestructureerd overleg hebben met huisartsen dan verloskundigen uit duo- en groepspraktijken, maar dat degenen die dit overleg wel voeren dit met een hogere frequentie doen.

Er is nagegaan hoe verloskundigen het overleg met gynaecologen evalueren. Op een 5-puntsschaal konden zij aangeven in hoeverre zij het met de genoemde formulering eens waren. Tabel 7.45 geeft een overzicht van de resultaten. Voor de berekening van de som-score zijn de resultaten op de 4 uitspraken bij elkaar opgeteld. De scores op de uitspraak 'paternalistisch' zijn voor dit doel gehercodeerd.

Tabel 7.45 Hoe ervaren verloskundigen in het algemeen de samenwerking met gynaecologen?

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
prettig	3,9	3,5	3,4	3,6
leerzaam	3,3	3,2	3,1	3,2
constructief	3,7	3,0	3,4	3,3
paternalistisch	2,1	2,6	2,7	2,6
totaalscore	12,8	12,4	12,6	12,6

Legenda:

Scores zijn een continuüm waarbij

score = 1: men is het helemaal niet eens zijn met de uitspraak

score = 3: neutraal

score = 5: men schaart zich volledig achter het gezegde

Over het algemeen beoordelen de verloskundigen de samenwerking met gynaecologen als positief: de gemiddelde scores zijn iets hoger dan 3 voor de eerste drie uitspraken, hetgeen aangeeft dat men het gemiddeld genomen eens is met deze uitspraken. De scores op de uitspraak 'paternalistisch' liggen onder de 3 hetgeen betekent dat men gemiddeld genomen de samenwerking niet als dusdanig ervaart. Er zijn geen significante verschillen tussen praktijkvormen omtrent de mening over de kwaliteit van de samenwerking met gynaecologen.

Om na te gaan in hoeverre de frequentie waarin men gestructureerd overleg heeft met gynaecologen gerelateerd is aan de wijze waarop men de samenwerking evalueert, is een correlatie-analyse uitgevoerd. Er blijkt geen verband te zijn tussen deze twee variabelen ($r=0,16$, n.s.)

Intercollegiale toetsing

Bijna de helft van de verloskundigen (45%) geeft aan dat zij meedoen aan één of andere vorm van intercollegiale toetsing. Hiervan geeft ruim 40% op dat deze met name plaats vindt in de verloskundige kring. Voor met name solopraktijken is dit de enige plaats waar de toetsing plaats vindt. Ook worden de resultaten besproken met eventuele collega's in de praktijk.

Onder intercollegiale toetsing wordt in dit verband verstaan het bespreken van een casus, waarbij het verloskundig beleid ter discussie wordt gesteld. Volgens de NOV is intercollegiale toetsing op de verloskundige kringen nog in ontwikkeling. Gezien de antwoorden is het dus mogelijk dat deze vraag door verloskundigen anders is geïnterpreteerd dan de onderzoekers voor ogen hadden.

Tabel 7.46 Intercollegiale toetsing

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
doet u mee aan intercollegiale toetsing?				
- ja	11 (39%)	19 (54%)	23 (51%)	53 (49%)
- nee	16 (57%)	16 (46%)	20 (44%)	52 (48%)
- geen antwoord	1 (4%)	--	2 (5%)	3 (3)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)
waar vindt intercollegiale toetsing plaats?				
- binnen de 'kring'	10 (91%)	5 (31%)	2 (10%)	22 (42%)
- met collega's binnen de praktijk		2 (13%)	5 (25%)	7 (13%)
- zowel binnen de 'kring' als met collega's in de praktijk	1 (9%)	8 (50%)	11 (55%)	20 (39%)
- anders		1 (6%)	2 (10%)	3 (6%)
totaal	11 (100%)	16 (100%)	20 (100%)	52 (100%)

Overdracht

Zodra er meerdere verloskundigen werkzaam zijn in een praktijk, is het voor de voortgang van het werk belangrijk dat er regelmatig overleg en overdracht van het werk plaatsvindt. Verloskundigen hebben de frequentie aangegeven waarmee zij werkoverleg hebben en overdracht na de partusdienst (tabel 7.47). De frequentie is bij solopraktijken hebben uiteraard lager, doch ook zij hebben regelmatig overdracht en overleg met bijvoorbeeld buurpraktijken en/of waarnemers. Groepspraktijken hebben per 4 weken gemiddeld zo'n 14 keer overdracht van dienst, terwijl duopraktijken dit 8 keer en solopraktijken 4 keer hebben. Werkoverleg (niet zijnde overdracht na partusdienst) vindt

bij solo-werkende verloskundigen gemiddeld 1 keer per jaar plaats, terwijl dit bij verloskundigen werkzaam in zowel duo- als groepspraktijken zo'n 30 keer per jaar is. Verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken schatten dan ook in hier gemiddeld meer tijd aan te besteden dan solo-werkende verloskundigen. De tijd die praktijken besteden aan overdracht is niet gerelateerd aan de praktijkgrootte. Dit wil zeggen dat praktijken met veel inschrijvingen net zoveel tijd besteden aan overdracht dan praktijken met relatief weinig inschrijvingen.

Tevredenheid met de communicatie

Bij groter wordende praktijken neemt voor een goed functioneren de informatie-overdracht een steeds belangrijker plaats in (tabel 7.48). Over het algemeen zijn verloskundigen tevreden over de communicatie binnen de praktijk. Slechts 2 praktijken (2%) geven aan dat zij ontevreden zijn. Bij 20% van de praktijken zou de communicatie wel beter kunnen. Het gaat hier met name om groepspraktijken.

Tabel 7.47 Frequentie en tijdsduur van overleg (percentage responderende praktijken tussen haakjes)

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
Overdracht na partusdienst				
binnen de praktijk				
- frequentie (per 4 wkn.) ¹	4,0 (21%)	7,8 (94%)	13,8 (100%)	10,8 (78%)
- bestede tijd (min. per 4 wkn.) ²	93 (18%)	274 (91%)	469 (100%)	368 (74%)
waarnemende praktijken c.q. verloskundigen				
- frequentie (per 6 mnd.)	15,1 (64%)	3,0 (17%)	11,8 (11%)	12,0 (27%)
Ander werkoverleg				
frequentie werkoverleg (per jaar)	1,0 (11%)	34,6 (40%)	32,0 (89%)	48,5 (53%)
bestede tijd (min. per jaar)	59 (7%)	213 (40%)	269 (82%)	246 (49%)
totale tijd besteed aan overdracht en werkoverleg met collega's (per 4 wkn.) ³				
	97 (21%)	346 (97%)	670 (100%)	500 (79%)

1 (F2, 83) = 14,6, p < 0,01

2 F(2, 79) = 8,5, p < 0,01

3 F(2, 84) = 10,0, p < 0,01

Tabel 7.48 Tevredenheid met de communicatie binnen de praktijk

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
niet tevreden	1 (6%)	–	1 (3%)	2 (2%)
het kon beter	3 (17%)	2 (6%)	15 (33%)	20 (20%)
tevreden	14 (78%)	33 (94%)	29 (64%)	76 (78%)
totaal	18 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	98 (100%)

7.2.5 Administratie

Voor de verloskundige praktijkvoering is een goede administratie onontbeerlijk. In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens de cliëntenadministratie, partusadministratie, financiële administratie en het verloskundig jaarverslag. Waar dit relevant is, leggen we een verband met het tijdsregistratiegegevens. We besluiten het hoofdstuk met een beschrijving van het functioneren van en satisfactie met de administratieve organisatie.

Cliënten-administratie

Verloskundigen gebruiken verschillende systemen naast elkaar voor het bijhouden van de cliënte-gegevens. Tabel 7.49 geeft hiervan een overzicht. Om vast te stellen hoeveel procent van de praktijken welk systeem gebruikt zijn de getallen in de tabel gepercentreerd op het aantal responderende praktijken.

Slechts 26% van de praktijken geeft aan dat zij gebruik maken van de computer voor het bijhouden van de cliënten-administratie. Naast de computer gebruiken zij echter toch vaak ook nog andere systemen. Vierennegentig procent van alle praktijken gebruikt de zwangerschapskaarten met rode band. Ook het à terme boek wordt door de meeste verloskundigen gebruikt (64%).

Tabel 7.50 geeft een overzicht van het aantal systemen dat verloskundigen gebruiken onderverdeeld naar praktijkvorm.

Tabel 7.49 Overzicht van systemen welke de praktijk gebruikt voor het bijhouden van cliëntengegevens

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
computer	2 (7%)	11 (31%)	15 (33%)	28 (26%)
zwangerschapskaarten (rode band)	26 (93%)	34 (97%)	42 (93%)	102 (94%)
à terme boek waarin ook de partusverslagen	2 (7%)	3 (9%)	6 (13%)	11 (10%)
à terme boek	18 (64%)	21 (60%)	30 (67%)	69 (64%)
partusverslagen-boek	7 (25%)	7 (20%)	10 (22%)	24 (22%)
boek met overzicht nieuwe en herhaalde				
herhaalde inschrijvingen	8 (29%)	13 (37%)	16 (36%)	37 (34%)
dubbel kaartstelsysteem	5 (18%)	14 (40%)	24 (53%)	43 (40%)
boek met bijzonderheden t.b.v.				
de overdracht van de dienst	4 (14%)	6 (17%)	19 (42%)	29 (27%)
kraamvisiteelijst c.q. agenda	--	1 (3%)	1 (2%)	2 (2%)
anders	1 (4%)	2 (6%)	4 (9%)	7 (6%)
respondenten	28	35	45	108

Tabel 7.50 Overzicht aantal administratieve systemen

aantal systemen	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
2	12 (43%)	10 (29%)	8 (18%)	30 (28%)
3	13 (46%)	10 (29%)	15 (33%)	38 (35%)
4	2 (7%)	10 (29%)	7 (16%)	19 (18%)
5	1 (4%)	5 (13%)	15 (33%)	21 (19%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)

Het aantal systemen dat gebruikt wordt, neemt toe wanneer er meer verloskundigen in een praktijk werkzaam zijn. Zo gebruikt 50% van de groepspraktijken 4 of meer verschillende systemen.

Vervolgens zijn we nagegaan in hoeverre het aantal administratieve systemen dat een praktijk voert van invloed is op de gewerkte tijd, zoals deze is genoteerd gedurende de registratie-periode. Er zijn 3 verschillende maten gebruikt: de tijd besteed aan administratie, de voorbereidingstijd voor het spreekuur en de opruimtijd na afloop van het

spreekuur. Het aantal gebruikte systemen is niet aantoonbaar van invloed op deze tijden.

Partus-administratie

Vergelijkbare analyses zijn uitgevoerd voor de partus-administratie (tabel 7.51). Ook hier is in de tabel geperceenteerd op het aantal respondenten.

Zo'n 80% van de verloskundigen registreert het partusverslag op de LVR-formulieren, terwijl zo'n 64% dit vermeldt op de zwangerschapskaart.

Vergelijkbaar aan de cliënten-administratie zijn er ook nu verloskundigen die het partusverslag op meerdere plaatsen noteren (zie tabel 7.52).

Tabel 7.51 Overzicht van systemen welke de praktijk gebruikt voor het noteren van het partusverslag

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
zwangerschapskaart	18 (64%)	23 (66%)	28 (64%)	69 (64%)
partusverslagen boek	7 (25%)	5 (14%)	17 (39%)	29 (27%)
LVR-formulier	20 (71%)	32 (91%)	34 (77%)	86 (80%)
registratie ziekenhuis	--	--	1 (2%)	1 (1%)
overdrachtschrift	--	1 (3%)	1 (2%)	2 (2%)
gele formulieren GHI	3 (11%)	2 (6%)	3 (7%)	8 (7%)
computer	1 (4%)	--	--	1 (1%)
dubbelsysteem	--	1 (3%)	3 (7%)	4 (4%)
kraambezoekboekje	--	--	1 (2%)	1 (1%)
overdracht huisarts	--	--	2 (5%)	2 (2%)
kaart voor cliënte	1 (4%)	--	1 (2%)	2 (2%)
respondenten	28	35	44	107

Tabel 7.52 Overzicht aantal gebruikte systemen voor het partusverslag

aantal systemen	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
1	6 (21%)	11 (31%)	8 (18%)	25 (23%)
2	17 (61%)	20 (57%)	25 (57%)	62 (58%)
3 of meer	5 (18%)	4 (12%)	11 (25%)	20 (19%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	44 (100%)	107 (100%)

lets minder dan 20% van de verloskundigen gebruikt 3 of meer systemen om het partusverslag vast te leggen. Verloskundigen in groepspraktijken blijken ook nu weer frequenter 3 of meer administratieve systemen te gebruiken in vergelijking met solo- en duopraktijken.

Er is nu eveneens weer nagegaan in hoeverre het aantal gebruikte systemen van invloed is op de gewerkte tijd (zie tabel 7.53). De gebruikte maten zijn: de tijd besteed aan de algemene administratie en de administratie post partum.

Tabel 7.53 Aantal administratieve systemen voor het partusverslag gerelateerd aan gewerkte tijd

aantal administratieve systemen	administratie algemeen (min.)	administratie na een partus (min.) ¹
1 of 2	409	15
3 of 4	546	21

¹ $t(113) = -3,23, p < 0,01$

Het aantal toegepaste administratieve systemen is niet significant van invloed op de tijd besteed aan administratie in het algemeen. Dit is ook verklaarbaar, aangezien de meeste verloskundigen de partus-administratie zullen afronden zo spoedig mogelijk post partum. Er is wel een significant verband met het aantal gebruikte systemen en de administratie verricht direct na de partus. Hoe meer systemen, hoe meer tijd besteed aan de administratie post partum.

7.2.6 Financiële administratie

Ook voor de financiële administratie zijn er nog weinig verloskundige praktijken die gebruiken maken van een computer: 15% van de praktijken. De meeste verloskundigen doen dit nog handmatig (tabel 7.54).

Tabel 7.54 Overzicht van gebruikte systemen voor de dagelijkse financiële administratie

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
geautomatiseerd	1 (3%)	8 (23%)	7 (16%)	16 (15%)
handmatig	25 (89%)	25 (71%)	30 (67%)	80 (74%)
beide	3 (11%)	2 (6%)	8 (17%)	13 (11%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)

De financiële administratie wordt niet alleen verricht door verloskundigen zelf. Uit het overzicht in tabel 7.55 blijkt dat echtgenoten en partners veelvuldig bij de financiële administratie zijn ingeschakeld.

Tabel 7.55 Wie doet de dagelijkse financiële administratie?

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
assistente verloskundige(n)	--	--	3 (7%)	3 (3%)
boekhouder/accountant	26 (92%)	27 (79%)	31 (70%)	84 (78%)
verloskundige(n) met boekhouder/accountant	--	--	1 (2%)	1 (1%)
echtgenoot c.q. partner verloskundige(n) met boekhouder/accountant	1 (4%)	2 (6%)	3 (7%)	6 (5%)
echtgenoot c.q. partner assistente met verloskundige(n)	--	4 (12%)	1 (2%)	5 (5%)
echtgenoot c.q. partner	1 (4%)	1 (3%)	3 (7%)	5 (5%)
assistente met verloskundige(n)	--	--	3 (7%)	3 (3%)
totaal	28 (100%)	34 (100%)	45 (100%)	107 (100%)

Aan verloskundigen is gevraagd een schatting te geven van het aantal uren dat per vier weken in de praktijk (dus niet per verloskundige) besteed wordt aan de financiële

administratie. Het gemiddelde is 9 uur per 4 weken, waarbij er geen verschillen zijn tussen de verschillende praktijkvormen. Dit is verrassend, aangezien een groepspraktijk gemiddeld meer cliënten heeft en dus meer financiële administratie moet verrichten. Helaas kon niet worden geanalyseerd in hoeverre automatisering van de financiële administratie van invloed is op de tijd besteed aan de financiële administratie. Van geautomatiseerde praktijken waren hiervoor te weinig gegevens verkregen.

Jaarverslag

Aan verloskundigen is de vraag voorgelegd in hoeverre zij een verloskundig jaarverslag maken van de eigen praktijk. Negenentwintig praktijken, d.i. 27% geeft op dit inderdaad te doen. Zeven van deze praktijken geven op dit jaarverslag met niemand te bespreken. De overigen bespreken dit jaarverslag met collega's in de eigen praktijk en/of in de verloskundige kring en gynaecologen

Functioneren van en satisfactie met de organisatie van de administratie

Het bijhouden van de administratie is voor veel verloskundigen een noodzakelijk kwaad. Aan praktijken is gevraagd een schatting te maken van het aantal uren dat men een achterstand heeft in de administratie. Tabel 7.56 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 7.56 Achterstand in de financiële en cliënten-administratie

	aantal praktijken	tijd (uren)
achterstand in de cliëntenadministratie	13 (29%)	12,5
achterstand in de financiële administratie	12 (27%)	5,8

Ongeveer een kwart van de verloskundigen geeft op dat hun praktijk een achterstand heeft in de cliënten- of financiële administratie. Er zijn hierbij geen verschillen tussen praktijkvormen.

De meeste verloskundigen geven aan dat zij tevreden zijn met de manier waarop de administratie is georganiseerd (tabel 7.57). Toch geeft bijna 40% van de verloskundigen aan dat er wel het één en ander kan worden verbeterd.

Tabel 7.57 Bent u tevreden met de organisatie van de praktijk-administratie?

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	totaal
ja	17 (61%)	23 (66%)	26 (58%)	66 (61%)
kon beter	10 (36%)	10 (29%)	17 (38%)	37 (34%)
nee	1 (3%)	2 (5%)	2 (4%)	5 (5%)
totaal	28 (100%)	35 (100%)	45 (100%)	108 (100%)

Verloskundigen hebben zelf vaak wel een idee waar de problemen zitten en/of hoe zij deze zouden kunnen oplossen. De wens tot automatisering wordt door zo'n 35% van de verloskundigen genoemd. Andere genoemde punten zijn:

- meer systeem aanbrengen of een minder arbeidsintensief systeem
- systeem van ponsplaatjes introduceren
- assistente in dienst nemen
- minder papieren
- betere opslagruimte

- aparte werkkamer voor administratie
- oplossing voor het nalopen van particuliere patiënten in verband met wanbetalingen.

7.3 Conclusie

Tot zover een overzicht van de wijze waarop verloskundigen de praktijk-werkzaamheden organiseren. We hebben hierbij een indeling gemaakt naar algemene organisatorische aspecten en praktijkwerkzaamheden. Waar mogelijk zijn relaties gelegd met de cijfers omtrent de werkdruk zoals deze zijn verzameld gedurende de tijdsregistratieperiode. De wijze waarop werkzaamheden zijn georganiseerd, bleek op een enkel uitzonderingsgeval na, niet gerelateerd te zijn aan de tijd die men hieraan besteedde. Opvallend was het geringe percentage verloskundigen dat gebruik maakt van een computer voor het verrichten van de administratie. Hier lijken zeker mogelijkheden aanwezig te zijn voor een efficiency-verbetering.

8. OMVANG EN REDEN UITTREDEN EN HERINTREDEN

8.1 Inleiding

In het kader van het onderzoek naar de werkbelasting van verloskundigen zal ook gekeken moeten worden naar het aanbod van verloskundigen. Immers, als het aanbod geringer is dan de vraag dan heeft dat ongetwijfeld consequenties voor de werkbelasting van de groep werkzame verloskundigen.

In principe zou dus zowel naar vraag en aanbod gekeken moeten worden. Gezien de doelstelling van dit onderzoek zal de de 'vraag naar verloskundige zorg' buiten beschouwing worden gelaten en zullen wij ons alleen richten op het aanbod.

De belangrijkste factoren die van invloed zijn op het aanbod zijn de instroom en de uitstroom. Voor wat betreft de instroom moeten wij constateren dat in de afgelopen 15 jaar jaarlijks rond 60 verloskundigen de opleiding voltooiden [24]. Vanaf 1993 is de opleidingscapaciteit verhoogd tot 90 eerstejaars; in 1994 vindt een verdere verhoging plaats tot 120 eerstejaars.

Tot op heden is het aanbod van verloskundigen vooral bepaald door de uitstroom, ofwel het uittreden. In dit verband kan gedacht worden aan het neerleggen van de werkzaamheden vanwege de leeftijd, ziekte, ander werk, overlijden e.d. Omtrent het uittreden van verloskundigen heeft nog weinig onderzoek plaatsgevonden; vooral met betrekking tot de redenen die hebben meegespeeld het werk neer te leggen.

Het eerste deel van onderzoeksvraag 5 luidt derhalve:

Wat zijn in de afgelopen periode de ontwikkelingen in het aantal en de kenmerken van uittrekers en wat zijn de belangrijkste redenen voor verloskundigen om de werkzaamheden neer te leggen?

Het aanbod van verloskundigen wordt ook bepaald door het aantal herintreders. Dit zijn verloskundigen die om tal van redenen hun werk tijdelijk hebben neergelegd (zwangerschap, verhuizing, gezinsomstandigheden) om naar verloop van tijd weer als verloskundige aan de slag te gaan. Bijvoorbeeld in een situatie met voldoende 'vraag naar verloskundige zorg' is de kans groot dat verloskundigen weer in het arbeidsproces terugkeren. Over het aantal herintredende verloskundigen bestaan vrijwel geen gegevens, laat staan omtrent de redenen van verloskundigen om weer aan het arbeidsproces deel te nemen.

Het tweede deel van onderzoeksvraag 5 luidt:

Wat zijn in de afgelopen periode de ontwikkelingen in het aantal en de kenmerken van herintreders en wat zijn de belangrijkste redenen voor herintreders om weer aan de slag te gaan?

Alvorens bovengenoemde onderzoeksvragen te beantwoorden zal eerst worden ingegaan op de wijze waarop de gegevens zijn verzameld.

8.2 Gegevensverzameling

Het onderzoek heeft in principe een kwantitatieve (aantal) en een meer kwalitatieve (redenen) invalshoek. Voor het kwantitatieve deel is gebruikgemaakt van gegevens uit de registratie van verloskundigen die op het NIVEL wordt bijgehouden. Voor het beantwoorden van het kwalitatieve deel is in het voorjaar van 1994 een schriftelijke enquête gehouden onder verloskundigen die in de periode 1990-1993 zijn uitgetreden en/of zijn heringetreden.

Voordat beide gegevensverzamelingen nader worden toegelicht zal eerst het begrip 'uittreders' en 'herintreders' worden gedefinieerd.

Onder een 'uittreder' wordt verstaan een verloskundige die de verloskundige werkzaamheden heeft neergelegd (minimaal één jaar), nadat men daarvoor minimaal één jaar onafgebroken als verloskundige werkzaam is geweest.

Onder een 'herintreder' wordt verstaan een verloskundige die met de verloskundige werkzaamheden start, nadat men daarvoor met een tussenperiode van minimaal één jaar onafgebroken **niet** als verloskundige heeft gewerkt alsmede vóór die tussenperiode minimaal één jaar als verloskundige werkzaam is geweest.

8.2.1 Gegevens uit de registratie van verloskundigen

Sinds 1984 beschikt het NIVEL over een registratie van verloskundigen. De gegevens uit deze registratie gaan terug tot 1970. Naast een aantal persoonsgegevens worden ook gegevens geregistreerd over de functie, praktijkvorm, vestigingsdatum, uittreëdatum etc.

Voor het onderzoek naar de uittreders en herintreders hebben wij ons beperkt tot de periode 1980-1991. Over deze periode zijn de gegevens redelijk compleet. Eén en ander houdt in dat, op basis voor eerdergenoemde definiëring, onder uittreders en herintreders wordt verstaan alle verloskundigen die in de periode 1980-1991 respectievelijk met de werkzaamheden (tijdelijk) zijn gestopt danwel zijn gestart.

In het onderzoek zijn, naast de vrijgevestigde verloskundigen, ook de klinisch werkzaam en de vaste waarneemsters meegenomen.

8.2.2 Schriftelijke enquête

Om inzicht te krijgen in de achtergronden van het uittreden en herintreden is in het voorjaar van 1994 een schriftelijke vragenlijst gestuurd naar **alle** verloskundigen (eigen praktijk, klinisch werkzaam, waarneemster) die volgens de verloskundigenregistratie van het NIVEL in de periode 1990-1993 zijn uitgetreden danwel zijn heringetreden.

