DE BETEKENIS VAN VERLOSKUNDIGE SAMENWERKING TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJN VOOR DE RISICOSELECTIE EN HET VERLOSKUNDIG RESULTAAT

Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden
Deel II

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

W.J. Meijer
P.P. Groenewegen

november 1996

NIVEL - Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg -
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Meijer W.J.

De betekenis van verloskundige samenwerking tussen eerste- en tweedelijn voor de risicoselectie en het verloskundig resultaat / W.J. Meijer, P.P. Groenewegen - Utrecht: NIVEL - Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Met lit. opg.
ISBN 90 6905 313 6
Trefw: verloskunde, samenwerking, risicobeleid

INHOUD

pag.

VOORWOORD		7
1	INLEIDING	10
2	DE VOORGESCHIEDENIS VAN HET PROJECT VERLOSKUNDIGE SAMENWERKINGSVERBANDEN	12
2.1	Het debat over de veiligheid van het Nederlands verloskundig stelsel	12
2.2	Het regeringsbeleid ten aanzien van de risicoselectie	13
2.3	Het beleid van de Ziekenfondsraad betreffende het proces van risico-selectie	14
2.4	Het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'	16
3	WAAR WERD HET ONDERZOEK UITGEVOERD	17
3.1	De deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden	17
3.2	Uitbreiding van het onderzoek buiten de zeven VSV's	18
3.3	Groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's)	20
3.4	Het construeren van de groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's)	21
3.5	Het selecteren van GVZ's buiten de zeven VSV's voor het onderzoek 'in de diepte'	22
3.6	Overzicht van waar het onderzoek werd uitgevoerd	23
3.7	De bescherming van de privacy	24
4	UITWERKING VAN DE VRAAGSTELLING EN FORMULERING VAN HYPOTHESEN	26
4.1	De twee hoofdvragen in dit onderzoek	26
4.2	Verloskundige risicoselectie en verloskundig resultaat	27
4.3	Samenwerking tussen eerste- en tweedelijn in de verloskundige zorg	30
4.3.1	Het begrip 'niet-cliëntgebonden samenwerking' tussen verloskundigen en gynaecologen, danwel tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen	30
4.3.2	Samenvatting van de veronderstelde relaties tussen verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn en risicoselectie	33
4.4	Veronderstelde samenhangen tussen verloskundige samenwerking, de risicoselectie en het verloskundig resultaat	34
4.5	Hypothesen met betrekking tot de eerste hoofdvraag	35
4.6	Hypothesen met betrekking tot de tweede hoofdvraag	36
4.7	Overzicht van de volgende hoofdstukken	40
5	NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN VERLOS-KUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN	42
5.1	Vraagstelling en hypothesen	42
5.2	Methoden	43
5.3	Bevindingen: samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen in Nederland en verschillen tussen de zeven VSV's en de GVZ's elders	49
5.3.1	De integratie die gericht is op de risicoselectie	49
5.3.2	De factoren die de integratie bevorderen	56

5.4	Bevindingen: de samenhangen tussen de eerstelijnsgerichtheid van afspraken, sterke integratiefactoren en sterke integratie-bevorderende factoren	59
5.4.1	De relatie tussen integratiefactoren en de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken	59
5.4.2	De relatie tussen bevorderende factoren en de eerstelijnsgerichtheid van afspraken	60
5.4.3	Het verband tussen integratie-bevorderende factoren en de overige integratiefactoren	60
5.5	Bespreking	66
6	NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN GYNAECOLOGEN	69
6.1	Inleiding	69
6.2	Bevindingen: samenwerking tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen	69
6.2.1	De integratie die gericht is op de risicoselectie	70
6.2.2.	Factoren die de integratie bevorderen	75
6.3	Bevindingen: de samenhangen tussen de eerstelijnsgerichtheid van afspraken, sterke integratiefactoren en sterke integratie-bevorderende factoren	78
6.4	Conclusie	82
7	VERLOSKUNDIGE RISICOSELECTIE DOOR GYNAECOLOGEN BIJ VROUWEN DIE ZIJN VERWEZEN DOOR DE EERSTELIJN	84
7.1	De gegevensverzameling	84
7.2	Bevindingen	86
7.3	Conclusie	88
8	INVLOED VAN NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN OP DE VERLOSKUNDIGE RISICOSELECTIE	90
8.1	Vraagstelling en hypothesen	90
8.2	Methoden	92
8.2.1	Onderzoeksopzet	92
8.2.2	Variabelen	93
8.2.3	Methoden van analyse	94
8.3	Bevindingen	99
8.3.1	Het onderzoek in de breedte	99
8.4	Conclusie	115
9	RISICOSELECTIE EN VERLOSKUNDIG RESULTAAT	119
9.1	Methoden	119
9.2	Bevindingen	120
9.3	Conclusie	122
10	DE INVLOED VAN NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN GYNAECOLOGEN OP DE RISICO-SELECTIE	123

10.1 Methoden 123
10.2 Bevindingen 123
10.3 Bespreking 124

11 CONCLUSIES: DE IMPLICATIES VAN DE ONDERZOEKSBEVINDINGEN VOOR BELEID 125
11.1 Het beleidskader van het onderzoek 125
11.2 De belangrijkste onderzoeksbevindingen 126
11.3 Betekenis van de onderzoeksbevindingen voor de centrale beleidsvraag 128
11.4 Implicaties van de onderzoeksbevindingen voor het beleid 129
11.5 Eindconclusie 132

LITERATUUR 135

BIJLAGEN
Bijlage 1 De landelijke enquête onder verloskundige praktijken
Bijlage 2 Het registratieformulier voor de verloskundigen in de Landelijke Verloskunde Registratie
Bijlage 3 Het aanvullende NIVEL-formulier voor de verloskundigen
Bijlage 4 Het registratieformulier voor de gynaecologen

VOORWOORD

Intensieve samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen heeft een positief effect op de zorg die zij geven aan zwangeren. Bij intensieve samenwerking worden afspraken over verwijsbeleid gemaakt en geëvalueerd en is er regelmatig gestructureerd overleg. Hierdoor ontstaat wederzijdse duidelijkheid en overeenstemming tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners, vertrouwen in elkaars deskundigheid en een lage drempel om met elkaar contact op te nemen. Dit bevordert een goede risicoselectie, waarbij de zwangere vrouwen op de juiste plaats komen, dat wil zeggen: in de eerstelijn (bij een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts) of in de tweedelijn bij een gynaecoloog. Het verdient dan ook aanbeveling om de plaatselijke samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen te stimuleren.
Dit zijn de conclusies uit deel II van het eindrapport over het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'. In het eerste deel van dit eindrapport werd geconcludeerd dat verloskundige samenwerking haalbaar is, maar wel tijd en energie kost voor de betrokkenen (A.J.E. de Veer et al., Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg, Utrecht: NIVEL, 1996). Ondersteuning van verloskundige samenwerking is dan ook zinvol.
Het onderzoek dat tot deze conclusies heeft geleid is alleen mogelijk geweest dankzij de medewerking van zeer velen.
Wij hebben veel respect voor de verloskundigen, huisartsen en gynaecologen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Hun motivatie was dat samenwerking belangrijk is voor de verleende zorg en de vrouwen die zij begeleiden. Zij werkten eraan mee, opdat de betekenis van samenwerking voor de verleende zorg zichtbaar zou worden gemaakt. Zij hebben veel inspanning, tijd en energie erin gestoken. Er is moed voor nodig om anderen inzicht te geven in je eigen beroepsmatige handelen. Dankzij hun openheid is een reëel beeld verkregen van samenwerking en verloskundige zorg. Dit maakt het mogelijk dat beleid wordt gevoerd op basis van feiten. Hiermee is het belang van de zwangere vrouwen gediend.
De Nederlandse Organisatie van Verloskundigen heeft de landelijke enquête onder verloskundige praktijk aanbevolen bij haar leden. Dit is van doorslaggevend belang geweest voor het slagen van dit onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is begeleid door een begeleidingscommissie. Deze bewaakte de voortgang van het project en adviseerde de onderzoekers. Het NIVEL is eindverantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport. Het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden heeft door zijn relatief lange looptijd van vijf jaar een aantal wisselingen gehad in de samenstelling van de begeleidingscommissie. Bij de afsluiting van het project in oktober 1996 bestond de begeleidingscommissie uit:

Voorzitter	C.P. Schouwstra, arts
Inspectie Gezondheidszorg	mw. M.G. de Boer
Landelijke Huisartsen Vereniging	dr. E. Sietsma
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	drs. J.A.M. van Doorn
Ministerie voor Volksgezondheid, Sport en Welzijn	mw. W.W.A.A. de Geus
Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen	mw. H.M. Cromheecke-Reus
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	dr. H.W. Bruinse

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	dr. H.W. Baerts
Persoonlijke titel	prof.dr. P.E. Treffers
Persoonlijke titel	prof.dr. D. van Kreveld

Wij danken de leden en ex-leden van de commissie voor hun constructieve en stimulerende bijdrage aan dit rapport.

Dr. J.W. van der Slikke gaf advies over onderzoek naar de verloskundige risicoselectie, waarvoor onze dank.

Eén onderdeel van het onderzoek ontbreekt nog in de rapportage over het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Dit betreft een apart deelonderzoek, waarin op basis van de beschrijving van een aantal casus is geprobeerd te achterhalen of en zo ja, op welke manier problemen in de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn een rol zouden kunnen spelen bij het ontstaan van suboptimaal verloskundig resultaat. Dit deelonderzoek is uitgevoerd volgens uitgangspunten die door een meerderheid van de begeleidingscommissie werden onderschreven.
Het eerste uitgangspunt was dat over de betreffende casus geen nadere gegevens zijn gevraagd in de tweedelijn wanneer het volstrekt duidelijk was dat deze gegevens niet relevant zouden zijn voor de vraagstelling. Met name zijn bij vrouwen die zijn overgedragen in de zwangerschap, om deze reden vaak geen gedetailleerde gegevens nagevraagd over het verloop van de bevalling.
Daarnaast zijn de verkregen gegevens ter beoordeling voorgelegd aan een panel van deskundigen. Deze deskundigen zijn door ons aangezocht na advies van de begeleidingscommissie. Deze deskundigen hebben schriftelijk, ieder voor zich, hun beoordeling gegeven in twee stappen. Eerst werd het oordeel gegeven voordat er een gezamenlijke vergadering was. Daarna is opnieuw het beoordelingsformulier ingevuld nadat in een bijeenkomst hierover de casus waren besproken. In de panelbijeenkomsten is niet gestreefd naar consensus, omdat het doel was: een veelzijdige beschrijving van de casus. Het ging hier niet om het vaststellen van richtlijnen. De twee bijeenkomsten van het panel zijn voorgezeten door een senior-staffunctionaris van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).
Deze twee uitgangspunten zijn door de meerderheid van de begeleidingscommissie vastgesteld. Een minderheid van deze commissie was van mening dat van iedere casus alle gegevens moesten worden verzameld die het mogelijk maken om na te gaan wat de oorzaken waren van het suboptimale verloskundig resultaat. Pas daarna zou de vraag moeten worden beantwoord welke rol de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn hierbij heeft gespeeld. Daarnaast was een minderheid van de commissie van mening dat in de panelbijeenkomst gestreefd zou moeten worden naar consensus.
Door ons zijn in een aselecte groep van 22 casus met mortaliteit en perinatale morbiditeit de gegevens verzameld in de deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden. Morbiditeit was: 1) een lage Apgarscore (6 of lager) bij een geboortegewicht van tenminste 2500 gram, en 2) à terme dysmaturen (geboren na meer dan 258 dagen amenorrhoeduur met geboortegewicht beneden 2500 gram).
De begeleidingscommissie is van mening dat het onderzoek van het NIVEL correct is uitgevoerd binnen de door haar vastgestelde uitgangspunten. Echter, de commissie vindt dat de verkregen resultaten moeilijk te interpreteren zijn. Achteraf is de commissie het eens met de minderheid in deze commissie die vond dat andere uitgangspunten hadden moeten worden gekozen.
Het NIVEL heeft het advies van de begeleidingscommissie overgenomen om de resultaten van dit deelonderzoek op dit moment niet op te nemen in dit eindverslag.

Het NIVEL bezint zich nog op een manier om het deelonderzoek op een zodanige wijze aan te passen dat de begeleidingscommissie zich maximaal kan vinden in de aanpak.
Hoe dit ook zij, we willen wel graag hier van de gelegenheid gebruikmaken om de commissie die de casus heeft beoordeeld, te bedanken voor hun inzet. De commissie bestond uit de volgende personen:
dhr. W.A. Avis, kinderarts
mw. dr. M. Eskes, gynaecoloog
mw. J. Koelewijn, verloskundige
dhr. dr. J.G. Nijhuis, gynaecoloog
dhr. J.M. Witmer, huisarts
mw. H.H.A. Wijnen, verloskundige
De commissieleden hebben de casus zorgvuldig beoordeeld en mw. Eskes heeft ons bijzonder geholpen met advies bij het verzamelen van de gegevens. De twee vergaderingen van de commissie zijn voorgezeten door mr. J.M. Buiting, arts, senior-staffunctionaris van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).

In het onderzoek dat in dit rapport wordt gerapporteerd, zijn gegevens gebruikt uit de Landelijke Verloskunde Registratie. Deze gegevens zijn verkregen dankzij de toestemming van de privacycommissie van de Landelijke Verloskunde Registratie. In de commissie zitten mw. A.A. Lems en mw. M. Borkent-Polet namens de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en dr. O.J.S. van Hemel en dr. R.A. Verwey namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Deze commissie heeft onze verzoeken zorgvuldig behandeld en we danken de commissie voor het vertrouwen dat in ons is gesteld.
Bij het verkrijgen van gegevens uit de Landelijke Verloskunde Registratie hebben we deskundige advisering en medewerking verkregen van mw. M.E. Swenne-van Ingen, mw. I. Borghans, mw. mr. A. Donker en dhr. M. de Rijter van SIG Zorginformatie.

Het beheer en het bewerken van de gegevens werd gedaan door dhr. J. Gravestein en drs. P. Spreeuwenberg. Dhr. J. van der Steen heeft de verkregen gegevens gecodeerd met een verfijnd coderingssysteem.

Het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing) begeleidde in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de samenwerkingsverbanden. Wij danken mw. drs. M.L. de Boer, dhr. D.J.B. Vermeij, arts, en prof. dr. E. Reerink voor de prettige samenwerking en voor hun adviezen.

Gedurende het project zijn een aantal onderzoekers betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van dit onderzoek. Dr. L. Hingstman, mw. drs. J.A. Riteco, mw. drs. B.S. Kamp, drs. M. Jansma, en drs. M. Spierings hebben de basis gelegd voor dit rapport. Onze dank gaat ook uit naar mw. J. Velthuis en mw. Chr. van Aalst voor hun hulp bij de dataverzameling en het secretariële werk.
Mw. dr. A.J.E. de Veer heeft in belangrijke mate bijgedragen aan dit rapport, met name wat betreft het onderwerp samenwerking.

Utrecht, november 1996
W.J. Meijer
P.P. Groenewegen

1 INLEIDING

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de samenhang tussen aan de ene kant samenwerking van verloskundige hulpverleners en aan de andere kant de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Samenwerking in de verloskundige zorg is belangrijk, omdat er in het Nederlandse systeem van verloskundige zorg een scheiding bestaat van de zorgverlening in twee subsystemen te weten de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, waarbij vrouwen in principe onder begeleiding van eerstelijnshulpverleners bevallen. De eerstelijns verloskundige zorg wordt verleend door verloskundigen en huisartsen en de tweedelijns verloskundige zorg door gynaecologen. Deze duidelijke scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg is gebaseerd op het principe dat zwangerschap en geboorte in principe natuurlijke gebeurtenissen zijn die niet onnodig gemedicaliseerd moeten worden.
Voor een goed functioneren van dit systeem is het noodzakelijk dat vrouwen met een verhoogd risico op complicaties op tijd worden herkend en worden verwezen naar een gynaecoloog. Het is evenzeer van belang dat een vrouw die een laag risico heeft op complicaties wordt begeleid in de eerstelijn. De verloskundige risicoselectie dient ertoe om dit te bereiken. Verloskundige risicoselectie is het selecteren van zwangeren voor eerste- of tweedelijnszorg of voor een tussenvorm tussen eerste- en tweedelijnszorg.
Op het eind van de zwangerschap is er een verloskundig resultaat; dit wordt gedefinieerd als de gezondheidstoestand van moeder en kind na de geboorte.
Als de bevalling wordt begeleid door een verloskundige of een huisarts, kan deze nog thuis plaatsvinden of in het ziekenhuis, de zogeheten 'poliklinische bevalling' (ook wel 'een verplaatste thuisbevalling' genoemd).
Verloskundige risicoselectie betekent dat er bij een aantal zwangeren een interactie is tussen de eerstelijns verloskundige zorgverlener en de gynaecoloog. Deze interactie kan beperkt blijven tot het verschaffen van medische informatie aan de gynaecoloog in het geval van een overdracht. In andere gevallen kan de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts aan de gynaecoloog een advies vragen. Als de vrouw door de gynaecoloog wordt gezien, dan spreken wij in dit rapport van een consult.
De samenwerking tussen verloskundige zorgverleners van de verschillende disciplines wordt vergemakkelijkt als ze dezelfde opvattingen hebben over risicoselectie. Er zijn echter duidelijke verschillen tussen de beroepsgroepen. In een landelijk onderzoek toonden Riteco en Hingstman (1991) aan dat het overgrote deel van de Nederlandse verloskundigen en huisartsen van mening zijn dat zij verantwoordelijk zijn voor het selecteren van cliënten voor de eerste- of tweedelijnszorg. Dit is in overeenstemming met het uitgangspunt dat huisartsen en verloskundigen een poortwachtersfunctie hebben en verantwoordelijk zijn voor verwijzingen naar de tweedelijn. Dit uitgangspunt is echter ter discussie gesteld door gynaecologen met als argument dat zij meer gekwalificeerd en deskundig zijn om risico's voor pathologie te ontdekken en in te schatten. Bovendien is er verschil van mening tussen de beroepsgroepen over de noodzaak van tweedelijns verloskundige zorg bij vrouwen met bepaalde specifieke risicofactoren.
Als gevolg van deze verschillende opvattingen is het niet mogelijk gebleken om landelijk consensus te bereiken over richtlijnen voor verloskundige risicoselectie. De Ziekenfondsraad heeft een lijst opgesteld van verloskundige indicaties die een zeer groot deel van de totale verloskundige indicaties in de praktijk beslaan (Ziekenfondsraad, 1987). Deze lijst werd onderschreven door de Nederlandse Organisatie van

Verloskundigen en de Landelijke Huisartsen Vereniging maar werd verworpen door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
In het Regeringsstandpunt Verloskunde in 1989 (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989) neemt de regering het standpunt in dat zwangerschap en geboorte in principe natuurlijke gebeurtenissen zijn en dat de thuisbevalling de voorkeur geniet. Een goede risicoselectie is een noodzakelijke voorwaarde voor dit systeem waarbij een goede samenwerking tussen verloskundige zorgverleners onontbeerlijk is. Het feit dat er op landelijk niveau geen consensus is bereikt tussen beroepsgroepen, wil nog niet zeggen dat er op plaatselijk niveau niet goed zou kunnen worden samengewerkt. De regering wilde meer inzicht krijgen in de vraag hoe er in Nederland op plaatselijk niveau tussen de eerste- en tweedelijn wordt samengewerkt, hoe plaatselijke samenwerking kan worden bevorderd en welke invloed zulke samenwerking heeft op de risicoselectie. Door de Adviescommissie Verloskunde was in 1987 aan de regering het advies gegeven om ondersteuning te verlenen aan verloskundige samenwerkingsverbanden (Adviescommissie Verloskunde, 1987). Verloskundige samenwerkingsverbanden kenmerken zich door een gestructureerd overleg waaraan regelmatig vanuit de verschillende betrokken disciplines wordt deelgenomen. Deze disciplines zijn in ieder geval de verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Daarnaast zal ook de aanwezigheid van kinderartsen en de vertegenwoordigers van de thuiskraamzorg mogelijk moeten zijn. In het Regeringsstandpunt Verloskunde werd aangegeven dat de regering een project zal starten in verloskundige samenwerkingsverbanden.
In het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden is invulling gegeven aan een deel van het Regeringsstandpunt Verloskunde. In tien verloskundige samenwerkingsverbanden heeft begeleiding plaatsgevonden door het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing) die gericht was op het bevorderen van samenwerking. Door het NIVEL is onderzoek verricht om antwoord te geven op twee vragen: 1) hoe kunnen verloskundig samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht en welke factoren beïnvloeden het al dan niet slagen van de verloskundige samenwerking en 2) welke invloed heeft plaatselijke verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn op de verloskundige risicoselectie en het verloskundig resultaat.
Over het onderzoek op het gebied van de eerstgenoemde vraagstelling wordt in deel I van dit rapport verslag gedaan (De Veer et al., 1996). In dit deel van het rapport wordt de tweede vraagstelling behandeld. Eerst zal in hoofdstuk 2 een overzicht worden gegeven van de voorgeschiedenis van het project wat betreft het beleid ten aanzien van de verloskundige risicoselectie. In hoofdstuk 3 wordt beschreven waar het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 het theoretische kader voor het onderzoek geschreven, en het in het onderzoek gehanteerde model dat hierbij een centrale plaats inneemt. De resultaten worden beschreven in de hoofdstukken 5 tot en met 10. Tenslotte worden in hoofdstuk 11 conclusies besproken.

2 DE VOORGESCHIEDENIS VAN HET PROJECT VERLOSKUNDIGE SAMENWERKINGSVERBANDEN

In dit hoofdstuk worden de verschillende kwesties besproken op het gebied van de risicoselectie. Voor een goed begrip van de standpunten van de verschillende partijen is het nodig om eerst kennis te nemen van het debat over de veiligheid van het Nederlands verloskundig systeem (paragraaf 2.1). Vervolgens zal aandacht worden gegeven aan het beleid van de regering (paragraaf 2.2) en de Ziekenfondsraad (paragraaf 2.3) betreffende de verloskundige risicoselectie. In deze twee paragrafen wordt het beleid voornamelijk belicht aan de hand van drie belangrijke gebeurtenissen: het vaststellen van de Verloskundige Indicatielijst door de Ziekenfondsraad in 1987, het advies van de Adviescommissie Verloskunde in 1987 en het uitbrengen van het Regeringsstandpunt Verloskunde in 1989. Tenslotte zal in paragraaf 2.4 het onderhavige project worden besproken.

2.1 Het debat over de veiligheid van het Nederlands verloskundig stelsel

De veiligheid van het Nederlands verloskundig stelsel is ter discussie gesteld door Hoogendoorn (Hoogendoorn 1986a, Hoogendoorn 1986b). Hoogendoorn stelde vast dat de perinatale sterfte in Nederland weliswaar was gedaald in de periode tussen 1970 en 1984, maar minder sterk dan in vergelijkbare landen, zoals in Scandinavië en Zwitserland. Nederland had eerst een gunstige positie wat betreft perinatale sterfte. Deze positie had Nederland echter verloren in vergelijking met andere westerse landen. Hoogendoorn opperde de veronderstelling dat dit verschil tussen Nederland en omringende landen veroorzaakt is door het in het oog springende verschil tussen Nederland en deze omringende landen wat betreft het verloskundig systeem, namelijk het systeem van een aparte zelfstandige eerstelijn met een hoog percentage thuisbevallingen. In het debat dat ontstond na Hoogendoorns artikel werd geopperd dat het verschil in de trends van de perinatale sterfte zou kunnen worden verklaard door verschillen in de populatie, verschillen in de mate waarin prenatale screening plaatsvindt en ook verschillen in registratie van perinatale sterfte. Ondanks mogelijke verklaringen werd door dit debat de vraag opgeroepen naar de veiligheid van het verloskundige stelsel in ons land.
Door de Adviescommissie Verloskunde, die de regering adviseerde over het Nederlands verloskundig stelsel, werd geadviseerd om een groep van verloskundige samenwerkingsverbanden financieel in staat te stellen om hun zorg gedetailleerd weer te geven, zodat daarmee een antwoord zou kunnen worden gegeven op de vraag naar de veiligheid van het Nederlands verloskundig stelsel. Tevens werd aangeraden om deelname aan de Landelijke Verloskunde Registratie verplicht te stellen voor alle verloskundige zorgverleners. Daarbij werd opgemerkt dat perinatale sterfte in toenemende mate een tekortschietende uitkomstmaat is voor de kwaliteit van de verloskundige zorg. Morbiditeit zou naast mortaliteit een belangrijke rol moeten vervullen in de evaluatie.
Als antwoord op het advies van de Adviescommissie Verloskunde stelde de toenmalige staatssecretaris dat de waargenomen verschillen in de trends van de perinatale sterfte

in Europese landen veroorzaakt zouden kunnen zijn door verschillen in registratiemethodiek en door verschillen in prenataal screeningsbeleid. In andere landen is er vaak sprake van een meer actief screeningsbeleid dan in Nederland, hetgeen leidt tot een verschuiving van perinatale sterfte naar prenatale zwangerschapsonderbreking, hetgeen het beeld van perinatale sterftecijfers vertekent. Als uitkomstmaten voor de kwaliteit van de verloskundige zorg gaf hij voorkeur aan morbiditeit boven mortaliteit. Anders dan de Adviescommissie Verloskunde verwachtte de staatssecretaris niet dat de gegevens uit de verloskundige samenwerkingsverbanden definitief een einde zouden maken aan de discussies rond perinatale sterfte; hij verwachtte eerder dat de gegevens uit deze verloskundige samenwerkingsverbanden een monitoring functie zouden hebben voor de verloskundige zorg en richting zouden kunnen geven aan het proces van risicoselectie en de verdeling van taken tussen de eerste- en tweedelijn. Verder zou deelname aan de Landelijke Verloskunde Registratie niet verplicht worden gesteld.
De regering achtte de veiligheid van het Nederlands verloskundig stelsel niet zozeer bedreigd dat dit de allereerste prioriteit zou moeten hebben. Dit standpunt conflicteerde met het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, die de veiligheid van het Nederlands verloskundig stelsel van primair belang achtte en van mening was dat dit allereerst zou moeten worden onderzocht (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1987). Dit verschil van opvattingen vormde een belemmering om overeenstemming te bereiken over beleidsmaatregelen ten aanzien van de risicoselectie in de verloskundige zorg in Nederland.

2.2 Het regeringsbeleid ten aanzien van de risicoselectie

In het beleid van de regering wordt de thuisbevalling gezien als meest wenselijk. Echter, sinds 1972 is er een daling van het landelijke percentage thuisbevallingen. In 1972 was dit percentage nog 53%, in 1975 was dit 44% en tussen 1978 en 1983 stabiliseerde het zich rond de 36% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1972-1992). In dezelfde periode nam het percentage poliklinische bevallingen toe tot 21% in 1983 (Adviescommissie Verloskunde, 1987). Een andere bron van zorg was dat er aanzienlijke regionale verschillen waren geconstateerd in het percentage ziekenhuisbevallingen (Treffers en Laan, 1986); deze regionale verschillen waren zo groot dat zij niet kunnen worden verklaard door verschillen in het risico dat de vrouwen hebben op complicaties. Dit riep vragen op over de uniformiteit van de risicoselectie in Nederland.
Gezien het beleid van de regering om de eerstelijnszorg in het algemeen en de eerstelijns verloskundige zorg in het bijzonder te versterken vroeg de staatssecretaris in 1984 advies aan een door hem ingestelde Adviescommissie Verloskunde. In zijn adviesaanvraag nam de staatssecretaris het standpunt in dat een naar verwachting normale bevalling thuis zou moeten plaatsvinden. Hij wenste een verschuiving van poliklinische bevallingen naar thuisbevallingen en van tweede- naar eerstelijns verloskundige zorg. Hij vroeg aan de Adviescommissie Verloskunde hoe zo'n verschuiving zou kunnen worden teweeggebracht. De Adviescommissie Verloskunde werd samengesteld uit vertegenwoordigers uit de beroepsgroepen van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen.
In haar advies sprak de Adviescommissie Verloskunde zich uit over de poliklinische bevallingen. De commissie was het niet eens met de door de overheid voorgestane verschuiving van poliklinische bevallingen naar thuisbevallingen. De commissie stelde dat vrouwen gemotiveerde beslissingen nemen over de plaats van de bevalling en dat

de toename in poliklinische bevallingen aangaf dat er een toenemende behoefte was aan dit type zorg. Volgens de commissie zouden vrouwen met een laag risico de vrije keus moeten hebben voor een poliklinische of een thuisbevalling, zonder ernstig gehinderd te worden door financiële barrières. In dit verband stelde de commissie voor om de niet-medische geïndiceerde poliklinische bevalling onder de voorwaarde van een eigen bijdrage van *f* 200,- op te nemen in het verstrekkingenpakket. De commissie herinnerde eraan dat ondanks eerdere adviezen de poliklinische bevallingen niet was opgenomen in het ziekenfondspakket. De commissie stelde dat deze beslissing zou moeten worden heroverwogen, omdat het een niet gegronde maatregel was, uitsluitend gericht op kostenbesparing. In zijn antwoord aan de Adviescommissie Verloskunde stelde de staatssecretaris dat er twee conflicterende principes zijn, namelijk de keuzevrijheid van de vrouw die was benadrukt door de Adviescommissie, en de preventie van onnodige medicalisering. Poliklinische bevallingen zouden kunnen leiden tot onnodige medicalisering. Daarom zouden de kosten voor een poliklinische bevalling slechts dan in het ziekenfondspakket komen indien er een medische reden is voor een poliklinische ziekenhuisbevalling, hetgeen het geval is bij de 'medium-risksituatie'.
Ten aanzien van de door de staatssecretaris gewenste verschuiving van tweede- naar eerstelijns verloskundige zorg adviseerde de commissie om verloskundige samenwerkingsverbanden te stimuleren. In verloskundige samenwerkingsverbanden was er volgens de commissie een hoger percentage thuisbevallingen en poliklinische bevallingen dan in andere regio's, terwijl publikatie van de resultaten die in deze groepen bereikt werden, het tij van toenemende medicalisering zou kunnen keren. Dit gedeelte van het advies van de Adviescommissie Verloskunde heeft een belangrijke rol gespeeld bij het tot stand komen van het hier gerapporteerde onderzoeksproject. In paragraaf 2.4 wordt hierop teruggekomen.