In totaal zijn 190 uittreders met een schriftelijke enquête aangeschreven. Na één rappel bedroeg de respons 91%. Op basis van de ingevulde enquêtes bleek dat een aantal van hen reeds weer aan het werk was; veelal als waarnemer. Deze groep hebben wij achteraf handmatig toegekend aan de groep herintreders.

Volgens gegevens uit de NIVEL-registratie zouden in de periode 1990-1993 in totaal 72 verloskundigen zijn heringetreden. Deze verloskundigen hebben eveneens een schriftelijke enquête ontvangen. De respons op de herintredersenquête bedroeg na één rappel 83%.

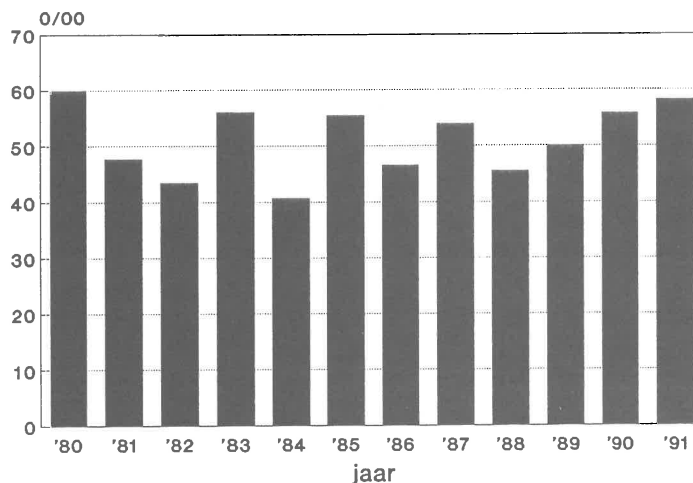
8.3 Uittreden

8.3.1 Aantal

In de periode 1980-1991 hebben in totaal 542 verloskundigen hun werk tijdelijk (minimaal één jaar) of definitief neergelegd. Dit betekent, bij een totaal van 1558 verloskundigen die in de periode 1980-1991 hebben gewerkt, dat één op de drie verloskundigen het beroep definitief of tijdelijk heeft verlaten. Wij hanteren hier de begrippen 'tijdelijk' en 'definitief', omdat wij niet van tevoren weten of iemand definitief het beroep heeft verlaten of dat men later weer zal herintreden. Een deel van de herintreders in de periode 1980-1991 zou na 1991 wel weer eens kunnen herintreden.

In de loop van de jaren tachtig zijn er enige schommelingen in het uittreedcijfer (figuur 8.1). Vanaf 1984 kunnen wij met enige voorzichtigheid concluderen dat het aantal uit-treders jaarlijks toeneemt. Wellicht heeft dit te maken met veranderingen in de be-roepsopvatting van verloskundigen; zeven dagen per week werken tot het pensioen wordt niet meer door iedereen als een gegeven aanvaard.

Figuur 8.1 Uittreedcijfers per jaar in de periode 1980-1991*



* Uittreedcijfer is het aantal uit-treders als promillage van het gemiddeld aantal werkzame verloskundigen.

Als de uittreedcijfers nader worden geanalyseerd, dan blijkt dat van de verloskundigen die in 1980 met de werkzaamheden zijn begonnen circa 35% na 12 jaar niet meer werkzaam is (tabel 8.1). Voor een deel zijn dit verloskundigen die definitief zijn gestopt en voor een deel zijn dat verloskundigen die wellicht later weer in het arbeidsproces zullen terugkeren (herintreders). Uit de tabel blijkt verder dat na vijf jaar bijna 17% is uitgetreden. Daarbij valt op dat van de oudere cohorten (1980-1982) een groter deel na vijf jaar niet meer werkzaam is dan van de jongere cohorten (1986-1988).

Tabel 8.1 Percentage verloskundigen dat gestopt is met de werkzaamheden in de periode 1980-1991 naar startjaar

Startjaar werkzaamheden	Jaren na het startjaar											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1980	3.6	9.1	20.0	23.6	27.3	25.5	29.1	30.9	29.1	32.7	34.5	34.5
1981	-	17.5	22.5	20.0	22.5	22.5	22.5	20.0	22.5	20.0	25.0	
1982	10.0	12.5	15.0	17.5	20.0	22.5	22.5	25.0	25.0	25.0		
1983	11.9	14.3	14.3	14.3	11.9	14.3	21.4	19.0	16.7			
1984	2.9	11.4	14.3	17.1	17.7	22.9	27.1	30.0				
1985	1.7	3.3	5.0	6.7	11.7	15.0	16.7					
1986	5.3	8.8	8.8	14.0	14.0	21.1						
1987	4.1	8.2	8.2	12.3	12.3							
1988	4.8	6.3	9.5	9.5								
1989	2.7	10.8	8.1									
1990	-	4.0										
1991	-											
Totaal	3.4	9.1	11.8	14.6	16.7	20.6	23.5	25.9	23.7	26.7	30.5	34.5

8.3.2 Kenmerken

Leeftijd

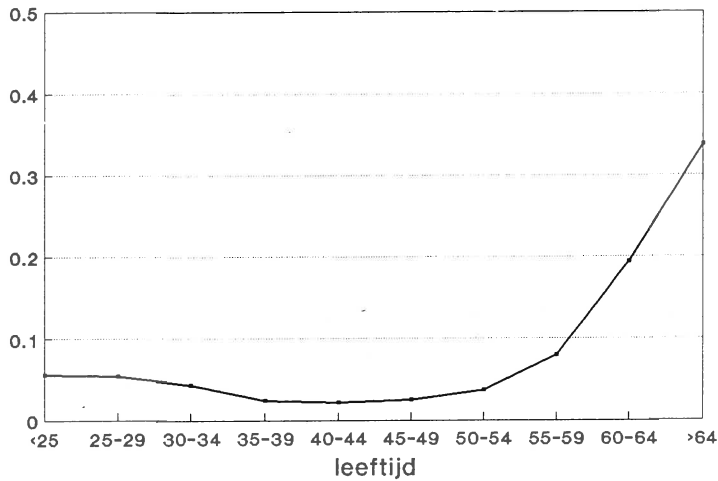
Uit tabel 8.2 blijkt dat een groot deel (26%) van alle uittreeders in de periode 1980-1991 ouder is dan 60 jaar. Voor een deel zijn dit verloskundigen die vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd het werk neerleggen; 9% was 65 jaar of ouder toen men stopte. Ook is een aanzienlijk deel (25%) tamelijk jong (<30 jaar). Voor een deel zal deze groep waarschijnlijk later weer op de arbeidsmarkt verschijnen (herintreders).

Tabel 8.2 Absolute en relatieve leeftijdsverdeling van de uittreeders (op het moment van stoppen) over de periode 1980-1991

	abs	%
< 30 jaar	139	24,6
30-40 jaar	122	21,5
40-50 jaar	55	9,7
50-60 jaar	102	18,0
> 60 jaar	148	26,1
Totaal	566	100,0

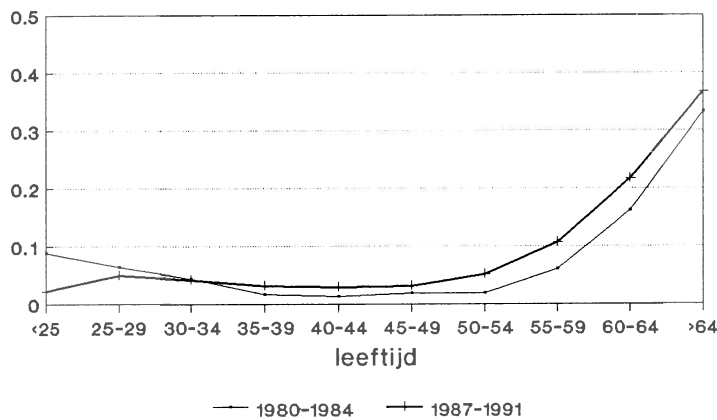
In figuur 8.2 is per leeftijdscategorie in beeld gebracht welke kans verloskundigen hebben om met de werkzaamheden te stoppen. Hieruit blijkt dat vanaf het 30e levensjaar de uittreedkansen langzaam afnemen tot de leeftijdscategorie 40-44 jaar. Vanaf die leeftijd nemen de uittreedkansen weer snel toe, met name na het vijftigste levensjaar.

Figuur 8.2 Uittreedkansen van verloskundigen in de periode 1980-1991 naar leeftijd



De vraag is of de uittreedkansen naar leeftijd over de gehele periode 1980-1991 hetzelfde verloop hebben. Daartoe is een onderscheid gemaakt naar twee uittreedcohorten; dat wil zeggen het cohort 1980-1984 en het cohort 1987-1991 (figuur 8.3). Uit deze figuur blijkt dat van het cohort 1987-1991 voor het merendeel van de leeftijdscategorieën de uittreedkansen hoger liggen dan van het cohort 1980-1984. Dit geldt met name voor de oudere leeftijdscategorieën. Met enige voorzichtigheid kan hieruit worden geconcludeerd dat de uittreedkansen in de loop van de jaren tachtig zijn toegenomen.

Figuur 8.3 Uittreedkansen van verloskundigen in de periode 1980/1984 en in de periode 1987/1991 naar leeftijd



Praktijkvorm

Uit tabel 8.3 blijkt dat in de periode 1980-1991 bijna 75% van alle werkzame verloskundigen werkzaam was in een eigen praktijk; circa 18% werkte in een ziekenhuis en 8% heeft als waarneemster gewerkt. Als wij dit vergelijken met de functie van de uittreeders, dan moeten wij constateren dat onder de uittreeders relatief gezien veel klinisch werkenden voorkomen; een kwart van alle uittreeders in de periode 1980-1991 was werkzaam in een ziekenhuis.

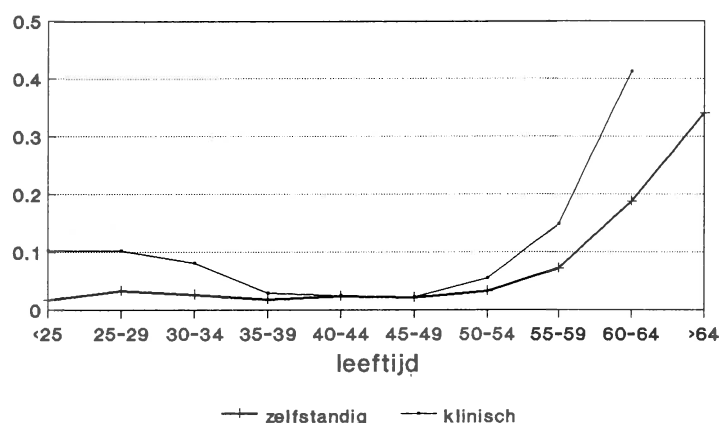
Tabel 8.3 Relatieve verdeling van het aantal werkzame en uittredende verloskundigen naar functie over de periode 1980-1991

	uittreders		werkzaam	
	abs	%	abs	%
Eigen praktijk	360	63,6	1164	74,7
Klinisch werkzaam	144	25,4	276	17,7
Waarneemster	62	11,0	118	7,5
Totaal	566	100,0	1558	100,0

Gekeken naar de leeftijd blijkt dat de uittredende klinisch verloskundigen en de waarneemsters relatief gezien tamelijk jong zijn. Van de klinisch werkzame verloskundigen die gestopt zijn is 46% jonger dan 30 jaar, tegen slechts 12,8% van de uittredende verloskundigen met een eigen praktijk.

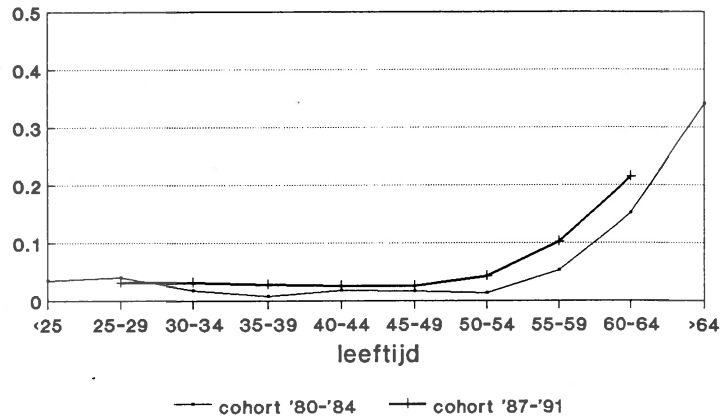
De uittreedkansen voor de klinisch werkende verloskundigen naar leeftijd hebben dan ook een geheel ander verloop dan de uittreedkansen van de verloskundigen met een eigen praktijk (figuur 8.4). Tot de leeftijdscategorie 35-39 jaar liggen de uittreedkansen van de klinisch werkzamen veel hoger dan van de verloskundigen met een eigen praktijk. Tussen de 40 en 50 jaar zijn de verschillen gering. Daarna zijn de uittreedkansen van de klinisch werkzamen weer aanmerkelijk hoger.

Figuur 8.4 Uittreedkansen van verloskundigen in de periode 1980-1991 naar functie en leeftijd

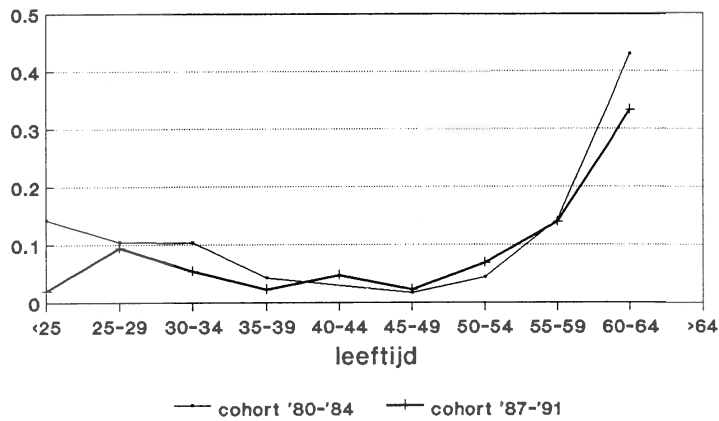


Als vervolgens wordt gekeken of er ook nog verschillen zijn te constateren tussen de uittreedcohorten 1980-1984 en 1987-1991, dan blijkt dat bij de zelfstandig gevestigden de uittreedkansen van het cohort 1987-1991 vrijwel altijd iets hoger te zijn. Dit geldt vooral voor de oudere leeftijdscategorieën (figuur 8.5). Met betrekking tot de klinisch werkzamen zijn er vooral verschillen in de jongste leeftijdsklassen (figuur 8.6). Tot het 40e levensjaar heeft het cohort 1980-1984 hogere uittreedkansen dan het cohort 1987-1991. In het begin van de jaren tachtig lagen bij de klinisch werkzame verloskundigen de uittreedkansen in de jongste leeftijdsklassen veel hoger dan aan het eind van de jaren tachtig.

Figuur 8.5 Uittreedkansen van zelfstandig gevestigde verloskundigen, naar leeftijd en uittreedcohort



Figuur 8.6 Uittreedkansen van klinisch werkzame verloskundigen naar leeftijd en uittreedcohort



Vestigingsduur

Van de verloskundigen die in de periode 1980-1991 hun werk hebben neergelegd heeft 40% meer dan 20 jaar gewerkt (tabel 8.4). Vooral de verloskundigen die op oudere leeftijd (>60 jaar) met werken zijn gestopt hebben in grote getale (58%) meer dan 20 jaar gewerkt. De gemiddelde vestigingsduur bedraagt 19.5 jaar. Opvallend is overigens dat degenen die in het begin van de jaren tachtig zijn gestopt (uittreedcohort 1980-1984) een hogere gemiddelde vestigingsduur (21.5 jaar) hebben dan degenen die hun werk aan het einde van de jaren tachtig hebben neergelegd (18.7 jaar).

Tabel 8.4 Vestigingsduur van verloskundigen die in de periode 1980-1991 zijn uitgetreden naar leeftijd waarop men met het werken is gestopt

Leeftijd	vestigingsduur				Totaal
	< 5 jaar	5-10 jaar	10-20 jaar	> 20 jaar	
< 30 jaar	73,4	42,4	-	-	
30-39 jaar	23,2	45,3	47,4	-	
40-49 jaar	3,4	7,5	23,3	6,7	
50-59 jaar	-	3,8	15,0	35,3	
> 60 jaar	-	0,9	14,1	58,0	
Totaal %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
abs	116 (20,5%)	106 (18,7%)	120 (21,2%)	224 (39,6%)	566 (100,0%)

8.3.3 Redenen om uit te treden

Algemeen

In de schriftelijke enquête aan alle uittrekers in de periode 1990-1993 is gevraagd naar de factoren die een rol hebben gespeeld bij de beslissing om het werk neer te leggen. In totaal kregen de respondenten 26 factoren voorgelegd (tabel 8.5). De factor die het hoogste scoorde was de 'hoge werkdruk'. Bijna 44% van de respondenten gaf te kennen dat de 'hoge werkdruk' heeft meegespeeld bij het besluit om te stoppen. Andere factoren die hoog scoren zijn 'problemen met werken op ongunstige tijden', 'gezondheidsredenen', 'werk had teveel invloed op privéleven'.

Tabel 8.5 Factoren die volgens de uittrekers in de periode 1990-1993 een rol hebben gespeeld bij de beslissing om het werk neer te leggen*

- Hoge werkdruk	2.13
- Problemen met werken op ongunstige tijden ('s nachts e.d.)	2.11
- Gezondheidsredenen	2.04
- Werk had teveel invloed op mijn privéleven	2.01
- Baan en gezin waren niet langer te combineren	1.99
- Cliënten werden steeds veeleisender	1.96
- Leeftijd	1.73
- Kon goede opvolger vinden	1.68
- Problemen met collega-verloskundige(n)	1.61
- Zwangerschap	1.55
- Veel verantwoordelijkheid	1.49
- Ik was toe aan een nieuwe uitdaging	1.44
- Het werk verloor de uitdaging	1.42
- Onmogelijkheid tot het vinden van regelmatige waarneming	1.41
- Partner kreeg baan elders	1.40
- De papieren rompslomp die de praktijk met zich meebracht werd me teveel	1.38
- Kreeg te weinig waardering bij collega-verloskundigen en/of gynaecologen en/of huisartsen	1.32
- Weinig carrièremogelijkheden	1.29
- De praktijk groeide me boven het hoofd	1.27
- Onmogelijkheid tot het vinden van associatie-partner	1.24
- Het werk was eentonig	1.19
- Concurrentie met gynaecologen	1.12
- Ik kon een baan krijgen met betere perspectieven	1.11
- Concurrentie met huisartsen	1.06
- De praktijk was economisch niet rendabel	1.06
- Het was financieel niet noodzakelijk om te werken	1.06

* Het getal betreft een gemiddelde op de 4-puntsschaal, waarbij 4 = heeft belangrijke rol gespeeld en 1 = heeft geen enkele rol gespeeld.

Als vervolgens wordt gevraagd wat de belangrijkste reden is geweest (men mocht maar één reden opgeven), dan blijkt dat het grootste deel (22%) het werk heeft neergelegd om gezondheidsredenen (tabel 8.6). Als tweede meest genoemde reden (14%) is het feit dat baan en gezin niet langer te combineren zijn. Verder blijkt dat zo'n 11% het werk heeft neergelegd vanwege de leeftijd.

Opvallend is dat 'hoge werkdruk' niet zo vaak als belangrijkste reden wordt genoemd (4,7%), terwijl wij eerder hebben kunnen zien dat deze factor in belangrijke mate heeft meegespeeld bij de beslissing om te stoppen.

Bij de interpretatie van bovengenoemde resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat dit betrekking heeft op alle personen die in de periode 1990-1993 zijn uitgetreden, hieronder vallen de 'herintreders', de 'tijdelijke' uittreeders en de 'definitieve' uittreeders. De twee laatstgenoemde groepen verschillen ongetwijfeld in de redenen die hebben meegespeeld om het werk neer te leggen. Om een en ander te verhelderen zal in de volgende analyses beide groepen worden onderscheiden. Onder de 'definitieve' uittreeders verstaan wij de uittreeders die hebben aangegeven in de toekomst niet meer aan de slag te gaan als verloskundige. Onder de 'tijdelijke' uittreeders verstaan wij die uittreeders die zeggen op niet al te lange termijn weer aan de slag te willen of dat nog niet precies weten.

Van de 163 verloskundigen die in de periode 1990-1993 zijn uitgetreden is 22% reeds weer aan het werk; dat zijn de herintreders. Deze groep wordt later in dit hoofdstuk besproken. Verder zijn er 62 'definitieve' uittreeders (40%) en 58 verloskundigen (38%) die weer of wellicht weer aan de slag willen ('tijdelijke uittreeders').

Tabel 8.6 Belangrijkste reden van de uittreeders in de periode 1990-1993 om functie neer te leggen

Reden	abs	%
1. Gezondheidsredenen	33	22,3
2. Baan en gezin niet langer te combineren	20	13,5
3. Leeftijd	16	10,8
4. Partner kreeg andere baan	13	8,8
5. Anders	10	6,8
6. Zwangerschap	9	6,1
7. Problemen met collega's	8	5,4
8. Hoge werkdruk	7	4,7
9. Werken op ongunstige tijden	6	4,1
10. Werk teveel invloed op privéleven	5	3,4
11. Was toe aan nieuwe uitdaging	4	2,7
12. Niet vinden van associatiepartner	4	2,7
13. Werk verloor uitdaging	3	2,0
14. Financieel niet noodzakelijk	3	2,0
15. Veel verantwoordelijkheid	1	0,7
16. Weinig carrièremogelijkheden	1	0,7
17. Concurrentie gynaecologen	1	0,7
18. Niet vinden waarneemster	1	0,7
19. Praktijk groeide boven hoofd	1	0,7
20. Concurrentie met huisarts	1	0,7
21. Kon goede opvolger vinden	1	0,7
Totaal	148*	100,0

* 15 personen hebben deze vraag niet ingevuld.

'Definitieve uittreiders' versus 'tijdelijke uittreiders'

Van de verloskundigen die te kennen hebben gegeven dat zij definitief met de werkzaamheden stoppen is 42% ouder dan 60 jaar. Maar een klein deel (10%) is jonger dan 34 jaar. De 'tijdelijke uittreiders' zijn veel jonger; 49% is jonger dan 34 jaar (tabel 8.7).

Tabel 8.7 Leefstijdsverdeling van 'definitieve uittreiders' en 'tijdelijke uittreiders'

Leeftijd	tijdelijke uittreiders		definitieve uittreiders	
	abs	%	abs	%
< 25 jaar	-	-	-	-
25-29 jaar	10	17,5	3	5,0
30-34 jaar	18	31,6	3	5,0
35-39 jaar	11	19,3	2	3,3
40-49 jaar	10	17,5	6	10,0
50-59 jaar	6	10,5	21	35,0
> 60 jaar	2	3,5	25	41,7
Totaal	57*	100,0	60**	100,0

* 1 onbekend.

** 2 onbekend.

Ook als gekeken wordt naar de burgerlijke staat, dan blijken er opvallend grote verschillen te zijn tussen de beide groepen (tabel 8.8). Van de 'definitieve' uittreiders is bijna 47% alleenwonend, tegen slechts 14% van de 'tijdelijke' uittreiders. De laatste groep is voornamelijk gehuwd en heeft kinderen (67%).

Tabel 8.8 Burgerlijke staat van 'definitieve uittreiders' en de 'tijdelijke uittreiders'

Burgerlijke staat	tijdelijke uittreiders		definitieve uittreiders	
	abs	%	abs	%
Alleenwonend	8	13,8	29	46,8
Samenwonend/gehuwd met partner	11	18,9	12	19,4
Samenwonend/gehuwd met partner en kinderen	39	67,2	15	24,2
Samenwonend met kinderen	-	-	1	1,6
Anders	-	-	5	8,1
Totaal	58	100,0	62	100,0

Van de 'definitieve' uittreiders die een partner hebben (27) blijkt dat voor het merendeel (71%) de partner voldoende inkomen heeft om van rond te komen. Dit geldt ook voor de 'tijdelijke' uittreiders met een partner (82%). Overigens blijkt dat het inkomen van de partner nauwelijks van invloed is geweest bij de beslissing om met werken definitief te stoppen. Bij de 'tijdelijke' uittreiders is het inkomen in 33% van de gevallen wel van invloed geweest.

Het grootste deel van de uittreiders had een eigen praktijk op het moment dat men de werkzaamheden neerlegde (tabel 8.9). Daarbij scoren de 'definitieve' uittreiders (79%) hoger dan de 'tijdelijke' uittreiders (60%).

Tabel 8.9 Absolute en relatieve verdeling van de functies waarin de uittreders werkzaam waren, uitgesplitst naar 'tijdelijke' en 'definitieve' uittreders

	tijdelijke uittreders		definitieve uittreders	
	abs	%	abs	%
Eigen praktijk	34	59,6	49	79,0
Klinisch werkzaam	6	10,5	3	4,8
Waarneemster	11	19,3	7	11,3
Docente	3	5,3	1	1,6
Anders	3	5,3	2	3,2
Totaal	57*	100,0	62	100,0

* 1 verloskundige heeft deze vraag niet ingevuld.

Van de 'definitieve' uittreders heeft 49% meer dan een jaar met het idee gespeeld om het werk neer te leggen; 19% zelfs meer dan twee jaar. De 'tijdelijke' uittreders hebben er minder lang over gedaan om te beslissen de werkzaamheden neer te leggen; 72% minder dan één jaar en 40% zelfs minder dan een halfjaar.

Als vervolgens wordt gekeken welke factoren wel een rol hebben gespeeld bij de beslissing om te stoppen, scoort bij de 'definitieve' uittreders de factor 'gezondheidsredenen' verreweg het hoogst (tabel 8.10).

Tabel 8.10 Factoren die, volgens de definitieve uittreders in de periode 1990-1993, een rol hebben gespeeld bij de beslissing het werk definitief neer te leggen*

- Gezondheidsredenen	2.75
- Leeftijd	2.48
- Kon goede opvolger vinden	2.03
- Hoge werkdruk	1.87
- Problemen met werken op ongunstige tijden ('s nachts e.d.)	1.66
- Het was financieel niet noodzakelijk om te werken	1.61
- Cliënten werden steeds veeleisender	1.54
- Onmogelijkheid tot het vinden van regelmatige waarneming	1.54
- Werk had teveel invloed op mijn privéleven	1.52
- De papieren rompslomp die de praktijk met zich meebracht werd me teveel	1.48
- Veel verantwoordelijkheid	1.43
- Problemen met collega-verloskundige(n)	1.36
- De praktijk groeide me boven het hoofd	1.36
- Baan en gezin waren niet langer te combineren	1.26
- Onmogelijkheid tot het vinden van associatiepartner	1.26
- Het werk verloor de uitdaging	1.18
- Kreeg te weinig waardering bij collega-verloskundigen en/of gynaecologen en/of huisartsen	1.18
- Concurrentie met gynaecologen	1.15
- Ik was toe aan een nieuwe uitdaging	1.11
- Zwangerschap	1.10
- Concurrentie met huisartsen	1.08
- Weinig carrièremogelijkheden	1.07
- De praktijk was economisch niet rendabel	1.05
- Partner kreeg baan elders	1.05
- Het werk was eentonig	1.02
- Ik kon een baan krijgen met betere perspectieven	1.02

* Het getal betreft een gemiddelde op een 4-puntsschaal, waarbij 4 = heeft belangrijke rol gespeeld en 1 = heeft geen enkele rol gespeeld.

Als vervolgens expliciet naar de belangrijkste reden wordt gevraagd, dan blijkt dat 45% van alle definitieve 'uittreders' de gezondheid als belangrijkste reden noemt (tabel 8.11). De leeftijd wordt door 28% als belangrijkste reden opgegeven.

Tabel 8.11 Belangrijkste reden voor de definitieve uittreeders in de periode 1990-1993 om het werk neer te leggen

	abs	%
Gezondheidsredenen	24	45,3
Leeftijd	15	28,3
Hoge werkdruk	3	5,7
Baan en gezin niet te combineren	2	3,8
Problemen collega's	1	1,9
Niet vinden associatiepartner	1	1,9
Praktijk groeide boven hoofd	1	1,9
Kon opvolger vinden	1	1,9
Financieel niet noodzakelijk	1	1,9
Werk teveel invloed op privéleven	1	1,9
Anders	3	5,7
Totaal	53*	100,0

* 9 verloskundigen hebben onze vraag niet ingevuld.

Als wij vervolgens de verloskundigen die om gezondheidsredenen zijn gestopt apart belichten, dan blijkt dat het merendeel (54%) van deze groep tussen de 50 en 60 jaar is.

Tabel 8.12 Leeftijdsverdeling van verloskundigen die om gezondheidsredenen definitief gestopt zijn

Leeftijd	abs	%
< 30 jaar	2	8,3
30-39 jaar	1	4,2
40-49 jaar	5	20,8
50-59 jaar	13	54,2
> 60 jaar	3	12,5
Totaal	24	100,0

Ten aanzien van de 'tijdelijke' uittreeders blijken er geheel andere redenen te hebben meegespeeld dan bij de 'definitieve' uittreeders (tabel 8.13). Bij de 'tijdelijke' uittreeders speelt met name de factor 'Baan en gezin niet langer te combineren' een belangrijke rol.

Tabel 8.13 Factoren die, volgens de tijdelijke uittreeders in de periode 1990-1993, een rol hebben gespeeld bij de beslissing het werk tijdelijk neer te leggen*

- Baan en gezin waren niet langer te combineren	2.72
- Problemen met werken op ongunstige tijden ('s nachts)	2.45
- Werk had teveel invloed op mijn privéleven	2.38
- Hoge werkdruk	2.31
- Zwangerschap	1.91
- Het was financieel niet noodzakelijk om te werken	1.84
- Problemen met collega-verloskundige(n)	1.83
- Gezondheidsredenen	1.71
- Ik was toe aan een nieuwe uitdaging	1.67
- Veel verantwoordelijkheid	1.66

vervolg tabel 8.13

- Het werk verloor de uitdaging	1.62
- Partner kreeg baan elders	1.55
- Kon goede opvolger vinden	1.54
- Weinig carrièremogelijkheden	1.41
- Onmogelijkheid tot het vinden van regelmatige waarneming	1.40
- Het werk was eentonig	1.33
- De papieren rompslomp die de praktijk met zich meebracht werd me teveel	1.33
- Kreeg te weinig waardering bij collega-verloskundigen en/of gynaecologen en/of huisartsen	1.33
- De praktijk groeide me boven het hoofd	1.28
- Leeftijd	1.26
- Onmogelijkheid tot het vinden van associatiepartner	1.24
- Cliënten werden steeds veeleisender	1.17
- Ik kon een baan krijgen met betere perspectieven	1.14
- Concurrentie met gynaecologen	1.14
- De praktijk was economisch niet rendabel	1.10

* Het getal betreft een gemiddelde op een 4-puntsschaal, waarbij 4 = heeft belangrijke rol gespeeld en 1 = heeft geen enkele rol gespeeld.

Als vervolgens expliciet wordt gevraagd wat de belangrijkste reden is geweest om het werk 'tijdelijk' neer te leggen, dan blijkt de factor 'baan en gezin niet meer te combineren' veruit de belangrijkste (21%). Redenen die ook veelvuldig worden genoemd zijn 'partner kreeg werk elders' (14%) en 'gezondheidsredenen' (14%).

Tabel 8.14 Belangrijkste reden voor de tijdelijke uittreeders in de periode 1990-1993 om het werk neer te leggen

	abs	%
Baan en gezin niet te combineren	12	21,4
Partner kreeg werk elders	8	14,3
Gezondheidsredenen	8	14,3
Zwangerschap	5	8,9
Was toe aan nieuwe uitdaging	4	7,1
Werken op ongunstige tijden	3	5,4
Hoge werkdruk	3	5,4
Problemen met collega's	3	5,4
Niet vinden van associatiepartner	2	3,6
Veel verantwoordelijkheid	1	1,8
Weinig carrièremogelijkheden	1	1,8
Werk verloor uitdaging	1	1,8
Niet vinden van vaste waarnemer	1	1,8
Werk teveel invloed op privéleven	1	1,8
Concurrentie gynaecologen	1	1,8
Anders	2	3,6
Totaal	56*	100,0

* 2 verloskundigen hebben de vraag niet ingevuld.

Aan de uittreeders is ook gevraagd of men misschien was blijven werken als er mogelijkheden waren geweest om korter te werken of wellicht in een andere functie binnen de verloskunde aan de slag te gaan. Van de definitieve uittreeders geeft verreweg het grootste deel (73%) te kennen dat men beslist niet meer wilde werken. Voor de 'tijdelijke' uittreeders daarentegen geldt dat een groot deel (65%) wel graag was blijven werken; 21% in een andere functie en 16% in dezelfde functie maar korter.

Tabel 8.15 Had men eventueel willen blijven werken?

	tijdelijke uittreeders		definitieve uittreeders	
	abs	%	abs	%
Nee	20	35,1	44	78,6
Ja, andere functie	12	21,1	4	7,1
Ja, dezelfde functie	16	28,1	4	7,1
Ja, dezelfde functie maar korter	9	15,8	4	7,1
Totaal	57*	100,0	56**	100,0

* 1 verloskundige heeft de vraag niet ingevuld.

** 6 verloskundigen hebben de vraag niet ingevuld.

Plannen van de 'tijdelijke' uittreeders

Het grootste deel (70%) van de 'tijdelijke' uittreeders denkt binnen twee jaar weer aan het werk te gaan. De gemiddelde verwachte termijn waarop men verwacht weer aan de slag te gaan bedraagt 2½ jaar.

Een groot aantal (42%) wil bij herintreding als waarneemster gaan werken. Zelfs van degenen die tot op heden als zelfstandig gevestigde verloskundige werkzaam was wil bijna 50% terugkomen als waarneemster.

Tabel 8.16 Vorige functie en gewenste functie van de 'tijdelijke' uittreeders

Vorige functie	gewenste functie								Totaal	
	eigen praktijk		klinisch werkzaam		waarneemster		anders (docent e.d.)			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Eigen praktijk	8	25,0	5	15,7	16	50,0	3	9,3	32	100,0
Klinisch werkzaam	1	16,6	3	50,0	2	33,3	-	-	6	100,0
Waarneemster	1	11,1	2	22,2	3	33,3	3	33,3	9	100,0
Anders (docent e.d.)	2	40,0	-	-	1	20,0	2	40,0	5	100,0
Totaal	12	23,1	10	19,2	22	42,3	8	15,4	52	100,0

Verder zou de groep die op termijn zou willen herintreden gemiddeld 114 bevallingen (zorgeenheden) per jaar willen begeleiden. Dit is lager dan het aantal bevallingen (zorgeenheden) dat men deed op het moment dat men de werkzaamheden neerlegde (124).

8.3.4 Samenvatting

In de periode 1980-1991 heeft één op de drie verloskundigen die in deze periode gewerkt heeft de werkzaamheden tijdelijk (minimaal één jaar) of definitief neergelegd. Verder blijkt dat het relatief aantal uittreeders sinds midden van de jaren tachtig geleidelijk toeneemt. Die toename wordt vrijwel in alle leeftijdsklassen waargenomen, maar vooral in de oudere leeftijdscategorieën (ouder dan 50 jaar). Met betrekking tot leeftijd blijkt dat ook in de jonge leeftijdsklassen relatief veel verloskundigen de werkzaamheden neerleggen. Een kwart van alle uittreeders in de periode 1987-1991 was jonger dan 30 jaar. Een deel van deze groep zal waarschijnlijk later de verloskundige werkzaamheden weer oppakken.

Overigens blijkt dat de uit t reedkansen van de klinisch werkzame verloskundige in alle leeft ijdsklassen, maar vooral in de jongste leeft ijdscategorieën, hoger zijn dan van degenen die een eigen praktijk hebben.

Binnen de groep uit t reders zijn twee categorieën te onderscheiden, namelijk degenen die definitief stoppen en degenen die op een later tijdstip wellicht weer herintreden. Voor wat betreft degenen die definitief hun werk hebben neergelegd, blijkt dat de slechte gezondheid veruit de belangrijkste reden is geweest om te stoppen. Een groot deel (54%) van deze groep was tussen de 50 en 60 jaar. Wat verder opvalt is dat van de groep die definitief de werkzaamheden heeft neergelegd een groot deel (47%) alleenwonnend was.

De groep die tijdelijk is uit getreden heeft dit voornamelijk gedaan om redenen die samenhangen met het gezin. Daarnaast heeft ook een redelijk aantal verloskundigen het werk moeten neerleggen vanwege gezondheidsredenen en het feit dat de partner elders werk kreeg en men gedwongen was te verhuizen.

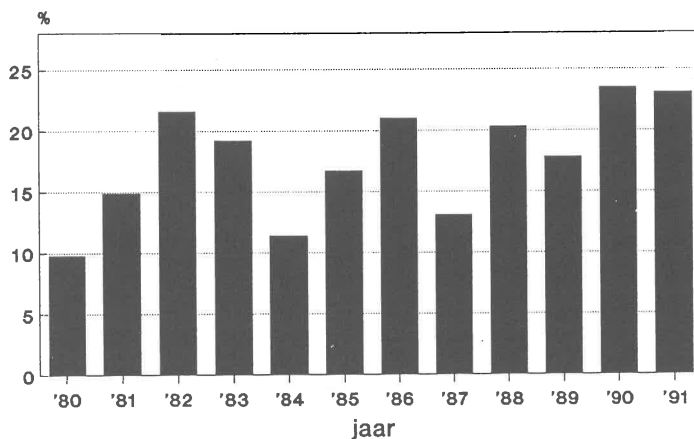
De groep 'tijdelijke' uit t reders geeft te kennen dat men binnen een redelijk korte termijn weer aan de slag gaat; 70% binnen twee jaar. Een groot deel (42%) zou het liefst als waarnemster willen terugkeren.

8.4 Herintreden

8.4.1 Aantal

In de periode 1980-1991 zijn er in totaal 162 verloskundigen heringetreden. Als dit wordt afgezet tegen het totaal aantal verloskundigen (891) dat in die periode met de werkzaamheden is gestart, dan kan worden geconcludeerd dat 18% van alle 'starters' bestaat uit herintreders. In figuur 8.7 blijkt dat het aandeel herintreders sinds 1980 erg schommelende. Overigens blijkt dat vanaf het midden van de jaren tachtig duidelijke sprake is van een toename van het aandeel herintreders.

Figuur 8.7 Percentage herintreders van het totaal aantal verloskundigen dat met de werkzaamheden is gestart naar startjaar



Uit tabel 8.17 kan worden afgeleid dat van alle verloskundigen die in de periode 1980-1991 zijn uit getreden circa 14% binnen vijf jaar weer is heringetreden. Na tien jaar is zelfs ruim een kwart weer heringetreden.

Tabel 8.17 Percentage van de verloskundigen dat in de periode 1980-1991 is heringetreden naar jaar waarin men daarvoor met de werkzaamheden is gestopt (stopjaar) en de periode (jaren) waarin men daarna weer is heringetreden (herintreedjaar)

Jaar van stoppen (stopjaar)	Herintreedjaar										
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1980	2.2	4.4	6.7	6.7	6.7	8.9	17.8	20.0	24.4	26.7	26.7
1981	-	5.7	5.7	11.4	11.4	11.4	20.0	22.9	25.7	21.9	
1982	-	3.3	10.0	13.3	16.7	20.0	20.0	30.0	30.0		
1983	6.7	15.6	20.0	20.0	22.2	26.7	26.7	28.9			
1984	3.6	10.7	10.7	17.9	17.9	17.9	17.9				
1985	2.3	4.7	4.7	4.7	9.3	9.3					
1986	10.8	13.5	18.9	21.6	16.2						
1987	11.6	14.0	16.3	18.6							
1988	5.4	13.5	18.9								
1989	7.0	16.3									
1990	10.2										
Totaal	5.7	10.4	12.5	14.1	14.1	15.5	20.8	25.2	26.4	28.0	26.7

8.4.2 Kenmerken herintreders

Leeftijd

In tabel 8.18 zien wij dat van de herintreders in de periode 1980-1991 het merendeel (46%) het werk tijdelijk heeft neergelegd tussen de 25-29 jaar is. De gemiddelde leeftijd waarop men tijdelijk is uitgetreden bedroeg 29 jaar. Als vervolgens wordt gekeken naar de leeftijd waarop men is heringetreden dan blijkt dat bijna 57% tussen de 30 en 40 jaar is. De gemiddelde leeftijd op het moment van herintreden is 36 jaar.

Tabel 8.18 Leeftijdsverdeling van herintreders in de periode 1980-1991 op het moment dat men het werk tijdelijk heeft neergelegd en het moment dat men weer aan de slag is gegaan

	uittreden		herintreden	
	abs	%	abs	%
< 24 jaar	30	18,5	2	1,2
25-29 jaar	75	46,3	24	14,8
30-34 jaar	41	25,3	44	27,2
35-39 jaar	7	4,3	48	29,6
40-44 jaar	4	2,5	23	14,2
45-49 jaar	3	1,9	14	8,6
50-54 jaar	2	1,3	4	2,5
55-59 jaar	-	-	2	1,2
> 60 jaar	-	-	-	0,6
Totaal	162	100,0	162	100,0

Praktijkvorm

Van de verloskundigen die in de periode 1980-1991 zijn heringetreden was een groot deel (50%) in de vorige functie werkzaam als verloskundige in het ziekenhuis; 36% had een eigen praktijk en 14% was waarneemster. Als vervolgens wordt gekeken in welke functie men naar verloop van tijd is teruggekomen, dan blijkt dat het grootste deel (48%) begonnen is in een eigen praktijk of als waarneemster (33%).

Tabel 8.19 Vorige functie en functie op het moment van herintreden van herintreders in de periode 1980-1991

Vorige functie	huidige functie						Totaal	
	eigen praktijk		klinisch werkzaam		waarneemster			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Eigen praktijk	30	51,7	9	15,5	19	32,8	58 (36%)	100,0
Klinisch werkzaam	36	44,4	18	22,2	27	33,3	81 (50%)	100,0
Waarneemster	11	47,8	4	17,4	8	34,7	23 (14%)	100,0
Totaal	77	47,5	31	19,1	54	33,3	162 (100%)	100,0

Periode tussen uittreden en herintreden

Van de 162 herintreders in de periode 1980-1991 heeft 28% meer dan 10 jaar niet gewerkt. Het grootste deel (40%) heeft overigens minder dan vier jaar geen werkzaamheden verricht (tabel 8.20). Verder zien wij dat van degenen die in de vorige functie een eigen praktijk hadden circa 31% binnen vier jaar weer aan de slag was. Van de klinische werkenden is zelfs 49% binnen vier jaar weer aan het werk. De gemiddelde duur tussen uittreden en herintreden bedroeg zeven jaar.

Tabel 8.20 Tijdsduur tussen uittreden en herintreden naar functie ten tijde van het uittreden

Vorige functie	tijdsduur						Totaal	
	1-4 jaar		5-10 jaar		> 10 jaar			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Eigen praktijk	20	34,4	20	34,5	18	31,0	58	100,0
Klinisch werkzaam	32	39,5	24	29,6	25	30,9	81	100,0
Waarneemster	13	56,5	8	34,8	2	8,6	23	100,0
Totaal	65	40,1	52	32,1	45	27,8	162	100,0

8.4.3 Enkele achtergrondgegevens van de herintreders uit de periode 1990-1993

Om inzicht te krijgen in de redenen die hebben meegespeeld bij de beslissing om destijds de functie tijdelijk neer te leggen maken wij gebruik van gegevens uit de schriftelijke enquête onder de herintreders in de periode 1990-1993. Om deze groep wat beter te leren kennen zullen eerst enkele achtergrondgegevens worden gepresenteerd.

Leeftijd

Van de 75 herintredende verloskundigen was het grootste deel (64%) tussen de 25 en 35 jaar op het moment dat men het werk tijdelijk had neergelegd (tabel 8.21).

Tabel 8.21 De leeftijd van herintredende verloskundige op het moment van het tijdelijk stoppen

	abs	%
< 25 jaar	6	8,0
25-29 jaar	24	32,0
30-34 jaar	24	32,0
35-39 jaar	12	16,0
40-49 jaar	7	9,3
50-59 jaar	2	2,7
> 60 jaar	-	-
Totaal	75	100,0

Werkervaring

Op het moment dat men het werk tijdelijk neerlegde had 39% minder dan vijf jaar gewerkt als verloskundige (tabel 8.22). Toch had ook nog een aanzienlijk deel (25%) meer dan tien jaar werkervaring als verloskundige. De gemiddelde werkervaring bedroeg 8,3 jaar.

Tabel 8.22 Aantal jaren werkervaring als verloskundige tot het moment van het tijdelijk stoppen

Aantal jaren werkervaring	abs	%
≤ 5 jaar	29	38,7
6-10 jaar	24	32,0
11-15 jaar	14	18,7
> 15 jaar	8	10,7
Totaal	75	100,0

Burgerlijke staat

Verreweg het grootste deel (79%) van de herintredende verloskundigen woonde samen met een partner op het moment dat men het werk tijdelijk neerlegde; 58% had kinderen. Slechts 15% was alleenwonend.

Inkomen

Op het moment dat men al dan niet vrijwillig het werk tijdelijk had neergelegd, was er sprake van enige inkomensderving. Echter, het grootste deel (85%) van de verloskundigen met een partner gaf te kennen dat het inkomen van de partner hoog genoeg was om naar behoren rond te komen. Overigens blijkt dat het inkomen van de partner nauwelijks een rol gespeeld heeft bij de beslissing van de verloskundige om het werk tijdelijk neer te leggen.

Functie en praktijkvorm

Het grootste deel (47%) van de herintreders was voorheen werkzaam in een eigen praktijk (12% in een solopraktijk, 13% in een duopraktijk en 20% in een groepspraktijk). Verder was 22% werkzaam als waarneemster en 23% was klinisch werkzaam. De pro-

centuele verdeling naar vorige functie van de herintreders in de periode 1990-1993 wijkt af van die van de herintreders in de periode 1980-1991 (tabel 8.19). In de jaren tachtig waren het vooral degenen die in de vorige functie klinisch werkzaam waren die als herintreder terugkeerden.

8.4.4 Redenen om destijds het werk tijdelijk neer te leggen

Aan alle herintreders hebben wij een groot aantal factoren voorgelegd die eventueel een rol gespeeld hebben bij de beslissing om destijds het werk voor een tijdje neer te leggen (tabel 8.22).

Tabel 8.22 Factoren die, volgens de herintreders in de periode 1990-1993, een rol hebben gespeeld om het werk tijdelijk neer te leggen*

- Baan en gezin waren niet langer te combineren	2.59
- Zwangerschap	2.11
- Werk had teveel invloed op mijn privéleven	2.08
- Problemen met werken op ongunstige tijden ('s nachts e.d.)	1.93
- Hoge werkdruk	1.81
- Het was financieel niet noodzakelijk om te werken	1.63
- Problemen met collega-verloskundige(n)	1.48
- Ik was toe aan een nieuwe uitdaging	1.47
- Het werk verloor de uitdaging	1.41
- Weinig carrièremogelijkheden	1.36
- Gezondheidsredenen	1.35
- Veel verantwoordelijkheid	1.31
- Onmogelijkheid tot het vinden van regelmatige waarneming	1.25
- De papieren rompslomp die de praktijk met zich meebracht werd me teveel	1.25
- Cliënten werden veeleisender	1.24
- Kon goede opvolger vinden	1.23
- Het werk was eentonig	1.21
- De praktijk groeide me boven het hoofd	1.20
- Onmogelijkheid tot het vinden van associatiepartner	1.12
- Kreeg te weinig waardering bij collega-verloskundigen en/of gynaecologen en/of huisartsen	1.08
- Concurrentie met huisartsen	1.05
- Ik kon een baan krijgen met betere perspectieven	1.04
- Concurrentie met gynaecologen	1.03
- De praktijk was economisch niet rendabel	1.01

* Het getal betreft een gemiddelde op een 4-puntsschaal, waarbij 4 = heeft belangrijke rol gespeeld en 1 = heeft geen enkele rol gespeeld.