2.3 Het beleid van de Ziekenfondsraad betreffende het proces van risicoselectie

De voortschrijdende tendens van eerstelijns in de richting van tweedelijns verloskundige zorg bracht de Ziekenfondsraad ertoe om een systeem voor risicoselectie te ontwerpen dat gericht is op versterking van de eerstelijns verloskundige zorg. Dit initiatief werd door de Ziekenfondsraad genomen op verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. De Ziekenfondsraad had reeds een lijst van medische indicaties voor een klinisch kraambed vastgesteld en het leek gepast om ook een indicatielijst te maken voor de verloskundige zorg. Hiertoe stelde de Ziekenfondsraad een werkgroep in, de 'Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst'. De Kloostermanlijst is een lijst van medische indicaties, zonder formele status, maar die in de praktijk vaak werd gevolgd als richtlijn bij risicoselectie (Redactie, 1985). In de Kloostermanlijst worden twee soorten risico onderscheiden, namelijk laag risico waarbij eerstelijns zorg is aangewezen en hoog risico dat in de tweedelijn thuis hoort. De werkgroep van de Ziekenfondsraad ontwikkelde een systeem van richtlijnen met als doel verbetering van de verloskundige zorg en stimulering van de samenwerking tussen verloskundige zorgverleners (Ziekenfondsraad, 1987). De Verloskundige Indicatielijst bevat zowel een systematiek voor het nemen van beslissingen over risicoselectie alsook een gedetailleerde lijst van indicaties voor eerste- en tweedelijns zorg en voor tussenliggende vormen van zorg.

De lijst van indicaties onderscheidt drie groepen van risico: laag risico (aangegeven met 'A'), waarbij eerstelijnszorg nodig is, hoog risico (aangegeven met 'C'), waarvoor tweedelijnszorg vereist is, en een tussenliggend risico (aangegeven met 'B'), waarbij een overleg tussen de gynaecoloog en de verloskundige nodig is. In sommige gevallen kan de B-situatie leiden tot een medium-risksituatie, die wordt aangegeven met 'B→D'. Bij een medium-risksituatie is er een poliklinische bevalling onder verantwoordelijkheid van een verloskundige of een huisarts, terwijl de gynaecoloog van te voren is geïnformeerd dat er een licht verhoogd risico is en waarbij de gynaecoloog zo nodig snel aanwezig kan zijn.
Bij de beslissing welke zorg bij een bepaalde indicatie hoort, is gebruik gemaakt van afwegingen met betrekking tot:

1. de aard en de ernst van de complicatie die zou kunnen optreden bij de desbetreffende risicofactor;
2. de mogelijkheid de complicatie te voorkomen;
3. de mogelijkheid de complicatie te ontdekken en
4. de mogelijkheid om adequaat te interveniëren in het geval de complicatie optreedt.

De Verloskundige Indicatielijst werd vastgesteld door de Ziekenfondsraad en kreeg de status van een gewichtig advies dat werd gegeven aan de ziektekostenverzekeraars (Ziekenfondsraad, 1987). Hij werd ook onderschreven door de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Landelijke Huisartsen Vereniging. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie verwierp echter deze Verloskundige Indicatielijst (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1987) om de volgende redenen:

- de gynaecoloog is meer in staat en beter opgeleid om vroegtijdig pathologie te onderkennen en risicoselectie te verrichten;
- de 'medium-risksituatie' betekent een gedeelde verantwoordelijkheid waarbij het onduidelijk is wie er wanneer welke verantwoordelijkheid heeft, hetgeen ongewenst is;
- het uitgangspunt dat risicoselectie uitsluitend kan plaatsvinden op basis van vastgestelde risicofactoren is te nauw; de vrouw moet de vrijheid hebben om die zorg te kiezen waarbij zij zich het meest veilig voelt en bij de zorgverlener in wie zij het meest vertrouwen heeft;
- van meerdere risicofactoren werd aangegeven dat zij op medisch-epidemiologische gronden niet als eerstelijns- of overlegsituaties beschouwd konden worden maar thuishoorden in de tweedelijn;
- de 'Verloskundige Indicatielijst' was gericht op het versterken van de eerstelijns verloskundige zorg; er werd gevreesd dat een geforceerde, van bovenaf opgelegde verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg nadelig zou zijn voor de kwaliteit van de zorg. In dit verband werd eraan herinnerd dat de Nederlandse sterftecijfers minder sterk dalen dan in omringende landen en dat er onzekerheid bestaat over de oorzaken daarvan. Mede om die reden zou de meest gekwalificeerde zorgverlener, dat wil zeggen de gynaecoloog, verantwoordelijk moeten zijn voor de risicoselectie.

Sommige punten die door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie naar voren werden gebracht, werden behandeld door de Adviescommissie Verloskunde (Adviescommisie Verloskunde, 1987). De commissie onderschreef het uitgangspunt dat de verloskundige of de huisarts in principe verantwoordelijk is voor de risicoselectie. Wat betreft de indicaties voor specifieke risicofactoren volgens de Verloskundige Indicatielijst, achtte de commissie dat zij ten dele niet voldoende wetenschappelijk

waren onderbouwd. De commissie adviseerde dat het overleg over de verwijsrichtlijnen weer zou worden hervat.

2.4 Het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'

De maatregelen die erop gericht waren om de risicoselectie op landelijk niveau enigszins te reguleren, hebben niet geleid tot een landelijke consensus tussen de beroepsgroepen. In deze situatie was er extra belangstelling voor mogelijkheden om samenwerking op plaatselijk niveau te stimuleren. Dienaangaande adviseerde de Adviescommissie Verloskunde de staatssecretaris om tien verloskundige samenwerkingsverbanden gedurende vier jaar financiële, administratieve en organisatorische steun te verlenen (Adviescommissie Verloskunde, 1987). De staatssecretaris antwoordde in het Regeringsstandpunt Verloskunde dat plaatselijke samenwerking tussen degenen die verantwoordelijk zijn voor dezelfde cliënten, van essentieel belang is voor een goede risicoselectie (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989). Deze samenwerking zou in tien geselecteerde verloskundige samenwerkingsverbanden worden bevorderd; dit was te beschouwen als een experiment dat moest worden geëvalueerd.
Met het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden is invulling gegeven aan dit onderdeel van het Regeringsstandpunt Verloskunde. Door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) zijn tien verloskundige samenwerkingsverbanden begeleid (De Boer en Vermeij, 1996). Als tegemoetkoming in de kosten van de organisatorische en administratieve werkzaamheden ten behoeve van het samenwerkingsverband kreeg elk samenwerkingsverband gedurende vier jaar een bedrag van *f* 10.000,- op jaarbasis. Het onderzoek is verricht door het NIVEL; hierbij zijn twee vragen het uitgangspunt: 1) 'Hoe kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht en welke factoren beïnvloeden het al dan niet slagen van de verloskundige samenwerking?' en 2) 'Welke invloed heeft verloskundige samenwerking op de verloskundige risicoselectie en het verloskundig resultaat?'.
In dit gedeelte van de rapportage wordt verslag gedaan van het onderzoek naar deze tweede vraag.

3 WAAR WERD HET ONDERZOEK UITGEVOERD

In dit hoofdstuk wordt beschreven waar het onderzoek is uitgevoerd. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Om genoeg variatie te hebben in de aard en intensiteit van de samenwerking is het onderzoek uitgebreid buiten deze VSV's; de hoofdlijnen van de resulterende onderzoeksopzet worden beschreven in paragraaf 3.2. Voor de uitbreiding buiten de VSV's wordt gebruik gemaakt van het begrip 'groepen verloskundige zorgverleners' (GVZ's). Dit zijn de gynaecologen in een bepaald ziekenhuis en de verloskundigen die in voorkomende gevallen hun patiënten naar deze gynaecologen verwijzen; het zijn dus functionele eenheden. Dit wordt verder toegelicht in paragraaf 3.3. Voor dit onderzoek hebben we op landelijk niveau 124 GVZ's geconstrueerd uit de gegevens van een landelijke enquête onder verloskundige praktijken, waarin onder meer werd gevraagd naar welke ziekenhuizen men zijn patiënten voornamelijk verwijst (paragraaf 3.4). Vervolgens hebben we uit deze landelijke groep van 124 GVZ's een selectie gemaakt van GVZ's voor intensief onderzoek (paragraaf 3.5). Een overzicht van de plaatsen waar het onderzoek is uitgevoerd (VSV's en GVZ's) wordt gegeven in paragraaf 3.6. Tenslotte wordt in paragraaf 3.7 aangegeven hoe in dit onderzoek de privacybescherming geregeld was.

3.1 De deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden

In het begin van het project zijn tien VSV's door de begeleidingscommissie van het project geselecteerd. Deze tien VSV's bestonden om te beginnen uit vijf reeds langer bestaande VSV's die werden uitgenodigd om deel te nemen aan het project. Daarnaast zijn vijf andere VSV's geselecteerd door de begeleidingscommissie uit een aantal dat zich had aangemeld nadat hiervoor een oproep was gedaan in een ledenbrief van de drie meest betrokken beroepsverenigingen (NVOG, LHV, en NOV). Bij deze selectie werd als criterium gehanteerd dat men bereid was regelmatig gestructureerd overleg te voeren. Als eis voor deelname aan het project werd ook gesteld dat de deelnemers in een VSV bereid moesten zijn om deel te nemen aan de begeleiding die door het CBO werd gegeven gedurende vier jaar. Een andere voorwaarde was dat men bereid was om deel te nemen aan het onderzoek van het NIVEL. Een gedetailleerde beschrijving van de manier waarop de VSV's zijn geselecteerd wordt gegeven in deel I, paragraaf 1.2 van de rapportage van het project (De Veer et al, 1996).
Van de tien VSV's hebben er drie niet deelgenomen aan het onderzoek dat in dit deelrapport wordt besproken. De oorzaak was dat één VSV ophield te bestaan (het VSV Heerlen), één VSV reeds een eigen registratie had die niet voldoende aansluit bij de gegevens die in de andere VSV's zijn verzameld (VSV Zaandam) en één VSV in 1994 ophield te bestaan als gevolg van de opheffing van het ziekenhuis (VSV Kampen). Er bleven dus zeven VSV's over die hebben deelgenomen aan dit onderzoek (de gynaecologen het in VSV Kampen hebben nog wel deelgenomen aan de registratie die in hoofdstuk 7 wordt beschreven).
Als we het in dit deel van het rapport over 'verloskundige samenwerkingsverbanden' hebben, bedoelen we dus alleen de overblijvende zeven verloskundige samenwerkingsverbanden. Met de term 'verloskundig samenwerkingsverband' wordt nadrukkelijk niet geïmpliceerd dat er in Nederland buiten deze zeven verloskundige samenwer-

kingsverbanden geen verloskundige samenwerkingsverbanden zouden zijn (of erger nog: niet samengewerkt zou worden).

3.2 Uitbreiding van het onderzoek buiten de zeven VSV's

Ofschoon het project (inclusief de begeleiding door het CBO) zich richt op de geselecteerde VSV's, is het voor het onderzoek nodig om een bredere groep verloskundige hulpverleners te onderzoeken. Dat is de enige manier om erachter te komen of samenwerking een invloed heeft op wat verloskundige hulpverleners doen en op de kwaliteit van hun werk, ook los van het feit dat men in een VSV werkt. Immers, binnen de VSV's zullen geen grote verschillen bestaan wat betreft de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn. Om de betekenis hiervan te verduidelijken, maken we een uitstapje naar de algemene principes van wetenschappelijk onderzoek.

Resultaten van wetenschappelijk onderzoek moeten voldoen aan drie criteria:
- geldigheid (geen vertekening);
- nauwkeurigheid (voldoende onderscheidingsvermogen);
- generaliseerbaarheid buiten de onderzoeksgroep.

De belangrijkste eis voor onderzoeksresultaten is dat ze geldig zijn. Dat wil zeggen dat ze niet een vertekend beeld geven van het onderzochte verschijnsel. In dit onderzoek zorgen we ervoor dat de onderzoeksresultaten geldig zijn door eerst goed na te gaan hoe het onderzochte verschijnsel in elkaar zou kunnen zitten. Dat gebeurt in hoofdstuk 4. Verder is het voor de geldigheid nodig dat we in het onderzoek rekening houden met factoren die een verstorende rol kunnen spelen in de invloed van samenwerking op de risicoselectie en het verloskundig resultaat (potentiële confounders). In dit onderzoek corrigeren we voor zulke mogelijke verstorende factoren die tot verkeerde conclusies zouden kunnen leiden over de relatie tussen verloskundige samenwerking en de risicoselectie en het verloskundig resultaat.
Nauwkeurigheid is het tweede criterium voor onderzoeksresultaten. Daarmee bedoelen we dat het onderzoek in staat is om de variatie in het bestudeerde verschijnsel te onderscheiden. Alleen een sterke microscoop kan micro-organismen laten zien. Zo kan ook alleen een voldoende 'gevoelig' onderzoek laten zien of samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn invloed heeft op de risicoselectie en het verloskundig resultaat. In dit onderzoek wordt het 'onderscheidend vermogen' (de nauwkeurigheid) verhoogd door bij grote aantallen zwangere vrouwen na te gaan wat er gebeurt in de risicoselectie en hoe de gezondheidstoestand van de pasgeborenen is (het verloskundig resultaat). Maar het is niet voldoende dat er grote aantallen zwangeren in het onderzoek zijn. Het is ook nodig dat er voldoende verschil is in de manier waarop en de intensiteit waarmee de eerste- en tweedelijn samenwerken. Een voorbeeld uit de epidemiologie moge dit verduidelijken.
Stel dat men wil onderzoeken wat het effect is van roken op de gezondheid. In zo'n geval is het niet verstandig om het onderzoek uitsluitend te doen in een groep mensen die weinig roken. Er is in deze groep weinig contrast wat betreft de vermoede oorzaak (roken). Het is beter om deze onderzoeksgroep uit te breiden met personen die veel roken. Dit verhoogt de kans dat we een effect vinden. Daarbij is het van belang dat we niet alleen twee extremen hebben (zware rokers en niet-rokers), maar ook de tussengroep (de milde rokers).

We passen dit voorbeeld toe op ons onderzoek. We willen nagaan welke invloed samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn heeft op de risicoselectie en het verloskundig resultaat. 'Samenwerking' neemt in deze vergelijking dezelfde plaats in als 'weinig roken'. Het is niet verstandig om dit onderzoek te beperken tot zeven VSV's waar (naar alle waarschijnlijkheid) redelijk intensief wordt samengewerkt. Het is dan net alsof we de invloed van roken uitsluitend gaan onderzoeken in een groep van personen die weinig roken. Het is verstandiger de onderzoeksgroep uit te breiden met regio's waarin minder intensief wordt samengewerkt. Dit hebben we dan ook gedaan. We hebben de onderzoeksgroep van de zeven VSV's op twee manieren uitgebreid. Eerst hebben we het onderzoek op landelijke schaal uitgevoerd, maar met een minder intensieve gegevensverzameling; dit noemen we het onderzoek 'in de breedte'. Vervolgens hebben we daarbinnen regio's geselecteerd waarin minder intensief wordt samengewerkt dan in de zeven VSV's en waar dezelfde, aanvullende gegevens zijn verzameld als in de VSV's (het onderzoek 'in de diepte').

Het verschil tussen het onderzoek 'in de breedte' en het onderzoek 'in de diepte' is gelegen in de gegevens die zijn verzameld over de risicoselectie en het verloskundig resultaat. In het onderzoek 'in de breedte' is uitsluitend gebruik gemaakt van gegevens uit de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR), die afkomstig zijn van verloskundige praktijken. De gegevens van 1995 zijn samengevoegd (geaggregeerd) op het niveau van een verloskundige praktijk. Dit wordt verder beschreven in hoofdstuk 8. In het onderzoek 'in de diepte' is door de zorgverleners (verloskundigen, huisartsen en gynaecologen) speciaal voor dit onderzoek een specifieke registratie van de risicoselectie gevoerd, met name betreffende verwijzingen van eerste- naar tweedelijn en vice versa. Daarbij is ook gebruik gemaakt van gegevens uit de LVR, voor zover deze beschikbaar waren.

Door het onderzoek uit te breiden buiten de zeven VSV's hebben we meer contrast verkregen wat betreft de 'vermoede oorzaak' (de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn). Op deze manier is het onderzoek als het ware 'gevoeliger' geworden; de kans is groter dat we een invloed van samenwerking (indien aanwezig) ook zullen onderscheiden.
Toch zal men zich over het onderzoek 'in de diepte' kunnen afvragen: 'Is dat wel een correcte manier van doen? Het is toch logisch dat men een verschil vindt tussen deze zeven VSV's en de regio's die zijn geselecteerd op niet intensief samenwerken?'. Het is inderdaad vanzelfsprekend dat we verschillen vinden tussen de zeven VSV's en de geselecteerde regio's wat betreft de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn. Daarop zijn de VSV's en de geselecteerde vergelijkingsregio's immers geselecteerd. Maar het gaat in dit onderzoek niet om het verschil in samenwerking. Waar het om gaat, is of we een effect op de risicoselectie en het verloskundig resultaat vinden van het feit dat men tot een VSV behoort. Een dergelijk effect kan alleen worden aangetoond als er voldoende variatie in samenwerking is.
Om geldige conclusies over het effect van samenwerking te trekken is het daarnaast van belang dat in onze onderzoeksgroep de **invloed** van samenwerking niet verschilt van de totale groep buiten onze onderzoeksgroep (dat wil zeggen: in de verloskundige zorgverlening in Nederland). Het is niet nodig dat de groep in het 'diepte-onderzoek' representatief is voor Nederland wat betreft de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn. Verder is het gewenst dat in de totale onderzoeksgroep (de VSV's en de geselecteerde regio's) er niet alleen twee extremen voorkomen qua samenwerking. Met andere woorden, er moeten in de onderzoeksgroep ook regio's voorkomen die repre-

sentatief zijn voor de 'gemiddelde' samenwerking in Nederland. In paragraaf 8.3 zullen we laten zien dat aan deze voorwaarde wordt voldaan.

3.3 Groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's)

In VSV's werken verloskundigen, (verloskundig actieve) huisartsen en gynaecologen (en eventueel andere betrokken hulpverleners) samen, die gemeenschappelijke cliënten hebben. We willen deze hulpverleners vergelijken met hulpverleners buiten de VSV's. De vraag is hoe we de hulpverleners buiten de VSV's moeten selecteren. We moeten verloskundige hulpverleners selecteren uit eerste- en tweedelijn, die net als de VSV's gemeenschappelijke cliënten hebben. We vinden die door groepen samen te stellen rond één ziekenhuis. We noemen ze 'groepen verloskundige zorgverleners' (GVZ's).
In dit onderzoek wordt onder verloskundige samenwerking verstaan: de plaatselijke samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen, danwel tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen. Deze samenwerking vindt plaats tussen de zorgverleners die met elkaar te maken hebben in de zorg voor dezelfde cliënten, bij verwijzingen van de eerste- naar de tweedelijn en/of (terug)verwijzingen van de tweede- naar de eerstelijn. Indien de eerste- en tweedelijns zorgverleners relatief vaak met elkaar te maken hebben vanwege verwijzingen, kan het voor hen interessant zijn om te komen tot samenwerking die verder reikt dan een individuele cliënt. Aangezien het in dit onderzoek gaat om de invloed van dergelijke niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie en het verloskundig resultaat, worden in dit onderzoek 'groepen verloskundige zorgverleners' (GVZ's) onderscheiden. Een GVZ bestaat uit de gynaecologen in een ziekenhuis en de verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die relatief vaak naar hen verwijzen. Een GVZ kan dan ook worden opgevat als een ziekenhuis met het bijbehorende verzorgingsgebied (adhaerentiegebied). Indien vanuit een praktijk naar meer dan één ziekenhuis tenminste 20% van alle verwijzingen plaatsvindt (bijvoorbeeld 60% naar ziekenhuis A en 40% naar ziekenhuis B), dan behoort deze praktijk tot meer dan één GVZ. Een GVZ is dus een functionele eenheid die niet als een administratieve grootheid herkenbaar is.
Waarom zijn deze GVZ's in dit onderzoek gebruikt? In Nederland wordt er in veel regio's vanuit meerdere verloskundige- en/of huisartspraktijken relatief vaak verwezen naar hetzelfde ziekenhuis. In deze gevallen is de samenwerking die een individuele eerstelijnspraktijk heeft met de gynaecologen in dit ziekenhuis niet los te zien van de samenwerking die de andere praktijken hebben met dezelfde gynaecologen. Immers, indien er (gestructureerd) overleg is tussen eerste- en tweedelijn, dan zullen de verschillende eerstelijnspraktijken vaak deelnemen aan hetzelfde overleg en dezelfde (of ongeveer dezelfde) afspraken maken over risicoselectie. Bovendien is het te verwachten dat de invloed van deze samenwerking op de feitelijke risicoselectie mede afhangt van de gynaecologen in dit ziekenhuis. In andere woorden: de variatie in risicoselectie wordt niet alleen beïnvloed door verschil in werken tussen de eerstelijnspraktijken maar ook door de verschillen tussen ziekenhuizen. Om dit niveau van het ziekenhuis tot zijn recht te laten komen, wordt gebruik gemaakt van het begrip 'groep verloskundige zorgverleners' (GVZ).

3.4 Het construeren van de groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's)

De GVZ's zijn geconstrueerd op grond van gegevens uit een landelijke enquête onder verloskundige praktijken. Met steun van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV) is in februari 1995 een schriftelijke vragenlijst toegezonden aan alle 451 verloskundige praktijken die waren geregistreerd op het meetpunt 1 januari 1994 in de landelijke registratie van verloskundigen. Deze registratie wordt gevoerd door het NIVEL (Hingstman en Harmsen, 1994). Het doel van de enquête is drieledig:

1. gegevens te verkrijgen over de samenwerking met de gynaecologen;
2. het construeren van groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's) en
3. het selecteren van GVZ's voor het onderzoek 'in de diepte'.

In deze enquête is gevraagd naar de samenwerking met de gynaecologen in de ziekenhuizen naar wie de verloskundigen het meest verwijzen. De grens is gelegd bij 20% of meer van alle verwijzingen uit de verloskundige praktijk. Om de omvang van de vragenlijst te beperken konden alleen voor de twee ziekenhuizen waarnaar het meest (en in ieder geval meer dan 20%) wordt verwezen, de gegevens over de samenwerking worden ingevuld.

De enquête is toegezonden naar alle solowerkende verloskundigen. Binnen iedere duo- of groepspraktijk is aselect één verloskundige gekozen, naar wie de enquête is verzonden. Dus de enquête is verzonden naar één verloskundige per praktijk, en wel naar alle praktijken in Nederland.

Van de 451 aangeschreven verloskundigen hebben er 322 gereageerd. Het responspercentage is dus 71%. Deze responsgroep is representatief voor de totale groep (zie paragraaf 5.2). In 78 gevallen verwees een praktijk tenminste 20% naar een tweede ziekenhuis.

In dit onderzoek is de eenheid van onderzoek de combinatie van een verloskundige praktijk en een ziekenhuis. Er zijn dus 400 (322 + 78) eenheden van onderzoek.

De 322 responderende verloskundige praktijken zijn geclusterd rond 124 (lokaties van) ziekenhuizen. Er zijn dus 124 GVZ's. Een GVZ wordt gevormd door één ziekenhuis en de 'bijbehorende' verloskundige praktijken. Het aantal verloskundige praktijken per GVZ wordt weergegeven in tabel 3.1. Het totale aantal verloskundige praktijken telt op tot 400. Dit komt omdat 78 van de 322 verloskundige praktijken dubbel tellen; zij verwijzen naar twee ziekenhuizen tenminste 20% van alle verwijzingen.

Tabel 3.1 Het aantal verloskundige praktijken in de GVZ's

aantal verloskundige praktijken in een GVZ	aantal GVZ's met dit aantal verloskundige praktijken	(%)
1	28	(23%)
2	20	(16%)
3	26	(21%)
4	19	(15%)
5	16	(13%)
6	9	(7,3%)
7	4	(3,2%)
8	2	(1,6%)
totaal	124	(100%)

Er zijn vrijwel evenveel GVZ's met één of twee verloskundige praktijken (48) als met vier of meer verloskundige praktijken (50).

Een probleem bij de samenstelling van de GVZ's is dat dit moest gebeuren op basis van geanonimiseerde gegevens. Anonimisering is als eis gesteld door de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (de SIG), die de beheerder is van de LVR. De gegevens uit de LVR moesten namelijk worden gekoppeld aan de GVZ's. Door deze manier van werken zijn er ook meer GVZ's geconstrueerd dan er ziekenhuizen zijn waar verloskunde wordt bedreven. De oorzaak van deze discrepantie kan als volgt worden toegelicht.
In de landelijke enquête onder verloskundige praktijken is nagevraagd naar welke ziekenhuizen wordt verwezen en per ziekenhuis is gevraagd om welk percentage van alle verwijzingen het ging. Met het oog op de bescherming van de privacy van de ziekenhuizen bij koppeling met de LVR-gegevens zijn door de SIG in alle enquêteformulieren de namen van de ziekenhuizen vervangen door een code. De sleutel van deze codes lag bij de SIG. Tevens is door de SIG aangegeven dat in de 124 ziekenhuiscodes er elf paren en één drietal van anonieme nummers bij elkaar horen omdat de lokaties behoren tot hetzelfde organisatorische verband. Dit is het geval indien één ziekenhuis meerdere lokaties heeft. Het is te verwachten dat in sommige van deze gevallen op de twee lokaties dezelfde gynaecologen werken die in hetzelfde gestructureerd overleg zitten met eerste- en tweedelijn. In zo'n geval zouden deze twee lokaties eigenlijk tezamen genomen moeten worden, omdat zij behoren tot dezelfde GVZ. In andere gevallen werken op de verschillende lokaties verschillende gynaecologen en behoren zij dus tot een verschillend GVZ. In dit onderzoek hadden wij niet de beschikking over het gegeven welke gynaecologen werken in welk ziekenhuis, en wie deelnamen aan een eventueel gestructureerd overleg. Er is voor gekozen om bij het construeren van de GVZ's de verschillende lokaties van hetzelfde organisatorische verband te beschouwen als functioneel gescheiden lokaties. Dit heeft weliswaar als nadeel dat in sommige gevallen een GVZ kunstmatig in tweeën is gedeeld. Echter, indien alle lokaties die tot één organisatorisch verband behoren, zouden zijn ingedeeld in dezelfde GVZ, dan zouden er in sommige gevallen irreële GVZ's zijn geconstrueerd, met als gevolg vertekende onderzoeksbevindingen. Dit laatste nadeel heeft het zwaarst gewogen.

3.5 Het selecteren van GVZ's buiten de zeven VSV's voor het onderzoek 'in de diepte'

Voor het onderzoek 'in de diepte' bij verloskundige praktijken is gestreefd naar een selectie van GVZ's die wat betreft aard en intensiteit van de samenwerking afwijken van de VSV's. Daarom is in de landelijke enquête onder verloskundige praktijken tevens gevraagd of de verloskundigen in de desbetreffende praktijk in principe bereid waren om deel te nemen aan een aanvullende registratie van het NIVEL.