De factor die het hoogste scoort is 'baan en gezin waren niet langer te combineren'. In de tweede plaats speelde ook de zwangerschap een belangrijke rol. Beide factoren scoren ook hoog als expliciet naar de belangrijkste reden wordt gevraagd om destijds tijdelijk met werken te stoppen (tabel 8.23). Opvallend is ook dat een groot deel (15%) van de verloskundigen het werk heeft moeten neerleggen vanwege het feit dat de partner elders ander werk kreeg.

Tabel 8.23 Belangrijkste reden van herintreders in de periode 1990-1993 om destijds het werk tijdelijk neer te leggen

	abs	%
Baan en gezin niet te combineren	15	20,8
Zwangerschap	12	16,7
Anders (overige uiteenlopende redenen)	12	16,7
Partner kreeg baan elders	11	15,3
Problemen met collega('s)	5	6,9
Gezondheidsredenen	4	5,6
Werk had teveel invloed op privéleven	4	5,6
Werken op ongunstige tijden	2	2,8
Financieel niet noodzakelijk	2	2,8
Was toe aan nieuwe uitdaging	2	2,8
Hoge werkdruk	1	1,4
Geen associatiepartner te vinden	1	1,4
Concurrentie met huisartsen	1	1,4
Totaal	72*	100,0

* 2 verloskundigen hebben deze vraag niet ingevuld.

Overigens blijkt dat een groot deel (63%) van de 75 herintredende verloskundigen destijds had willen blijven werken als daarvoor mogelijkheden waren geweest (andere functie, korter werken e.d.) (tabel 8.24). Circa 18% had in dezelfde functie willen werken maar dan wel veel korter en 26% zou het liefst in een andere functie zijn doorgegaan.

Tabel 8.24 Had men eventueel willen blijven werken?

	abs	%
Nee	27	37,0
Ja, andere functie	19	26,0
Ja, in dezelfde functie	14	19,2
Ja, in dezelfde functie maar korter	13	17,8
Totaal	73*	100,0

* 2 verloskundigen hebben deze vraag niet ingevuld.

Als men had blijven werken zou men gemiddeld 99 bevallingen (zorgeenheden) per jaar willen begeleiden. Dit is lager dan het gemiddelde aantal bevallingen (zorgeenheden) dat men begeleidde op het moment dat men het werk tijdelijk neerlegde (129).

Men heeft overigens niet zolang met het idee rondgelopen om de werkzaamheden neer te leggen; 80% minder dan een jaar en zelfs 48% minder dan een half jaar. Voor een deel zal die korte duur vooral te maken hebben met vrouwen die vanwege zwangerschap de werkzaamheden hebben moeten neerleggen. Van de verloskundigen die op het moment van het tijdelijk stoppen een eigen praktijk hadden heeft 81% de praktijk of het praktijkaandeel verkocht; in 9% van de gevallen is de praktijk opgeheven en in 6% is de praktijk pro Deo overgedragen.

8.4.5 Redenen om weer aan de slag te gaan

Een groot deel is vrij snel na het tijdelijk uitreden weer aan de slag gegaan; 73% binnen vijf jaar.

Voor de meeste herintreders geldt als belangrijkste reden om weer aan de slag te gaan dat men weer zin had om te werken en omdat de gezinsomstandigheden het weer toelieten (tabel 8.25). Verder blijkt dat ook een groot deel weer is begonnen omdat de collega's daarom vroegen of dat men een part-time functie kon krijgen.

Tabel 8.25 Belangrijkste redenen van herintreders om weer te gaan werken

	abs	%
Weer zin/gezinsomstandigheden lieten het toe	34	49,3
Verzoek collega's/part-time werken mogelijk	17	24,6
Financieel noodzakelijk	12	17,4
Weer beter/einde zwangerschapsverlof	2	2,9
Anders	4	5,8
Totaal	69*	100,0

* 6 verloskundigen hebben deze vraag niet ingevuld.

Het merendeel (47%) van de herintreders in de periode 1990-1993 is aan de slag gegaan als waarneemster (tabel 8.26). Circa 31% heeft een eigen praktijk en 18% werkt in het ziekenhuis. Van degenen die in hun vorige functie vrijgevestigd was is 57% nu aan het werk als waarneemster.

Tabel 8.26 Vorige functie en functie op het moment van herintreden van de herintreders in de periode 1990-1993

Vorige functie	huidige functie								Totaal	
	vrijgevestigd		klinisch werkzaam		waarneemster		anders		abs	%
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Vrijgevestigd	8	22,8	4	11,4	20	57,1	3	8,6	35	100,0
Klinisch werkzaam	7	41,1	5	29,4	5	29,4	-	-	17	100,0
Waarneemster	6	35,3	3	17,6	8	47,1	-	-	17	100,0
Anders	2	40,0	1	20,0	2	40,0	-	-	5	100,0
Totaal	23	31,1	13	17,6	35	47,3	3	4,1	74	100,0

Gekeken naar het aantal bevallingen (zorgeenheden) die de hervestigers momenteel per jaar begeleiden, moeten wij constateren dat dit aanmerkelijk minder is dan toen men het werk tijdelijk neerlegde; gemiddeld 80 bevallingen (zorgeenheden) als herintreder tegen 129 bevallingen (zorgeenheden) toen men tijdelijk met werken stopte.

Als vervolgens aan de herintreders de vraag wordt voorgelegd of men problemen heeft ontmoet toen men weer aan de slag ging als verloskundige, blijkt dat 47% geen problemen heeft gehad. Circa 17% had wat problemen met de combinatie van het werk en het gezin en 12% had vooral problemen met de werkdruk.

Overigens blijkt dat 92% van alle herintreders in de periode 1990-1993 tevreden is met de huidige functie.

8.4.6 Bijscholing

Van de 75 herintreders heeft 32% zich 'bijgeschoold' alvorens weer aan de slag te gaan (tabel 8.27). Het zijn met name de verloskundigen die langer dan tien jaar het vak niet hebben uitgeoefend die enige bijscholing hebben gehad (75%). Voor het merendeel

bestond de bijscholing uit het volgen van een stage en/of het meedoen aan nascholingscursussen.

Tabel 8.27 Het aantal herintreders dat zich wel of niet heeft bijgeschoold, uitgesplitst naar de periode dat men niet heeft gewerkt

Bijscholing gehad	Aantal jaren niet gewerkt							
	0-4 jaar		5-10 jaar		> 10 jaar		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Ja	10	20,0	6	54,5	6	75,0	22	31,9
Nee	40	80,0	5	45,5	2	25,0	47	68,1
Totaal	50	100,0	11	100,0	8	100,0	69	100,0

Slechts 32% heeft zich dus laten bijscholen. Achteraf gezien blijkt dat een veel groter deel (62%) van mening te zijn dat het absoluut noodzakelijk is om bijgeschoold te worden. Dit geldt zowel voor degenen die langer dan 10 jaar niet hebben gewerkt (71%) als voor degenen die minder dan vijf jaar er tussenuit zijn geweest (58%). Verder blijkt dat van degenen die geen bijscholing hebben gehad bijna 48% achteraf spijt heeft gehad dat men zich niet heeft bijgeschoold. Als vervolgens aan de herintredende verloskundigen wordt gevraagd waarin men bijgeschoold zou moeten worden, dan worden vooral genoemd veranderingen ten aanzien van het verloskundig beleid, theoretische kennis, nieuwe technologische ontwikkelingen en het weer opruimen van een stukje praktijk.

8.4.7 Samenvatting

In de periode 1980-1991 zijn 162 verloskundigen heringetreden. Dit betekent dat 18% van alle verloskundigen die in deze periode met de werkzaamheden zijn begonnen, bestond uit herintreders. Met enige voorzichtigheid kan worden geconcludeerd dat het aantal herintreders in de afgelopen jaren is toegenomen.

Circa 14% van alle verloskundigen, die in de periode 1980-1991 zijn uitgetreden, is binnen vijf jaar weer aan de slag. De gemiddelde leeftijd waarop men weer herintreedt is 36 jaar.

De belangrijkste reden om destijds het werk neer te leggen was het feit dat baan en gezin niet meer te combineren was en vanwege zwangerschap. Ook heeft nog een aanzienlijk deel het werk tijdelijk moeten staken vanwege het feit dat de partner elders werk kreeg en men derhalve ging verhuizen.

Opvallend is dat een groot deel (63%) van de herintreders wel zou willen blijven werken als er alternatieve mogelijkheden waren, bijvoorbeeld in een andere functie (bijvoorbeeld waarneemster) of eventueel korter werken.

De reden dat men vrij snel na het uitgetreden weer aan de slag is gegaan heeft vooral te maken met het feit dat men gewoon weer zin had om te gaan werken en omdat de gezinsomstandigheden dat weer toelieten. Het grootste deel (47%) van de herintreders is als waarneemster weer aan de slag gegaan.

Slechts 32% van de herintreders heeft zich 'bijgeschoold'. Echter, achteraf gezien blijkt 62% van mening dat het wel noodzakelijk zou zijn geweest dat men eerst enige bijscholing ontvangt alvorens weer aan de slag te gaan.

8.5 Conclusies

De resultaten van deze studie naar uittreden en herintreden zullen een belangrijke rol spelen bij het opstellen van een behoefteramingsstudie voor de beroepsgroep verloskundigen. Voor het in kaart brengen van toekomstige ontwikkelingen in het aanbod van verloskundigen zijn gegevens over het uittreden en herintreden van essentieel belang. Op basis van de in deze studie berekende uitreedkansen naar leeftijd kan bepaald worden hoeveel verloskundigen de komende jaren zullen uittreden. Ditzelfde geldt ook ten aanzien van het aantal verloskundigen dat de komende jaren zal herintreden.

Verder heeft deze studie laten zien dat ten aanzien van het uittreden een ontwikkeling in gang is gezet waarin steeds meer verloskundigen niet meer tot hun pensioen blijven werken, maar dat het vervroegd uittreden steeds populairder wordt. Opvallend is overigens dat van degenen die in de afgelopen jaren definitief een punt achter hun werkzaamheden hebben gezet een groot deel (45%) dit heeft gedaan om gezondheidsredenen. Helaas zijn er geen gegevens over de aard van deze gezondheidsredenen. Gezien de omvang van deze problematiek zou hierover wellicht eens nader onderzoek moeten plaatsvinden.

Onder de uittreeders bevindt zich ook nog een tamelijk jonge groep verloskundigen die voornamelijk met de werkzaamheden is gestopt vanwege het gezin (zwangerschap e.d.) of vanwege het feit dat de partner een andere baan heeft gekregen en men dus moest verhuizen. Een groot deel van deze groep heeft plannen om toch weer terug te keren als verloskundige in het arbeidsproces. Van alle 163 verloskundigen die in de periode 1990-1993 zijn uitgetreden heeft 60% plannen om weer aan het werk te gaan of hebben deze plannen reeds gerealiseerd. Opvallend is overigens dat een erg groot deel (42%) van deze herintreders het liefst als waarneemster wil gaan werken. Daaruit zouden wij kunnen afleiden dat men geen ambities meer heeft voor een full-time baan of dat wellicht de mogelijkheden ontbreken (zorg voor kinderen) om full-time te kunnen gaan werken.

Het 'tijdelijk' uittreden zou beperkt kunnen worden als er mogelijkheden geschapen zouden kunnen worden om de werkzaamheden op een andere manier in te richten (korter werken, andere functie). Bijna 63% gaf te kennen dat men was blijven werken als daarvoor mogelijkheden waren geweest.

Tot slot blijkt dat 32% van de herintreders in de periode 1990-1993 zich hebben laten bijscholen alvorens weer aan de slag te gaan. Van degenen die meer dan vijf jaar niet meer hadden gewerkt, had 63% een bijscholingscursus gevolgd. Van de herintreders die geen bijscholing hebben gehad heeft bijna de helft spijt dat men dit niet heeft gedaan. Gezien het huidige tekort aan verloskundigen en de daarmee deels samenhangende groei van het aantal herintreders zou het aanbeveling verdienen om het aantal bijscholingscursussen verder uit te breiden.

9. BESPREKING EN CONCLUSIES

De verloskundige in Nederland neemt een centrale positie in in het verloskundig bestel in Nederland. Zij is verantwoordelijk voor de begeleiding van de fysiologische zwangerschap, bevalling en kraambed. Zij tracht hierbij medicalisering te voorkomen. Vrouwen waarbij medisch specialistische begeleiding noodzakelijk is, selecteert en verwijst zij naar de tweede lijn. Vanuit de beroepsgroep zijn geluiden te horen dat het systeem onder druk staat door een steeds verder toenemende werkdruk. Het in dit rapport weergegeven onderzoek is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in het werk en de werkdruk van verloskundigen.

Het laatste hoofdstuk van dit rapport behandelt onderzoeksvraag 6, welke luidt:

Wat is het verband tussen de bevindingen uit de deelonderzoeken op het gebied van vraag 1 tot en met 5 tegen de achtergrond van het beleid ten aanzien van de verloskunde in het algemeen (bijvoorbeeld de menskracht) en het aandeel van de verloskundige in het bijzonder.

Het doel van deze vraag is om de onderzoeksgegevens te plaatsen tegen een bredere achtergrond van het beleid ten aanzien van de eerstelijns verloskunde in Nederland. Dit hoofdstuk zal tevens het afsluitende hoofdstuk van dit rapport zijn, waarin we de resultaten op de afzonderlijke vragen bespreken. We houden hierbij de in dit rapport gehanteerde indeling aan. We beginnen met de tijdsbesteding van verloskundigen en de factoren die hierop van invloed zijn. Vervolgens bespreken we de verloskundige praktijkvoering. Het derde onderzoeksthema behandelt de mate en reden van uittreden en herintreden.

9.1 Tijdsbesteding

9.1.1 Meetinstrumenten

Er zijn verschillende methoden in gebruik om de tijdsbesteding te bepalen [10]. De eenvoudigste methode is om door respondenten te laten aangeven hoeveel tijd zij aan bepaalde activiteiten besteden. Hoewel dit een snelle methode is, is zij ook zeer onnauwkeurig. Het is voor respondenten in het algemeen erg moeilijk om de tijdsbesteding correct in te schatten. De emotionele context waarin het gebeurde plaatsvond, maar ook sociale wenselijkheid kunnen een grote rol spelen bij de schatting. Hierdoor vindt een vertekening van de herinnering plaats en kan, afhankelijk van het effect, een over- of onderschatting van de bestede tijd worden verkregen. Ook in dit onderzoek bleek dit te spelen. De resultaten voor wat betreft de geregistreerde tijdsbesteding waren niet altijd geheel volgens de (mondeling) door de verloskundige geuite verwachting. Ook kwam de geregistreerde tijd niet altijd overeen met de schattingen gegeven in de vragenlijst 'Praktijkenmerken'. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de geschatte tijd besteed aan huisbezoeken aan vrouwen zonder kraamzorg. Om deze problemen te omzeilen is in dit onderzoek gekozen voor de zogenaamde dagboek-methode, waarbij verloskundigen gedurende 3 weken hebben bijgehouden hoeveel tijd zij aan verloskundige activiteiten besteden. Bij de dagboekmethode vullen respondenten bij voorkeur direct na afloop van de gebeurtenis de registratie-formulieren in, zodat herinneringseffecten een geringe rol spelen. Een nadeel van deze methode is dat de

belasting voor de respondenten vrij hoog is, waardoor zij de formulieren mogelijk onnauwkeurig invullen. Controles op de registraties toonden in dit onderzoek echter aan dat de weergegeven tijden goed overeen kwamen met de observaties van veldwerkers. Niet alle werkzaamheden zijn even goed te registreren met behulp van dagboeken, bijvoorbeeld omdat zij te weinig frequent worden uitgevoerd. Uit een onderzoek onder wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bleek dat werkzaamheden die minder frequent voorkwamen het meest betrouwbaar met een vragenlijst konden worden gemeten [11]. Alle aan het onderzoek deelnemende verloskundigen hebben dan ook een vragenlijst ingevuld naar de tijd besteed aan minder frequent voorkomende activiteiten. In tegenstelling tot de dagboek-registraties was het niet mogelijk om controles uit te voeren op de betrouwbaarheid van de met deze vragenlijst verkregen schattingen. Gezien de problemen die er zijn met het meten van tijdsbesteding volgens de vragenlijst-methode, dienen we er rekening mee te houden dat er mogelijk een lichte overschatting zal zijn van de tijd besteed aan deze werkzaamheden.

9.1.2 Zorgeenheid

Bij aanvang van het onderzoek was de intentie om de berekening van de gewerkte uren per week aan te laten sluiten bij de wijze waarop de honorarium-berekening tot stand komt. Hierbij stuiten we echter al snel op problemen. Bij de berekening van het honorarium van de verloskundige gaat men er vanuit dat een verloskundige haar norminkomen + praktijk-kosten moet kunnen behalen indien zij 155 bevallingen per jaar begeleidt. Het COTG verstaat onder 155 'bevallingen' namelijk niet de geboorte van een kind, maar de verloskundige zorg die verleend wordt aan een vrouw die het volledige traject aan verloskundige zorg doorloopt bij de verloskundige:

$$155 \times \text{het volledige tarief} = \text{norminkomen} + \text{praktijk-kosten}.$$

Als maat voor praktijk-grootte zijn de COTG-bevallingen problematisch. Immers, een verloskundige begeleidt in haar praktijk niet alleen cliënten gedurende het volledige zorgtraject. Een gedeelte van de cliënten zal reeds gedurende de zwangerschap zijn doorverwezen naar de tweede lijn, een ander gedeelte komt pas onder zorg bij de verloskundige gedurende het kraambed ('losse kraambedden'). Aangezien de verloskundige voor deze cliënten een vergoeding naar rato krijgt, kan zij haar norminkomen dus behalen bij een lager aantal 'bevallingen', in de terminologie van het COTG.

Het bleek dan ook moeilijk te zijn om de berekening van de tijdsbesteding analoog aan de COTG-benadering van de honorarium-berekening te laten verlopen. In het huidige onderzoek dienden we dus een andere maat te vinden voor praktijkgrootte, die bij voorkeur eenvoudig was vast te stellen. Aangezien alle verloskundigen weten hoeveel bevallingen zij per jaar begeleiden, hebben we gekozen voor het aantal begeleide bevallingen per jaar. Een verloskundige die 100 bevallingen per jaar begeleidt, heeft naast de 100 cliënten bij wie zij de volledige zorg verleent ook nog de zorg voor een aantal vrouwen die zij alleen pre- en postnataal onder haar hoede heeft. Gemiddeld gaat het in dit voorbeeld dan om 27 prenatale verwijzingen en 29 vrouwen die voor de postnatale zorg bij de verloskundige komen zonder door haar begeleid te zijn gedurende de partus. In de door ons gekozen maat zit deze zorg impliciet inbegrepen. Om verwarring met de door het COTG gebruikte terminologie te voorkomen, hebben wij gekozen om niet te spreken over 'bevallingen per jaar' maar over 'zorgeenheden' per jaar. Het aantal zorgeenheden per jaar is dus gelijk aan het aantal bevallingen per jaar waarbij impliciet de gedeeltelijke zorg zit inbegrepen.

Met behulp van de gegevens verkregen in dit onderzoek is vast te stellen hoeveel uur een individuele verloskundige gegeven een bepaalde praktijkgrootte gemiddeld per week werkt. In hoeverre zij bij deze praktijkgrootte ook haar norminkomen kan halen was geen vraag van dit onderzoek. Het percentage 'losse' pre- en postnatale zorgverlening op het aantal begeleide bevallingen per jaar is voor de drie praktijkvormen vrijwel identiek. Met behulp van deze cijfers en de bekende vergoedingen voor deze gedeeltelijke zorg is dan ook te berekenen bij hoeveel zorgseenheden (ofwel bevallingen) per jaar een verloskundige haar norminkomen kan halen en welke werkweek hier tegenover staat.

9.1.3 Gewerkte tijd per week

Uit het onderzoek naar de tijdsbesteding van verloskundigen is gebleken dat de gemiddelde werkweek van de vrijgevestigde verloskundige in Nederland ruim boven de 40 uur per week ligt, namelijk 43 uur per week. Zij begeleidt dan een gemiddelde van 117 zorgseenheden (baringen) per jaar. De gewerkte tijd per zorgseenheid en ook de tijd die verloskundigen gemiddeld per week werken, verschilt niet naar urbanisatiegraad, maar wel naar praktijkvorm. Verloskundigen werkzaam in solopraktijken hebben een lagere gemiddelde werktijd per zorgseenheid. Maar aangezien zij meer partus begeleiden per jaar, hebben zij een langere werkweek (50 uur) dan verloskundigen werkzaam in duo- of groepspraktijken (resp. 41 en 39 uur). Met name verloskundigen in duo- en groepspraktijken lijken zelf de duur van hun werkweek te reguleren door de praktijkgrootte te beperken. Solowerkende verloskundigen begeleiden gemiddeld 152 zorgseenheden (bevallingen) per jaar tegenover 111 en 99 voor collega's in duo- en groepspraktijken. Dit heeft consequenties voor het inkomen, aangezien het honorarium van de verloskundige is gebaseerd op het aantal cliënten en de periode van de zwangerschap die zij begeleidt.

Naast het aantal uren dat verloskundigen daadwerkelijk werken, zijn zij ook gedurende een aantal uren beschikbaar voor noodgevallen. Het was moeilijk om de exacte omvang van deze bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdiensten vast te stellen. De verkregen resultaten waren van een dergelijk niveau dat het niet mogelijk bleek om betrouwbare gegevens hieruit te destilleren. Ook Vorst-Thijssen et al. rapporteerden in hun onderzoeksverslag 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland' problemen met de registratie van 24-uurs bereikbaarheid [12]. Aangezien we ervan uit kunnen gaan dat er altijd een verloskundige beschikbaar is voor noodgevallen is het echter eenvoudig om te berekenen hoeveel uur een verloskundige per week gemiddeld bevallingsdienst heeft: 168 uur, 84 uur en <56 uur per week voor verloskundigen werkzaam in respectievelijk een solo-, duo- of groepspraktijk. Het aantal uren bevallingsdienst per verloskundige is uiteraard afhankelijk van het aantal in de praktijk werkzame verloskundigen en eventuele waarneem-regelingen. Het werken gedurende bevallingsdiensten is voor een gedeelte optioneel. Indien we er in het meest gunstige geval van uitgaan dat alle uren die zij werken, in een bevallingsdienst vallen dan betekent dit het volgende: solisten werken gemiddeld 50 uur en hebben 168 uur bevallingsdienst. Zij zijn naast hun werk dus nog 118 uur per week beschikbaar. Verloskundigen in een duopraktijk werken gemiddeld 41 uur en hebben 84 uur bevallingsdienst, hetgeen betekent dat zij naast het werk nog minimaal 43 uur beschikbaar zijn. Voor verloskundigen in een groepspraktijk is de situatie het meest gunstig. Zij werken gemiddeld 39 uur en hebben 56 uur bevallingsdienst per week, waardoor zij nog minimaal 17 uur beschikbaar zijn naast het werk. Indien niet alle werkuren vallen binnen de bevallingsdienst, hetgeen normaliter het geval zal zijn, neemt het aantal uren waarop men niet werkt, maar wel beschikbaar is voor noodgevallen toe.

Het gaat hier alleen om uren doorgebracht in een bevallingsdienst. Uren besteed aan 'achterwacht' zijn hier niet inbegrepen.

Opgemerkt dient nog te worden dat de in dit onderzoek gevonden werktijd uitgedrukt in uren per week, een regelmaat veronderstelt die in de praktijk niet bestaat. Er zijn veel verloskundigen, met name in groepspraktijken, die het werk onderling zo regelen dat zij volgens rooster een periode vrij zijn. Dit heeft wel als consequentie dat het aantal gewerkte uren in de weken die men wel werkt veel hoger zal zijn. Een voorbeeld: in een maatschap van 3 verloskundigen is het onderling zo geregeld dat men 2 weken werkt en 1 week vrij is. Om nu aan een werkweek van 40 uur te komen, dient men in de 2 gewerkte weken 60 uur per week te werken: $(2 \times 60 \text{ uur} + 1 \times 0 \text{ uur}) / 3 = 40 \text{ uur}$. Daarnaast speelt een gedeelte van het werk van verloskundigen zich af op onregelmatige tijdstippen 's nachts en in het weekend. Met name deze nachtelijke uren worden kwalitatief anders beoordeeld dan de gewerkte uren overdag. Werken van 2-6 uur is in aantal uren hetzelfde als werken van 14-18 uur. De beleving, maar ook de fysieke gevolgen zijn echter anders.

9.1.4 Cliënt- en niet-cliëntgebonden werkzaamheden

Verloskundigen in solopraktijken begeleiden 50% meer partus dan verloskundigen in groepspraktijken. Hun werkweek is echter slechts 25% langer. Hiervoor zijn twee oorzaken aan te wijzen, die het beste zijn te illustreren door de werkzaamheden van verloskundigen in te delen in cliënt- en niet-cliëntgebonden werkzaamheden. Onder cliëntgebonden werkzaamheden verstaan we werkzaamheden waarvan de tijdsbesteding direct is te relateren aan één cliënte. Voorbeelden zijn spreekuur, huisbezoek, klinische bezoeken en het begeleiden van baringen. Niet-cliëntgebonden werkzaamheden zijn bijvoorbeeld overleg, telefonisch spreekuur, administratie en niet-frequente werkzaamheden als congresbezoek, bijscholing, kringvergaderingen, voorlichtingsactiviteiten en het bijhouden van vakliteratuur. De verdeling van de tijd over cliënt- en niet-cliëntgebonden werkzaamheden per zorgseenheid verschilt tussen de verschillende praktijkvormen en is gerelateerd aan het aantal partus dat verloskundigen begeleiden. Hoe meer zorgseenheden (d.w.z. begeleide bevallingen per jaar) hoe minder tijd een verloskundige *per zorgseenheid* besteedt aan zowel cliënt- als niet-cliëntgebonden werkzaamheden. De onderlinge verhouding tussen de tijd besteed aan deze twee categorieën werkzaamheden verandert ook als men meer zorgseenheden heeft per jaar. De tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden is met name afhankelijk van het aantal cliënten. Hoe meer cliënten, hoe meer tijd zij in totaal besteedt aan bijvoorbeeld spreekuur en huisbezoek. Dit geldt niet voor de niet-cliëntgebonden werkzaamheden. De tijd die zij hieraan besteedt, is bepaald door het gegeven dat men als verloskundige werkzaam is. Men bezoekt bijvoorbeeld kringvergaderingen, nascholingsactiviteiten, symposia en leest het Tijdschrift voor Verloskundigen. Verloskundigen besteden aan deze werkzaamheden niet meer tijd wanneer men meer cliënten heeft. Vergelijkbare resultaten zijn gevonden in een onderzoek onder Nederlandse huisartsen [13]. Ook hier was wel de totale tijd besteed aan patiëntgebonden contacten gerelateerd aan de praktijkomvang, maar dit gold niet voor de tijd besteed aan andere activiteiten.

Vervolgens analyseerden we of er verschillen zijn tussen praktijkvormen in de tijd die verloskundigen besteden aan de verschillende werkzaamheden waaruit de twee categorieën zijn opgebouwd. Er is een trend waar te nemen dat verloskundigen in groepspraktijken meer tijd besteden aan spreekuur en huisbezoek, doch dit is niet significant. Wel besteden zij significant meer tijd per zorgseenheid aan klinische bezoeken, reistijd (niet nader gedefinieerd), overleg, en niet-frequente werkzaamheden. De tijd besteed aan de

eerste twee werkzaamheden is slechts gering. Aan overleg besteden in groepspraktijken werkende verloskundigen ruim twee keer zoveel tijd als solowerkende collega's, hetgeen inherent is aan de praktijkvorm waarin zij werkzaam zijn. Ook de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden is hoger. Uit verdere analyses bleek dat de tijd die verloskundigen hier *per jaar* aan besteden niet verschilt tussen de verschillende praktijkvormen en nagenoeg onafhankelijk is van de praktijkgrootte. Verhoudingsgewijs besteden verloskundigen met minder zorgenheden (d.w.z. begeleide bevallingen) per jaar, waaronder verloskundigen werkzaam in groepspraktijken, echter meer tijd aan deze werkzaamheden. Dit komt omdat zij de tijd besteed aan deze activiteiten omslaan over minder cliënten.

Samenvattend:

Verloskundigen in groepspraktijken besteden meer tijd per zorgenheid. Gedeeltelijk kunnen we dit verklaren doordat zij meer tijd besteden aan overleg. Verder besteden verloskundigen met minder zorgenheden per jaar, waaronder verloskundigen werkzaam in groepspraktijken, procentueel meer tijd aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden, aangezien zij deze omslaan over minder cliënten.

9.1.5 Invloed van cliënte-kenmerken

Vervolgens analyseerden we in hoeverre cliënte-kenmerken van invloed zijn op de tijd die verloskundigen besteden aan cliëntgebonden activiteiten. We hebben ons hier beperkt tot spreekuur, huisbezoek en partus, aangezien cliëntgebonden activiteiten met name uit deze werkzaamheden bestaan. In overleg met een aantal verloskundigen zijn enige kenmerken vastgesteld die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn. Het gaat hier bijvoorbeeld om pariteit, etniciteit, taal waarin men communiceert, het feit of de cliënte vergezeld is door iemand (voor wat betreft spreekuur-bezoeken), en de beschikbaarheid van kraamzorg (voor wat betreft huisbezoeken). Ook Crébas geeft in haar rapport [1] een aantal van deze factoren aan als zijnde van invloed op de (toenemende) werkdruk van verloskundigen.

Dit onderzoek heeft een aantal verrassende resultaten opgeleverd. Voorafgaand aan dit onderzoek was door verloskundigen de verwachting geuit dat niet-Nederlandse vrouwen meer tijd zouden kosten. De *etnische achtergrond* of *taal* van cliënten bleek echter niet van invloed te zijn op de tijd die aan deze vrouwen wordt besteed gedurende huisbezoek, spreekuur en baring. Het 6 weken post partum bezoek duurde zelfs gemiddeld iets korter bij niet-Nederlandse vrouwen. Een verklaring voor deze resultaten is dat hoewel informatie-overdracht waarschijnlijk meer tijd kost, het bij niet-Nederlands sprekende vrouwen ook moeilijker is om ondersteunende gesprekken te voeren. Het 6-weken post partum bezoek waarin er vaak gesproken wordt over de gang van zaken gedurende zwangerschap en bevalling is bij deze vrouwen dan ook van kortere duur. Crébas geeft in de Nota Beroepskrachtenvoorziening [1] aan dat zij verwacht dat een toegenomen migratie de taak van verloskundigen zal verzwaren, onder andere door de specifieke wensen rond zwangerschap en geboorte van vrouwen uit buitenlandse culturen. Gezien de vaak gebrekkige communicatie en verschillen in culturele achtergrond is het inderdaad voorstelbaar dat de begeleiding van deze cliënten meer inspanning vereist. Dit vertaalt zich echter niet in contacten die meer tijd kosten.

Pariteit bleek van groter invloed te zijn op de bestede tijd per cliënte. Spreekuur-bezoeken en de begeleidingstijd bij baringen waren bij primiparae gemiddeld van langere duur. Primiparae zullen meer informatie omtrent zwangerschap en baring nodig hebben dan multiparae hetgeen de langere duur van de spreekuurbezoeken verklaard.

Het is een bekend gegeven dat een eerste partus langer duurt dan volgende baringen, hetgeen in dit onderzoek dan ook wordt bevestigd.

In tegenstelling tot de verwachting bleek de *plaats van de baring* niet van invloed te zijn op de tijd die een verloskundige aan de begeleiding besteedt. In het onderzoek is ook nagegaan hoeveel tijd verloskundigen besteden aan vrouwen die *durante partu* worden overgedragen aan de tweede lijn. Praktisch alle verloskundigen (96%) zeggen dat indien de tijd dat toe laat zij aanwezig blijven bij de partus na *durante partu* overdracht. Voorafgaand aan het onderzoek uitten verloskundigen de verwachting dat deze partus meer tijd aan begeleiding zouden vergen. De resultaten toonden aan dat dit in incidentele gevallen ook zo was. Verloskundigen besteden gemiddeld echter niet meer tijd aan partus die *durante partu* worden overgedragen dan aan volledig zelf begeleide partus.

Een ander enigszins onverwacht resultaat is het verschil in tijd besteed aan *huisbezoeken* aan cliënten waarbij de prenatale zorg zelf is verricht en huisbezoeken aan cliënten afkomstig uit de tweede lijn, de zgn. 'losse kraambedden'. Uit het veld zijn geluiden te horen dat de belasting van bezoeken aan deze laatste categorie vrouwen hoog is. Verloskundigen kennen hen in de meeste gevallen niet en moeten dus veel investeren in de begeleiding welke slechts een aantal dagen duurt. De onderzoeksresultaten geven aan dat de hoeveelheid tijd die verloskundigen aan deze vrouwen besteden, echter lager is dan voor vrouwen bij wie zij zelf de prenatale controles hebben verricht. Alleen het eerste (kennismakings-)bezoek afgelegd op de eerste of tweede dag post partum is van iets langere duur. Dat de tijd besteed aan deze 'losse kraambedden' lager is dan gemiddeld zal waarschijnlijk te maken hebben met het gegeven dat de basis voor de begeleiding veel smaller is. Hierdoor is het contact minder intensief en mogelijkkerwijs van korter duur.

De *reistijd* die verloskundigen tussen huisbezoeken in nodig hebben is gerelateerd aan urbanisatiegraad. Verloskundigen in de grote steden zijn meer tijd kwijt aan het reizen dan collega's werkzaam op het platteland. Een verklaring hiervoor is dat hoewel de afstanden op het platteland uiteraard vaak groter zijn, men in de grote steden meer last heeft van stoplichten, éénrichtingsverkeerstraten en mede-weggebruikers. In het eindrapport 'Verloskundige organisatie in Nederland. Uniek, bewonderd en verguisd' stelt de Adviescommissie Verloskunde [14] dat een verloskundige indien nodig binnen 15 minuten na oproep bij de cliënte aanwezig dient te kunnen zijn. Op basis van de in dit onderzoek gevonden gegevens lijkt dit in het algemeen een reële eis te zijn, ook voor verloskundigen in de grote steden.

Een verrassend resultaat is de invloed die de aanwezigheid van *kraamzorg* heeft op de lengte van het huisbezoek. Niet onverwacht is de bevinding dat verloskundigen gemiddeld iets langer aanwezig zijn bij cliënten zonder kraamzorg. Echter, de huisbezoeken duren ook langer bij cliënten met 5-uurszorg (8 dagen van 5 uur), terwijl deze cliënten in kwantiteit meer zorg krijgen aangeboden dan cliënten met wijkkraamzorg (24 uur verspreid over de gehele kraamperiode). De indruk van een aantal verloskundigen is dat het met name hoog opgeleide vrouwen zijn die kiezen voor 5-uurszorg. Het zijn juist deze vrouwen die volgens verloskundigen vaak veel tijd kosten, doordat zij de begeleiding kritisch volgen. Ook Crébas [1] noemt deze groep vrouwen als één van de oorzaken voor de taakverzwaring van verloskundigen. In dit onderzoek hebben we echter geen gegevens verzameld over het *opleidingsniveau* van cliënten in relatie tot de geregistreerde werktijd.

Jansen en Meijer hebben in 1993 een verkennende studie verricht naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg [15]. De aanleiding hiervoor was dat de Staatssecretaris

van WVC in een brief aan de Ziekenfondsraad getiteld 'Modernisering zorgsector' van 14 december 1992 voorgesteld had om de kraamzorg te splitsen in kraamverpleging en kraamverzorging [16]. Hij meende dat kraamverpleging vanuit medisch oogpunt voor moeder en kind noodzakelijk is, doch dat dit niet geldt voor kraamverzorging. Verschillende in het veld gezaghebbende personen en instanties, waaronder de NOV hebben aangegeven dit een ongunstige ontwikkeling te vinden. In het genoemde verkennende onderzoek is met behulp van een vragenlijst onder andere nagegaan in hoeverre de hulp aan vrouwen met interne kraamzorg (64 uur) en wijkkraamzorg van elkaar verschillen. Verloskundigen gaven aan dat de bezoeken aan gezinnen met wijkkraamzorg meer tijd in beslag nemen, dat zij vaker door hen wordt gebeld en frequenter een bezoek aflegt. Ook zeggen zij bij deze vrouwen meer informatie over borstvoeding, meer begeleiding en meer GVO te geven. Hoe verhouden zich nu deze resultaten tot het huidige onderzoek? In tegenstelling tot wat verloskundigen in de verkennende studie aangeven, besteden zij aan vrouwen met wijkkraamzorg niet meer tijd. Echter, over het aantal bezoeken, de frequentie waarmee zij door deze gezinnen wordt gebeld en over de inhoud van de bezoeken zijn op basis van het registratie-onderzoek geen uitspraken te doen. Wel hebben wij verloskundigen gevraagd naar hun mening omtrent de zorgverlening aan vrouwen zonder kraamzorg. Overeenkomend met het eerder genoemde onderzoek, geeft meer dan de helft van de verloskundigen aan meer bezoeken af te leggen aan vrouwen zonder kraamzorg. Ook schatten zij in dat een kraambezoek aan deze vrouwen per bezoek gemiddeld 13 minuten meer tijd kost. Deze laatste gegevens komen echter niet overeen met de tijdsregistraties. Het verschil is hier namelijk 2 minuten per bezoek. Hoewel de antwoorden op de vragenlijst dus niet geheel overeenkomen met de registratie-gegevens heeft het onderzoek wel duidelijk aangetoond dat verloskundigen meer tijd besteden aan cliënten zonder kraamzorg.

9.1.6 Invloed van praktijkvorm

De resultaten met betrekking tot de invloed van cliënte-kenmerken op de genoemde activiteiten zijn met name verrassend omdat blijkt dat zij minder invloed uitoefenen dan verwacht. De praktijkvorm waarin men werkzaam is, blijkt van meer invloed te zijn op de tijd besteed aan spreekuur en huisbezoek. Zowel spreekuurkontakten als de afgelegde huisbezoeken zijn bij verloskundigen werkzaam in een duo- of groepspraktijk gemiddeld langer van duur dan bij solowerkende verloskundigen. Dit kunnen we verklaren aan de hand van het aantal begeleide zorgeenheden per jaar. Zoals gezegd begeleiden solowerkende verloskundigen meer zorgeenheden dan hun collega's. Hoe meer zorgeenheden, hoe korter de tijd besteed aan het cliëntekontakt gedurende spreekuur en huisbezoek. Geen verschillen zijn gevonden bij de kontakten gedurende de begeleiding van baringen.

Zoals reeds vermeld besteden verloskundigen werkzaam in de diverse praktijkvormen een vergelijkbare hoeveelheid tijd aan niet-frequente werkzaamheden. Hieronder valt een verzameling van activiteiten die wel regelmatig, maar niet in een hoge frequentie door verloskundigen worden verricht. De tijd die verloskundigen hieraan besteden is nagenoeg onafhankelijk van het aantal partus (als maat voor praktijkgrootte). De tijd besteed aan het up-to-date houden van de vakkennis door het lezen van vakliteratuur, nascholing, bezoeken van symposia, nascholing en kringvergaderingen verschilt niet tussen de praktijken. Ook zijn er geen verschillen in de tijd besteed aan NOV-werkzaamheden, de begeleiding van stagiaires, overleg met andere disciplines en het voorbereiden van de belastingformulieren. Solopraktijken besteden wel meer tijd aan GVO-activiteiten aan zwangeren. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat verloskundigen

in groepspraktijken deze werkzaamheden bij toerbeurt verrichten. Indien men namelijk het aantal uren besteed aan 'GVO-activiteiten aan zwangeren' voor de gehele praktijk berekent (dus vermenigvuldigt met het aantal in de praktijk werkzame verloskundigen), ziet men geen significante verschillen tussen praktijken.

9.1.7 Plaats van bevallen en verwijsgedrag

In het Regeringsstandpunt Verloskunde uit 1989 [17] verwoordde de toenmalige staatssecretaris zijn visie op de eerstelijns verloskunde. Het beleid dient er in zijn algemeenheid op gericht te zijn onnodige medicalisering tegen te gaan. Dit kan gebeuren door een verschuiving van het aandeel in de verloskundige zorg van tweedelijns naar eerstelijns beroepsbeoefenaren. De stimulering van de thuisbevalling past ook in dit streven naar demedicalisering. De staatsecretaris stelt hierbij wel dat de vrije keuze van de vrouw gehandhaafd dient te blijven. De vrees bestond zowel bij het Ministerie van WVC als bij de NOV [18] dat een toenemende werkdruk van verloskundigen dit streven naar demedicalisering zou doorkruisen. Eén van de doelen van het onderzoek was om meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen werkdruk enerzijds en plaats van de bevalling en verwijsgedrag anderzijds. Het vermoeden bestond dat bij een toenemende werkdruk verloskundigen eerder geneigd zouden zijn meer cliënten te verwijzen en meer bevallingen poliklinisch te begeleiden. De hypothese in dit laatste geval was dat poliklinische bevallingen voor de verloskundigen minder tijdsintensief zouden zijn dan thuisbevallingen. De onderzoeksresultaten laten zien dat noch het verwijsgedrag (percentage overdrachten) noch het percentage begeleide thuisbevallingen gerelateerd is aan werkdruk. Thuisbevallingen (inclusief reistijd) vergen evenveel tijd aan begeleiding als poliklinische bevallingen. Ook het aantal bezoeken dat de verloskundige durante partu aan de vrouw aflegt, is niet significant verschillend tussen thuis- en poliklinisch bevallende vrouwen. Wel duren thuis afgelegde bezoeken gemiddeld iets langer dan poliklinisch afgelegde bezoeken, maar dit resulteert uiteindelijk niet in een totaal langere aanwezigheidstijd. Deze resultaten zijn niet overeenkomstig de eigen indruk die verloskundigen hierover hebben. Van der Hulst [19] rapporteerde dat verloskundigen aangaven langer aanwezig te zijn gedurende het geboorteprocess bij een thuisbevalling. Ook zeiden de verloskundigen bij thuisbevallingen vaker een bezoek af te leggen tijdens de ontsluitingsfase. Het verschil in resultaat zou verklaard kunnen worden door het gegeven dat de emotionele context waarin een gebeurtenis zich afspeelt de herinnering of in dit geval de schatting vaak kleurt. Verloskundigen geven in hetzelfde onderzoek van Van der Hulst namelijk aan dat hoewel de arbeidsvreugde groter is bij een thuisbevalling ook de arbeidsintensiteit groter is.

Vervolgens is nagegaan in hoeverre de werkdruk en het percentage bevallingen dat een verloskundige per jaar thuis begeleidt aan elkaar zijn gerelateerd. De verloskundige praktijken die deelgenomen hebben aan dit onderzoek begeleiden als groep jaarlijks zo'n 60% van de bevallingen thuis. Hoewel dit iets lager is dan de gegevens zoals de SIG deze rapporteert, is het verschil niet significant. Tussen praktijken onderling zijn echter wel verschillen in het percentage begeleide thuisbevallingen. Deze verschillen zijn echter niet terug te voeren op de werkdruk geoperationaliseerd door de gewerkte tijd per zorgseenheid, de gewerkte tijd per week, aantal inschrijvingen en begeleide partus in de praktijk of per verloskundige.

In het onderzoek zijn ook de meningen van verloskundigen gevraagd omtrent de plaats van bevallen. Een probleem bij een dergelijk onderzoek is dat attitudes zich niet altijd weerspiegelen in concreet gedrag. Ook in dit onderzoek is de interpretatie lastig. Verloskundigen die hoog scoren op de attitude- en risico-inschattingsschalen, d.w.z.

meer pro-thuisbevalling zijn, begeleiden in werkelijkheid ook inderdaad meer thuisbevallingen. Echter, verloskundigen werkzaam in solopraktijken zijn minder pro-thuisbevalling, maar begeleiden niet minder thuisbevallingen dan verloskundigen in duo- en groepspraktijken. Verder verschilt de attitude ten opzichte van de thuisbevalling niet tussen verloskundigen werkzaam in de verschillende regio's van Nederland, maar verloskundigen in de grote steden begeleiden beduidend minder thuisbevallingen dan verloskundigen elders. Deze resultaten spreken elkaar dus tegen. Eén van de redenen hiervoor kan zijn dat er een aantal variabelen zijn die van invloed zijn op het percentage thuisbevallingen die onderling ook weer met elkaar samenhangen. Om nu vast te stellen welke variabelen het meest van invloed zijn, hebben we een analyse uitgevoerd waarbij het effect van deze variabelen niet één voor één, maar in hun onderlinge samenhang is vastgesteld. Hieruit bleek dat het percentage thuisbevallingen het beste is te voorspellen door rekening te houden met de urbanisatiegraad, attitude t.o.v de thuisbevalling en de risico-inschattingsschaal. Het percentage thuisbevallingen neemt af bij een toenemende urbanisatie en verloskundigen die meer pro-thuisbevalling zijn begeleiden ook inderdaad meer thuisbevallingen. Praktijkvorm, het aantal inschrijvingen en begeleide bevallingen (berekend per verloskundige) en het aantal gewerkte uren per week bleken in dit model niet van invloed te zijn.

Uit de wijze waarop in dit onderzoek is getracht verschillen tussen praktijken in percentages thuisbevallingen te verklaren, zou men het idee kunnen krijgen dat de verloskundige degene is die de plaats van bevalling vaststelt. Hoewel de verloskundige wel enige invloed kan uitoefenen op de gekozen plaats van de bevalling, is de keus bij een fysiologische bevalling uiteraard aan de cliënte. Meer inzicht in de factoren die van invloed zijn op de keuze van de bevallingslokatie geeft het onderzoek van Wiegiers et al. [20].

Ook het verwijsgedrag blijkt op geen enkele wijze gecorreleerd te zijn met de werkdruk. Het onderzoek heeft aangetoond dat verschillen in werkdruk *tussen* verloskundigen het verschil in beleid ten aanzien van verwijzingen en plaats van de bevalling niet kunnen verklaren. Wel is het mogelijk dat individuele verloskundigen hun beleid wijzigen op grond van een in de tijd voortdurend toenemende werkdruk. Aangezien het hier een cross-sectioneel en geen longitudinaal onderzoek betreft kunnen we deze mogelijkheid niet uitsluiten.

Samenvattend: een solowerkend verloskundige begeleidt per jaar gemiddeld 50% meer cliënten dan collega's werkzaam in groepspraktijken, terwijl haar totale werktijd gemiddeld slechts 25% meer bedraagt. Verloskundigen werkzaam in duopraktijken zitten hier tussen in. Een aantal factoren speelt hierbij een rol:

- hoe meer zorgeenheden (ofwel bevallingen) per jaar hoe lager de gemiddelde werktijd per zorgeenheid
- bij een toenemend aantal begeleide partus (ofwel zorgeenheden) wordt de verhouding in de tijd besteed aan cliënt- en niet-clientgebonden zorgverlening gunstiger
- één van de redenen hiervoor is dat de tijd die verloskundigen besteden aan niet-frequente werkzaamheden identiek is aan de tijd die collega's werkzaam in duo- en groepspraktijken hieraan besteden. Zij kunnen deze echter omslaan over meer cliënten
- hoe meer zorgeenheden per jaar hoe korter de tijd besteed aan het cliëntekontakt gedurende spreekuur en huisbezoek
- verloskundigen in duo- en groepspraktijken besteden meer tijd aan het cliënte-contact gedurende spreekuur en huisbezoek per cliënte

- verloskundigen in duo- en groepspraktijken besteden meer tijd aan overleg.

Wat kunnen we op basis van deze gegevens nu concluderen? Een aantal cliëntekenmerken bleek van invloed te zijn op de tijd die verloskundigen besteden aan spreekuur, huisbezoek en de begeleiding van de baring. Praktijkvorm heeft echter meer invloed op de tijd besteed per cliënte. Verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken besteden meer tijd aan de cliënte gedurende het spreekuur en huisbezoek. Betekent dit dat ook de kwaliteit van hun zorgverlening beter is? Dit lijkt een voorbarige conclusie. Meer hoeft niet per sé beter te zijn. In het huidige onderzoek hebben we ons niet bezig gehouden met 'kwaliteit' en hebben we dit begrip derhalve ook niet nader gedefinieerd. Voor een optimale afstemming van vraag en aanbod van zorg verdient het aanbeveling hier nader onderzoek naar te verrichten.