Er konden dankzij de bereidwilligheid van verloskundigen elf GVZ's worden geselecteerd buiten de zeven VSV's (aanvankelijk was er nog één GVZ meer geselecteerd die in de loop van het onderzoek is afgevallen, omdat de registratie voor de verloskundigen niet haalbaar bleek te zijn). Deze elf GVZ's zijn zo geselecteerd wat betreft de kenmerken van de samenwerking dat die zo veel mogelijk verschillen van de zeven

deelnemende VSV's. Dat betekent dat er is gestreefd naar een groep van GVZ's met een combinatie van de volgende kenmerken: een lage score wat betreft de gepercipieerde kwaliteit van de communicatie met de gynaecologen, een geringe subjectief ervaren mate van afstemming tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg (integratie), een hoge mate van ervaren concurrentie alsmede (indien er gestructureerd overlegd was) een geringe mate van betrokkenheid bij dit overleg. In de vragenlijst van de landelijke enquête onder verloskundige praktijken hebben vijf vragen betrekking op deze aspecten.

In de elf geselecteerde GVZ's hebben 41 verloskundige praktijken gerespondeerd op de enquête. Van deze 41 praktijken hebben er 31 (76%) deelgenomen aan het onderzoek 'in de diepte'. Deze 31 praktijken zijn te beschouwen als representatief voor de 41 praktijken, daar er geen significante verschillen zijn tussen deze twee groepen in relevante kenmerken.
De kenmerken van de verloskundige samenwerking tussen eerste- en tweedelijn van deze 31 praktijken in de elf GVZ's worden in tabel 3.2 vergeleken met alle andere GVZ's (inclusief de zeven VSV's). Deze tabel is beperkt tot de combinaties van een verloskundige praktijk met het eerste ziekenhuis (waarnaar de meeste verwijzingen plaatsvinden). De scores van de kwaliteit van de communicatie en ervaren concurrentie zijn vastgesteld met een vijf-puntsschaal, evenals de mate van betrokkenheid bij het overleg. De score voor de subjectief ervaren mate van integratie is verkregen met een vijf-puntsschaal. Deze tabel laat zien dat de kenmerken van deze elf GVZ's voldoen aan de hierboven beschreven selectiecriteria. Immers, op alle items (behalve het bestaan van gestructureerd overleg) scoren de praktijken in de elf geselecteerde GVZ's significant lager dan de andere verloskundige praktijken.

Tabel 3.2 De verloskundige praktijken in de elf geselecteerde GVZ's in vergelijking met de andere verloskundige praktijken

Variabele	De 31 verloskundige praktijken in de elf geselecteerde GVZ's	De 288 andere verloskundige praktijken
1) percentage waarin gestructureerd overleg bestaat [1]	80%	89%
2) gemiddelde score voor de ervaren kwaliteit van de communicatie[2] (1=laag, 5=hoog)	2,4	2,9
3) gemiddelde score van de subjectief ervaren mate van integratie[2] (1=laag, 5=hoog)	3,6	4,6
4) mate waarin niet concurrentie wordt ervaren[2] (1=laag, 5=hoog)	2,8	3,3
5) betrokkenheid bij overleg[2] (1=laag, 5=hoog)	3,2	3,8

[1] verschil is niet significant (chi^2-toets, $P<0,05$)
[2] verschil is significant (T-test, $P< 0,05$)

3.6 Overzicht van waar het onderzoek werd uitgevoerd

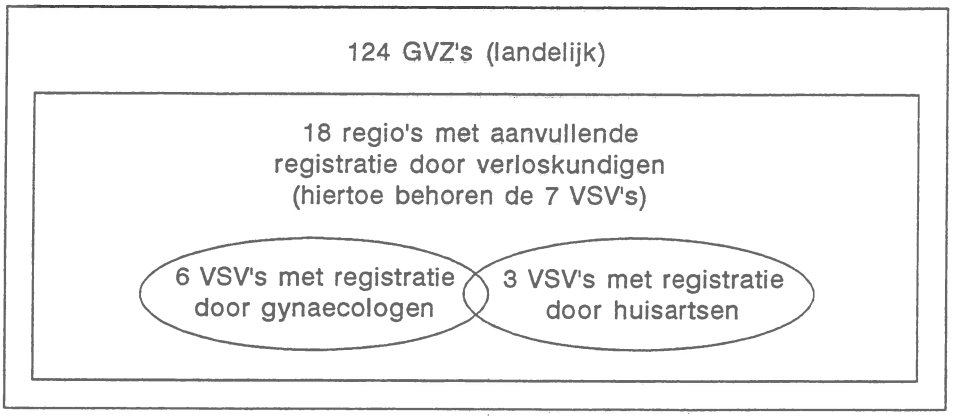
In paragraaf 3.2 is aangegeven dat het onderzoek plaatsvindt 'in de breedte' met daarop gesuperponeerd een onderzoek 'in de diepte'. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de settings waarin deze onderzoeken plaatsvinden (een 'setting' is/zijn de plaats(en) waar het onderzoek is uitgevoerd). Het onderzoek 'in de breedte' vond landelijk plaats bij verloskundige praktijken in 124 GVZ's.

Het onderzoek 'in de diepte' vond plaats bij verloskundige praktijken in achttien regio's: de zeven VSV's en elf geselecteerde GVZ's. Deze elf GVZ's zijn zo geselecteerd dat de samenwerking met het betreffende ziekenhuis minder intensief is dan in de zeven deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden. In deze elf GVZ's zijn aanvullende gegevens verzameld op dezelfde manier als in de zeven VSV's; deze aanvullende gegevens hebben betrekking op de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Verder heeft bij gynaecologen het onderzoek 'in de diepte' plaatsgevonden in zes VSV's. Tenslotte heeft bij huisartsen het onderzoek 'in de diepte' plaatsgevonden in VSV's waarin verloskundig actieve huisartsen deelnemen.

Samenvattend zijn de verschillende settings van het onderzoek:

1. de 124 GVZ's; hierin is het onderzoek 'in de breedte' gedaan bij verloskundige praktijken;
2. de zeven VSV's plus de elf geselecteerde GVZ's waarin het onderzoek 'in de diepte' is verricht bij verloskundige praktijken; hiertoe hebben de verloskundigen een specifieke registratie gevoerd van de risicoselectie; deze bij elkaar achttien groepen zijn een subgroep van de 124 GVZ's;
3. het onderzoek 'in de diepte': de zes deelnemende VSV's waarin de gynaecologen een specifieke registratie hebben gevoerd van hun risicoselectie en
4. het onderzoek 'in de diepte': drie van de zeven deelnemende VSV's waarin verloskundig actieve huisartsen deelnemen en een specifieke registratie van de risicoselectie hebben gevoerd.

Figuur 3.1 De settings van het onderzoek



3.7 De bescherming van de privacy

In het onderzoek is aandacht besteed aan het beschermen van de privacy van de vrouwen die in zorg waren, de verloskundige zorgverleners en het ziekenhuis. In de registratie van de risicoselectie zijn geen gegevens verzameld die kunnen leiden tot identificatie van de betreffende zwangere vrouwen. Wat betreft de registraties die zijn gevoerd in de zeven deelnemende VSV's, is de privacy van de verloskundige zorgverleners beschermd door gebruik te maken van een code die behoort bij de desbetreffen-

de zorgverlener. De sleutel tot deze code was uitsluitend bekend bij een secretarieel medewerker. Ook voor de ziekenhuizen in de zeven deelnemende VSV's is zo'n procedure gevolgd.
De privacybescherming voor de gegevens buiten de zeven deelnemende VSV's is geregeld conform de wensen van de privacycommissie van de Landelijke Verloskunde Registratie. Om de anonimiteit van de zorgverleners en de ziekenhuizen te beschermen, zijn alle gegevens die betrekking hebben op de personen van de zorgverleners die de landelijke enquête hebben ingevuld (de verloskundige) en de gegevens van de ziekenhuizen waarnaar zij verwijzen, geanonimiseerd. De lijsten, waarmee de vragenlijsten kunnen worden herleid tot zorgverleners, zijn door het NIVEL overgedragen aan de SIG. In de vragenlijsten zijn de namen van de ziekenhuizen door medewerkers van de SIG vervangen door een code. De sleutel van deze code bevindt zich op de SIG. De medewerkers van het NIVEL weten dus niet om welke ziekenhuizen of welke verloskundigen het gaat.

4 UITWERKING VAN DE VRAAGSTELLING EN FORMULERING VAN HYPOTHESEN

De uitgangsvraag in dit onderzoek is: 'Welke invloed heeft verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn op de risicoselectie en het verloskundig resultaat?'. In paragraaf 4.1 wordt aangegeven dat deze vraag uiteenvalt in twee hoofdvragen. In de eerste hoofdvraag gaat het om de invloed van het werken binnen een verloskundig samenwerkingsverband. In de tweede hoofdvraag gaat het er in feite om hoe de invloed van het werken in een verloskundig samenwerkingsverband tot stand komt. Het gaat met andere woorden om de vraag welke invloed het verloskundig samenwerken (het proces, de activiteiten) heeft op risicoselectie en verloskundig resultaat.
In de twee volgende paragrafen worden de kernbegrippen uitgewerkt. In paragraaf 4.2 wordt omschreven wat onder de begrippen 'risicoselectie' en 'verloskundig resultaat' wordt verstaan. In paragraaf 4.3 wordt uiteengezet wat wordt verstaan onder 'verloskundig samenwerken tussen de eerste- en tweedelijn'.
De veronderstelde samenhangen tussen samenwerking, de risicoselectie en verloskundig resultaat worden gepresenteerd in paragraaf 4.4. Hier wordt het referentiekader voor dit onderzoek geformuleerd. Vervolgens worden in paragraaf 4.5 en 4.6 op basis van dit referentiekader de hypothesen geformuleerd die een antwoord geven op de gestelde onderzoeksvragen beschreven. Tenslotte wordt in paragraaf 4.7 een overzicht gegeven van de hoofdstukken, waarin de verschillende hypothesen worden getoetst.

4.1 De twee hoofdvragen in dit onderzoek

De uitgangsvraag van het onderzoek is: 'Welke invloed heeft verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn op de risicoselectie en het verloskundig resultaat?'. Binnen het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden is deze samenwerking tussen eerste- en tweedelijns hulpverleners gestimuleerd. Dat is gebeurd in de verloskundige samenwerkingsverbanden die door de begeleidingscommissie van het project geselecteerd zijn. Het is redelijk te veronderstellen dat in de desbetreffende VSV's intensiever wordt samengewerkt dan elders. Immers, de helft van de VSV's is geselecteerd vanwege het feit dat zij reeds langer bestaande verloskundige samenwerkingsverbanden zijn. Bovendien heeft het CBO in de periode tussen medio 1991 en medio 1994 begeleiding gegeven in de VSV's; deze begeleiding was erop gericht om te komen tot een betere en intensievere samenwerking.
Wat men nu wil weten is of in deze VSV's de risicoselectie intensiever is dan elders en zo ja, of dit ligt aan het feit dat in de VSV's intensiever wordt samengewerkt dan elders. Hierover gaat de eerste hoofdvraag:
Wat is de invloed van het werken in een verloskundig samenwerkingsverband op de risicoselectie?

Deze vraag gaat dus over het werken in een verloskundig samenwerkingsverband (VSV). Een VSV is een structuur. De uitgangsvraag van het onderzoek gaat echter niet (alleen) over een verloskundig samenwerkingsverband, maar over samenwerking. Samenwerking is meer dan alleen een structuur. Het is ook samenwerken: een proces,

menselijke activiteit. Onder samenwerking verstaan we die activiteiten die erop gericht zijn een bepaald gemeenschappelijk doel te bereiken (paragraaf 1.1 van deel I van dit rapport). Er wordt overal in Nederland samengewerkt tussen de eerste- en tweedelijn om een goede verloskundige zorg te realiseren; het is geen 'alleenrecht' van de VSV's. Daarom gaat de tweede hoofdvraag over het verloskundige samenwerken als zodanig tussen de eerste- en tweedelijn:
Welke invloed heeft het verloskundig samenwerken tussen de eerste- en tweedelijn op de risicoselectie en het verloskundig resultaat?
De betekenis van de VSV's moet worden gezien tegen de achtergrond van de landelijke situatie. Voorafgaand aan de beantwoording van de hoofdvragen naar de invloed van het werken in een VSV, respectievelijk van verloskundige samenwerking in het algemeen, worden daarom nog twee beschrijvende vragen aan de orde gesteld:

Hoe ziet de verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn eruit in Nederland en in de onderzochte regio's?
Welke kenmerken hebben de verloskundige risicoselectie en het verloskundig resultaat in Nederland en in de onderzochte regio's?

Om de vragen te kunnen beantwoorden, zullen eerst de belangrijkste verschijnselen worden uitgewerkt, die in deze vragen worden genoemd.

4.2 Verloskundige risicoselectie en verloskundig resultaat

In deze paragraaf wordt aangegeven wat we verstaan onder risicoselectie en verloskundig resultaat en hoe risicoselectie en verloskundig resultaat onderling samenhangen.
Op het eind van de zwangerschap is er een verloskundig resultaat. Dit is gedefinieerd als de gezondheidstoestand van het kind na de bevalling. Indicatoren zijn de zwangerschapsduur, het geboortegewicht, het geboortegewicht-naar-zwangerschapduur, de Apgarscore na 5 minuten en sterfte in de eerste week na de geboorte.

Risicoselectie is het proces, waarin een zwangere vrouw wordt geselecteerd voor eerste- of tweedelijns verloskundige zorg of een tussenvorm. Met een 'tussenvorm' wordt hier bedoeld: 'gedeelde zorg in de zwangerschap' en 'medium-risksituatie'. 'Gedeelde zorg in de zwangerschap' houdt in dat in tenminste een periode in de zwangerschap de vrouw zowel bij een verloskundige (of verloskundig actieve huisarts) komt als bij een gynaecoloog; deze gedeelde zorg wordt van tevoren afgesproken met de gynaecoloog en er wordt van tevoren afgesproken dat het niet zal gaan om een eenmalig consult. De medium-risksituatie (ook wel B→D-situatie genoemd) is beschreven in paragraaf 2.3. Bij een medium-risksituatie is er een poliklinische bevalling onder verantwoordelijkheid van een verloskundige of huisarts, terwijl de gynaecoloog van tevoren is geïnformeerd dat er een licht verhoogd risico is en waarbij de gynaecoloog zonodig snel aanwezig kan zijn.

De verloskundige risicoselectie vindt plaats tijdens de zwangerschap, de bevalling en direct na de bevalling. In sommige gevallen heeft de risicoselectie al vóór de zwangerschap plaatsgevonden, bijvoorbeeld als na een keizersnede is afgesproken dat bij een eventuele volgende zwangerschap de begeleiding zal plaatsvinden in de tweedelijn.
Een vrouw wordt geselecteerd voor eerste- of tweedelijnszorg of een tussenvorm, afhankelijk van vastgestelde risicofactoren. Een risicofactor is een omstandigheid

waardoor de kans op complicaties verhoogd is. Maar niet alleen risicofactoren zijn van belang bij het verwijsbeleid. Een andere belangrijke factor bij het verwijsbeleid zijn de wensen die de vrouw zelf heeft ten aanzien van de soort zorg (bijvoorbeeld of zij graag begeleid wil worden door een bepaalde zorgverlener).
In de meeste gevallen is er in het begin van de zwangerschap niet definitief besloten tot tweedelijnszorg. De vrouw wordt dan begeleid door een verloskundige of een verloskundige actieve huisarts. (Onder 'verloskundig actieve huisarts' wordt hier verstaan een huisarts die zelf bevallingen doet.) De zwangere wordt in de zwangerschap periodiek gecontroleerd, waarbij wordt nagegaan of er belangrijke risicofactoren zijn. Indien een risicofactor wordt vermoed, zijn er verschillende mogelijkheden. Ten eerste is het mogelijk dat de risicofactor wordt uitgesloten zonder dat hiervoor een verwijzing naar de tweedelijn nodig is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een stuitligging, die spontaan is veranderd in een hoofdligging. Hierbij kan de verloskundige (respectievelijk de huisarts) besluiten om het even aan te zien; in sommige gevallen zal de risicofactor dan bij een volgende controle kunnen worden uitgesloten. Ten tweede is het mogelijk dat een risicofactor niet kan worden uitgesloten. In zo'n geval kan de verloskundige of huisarts contact zoeken met een gynaecoloog. (Kortheidshalve wordt in het vervolg gesproken van 'gynaecoloog', wanneer wordt bedoeld een gynaecoloog danwel een arts-assistent die werkt onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog.) Wanneer de verloskundige of huisarts contact heeft met een gynaecoloog over een cliënt, dan spreken we in dit verslag van 'cliëntgebonden samenwerking'. Met cliëntgebonden samenwerking wordt dus bedoeld dat er samenwerking is tussen een eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlener in het kader van risicoselectie bij en concrete cliënt.
De contacten tussen een verloskundige of huisarts en een gynaecoloog, de cliëntgebonden samenwerking dus, kunnen verschillende vormen hebben. In dit onderzoek wordt vooral gekeken naar verwijzingen en de medium-risksituatie.

Er zijn twee soorten verwijzingen: een consult en een overdracht. Bij een verwijzing voor een consult is het de bedoeling van de verwijzer dat de vrouw weer terugkomt in de eerstelijn, en dat de gynaecoloog adviseert. De verwijzende verloskundige of huisarts beslist dan op grond van dit advies of eerste- of tweedelijnszorg of een tussenvorm noodzakelijk is. Bij een verwijzing voor een overdracht is het de bedoeling van de verwijzende verloskundige of huisarts dat de verdere zorg wordt verleend in de tweedelijn. Nadat een vrouw is verwezen vanuit de eerstelijn, wordt zij door een gynaecoloog gezien. Door de gynaecoloog kan de intentie van de verwijzer al dan niet worden gevolgd. Bij de intentie voor consult kan de vrouw worden terugverwezen naar de verwijzende verloskundige of huisarts, maar het komt ook voor dat de gynaecoloog ondanks dat de zorg overneemt. Bij een verwijzing voor een overdracht kan de gynaecoloog de vrouw overnemen, of haar toch terugverwijzen. Er zijn dus bij een verwijzing van de eerste- naar de tweedelijn vier typen te onderscheiden:

1. de verloskundige of verloskundig actieve huisarts verwijst voor een consult en de vrouw wordt door de gynaecoloog terugverwezen;
2. de verloskundige of verloskundig actieve huisarts verwijst voor een consult, en de vrouw wordt door de gynaecoloog niet terugverwezen;
3. de verloskundige of verloskundig actieve huisarts verwijst met de intentie dat overdracht plaatsvindt en de zorg wordt door de gynaecoloog overgenomen;
4. de verloskundige of verloskundig actieve huisarts verwijst met de intentie dat overdracht plaatsvindt, maar de vrouw wordt door de gynaecoloog terugverwezen.

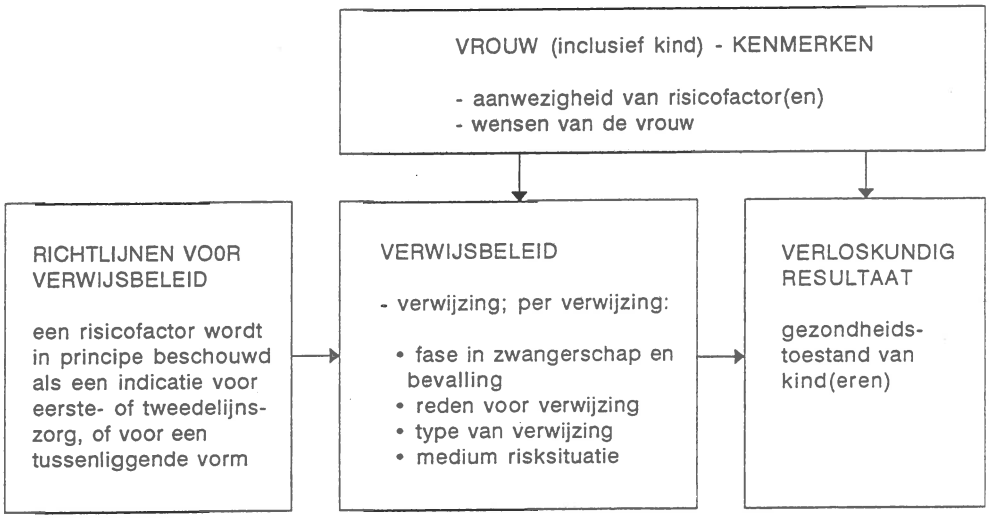
Bij ieder van deze vier typen kan er een periode van gedeelde zorg zijn tussen het moment van verwijzing door de eerstelijn en het moment waarop de gynaecoloog terugverwijst, respectievelijk besluit om niet terug te verwijzen.

Indien een vrouw in zorg is in de tweedelijn, kan het voorkomen dat er geen risicofactor(en) (meer) is (zijn), bijvoorbeeld wanneer een stuitligging zich spontaan heeft gedraaid. In zo'n geval kan de gynaecoloog de vrouw (terug)verwijzen naar de eerstelijn. Zo'n (terug)verwijzing is, net als een verwijzing van de eerste- naar de tweedelijn, te beschouwen als cliëntgebonden samenwerking.

In de cliëntgebonden samenwerking spelen verwijzingen dus een belangrijke rol. Bij een verwijzing zijn in het algemeen drie verwante zaken van belang: de risicofactor(en), de indicatie en de reden voor verwijzing. Het onderscheid tussen risicofactor, indicatie en reden voor verwijzing is belangrijk voor een juist begrip van risicoselectie. Een risicofactor is een bij de vrouw aanwezige omstandigheid, die het risico op complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling of kraambed verhoogt. Het begrip 'risicofactor' heeft dus betrekking op een objectief aanwezig kenmerk van de (zwangere) vrouw (inclusief het ongeboren kind), zoals een verhoogde bloeddruk of een stuitligging. Een risicofactor kan al dan niet worden onderkend; bijvoorbeeld de verhoogde bloeddruk kan al dan niet worden geconstateerd. Indien een risicofactor wordt onderkend, doet de vraag zich voor wat het verwijsbeleid is bij een dergelijke risicofactor. Het verwijsbeleid houdt in dat van afzonderlijke risicofactoren is vastgesteld of zij in principe een indicatie zijn voor eerste- of tweedelijnszorg, of een tussenliggende vorm.
Voor een verloskundige (of verloskundig actieve huisarts) is een risicofactor slechts dan een reden voor verwijzing indien zij/hij de risicofactor heeft onderkend èn deze beschouwt als een indicatie voor tweedelijnszorg, of een tussenvorm tussen eerste- en tweedelijnszorg. Bijvoorbeeld, indien bij een zwangere voor het eerst een diastolische bloeddruk van 95mm Hg wordt vastgesteld, dan kan een verloskundige besluiten om de vrouw in te sturen voor een consult, daar in haar verwijsbeleid zo'n bloeddruk in principe een indicatie is voor een consult. Het is echter ook mogelijk dat zij in dit individuele geval bewust afwijkt van deze algemene richtlijn omdat zij verwacht dat deze verhoogde bloeddruk eenmalig is en vanzelf weer normaliseert. In dit laatste geval is de verhoogde bloeddruk weliswaar in principe een indicatie voor een consult, maar in dit individuele geval toch geen reden voor verwijzing.
Voor een gynaecoloog is er in principe slechts dan een reden voor begeleiding van een zwangere indien zij/hij (een) geconstateerde risicofactor(en) beschouwt als een indicatie voor tweedelijnszorg (of een tussenvorm tussen eerste- en tweedelijnszorg). Indien er niet (meer) zo'n risicofactor is, wordt de vrouw in principe (terug-)verwezen naar de eerstelijn.

Uitgaande van de bovenstaande overwegingen hebben we in figuur 4.1 de verwachte samenhangen weergegeven tussen richtlijnen voor het verwijsbeleid, de risicoselectie en het verloskundig resultaat. In deze figuur geeft een pijltje een invloed aan.

Figuur 4.1 Veronderstelde samenhangen rond de verloskundige risicoselectie en het verloskundig resultaat (een pijltje geeft een invloed aan)



4.3 Samenwerking tussen eerste- en tweedelijn in de verloskundige zorg

Zoals is aangegeven in het Regeringsstandpunt Verloskunde (Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989) moet bij verloskundige samenwerking worden gedacht aan zowel samenwerking rond een concrete casus als aan geïnstitutionaliseerde samenwerking. In andere woorden: de plaatselijke samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn bestaat naast de cliëntgebonden verloskundige samenwerking, die in de vorige paragraaf is besproken, uit niet-cliëntgebonden verloskundige samenwerking.
Niet-cliëntgebonden samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn kan de voorwaarden scheppen voor een goede risicoselectie.

4.3.1 Het begrip 'niet-cliëntgebonden samenwerking' tussen verloskundigen en gynaecologen, danwel tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen

Niet-cliëntgebonden samenwerking heeft twee elementen: de afspraken die worden gemaakt, en de factoren die bevorderend zijn voor het totstandkomen van afspraken.
Wat betreft de bevorderende factoren, geldt dat het niet vanzelfsprekend is dat afspraken, die gericht zijn op de risicoselectie, ook altijd tot stand komen. Het is bijvoorbeeld niet vanzelfsprekend dat verloskundigen (of de verloskundig actieve huisartsen) en gynaecologen plaatselijk afspraken maken over verwijsbeleid. Volgens een algemeen geldend model voor samenwerking tussen zorgverleners zijn er specifieke factoren die bevorderlijk zijn voor het tot stand komen van zulke afspraken (Visser, 1980; Meijer en Vermeij, 1996). Zo is het voorstelbaar dat het houden van gestructureerd overleg bevorderlijk is voor het maken van afspraken. Concreet hebben de bevorderende factoren betrekking op vier gebieden: organisatie, informering, financiering en deelnemers. Voor de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn houden deze factoren het volgende in. Er moet regelmatig gestructureerd overleg zijn, de betrokkenen moeten worden geïnformeerd over hetgeen wordt besproken in dit overleg en er moeten niet al te grote financiële belemmeringen zijn voor deelname aan gestructu-

reerd overleg en voor afspraken over verwijsbeleid. Bovendien moeten de deelnemers een positieve attitude hebben ten aanzien van het overleg en er moet een goed 'klimaat' zijn tussen de betrokkenen.

Het tweede aspect van de niet-cliëntgebonden samenwerking bestaat uit die activiteiten die gericht zijn op het verkrijgen van afstemming van het werk in de feitelijke risicoselectie. Deze afstemming wordt in dit onderzoek aangeduid met de term 'integratie'. In de praktijk houdt dit in dat verloskundigen (of verloskundig actieve huisartsen) en gynaecologen met elkaar afspraken maken over de risicoselectie. Bijvoorbeeld, indien verloskundigen (of verloskundig actieve huisartsen) plaatselijk afspraken hebben gemaakt met gynaecologen over richtlijnen voor risicoselectie, dan beogen zij daarmee de risicoselectie op elkaar af te stemmen. Dit betekent niet per se in dat er ook daadwerkelijk afstemming plaatsvindt in de risicoselectie. Indien de betrokkenen de afspraken niet naleven of verschillend interpreteren, dan kan men toch, ondanks de afspraken, langs elkaar heen werken. We spreken hier daarom van integratie, gericht op de risicoselectie.
De afspraken over het verwijsbeleid kunnen worden gekarakteriseerd door drie kenmerken:

1. de mate waarin afspraken worden gemaakt over richtlijnen voor risicoselectie en de mate waarin deze afspraken worden geëvalueerd (het 'afspraakniveau');
2. de inhoud van de afspraken die worden gemaakt over richtlijnen voor risicoselectie en
3. de attitudes van de betrokken zorgverleners ten aanzien van deze afspraken.

Deze drie kenmerken houden het volgende in.
Wat betreft het 'afspraakniveau' is van belang in hoeverre afspraken worden gemaakt en, als deze er zijn, of zij worden geëvalueerd. Hierbij worden vier niveaus onderscheiden (Visser, 1980; Meijer en Vermeij, in druk). Op het eerste niveau is er geen gestructureerd overleg over risicoselectie (met gestructureerd overleg wordt bedoeld dat er een regelmatig overleg is, waarbij men bijeenkomt op een van tevoren vastgesteld tijdstip). Op het tweede niveau is er wel sprake van gestructureerd overleg over risicoselectie; hierbij overleggen de deelnemers over de risicoselectie en het verwijsbeleid bij mogelijke verwijsindicaties, maar zij maken hierover geen gezamenlijke afspraken. Op het derde niveau heeft men gestructureerd overleg over risicoselectie en maakt men wel gezamenlijke afspraken over risicoselectie; deze afspraken worden echter niet gezamenlijk geëvalueerd. Tenslotte worden in het vierde, en hoogste afspraakniveau de gezamenlijke afspraken over risicoselectie wel geëvalueerd in het gestructureerd overleg.

De inhoud de afspraken over risicoselectie kan op verschillende manier worden gemeten. Afspraken over verwijsbeleid kunnen in meer of mindere mate ruimte geven voor verantwoordelijkheid van de eerstelijn (verloskundige of huisarts). Afspraken over verwijsbeleid kunnen ook betekenen dat is afgesproken te werken volgens een bepaalde indicatielijst. Waarschijnlijk verkrijgen wij de meest betrouwbare gegevens over de inhoud van de afspraken door over van afzonderlijke risicofactoren te vragen wat er is afgesproken. Dit geeft concrete informatie over de richtlijn wanneer een vrouw met een bepaalde risicofactor wordt geselecteerd voor eerste- of tweedelijnszorg, of een tussenvorm. Wij verwachten dat we minder betrouwbare informatie krijgen wanneer we vragen welke indicatielijst is afgesproken. In dit onderzoek wordt zowel gevraagd naar het gebruik van een indicatielijst als naar afspraken over afzonderlijke risicofactoren en in hoeverre die eerstelijnsgericht zijn.

In de verkennende studie, die voorafging aan de gegevensverzameling, is gebleken dat het begrip 'afspraak', waar het ging over verwijsbeleid, niet altijd scherp omlijnd was. Afspraken over risicoselectie werden vaak gekarakteriseerd als: 'niet schriftelijk vastgelegd, maar historisch gegroeid', en 'in de praktijk is het wel duidelijk wat we van elkaar verwachten, maar dit is niet met zoveel woorden vastgelegd'. Er is dus een variatie in de mate waarin afspraken over risicoselectie expliciet zijn gemaakt en als 'vast' zijn te beschouwen.
Bovendien kan de terminologie, waarin wordt gesproken over afspraken over risicoselectie tot misverstand leiden. Met name kunnen er verschillende dingen worden bedoeld wanneer er wordt gesteld dat de verloskundigen en gynaecologen hebben afgesproken om te werken met de Verloskundige Indicatielijst (VIL) van de Ziekenfondsraad. De Verloskundige Indicatielijst bevat verschillende elementen. Wanneer men zegt te werken met de Verloskundige Indicatielijst, kan hiermee worden bedoeld dat de betrokkenen het verwijsbeleid hanteren dat in de Verloskundige Indicatielijst vermeld staat voor afzonderlijke risicofactoren. In de Verloskundige Indicatielijst is het verwijsbeleid aangegeven voor in principe alle risicofactoren. Dit verwijsbeleid is weergegeven in de vorm van richtlijnen voor 112 verschillende (groepen van) risicofactoren. Het is dan ook te verwachten dat niet altijd alle betrokkenen in de eerste- en tweedelijn van al deze risicofactoren precies weten wat het voorgestelde beleid is volgens de Verloskundige Indicatielijst.
Echter, wanneer men zegt dat men heeft afgesproken te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst, dan kan hier ook mee worden bedoeld dat er wordt gewerkt volgens het uitgangspunt dat de eerstelijn beslist over overdrachten naar de tweedelijn. Maar er kan ook mee worden bedoeld dat er is afgesproken te werken met tussenvormen tussen eerste- en tweedelijnszorg, met name de overlegsituatie (de B-situatie) en de medium-risksituatie (de B→D situatie). Tevens kan er worden bedoeld dat bij twijfelachtige gevallen de beslissingscriteria worden gebruikt volgens de Verloskundige Indicatielijst (vermeld in paragraaf 2.3).
In de praktijk zijn de begrippen 'afspraken over een indicatielijst' en 'werken volgens de Verloskundige Indicatielijst' dus niet eenduidig.

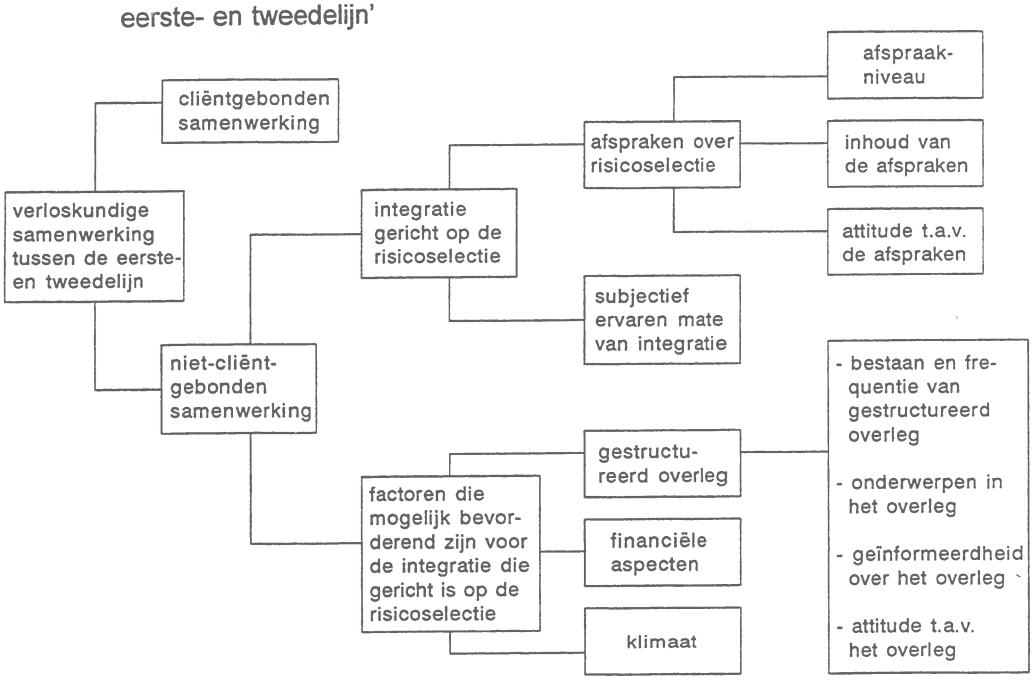
Het derde aspect van de afspraken met betrekking tot de risicoselectie is de attitude van de zorgverleners ten aanzien van de gemaakte afspraken. Naast het niveau en de inhoud van de afspraken is evenzeer van belang hoe deze afspraken worden ervaren door de individuele betrokkenen. Met name gaat het erom in hoeverre zij ervaren dat er door de eerste- en tweedelijn gezamenlijk wordt gestreefd naar afstemming van het werk in de feitelijke risicoselectie. Dit wordt in dit verslag kortheidshalve aangegeven als de 'subjectief ervaren mate van integratie'.

In figuur 4.2 is samengevat langs welke lijnen het begrip 'niet-cliëntgebonden samenwerking' is uitgewerkt. Deze hoofdlijnen zijn als volgt:
- verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn omvat cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden samenwerking;
- de integratie ten aanzien van de risicoselectie wordt gekarakteriseerd door afspraken die worden gemaakt over risicoselectie; de relevante aspecten van deze afspraken zijn het 'afspraakniveau' (dit is de mate waarin afspraken worden gemaakt en geëvalueerd), de inhoud van de gemaakte afspraken en de attitudes van betrokken zorgverleners ten aanzien van gemaakte afspraken (de subjectief ervaren mate van integratie);

- er zijn specifieke factoren die mogelijk bevorderend zijn voor de integratie die gericht is op de risicoselectie; hiertoe behoren gestructureerd overleg, financiële aspecten en een gunstig 'klimaat' tussen de deelnemers; relevante aspecten van gestructureerd overleg zijn 1) of het bestaat en zo ja, hoe vaak het er is, 2) de onderwerpen die in het gestructureerd overleg worden besproken met name individuele cliënten, perinatale sterfte en bij- en nascholing 3) de mate waarin betrokkenen geïnformeerd zijn over het overleg en 4) de attitudes van betrokkenen ten aanzien van dit overleg.

Als algemeen principe is in deze uitwerking zo mogelijk ieder kernbegrip zowel vertaald in feitelijk voorkomen als in de perceptie van deze feiten door betrokkenen (Meijer en Vermeij, 1996). Bijvoorbeeld, bij de relevante aspecten van gestructureerd overleg horen zowel de frequentie van het overleg en de besproken onderwerpen maar ook de attitude van de betrokkenen (hoe betrokken is men bij het overleg en hoe belangrijk vindt men het voor de beroepsuitoefening).

Figuur 4.2 De uitwerking van het begrip 'niet-cliëntgebonden samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn'

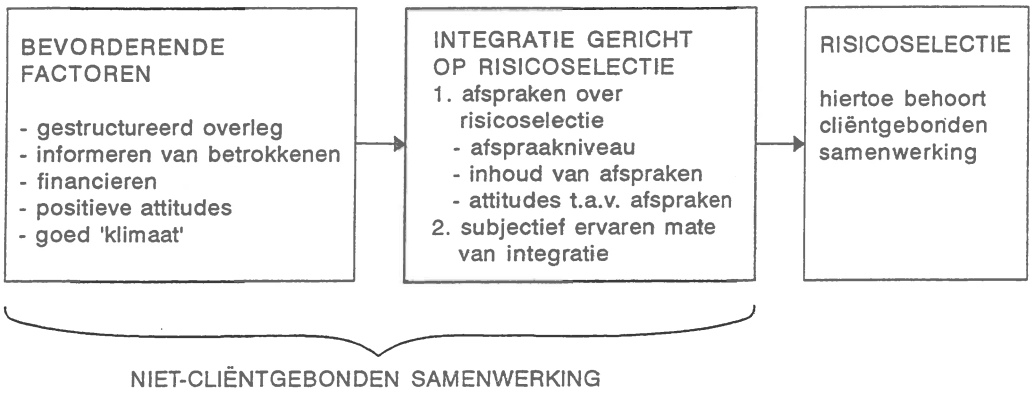


4.3.2 Samenvatting van de veronderstelde relaties tussen verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn en risicoselectie

In voorgaande paragraaf is het begrip niet-cliëntgebonden samenwerking uitgewerkt. Niet-cliëntgebonden samenwerking is gedefinieerd als de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners die direct of indirect betrekking heeft op risicoselectie. Deze niet-cliëntgebonden samenwerking omvat zowel de integratie die direct gericht is op de risicoselectie als de factoren die deze integratie kunnen bevorderen. In figuur 4.3 staat dit schematisch weergegeven.

We kunnen nu concreet aangeven wat we bedoelen als we zeggen dat er 'intensiever' wordt samengewerkt door de eerste- en tweedelijn. Dat is van belang, omdat in het onderzoek wordt nagegaan of intensiever samenwerken leidt tot een betere risicoselectie en een beter verloskundig resultaat.

Figuur 4.3 Veronderstelde/samenhangen tussen verloskundige samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn en risicoselectie

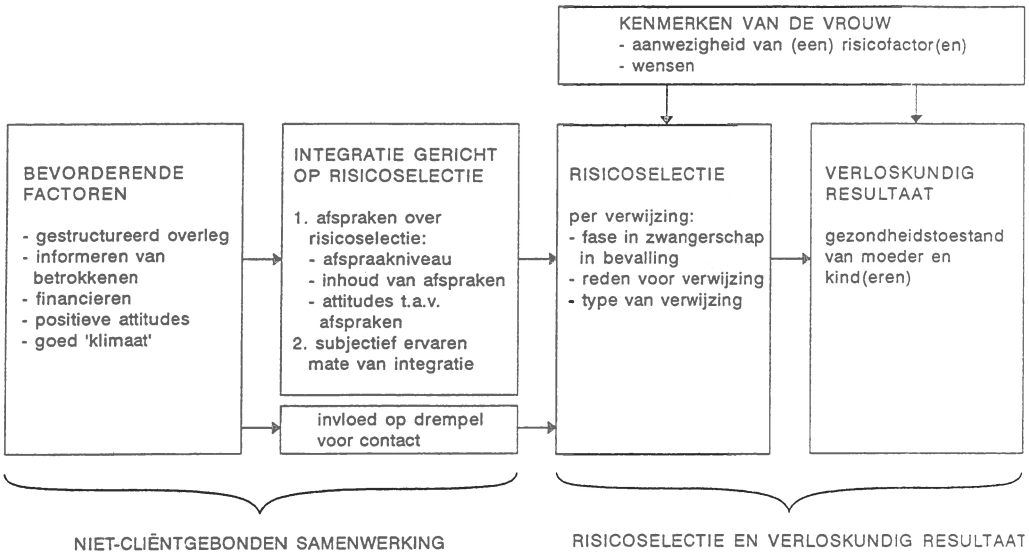


'Intensiever samenwerken' betekent in dit onderzoek: 'intensiever samenwerken in de niet-cliëntgebonden samenwerking'. Dat houdt in dat verloskundigen (of verloskundig actieve huisartsen) en gynaecologen in sterkere mate streven naar afspraken over verwijsbeleid; ook hebben zij in sterkere mate de ervaring dat zij streven naar afstemming van het werk in de feitelijke risicoselectie. Kortom, in de terminologie van dit onderzoek: de integratiefactoren zijn sterker.
Tevens houdt 'intensiever samenwerken in de niet-cliëntgebonden samenwerking' in dat verloskundigen (of de verloskundig actieve huisartsen) en gynaecologen vaker gestructureerd overleg hebben, en dat in dit overleg frequenter aandacht wordt besteed aan vakinhoudelijke onderwerpen. Ook hebben de deelnemers een positievere attitude ten aanzien van dit overleg en is er een beter klimaat tussen de deelnemers. In andere woorden: de integratie-bevorderende factoren zijn sterker.
Wat betreft de eerstelijnsgerichtheid van afspraken geldt dat we niet kunnen zeggen dat afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn (of meer tweedelijnsgericht zijn) automatisch een eigenschap zijn van intensievere samenwerking.

4.4 Veronderstelde samenhangen tussen verloskundige samenwerking, de risicoselectie en het verloskundig resultaat

De tweede hoofdvraag in dit onderzoek is: 'Welke invloed heeft verloskundige samenwerking op de risicoselectie en het verloskundig resultaat?'. Om deze vraag te beantwoorden worden veronderstellingen geformuleerd over de samenhangen tussen verloskundige samenwerking, risicoselectie en verloskundig resultaat. De veronderstelde relaties tussen risicoselectie en verloskundig resultaat (figuur 4.1) en tussen verloskundige samenwerking en risicoselectie (figuur 4.3) worden daartoe samengevoegd in figuur 4.4. In deze figuur worden de relaties aangegeven tussen enerzijds de risicoselectie en het verloskundig resultaat in een zorggeval en anderzijds de niet-cliëntgebonden samenwerking. Figuur 4.4 zal worden gebruikt als het referentiekader in dit onderzoek.

Figuur 4.4 Veronderstelde invloed van niet-cliëntgebonden samenwerking op risicoselectie en verloskundig resultaat



In figuur 4.4 staat aangegeven dat de bevorderende factoren langs twee wegen van invloed kunnen zijn op de risicoselectie. Ten eerste zijn de bevorderende factoren mogelijk van invloed op de integratie die gericht is op de risicoselectie en langs die weg kunnen deze bevorderende factoren tevens van invloed zijn op de risicoselectie. Deze beïnvloedingsweg is in dit onderzoek primair van belang. Ten tweede is het mogelijk dat de bevorderende factoren van invloed zijn op de risicoselectie langs een andere weg. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer frequente vergaderingen, positieve attitudes en een goed 'klimaat' tussen de deelnemers leiden tot minder terughoudendheid bij het leggen van contact (een lage drempel), en op die manier leiden tot meer consulten.

4.5 Hypothesen met betrekking tot de eerste hoofdvraag

De eerste hoofdvraag is: 'Welke invloed heeft het werken in een verloskundig samenwerkingsverband op de risicoselectie?'.
In het onderzoek maken we een vergelijking tussen de deelnemende VSV's en GVZ's in andere regio's. Nauwkeuriger gezegd: we gaan na welke invloed het feit dat men behoort tot een VSV of een GVZ heeft op de risicoselectie.
Er bestaan duidelijke verwachtingen over deze invloed. Om te beginnen is het waarschijnlijk zo, dat in de zeven deelnemende VSV's intensiever wordt samengewerkt dan in de GVZ's elders in Nederland. In paragraaf 3.2 is uiteengezet dat deze VSV's reeds enkele jaren zijn begeleid door het CBO; daarbij werd ernaar gestreefd te komen tot intensievere samenwerking. Bovendien zijn vier van de zeven VSV's langer bestaande VSV's waarin de samenwerking al was gegroeid. We verwachten daarom dat in deze VSV's de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn intensiever is dan in de GVZ's elders in Nederland.

De eerste hypothese luidt daarom als volgt:
Hypothese 1:

> 'In de deelnemende VSV's is de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen (respectievelijk huisartsen) en gynaecologen intensiever en is de risicoselectie meer eerstelijnsgericht en laagdrempelig dan in GVZ's elders in Nederland.'

Deze hypothese stelt dus dat in de VSV's de integratiefactoren en de integratiebevorderende factoren sterker zullen zijn. Ook zullen de afspraken over risicoselectie er meer eerstelijnsgericht zijn. We verwachten dat de feitelijke risicoselectie meer eerstelijnsgericht is en meer laagdrempelig, tot uiting komend in een verwijspatroon met minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn, meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn, meer consulten, meer gedeelde zorg in de zwangerschap en meer medium-risksituaties. Verder zal het in VSV's minder vaak voorkomen dat een vrouw door een gynaecoloog wordt overgenomen zonder overleg. Ook zal het minder vaak voorkomen dat de verwijzende verloskundige (of verloskundig actieve huisarts) vindt dat er geen terechte indicatie is, wanneer een vrouw is overgenomen door een gynaecoloog.

Het deel van de hypothese dat betrekking heeft op de veronderstelde intensievere samenwerking in VSV's wordt getoetst met behulp van gegevens over alle VSV's en GVZ's. De resultaten van de toetsing worden in hoofdstuk 5 besproken.
Het deel van de hypothese dat over de risicoselectie gaat (is die in VSV's inderdaad meer eerstelijnsgericht en laagdrempelig en als dat zo is, komt het dan door intensievere niet-cliëntgebonden samenwerking?) wordt in hoofdstuk 8 getoetst.

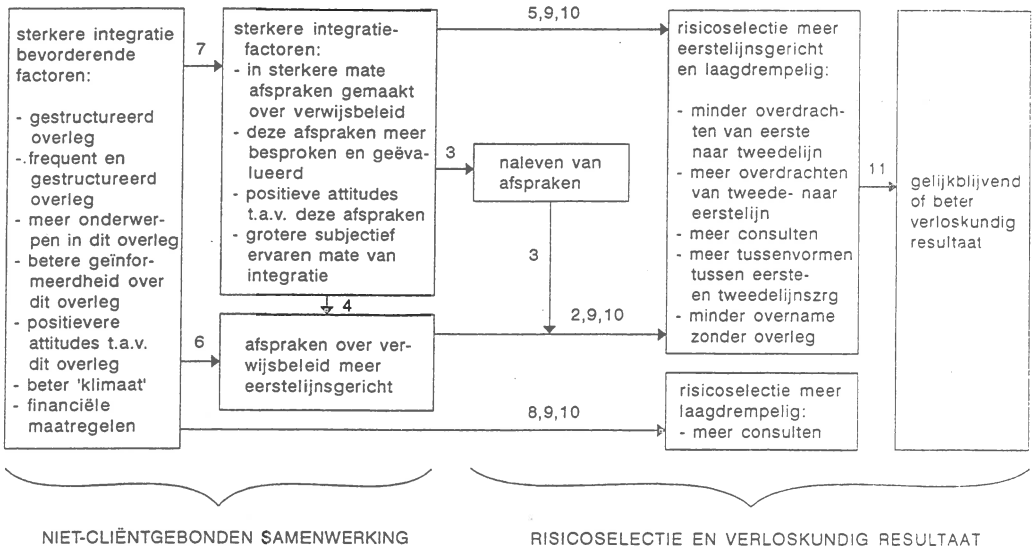
4.6 Hypothesen met betrekking tot de tweede hoofdvraag

De tweede hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

> 'Welke invloed heeft het verloskundig samenwerken tussen verloskundigen (danwel verloskundig actieve huisartsen) en gynaecologen op de risicoselectie en het verloskundig resultaat?'

In de eerste hoofdvraag gaat het om de invloed van een VSV. In de tweede hoofdvraag gaat het om de invloed van samenwerken tussen de eerste- en tweedelijn in het algemeen. Daarbij is het niet van belang of dit plaatsvindt in een VSV of in een GVZ buiten de deelnemende VSV's.
Het antwoord op de vraag naar de invloed van verloskundige samenwerking op risicoselectie en verloskundig resultaat wordt geformuleerd in de vorm van een aantal hypothesen. Voor de overzichtelijkheid worden deze eerst samengevat in figuur 4.5.

Figuur 4.5 De hypothesen over de relaties tussen de factoren in het onderzoek (een pijltje geeft een invloed aan; een nummer bij een pijltje geeft een hypothese aan)



De invloed van de integratiefactoren en de integratie-bevorderende factoren op de risicoselectie

Volgens figuur 4.4 zijn de integratiefactoren direct van invloed op de risicoselectie. Over de invloed die integratie heeft op de risicoselectie, worden vier hypothesen geformuleerd.

Hypothese 2:

'Naarmate de inhoud van afspraken meer eerstelijnsgericht is, wordt de risicoselectie gekenmerkt door minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn, meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn, meer consulten en meer tussenvormen tussen eerste- en tweedelijnszorg.'

Hypothese 3:

'Naarmate de niet-cliëntgebonden samenwerking intensiever is (sterkere integratiefactoren), worden afspraken meer nageleefd en is het effect van de inhoud van de afspraken op de risicoselectie sterker.'

Deze hypothesen worden getoetst in hoofdstuk 8 (voor verloskundigen) en hoofdstuk 10 (voor verloskundig actieve huisartsen).

Hypothese 4:

' Naarmate de niet-cliëntgebonden samenwerking intensiever is (sterkere integratiefactoren), is de inhoud van de afspraken meer eerstelijnsgericht.'

Deze hypothese is gebaseerd op het onderzoek naar de invoering van de Verloskundige Indicatielijst (Riteco en Hingstman, 1991). Uit dit onderzoek bleek dat er vaak een discrepantie is tussen feitelijk en gewenst verwijsbeleid. De omvang van deze discrepantie verschilt voor verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Het verschil tussen feitelijk en geprefereerd verwijsbeleid was het grootst bij verloskundigen, het geringst bij gynaecologen terwijl de huisartsen er tussenin zaten. Een verklaring hiervoor zou

kunnen zijn dat, als het gaat om het maken van afspraken, gynaecologen een overwicht hebben. We veronderstellen dat bij een hoog intensiteitsniveau van niet-cliëntgebonden verloskundige samenwerking er meer wederzijds vertrouwen in elkaars deskundigheid is en daardoor meer ruimte zal zijn voor afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn.
Deze hypothese wordt getoetst in hoofdstuk 5 (voor verloskundigen) en hoofdstuk 6 (voor huisartsen).

Hypothese 5:

> 'Naarmate de niet-cliëntgebonden samenwerking intensiever is (sterkere integratiefactoren), is de risicoselectie meer eerstelijnsgericht, dus met minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn, meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn, meer consulten en meer tussenvormen tussen eerste- en tweedelijnszorg, en met minder overname-zonder-overleg.'

De argumentatie voor deze hypothese is dat sterkere integratiefactoren vermoedelijk gepaard gaan met meer wederzijds vertrouwen in elkaars deskundigheid tussen de eerste- en tweedelijn. Bovendien is het aannemelijk dat gynaecologen in de feitelijke risicoselectie een overwicht hebben, zoals dat ook vermoedelijk het geval is bij het maken van afspraken. Daarom verwachten we dat meer vertrouwen zal resulteren in een grotere verantwoordelijkheid voor de eerstelijn.
Deze hypothese wordt getoetst in hoofdstuk 8 (voor verloskundigen) en in hoofdstuk 10 (voor verloskundig actieve huisartsen).

Hypothese 6:

> 'Naarmate de integratie-bevorderende factoren sterker zijn, zullen de afspraken over de risicoselectie meer eerstelijnsgericht zijn.'

De argumentatie voor deze hypothese is dat sterkere integratie-bevorderende factoren waarschijnlijk samengaan met meer vertrouwen tussen de eerste- en tweedelijn, zodat in de afspraken de eerstelijn meer verantwoordelijkheid heeft.
Deze hypothese komt aan de orde in hoofdstuk 5 (voor verloskundigen) en in hoofdstuk 6 (voor huisartsen).

Hypothese 7:

> 'Naarmate de sterkere integratie-bevorderende factoren sterker zijn, zal ook de integratie gericht op afspraken over de risicoselectie sterker zijn.'

Deze hypothese komt aan de orde in hoofdstuk 5 (voor verloskundigen) en hoofdstuk 6 (voor huisartsen).

De achtste hypothese gaat over de invloed die de integratie-bevorderende factoren hebben op de risicoselectie. We veronderstellen dat sterkere integratie-bevorderende factoren (intensiever gestructureerd overleg, positievere attitudes en een betere sfeer) ertoe leiden dat de betrokken verloskundigen en huisartsen een lagere drempel ervaren voor het leggen van contact met een gynaecoloog. Als gevolg hiervan verwijzen zij vaker een vrouw om een advies te krijgen (dus voor een consult).
Hypothese 8:

> 'Naarmate de integratie-bevorderende factoren sterker zijn, vinden er meer consulten plaats.'

Deze hypothese wordt besproken in hoofdstuk 8 (voor verloskundigen) en hoofdstuk 10 (voor huisartsen).

De verwachte invloeden op consulten, overdrachten in de zwangerschap en overdrachten tijdens de bevalling

In het voorgaande zijn hypothesen ontwikkeld over de invloed van diverse factoren op de risicoselectie. Wij kunnen deze hypothesen verfijnen door nader te beschouwen wat er gebeurt in de risicoselectie. Er is in de zwangerschap in het algemeen meer beslissingsruimte voor de zorgverlener dan tijdens de bevalling doordat er tijdens de bevalling meer tijdsdruk is. Dus is het te verwachten dat de invloed van niet-cliëntgebonden factoren sterker is op verwijzingen tijdens de zwangerschap dan tijdens de bevalling. Verder vinden overdrachten in het algemeen plaats, wanneer er sprake is van een duidelijk verhoogd risico dat tweedelijnszorg nodig maakt. Bij consulten is er meer 'beslissingsruimte'. Bij voorbeeld, wanneer een verloskundige of huisarts overweegt om te verwijzen voor een consult bij een licht verhoogde bloeddruk, dan is het waarschijnlijk dat deze beslissing afhangt van bij voorbeeld de afspraken die met de gynaecologen zijn gemaakt en de drempel die men ervaart voor het leggen van contact met de gynaecoloog. In het algemeen is het te verwachten dat niet-cliëntgebonden factoren een sterkere rol spelen bij het verwijzen voor een consult dan bij het verwijzen voor een overdracht.

Deze overwegingen leiden tot de volgende hypothesen.

Hypothese 9:

> 'De invloed van integratiefactoren en integratie-bevorderende factoren op de risicoselectie is sterker voor de risicoselectie tijdens de zwangerschap dan voor de risicoselectie tijdens de bevalling.'

Hypothese 10:

> 'De invloed van integratiefactoren en integratie-bevorderende factoren is sterker voor consulten dan voor overdrachten.'

Deze twee hypothesen worden in hoofdstuk 8 (voor verloskundigen) en in hoofdstuk 10 (voor verloskundig actieve huisartsen) getoetst.

De invloed van de integratiefactoren en de integratie-bevorderende factoren op het verloskundig resultaat

Volgens de eerder geformuleerde veronderstellingen (figuur 4.4) hebben de integratiefactoren en/of de integratie-bevorderende factoren invloed op het verloskundig resultaat via hun effect op de risicoselectie. De verwachting is dat intensievere niet-cliëntgebonden samenwerking ertoe leidt dat de eerste- en tweedelijns zorgverleners meer op één lijn liggen wanneer zij in de feitelijke zorgverlening communiceren over een casus. Doordat er meer duidelijkheid en overeenstemming is, kan de zorg voor de zwangeren adequater zijn, en dit leidt tot een beter verloskundig resultaat.

Aan de andere kant hebben we hierboven (in de tweede en vijfde hypothese) gezien dat bij meer intensieve samenwerking wellicht minder overdrachten naar de tweedelijn plaatsvinden en meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn. De vraag is dan of er niet teveel pathologie in de eerstelijn blijft, wanneer er minder zwangeren in de tweedelijn komen.