Hoewel men vanuit een oogpunt van tijdsbesteding het solowerken zou kunnen aanbevelen, is dit om een aantal redenen niet te verkiezen. Ten eerste dient een solowerkend verloskundige 7 x 24 uur per week beschikbaar te zijn, tenzij zij een goede waarnemregeling heeft getroffen. Door deze bijna continue beschikbaarheid is het privé-leven moeilijk te beschermen. Ook overleg met collega-verloskundigen over het dagelijks verloskundig beleid is nauwelijks mogelijk. De belangstelling voor het werken in een solopraktijk neemt snel af. Cijfers uit de jaarlijks door het NIVEL uitgevoerde landelijke registratie van verloskundigen [3] laten zien dat er sinds 1980 een afname is van het aantal verloskundigen dat werkzaam is in een solopraktijk. In 1980 was de verdeling 89% van de verloskundigen werkzaam in een solopraktijk, 9% in een duo- en 2% in een groepspraktijk. In 1992 is de verhouding: 30% in solo-, 35% in duo- en 35% in een groepspraktijk. Deze observatie sluit ook aan bij de mening van verloskundigen die deelnemen aan dit onderzoek. Slechts 13% gaf aan dat zij een solo-praktijk als de meest ideale werkvorm zagen. Uiteraard heeft ook het werken in een groepspraktijk wel nadelen. De werkdruk voor degene die bevallingsdienst heeft, is groter dan voor solisten. Zij staat stand-by voor het begeleiden van een potentiële partus van een veel groter aantal cliënten. Ook dient zij een veel groter aantal cliënten te 'kennen'. Hoewel het persoonlijke contact met de cliënte niet van mindere kwaliteit hoeft te zijn, zal de contact-frequentie per verloskundige in een groepspraktijk noodgedwongen lager zijn.

Kunnen we op basis van de huidige bevindingen aanbevelingen doen om de werkdruk te verminderen? Hoewel, zoals dit onderzoek aantoonde, een aantal cliënte-kenmerken van invloed zijn op de bestede tijd, is dit een variabele die de verloskundige zelf niet in de hand heeft. Tenzij zij cliënten vooraf selecteert en dat is geen reële optie. Waar zij zelf wel enige invloed op heeft, is de tijd die zij besteedt per cliënte.

9.2 Organisatie van de verloskundige zorg

Het onderzoek geeft ook een overzicht van de wijze waarop verloskundigen de praktijkwerkzaamheden organiseren. Waar mogelijk en relevant is nagegaan in hoeverre de organisatie van de werkzaamheden gerelateerd is aan de tijd die hieraan is besteed. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt die zijn verzameld gedurende de registratie-periode. Weinig praktijken bleken een praktijk-assistente (in de functie van doktersassistente) in dienst te hebben: slechts 24 praktijken van de 115 deelnemende praktijken waarvan het merendeel groepspraktijken. Praktijken met een praktijk-assistente besteden minder tijd aan het spreekuur, doordat de assistente een gedeelte van de taken van de

verloskundige overneemt. Wel is de gerapporteerde opruimtijd na afloop van het spreekuur iets langer, mogelijkterwijs door overdracht en overleg tussen de assistente en de verloskundige. Het in dienst nemen van een assistente behoort zeker tot één van de mogelijkheden van verloskundigen om hun tijd efficiënter te gebruiken. Eenvoudige werkzaamheden worden op deze manier door een relatief goedkoper arbeidskracht uitgevoerd.

Weinig praktijken bleken ook te beschikken over een geautomatiseerde administratie: 26% van de praktijken gebruikt een computer voor de cliënten-administratie, 15% van de praktijken gebruikt deze voor de financiële administratie. Zo'n 35% van de praktijken geeft aan dat zij graag zouden willen automatiseren. In hoeverre het gebruik van een computer een tijdsbesparing oplevert, was gezien het geringe aantal praktijken helaas niet na te gaan.

Hoewel de resultaten een goed overzicht geven van de praktijk-organisatie, levert het geen duidelijke handvatten voor een efficiency-verbetering.

9.3 Uittreden en herintreden

In de afgelopen jaren is een ontwikkeling in gang gezet waarin steeds minder verloskundigen tot hun pensioen blijven werken. Opvallend daarbij is dat van degenen die in de afgelopen jaren definitief een punt achter hun werkzaamheden hebben gezet een groot deel (45%) vanwege gezondheidsredenen is gestopt. Welke gezondheidsredenen daarbij een rol hebben gespeeld is niet bekend. Gezien de omvang van deze problematiek zou nader onderzoek gewenst zijn.

Onder de uittreders bevindt zich ook een tamelijk jonge groep verloskundigen die met de werkzaamheden is gestopt vanwege het gezin (zwangerschap e.d.) of vanwege het feit dat de partner elders werk heeft gekregen en men al dan niet gedwongen was te verhuizen. Een groot deel van deze uittreders heeft overigens plannen om binnen afzienbare tijd de werkzaamheden te hervatten. Van alle uittreders in de periode 1990-1993 heeft 60% plannen om weer aan het werk te gaan of heeft deze plannen reeds gerealiseerd. Een groot deel (42%) van deze groep zou liefst weer aan de slag willen gaan als waarneemster. Met enige voorzichtigheid zou daaruit kunnen worden afgeleid dat men geen ambities heeft om full-time te gaan werken, maar dat wellicht gedwongen door de situatie (zorg voor kinderen) men alleen als part-timer zou willen terugkeren. Het aantal 'tijdelijke uittreders' zou beperkt kunnen worden als er mogelijkheden zouden zijn om de werkzaamheden anders in te richten (korter werken, andere functie). Bijna 63% gaf te kennen dat men was blijven werken als deze mogelijkheden er waren geweest.

Van de verloskundigen die in de periode 1990-1993 zijn heringetreden heeft 68% geen bijscholingscursus gevolgd. Achteraf gezien heeft bijna de helft spijt dat men zich niet heeft laten bijscholen. Gezien het huidige tekort aan verloskundigen en de daarmee deels samenhangende groei van het aantal herintreders zou het aanbeveling verdienen het aantal bijscholingscursussen verder uit te breiden.

De resultaten van deze studie naar uittreden en herintreden zullen een belangrijke rol kunnen spelen bij het opstellen van toekomstige behoefteramingsstudies voor de beroepsgroep verloskundigen. Gegevens over het uittreden en herintreden spelen immers een essentiële rol in dit soort studies.

9.4 Ten slotte

Het landelijke beleid van de regering ten aanzien van verloskunde in het algemeen en het aandeel van de verloskundige in het bijzonder is verwoord in het Regeringsstandpunt Verloskunde [17], dat is opgesteld naar aanleiding van het eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde 'Verloskundige Organisatie in Nederland: Uniek, bewonderd en verguisd' [14]. Aanleiding voor het instellen van deze Adviescommissie was onder meer het standpunt van de Staatssecretaris, dat het verantwoord is en ook de voorkeur geniet dat een bevalling die naar verwachting normaal zal verlopen, thuis zal plaatshebben. Destijds in 1984 was echter te constateren dat er een verschuiving plaatsvond van thuisbevallingen naar klinische en poliklinische bevallingen en van verloskundige zorg verleend door de huisarts en verloskundige naar zorg verleend door een gynaecoloog. Op grond van deze observaties heeft Staatssecretaris Van der Reijden in 1984 de Adviescommissie Verloskunde ingesteld die tot taak kreeg de bewindsman te adviseren over de organisatie van de verloskundige zorgverlening in Nederland. In haar eindrapport doet de Adviescommissie een aantal aanbevelingen waaronder de volgende. De huidige normpraktijk van de verloskundige acht de Adviescommissie te hoog gesteld. Er dient onderzoek te worden verricht, opdat de resultaten ervan mede betrokken kunnen worden bij de vaststelling van een lagere normpraktijk. De Staatssecretaris is bereid een onderzoek te laten verrichten naar de optimale praktijkgrootte vanuit een oogpunt van werkbelasting, kwaliteit van de zorg en het voorkómen van onnodige verwijzingen naar de tweedelij. Hierbij dient ook te worden nagegaan in hoeverre er een samenhang is tussen de werkdruk van de verloskundige en de mate waarin zij poliklinische bevallingen begeleidt. Het streven van het kabinet is er immers op gericht de bevalling in de thuissituatie te stimuleren.

In het voorliggende rapport is verslag gedaan van het naar aanleiding hiervan verrichte onderzoek. Dit onderzoek was met name gericht op de tijdsbesteding van verloskundigen, de determinanten van verschillen in tijdsbesteding en de gevolgen hiervan voor het verloskundig handelen. Verder is de verloskundige praktijkvoering geïnventariseerd en zijn de mate en reden van uittreden en herintreden nader belicht.

Wat betekenen de in dit rapport beschreven onderzoeksbevindingen nu tegen de achtergrond van het landelijk beleid? Zoals gezegd is dit beleid erop gericht medicalisatie zo veel als mogelijk te voorkomen en de thuisbevalling te stimuleren. De vrees bestond zowel bij het Ministerie van WVC als de NOV [18] dat de hoge werkdruk van verloskundigen dit beleid zou doorkruisen. Ten eerste lijkt het erop dat verloskundigen zelf de duur van hun werkweek regelen door de praktijkgrootte aan te passen. Dit geldt met name voor verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken. Zij begeleiden gemiddeld minder cliënten dan collega's in solopraktijken. In hoeverre zij echter bij een dergelijke praktijkgrootte het norminkomen kunnen behalen is in dit onderzoek niet onderzocht. Wel biedt dit onderzoek de nodige gegevens uit de dagelijkse praktijk om tot een onderbouwing te komen van de elementen waarop de normatieve praktijkgrootte voor de vaststelling van de tarieven is gebaseerd. Voor het vermoeden dat de hoge werkdruk het beleid van demedicalisatie zou doorkruisen, zijn in dit onderzoek geen aanwijzingen gevonden. In de huidige situatie, waarin een tekort aan verloskundigen bestaat, is niet aangetoond dat het percentage thuisbevallingen en verwijsgedrag (percentage overdrachten) gerelateerd zijn aan werkdruk. Met andere woorden er vindt op initiatief van de verloskundige geen verschuiving plaats van zorg naar de tweede lijn. In hoeverre het aandeel van de verloskundige in de totale zorg zou

toenemen indien het tekort aan verloskundigen zou verdwijnen, is op basis van de huidige resultaten niet te zeggen.

In het onderzoek zijn wel aanwijzingen gevonden dat werkdruk een factor is bij het uittreden van verloskundigen uit hun werk. Voor veel verloskundigen blijkt het niet mogelijk te zijn gezin en baan te combineren. Aangezien er toch al sprake is van een tekort aan verloskundigen in de zin van grote krapte op de arbeidsmarkt, zou een vicieuze cirkel kunnen optreden van hoge werkdruk, verhoogd uittreden en een toenemend tekort aan verloskundigen. Tegelijkertijd is te verwachten dat de huidige tendens in de richting van duo- en groepspraktijken zich voortzet. Immers, er bestaat bij de vrijgevestigde verloskundigen (ook bij solowerkenden) een duidelijke voorkeur voor het werken in een duo- of groepspraktijk. Het gegeven dat solowerkende verloskundigen gemiddeld meer zorgeenheden (bevallingen) per jaar begeleiden dan collega's in duo- en groepspraktijken, heeft zeker ook consequenties voor de toekomstige behoefte aan verloskundigen. Om in de toekomst de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorgverlening te kunnen blijven garanderen, verdient het dan ook aanbeveling om in een behoeftegerichte manier het toekomstige aanbod van verloskundigen en de te verwachten vraag te onderzoeken.

10. SAMENVATTING

De in dit rapport besproken onderzoeksvragen omvatten drie thema's. Een eerste thema is de tijdsbesteding van verloskundigen. Het gaat hier om het vaststellen van de werktijd, de determinanten van verschillen in tijdsbesteding en de gevolgen hiervan voor het verloskundig handelen. Een tweede thema behelst de praktijkorganisatie van verloskundigen, waar we een overzicht geven van de verloskundige praktijkvoering. Als laatste wordt de omvang van uit treden en herintreden geïnventariseerd en de redenen om een dergelijke stap te nemen.

Het onderzoek vallend onder de eerste twee thema's is uitgevoerd onder 115 vrijgevestigde verloskundige praktijken, waarin 269 verloskundigen werkzaam waren (hoofdstuk 2). Bij de selectie is een verdeling gemaakt naar praktijkvorm (solo-, duo- en groepspraktijk) en urbanisatiegraad (ruraal, suburbaan, urbaan en grote steden). De in de deelnemende praktijken werkzame verloskundigen hebben gedurende drie weken bijgehouden hoeveel tijd zij besteedden aan professionele activiteiten. Daarnaast zijn vragenlijsten ingevuld naar de tijd besteed aan minder frequent voorkomende werkzaamheden en de praktijkorganisatie.

De duur van de werkweek is afhankelijk van de praktijkgrootte. Aangezien elke verloskundige weet hoeveel partus zij en haar collega's begeleiden, is besloten uit te gaan van het aantal begeleide bevallingen per jaar. Als maat voor de praktijkgrootte gebruiken we daarom in dit onderzoek het aantal zorgeenheden per jaar, hetgeen overeenkomt met het aantal begeleide bevallingen per jaar, inclusief de durante partu verwezen cliënten. In tegenstelling tot de door het COTG gehanteerde definitie, zit hier impliciet inbegrepen de partiële zorg verleend aan bijvoorbeeld cliënten die prenataal zijn doorverwezen of alleen voor het kraambed onder zorg zijn bij de verloskundige. In het kader van dit onderzoek was het dan ook niet mogelijk aan te sluiten bij de door het COTG gehanteerde systematiek voor de berekening van de normatieve praktijkgrootte (hoofdstuk 4.2.1). Wel biedt het onderzoek de nodige gegevens om tot een onderbouwing te komen van de elementen waarop de normatieve praktijkgrootte voor de vaststelling van de tarieven is gebaseerd.

Indien we er vanuit gaan dat een jaar 46 werkweken heeft, is de gemiddelde werkweek van vrijgevestigde verloskundigen 43 uur, waarbij zij 117 zorgeenheden (bevallingen) begeleiden per jaar (hoofdstuk 4.3). Solowerkende verloskundigen hebben een langere werkweek (50 uur) en verloskundigen werkzaam in duo- of groepspraktijken korter, resp. 41 en 39 uur. Met name verloskundigen in duo- en groepspraktijken lijken zelf de duur van hun werkweek te reguleren door de praktijkgrootte te beperken. Solowerkende verloskundigen begeleiden gemiddeld 152 zorgeenheden (bevallingen) per jaar tegenover 111 en 99 voor collega's in duo- en groepspraktijken. In een verloskundige praktijk dient altijd een verloskundige paraat te zijn voor het verlenen van verloskundige hulp. Het aantal uren doorgebracht in dergelijke bevallingsdiensten is niet afhankelijk van de praktijkgrootte, maar van de praktijkvorm en de eventuele waarneemregelingen (hoofdstuk 4.4.2). Een gedeelte van het werk van de verloskundige zal plaatsvinden gedurende bevallingsdiensten. Indien we er in het gunstigste geval van uitgaan dat alle gewerkte uren vallen in een bevallingsdienst, dan betekent dit dat solisten naast hun werk nog 118 uur beschikbaar zijn. Verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken zijn minimaal nog 43 uur respectievelijk 17 uur beschikbaar. Indien niet alle werkuren vallen binnen de bevallingsdienst, neemt het aantal uren waarop men niet werkt, maar wel

beschikbaar is voor noodgevallen toe. Dit is bijvoorbeeld het geval als er in een week, naast bevallingsdiensten ook dagen zijn waarop men wel werkt, bijv. spreekuur draait, maar geen bevallingsdienst heeft. Voor verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken kan dit oplopen tot maximaal 84 uur en 56 uur. Solowerkende verloskundigen zijn indien zij geen waarneming hebben geregeld maximaal $7 \times 24 \text{ uur} = 168 \text{ uur}$ beschikbaar per week.

De werkzaamheden van verloskundigen zijn onder te verdelen in cliënt- en niet-clientgebonden werkzaamheden (hoofdstuk 5.1). Onder cliëntgebonden werkzaamheden verstaan we werkzaamheden waarvan de tijdsbesteding direct is te relateren aan één cliënte. Voorbeelden zijn spreekuur, huisbezoek, klinische bezoeken en het begeleiden van baringen. Niet-clientgebonden werkzaamheden zijn bijvoorbeeld overleg, telefonisch spreekuur, administratie en niet-frequente werkzaamheden als congresbezoek, bijscholing, kringvergaderingen, voorlichtingsactiviteiten en het bijhouden van vakliteratuur. Opvallend is dat de tijd besteed aan niet-clientgebonden activiteiten gemiddeld hetzelfde is voor verloskundigen en onafhankelijk van de praktijkgrootte (het aantal zorgseenheden per jaar per verloskundige). De tijd besteed aan cliëntgebonden activiteiten is vanzelfsprekend wel afhankelijk van het aantal cliënten: hoe meer zorgseenheden hoe meer tijd besteed wordt. Dit betekent dat verloskundigen die per jaar weinig zorgseenheden begeleiden verhoudingsgewijs meer tijd besteden aan niet-clientgebonden werkzaamheden. Aangezien verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken minder zorgseenheden begeleiden dan solowerkende verloskundigen, heeft dit gevolgen voor hun tijdsverdeling.

Vervolgens zijn we nagegaan in hoeverre cliënte- en praktijkkenmerken van invloed zijn op de contacttijden met een cliënte (hoofdstuk 5.2 e.v.). Het onderzoek naar de invloed van cliënte-kenmerken heeft een aantal verrassende resultaten opgeleverd. Etnische achtergrond of moeilijke communicatie door taalproblemen bleek niet van invloed te zijn op de tijd besteed aan deze vrouwen gedurende spreekuur, huisbezoek en bevalling. Thuisbevallingen kosten net zoveel tijd als poliklinische bevallingen. Ook durante partu overgedragen bevallingen kosten gemiddeld niet meer begeleidingstijd dan partus die volledig onder verantwoordelijkheid van de verloskundige plaatsvinden. De tijd besteed aan de zgn. 'losse kraambedden' is gemiddeld iets lager dan de tijd besteed aan cliënten waarbij de verloskundige zelf de partus begeleidde. Primiparae kosten gemiddeld iets meer tijd dan multiparae. Ook de aanwezigheid van kraamzorg is van invloed op de bestede tijd: vrouwen zonder kraamzorg en vrouwen met 5-uurszorg (40 uur in 8 dagen) kosten meer begeleidingstijd dan vrouwen met wijkkraamzorg (24 uur verdeeld over 8 dagen) of interne kraamzorg (64 uur in 8 dagen).

Praktijkvorm is van invloed op de tijd besteed aan het cliënte-kontakt gedurende spreekuur en huisbezoek. Solopraktijken besteden minder tijd per cliënte, hetgeen verklaard kan worden door het aantal begeleide zorgseenheden. Hoe groter de praktijk (d.w.z. meer zorgseenheden per jaar per verloskundige) hoe korter de tijd besteed aan het cliëntekontakt gedurende spreekuur en huisbezoek. Praktijkvorm is ook van invloed op de tijd besteed aan overleg. Inherent aan de praktijkvorm besteden verloskundigen in duo- en groepspraktijken hier meer tijd aan.

De gegevens kunnen we als volgt samenvatten: een solowerkend verloskundige begeleidt per jaar gemiddeld 50% meer cliënten dan collega's werkzaam in groepspraktijken, terwijl haar totale werktijd gemiddeld slechts 25% meer bedraagt. Verloskundigen

werkzaam in duopraktijken zitten hier tussen in. Een aantal factoren speelt hierbij een rol:

- hoe meer zorgenheden (ofwel bevallingen) per jaar hoe lager de gemiddelde gewerkte tijd per zorgenheid
- bij een toenemend aantal begeleide partus (ofwel zorgenheden) wordt de verhouding in de tijd besteed aan cliënt- en niet-clientgebonden zorgverlening gunstiger
- één van de redenen hiervoor is dat de tijd die solowerkende verloskundigen besteden aan niet-frequente werkzaamheden identiek is aan de tijd die collega's werkzaam in duo- en groepspraktijken hieraan besteden. Zij kunnen deze echter 'omslaan' over meer cliënten
- hoe meer zorgenheden per jaar hoe korter de tijd besteed aan het cliëntcontact gedurende spreekuur en huisbezoek
- solowerkende verloskundigen besteden minder tijd aan het cliënte-contact gedurende spreekuur en huisbezoek per cliënte
- verloskundigen in duo- en groepspraktijken besteden meer tijd aan overleg.

In hoofdstuk 6 toonden we aan dat verwijsgedrag en het percentage bevallingen dat een verloskundige gemiddeld per jaar thuis begeleidt niet gerelateerd zijn aan de gewerkte tijd per zorgenheid, de gewerkte tijd per week, het aantal inschrijvingen en zorgenheden. In hoofdstuk 7.2.3 beschreven we dat het percentage thuisbevallingen in een praktijk het beste is te voorspellen door rekening te houden met urbanisatiegraad en de mening van verloskundigen omtrent de plaats van bevalling. Verloskundigen die werkzaam zijn in de grote steden begeleiden significant minder thuisbevallingen. De houding van verloskundigen tegenover de thuisbevalling en de mate waarin zij risico's inschatten zijn eveneens van invloed.

Het onderzoek naar de verloskundige praktijkvoering geeft een gedetailleerd beeld van de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd (hoofdstuk 7). Waar dit van toepassing was, zijn relaties gelegd tussen de organisatie van de werkzaamheden en de hieraan bestede tijd. Uit deze analyses komt niet naar voren dat belangrijke tijdswinst kan worden verkregen door veranderingen in de organisatie van de praktijk. Opvallend was wel het geringe aantal praktijken dat gebruik maakt van een computer voor de administratie. Hier zijn dus zeker nog mogelijkheden aanwezig om de omvangrijke administratie te stroomlijnen. Weinig praktijken bleken een praktijk-assistente in dienst te hebben. Die verloskundigen met een assistente gedurende het spreekuur, besteden minder tijd aan de cliënte-contacts, doordat de assistente een gedeelte van de taken overneemt.

Het onderzoek naar omvang en redenen van uittreden en herintreden is uitgevoerd onder verloskundigen die in de periode 1990-1993 zijn uitgetreden en/of heringetreden (hoofdstuk 8). Een groot deel van de verloskundigen die uittraden (45%) deden dit om gezondheidsredenen en voor zij de pensioengerechtigde leeftijd bereikten. Onder de uittreeders bevindt zich ook een groep verloskundigen (14% van het totaal) die met de werkzaamheden is gestopt vanwege het gezin (zwangerschap e.d.) of vanwege het feit dat de partner elders werk heeft gekregen en men al dan niet gedwongen was te verhuizen (9% van het totaal). Bijna 63% van de uittreeders gaf aan dat zij wel hadden willen blijven werken als daartoe de mogelijkheden hadden bestaan zoals bijvoorbeeld korter werken of een andere functie.

Van alle uittreeders in de periode 1990-1993 heeft 60% plannen om weer aan het werk te gaan of heeft deze plannen reeds gerealiseerd. Een groot deel (42%) van deze groep

zou het liefst weer aan de slag willen gaan als waarneemster. Van degenen die in de periode 1990-1993 weer zijn heringetreden heeft 32% zich laten bijscholen. Dit percentage is hoger voor degenen die meer dan vijf jaar niet meer hadden gewerkt. Bijscholing wordt achteraf, ook door degenen die dit niet hebben gedaan, als erg belangrijk beschouwd.