Hypothese 11:

> 'Indien door intensievere niet-cliëntgebonden samenwerking de risicoselectie meer eerstelijnsgericht is, dan leidt het feit van minder overdrachten naar de tweedelijn niet tot meer pathologie in de eerstelijn'.

Deze hypothese wordt (in vereenvoudigde vorm) getoetst in hoofdstuk 9 (voor verloskundigen).

De Verloskundige Indicatielijst
Als we proberen om verschillen tussen VSV's en elders te verklaren, kunnen we ook kijken naar de indicatielijst die is afgesproken tussen de eerste- en tweedelijn. Uit eerder onderzoek (Riteco en Hingstman, 1991) is gebleken dat de Verloskundige Indicatielijst (VIL) door het overgrote deel van de verloskundigen, een meerderheid van de huisartsen en een grote minderheid van de gynaecologen werd gebruikt als uitgangspunt bij hun verwijsbeleid. Het ligt daarom voor de hand om na te gaan in hoeverre in de VSV's meer dan elders is afgesproken om te werken volgens de VIL. Er zijn geen hypothesen in dit onderzoek over de invloed die een afspraak om te werken volgens de VIL heeft op de risicoselectie. De reden hiervoor is dat er verschillende zaken kunnen worden bedoeld wanneer men zegt te werken volgens de VIL (dit is toegelicht in paragraaf 4.3.1). Daarom wordt in dit onderzoek verkennend gekeken naar de invloed die een afspraak om te werken volgens de VIL heeft op de risicoselectie.

4.7 Overzicht van de volgende hoofdstukken

De resultaten van het onderzoek worden in zes hoofdstukken weergegeven. Elk van deze hoofdstukken begint met een beschrijving van het verschijnsel dat in het betreffende hoofdstuk centraal staat: in hoofdstuk 5 en 6 de aard en intensiteit van de samenwerking (respectievelijk voor verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen), in hoofdstuk 7 de risicoselectie door gynaecologen bij vrouwen, die zijn verwezen door een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts, in hoofdstuk 8 en 9 de risicoselectie, respectievelijk het verloskundig resultaat bij verloskundigen en in hoofdstuk 10, tenslotte, de risicoselectie resultaat bij verloskundig actieve huisartsen.
Daarnaast worden in de zes hoofdstukken de hiervoor geformuleerde hypothesen getoetst. De hypothese over de invloed van het werken in een VSV (hypothese 1) wordt alleen getoetst met gegevens over de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Over verloskundigen zijn namelijk ook landelijk gegevens verzameld over de samenwerking die niet binnen een VSV plaatsvindt. Delen van deze hypothese worden getoetst in hoofdstuk 5 (de samenwerking in een VSV is intensiever dan elders) en in hoofdstuk 8 (in een VSV is de risicoselectie meer eerstelijnsgericht).
De hypothesen 2 tot en met 10 over de invloed van niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie worden voor verloskundigen in hoofdstuk 8 en voor verloskundig actieve huisartsen in hoofdstuk 10 getoetst. Hypothese 11 wordt voor verloskundigen in hoofdstuk 9 getoetst. De explorerende analyse van de eventuele invloed van het werken volgens de VIL op de risicoselectie wordt in hoofdstuk 8 meegenomen.
Schema 4.1 vat een en ander samen.

Schema 4.1 Overzicht van de hoofdstukken, waarin de verschillende hypothesen worden getoetst (de cijfers geven het hoofdstuk aan)

	Inhoud van de vragen	Onderzoek bij verloskundige praktijken ('in de breedte' en 'in de diepte')	Onderzoek bij verloskundig actieve huisartsen (in 3 VSV's)	Onderzoek bij gynaecologen (in 6 VSV's)
Beschrijvende vragen:	vraag A: over niet-cliëntgebonden samenwerking	5	6	
	vraag B: over risicoselectie en verloskundig resultaat	8, 9	10	7
De eerste hoofdvraag:	de invloed van een VSV (hypothese 1):			
	- verschil tussen VSV en elders qua samenwerking tussen eerste- en tweedelijn	5		
	- invloed op risicoselectie	8		
	- invloed op verloskundig resultaat	9		
De tweede hoofdvraag:	de invloed van niet-cliëntgebonden samenwerken tussen de eerste- en tweedelijn:			
	- invloed op de risicoselectie (hypothesen 2-10)	8	10	
	- invloed op het verloskundig resultaat (hypothese 11)	9		
	- invloed van de VIL op de risicoselectie (exploratieve analyse)	8		

5 NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen in Nederland. In hoofdstuk 6 wordt een beschrijving gegeven van niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen.
De vraagstelling en hypothesen worden beschreven in paragraaf 5.1. We kijken naar verschillen tussen de VSV's en de GVZ's elders in Nederland, wat betreft de niet-cliëntgebonden samenwerking. Dit ligt op het gebied van de eerste hoofdvraag, die gaat over het werken in een verloskundig samenwerkingsverband (paragraaf 4.1). Tegelijk geven we dan een beeld van de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen in Nederland. Vervolgens richten we onze aandacht op die hypothesen uit hoofdstuk 4 die specifiek gaan over de niet-cliëntgebonden samenwerking.
Het onderzoek is uitgevoerd met een landelijke enquête onder verloskundige praktijken. Deze methode wordt beschreven in paragraaf 5.2. Daarin komen de respons en de representativiteit, de vragenlijst en de methoden van analyse aan de orde.
De verschillen tussen de VSV's en de GVZ's elders in Nederland komen aan bod in paragraaf 5.3. Hier wordt ook een beeld gegeven van de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen in Nederland als geheel. De hypothesen over niet-cliëntgebonden samenwerking worden getoetst in paragraaf 5.4. Tenslotte worden de bevindingen besproken in paragraaf 5.5.

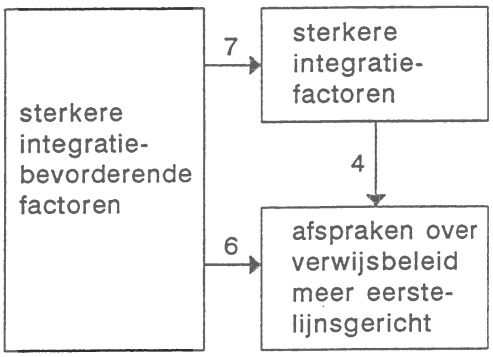
5.1 Vraagstelling en hypothesen

Een van de hoofdvragen van dit onderzoek betreft de invloed van het werken in een VSV op de risicoselectie en het verloskundig resultaat. De eerste vraag daarbij is of in de deelnemende VSV's de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen intensiever is dan in groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's) elders in Nederland. Deze vraag zal in dit hoofdstuk worden beantwoord. Daarbij gaan we ook na of in de VSV's, meer dan elders, is afgesproken om te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst (VIL).
Wanneer we de niet-cliëntgebonden samenwerking in de VSV's en de GVZ's elders in Nederland vergelijken, levert dit een beeld op van de samenwerking in Nederland. Daarmee is ook de beschrijvende vraag uit hoofdstuk 4 beantwoord voor wat betreft verloskundigen en gynaecologen.

Samenwerken is het onderwerp van de tweede hoofdvraag. De invloed die dit samenwerken heeft op de risicoselectie en het verloskundig resultaat, wordt besproken in hoofdstukken 8 en 9. Over het samenwerken op zich, los van de invloed op risicoselectie en verloskundig resultaat, hebben we in hoofdstuk 4 enkele hypothesen geformuleerd. We verwachten dat bij sterkere integratie de afspraken over verwijsbeleid meer eerstelijnsgericht zijn (de vierde hypothese). Ook verwachten we dat sterkere integratie-bevorderende factoren leiden tot afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn (zesde hypothese). Tenslotte is onze verwachting dat sterkere integratie-bevorderende

factoren leiden tot sterkere integratie (zevende hypothese). In dit hoofdstuk gaan we na of deze hypothesen steun vinden in de feiten.
We geven de verwachte relaties schematisch weer in figuur 5.1. Dit schema is een onderdeel van figuur 4.5. De cijfers bij de pijltjes geven de desbetreffende hypothese aan.

Figuur 5.1 De verwachte relaties tussen de eerstelijnsgerichtheid van afspraken, sterke integratie en sterke integratie-bevorderende factoren



5.2 Methoden

Dit deel van het onderzoek is uitgevoerd met een landelijke enquête onder verloskundige praktijken. We bespreken achtereenvolgens de respons op deze enquête, de inhoud van de enquête, de variabelen die in de analyse worden gebruikt en de analysemethode zelf.

Respons en representativiteit
Onder alle verloskundige praktijken in Nederland hebben we een schriftelijke enquête gehouden. Van de 451 aangeschreven verloskundige praktijken heeft 71% gereageerd. Van de 322 praktijken die gerespondeerd hebben, verwezen 78 tenminste 20% naar een tweede ziekenhuis. Het aantal combinaties van een verloskundige praktijk met een ziekenhuis is hiermee gekomen op 400 (322+78). De 322 verloskundige praktijken zijn geclusterd rond 124 (lokaties van) ziekenhuizen.
Voor het beoordelen van de representativiteit van deze respons-groep wordt in tabel 4.5 deze groep vergeleken met de groep van alle 471 verloskundige praktijken in de NIVEL-registratie van verloskundigen (Hingstman en Harmsen, 1994). Hierbij worden de gegevens gebruikt uit deze registratie van het meetpunt 1 januari 1994 omdat de steekproef van aangeschreven verloskundigen is getrokken uit het bestand van deze registratie voor dit meetpunt. De groepen worden vergeleken naar praktijkvorm (solo, duo, groep) en naar urbanisatiegraad. De urbanisatiegraad is ingedeeld in zes categorieën van verstedelijking (Hingstman en Harmsen, 1994).

Tabel 5.1 Kenmerken van de verloskundige praktijken van de responsgroep vergeleken met alle verloskundige praktijken

	responsgroep (n,%)	alle verloskundige praktijken (n,%)
samenstelling van de praktijk		
solo	134 (42%)	196 (43%)
duo	102 (31%)	139 (31%)
groep	86 (27%)	116 (26%)
urbanisatiegraad[1]		
1	23 (7,1%)	32 (7,1%)
2	92 (29%)	121 (27%)
3	51 (16%)	73 (16%)
4	49 (15%)	67 (15%)
5	58 (18%)	76 (17%)
6	49 (15%)	82 (18%)
totaal	322 (100%)	471 (100%)

[1] 1= plattelandsgemeenten, 2= verstedelijkte plattelandsgemeenten, 3= specifieke forensengemeenten, 4= plattelandsstadjes, 5= middelgrote steden, 6= grote steden.

Bij toetsing met de chi²-toets blijken er geen significante verschillen te zijn tussen de responsgroep en de groep van alle praktijken wat betreft de verdeling naar praktijkvorm of urbanisatiegraad ($p > 0,05$). Geconcludeerd kan worden dat de responsgroep beschouwd mag worden als representatief voor de landelijke verloskundige praktijken.

De vragenlijst

De vragenlijst is toegezonden naar één verloskundige per verloskundige praktijk. Aan deze verloskundige is gevraagd om bij het invullen van de vragenlijst af te gaan op zijn/haar eigen persoonlijke mening of beleving. De vragenlijst bestaat uit twee delen.

Het eerste deel van de vragenlijst gaat over algemene gegevens van de verloskundige praktijk, met name de praktijkvorm (solo-, duo- of groepspraktijk), het aantal collega's en de urbanisatiegraad. Tevens zijn enkele meningen gevraagd over de Verloskundige Indicatielijst en is gevraagd of de verloskundige deelneemt aan de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR), en zo ja wat het LVR-nummer is van de verloskundige praktijk. Dit LVR-nummer is gebruikt om de gegevens uit de vragenlijst anoniem te kunnen koppelen aan de gegevens uit de LVR. Daarna is gevraagd of de verloskundigen uit de praktijk bereid zouden zijn om deel te nemen aan een aparte registratie van de risicoselectie. Tenslotte zijn enkele gegevens gevraagd over verwijzingen naar ziekenhuizen. Met verwijzingen wordt bedoeld: consulten en/of overdrachten. Gevraagd is voor ieder ziekenhuis welk percentage van alle verwijzingen plaatsvond naar dit ziekenhuis, wat de gemiddelde afstand is van het woonhuis van de cliënten tot dit ziekenhuis en wat de gemiddelde reistijd is van het woonhuis van de cliënten tot dit ziekenhuis.

Het tweede deel van de vragenlijst gaat over samenwerking met de gynaecologen in het ziekenhuis waarnaar de verloskundige het meest verwijst. Indien de verloskundige ook relatief vaak verwijst naar een ander ziekenhuis (20% of meer van alle verwijzin-

gen), dan konden dezelfde vragen ook worden beantwoord voor dit ziekenhuis. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen voor de samenwerking met de gynaecologen in twee verschillende ziekenhuizen.
Met de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen bedoelen we de niet-cliëntgebonden samenwerking (vergelijk hoofdstuk 4). Er zijn twee elementen in deze niet-cliëntgebonden samenwerking. Het eerste element betreft de afspraken die gemaakt zijn met betrekking tot de risicoselectie; we duiden dat aan als de integratie die gericht is op de risicoselectie. De integratie-bevorderende factoren zijn het tweede element in de niet-cliëntgebonden samenwerking. De vragenlijst is opgenomen als bijlage bij dit rapport. Voor de precieze vraagstelling en inhoud van de antwoordcategorieën zij daarnaar verwezen.

De vragen over integratie
In hoofdstuk 4 hebben we aangegeven waaruit de integratie die gericht is op de risicoselectie, bestaat. Het gaat vooral om afspraken over verwijsbeleid. Als de verloskundigen en gynaecologen afspraken hebben gemaakt die relatief veel verantwoordelijkheid leggen bij de eerstelijn, dan zijn deze afspraken eerstelijnsgericht.
Het is niet alleen van belang dat afspraken worden gemaakt, maar ook hoe ze worden gemaakt. Men kan afspraken maken op een meer vrijblijvende manier, maar ook op een meer verplichtende manier. Dit wordt aangegeven met de 'sterkte' van de integratie. Als de verloskundigen en gynaecologen intensief werken aan afspraken, dan is er een hoog 'afspraakniveau'. Er worden dan over veel risicofactoren afspraken gemaakt en deze afspraken worden frequent besproken. Ook is het van belang dat de betrokkenen subjectief ervaren dat zij gezamenlijk streven naar afstemming in de risicoselectie. De sterkte van de integratie wordt dan ook bepaald door zowel de objectieve feiten (het 'afspraakniveau') als door de subjectieve beleving. Verder is de integratie sterker wanneer de betrokkenen positief staan tegenover de afspraken die zijn gemaakt met de gynaecologen.

Over de bovengenoemde aspecten van integratie zijn vragen gesteld in de landelijke enquête onder verloskundige praktijken. Zij gaan over vier onderwerpen:
1) de inhoud van de afspraken over verwijsbeleid
2) de sterkte van de integratie, vastgesteld met feitelijke gegevens (het 'afspraakniveau')
3) de attitude ten aanzien van de afspraken over verwijsbeleid
4) de sterkte van de integratie, zoals die subjectief wordt beleefd (de 'subjectief ervaren mate van integratie').

Ten behoeve van de analyses zijn deze vragen samengevoegd tot twee somscores.

Ad 1: de inhoud van de afspraken over verwijsbeleid
Er is gevraagd in hoeverre er door de respondent met de gynaecologen van het ziekenhuis is afgesproken om te werken met dezelfde indicatielijst, en zo ja met welke lijst. Uit de antwoorden op deze vraag is een dummy-variabele geconstrueerd die aangeeft of er wel of niet is afgesproken om grotendeels of precies te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst.
Verder is voor 29 risicofactoren afzonderlijk gevraagd welke richtlijn de verloskundige, respectievelijk de huisarts, hanteert en of dit is afgesproken met de gynaecologen. Deze 29 risicofactoren zijn geselecteerd uit de risicofactoren die zijn vermeld in de Verloskundige Indicatielijst (Ziekenfondsraad, 1987). Een risicofactor is geselecteerd indien deze factor vaak een indicatie is voor overdracht volgens de gegevens uit de Landelijke Verloskunde Registratie (SIG Zorginformatie, 1996) of indien het aanneme-

lijk is dat deze risicofactor een relatief frequente indicatie vormt voor consulten en/of overdrachten. Van ieder van deze 29 risicofactoren is gevraagd of de respondent de richtlijn volgt die staat vermeld in de Verloskundige Indicatielijst. Tevens is gevraagd naar het verwijsbeleid indien deze richtlijn niet in principe wordt gevolgd bij verwijzingen naar het ziekenhuis.
Indien deze richtlijn niet wordt gevolgd, is gevraagd wat het verwijsbeleid dan wel is. Voor 24 van de 29 risicofactoren is gevraagd om het verwijsbeleid in te delen volgens een driedeling: 1) volgens de Verloskundige Indicatielijst, 2) meer richting eerstelijn, of 3) meer richting tweedelijn. Tevens is gevraagd wat dit verwijsbeleid inhield, indien werd afgeweken van de richtlijn volgens de VIL.
Voor de overige vijf risicofactoren van het totaal van 29 onderzochte risicofactoren is met gesloten antwoordcategorieën gevraagd welke richtlijn werd gevolgd in het verwijsbeleid, waarbij de richtlijn volgens de Verloskundige Indicatielijst één van de antwoordcategorieën was.
Uit de verkregen antwoorden is een score voor de inhoud van de afspraken berekend. Hiertoe kreeg een item de waarde 1 wanneer het verwijsbeleid volgens de VIL was. Indien het beleid meer eerstelijnsgericht was, kreeg het een waarde 2, en indien het meer tweedelijns gericht was, een waarde 0. Bij een waarde van 1 is het gemiddelde verwijsbeleid volgens de VIL; hogere waarden geven aan dat het verwijsbeleid meer eerstelijns gericht is en bij lagere waarden is het meer tweedelijns gericht.

Ad 2: De sterkte van de integratie, vastgesteld met feitelijke gegevens (het 'afspraakniveau')
Hierbij worden deels dezelfde vragen gebruikt die ook zijn gebruikt om de inhoud van de afspraken te karakteriseren. Hier gaat het echter niet om de inhoud, maar om het feitelijk gegeven op zich dat er afspraken zijn.
Er is een dummy-variabele geconstrueerd die aangeeft of er wel of niet een afspraak is gemaakt om te werken met dezelfde indicatielijst. Daarnaast is voor elk van de 29 afzonderlijke risicofactoren die bij de inhoud van afspraken ook zijn besproken, gevraagd of het verwijsbeleid was afgesproken met de gynaecologen. Uit de antwoorden op deze vraag is het percentage risicofactoren berekend waarover een afspraak bestaat ('omvang van de afspraken'). Indien van de 29 items er 12 of meer ontbreken, dan is het percentage als 'ontbrekend' beschouwd. In de andere gevallen is het percentage berekend ten opzichte van het aantal beantwoorde items.
Verder is gevraagd of de respondent met de gynaecologen van het ziekenhuis vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling heeft. Indien er vaste afspraken of protocollen zijn, zijn daar nadere vragen over gesteld.
Er is gevraagd hoe afspraken met de gynaecologen over indicatiestelling tot stand zijn gekomen en hoe vaak deze worden geëvalueerd.

Ad 3: De attitude ten aanzien van de afspraken over verwijsbeleid
De attitude van de respondent ten aanzien van het eigen verwijsbeleid is gemeten door de vraag of de respondent het van harte eens is met haar/zijn verwijsbeleid, of dat zij/hij het liever voor een klein, of groot deel of (vrijwel) geheel anders zou willen doen. Het gaat hier om het feitelijk gehanteerde verwijsbeleid. Daarom is deze vraag te beschouwen als een benadering voor de acceptatie van de afspraken, indien het verwijsbeleid grotendeels was afgesproken met de gynaecologen.

Ad 4: De sterkte van de integratie, zoals die subjectief wordt beleefd
Er is gevraagd hoe de verloskundige de werkrelatie met de gynaecologen in het ziekenhuis typeert volgens een indeling naar de mate van integratie. Deze indeling laat zien in welke mate de verloskundige ervaart dat er door verloskundigen en gynaecologen wordt gestreefd naar afstemming in de zorgverlening. De antwoordcategorieën variëren van 'geen enkel contact' tot 'er is regelmatig contact over gemeenschappelijke cliënten. Er bestaan afspraken of protocollen over de zorgverlening. U streeft naar een gezamenlijke aanpak' (zie voor de overige antwoordcategorieën de vragenlijst (bijlage 1).
Twee somscores voor de sterkte van de integratie
Ter reductie van het aantal afzonderlijke variabelen bij het toetsen van de hypothesen zijn somscores berekend die aangeven hoe sterk het totaal van de integratiefactoren is.
In het algemeen kan een somscore als onafhankelijke variabele worden gebruikt, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:
- de samenstellende variabelen komen voort uit de operationalisering van één begrip;
- van de samenstellende variabelen wordt a priori verwacht dat zij allemaal in dezelfde richting een verband hebben met de afhankelijke variabele;
- er is geen reden om van tevoren aan te nemen dat de variabelen niet even zwaar moeten wegen;
- er is voldoende interne consistentie.

Er zijn twee somscores gedefinieerd. Voor het gehele gegevensbestand is een somscore geconstrueerd uit de volgende variabelen: het bestaan van vaste afspraken over indicatiestelling, de omvang van afspraken over de risicoselectie (uitgedrukt als het percentage risicofactoren waarover een afspraak is gemaakt), het bestaan van een afspraak over een indicatielijst, en de subjectief ervaren mate van integratie. Van ieder van deze variabelen zijn de waarden zo nodig gehercodeerd, zodanig dat de laagste waarde (overeenkomend met geringe integratie) 0 is, en de hoogste waarde 1. Indien van een van de samenstellende variabelen de waarde onbekend is, is de mediaan genomen van de bekende waarden.
Voor die gevallen waarin er sprake is van vaste afspraken over indicatiestelling, is een tweede somscore geconstrueerd. Deze is gelijk aan de bovengenoemde score met dit verschil dat het item 'bestaan van vaste afspraken over indicatiestelling' er niet in voorkomt, en dat er drie variabelen zijn toegevoegd: evaluatie van vaste afspraken (ja/nee), zijn de afspraken in het gestructureerd overleg (ja/nee) en hoe vaak worden de afspraken besproken in het overleg (tenminste één keer totstandgekomen per 3 maanden versus minder vaak). Uiteraard zijn de twee somscores niet in één analyse gebruikt.

De vragen over het bevorderen van integratie
In het bovenstaande is een schets gegeven van de vragen in de vragenlijst die betrekking hebben op de integratie ten aanzien van de risicoselectie . Daarnaast zijn er vragen gesteld over de factoren die deze integratie wellicht zouden kunnen bevorderen. Deze factoren zijn: 1) gestructureerd overleg tussen verloskundigen (of actieve huisartsen) en gynaecologen en de onderwerpen die daarin worden besproken, 2) geïnformeerdheid over het overleg, 3) de attitudes t.a.v. het overleg en 4) het klimaat in de samenwerking tussen verloskundigen en de gynaecologen in het ziekenhuis.
Er zijn meerdere vragen gesteld over regelmatig gestructureerd overleg waaraan de eerste- en tweedelijn deelnemen. Deze vragen zijn of er zo'n overleg is en zo ja hoe vaak. Daarnaast is gevraagd naar de onderwerpen in het gestructureerd overleg. Naast de afspraken over indicatiestelling gaat dat met name om overleg over individuele cliënten, perinatale sterfte en bij- en nascholing.

In een aparte vraag is gevraagd in hoeverre de respondent op de hoogte is van hetgeen is besproken in het overleg.
De attitude ten aanzien van het overleg is gemeten door te vragen in hoeverre de respondent zich betrokken voelt bij het overleg en hoe belangrijk de respondent het overleg voor diens beroepsuitoefening vindt.
Tenslotte is gevraagd naar het klimaat in de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn. Hiertoe is gevraagd hoe in het algemeen de samenwerking is tussen de respondent en de gynaecologen van het ziekenhuis.

Ook met betrekking tot de integratie-bevorderende factoren zijn voor het toetsen van hypothesen twee somscores geconstrueerd die aangeven hoe sterk het totaal van de integratie-bevorderende factoren is. Voor het gehele gegevensbestand is een somscore gedefinieerd uit twee variabelen: het bestaan van gestructureerd overleg en de ervaren samenwerking in het algemeen (indicatief voor het klimaat in de samenwerking). Voor dat deel van het gegevensbestand met gestructureerd overleg is een somscore gedefinieerd uit de volgende acht variabelen: de frequentie van het gestructureerd overleg, het wel of niet bespreken van individuele cliënten, respectievelijk van perinatale sterfte, de frequentie van bij- en nascholing, de mate van geïnformeerdheid over het overleg, de betrokkenheid bij het overleg, het belang dat werd gehecht aan het overleg en tenslotte de ervaren samenwerking in het algemeen.
Bij het samenstellen van deze twee scores zijn, zonodig, de waarden van de variabelen zó gecodeerd dat de minst sterke waarde (die duidt op een geringe bevorderende factor) overeenkomt met de waarde nul en de meest sterke waarde met de waarde één. Indien van een van de samenstellende variabelen de waarde onbekend is, is de mediane waarde genomen van de groep.

Methoden van analyse
In het eerste gedeelte van de analyse wordt nagegaan of in de zeven deelnemende VSV's de niet-cliëntgebonden samenwerking verschilt van de GVZ's elders. Volgens de eerste hypothese is in de VSV's de samenwerking intensiever dan in de GVZ's elders in Nederland. We toetsen deze hypothese eenzijdig; dat wil zeggen dat we alleen kijken naar die verschillen, waarbij in de VSV's de samenwerking intensiever is. Er wordt gebruik gemaakt van de chi-kwadraat toets en de T-toets. Het gehanteerde significantieniveau is 0,05.
In het tweede gedeelte van de analyse gaan we na of we steun vinden voor de drie andere hypothesen. Bij het toetsen van deze hypothesen moeten we rekening houden met de manier waarop de gegevens zijn verzameld. De onderzoeksopzet is er op gericht om de invloed na te gaan van niet-cliëntgebonden samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn op de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Uitspraken over de relaties tussen integratie-bevorderende factoren, integratiefactoren en de inhoud van afspraken zijn geformuleerd als 'gepaard gaand met' en niet als 'een effect op'. De reden hiervoor is dat de gehanteerde concepten analytisch erg dicht bij elkaar liggen en door dezelfde vragenlijst op één moment zijn gemeten. Hierbij behoort dat in de analyses van deze relaties gebruik wordt gemaakt van correlaties. Wel is door middel van partiële correlatierekening nagegaan of de plaats van vestiging van de verloskundige praktijken een doorkruisende invloed heeft. Dit blijkt niet het geval te zijn. De hypothesen worden eenzijdig getoetst, dat wil zeggen dat er uitsluitend wordt nagegaan of er verbanden zijn tussen de factoren in de veronderstelde richting. Het significantieniveau is 0,05. De hypothesen worden getoetst door gebruik te maken van de somscores voor de integratie respectievelijk voor het bevorderen van integratie.

5.3 Bevindingen: samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen in Nederland en verschillen tussen de zeven VSV's en de GVZ's elders

In deze paragraaf worden de bevindingen beschreven wat betreft de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen in Nederland. Ook vergelijken we de zeven VSV's met de GVZ's elders. We bespreken eerst de integratie die gericht is op de risicoselectie. Daarna komen de factoren die deze integratie bevorderen aan bod.

5.3.1 De integratie die gericht is op de risicoselectie

De inhoud van de afspraken over verwijsbeleid

Voor 29 risicofactoren is gevraagd welke richtlijn de verloskundige hanteert en of dit is afgesproken met de gynaecologen. Voor 26 van deze 29 risicofactoren staan de gegevens vermeld in tabel 5.2. Drie risicofactoren zijn niet opgenomen in deze tabel, omdat daarvoor geen duidelijke richtlijn bestaat in de Verloskundige Indicatielijst of omdat te vaak de gegevens niet zijn ingevuld. Deze risicofactoren zijn: meconiumhoudend vruchtwater, niet vorderende ontsluiting en niet vorderende uitdrijving.

In tabel 5.2 staat voor de overige 26 risicofactoren aangegeven wat de richtlijn voor de risicoselectie is volgens de Verloskundige Indicatielijst van de Ziekenfondsraad (VIL). De categorieën zijn: A (eerstelijnszorg), B (overlegsituatie), B→D (medium-risksituatie) en C (tweedelijnszorg). Voor iedere risicofactor is gevraagd of het verwijsbeleid dat de verloskundige hanteert, conform de VIL is, dan wel meer eerstelijnsgericht of meer tweedelijnsgericht. Wanneer het verwijsbeleid volgens de VIL eerstelijnszorg is ('A'), dan is het niet mogelijk om een verwijsbeleid te hanteren dat meer eerstelijnsgericht is. Eveneens is het in het algemeen niet mogelijk om een verwijsbeleid te hanteren dat meer tweedelijnsgericht is dan de VIL, indien het verwijsbeleid volgens de VIL tweedelijnszorg is ('C') . Een uitzondering hierop is de risicofactor 'duur gebroken vliezen'. Volgens de VIL ligt de grens voor tweedelijnszorg bij een duur van 24 uur. Indien een kortere duur was opgegeven door de verloskundige, dan werd dit ingedeeld als 'meer tweedelijns' dan de VIL.

In tabel 5.2 staat aangegeven in hoeverre er met de gynaecologen in het betreffende ziekenhuis afspraken zijn gemaakt over de indicatiestelling en zo ja, wat de inhoud van deze afspraken is. Het blijkt dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen de risicofactoren wat betreft het gemiddelde percentage waarin over de betreffende risicofactor een afspraak is gemaakt met de gynaecologen. De gemiddelde percentages variëren tussen 34% (leeftijdsindicatie) en 83% (de duur van gebroken vliezen zonder weeënactiviteit).

Verder is in tabel 5.2 aangegeven in welk percentage de afgesproken richtlijnen conform de VIL zijn, dan wel meer eerstelijnsgericht of meer tweedelijnsgericht. Er is gepercenteerd op het aantal risicofactoren waarover informatie bekend is. Bijvoorbeeld: in de 137 gevallen waarin er een afspraak bestaat over de leeftijdsindicatie 'nulliparae boven 35 jaar' is de gemaakte afspraak in 36% volgens de VIL, in 62% meer eerstelijnsgericht en in 2% meer tweedelijnsgericht.

Bij 21 van de 26 risicofactoren zijn de gemaakte afspraken voor het merendeel (80% of meer) conform de VIL. Bij vijf risicofactoren wordt in gemiddeld meer dan 20% afgeweken van de VIL. Het gaat om de volgende risicofactoren.

Bij een keizersnede (sectio caesarea) in de anamnese is slechts in 29% afgesproken om te werken volgens de VIL, hetgeen wil zeggen: zowel tijdens de zwangerschap als de bevalling tweedelijnszorg. Bij de 71% van de gevallen, waarin de afspraak meer

eerstelijnsgericht is, houdt de afspraak veelal in dat de zorg tijdens de zwangerschap grotendeels of geheel geschiedt door de verloskundige, terwijl de bevalling onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog valt.
Bij een leeftijdsindicatie van de moeder (dat wil zeggen: op de à terme datum boven 35 jaar voor primiparae en 40 jaar of ouder bij multiparae) geeft de VIL als richtlijn een B→D situatie, dus een medium-risksituatie. Over het beleid bij deze risicofactor is slechts in een minderheid een afspraak gemaakt (34%), en als er een afspraak is gemaakt, dan wijkt deze in een hoog percentage (voor primiparae 64% respectievelijk voor multiparae 56%) af van de richtlijn volgens de VIL. De oorzaak hiervan is dat verloskundigen de leeftijdsindicatie in mindere mate onderschrijven en dit niet beschouwen als een indicatie voor een tussenliggende vorm van zorg, maar als passend bij eerstelijnszorg.
Verder wordt 'bloedverlies na de 20e week' bij 31% van de afspraken niet beschouwd als een indicatie voor tweedelijnszorg, maar is de afspraak meer eerstelijnsgericht (dus bijvoorbeeld een overlegsituatie).
De indicatie 'dysmaturiteit (<2,3 percentiel) in de anamnese' wordt in 21% van de afspraken niet beschouwd als een indicatie voor tweedelijnszorg; de afspraak is in deze gevallen meer eerstelijnsgericht.

Tabel 5.2 Afspraken met betrekking tot het verwijsbeleid tussen verloskundige praktijken en gynaecologen voor 26 indicaties; richtlijnen volgens de VIL, al of niet bestaan van afspraken en, gegeven een afspraak, de inhoud daarvan

	afspraak				inhoud		
Risicofactor	richtlijn VIL[1]	onbe-kend	nee	ja	VIL	meer 1e-lijns	meer 2e-lijns
Indicaties op grond van anamnese:							
leeftijdsindicatie							
- nulliparae >35 jaar	B→D	8.0	57.8	34.3 (N=137)-->	35.6	62.2	2.2
- multiparae vanaf 40 jaar	B→D	9.3	56.5	34.3 (N=137)-->	43.7	55.6	0.7
infertiliteitsbehandeling voorafgaand aan deze zwangerschap	A	11.8	50.0	38.3 (N=153)-->	94.7		5.3
vorige keer forcipale of vacuumextractie	A	9.8	38.0	52.3 (N=209)-->	97.5		2.5
toxicose in anamnese	A	12.0	39.5	48.5 (N=194)-->	96.3		3.7
sectio caesarea	C	0.5	23.3	76.3 (N=305)-->	29.2	70.8	
dysmaturiteit in anamnese (<2,3 percentiel)	C	10.5	36.0	53.5 (N=214)-->	79.2	20.8	
vroeggeboorte in anamnese							
- eenmaal van 34 weken of minder	B	11.0	40.3	48.8 (N=195)-->	80.5	15.3	4.2
- eenmaal in 35e, 36e of 37e week	A	11.3	42.0	46.8 (N=187)-->	98.4		1.6
- tweemaal	B	14.3	40.8	45.0 (N=180)-->	85.9	7.9	6.2
kind geboren in slechte conditie in anamnese	B	11.5	40.0	48.5 (N=194)-->	83.7	10.0	6.3
Ontstaan tijdens zwangerschap:							
(dreigende) miskraam	A	11.3	36.3	52.5 (N=210)-->	86.7		13.3
bloedverlies na 20e week	C	10.0	32.3	57.8 (N=231)-->	69.1	30.9	
zwangerschapsdiabetes	C	10.8	23.8	65.5 (N=262)-->	92.5	7.5	
hypertensie/toxicose	B	11.5	27.8	60.8 (N=243)-->	85.3	2.5	12.2
negatieve dyscongruentie							
- bij echo onder P2,3	C	11.3	30.0	58.8 (N=235)-->	98.7	1.3	
- bij echo tussen P2,3 en P10	B	12.3	34.0	53.8 (N=215)-->	85.2	10.0	4.8
positieve dyscongruentie	B	10.5	37.8	51.8 (N=207)-->	82.7	15.8	1.5
liggingsafwijking in de zwangerschap	B	12.0	29.3	58.8 (N=235)-->	84.0	5.2	10.8
meerlingzwangerschap	C	10.3	25.0	64.8 (N=259)-->	95.3	4.7	
dreigende vroeggeboorte	C	10.8	27.5	61.8 (N=247)-->	98.0	2.0	
dreigende serotiniteit (tot aan 42 0/7e week	A	12.0	21.0	67.0 (N=268)-->	88.3		11.7
serotiniteit (vanaf 42 0/7e week)	C	11.8	17.3	71.0 (N=284)-->	89.6	10.4	
Probleem tijdens de bevalling:							
duur gebroken vliezen 24 uur	C	12.3	4.5	83.3 (N=333)-->	88.2	1.8	10.0
liggingsafwijking tijdens bevalling	C	11.3	27.0	61.8 (N=247)-->	98.0	2.0	
foetale nood	C	11.5	26.8	61.8 (N=247)-->	99.2	0.8	

[1] A=eerstelijnszorg, B=overlegrisico, C=tweedelijnszorg, B→D is medium-risksituatie

Verder is het interessant om te vermelden hoe het verwijsbeleid is bij de risicofactoren waarover geen afspraken zijn gemaakt met de gynaecologen. Dit staat weergegeven in tabel 5.3.
De opzet van deze tabel is vergelijkbaar met die van tabel 5.2.

Tabel 5.3 Afspraken met betrekking tot het verwijsbeleid tussen verloskundige praktijken en gynaecologen voor 26 indicaties; richtlijnen volgens VIL, af of niet bestaan van een afspraak en, indien er geen afspraken zijn, de inhoud van het verwijsbeleid

Risicofactor	verwijs-beleid VIL[1]	afspraak			inhoud		
		onbe-kend	ja	nee	VIL	meer 1e-lijns	meer 2e-lijns
Indicaties op grond van anamnese:							
leeftijdsindicatie							
- nulliparae >35 jaar	B→D	8.0	34.3	57.8 (N=231)→	12.2	86.0	1.7
- multiparae vanaf 40 jaar	B→D	9.3	34.3	56.5 (N=226)→	14.7	81.3	4.0
infertiliteitsbehandeling voorafgaand aan deze zwangerschap	A	11.8	38.3	50.0 (N=200)→	91.8		8.2
vorige keer forcipale of vacuumextractie	A	9.8	52.3	38.0 (N=152)→	97.2		2.8
toxicose in anamnese	A	12.0	48.5	39.5 (N=158)→	90.1		9.9
sectio caesarea	C	0.5	76.3	23.3 (N=93)→	19.4	80.6	
dysmaturiteit in anamnese (<2,3 percentiel)	C	10.5	53.5	36.0 (N=144)→	58.6	41.4	
vroeggeboorte in anamnese							
- eenmaal van 34 weken of minder	B	11.0	48.8	40.3 (N=161)→	56.3	34.8	8.9
- eenmaal in 35e, 36e of 37e week	A	11.3	46.8	42.0 (N=168)→	97.5		2.5
-tweemaal	B	14.3	45.0	40.8 (N=163)→	65.8	25.2	9.0
kind geboren in slechte conditie in anamnese	B	11.5	48.5	40.0 (N=160)→	59.0	33.3	7.7
Ontstaan tijdens zwangerschap:							
(dreigende) miskraam	A	11.3	52.5	36.3 (N=145)→	91.0		9.0
bloedverlies na 20e week	C	10.0	47.8	32.3 (N=129)→	78.7	21.3	
zwangerschapsdiabetes	C	10.8	65.5	23.8 (N=95)→	96.8	3.2	
hypertensie/toxicose	B	11.5	60.8	27.8 (N=111)→	78.4	0.9	20.7
negatieve dyscongruentie							
- bij echo onder P2,3	C	11.3	58.8	30.0 (N=120)→	97.5	1.7	0.8
- bij echo tussen P2,3 en P10	B	12.3	53.8	34.0 (N=136)→	72.7	18.9	8.3
positieve dyscongruentie	B	10.5	51.8	37.8 (N=151)→	69.6	27.0	3.4
liggingsafwijking in de zwangerschap	B	12.0	58.8	29.3 (N=117)→	75.9	6.0	18.1
meerlingzwangerschap	C	10.3	64.8	25.0 (N=100)→	100.0		
dreigende vroeggeboorte	C	10.8	61.8	27.5 (N=110)→	99.1	0.9	
dreigende serotiniteit (tot aan 42 0/7e week	A	12.0	67.0	21.0 (N=84)→	92.7		7.3
serotiniteit (vanaf 42 0/7e week)	C	11.8	71.0	17.3 (N=69)→	98.6	1.4	
Probleem tijdens de bevalling:							
duur gebroken vliezen 24 uur	C	12.3	83.3	4.5 (N=18)→	94.1	-	5.9
liggingsafwijking tijdens bevalling	C	11.3	61.8	27.0 (N=108)→	98.1	1.9	
foetale nood	C	11.5	61.8	26.8 (N=107)→	100.0		

[1] A=eerstelijnszorg, B=overlegrisico, C=tweedelijnszorg, B→D is medium-risksituatie

Wanneer wij het afgesproken verwijsbeleid (tabel 5.2) vergelijken met het verwijsbeleid waarover geen afspraken zijn gemaakt (tabel 5.3) valt op dat het verwijsbeleid bij de leeftijdsindicaties (multiparae boven 35 jaar en multiparae vanaf 40 jaar) duidelijk verschillend is. Als het verwijsbeleid niet is afgesproken, dan is dit meer eerstelijnsgericht dan wanneer het wel is afgesproken. Dit bevestigt dat verloskundigen in het

algemeen het niet eens zijn met de leeftijdsindicatie volgens de VIL, maar een verwijsbeleid voorstaan dat meer eerstelijnsgericht is. Uit commentaar op de desbetreffende vraag in de enquête is gebleken dat verloskundigen vaak de risicofactor 'leeftijd' beschouwen als categorie 'A', dus passend bij eerstelijnszorg.

De eerstelijnsgerichtheid van de afspraken over verwijsbeleid
Op basis van de gegevens in tabel 5.2 is een score samengesteld voor de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken. Zoals is af te lezen uit tabel 5.4, is bij tweederde van de gevallen de score voor de eerstelijnsgerichtheid van afspraken tussen 1,00 en 1,19. Dit betekent dat bij deze groep de afspraken iets meer eerstelijnsgericht zijn dan de VIL. Immers, bij een waarde '1' is de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken hetzelfde als volgens de VIL.
In de zeven VSV's heeft de score voor de eerstelijnsgerichtheid een gemiddelde waarde van 1,13. In de andere GVZ's bedraagt deze waarde 1,08. Dit verschil van 0,04 is echter net niet significant (de p-waarde is 0,07 bij eenzijdig toetsen met de T-test).

Tabel 5.4 De eerstelijnsgerichtheid van de afspraken over verwijsbeleid tussen verloskundige praktijken en gynaecologen

Variabelen	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
Inhoud van afspraken:			
score voor de eerstelijnsgerichtheid			
0,60 - 0,79	-	3 (1%)	3 (1%)
0,80 - 0,99	1 (4%)	42 (15%)	43 (14%)
1,00 - 1,19	19 (70%)	180 (65%)	199 (66%)
1,20 - 1,39	7 (26%)	45 (16%)	52 (17%)
1,40 - 1,59	-	4 (1%)	4 (1%)
1,60 - 1,79	-	-	-
1,80 - 2,00	-	2 (1%)	2 (1%)
subtotaal	27 (100%)	276 (100%)	303 (100%)
gegeven ontbreekt	4 (13%)	93 (25%)	975 (24%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

De factoren die het afspraakniveau bepalen
In tabel 5.5 staan de gegevens over het afspraakniveau.
In de VSV's wordt door 29 van de 31 respondenten (94%) geantwoord dat er vaste afspraken of protocollen zijn over indicatiestelling. In de GVZ's is dit in een lager percentage het geval, namelijk 82%. Dit verschil is echter net niet significant bij eenzijdige toetsing met de chi-kwadraat toets (p=0,052).
In tabel 5.5 laat de 'omvang van afspraken' zien of er afspraken zijn gemaakt over veel risicofactoren. In meer dan de helft zijn er afspraken gemaakt over veel risicofactoren (tenminste 70% van de nagevraagde risicofactoren). Gemiddeld zijn er in de VSV's afspraken gemaakt over 82% van de risicofactoren. In de GVZ's zijn er gemiddeld over 61% van de risicofactoren afspraken gemaakt. Dit verschil is significant (eenzijdige toetsing met de T-test).

Tabel 5.5 De sterkte van de integratie: de factoren die het afspraakniveau bepalen

Variabelen	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
er zijn vaste afspraken over indicatiestelling:			
. nee	2 (6%)	66 (18%)	68 (17%)
. ja	29 (94%)	303 (82%)	332 (83%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
omvang afspraken:			
0,00 - 0,09	-	63 (19%)	63 (18%)
0,10 - 0,19	1 (4%)	22 (7%)	23 (6%)
0,20 - 0,29	3 (11%)	10 (3%)	13 (4%)
0,30 - 0,39	-	5 (2%)	5 (1%)
0,40 - 0,49	-	11 (3%)	11 (3%)
0,50 - 0,59	-	13 (4%)	13 (4%)
0,60 - 0,69	1 (4%)	28 (8%)	29 (8%)
0,70 - 0,79	3 (11%)	31 (9%)	34 (9%)
0,80 - 0,89	4 (15%)	51 (15%)	55 (15%)
0,90 - 1,00	15 (56%)	98 (30%)	113 (31%)
subtotaal	27 (100%)	332 (100%)	359 (100%)
gegeven ontbreekt	4 (13%)	37 (10%)	41 (10%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
evaluatie van vaste afspraken:			
. meestal niet	2 (7%)	96 (32%)	98 (30%)
. soms wel, soms niet	16 (55%)	131 (43%)	147 (44%)
. meestal wel	11 (38%)	76 (25%)	87 (26%)
subtotaal	29 (100%)	303 (100%)	332 (100%)
. niet van toepassing, want er zijn geen vaste afspraken	1 (3%)	58 (16%)	9 (2%)
. onbekend	1 (3%)	8 (2%)	9 (2%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
totstandkomen van vaste afspraken over verwijsbeleid in gestructureerd overleg:			
. in ad hoc contacten	-	67 (21%)	67 (19%)
. in gestructureerd overleg	22 (73%)	104 (33%)	126 (36%)
. zowel in ad hoc contacten als in gestructureerd overleg	8 (27%)	148 (46%)	156 (45%)
subtotaal	30 (100%)	319 (100%)	349 (100%)
. niet van toepassing, want er zijn geen vaste afspraken	1 (3%)	48 (13%)	49 (12%)
. onbekend	-	2 (1%)	2 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
bespreken van vaste afspraken over verwijsbeleid in gestructureerd overleg:			
. nooit	1 (3%)	13 (5%)	14 (5%)
. minder dan één keer per 3 maanden	11 (35%)	174 (63%)	185 (60%)
. tenminste één keer per 3 maanden	19 (61%)	88 (32%)	107 (35%)
subtotaal	31 (100%)	275 (100%)	306 (100%)
. niet van toepassing, omdat er geen gestructureerd overleg is	-	66 (18%)	66 (16%)
. onbekend	-	28 (8%)	28 (7%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
afspraak over indicatielijst:			
. nee	3 (10%)	120 (33%)	123 (31%)
. ja	28 (90%)	249 (67%)	277 (69%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

In een kwart van de gevallen worden vaste afspraken over indicatiestelling of protocollen wel geëvalueerd. Bij iets meer dan een kwart (30%) worden zij meestal niet geëvalueerd. In iets minder dan de helft (44%) worden de vaste afspraken soms wel, soms niet geëvalueerd. In de VSV's worden de vaste afspraken vaker geëvalueerd. Dit verschil is significant (eenzijdige toetsing met de T-test).
Vaste afspraken komen in bijna de helft van de gevallen tot stand in gestructureerd overleg als ook ad hoc overleg. Slechts bij 19% worden deze afspraken uitsluitend ad hoc gemaakt. Wanneer we de zeven VSV's en de GVZ's vergelijken, dan worden in de VSV's nooit afspraken ad hoc gemaakt en in de GVZ's bij eenvijfde (21%). Dit verschil is significant.
De vaste afspraken worden in wisselende mate besproken in het gestructureerd overleg tussen verloskundigen en gynaecologen. Eenderde bespreekt ze tenminste een keer in de drie maanden. In de VSV's is dit percentage hoger (61%). Dit verschil is significant.
Ook is in de VSV's significant vaker (90% tegen 67%) afgesproken om volgens een indicatielijst te werken.

De subjectief ervaren mate van integratie
Zoals tabel 5.6 laat zien, wordt in de helft van de praktijken (52%) geprobeerd het beleid met de gynaecologen af te stemmen. In deze groep heeft de helft (26%) afspraken of protocollen, waarbij er naar de mening van de respondent wordt gestreefd naar een gezamenlijke aanpak.
In de VSV's liggen deze laatste percentages significant hoger. In de VSV's typeert bijna de helft van de respondenten de werkrelatie met de gynaecologen als intensief: afspraken of protocollen waarbij wordt gestreefd naar een gezamenlijke aanpak.

Tabel 5.6 De sterkte van de integratie: de subjectief ervaren mate van integratie

Antwoordcategorie	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
onafhankelijk van elkaar werken	-	20 (5%)	20 (5%)
korte contacten na contact met cliënten	6 (19%)	112 (31%)	118 (30%)
korte contacten vóór contact met cliënten	4 (13%)	49 (13%)	53 (13%)
probeert beleid op elkaar af te stemmen	8 (26%)	93 (26%)	101 (26%)
afspraken of protocollen met gezamenlijke aanpak	13 (42%)	91 (25%)	104 (26%)
subtotaal	31 (100%)	365 (100%)	396 (100%)
gegeven ontbreekt	-	4 (1%)	4 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

De attitude ten aanzien van het eigen verwijsbeleid
In de helft van de praktijken was de respondent het van harte eens met het eigen verwijsbeleid dat werd gehanteerd voor het betreffende ziekenhuis (tabel 5.7). In de VSV's is dit percentage significant hoger (70%).

Tabel 5.7 De attitude ten aanzien van het eigen verwijsbeleid

Variabele	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
welke uitspraak is het meest van toepassing:			
- ik zou liever een (vrijwel) geheel ander verwijsbeleid hanteren	-	5 (1%)	5 (1%)
- ik zou het liever voor een groot deel anders doen	1 (3%)	10 (3%)	11 (3%)
- ik zou het liever voor een klein deel anders doen	8 (27%)	167 (46%)	175 (44%)
- ik ben het van harte eens met dit beleid	21 (70%)	183 (50%)	204 (52%)
subtotaal	30 (100%)	365 (100%)	395 (100%)
gegeven ontbreekt	1 (3%)	4 (1%)	5 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

De afspraak om te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst
In iets minder dan de helft van de gevallen is afgesproken om grotendeels of geheel te werken volgens de VIL. In de VSV's is dit percentage significant hoger (81%).

Tabel 5.8 De mate waarin is afgesproken te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst

Variabele	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
er is afgesproken om (grotendeels) te werken volgens de VIL:			
- nee	6 (19%)	211 (57%)	217 (54%)
- ja	25 (81%)	158 (43%)	183 (46%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

5.3.2 De factoren die de integratie bevorderen

Het bestaan en de frequentie van gestructureerd overleg
In de 400 combinaties van een verloskundige praktijk en een ziekenhuis is er bij de meesten (85%) gestructureerd overleg. In de VSV's is dit overleg door alle respondenten gemeld, hetgeen een significant verschil is.
Indien er gestructureerd overleg is, komt dit in de helft van de gevallen tenminste zes keer per jaar bijeen. In de VSV's komt dit overleg in bijna alle gevallen tenminste zes keer per jaar bijeen. Ook dit verschil is significant.

Tabel 5.9 Het bestaan en de frequentie van gestructureerd overleg

Variabelen	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
er is gestructureerd overleg:			
- nee	-	60 (16%)	60 (15%)
- ja	31 (100%)	309 (84%)	340 (85%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
frequentie van het gestructureerd overleg:			
- 1, 2 of 3 keer per jaar	-	100 (32%)	100 (29%)
- 4 of 5 keer per jaar	1 (3%)	71 (23%)	72 (21%)
- 6 tot 10 keer per jaar	15 (48%)	101 (33%)	116 (34%)
- 11 keer per jaar of vaker	15 (48%)	37 (12%)	52 (15%)
subtotaal	31 (100%)	309 (100%)	340 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (15%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

Onderwerpen in het gestructureerd overleg

Indien er gestructureerd overleg is, dan worden in bijna de helft van de gevallen individuele cliënten besproken in dit overleg. In de VSV's wordt dit significant vaker gemeld, namelijk bij 68%.

In meer dan de helft van de gevallen wordt (indien er gestructureerd overleg is) perinatale sterfte besproken. In de VSV's is dit bij 71% het geval, maar dit verschil is net niet significant bij eenzijdige toetsen met de chi-kwadraat test (p=0,052).

Bij- en nascholing als onderdeel van het gestructureerd overleg wordt gegeven in een grote meerderheid (93%). In meer dan de helft (60%) van de gevallen is dit tenminste een keer per drie maanden. In de VSV's gebeurt dit significant vaker.

Tabel 5.10 De onderwerpen in het gestructureerd overleg

Variabelen	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
bespreking van individuele cliënten:			
- nee	10 (32%)	170 (55%)	180 (53%)
- ja	21 (68%)	137 (45%)	158 (47%)
subtotaal	31 (100%)	307 (100%)	338 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (15%)
- onbekend	-	2 (1%)	2 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
bespreking van perinatale sterfte:			
- nee	9 (29%)	133 (44%)	142 (43%)
- ja	22 (71%)	168 (56%)	190 (57%)
subtotaal	31 (100%)	301 (100%)	332 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (16%)
- onbekend	-	8 (2%)	8 (2%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
bij- en nascholing:			
- nee	1 (3%)	22 (7%)	23 (7%)
- ja, maar minder dan één keer per 3 maanden	5 (17%)	107 (35%)	112 (34%)
- ja, tenminste één keer per 3 maanden	24 (80%)	175 (58%)	199 (60%)
subtotaal	30 (100%)	304 (100%)	334 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (15%)
- onbekend	1 (3%)	5 (1%)	6 (2%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

Geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg en attitude ten aanzien van dit overleg

In het algemeen is men goed geïnformeerd over het gestructureerd overleg. Van de respondenten zegt 83% het meeste of alles te weten van wat is besproken in het gestructureerd overleg. Hierin verschillen de VSV's niet van de GVZ's.

Ruim de helft van de respondenten (61%) zegt nogal of zeer betrokken te zijn bij het gestructureerd overleg. In de VSV's is dit percentage significant hoger (84%).

Een grote meerderheid (84%) vindt het gestructureerd overleg nogal tot zeer belangrijk voor de beroepsuitoefening. In de VSV's is dit percentage nog (significant) hoger: hier vindt 94% van de respondenten dat het overleg nogal of zeer belangrijk is voor de beroepsuitoefening.

Tabel 5.11 Geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg en de attitude ten aanzien van dit overleg

Variabelen	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg:			
- nee, eigenlijk niet	-	8 (3%)	8 (2%)
- een beetje	1 (3%)	10 (3%)	11 (3%)
- deels wel, deels niet	5 (16%)	35 (11%)	40 (12%)
- het meeste wel	12 (39%)	119 (39%)	131 (39%)
- vrijwel alles	13 (42%)	135 (44%)	148 (44%)
subtotaal	31 (100%)	307 (100%)	338 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (15%)
- onbekend	-	2 (1%)	2 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
betrokkenheid bij gestructureerd overleg:			
- niet	-	6 (2%)	6 (2%)
- een beetje	1 (3%)	31 (10%)	32 (9%)
- redelijk	4 (13%)	91 (30%)	95 (28%)
- nogal	15 (48%)	105 (34%)	120 (36%)
- zeer	11 (36%)	74 (24%)	85 (25%)
subtotaal	31 (100%)	307 (100%)	338 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (15%)
- onbekend	-	2 (1%)	2 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening:			
- niet belangrijk	-	2 (1%)	2 (1%)
- beetje belangrijk	1 (3%)	10 (3%)	11 (3%)
- redelijk belangrijk	1 (3%)	41 (13%)	42 (13%)
- nogal belangrijk	9 (29%)	117 (39%)	127 (38%)
- zeer belangrijk	20 (65%)	135 (44%)	155 (46%)
subtotaal	31 (100%)	306 (100%)	337 (100%)
- er is geen gestructureerd overleg	-	60 (16%)	60 (15%)
- onbekend	-	3 (1%)	3 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

Het 'klimaat' tussen verloskundigen en gynaecologen
Het 'klimaat' tussen verloskundigen en gynaecologen wordt door ruim tweederde (69%) van de verloskundige praktijken beoordeeld als 'goed' of 'zeer goed'. In de VSV's ligt dit percentage significant hoger: hier vindt 84% van de respondenten dat de samenwerking in het algemeen goed of zeer goed is.
In de periode waarin het project liep (vanaf begin 1992) is volgens de verloskundigen landelijk gezien de samenwerking met de gynaecologen verbeterd. Ruim de helft van de respondenten (56%) vindt dat de samenwerking gelijk is gebleven. Eenderde (34%) vindt de samenwerking verbeterd en slechts 10% van de respondenten vindt de samenwerking verslechterd. Deze verbetering is nog (significant) sterker in de VSV's. Hier vindt ruim de helft van de respondenten dat de samenwerking is verbeterd.

Tabel 5.12 Het 'klimaat' tussen verloskundigen en gynaecologen

Variabelen	in 7 VSV's (N=31) n(%)	in de GVZ's elders (N=369) n(%)	totaal (N=400) n(%)
klimaat (ervaren samenwerking in het algemeen):			
- slecht	-	2 (1%)	2 (1%)
- matig	1 (3%)	23 (6%)	24 (6%)
- redelijk	4 (13%)	93 (25%)	97 (24%)
- goed	23 (74%)	188 (51%)	211 (53%)
- zeer goed	3 (10%)	61 (17%)	64 (16%)
subtotaal	31 (100%)	367 (100%)	398 (100%)
onbekend	-	2 (1%)	2 (1%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)
verandering in de ervaren samenwerking vanaf begin 1992:			
- duidelijk verslechterd	1 (3%)	11 (3%)	12 (3%)
- iets verslechterd	1 (3%)	28 (8%)	29 (7%)
- gelijk gebleven	13 (42%)	206 (57%)	219 (56%)
- iets verbeterd	11 (35%)	71 (20%)	82 (21%)
- duidelijk verbeterd	5 (16%)	45 (13%)	50 (13%)
subtotaal	31 (100%)	361 (100%)	392 (100%)
onbekend	-	8 (2%)	8 (2%)
totaal	31 (100%)	369 (100%)	400 (100%)

5.4 Bevindingen: de samenhangen tussen de eerstelijnsgerichtheid van afspraken, sterke integratiefactoren en sterke integratie-bevorderende factoren

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van de toetsing van de hypothesen van de samenhangen tussen de eerstelijnsgerichtheid van afspraken, de sterkte van de integratiefactoren en de sterkte van de integratie-bevorderende factoren.