LITERATUUR

1. Crébas, A.H.A. *Beroepskrachtenvoorziening. Nota I. Meer verloskundigen nodig voor een kwalitatief optimaal netwerk van verloskundige zorgverlening*. Bilthoven: NOV, 1992.
2. Crébas, A.H.A. *Beroepskrachtenvoorziening. Nota II. Het beroep van de verloskundige: een passend beroep voor vrouwen?* Bilthoven: NOV, 1992.
3. Hingstman, L. en Pool, J.B. *Cijfers uit de registratie van beroepen in de eertselijnsgezondheidszorg 1992*. Utrecht: NIVEL, 1992.
4. Jabaaij, L., Winckers, M. en Meijer, W. *Het werk van de verloskundige in Nederland. Voorlopige resultaten van de gemiddelde tijdsbesteding per zorggeval*. Utrecht: NIVEL, 1993.
5. de Jonge, R. en Tielen, L. *Tijdmanagement in de huisartspraktijk*. Utrecht: Stichting O&O, 1992.
6. van den Hombergh, P., Grol, R. en Smits, A. *Toetsinstrument Praktijkvoering*. Nijmegen: WOK/NHG, 1992.
7. SIG-zorginformatie, *Jaarboek Verloskunde 1991*. Utrecht: Van Nieuwenhuijsen B.V., 1992.
8. Cochran, W.G. *Sampling techniques*. New York: John Wiley & Sons, 1977.
9. Wieggers, T., Berghs, G., Meijer, W. en Kersten, D. De verloskundige en haar praktijk in Gelderland. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 18:298-306, 1993.
10. Knulst, W.P. en van Beek, P. *Tijd komt met de jaren*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1990.
11. Kerkstra, A. en de Wit, A.M.G.J. *Het werk van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: instrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 1987.
12. Vorst-Thijssen, T., Brink van der-Muinen, A. en Kerkstra, A. *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 1990.
13. Groenewegen, P.P., Hutten, J.B.F. en van der Velden, K. List size, composition of practice en general practitioners' workload in the Netherlands. *Soc.Sci.Med.* 34:263-270, 1992.
14. Adviescommissie Verloskunde. *Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.

15. Jansen, P.G.M. en Meijer, W.J. *Verkennde studie naar de voorgestelde splitsing van de thuiszorg*. Utrecht: NIVEL, 1993.
16. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Modernisering zorgsector. Brief van de staatssecretaris van WVC aan de Ziekenfondsraad dd. 14 december 1992. Kenmerk VMP/VA-922263*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
17. Dees, D.J.D. *Brief van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Regeringsstandpunt verloskunde, n.a.v. het eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde 'Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd'*. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1989.
18. Ministerie van WVC, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen *De structuur en positie van de beroepsgroep van verloskundigen*, Rijswijk/Bilthoven: 1992.
19. van der Hulst, L.A.M. De relatie tussen plaats van bevalling en beroepshandelen. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 18:471-480, 1993.
20. Wiegers, T. en Berghs, G. *Bevallen thuis of poliklinisch?* Utrecht: NIVEL, 1994.
21. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Bevolkingsprognose voor Nederland, 1988-2050*. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1989.
22. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Statistisch jaarboek 1994*. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1994.
23. Crébas, A.H.A. *Beroepsomschrijving verloskundigen*, Bilthoven: NOV, 1992.
24. Hingstman, L. en Harmsen, J. *Beroepen extramurale gezondheidszorg, 1994*. Utrecht: De Tijdstroom/NIVEL, 1994.

BIJLAGE 1

Berekening van gewogen gemiddelde, variantie, betrouwbaarheidsinterval

Voor het berekenen van de gewogen gemiddelden, variantie en de daarbij behorende betrouwbaarheidsintervallen is gebruik gemaakt van Cochran {67}.

De formules voor het berekenen van het gewogen gemiddelde van een gestratificeerde steekproef luidt:

$$\bar{y}_{st} = \frac{\sum_{h=1}^L N_h \bar{y}_h}{N}$$

waarbij

- y_h gemiddelde in het stratum h
- s_h^2 variantie in het stratum h
- y_{st} het gewogen gemiddelde van de gestratificeerde steekproef
- N_h aantal praktijken resp. verloskundigen in stratum h in Nederland
- n_h aantal praktijken resp. verloskundigen in stratum h in de steekproef
- N totaal aantal praktijken resp. verloskundigen

(in woorden: het gewogen gemiddelde van een gestratificeerde steekproef is de som van het gevonden gemiddelde van de afzonderlijke strata vermenigvuldigd met het landelijk aantal praktijken in het stratum gedeeld door het totale aantal praktijken resp. totale aantal verloskundigen.)

De hierbij horende variantie luidt:

$$V(\bar{y}_{st}) = \frac{1}{N^2} \sum_{h=1}^L N_h (N_h - n_h) \frac{s_h^2}{n_h}$$

en het daaruit afgeleide betrouwbaarheidsinterval

$$\bar{y}_{st} \pm 1.96 s(\bar{y}_{st})$$

Indien de gegevens betrekking hebben op praktijken is gewogen op praktijkniveau. De weegfactor is afgeleid van het aantal praktijken in elk stratum in Nederland. Tabel 1 geeft een overzicht van het landelijk aantal verloskundige praktijken per stratum. Hieruit kunnen eenvoudig de weegfactoren worden afgeleid. Tabel 2 geeft een overzicht van de weegfactoren per stratum.

Tabel 1. Overzicht landelijk aantal verloskundige praktijken per stratum (cijfers 31-12-1992)

urbanisatiegraad	praktijkvorm			totaal
	solo	duo	groeps	
UG 1	99	46	16	161
UG 2	85	49	39	173
UG 3	29	27	33	89
UG 4	11	14	22	47
totaal	224	136	110	470

Tabel 2. Overzicht weegfactoren verloskundige praktijken per stratum

urbanisatiegraad	praktijkvorm			totaal
	solo	duo	groeps	
UG 1	0,21	0,10	0,03	0,34
UG 2	0,18	0,11	0,08	0,37
UG 3	0,06	0,06	0,07	0,19
UG 4	0,02	0,03	0,05	0,10
totaal	0,47	0,30	0,23	1,00

BIJLAGE 2

Vragenlijst 'praktijkenmerken'

VRAGENLIJST: Praktijk-kenmerken.

Code verloskundige:

Datum:

PRAKTIJK-SAMENSTELLING

1. Binnen welke praktijkvorm bent u werkzaam?
- 0 ik heb een solopraktijk
0 ik werk in een duopraktijk
0 ik werk in een groepspraktijk van in totaal verloskundigen
2. Wat vindt u de meest ideale praktijkvorm?
- 0 solopraktijk
0 duopraktijk
0 groepspraktijk van verloskundigen
3. Indien u een duo/groepspraktijk heeft, heeft u dan afzonderlijke of gemeenschappelijke cliënten?
- 0 in principe afzonderlijk
0 in principe gemeenschappelijk
4. Indien u niet in een solopraktijk werkzaam bent, kunt u dan aangeven wat de tijdsverdeling is tussen u en uw collega's? (de totale arbeidstijd van alle verloskundigen, incl. degenen in loondienst in de praktijk is 100 %). Geef de achternaam van de betreffende collega
- | | | |
|------------------|--------|-------|
| ikzelf | ..... | % |
| collega 1: ..... | ..... | % |
| collega 2: ..... | ..... | % |
| collega 3: ..... | ..... | % |
| collega 4: ..... | ..... | % |
| collega 5: ..... | ..... | % |
| | ----- | |
| | totaal | 100 % |
5. Heeft uw praktijk een achterwacht-regeling indien u 'dubbel' zit gedurende een bevallingsdienst?
- 0 één van de collega-verloskundigen uit eigen praktijk heeft achterwacht, d.w.z. is altijd bereikbaar
0 er is geen achterwacht, in noodgevallen, bel je een collega in de eigen praktijk
0 ik kan eventueel een collega-verloskundige uit een buur-praktijk bellen
0 anders, nl.-
....
6. Hoe vaak per jaar gebeurt het in uw praktijk dat een collega-verloskundige in moet vallen omdat de dienstdoende verloskundige 'dubbel' zit?
- keer per jaar

Onze praktijk heeft verloskundige(n) in loondienst (exclusief vaste waarneming) voor gemiddeld uur per drie maanden.

Onze praktijk heeft verloskundige(n) *zonder eigen praktijk* voor vaste waarneming voor gemiddeld uur per drie maanden.

In onze praktijk wordt voor uur per drie maanden intercollegiale waarneming gedraaid door verloskundigen met een eigen praktijk (bijv. voor weekenddienst).

Wat zijn uw mogelijkheden voor waarneming bij bijv. vakantie of vrije dagen?

- 0 waarneembureau
- 0 eigen waarneemster
- 0 collega-verloskundigen uit de eigen praktijk
- 0 collega-verloskundige uit een buurpraktijk
- 0 anders, nl.....

Wat zijn uw mogelijkheden voor waarneming bij bijv. onverwachte ziekte?

- 0 waarneembureau
- 0 eigen waarneemster
- 0 collega-verloskundige uit de eigen praktijk
- 0 collega-verloskundige uit een buurpraktijk
- 0 zelf doorlopen
- 0 anders, namelijk:.....

Kunt u aangeven of uw praktijk zoekt naar extra verloskundige hulp?

- 0 ja, een associatie-partner, voor % van de praktijk
- 0 ja, vaste waarneming voor uren per drie maanden
- 0 ja anders, nl.
- 0 nee

Hoeveel uur heeft een verloskundige normaliter achter elkaar bevallingsdienst in uw praktijk?
(voor solopraktijken: tijd tussen 2 waarnemingen)

..... uur

Wat is het beleid in uw praktijk t.a.v. het (laten) maken van echo's gedurende de zwangerschap?

- 0 standaard na/bij het eerste bezoek
- 0 een echo in ieder geval één keer gedurende de zwangerschap
- 0 alleen op medische indicatie
- 0 evt. op verzoek van de zwangere
- 0 anders, nl.

15. Kunt u een schatting maken van de hoeveelheid tijd die u gemiddeld *per 4 weken* besteedt aan overleg met cliënten die een echo willen laten maken zonder dat daar een medische indicatie voor bestaat? minuten per 4 weken
16. Beschikt uw praktijk over een eigen echo-apparaat?

0 nee

0 ja, samen met andere praktijk(en)

0 ja, eigen echo voor onze praktijk
17. Past uw praktijk alternatieve geneeswijzen toe?

0 nee ---> naar vraag 20

0 ja, maar alleen als cliënte daarom verzoekt

0 ja, zowel op mijn eigen initiatief als van cliënten
18. Welke alternatieve geneeswijzen past u toe in uw praktijk?

0 reflexologie

0 anthroposofie

0 homeopatie

0 haptonomie

0 anders, nl.
19. Kost u dit extra tijd bovenop de reguliere verloskundige werkzaamheden?

0 nee

0 ja minuten per 4 weken

BEREIKBAARHEID

20. Houdt uw praktijk telefonisch spreekuur?

0 nee ----> naar vraag 23

0 ja, apart telefonisch spreekuur

0 ja, tijdens gewone spreekuur ----> vraag 22
21. Zo ja, op hoeveel dagen van de week houdt uw praktijk telefonisch spreekuur?

op dagen van de week, voor in totaal uur, waarvan uur vallen tussen 8 en 18 uur, en uur vallen na 18 uur.
22. Krijgt u buiten het telefonisch spreekuur veel telefoon van cliënten?

0 nee

0 ja, dit vind ik erg storend

0 ja, maar dit stoort me meestal niet

Wat is de afstand van uw huis tot het ziekenhuis waar u de meeste poliklinische bevallingen doet, en hoe lang doet u er over om het met de auto te bereiken?

..... km
 minuten per auto overdag
 minuten per auto 's nachts

Wat is de geschatte afstand tussen de 2 uiterste punten in uw praktijkgebied en hoe lang doet u er over met de auto?

..... km
 minuten per auto overdag
 minuten per auto 's nachts

Kunt u in geval van spoed normaliter binnen 15 min. aanwezig zijn voor verloskundige hulp?

ja
 meestal wel
 bijna nooit
 nee

Bent u hier tijdens waarneming voor een andere praktijk ook toe in staat?

n.v.t.
 nee
 bijna nooit
 meestal wel
 ja

ADMINISTRATIE

Welk systeem wordt in uw praktijk gehanteerd om cliëntengegevens bij te houden?

geautomatiseerd systeem (computer)
 zwangerschapskaarten (rode band)
 à terme boek waarin ook de partusverslagen
 à terme boek
 partusverslagen-boek
 boek met overzicht nieuwe en herhaalde inschrijvingen
 dubbel kaartsysteem
 boek met bijzonderheden t.b.v. de overdracht van de dienst
 anders, nl.

Doet uw praktijk mee aan de Landelijke Verloskunde Registratie - eerste lijn (SIG)?

nee
 ja ----> naar vraag 30

Kunt u de reden aangeven waarom uw praktijk niet meedoet aan de LVR-registratie?

.....

30. Doet u mee aan andere registratie-systemen?
- nee
 - registratie-systeem ziekenhuis
 - anders, namelijk:
31. Hoe is de administratie geregeld als een cliënte bijna is uitgerekend, zodat de gegevens beschikbaar zijn bij de bevalling?
- cliënte krijgt de zwangerschapskaart mee naar huis en neemt deze bij elk spreekuur-bezoek mee
 - de zwangerschapskaart wordt vanaf het 1e bezoek overgeschreven voor de dienstdoende VK (dubbel systeem)
 - de zwangerschapskaart wordt na elk spreekuur-bezoek gekopieerd voor de dienstdoende VK
 - de zwangerschapskaart wordt gekopieerd bij bepaald aantal weken en vervolgens worden gegevens bijgeschreven voor dienstdoende VK
 - de zwangerschapskaart wordt bij een bevalling opgehaald op de praktijk
 - ik heb de zwangerschapskaart niet altijd bij me bij de bevalling
 - in ieder geval heb ik altijd een á terme boek bij me met minimale gegevens van de cliënte
 - de dienstdoende VK heeft de originele (en enige) zwangerschapskaart altijd bij zich
 - anders, nl.
32. Waar noteert u het partusverslag?
- zwangerschapskaart
 - partusverslagen boek
 - LVR-formulier
 - anders, nl.
33. Welk systeem wordt in uw praktijk gehanteerd voor de dagelijkse financiële administratie (meerdere antwoorden mogelijk)?
- geautomatiseerd systeem
 - handmatig
 - anders, namelijk:
34. Wie doet de dagelijkse financiële administratie?
- de assistente
 - ik-(wij-)zelf
 - boekhouder/accountant
 - anders, nl.

- . Hoeveel tijd wordt in uw praktijk (dus niet per verloskundige) per 4 weken besteed aan de dagelijkse financiële administratie? uur per 4 weken
- . Wie verzorgt de minder frequente financiële administratie, zoals het jaarverslag en belastingformulieren?
 ik-(wij-)zelf
 boekhouder/accountant
 anders, nl.....
- . Heeft uw praktijk achterstand in de financiële administratie?
 nee
 ja, schatting aantal uren:
- . Heeft uw praktijk achterstand in de cliënten-administratie?
 nee
 ja, schatting aantal uren:
- . Bent u tevreden met de organisatie van de praktijk-administratie?
 ja
 kon beter
 nee
- . Zoudt u aan kunnen geven wat er evt. in de praktijk-administratie verbeterd kan worden?

- . Maakt u een verloskundig jaarverslag van uw eigen praktijk?
 ja
 nee ----> naar vraag 43
- . Bespreekt u dit jaarverslag met anderen?
 nee
 ja, met praktijk-collega's
 binnen verloskundige kring
 gynaecologen
 anders, nl.

AMENSTELLING CLIENTENBESTAND

- . Heeft u cliënten uit een asielzoekerscentrum of ROA-behuizing in uw praktijk-gebied?
 nee
 ja, ± per jaar
- . Hoeveel procent van uw cliënten spreekt geen nederlands? %

45. Kunt u aangeven wat de etnische achtergrond is van de zwangere vrouwen uit uw praktijk? (deze cijfers kunt u kunt u vinden in het LVR-jaarverslag)
- % nederlands
 - % mediterraan
 - % ander europees
 - % creools
 - % hindoestaans
 - % aziatisch
 - % overig
 -
 - samen 100 %

46. Kunt u een schatting geven van het percentage hoger opgeleiden in uw praktijk?
- % van de cliënten

47. Kunt u een schatting geven van het percentage cliënten in de praktijk dat in aanmerking komt voor prenatale diagnostiek (bijv. vruchtwaterpunctie) en hoeveel tijd u besteedt aan voorlichting hierover?
- % van de cliënten
- minuten per 4 weken

SPREEKUUR

48. Op hoeveel plaatsen houdt uw praktijk spreekuur?
- plaats(en)
49. Beschikt u over spreekruimte aan huis?
- 0 nee
 - 0 ja, bij één van de collega's aan huis
 - 0 ja, bij mij zelf aan huis
50. Deelt uw praktijk de spreekruimte met andere beroepsgroepen?
- 0 nee
 - 0 ja, nl.
51. Indien, ja, hoeveel tijd besteedt u per spreekuur gemiddeld aan het klaar zetten *en* opruimen van de door u gebruikte spullen (meubilair, e.d.)?
- minuten per spreekuur
52. Maken u of evt. collega's zelf de spreekruimte schoon?
- 0 nee
 - 0 ja
53. Houdt uw praktijk spreekuur op afspraak?
- 0 ja
 - 0 nee, anders nl.

Op hoeveel dagen van de week houdt uw praktijk spreekuur?

op dagen van de week, voor in totaal uur, waarvan uur vallen tussen 8 en 18 uur, en uur vallen na 18 uur

Indien uw praktijk een avondspreekuur heeft, kunt u dan aangeven waarom?

0 n.v.t.
 0 om werkende vrouwen de gelegenheid te geven op het spreekuur te komen
 0 de (werkende) partner van de zwangere kan dan gemakkelijk meekomen
 0 praktijken in de omgeving doen het ook
 0 anders, nl.

Indien uw praktijk geen avondspreekuur heeft, waarom niet?

0 n.v.t.
 0 kost me teveel tijd
 0 geen behoefte bij doelpopulatie
 0 geen geschikte spreekruimte aanwezig
 0 anders, nl.

Loopt uw spreekuur wel eens uit?

0 nooit
 0 zelden
 0 regelmatig
 0 bijna altijd
 0 altijd

Kunt u aangeven welke hulp uw praktijk heeft?

0 geen enkele hulp ----> naar vraag 61
 0 assistente, die uur per week aanwezig is gedurende het spreekuur en uur per week buiten het spreekuur
 0 iemand die de financiële administratie bijhoudt voor uur per week ----> naar vraag 61
 0 iemand die de praktijkruimte schoon houdt voor uur per week ----> naar vraag 61
 0 anders, nl. voor uur per week

Indien uw praktijk een assistente heeft, wat is haar opleiding?

.....

60. Indien uw praktijk een assistente heeft, kunt u dan aangeven welke werkzaamheden zij verricht?
- telefoon opnemen
 - afspraken maken
 - cliënten-administratie bijhouden
 - wegen cliënten
 - bloeddruk meten
 - urine nakijken
 - Hb bepalen
 - (gedeelte van de) SIG administratie
 - post verwerken
 - afspraken maken GTT, dagcurves, e.d.
 - steriliseren partus-sets
 - voorlichting kraamhulp
 - briefjes lab-aanvragen schrijven
 - veneus bloed afnemen
 - rekeningen schrijven
 - laboratorium uitslagen inschrijven
 - invullen zwangerschapsverklaringen
 - invullen aanvraagformulieren kraampakketten ziekenfonds
 - anders, namelijk:.....
61. Verricht u zelf (of assistente) bloedsuikerbepalingen?
- nee
 - dagcurves
 - nuchtere bloedsuikers
 - anders, nl.
62. Bereidt u zelf (dus niet een evt. assistente) het spreekuur voor?
- nee ----> naar vraag 65
 - ja
63. Welke werkzaamheden verricht u (dus niet een evt. assistente) om het spreekuur voor te bereiden?
- opzoeken zwangerschapskaarten
 - aantal weken amenorrhoe vast invullen
 - bloed-uitslagen invullen
 - anders, nl.
64. Hoeveel tijd besteedt u hieraan?
- gemiddeld minuten per spreekuur
65. Hoeveel tijd besteedt u (dus niet een evt. assistente) aan het administratief afronden van het spreekuur?
- gemiddeld minuten per spreekuur

Welke werkzaamheden verricht u dan?

- 0 n.v.t.
- 0 opbergen zwangerschapskaarten
- 0 invullen dubbel systeem
- 0 anders, nl.
- 0 anders, nl.

Hoeveel tijd reserveert u gewoonlijk in uw agenda voor een eerste controle (inschrijving), een reguliere zwangerschapscontrole en de laatste nacontrole per zwangere?

- eerste controle: minuten
- reguliere controle: minuten
- laatste nacontrole: minuten

Plant u buffertijden in in uw spreekuur, waarin u mogelijke uitloop kunt opvangen?

- 0 nee
- 0 ja, nl.
-

Plant u pauzes in in uw spreekuur?

- 0 nee
- 0 ja 's morgens minuten
- lunch minuten
- 's middags minuten
- avondeten minuten
- 's avonds minuten

Komt u ook aan deze pauzes toe?

- 0 ja, praktisch altijd
- 0 soms
- 0 bijna nooit

Na hoeveel weken amenorrhoe adviseert u het eerste bezoek aan de verloskundige indien er geen bijzonderheden zijn in de anamnese en de huisarts reeds de anamnese heeft afgenomen?

- * leeftijd vrouw tot jaar: bij weken amenorrhoe
- * leeftijd vrouw vanaf jaar: bij weken amenorrhoe

Na hoeveel weken amenorrhoe adviseert u het eerste bezoek aan de verloskundige indien er geen bijzonderheden zijn in de anamnese en de huisarts de anamnese nog niet heeft afgenomen?

- * leeftijd vrouw tot jaar: bij weken amenorrhoe
- * leeftijd vrouw vanaf jaar: bij weken amenorrhoe
- * anders, nl.
- * anders, nl.

73. Bij hoeveel weken amenorrhoe plant u prenatale controles voor een zwangere?
 * primi's: bij weken amenorrhoe
 * multi's: bij weken amenorrhoe
74. Hoe heeft uw praktijk het spreekuur-bezoek per cliënte georganiseerd?
 0 de cliënte ziet per bezoek 1 verloskundige
 0 de cliënte ziet per bezoek 2 verloskundigen

BEVALLINGEN

75. Staat u erop dat een zwangere kraamzorg aanvraagt als zij thuis wenst te bevallen?
 0 nee
 0 het maakt me niet uit, als er maar partus-assistentie is
 0 nee, maar ik raad het wel sterk aan
 0 ja, namelijk 0 wijkzorg
 0 interne kraamzorg
 0 5-uurszorg
 0 anders, nl.
76. Wie assisteert er meestal bij een poliklinische bevalling?
 0 verpleegkundige kraamafdeling ziekenhuis
 0 kraamzorg
 0 anders, nl.
77. Hoe lang voor de baby naar verwachting geboren wordt, waarschuwt u de kraamverzorgster?
 minuten
78. Kunt u het percentage bevallingen aangeven dat u verricht zonder dat daarbij enige assistentie van kraamzorg of verpleging aanwezig is?
 %
79. Heeft u bij bevallingen voldoende ondersteuning van de kraamzorg?
 0 absoluut niet
 0 matig
 0 voldoende
 0 uitstekend
80. Indien u een cliënte durante partu doorverwijst naar de gynaecoloog, blijft u dan aanwezig bij de partus?
 0 ja, indien de tijd het toe laat
 0 soms
 0 zelden of nooit

Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per vier weken aan voorlichting aan en praten met cliënten over de plaats van bevallen?

..... minuten per vier weken

U kunt aangeven in welke mate u de onderstaande opmerkingen van toepassing vindt op poliklinische of thuisbevallingen?

	meer van toepassing op poliklinische bevalling		gelijk		meer van toepassing op thuisbevalling	
verloskundige-vriendelijk	0	0	0	0	0	0
cliënte-vriendelijk	0	0	0	0	0	0
kind-vriendelijk	0	0	0	0	0	0
veilig bij complicaties	0	0	0	0	0	0
efficiënte zorg	0	0	0	0	0	0
geschikte plaats om te bevallen	0	0	0	0	0	0
hygiënisch	0	0	0	0	0	0

hoeverre ziet u in de onderstaande gevallen (omstandigheden, situaties) een reden om een poliklinische bevalling te raden (gaarne één rondje aankruisen per kenmerk)

	helemaal mee oneens				helemaal mee eens	
primipariteit	0	0	0	0	0	0
huisvesting vier hoog, zonder lift	0	0	0	0	0	0
geen stromend water vlakbij de slaapkamer	0	0	0	0	0	0
taalbarrière	0	0	0	0	0	0
teveel mensen wonen in een huis	0	0	0	0	0	0
de zwangere is zeer angstig voor de bevalling	0	0	0	0	0	0
de zwangere heeft weinig zelfvertrouwen	0	0	0	0	0	0
geen kraamhulp thuis	0	0	0	0	0	0
ik vertrouw het zelf niet	0	0	0	0	0	0

HUISBEZOEKEN / KRAAMVISITES

98. Welke werkzaamheden verricht u om de kraamvisites voor te bereiden?
- ik bereid kraamvisites niet voor
 ik maak van tevoren een visite-lijst
 anders, nl.
99. Indien u de kraamvisites voorbereidt, hoeveel tijd besteedt u hieraan gemiddeld?
- minuten per dag waarop ik kraamvisites doe
100. Neemt u bij kraamvisites de zwangerschapskaarten mee?
- nee
 ja
 copie van de zwangerschapskaart / dubbel-systeem
 anders, nl.
101. Noteert u kraamvisites op de zwangerschapskaart?
- nee
 ja, altijd
 alleen bijzonderheden
 anders, nl.
102. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld aan het administratief afronden van de kraamvisites bij terugkomst thuis op een dag waarop u kraamvisites doet?
- minuten per dag
103. Hoeveel tijd rekent u normaliter gemiddeld voor een kraamvisite per kraamvrouw?
- min. aanwezigheidstijd
104. Op welke dagen na de bevalling bezoekt u in principe de kraamvrouw (bijv. 1e, 2e, 3e dag postnataal)?
- Op dedagen postnataal
105. Hoeveel weken na de bevalling doet u in de regel de nacontrole?
- weken postnataal
106. Kunt u aangeven voor welke bepalingen u normaliter, indien geïndiceerd, zelf bloed afneemt bij pasgeborenen?
- bilirubine
 PKU/CHT
 glucose
 anders, nl.

7. Bezoekt u een kraamvrouw frequenter indien zij geen kraamzorg heeft?
- 0 nee
0 ja, gemiddeld keer vaker dan vrouwen die wel kraamzorg hebben
0 anders, nl.
8. Kost een bezoek meer tijd indien de kraamvrouw geen kraamzorg heeft?
- 0 nee
0 ja, gemiddeld per bezoek

PRAKTIJK-GROOTTE

9. Vergelijking aantal bevallingen 1992 - 1993 in uw praktijk
- 0 in 1993 meer dan 25% hoger i.v.m. 1992
0 in 1993 meer dan 25% lager i.v.m. 1992
0 zelfde gebleven ----> door naar vraag 111
10. Wilt u deze verandering ook in het aantal bevallingen?
- 0 n.v.t.
0 neutraal
0 nee
0 ja

De volgende vragen hebben betrekking op het aantal vrouwen dat zich in uw praktijk heeft aangemeld voor verloskundige zorg. Deze cijfers zijn nodig om de werkdruk in uw praktijk te kunnen vast stellen. Door de door u geregistreerde werktijd te relateren aan de praktijk-grootte kunnen wij een schatting maken van de gemiddelde tijd welke uw praktijk besteedt per cliënte (volledig zorggeval). De formulering van de vraagstelling sluit zoveel als mogelijk aan bij de gehanteerde terminologie van de SIG. **Indien u meedoet aan de LVR registratie, kunt u de gevraagde cijfers overnemen uit het jaaroverzicht van 1992. Als u twijfelt aan de juistheid van sommige getallen vermeld in dit jaaroverzicht, dan graag de volgens u correcte cijfers geven. De gevraagde gegevens kunt u vinden in tabel B1 en figuur B2. Het gaat om het totaal aantal zorggevallen, u hoeft geen onderverdeling naar pariteit te maken. Indien u niet meedoet aan de LVR vult u van de vragen 111 t/m 127 de gegevens in die u kunt achterhalen, maar in ieder geval vraag 111, 116, 119, 120, 124 en 127. Indien het aantal inschrijvingen / bevallingen in 1993 naar schatting met meer dan 25% is toe- c.q. is afgenomen, wilt u dan eveneens de gegevens invullen over 1993 voor de maanden januari tot november. M.n. de vragen 111, 116, 119, 120, 124 en 127 zijn in dit kader van belang.**

	aantal cliënten	evt. 1993 1 jan - 1 dec aantal cliënten
111. In zorg gehad tijdens zwangerschap <i>w.v. uitstroom:</i>	.....	.....
112. beëindiging zorg door abortus	.....	.....
113. beëindiging zorg om niet-medische redenen	.....	.....
114. overgedragen tijdens de zwangerschap	.....	.....
115. w.v. direct na 1e controle excl. abortus / eug	.....	.....
116. In zorg gehad tijdens de baring <i>w.v. instroom:</i>	.....	.....
117. nieuw in zorg gekomen tijdens de baring	.....	.....
118. weer in zorg gekomen tijdens de baring <i>w.v. uitstroom:</i>	.....	.....
119. overgedragen tijdens de baring	.....	.....
120. beëindiging zorg na de baring	.....	.....
121. In zorg gehad tijdens het kraambed <i>w.v. instroom:</i>	.....	.....
122. in zorg na overdracht tijdens de zwangerschap	.....	.....
123. in zorg na overdracht tijdens de baring	.....	.....
124. losse kraambedden <i>w.v. uitstroom:</i>	.....	.....
125. overgedragen tijdens het kraambed	.....	.....
126. Afgesproken plaats van baring	thuis: .....	.....
	kraaminrichting: .....	.....
	ziekenhuis: .....	.....
	overig: .....	.....
127. Werkelijke plaats van baring	thuis: .....	.....
	kraaminrichting: .....	.....
	ziekenhuis: .....	.....
	overig: .....	.....
128. Hoe groot is voor u de ideale praktijk (d.w.z. aantal inschrijvingen/bevallingen per verloskundige)?	..... inschrijvingen (excl. losse kraambedden) per jaar per verloskundige	..... bevallingen per jaar per verloskundige

9. Was de periode waarin de tijdsbesteding is geregistreerd representatief voor de werkdruk in de praktijk?
- 0 normaal is het drukker
 - 0 ja
 - 0 normaal is het rustiger
 - 0 ik weet het niet meer

VERLEG EN VERWIJZING

0. Werkt uw praktijk binnen een multidisciplinair verloskundig samenwerkingsverband (VSV)?
- 0 nee ----> naar vraag 133
 - 0 ja
 - 0 nooit van gehoord ----> naar vraag 133
1. Sinds wanneer neemt uw praktijk deel aan dit VSV?
- sinds 19.....
2. Vindt u de samenwerking met gynaecologen vooruitgegaan sinds de tot stand koming van de VSV?
- 0 zelfde gebleven
 - 0 vooruit gegaan
 - 0 achteruit gegaan

De volgende twee vragen hebben betrekking op het aantal consulten en overdrachten aan gynaecologen in 1992. De gevraagde gegevens kunnen worden overgenomen uit het jaaroverzicht van de LVR. **Indien u niet meedoet aan de LVR, vult u in wat u uit uw administratie kunt achterhalen.**

3. Laatste gynaecologische consult
- | | aantal cliënten |
|-------------------------|-----------------|
| direct na 1e controle | |
| vóór 28e week | |
| 28e - 36e week | |
| na 36e week | |
| tijdens baring | |
| tijdens nageb. tijdperk | |
| direct post partum | |
| tijdens kraambed | |

134. Aantal overdrachten aan gynaecoloog
- | | aantal cliënten |
|-------------------------|-----------------|
| direct na 1e controle | |
| vóór 28e week | |
| 28e - 36e week | |
| na 36e week | |
| tijdens baring | |
| tijdens nageb. tijdperk | |
| direct post partum | |
| tijdens kraambed | |
135. Heeft uw praktijk gestructureerd overleg (d.w.z. geplande besprekingen) met gynaecologen?
- 0 ja, gemiddeld keer per jaar
0 nee
136. Wilt u aangeven hoe u dit overleg met gynaecologen in het algemeen ervaart?
- | | helemaal | | | | heel |
|-----------------|----------|---|---|---|------|
| | niet | | | | erg |
| prettig | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| leerzaam | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| constructief | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| paternalistisch | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
137. Kunt u aangeven met welke andere disciplines uw praktijk gestructureerd (d.w.z. geplande besprekingen) overleg voert?
- 0 huisartsen: keer per jaar
0 wijkverpleegkundigen: keer per jaar
0 leiding kraamcentrum: keer per jaar
0 begeleiders zwangerschapsgym, -yoga / fysiotherapeuten: keer per jaar
0 kinderartsen: keer per jaar
0 hoofd afd. obstetrie: keer per jaar
0 ziekenfonds
0 Centrale Post Ambulance
0 patiëntenorganisaties
0 consultatie-bureau
0 anders, nl.
0 anders, nl.
138. Doet u mee aan intercollegiale toetsing?
- 0 nee ----> naar vraag 140
0 ja
139. Zo ja, waar vindt dit plaats?
- 0 binnen de 'kring'
0 met collega's binnen de praktijk
0 anders, nl.

0. Houdt uw praktijk regelmatig een voorlichtingsbijeenkomst voor zwangeren?
 0 nee
 0 ja, keer per jaar
1. Werkt u mee aan andere voorlichtingsactiviteiten georganiseerd voor zwangeren (ziekenhuis, zwangerschapsgym, zwangerschapsmarkt, etc.)?
 0 nee
 0 ja, keer per jaar, georganiseerd door:
2. Heeft u het idee dat het organiseren van of meewerken aan voorlichtingsactiviteiten het aantal vragen dat u van zwangeren en/of partner krijgt later vermindert?
 0 ja
 0 nauwelijks
 0 nee, omdat
3. Met hoeveel kraamverzorgsters heeft u ongeveer in uw regio te maken?
 ongeveer kraamverzorgsters
4. Hoe ervaart u i.h.a. de samenwerking met de kraamverzorgsters?
 0 slecht
 0 matig
 0 goed
5. Hoe ervaart u de samenwerking met de leiding van het kraamcentrum?
 0 slecht
 0 matig
 0 goed
6. Prefereert u het kraamcentrum of een particulier bureau?
 0 particulier bureau
 0 kraamcentrum
 0 maakt niet uit
 0 geen ervaring met particulier bureau
7. Geeft uw praktijk een boekje/folder/kaart uit met informatie over de praktijk (spreekuurtijden, telefonische bereikbaarheid, e.d.)?
 0 nee
 0 ja
8. Hoe vaak is er *binnen de praktijk* overdracht van bevallingsdienst (in een groepspraktijk hoeft u hier dus niet zelf bij betrokken te zijn)?
 0 keer per 4 weken -----> naar vraag 150
 0 n.v.t. in verband met solopraktijk
9. Hoe vaak heeft uw praktijk overdracht van bevallingsdienst met waarnemende praktijken of verloskundigen?
 keer per 6 maanden

150. Wie zijn bij deze overdrachten betrokken? 0 alleen de verloskundigen die van bevallingsdienst wisselen
0 anders, nl.
151. Hoe lang duren deze overdrachten gemiddeld? minuten per overdracht
152. Heeft uw praktijk regelmatig werkoverleg, cliënten-overleg of team-bespreking (hiermee wordt niet de overdracht bedoeld na een bevallingsdienst)? 0 nee
0 ja, keer per jaar, welke gemiddeld per keer minuten duren
153. Bent u tevreden over de efficiëntie van de communicatie binnen de praktijk? 0 nee
0 het kon beter
0 ja

Deze vragenlijst ging over de wijze waarop het één en ander in de praktijk is geregeld. Tot slot zouden we u het volgende willen vragen. De manier waarop u de zaken geregeld heeft in de praktijk is iets waar u over nagedacht heeft. Iedereen heeft zijn eigen aanpak en maakt eigen keuzes. Zijn er werkzaamheden in de praktijk waarvan u vindt dat u ze heel handig georganiseerd heeft en die u anderen ook zou kunnen aanraden?

0 ik zou het niet weten

0 ja, nl.-
-
-
-
-
-
-

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking.

BIJLAGE 3

O N D E R Z O E K

**'UITTREDEN EN HERINTREDEN BINNEN DE
BEROEPSGROEP VERLOSKUNDIGEN'**

Voor inlichtingen kunt U contact opnemen met de heer L. Hingstman of mevrouw L. Jabaaij,
telefoon: 030 - 319946

Vragenlijst voor verloskundigen die hun functie (tijdelijk) hebben neergelegd.

Met behulp van onderstaande vragenlijst willen we nagaan welke factoren een rol hebben gespeeld bij uw besluit tot het neerleggen van uw functie als verloskundige. Voor diegenen die inmiddels weer werkzaam zijn als verloskundige (herintreders), de volgende instructie: de vragen 5 tot en met 20 hebben betrekking op de periode voorafgaand aan het tijdelijk neerleggen van uw functie.

-
1. Bent u vrouw of man?
 vrouw
 man
 2. Wat was uw leeftijd op 1 januari 1994?
.....
 3. Waar hebt u uw opleiding genoten? (indien u uw opleiding in het buitenland hebt genoten, vult u hier dan de naam van het land in)
.....
 4. Wanneer heeft u uw diploma gehaald? (Indien u uw opleiding in het buitenland heeft genoten, vult u hier het jaar in waarin u in Nederland beëdigd bent)
19 . .
 5. Hoe lang bent u werkzaam geweest als verloskundige voordat u uw functie als verloskundige (tijdelijk) neerlegde?
..... jaar
 6. In welk jaar heeft u uw functie als verloskundige (tijdelijk) neergelegd?
19 . .
 7. Toen u als verloskundige begon te werken, hoe lang had u toen gepland dit beroep uit te oefenen voor u uw werk (tijdelijk) zou neerleggen?
..... jaar
 8. In welke hoedanigheid was u werkzaam toen u uw werk als verloskundige neerlegde?
 vrijgevestigd verloskundige binnen een solopraktijk
 vrijgevestigd verloskundige binnen een duopraktijk
 vrijgevestigd verloskundige binnen een groepspraktijk
 in loondienst van vrijgevestigd verloskundige of gezondheidscentrum
 waarneemster
 klinisch werkzaam verloskundige
 docente vroedvrouwenschool
 anders, nl.
-

9. Indien u als vrijgevestigd verloskundige werkzaam was, heeft u uw praktijk(aandeel) verkocht of is de praktijk opgeheven?
- n.v.t.
 - praktijk(aandeel) is verkocht
 - praktijk is opgeheven
 - anders, nl.

10. Hoe lang heeft u destijds met het idee gespeeld om uw functie (tijdelijk) neer te leggen?
 jaar
- Indien langer dan een jaar, waarom duurde het zo lang voor u daadwerkelijk uw functie neerlegde?

11. In hoeverre hebben de volgende factoren een rol gespeeld bij uw besluit tot het (tijdelijk) neerleggen van uw functie als verloskundige?

	heeft een zeer belangrijke rol gespeeld	heeft wel meegespeeld	heeft nauwelijks een rol gespeeld	heeft hele- maal niet meegespeeld
a. Baan en gezin waren niet langer te combineren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Problemen met werken op ongunstige tijden ('s nachts e.d.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Veel verantwoordelijkheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Hoge werkdruk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Weinig carrière-mogelijkheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Het werk verloor de uitdaging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Het werk was eentonig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Cliënten werden steeds veeleisender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Problemen met collega-verloskundige(n)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Gezondheidsredenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Onmogelijkheid tot het vinden van associatie-partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Onmogelijkheid tot het vinden van regelmatige waarneming	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. De praktijk groeide me boven het hoofd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Ik kon een baan krijgen met betere perspectieven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. De papieren rompslomp die de praktijk met zich meebracht werd me teveel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Kreeg te weinig waardering bij collega-verloskundigen en/of gynaecologen en/of huisartsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. De praktijk was economisch niet rendabel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Concurrentie met huisartsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Kon goede opvolger vinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	heeft een zeer belangrijke rol gespeeld	heeft wel meegespeeld	heeft nauwelijks een rol gespeeld	heeft hele- maal niet meegespeeld
t. Het was financieel niet noodzakelijk om te werken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u. Werk had te veel invloed op mijn privé-leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. Zwangerschap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w. Leeftijd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x. Concurrentie met gynaecologen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y. Ik was toe aan een nieuwe uitdaging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
z. Partner kreeg baan elders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*. Anders, nl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Kunt u aangeven wat voor u uit deze lijst de belangrijkste reden was om uw functie als verloskundige (tijdelijk) neer te leggen? (let op: één reden aangeven)
-
- 13a. Kunt u een indicatie geven van het aantal bevallingen dat u per jaar begeleidde voordat u uw functie (tijdelijk) neerlegde en hoeveel dagen u per vier weken werkte?
- n.v.t.
- bevallingen per jaar
- b. Ik werkte dagen per vier weken
14. Toen u destijds uw functie (tijdelijk) neerlegde, zoudt u toen eventueel hebben blijven willen werken **als verloskundige**?
- nee -----> naar vraag 18
- ja, in een andere functie binnen de verloskunde, nl.
..... -----> naar vraag 16
- ja, in dezelfde functie -----> naar vraag 16
- ja, in dezelfde functie maar korter
15. Kunt u de reden aangeven waarom u niet korter kon gaan werken?
-
16. Indien u was blijven werken, hoeveel bevallingen per jaar had u acceptabel geacht?
- bevallingen per jaar
- Kunt u ook het aantal dagen opgeven dat u eventueel had willen werken:
- dagen per vier weken
17. Wat zijn de factoren die u destijds verhinderden om aan de slag te blijven?
-
-
-

-
18. Kunt u aangeven wat uw privé-omstandigheden waren toen u uw werk als verloskundige neerlegde?
- alleenwonend ----> naar vraag 21
 - samenwonend c.q. gehuwd met partner
 - samenwonend c.q. gehuwd met partner en kind(eren)
 - samenwonend met kinderen ----> naar vraag 21
 - anders, namelijk:
19. Had uw partner op het moment dat u stopte met werken een inkomen waarvan u naar behoren rond kon komen?
- ja
 - met moeite
 - nee
 - nee, maar partner is (meer) gaan werken
 - anders, nl.
20. Was het inkomen van uw partner van invloed op uw beslissing om uw werk als verloskundige (tijdelijk) neer te leggen?
- nee
 - ja
21. Had u, nadat u uw functie als verloskundige neerlegde, ander betaald werk?
- ik ben weer gaan studeren
 - nee
 - ja, nl.
22. Hebt u op dit moment betaalde werkzaamheden?
- nee ----> naar vraag 34
 - ja, maar niet binnen de verloskunde
 - ja, binnen de verloskunde ----> naar vraag 24
23. Indien u niet werkzaam bent binnen de verloskunde, kunt u dan aangeven waarom niet?
-
- > naar vraag 34
24. In welke hoedanigheid bent u werkzaam binnen de verloskunde?
- vrijgevestigd verloskundige binnen een solopraktijk
 - vrijgevestigd verloskundige binnen een duopraktijk
 - vrijgevestigd verloskundige binnen een groepspraktijk
 - loondienst van vrijgevestigd verloskundige/gezondheidscentrum (volgens gebruikte terminologie vóór 1 januari 1994)
 - waarneemster (volgens gebruikte terminologie vóór 1 januari 1994)
 - klinisch werkzaam verloskundige
 - docente vroedvrouwschool
 - anders, nl.
-

-
25. Sinds wanneer hebt u weer betaalde werkzaamheden?
sinds 19 . .
26. Wat was voor u de reden om weer aan het werk te gaan?
.....
.....
.....
27. Kunt u aangeven welke problemen u tegengekomen bent toen u weer aan de slag wilde of ging als verloskundige?
.....
.....
.....
28. Hoe lang heeft u gezocht naar een baan nadat u besloten had om weer aan het werk te gaan?
.....
29. Bent u tevreden met uw huidige functie?
 ja
 nee, reden:
30. Heeft u zichzelf 'bijgeschoold' toen u besloot weer als verloskundige aan de slag te gaan?
 nee
 ja, nl.
.....
.....
31. Vindt u het (achteraf gezien) noodzakelijk om 'bijgeschoold' te worden na enige tijd het vak van verloskundige niet meer te hebben uitgeoefend?
 ja
 nee ----> naar vraag 33
32. Waarin vindt u het achteraf noodzakelijk dat herintredende verloskundigen bijgeschoold worden?
.....
.....
.....
33. Kunt u een indicatie geven van het aantal bevallingen dat u nu per jaar begeleidt en/of hoeveel dagen u per vier weken werkt?
ik begeleid bevallingen per jaar
ik werk dagen per vier weken
-

-
34. Bent u van plan in de toekomst weer als verloskundige te gaan werken?
- ik werk nu reeds weer als verloskundige ----> naar vraag 39
 - ja
 - nee ----> naar vraag 38
 - dat weet ik nog niet
35. Indien u weer als verloskundige aan de slag zoudt willen, binnen welke termijn zou dit zijn?
binnen jaar
36. Binnen welke functie zoudt u willen werken?
- n.v.t. ----> naar vraag 39
 - vrijgevestigd verloskundige binnen een solopraktijk
 - vrijgevestigd verloskundige binnen een duopraktijk
 - vrijgevestigd verloskundige binnen een groepspraktijk
 - in loondienst van vrijgevestigd verloskundige of gezondheidscentrum
 - waarneemster
 - klinisch werkzaam verloskundige
 - docente vroedvrouwschool
 - anders, nl.
37. Kunt u aangeven hoeveel u zoudt willen werken, indien u weer als verloskundige aan het werk zoudt gaan?
- bevallingen per jaar
- dagen per vier weken
38. Wat zijn factoren die verhinderen dat u weer aan de slag gaat als verloskundige?
-
-
39. Denkt u er over om in de toekomst een betaalde baan te accepteren *buiten* de verloskunde?
Zo ja, waar denkt u dan aan?
- dat weet ik nog niet
 - nee
 - ja, nl.
- op een termijn van jaar
-

Eventuele opmerkingen:

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking!

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Evaluatie 'Verloskundige Indicatielijst'

Auteurs: J.A. Riteco en L. Hingstman

NIVEL, 1991, 120 pag. fl. 35,50

In dit rapport wordt in de eerste plaats ingegaan op de vraag in hoeverre verloskundigen, gynaecologen en huisartsen de Verloskundige Indicatielijst accepteren en welke oordelen daaraan ten grondslag liggen. In de tweede plaats is onderzocht in hoeverre de verloskundige hulpverleners in hun dagelijkse praktijk gebruikmaken van deze nieuwe lijst.

Beroepen extramurale gezondheidszorg 1994

Auteurs: L. Hingstman en J. Harmsen

De Tijdstroom/NIVEL, 1994, 300 pag. fl 48,00 (alleen te bestellen bij boekhandel of de uitgever Infolio BV (tel.: 070-3819900)

Deze uitgave biedt een cijfermatig, statistisch overzicht van ontwikkeling in het aanbod van beroepsbeoefenaren en samenwerkingsverbanden in de extramurale gezondheidszorg over de periode 1980-1993. In totaal worden 17 beroepsgroepen in een apart hoofdstuk beschreven. Dit geldt ook voor de beroepsgroep verloskundigen. Er wordt een beschrijving gegeven over de positie en taak van de verloskundige (de Wet BIG, kenmerken van het beroep, werkveld), opleiding (duur, capaciteit, in- en uitstroom) en beroepsuitoefening (aantal samenstelling, spreiding, dichtheid).

Bevallen.... thuis of poliklinisch?

Auteur: T.A. Wieggers, G.A.H. Berghs

NIVEL, 1994, 104 pag. fl. 20.-- (excl.)

Onderzoek naar het verloskundig resultaat en de keus voor de plaats van bevallen van zwangeren uit de lage risico groep, die bevallen onder leiding van een verloskundige.

De resultaten laten zien dat thuisbevallen voor primiparae ten minste even veilig is als poliklinisch bevallen, terwijl voor multiparae het verloskundig resultaat van thuisbevallingen beduidend beter is dan van poliklinische bevallingen. Voor een deel kan dat verschil bij multiparae verklaard worden uit een bepaalde mate van zelfselectie, in die zin dat de keus voor de plaats van bevallen mede gemaakt wordt op grond van factoren die samen blijken te hangen met een minder goed verloskundig resultaat. Bij primiparae zijn geen aanwijzingen voor zelfselectie gevonden.

De keus voor de plaats van bevallen blijkt vooral gebaseerd te zijn op