5.4.1 De relatie tussen integratiefactoren en de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken

De vierde hypothese is dat sterkere integratiefactoren gepaard gaan met afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn. Deze hypothese is getoetst met gebruikmaken van de twee somscores die een maat zijn voor de sterkte van het totaal van de integratiefactoren. De hypothese werd eenzijdig getoetst dat wil zeggen dat uitsluitend een verband tussen sterkere integratiefactoren en een sterkere eerstelijnsgerichtheid van de afspraken als significant werd beschouwd met een significantieniveau van 0,05.

De eerste somscore (die van toepassing is op de gehele groep) is niet significant gecorreleerd met de inhoud van de afspraken. De tweede somscore (alleen van toepassing voor de praktijken met vaste afspraken over de indicatiestelling) is evenmin gecorreleerd met de score voor de inhoud van afspraken. Verder bleek dat er geen significante correlaties zijn tussen een hogere score en de afzonderlijke integratie-factoren. De vierde hypothese wordt dan ook verworpen; sterkere integratie blijkt niet gepaard te gaan met meer eerstelijnsgerichte afspraken.

5.4.2 De relatie tussen bevorderende factoren en de eerstelijnsgerichtheid van afspraken

De zesde hypothese is dat sterkere bevorderende factoren samengaan met een inhoud van afspraken die meer eerstelijnsgericht is. Ook hier zijn geen significante correlaties gevonden tussen de twee somscores, die de sterkte aangeven van de bevorderende factoren en de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken. Tevens is nagegaan in hoeverre afzonderlijke bevorderende factoren gepaard gaan met een inhoud die meer eerstelijnsgericht is. Dit blijkt nauwelijks het geval te zijn. In de totale groep respondenten is er alleen een zwakke correlatie met het bestaan van gestructureerd overleg (r=0,16). In de subgroep met gestructureerd overleg is er uitsluitend een zwakke correlatie met het belang dat wordt gehecht aan het gestructureerd overleg (r=0,16). Er blijkt dus nauwelijks steun te zijn voor de zesde hypothese. Deze hypothese wordt dan ook verworpen; ook sterkere integratie-bevorderende factoren blijken niet samen te gaan met meer eerstelijnsgerichte afspraken.

5.4.3 Het verband tussen integratie-bevorderende factoren en integratiefactoren

Volgens de zevende hypothese gaan sterkere integratie-bevorderende factoren samen met sterkere integratiefactoren. De 'bevorderende factoren' zijn immers zodanig gekozen dat verwacht mag worden dat zij bevorderlijk zijn voor de integratie die gericht is op de risicoselectie.
Eerst toetsen we of sterkere bevorderende factoren inderdaad samengaan met sterkere integratiefactoren. Vervolgens verkennen we hoe de afzonderlijke bevorderende factoren samenhangen met de afzonderlijke integratiefactoren.

Toetsing van de hypothese over de samenhang tussen integratie-bevorderende factoren en integratiefactoren

De somscores voor de bevorderende factoren en de integratiefactoren zijn significant met elkaar gecorreleerd. In de totale groep is de correlatiecoëfficiënt 0,48. In de subgroep waarin zowel vaste afspraken zijn als gestructureerd overleg is de correlatiecoëfficiënt 0,34. Dit betekent dat van de totale variantie in de relatie tussen deze twee somscores 23%, respectievelijk 12% (het kwadraat van de correlatiecoëfficiënt) wordt verklaard door deze samenhang.
Deze bevindingen geven steun aan de zevende hypothese; als in de voorwaardenscheppende sfeer meer is gerealiseerd, zoals het bestaan van gestructureerd overleg, dan is er ook in de sfeer van de afspraken meer gerealiseerd.

De correlaties tussen afzonderlijke integratie-bevorderende factoren en afzonderlijke integratiefactoren

In tabel 5.13 worden de correlaties weergegeven tussen aan de ene kant bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren. Deze tabel bevat uitsluitend correlaties waarbij bij eenzijdige toetsing de p-waarde lager was 0,05. Dat wil zeggen dat uitsluitend die verbanden als statistisch significant werden beschouwd waarbij een

sterkere bevorderende factor was geassocieerd met een sterkere integratiefactor. Correlaties met een coëfficiënt beneden 0,20 zijn als zwak te beschouwen. In de tabel zijn deze waarden tussen haakjes gezet.
Als wij de zwakke correlaties buiten beschouwing laten, dan blijkt dat het bestaan van gestructureerd overleg (bevorderende factoren) geassocieerd is met enkele indicatoren voor de feitelijke integratie, gericht op de risicoselectie. Indien er gestructureerd overleg is, dan is de kans groter dat er over veel risicofactoren een afspraak is gemaakt ('omvang van afspraken') en dat er vaste afspraken of protocollen zijn over indicatiestelling. Ook is de kans groter dat er een afspraak is gemaakt om te werken met eenzelfde indicatielijst en dat de respondent het gevoel heeft dat er gezamenlijk wordt gestreefd naar afstemming in de risicoselectie (een hoge subjectief ervaren mate van integratie). De frequentie van het gestructureerd overleg is slechts geassocieerd met het frequent bespreken van de vaste afspraken in het gestructureerd overleg.
Indien individuele cliënten worden besproken, is er meer kans dat afspraken over indicatiestelling tot stand komen in het overleg; tevens ervaart men dan in sterkere mate dat er gezamenlijk wordt gestreefd naar afstemming. Als er vaker bij- en nascholing wordt gegeven binnen het gestructureerd overleg, dan worden ook de afspraken over indicatiestelling frequenter besproken.
Verder zijn geïnformeerdheid over het overleg, de attitude en het ervaren klimaat, in de tabel aangeduid als subjectgebonden bevorderende factoren, op verschillende manieren geassocieerd met de integratiefactoren. Als men beter geïnformeerd is over het overleg, dan heeft men sterker het gevoel dat er wordt gestreefd naar afstemming.
De twee elementen van de attitude ten aanzien van het gestructureerd overleg (de betrokkenheid bij het overleg en het belang dat eraan wordt gehecht voor de beroepsuitoefening) en een als goed ervaren klimaat zijn op vrijwel dezelfde manier geassocieerd met de integratiefactoren. Zij zijn gecorreleerd met het bestaan en de omvang van afspraken, het tot stand komen en evalueren van afspraken in het gestructureerd overleg en ook met de subjectief ervaren mate van integratie. Daarnaast is een goed ervaren klimaat gecorreleerd met een positieve attitude ten aanzien van het eigen verwijsbeleid.

De gegevens uit tabel 5.13 hebben betrekking op 400 combinaties van verloskundige praktijken en ziekenhuizen. Deze gegevens geven een beeld van de gemiddelde samenhang tussen de integratie ten aanzien van de risicoselectie en de factoren die dit bevorderen. Het is te verwachten dat deze samenhang niet hetzelfde is voor alle combinaties van praktijken en ziekenhuizen. Met name zou deze samenhang weleens kunnen afhangen van de mate waarin de verloskundigen vrouwen verwijzen naar hetzelfde ziekenhuis. Het is te verwachten dat het zowel voor de eerste- als voor de tweedelijn belangrijker is om de risicoselectie af te stemmen, naarmate er meer verwijzingen plaatsvinden vanuit de eerstelijn naar dat specifieke ziekenhuis.
Daarom is apart gekeken naar het verband tussen bevorderende factoren en integratiefactoren voor die gevallen waarin vrijwel alle verwijzingen vanuit de verloskundige praktijk (tenminste 90%) plaatsvonden naar hetzelfde ziekenhuis. De resultaten hiervan worden weergegeven in tabel 5.14. Wanneer wij de zwakke correlaties (kleiner dan 0,20) buiten beschouwing laten en tabel 5.14 vergelijken met tabel 5.13, dan blijkt het volgende. Onze verwachting dat de correlaties in tabel 5.14 sterker zouden zijn dan in tabel 5.13 wordt slechts ten dele bevestigd. De frequentie van het gestructureerd overleg is nu sterker geassocieerd met integratiefactoren, vooral met het totstandkomen van afspraken en een positieve attitude ten aanzien van het eigen verwijsbeleid.

Tabel 5.13 De correlaties tussen aan de ene kant integratie-bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren

INTEGRATIE-FACTOREN		BEVORDERENDE FACTOREN	BESTAAN EN FREQUENTIE VAN GESTRUCTUREERD OVERLEG		ONDERWERPEN IN GESTRUCTUREERD OVERLEG			SUBJECTGEBONDEN BEVORDERENDE FACTOREN			
					Cliëntgebonden onderwerpen		Bij- en nascholing	Geïnformeerdheid	Attitude		Klimaat
			er is gestructureerd overleg	het gestructureerd overleg is frequent	individuele cliënten in gestructureerd overleg	bespreking van perinatale sterfte		goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg	betrokkenheid bij gestructureerd overleg	belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening	goede ervaren samenwerking in het algemeen
AFSPRAAK NIVEAU	Bestaan en omvang van afspraken	Er zijn vaste afspraken over indicatiestelling	0,28	-	(0,14)	(0,17)	-	-	(0,16)	0,27	0,25
		Omvang afspraken	0,30	-	(0,15)	-	-	-	0,21	0,25	0,27
	Gezamenlijke bespreking van afspraken	Evaluatie van vaste afspraken	n.v.t.[1]	-	(0,10)	-	-	0,21	(0,18)	(0,15)	(0,18)
		Totstandkomen van afspraken in gestructureerd overleg	n.v.t.[1]	(0,13)	0,28	(0,17)	-	0,22	0,21	0,22	0,21
		Frequent bespreken van vaste afspraken in gestructureerd overleg	n.v.t.[1]	0,26	(0,18)	-	0,30	(0,10)	(0,13)	(0,11)	-
	Afspraak over indicatielijst	Afspraak over indicatielijst	0,25	-	-	-	-	-	(0,14)	(0,16)	0,23

Tabel 5.13 De correlaties tussen aan de ene kant integratie-bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren (vervolg)

	BEVORDERENDE FACTOREN	BESTAAN EN FREQUENTIE VAN GESTRUCTUREERD OVERLEG		ONDERWERPEN IN GESTRUCTUREERD OVERLEG			SUBJECTGEBONDEN BEVORDERENDE FACTOREN			
				Cliëntgebonden onderwerpen		Bij- en nascholing	Geïnformeerdheid	Attitude		Klimaat
INTEGRATIE-FACTOREN		er is gestructureerd overleg	het gestructureerd overleg is frequent	individuele cliënten in gestructureerd overleg	bespreking van perinatale sterfte		goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg	betrokkenheid bij gestructureerd overleg	belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening	goede ervaren samenwerking in het algemeen
INHOUD VAN DE AFSPRAKEN	Afspraken m.b.t. risicofactoren zijn relatief eerstelijnsgericht	-	-	-	-	-	-	-	(0,16)	-
	Er is afgesproken te werken volgens de VIL	(0,18)	(0,11)	(0,09)	-	-	-	(0,17)	(0,09)	0,20
SUBJECTGEBONDEN INTEGRATIEFACTOREN	Positieve attitude t.a.v. eigen verwijsbeleid	(0,12)	(0,12)	(0,14)	(0,12)	(0,10)	(0,09)	(0,18)	-	0,33
	Hoge subjectief ervaren mate van integratie	0,27	(0,08)	0,35	-	-	0,26	0,37	0,24	0,50

Legenda. Correlatiecoëfficiënten kleiner dan 0,20 staan tussen haakjes. Een streepje betekent: niet significante correlatie.

[1] niet van toepassing omdat deze variabelen slechts zijn gedefinieerd indien er gestructureerd overleg is.

Tabel 5.14 De correlaties tussen aan de ene kant bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren en de inhoud van afspraken voor de gevallen waarin tenminste 90 procent van de verwijzingen plaatsvinden naar hetzelfde ziekenhuis

INTEGRATIE-FACTOREN		BEVORDERENDE FACTOREN	BESTAAN EN FREQUENTIE VAN GESTRUCTUREERD OVERLEG		ONDERWERPEN IN GESTRUCTUREERD OVERLEG			SUBJECTGEBONDEN BEVORDERENDE FACTOREN			
					Cliëntgebonden onderwerpen		Bij- en nascholing	Geïnformeerdheid	Attitude		Klimaat
			er is gestructureerd overleg	het gestructureerd overleg is frequent	individuele cliënten in gestructureerd overleg	bespreking van perinatale sterfte		goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg	betrokkenheid bij gestructureerd overleg	belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening	goede ervaren samenwerking in het algemeen
AFSPRAAK NIVEAU	Bestaan en omvang van afspraken	Er zijn vaste afspraken over indicatiestelling	0,30	-	0,22	0,24	-	-	(0,14)	0,20	(0,19)
		Omvang afspraken	0,26	-	(0,17)	-	-	-	0,26	0,21	0,21
	Gezamenlijke bespreking van afspraken	Evaluatie van vaste afspraken	n.v.t.[1]	-	(0,16)	(0,15)	-	0,20	0,28	(0,16)	(0,15)
		Totstandkomen van afspraken in gestructureerd overleg	n.v.t.[1]	0,23	0,33	0,29	(0,16)	0,20	0,24	0,25	(0,17)
		Frequent bespreken van vaste afspraken in gestructureerd overleg	n.v.t.[1]	0,23	-	-	0,24	-	-	-	-
	Afspraak over indicatielijst	Afspraak over indicatielijst	0,26	(0,10)	-	-	-	-	-	-	(0,18)

Tabel 5.14 De correlaties tussen aan de ene kant bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren en de inhoud van afspraken voor de gevallen waarin tenminste 90 procent van de verwijzingen plaatsvinden naar hetzelfde ziekenhuis (vervolg)

	BEVORDERENDE FACTOREN	BESTAAN EN FREQUENTIE VAN GESTRUCTUREERD OVERLEG		ONDERWERPEN IN GESTRUCTUREERD OVERLEG			SUBJECTGEBONDEN BEVORDERENDE FACTOREN			
				Cliëntgebonden onderwerpen		Bij- en nascholing	Geïnformeerdheid	Attitude		Klimaat
INTEGRATIE-FACTOREN		er is gestructureerd overleg	het gestructureerd overleg is frequent	individuele cliënten in gestructureerd overleg	bespreking van perinatale sterfte		goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg	betrokkenheid bij gestructureerd overleg	belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening	goede ervaren samenwerking in het algemeen
INHOUD VAN DE AFSPRAKEN	Afspraken m.b.t. risicofactoren zijn relatief eerstelijnsgericht	(0,15)	-	-	-	-	-	-	-	-
	Er is afgesproken te werken volgens de VIL	(0,16)	(0,16)	-	-	-	-	0,22	-	(0,15)
SUBJECTGEBONDEN INTEGRATIE-FACTOREN	Positieve attitude t.a.v. eigen verwijsbeleid	(0,14)	0,22	(0,13)	(0,17)	(0,15)	-	0,21	-	0,38
	Hoge subjectief ervaren mate van integratie	0,25	(0,14)	0,30	-	(0,16)	0,27	0,37	(0,19)	0,55

Legenda. Correlatiecoëfficiënten kleiner dan 0,20 staan tussen haakjes. Een streepje betekent: niet significante correlatie.

[1] niet van toepassing omdat deze variabelen slechts zijn gedefinieerd indien er gestructureerd overleg is.

Ook het bespreken van cliënten en het bespreken van perinatale sterfte lijken sterker gerelateerd aan de integratiefactoren, met name aan het bestaan en de omvang van afspraken en het tot stand komen ervan in het gestructureerd overleg.

5.5 Bespreking

De bevindingen die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd zijn gebaseerd op gegevens uit de landelijke enquête onder verloskundige praktijken. Het responspercentage op de enquête was 71%. De responsgroep is representatief voor de verloskundigen in Nederland, en de verloskundige praktijken die zij vertegenwoordigen zijn een afspiegeling van de verloskundige praktijken in Nederland. De bevindingen in dit hoofdstuk weerspiegelen dus de landelijke situatie in Nederland.

Het landelijke beeld
Het blijkt dat er door verloskundigen en gynaecologen in aanzienlijke mate gezamenlijk wordt gestreefd naar de afstemming van het werk in de risicoselectie. In een ruime meerderheid zijn er vaste afspraken of protocollen gemaakt over indicatiestelling, die in wisselende mate worden geëvalueerd en besproken in een gestructureerd overleg. Zoals verwacht, is het verwijsbeleid van de verloskundigen grotendeels volgens de VIL. Indien hiervan wordt afgeweken, dan is dat in de meeste gevallen in de richting van meer verantwoordelijkheid voor de eerstelijn. Overigens moeten de gegevens over afspraken met gynaecologen over een indicatielijst met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In een onderzoek naar de invoering van de VIL (Riteco en Hingstman, 1991) bleek dat verloskundigen en gynaecologen een verschillend beeld hadden van afspraken om te werken volgens de VIL. Vooral vermeldden de verloskundigen vaker dan de gynaecologen dat er was afgesproken om te werken met de VIL. De gegevens over afspraken over een indicatielijst zijn dus subjectief.
In paragraaf 5.3.2 werd een beschrijving gegeven van de factoren die volgens onze hypothesen bevorderend zijn voor de integratie die gericht is op de risicoselectie. In de meeste gevallen is er een regelmatig gestructureerd overleg tussen verloskundigen en gynaecologen, dat bij de helft zes keer per jaar of vaker plaatsvindt. In bijna de helft van de gevallen van zo'n gestructureerd overleg wordt gesproken over individuele cliënten, en dat geldt ook voor perinatale sterfte. In de meeste gevallen wordt bij- en nascholing gegeven. In het algemeen is de attitude van de respondenten ten aanzien van het gestructureerd overleg positief. Het klimaat tussen verloskundigen en gynaecologen wordt door ongeveer tweederde beoordeeld als goed of zeer goed.

Al met al is het beeld dat in de paragrafen 5.3.1 en 5.3.2 wordt gegeven van de niet-cliëntgebonden samenwerking, dat er redelijk intensief wordt samengewerkt. Daar moet echter wel een kanttekening bij worden gemaakt. De verkregen gegevens geven een beeld van de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen, zoals dat bestaat in de perceptie van de verloskundigen. Voor een 'spiegelonderzoek' onder gynaecologen bleek onvoldoende draagvlak te zijn in de beroepsorganisatie. Een dergelijk onderzoek zou, ook gezien de genoemde resultaten van Riteco en Hingstman, een ander beeld kunnen opleveren. Het is mogelijk dat antwoorden voor een deel datgene weerspiegelen wat sociaal wenselijk is binnen de betreffende beroepsgroep.

Verschillen tussen de VSV's en de GVZ's elders in Nederland
In paragraaf 5.3 hebben we een gedeelte van de eerste hypothese getoetst. Volgens deze hypothese worden de VSV's in vergelijking met de GVZ's elders gekenmerkt door sterkere bevorderende factoren, sterkere integratiefactoren en afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn.
Het bleek dat er in de zeven VSV's inderdaad sprake is van sterkere integratiefactoren. De inhoud van afspraken is in de VSV's iets meer eerstelijnsgericht dan elders, maar dit verschil is net niet significant. Grosso modo waren in de VSV's de bevorderende factoren sterker aanwezig dan in de GVZ's elders.
De conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat de verloskundigen en de gynaecologen in de VSV's meer dan elders gericht zijn op integratie ten aanzien van de risicoselectie. Tevens hebben zij, meer dan elders, afgesproken te werken volgens de VIL.
De VSV's onderscheiden zich dus van de situatie in de rest van Nederland. Deze verschillen zijn waarschijnlijk het gevolg van het feit dat deze VSV's in het begin van het onderzoek zijn geselecteerd (hoofdstuk 3) en bovendien door het CBO zijn begeleid in de loop van hét project (1992 tot medio 1995, toen de landelijke enquête onder verloskundige praktijken werd gehouden). In de zeven VSV's is volgens de verloskundigen in de loop van het project de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen verbeterd. Ook elders is in deze periode de samenwerking verbeterd, maar dit was minder sterk dan in de VSV's. Hierbij speelt mogelijk de begeleiding, die door het CBO in de VSV's is gegeven, een rol.

De integratiefactoren en de integratie-bevorderende factoren hebben geen effect op de eerstelijnsgerichtheid van afspraken
We hadden verwacht dat sterkere integratiefactoren gepaard gaan met afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn (vierde hypothese). Ook verwachtten we dat sterkere integratie-bevorderende factoren gepaard gaan met afspraken die meer eerstelijnsgericht zijn (zesde hypothese). Deze verwachtingen zijn echter niet uitgekomen. Wellicht spelen andere factoren, die niet in dit onderzoek zijn gemeten, een belangrijke rol wanneer verloskundigen en gynaecologen afspraken maken over verwijsbeleid. Een van de niet-gemeten factoren is hoe de gynaecologen hier tegenover staan. Het is zeer waarschijnlijk dat de inhoud van de afspraken sterk wordt bepaald door de opvattingen van de gynaecologen. In een recent onderzoek bleek dat de 'interventiegeneigdheid' van gynaecologen vooral afhing van de opleider en de leeftijd van de gynaecoloog (Pel e.a., 1995). Blijkbaar hangen de opvattingen van gynaecologen over de noodzaak tot ingrijpen (in het onderzoek van Pel e.a.: het verrichten van een keizersnede) af van persoonsgebonden factoren. In het verlengde hiervan kunnen we veronderstellen dat hun opvattingen over richtlijnen voor risicoselectie afhangen van persoonsgebonden factoren. Deze opvattingen drukken een stempel op de inhoud van afspraken met verloskundigen. Het ontbreken van informatie van de kant van de gynaecologen in dit onderzoek zou een reden kunnen zijn voor het niet uitkomen van onze hypothesen.

Sterkere integratie-bevorderende factoren gaan gepaard met sterkere integratiefactoren
Volgens de zevende hypothese gaan sterkere bevorderende factoren gepaard met sterkere integratiefactoren. In paragraaf 5.5.3 bleek dat deze hypothese steun vindt in de gegevens. Het bestaan van gestructureerd overleg gaat gepaard met een hoger afspraakniveau en een sterker gevoel dat er wordt gestreefd naar afstemming. Het is voor de integratie van minder belang dat het overleg vaak wordt gehouden. Blijkbaar is het feit dat er overleg is erg belangrijk voor integratie. Het zegt op zich niet zoveel hoe

vaak dit wordt gehouden. Het gaat er meer om wat er in het overleg wordt besproken en hoe men staat tegenover dit overleg.
Als in het gestructureerd overleg individuele cliënten worden besproken, dan zijn enkele integratiefactoren sterker. Dit is te begrijpen, omdat de deelnemers vermoedelijk sterk persoonlijk betrokken zijn bij het bespreken van de cliënten. Wanneer individuele cliënten worden besproken, hebben de verloskundigen sterker het gevoel dat zij gezamenlijk met de gynaecologen streven naar afstemming. Het maakt echter voor de integratiefactoren minder verschil of perinatale sterfte wordt besproken. Blijkbaar heeft het bespreken van perinatale sterfte een andere relationeel-emotionele inhoud dan het bespreken van individuele cliënten, los van perinatale sterfte. Volgens geraadpleegde verloskundigen en gynaecologen wordt het initiatief voor het bespreken van perinatale sterfte vaak genomen door gynaecologen, waarbij de verloskundigen vaak het gevoel kunnen hebben dat ze ter verantwoording worden geroepen.
Indien (vrijwel) alle vrouwen naar hetzelfde ziekenhuis worden verwezen, zijn sommige van deze correlaties nog iets sterker. Dat is begrijpelijk want als (vrijwel) alle vrouwen worden verwezen hetzelfde ziekenhuis, dan is de objectieve noodzaak voor integratie sterker en dan wordt de persoonlijke motivatie groter om te komen tot een integratie die gericht is op de risicoselectie.
Het is opmerkelijk dat ook een betere geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg en een positievere attitude ten aanzien van dit overleg samengaan met een hoger afspraakniveau: er zijn over meer risicofactoren afspraken gemaakt, de kans is groter dat er vaste afspraken of protocollen zijn over indicatiestelling, en dat deze afspraken totstandkomen en worden geëvalueerd in het gestructureerd overleg. Dit kan erop wijzen dat de relationeel-emotionele aspecten van gestructureerd overleg van belang zijn voor de effectiviteit ervan.
De subjectgebonden bevorderende factoren zijn sterk gecorreleerd met de subject-gebonden integratiefactoren. Dit is waarschijnlijk mede veroorzaakt door het feit dat deze subjectgebonden factoren sterk afhankelijk zijn van de persoonlijke beleving van de respondent.
Deze laatste bevinding wijst op een - eerder gesignaleerd - algemeen probleem met de analyses in dit hoofdstuk. Analytisch is het nog wel mogelijk een onderscheid te maken tussen integratiefactoren en factoren die dat bevorderen. Empirisch gezien zijn ze veel moeilijker uit elkaar te halen. Doordat ze op dezelfde manier en op één tijdstip zijn gemeten, kunnen we alleen over samenhangen - of in voorkomende gevallen: het ontbreken daarvan - spreken en niet over beïnvloeding.

6 NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN GYNAECOLOGEN

6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen beschreven. In dit hoofdstuk staat de samenwerking tussen gynaecologen en de andere eerstelijns verloskundige beroepsgroep, de huisartsen, centraal. Het hoofdstuk is evenwel van beperktere opzet. We beperken ons hier tot verloskundig actieve huisartsen die deelnemen aan een van de VSV's. De reden van de beperking tot verloskundig actieve huisartsen is dat de vraagstellingen omtrent risicoselectie die in dit onderzoek centraal staan, vooral relevant zijn voor huisartsen die zelf bevallingen leiden. Beperking tot de VSV's is ingegeven door de pragmatische reden dat het aantal huisartsen dat deelneemt aan de LVR relatief gering is en dat er daardoor te weinig gegevens beschikbaar zijn om de risicoselectie van huisartsen binnen VSV's en daarbuiten te vergelijken.
In dit hoofdstuk gaat het daarom vooral om een beschrijving van de niet-cliëntgebonden samenwerking en de omstandigheden die deze samenwerking bevorderen, binnen VSV's. Daarnaast worden dezelfde hypothesen getoetst als in het vorige hoofdstuk. Het gaat hier om de volgende hypothesen:

- sterkere integratiefactoren gaan gepaard met een inhoud van de afspraken die meer eerstelijnsgericht is (vierde hypothese);
- sterkere bevorderende factoren gaan gepaard met een inhoud van de afspraken die meer eerstelijnsgericht is (zesde hypothese);
- sterkere bevorderende factoren gaan gepaard met sterkere integratiefactoren (zevende hypothese).

Deze hypothesen worden na een beschrijving van de integratiefactoren en bevorderende factoren achtereenvolgens getoetst.

De gegevensverzameling en de analysemethoden zijn grotendeels vergelijkbaar met die in het vorige hoofdstuk. Belangrijk verschil is echter dat, zoals al gezegd, alleen verloskundig actieve huisartsen in de VSV's zijn benaderd. Dit betreft slechts een beperkt aantal huisartsen, die bovendien zijn geconcentreerd in slechts enkele VSV's (vergelijk hiervoor deel I, hoofdstuk 4). Het aantal huisartsen dat de enquête heeft geretourneerd bedraagt 34. Vier van hen hebben de enquête beantwoord voor twee ziekenhuizen, dat wil zeggen: het VSV-ziekenhuis en een ander ziekenhuis waarnaar zij meer dan 20% van de patiënten verwijzen.

6.2 Bevindingen: samenwerking tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen

Evenals in hoofdstuk 5 beschrijven we hier achtereenvolgens de integratie, gericht op de risicoselectie, de factoren die deze integratie bevorderen en enkele onderlinge samenhangen die we volgens de hypothesen verwachten. Gezien de veel kleinere aantallen waarover het in dit hoofdstuk gaat, is het niet zinvol om de combinatie van huisarts en ziekenhuis waarheen hij/zij verwijst als eenheid te nemen. We beperken ons tot de samenwerking met het ziekenhuis waarnaar de meeste patiënten worden verwezen, ongeacht welk percentage dat is.

6.2.1 De integratie die gericht is op de risicoselectie

De inhoud van de afspraken

Evenals in de enquête onder verloskundigen is ook aan de verloskundig actieve huisartsen gevraagd welke richtlijn men hanteert en of dit is afgesproken met de gynaecologen. De procedure en de manier waarop de gegevens worden gepresenteerd is hetzelfde als die in het vorige hoofdstuk. Voor de leesbaarheid herhalen we hier de beschrijving daarvan.

Voor 26 van de 29 risicofactoren staan de gegevens vermeld in tabel 6.1. Drie risicofactoren zijn niet opgenomen in deze tabel, omdat er voor hen geen duidelijke richtlijn was in de Verloskundige Indicatielijst of omdat te vaak de gegevens niet waren ingevuld. Deze risicofactoren zijn: meconiumhoudend vruchtwater, niet-vorderende ontsluiting en niet-vorderende uitdrijving.

In tabel 6.1 staat voor de overige 26 risicofactoren aangegeven wat de richtlijn voor de risicoselectie is volgens de Verloskundige Indicatielijst van de Ziekenfondsraad (VIL). De categorieën zijn: A (eerstelijnszorg), B (overlegsituatie), B→D (medium-risksituatie) en C (tweedelijnszorg). Voor iedere risicofactor is gevraagd of het verwijsbeleid dat de huisarts hanteert, conform de VIL is, dan wel meer eerstelijnsgericht of meer tweedelijnsgericht. Indien het verwijsbeleid volgens de VIL 'A' is (eerstelijnszorg) dan is het niet mogelijk om een verwijsbeleid te hanteren dat meer eerstelijnsgericht is. Eveneens is het in het algemeen niet mogelijk om een verwijsbeleid te hanteren dat meer tweedelijnsgericht is dan de VIL, wanneer het verwijsbeleid volgens de VIL 'C' is (tweedelijnszorg). Een uitzondering hierop is de risicofactor 'duur gebroken vliezen'. Volgens de VIL ligt de grens voor tweedelijnszorg bij een duur van 24 uur. Indien een kortere duur was opgegeven door de huisarts, dan werd dit ingedeeld als 'meer tweedelijns' dan de VIL.

In de tabel staat aangegeven in hoeverre er met de gynaecologen in het ziekenhuis waarnaar het meest wordt verwezen, afspraken zijn gemaakt over de indicatiestelling en zo ja, wat de inhoud van deze afspraken is. Het blijkt dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen de risicofactoren wat betreft het gemiddelde percentage waarin er een afspraak over is gemaakt met de gynaecologen. De gemiddelde percentages variëren tussen 16% (leeftijdsindicatie) en 87% (de duur van gebroken vliezen zonder weeënactiviteit).

Verder is in de tabel aangegeven in welk percentage de afgesproken richtlijnen conform de VIL zijn, dan wel meer eerstelijnsgericht of meer tweedelijnsgericht. Zo is de gemaakte afspraak in de acht gevallen waarin er een afspraak is gemaakt over de leeftijdsindicatie bij 'nulliparae boven 35 jaar'; in vijf (63%) gevallen volgens de VIL en in drie (37%) gevallen meer eerstelijnsgericht. Bij 20 van de 26 risicofactoren zijn de gemaakte afspraken voor het merendeel (80% of meer) conform de VIL. Bij zes risicofactoren wordt in gemiddeld meer dan 20% afgeweken van de VIL. Het gaat om de volgende risicofactoren.

Bij een keizersnede (sectio caesarea) in de anamnese is slechts in 12% van de gevallen afgesproken om te werken volgens de VIL, hetgeen wil zeggen: zowel tijdens de zwangerschap als de bevalling tweedelijnszorg. In de 88% van de gevallen, waarin de afspraak meer eerstelijnsgericht is, houdt de afspraak veelal in dat de zorg tijdens de zwangerschap grotendeels of geheel geschiedt door de huisarts, terwijl de bevalling valt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Bij een leeftijdsindicatie van de moeder (dat wil zeggen: op de à terme datum boven 35 jaar voor primiparae en 40 jaar of ouder bij multiparae) geeft de VIL als richtlijn een B→D situatie, dus een medium-risksituatie. Over het beleid bij deze risicofactor is slechts in een minderheid een afspraak gemaakt (door 6 tot 8 huisartsen), en als er een afspraak is gemaakt, dan

wijkt deze (voor primiparae in 38% en voor multiparae in 17%) af van de richtlijn volgens de VIL. Verder wordt 'bloedverlies na de 20e week' bij 21% van de afspraken niet beschouwd als een indicatie voor tweedelijnszorg, maar is de afspraak meer eerstelijnsgericht (dus bijvoorbeeld een overlegsituatie). De indicatie 'dysmaturiteit (<2,3 percentiel) in de anamnese' wordt in 20% van de afspraken niet beschouwd als een indicatie voor tweedelijnszorg; de afspraak is in deze gevallen meer eerstelijnsgericht.

Tabel 6.1 Afspraken over verwijsbeleid tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen in VSV's bij 26 indicaties; richtlijnen volgens de VIL, al of niet bestaan van afspraken en, gegeven een afspraak, de inhoud daarvan

		afspraak			inhoud		
Risicofactor	richtlijn VIL[1]	onbekend	nee	ja	VIL	meer 1e-lijns	meer 2e-lijns
Indicaties op grond van anamnese:							
leeftijdsindicatie							
- nullipara >35 jaar	B→D	31.6	47.4	21.1 (N=8)-->	62.5	37.5	
- multipara vanaf 40 jaar	B→D	34.2	50.0	15.8 (N=6)-->	83.3	16.7	
infertiliteitsbehandeling voorafgaand aan deze zwangerschap	A	28.9	44.7	26.3 (N=10)-->	100.0		
vorige keer forcipale of vacuumextractie	A	28.9	39.5	31.6 (N=12)-->	91.7		8.3
toxicose in anamnese	A	34.2	34.2	31.6 (N=12)-->	91.7		8.3
sectio caesarea	C	2.6	34.2	63.2 (N=24)-->	12.5	87.5	
dysmaturiteit in anamnese (<2,3 percentiel)	C	31.6	42.1	26.3 (N=10)-->	80.0	20.0	
vroeggeboorte in anamnese							
- eenmaal van 34 weken of minder	B	31.6	44.7	23.7 (N=9)-->	100.0		
- eenmaal in 35e, 36e of 37e week	A	31.6	36.8	31.6 (N=12)-->	91.7		8.3
- tweemaal	B	31.6	34.2	34.2 (N=13)-->	76.9	7.7	15.4
kind geboren in slechte conditie in anamnese	B	28.9	36.8	34.2 (N=13)-->	76.9	7.7	15.4
Ontstaan tijdens zwangerschap:							
(dreigende) miskraam	A	31.6	31.6	36.8 (N=14)-->	100.0		
bloedverlies na 20e week	C	34.2	28.9	36.8 (N=14)-->	78.6	21.4	
zwangerschapsdiabetes	C	34.2	34.2	31.6 (N=12)-->	91.7	8.3	
hypertensie/toxicose	B	31.6	28.9	39.5 (N=15)-->	100.0		
negatieve dyscongruentie							
- bij echo onder P2,3	C	28.9	34.2	36.8 (N=14)-->	100.0		
- bij echo tussen P2,3 en P10	B	31.6	39.5	28.9 (N=11)-->	100.0		
positieve dyscongruentie	B	28.9	39.5	31.6 (N=12)-->	100.0		
liggingsafwijking in de zwangerschap	B	28.9	34.2	36.8 (N=14)-->	100.0		
meerlingzwangerschap	C	28.9	28.9	42.1 (N=16)-->	100.0		
dreigende vroeggeboorte	C	28.9	31.6	39.5 (N=15)-->	100.0		
dreigende serotiniteit (tot aan 42 0/7e week	A	31.6	26.3	42.1 (N=16)-->	100.0		
serotiniteit (vanaf 42 0/7e week)	C	28.9	23.7	47.4 (N=18)-->	88.9	11.1	
Probleem tijdens de bevalling:							
duur gebroken vliezen 24 uur	C	0.0	13.2	86.8 (N=33)-->	69.7	15.2	6.1
liggingsafwijking tijdens bevalling	C	28.9	28.9	42.1 (N=16)-->	93.8	6.3	
foetale nood	C	28.9	28.9	42.1 (N=16)-->	100.0		

[1] A=eerstelijnszorg, B=overlegrisico, C=tweedelijnszorg, B→D is medium-risksituatie

Op dezelfde manier als bij de verloskundigen is gedaan, kan een score berekend worden voor de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken. Deze score is 1, indien een huisarts de richtlijnen van de VIL volgt, groter dan 1 indien de afspraken meer eerstelijnsgericht zijn en kleiner dan 1 indien de afspraken meer tweedelijnsgericht zijn. Zoals al op basis van de laatste drie kolommen van tabel 6.1 kan worden verwacht, is de gemiddelde score van verloskundig actieve huisartsen, werkzaam in een VSV, groter dan 1.

In tabel 6.1 is gekeken naar het afgesproken beleid in de situatie waarin er afspraken tussen huisartsen en gynaecologen zijn gemaakt. In tabel 6.2 gaat het er om hoe het verwijsbeleid is als er **geen** afspraak tussen de huisartsen en gynaecologen is gemaakt. In de situatie waarin er geen afspraken zijn gemaakt valt in de eerste plaats op dat er wat minder volgens de VIL wordt gewerkt (verderop in dit hoofdstuk zal dit bij de toetsing van de hypothesen ook blijken uit een significante, positieve correlatie tussen het gegeven of men vaste afspraken heeft over de indicatiestelling en of men in zijn algemeenheid volgens de VIL werkt). In de tweede plaats wordt er in deze gevallen wat vaker een beleid gehanteerd dat meer tweedelijnsgericht is.

Tabel 6.2 Afspraken over het verwijsbeleid tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen voor 26 indicaties; richtlijnen volgens VIL, al of niet bestaan van een afspraak en, indien er geen afspraken zijn, de inhoud van het verwijsbeleid

Risicofactor	verwijs-beleid VIL[1]	afspraak			inhoud		
		onbe-kend	ja	nee	VIL	meer 1e-lijns	meer 2e-lijns
Indicaties op grond van anamnese:							
leeftijdsindicatie							
- nullipara >35 jaar	B→D	31.6	21.1	47.4 (N=18)→	55.6	38.9	5.6
- multipara vanaf 40 jaar	B→D	34.2	15.8	50.0 (N=19)→	52.6	36.8	10.5
infertiliteitsbehandeling voorafgaand aan deze zwangerschap	A	28.9	26.3	44.7 (N=17)→	82.4		11.8
vorige keer forcipale of vacuumextractie	A	28.9	31.6	39.5 (N=15)→	73.3		13.3
toxicose in anamnese	A	34.2	31.6	34.2 (N=13)→	69.2		15.4
sectio caesarea	C	2.6	63.2	34.2 (N=13)→	15.4	84.6	
dysmaturiteit in anamnese (<2,3 percentiel)	C	31.6	26.3	42.1 (N=16)→	62.5	37.5	
vroeggeboorte in anamnese							
- eenmaal van 34 weken of minder	B	31.6	23.7	44.7 (N=17)→	41.2	47.1	11.8
- eenmaal in 35e, 36e of 37e week	A	31.6	31.6	36.8 (N=14)→	100.0		
-tweemaal	B	31.6	34.2	34.2 (N=13)→	53.8	23.1	23.1
kind geboren in slechte conditie in anamnese	B	28.9	34.2	36.8 (N=14)→	50.0	21.4	28.6
Ontstaan tijdens zwangerschap:							
(dreigende) miskraam	A	31.6	36.8	31.6 (N=12)→	100.0		
bloedverlies na 20e week	C	34.2	36.8	28.9 (N=11)→	81.8		18.2
zwangerschapsdiabetes	C	34.2	31.6	34.2 (N=13)→	100.0		
hypertensie/toxicose	B	31.6	39.5	28.9 (N=11)→	90.9		9.1
negatieve dyscongruentie							
- bij echo onder P2,3	C	28.9	36.8	34.2 (N=13)→	100.0		
- bij echo tussen P2,3 en P10	B	31.6	28.9	39.5 (N=15)→	80.0	6.7	13.3
positieve dyscongruentie	B	28.9	31.6	39.5 (N=15)→	86.7	13.3	
liggingsafwijking in de zwangerschap	B	28.9	36.8	34.2 (N=13)→	61.5		38.5
meerlingzwangerschap	C	28.9	42.1	28.9 (N=11)→	100.0		
dreigende vroeggeboorte	C	28.9	39.5	31.6 (N=12)→	100.0		
dreigende serotiniteit (tot aan 42 0/7e week	A	31.6	42.1	26.3 (N=10)→	100.0		
serotiniteit (vanaf 42 0/7e week)	C	28.9	47.4	23.7 (N=9)→	100.0		
Probleem tijdens de bevalling:							
duur gebroken vliezen 24 uur	C		86.8	13.2 (N=5)→	100.0		
liggingsafwijking tijdens bevalling	C	28.9	42.1	28.9 (N=11)→	100.0		
foetale nood	C	28.9	42.1	28.9 (N=11)→	100.0		

[1] A=eerstelijnszorg, B=overlegrisico, C=tweedelijnszorg, B→D is medium-risksituatie

Factoren die het afspraakniveau bepalen

Er zijn verschillende vragen gesteld over het afspraakniveau. Ten eerste is gevraagd of de respondent met de gynaecologen vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling heeft. Zeven huisartsen (18%) hebben aangegeven dat er geen vaste afspraken of protocollen zijn.

Daarnaast is vastgesteld op hoeveel terreinen deze afspraken betrekking hebben. In de vragenlijst is naar de afspraken gevraagd met betrekking tot de 26 indicaties, die in

tabel 6.1 staan vermeld.
In bijna de helft van de gevallen (46%) zijn afspraken gemaakt over tenminste 70% van de risicofactoren. Opmerkelijk is dat er in 41% van de gevallen nauwelijks afspraken zijn gemaakt, en wel over minder dan 20% van de risicofactoren. Blijkbaar is er tot op zekere hoogte een tweedeling: er is een groep van acht huisartsen die over bijna alle indicaties afspraken heeft gemaakt, en een even grote groep die nauwelijks afspraken heeft gemaakt (tabel 6.3).

Tabel 6.3 De sterkte van de integratie: de factoren die het afspraakniveau bepalen

Variabelen	n	%
omvang afspraken:		
0 - 9	8	(30%)
10 - 19	3	(11%)
20 - 29	0	(0%)
30 - 39	1	(3%)
40 - 49	0	(0%)
50 - 59	2	(5%)
60 - 69	0	(0%)
70 - 79	3	(11%)
80 - 89	2	(5%)
90 - 100	8	(30%)
totaal	27	(100%)
evaluatie van vaste afspraken:		
- meestal wel	10	(32%)
- soms wel, soms niet	8	(26%)
- meestal niet	13	(42%)
totaal	31	(100%)
de manier waarop afspraken over indicatie-stelling tot stand zijn gekomen:		
- ad hoc	2	(6%)
- in gestructureerd overleg	18	(53%)
- zowel ad hoc als in gestructureerd overleg	14	(42%)
totaal	34	(100%)

In die gevallen dat er vaste afspraken of protocollen zijn, zijn vragen gesteld over de evaluatie van de afspraken, de manier waarop afspraken tot stand zijn gekomen en de frequentie waarmee hierover wordt overlegd in het gestructureerd overleg.
Van de respondenten die hebben aangegeven dat er afspraken over indicatiestelling zijn (31), antwoordden er tien dat de afspraken 'meestal wel' worden geëvalueerd.
De afspraken over indicatiestelling met de gynaecologen van het ziekenhuis zijn slechts in twee gevallen uitsluitend op ad hoc basis tot stand gekomen. In de meeste gevallen zijn de afspraken in gestructureerd overleg of zowel in ad hoc als in gestructureerd overleg gemaakt.
Tevens is gevraagd hoe vaak in het gestructureerd overleg (indien dat er is) wordt overlegd over de afspraken over indicatiestelling. Van de 27 respondenten met gestructureerd overleg die deze vraag hebben beantwoord, antwoordden er 13 dat dit tenminste één keer in de 3 maanden het geval is.

De afspraak om te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst
In de vragenlijst is gevraagd of er met de gynaecologen is afgesproken om een lijst van verloskundige indicaties te gebruiken en zo ja, welke lijst dit is (tabel 6.4).

Tabel 6.4 De mate waarin is afgesproken te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst

precies volgens de Verloskundige Indicatielijst	1	(3%)
grotendeels volgens de Verloskundige Indicatielijst	22	(65%)
combinatie Verloskundige Indicatielijst en Kloostermanlijst	1	(3%)
grotendeels volgens de Kloostermanlijst	3	(9%)
anders	2	(5%)
geen afspraak	5	(15%)
totaal	34	(100%)

Het blijkt dat in bijna 70% van de gevallen is afgesproken om grotendeels of precies te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst.

De subjectief ervaren mate van integratie
Aan de huisartsen is gevraagd de werkrelatie met de gynaecologen van het ziekenhuis te typeren. De antwoordcategorieën komen overeen met een oplopende mate van subjectief ervaren integratie. In tabel 6.7 zijn de antwoorden weergegeven. De helft van de huisartsen heeft vrij regelmatig contact over gemeenschappelijke cliënten met de gynaecologen in het ziekenhuis waarnaar men het meest verwijst.

Tabel 6.5 De subjectief ervaren mate van integratie

antwoordcategorie	n	%
onafhankelijk van elkaar werken	-	
korte contacten na contact met cliënten	7	(21%)
korte contacten voor het contact met cliënten	8	(24%)
probeert het beleid op elkaar af te stemmen	12	(35%)
afspraken of protocollen met een gezamenlijke aanpak	7	(21%)

De attitude ten aanzien van de afspraken over verwijsbeleid
In de vragenlijst is gevraagd om aan te geven welk verwijsbeleid de respondent in de praktijk hanteert. Hiervan is hierboven verslag gedaan. Via een aparte vraag is nagegaan of de respondent liever een ander verwijsbeleid zou hanteren. Slechts één huisarts heeft deze vraag niet ingevuld. Van de overige 33 was een ruime meerderheid (79%) het van harte eens met dit verwijsbeleid, 6 (18%) wilden het liever voor een klein deel anders doen en 1 huisarts zou het liever voor een groot deel anders doen. Deze antwoorden zijn te beschouwen als een indicatie voor de acceptatie van de afspraken over verwijsbeleid, indien het verwijsbeleid grotendeels is afgesproken met de gynaecologen.

6.2.2 Factoren die de integratie bevorderen

Het bestaan en de frequentie van gestructureerd overleg
Er is gevraagd of er een gestructureerd overleg is met de gynaecologen waaraan de respondent, of tenminste één huisarts uit diens praktijk deelneemt. De meerderheid (29 huisartsen ofwel 85%) antwoordde dat dit wel het geval is; de overige vijf huisartsen gaven aan geen gestructureerd overleg te hebben. Door degenen die wel overleg hebben, is aangegeven hoe vaak dit plaatsvond (tabel 6.6):

Tabel 6.6 De frequentie van gestructureerd overleg

frequentie van overleg (per jaar)	aantal	(cumulatief percentage)
1 - 3	4	(14%)
4 - 6	7	(38%)
7 - 9	6	(59%)
10 - 12	12	(100%)

Onderwerpen in het gestructureerd overleg

Wat betreft de onderwerpen in het gestructureerd overleg, is gevraagd naar de volgende punten: 1) patiëntenbespreking, 2) bespreking van perinatale sterfte, 3) bij- en nascholing (niet gebonden aan de bespreking van een specifieke cliënt). De gegevens zijn samengevat in tabel 6.7. Het blijkt dat patiëntenbesprekingen weinig plaats vinden binnen het gestructureerd overleg. Bespreking van perinatale sterfte vindt vaker plaats binnen het gestructureerd overleg, terwijl na- en bijscholing in bijna alle gevallen tot de onderwerpen behoren.

Tabel 6.7 De onderwerpen van gestructureerd overleg.

onderwerpen	komt dit onderwerp aan de orde in het gestructureerd overleg			
	ja	nee	gegeven ontbreekt	totaal
individuele cliënten	10 (34%)	19 (66%)	0 (0%)	29 (100%)
perinatale sterfte	15 (52%)	11 (33%)	3 (10%)	29 (100%)
bij- en nascholing	27 (93%)	2 (7%)	0 (0%)	29 (100%)

Geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg en attitude ten aanzien van dit overleg

Van de 29 respondenten die een gestructureerd overleg hebben met de gynaecologen van het ziekenhuis weet een meerderheid (69%) het meeste of alles van hetgeen was besproken in het gestructureerd overleg (tabel 6.8).

De betrokkenheid van huisartsen bij het gestructureerd overleg varieert; 7 (24%) voelen zich niet of een beetje betrokken, 12 (41%) voelen zich redelijk betrokken, 8 (28%) nogal betrokken en 2 (7%) zeer betrokken.

Geen van de huisartsen vond het gestructureerd overleg niet belangrijk. Ruim eenderde vindt het nogal of zeer belangrijk voor hun beroepsuitoefening.

Tabel 6.8 Geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg en de attitude ten aanzien van dit overleg

geïnformeerdheid over het gestructureerd overleg:		
- vrijwel alles	7	(24%)
- het meeste wel	13	(45%)
- deels wel, deels niet	8	(28%)
- nee, eigenlijk niet	1	(3%)
totaal	29	(100%)
betrokkenheid bij het gestructureerd overleg:		
- niet	2	(7%)
- een beetje	5	(17%)
- redelijk	12	(41%)
- nogal	8	(28%)
- zeer	2	(7%)
totaal	29	(100%)
belang van het gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening:		
- niet belangrijk	-	
- beetje belangrijk	7	(24%)
- redelijk belangrijk	10	(35%)
- nogal belangrijk	11	(38%)
- zeer belangrijk	1	(3%)
totaal	29	(100%)

Het 'klimaat' tussen verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen

Een ruime meerderheid van de huisartsen (94%) vindt dat de samenwerking met de gynaecologen in het ziekenhuis waarnaar het meest wordt verwezen, goed of zeer goed is. De overige huisartsen vinden dat de samenwerking redelijk is. Niemand vindt de samenwerking matig of slecht (tabel 6.9). Eenderde van de huisartsen vindt de samenwerking met de gynaecologen sinds 1992 verbeterd en niemand vindt hem verslechterd.

Tabel 6.9 Het 'klimaat' tussen verloskundigen en gynaecologen

klimaat (ervaren samenwerking in het algemeen):		
- zeer goed	12	(35%)
- goed	20	(59%)
- redelijk	2	(6%)
- matig	-	
- slecht	-	
totaal	34	(100%)
ervaren verandering van de relatie met gynaecologen:		
- gelijk gebleven	23	(83%)
- iets verbeterd	9	(27%)
- duidelijk verbeterd	2	(6%)
totaal	34	(100%)

6.3 Bevindingen: de samenhangen tussen de eerstelijnsgerichtheid van afspraken, sterke integratiefactoren en sterke integratie-bevorderende factoren

In deze paragraaf wordt een aantal hypothesen getoetst over de samenhang tussen niet-cliëntgebonden samenwerking (integratiefactoren) en de inhoud van afspraken over verwijsindicaties tussen eerste- en tweedelijn. De hypothesen zijn dezelfde als die in het vorige hoofdstuk zijn getoetst voor de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen.
De hypothesen worden getoetst door correlatie-rekening met eenzijdige toetsing op significantie. De correlaties zijn berekend tussen samengestelde scores die eerder in hoofdstuk 4 zijn gedefinieerd. Daarnaast is ook gekeken naar de correlaties tussen de afzonderlijke aspecten waaruit deze scores zijn samengesteld.

Sterkere integratiefactoren gaan gepaard met een inhoud van de afspraken die meer eerstelijnsgericht is
Deze hypothese is getoetst door de correlatie te berekenen tussen enerzijds het niveau van de integratie van de samenwerking tussen huisartsen en gynaecologen en anderzijds de inhoud van de afspraken. Het niveau van de integratie is een samengestelde score die eenmaal berekend is voor alle huisartsen in het onderzoek en een keer voor alleen die huisartsen die afspraken over verwijsindicaties met de gynaecologen hebben gemaakt. De score is samengesteld uit de volgende elementen (zie ook hoofdstuk 5): het bestaan van vaste afspraken over risico-selectie, het aantal risicofactoren waarover afspraken zijn gemaakt en de subjectief ervaren mate van integratie. Voor de inhoud van de afspraken is een score berekend op basis van de antwoorden op de vraag of men bij afzonderlijke indicaties te werk gaat volgens de VIL (dan is de score 1) danwel meer eerstelijnsgericht (score > 1) of meer tweedelijnsgericht (score < 1). De correlatie-coëfficiënten tussen de twee versies van de integratiescore en de gerichtheid van de afspraken bedragen .50 en -.18 respectievelijk en zijn geen van beide significant.
Van de afzonderlijke aspecten van de integratie van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn gaat het bestaan van vaste afspraken over de indicatiestelling samen met een meer eerstelijnsgerichte inhoud van de afspraken. Ditzelfde aspect van de integratie, het gebruiken van dezelfde indicatielijst en de frequentie van bespreking van de afspraken in gestructureerd overleg gaan ook samen met de afspraak om volgens de VIL te werken.
Ofschoon dus op het niveau van de samengestelde scores voor de integratie van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn de hypothese moet worden verworpen, zijn er op het niveau van de afzonderlijke aspecten enkele significante samenhangen.

Sterkere bevorderende factoren gaan gepaard met een inhoud van de afspraken die meer eerstelijnsgericht is
De bevorderende factoren zijn ook samengevat in samengestelde scores, een voor alle huisartsen (aanwezigheid van gestructureerd overleg en de ervaren samenwerking) en een voor de huisartsen die gestructureerd overleg met de tweede lijn hebben (frequentie, inhoud van de besprekingen en dergelijke; zie hoofdstuk 5).
De correlatie-coëfficiënten tussen de twee versies van de bevorderende factoren en de gerichtheid van de afspraken bedragen .28 en .22 respectievelijk. Deze correlaties zijn niet significant.

Van de afzonderlijke aspecten van de bevorderende factoren is alleen het feit of bij- en nascholing tot de onderwerpen van het gestructureerd overleg behoort, significant gerelateerd aan de richting van de afspraken met betrekking tot de risicoselectie. Als bij- en nascholing tot de onderwerpen hoort, zijn de afspraken meer eerstelijnsgericht. Een ander aspect van de inhoud van de afspraken, namelijk of men heeft afgesproken te werken volgens de VIL is met een heel scala van bevorderende factoren gerelateerd (zie tabel 6.10).

Tabel 6.10 De correlaties tussen aan de ene kant bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren

INTEGRATIE-FACTOREN		BEVORDERENDE FACTOREN	BESTAAN EN FREQUENTIE VAN GESTRUCTUREERD OVERLEG		ONDERWERPEN IN GESTRUCTUREERD OVERLEG			SUBJECTGEBONDEN BEVORDERENDE FACTOREN			
					Cliëntgebonden onderwerpen		Bij- en nascholing	Geïnformeerdheid	Attitude		Klimaat
			er is gestructureerd overleg	het gestructureerd overleg is frequent	individuele cliënten in gestructureerd overleg	bespreking van perinatale sterfte		goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg	betrokkenheid bij gestructureerd overleg	belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening	goede ervaren samenwerking in het algemeen
AFSPRAAK NIVEAU	Bestaan en omvang van afspraken	Er zijn vaste afspraken over indicatiestelling	0,37	0,37	-	-	0,39	0,45	-	-	0,61
		Omvang afspraken	-	-	-	-	-	-	-	-	0,36
	Gezamenlijke bespreking van afspraken	Evaluatie van vaste afspraken	n.v.t.[1]	-	0,39	0,38	-	-	-	-	-
		Totstandkomen van afspraken in gestructureerd overleg	n.v.t.[1]	0,62	n.b.[2]	n.b.[2]	n.b.[2]	n.b.[2]	n.b.[2]	n.b.[2]	0,51
		Frequent bespreken van vaste afspraken in gestructureerd overleg	n.v.t.[1]	n.b.[2]	-	-	0,46	-	-	-	-
	Afspraak over indicatielijst	Afspraak over indicatielijst	0,42	0,42	-	-	-	-	-	-	0,42

Tabel 6.10 De correlaties tussen aan de ene kant bevorderende factoren en aan de andere kant integratiefactoren (vervolg)

INTEGRATIE-FACTOREN	BEVORDERENDE FACTOREN	BESTAAN EN FREQUENTIE VAN GESTRUCTUREERD OVERLEG		ONDERWERPEN IN GESTRUCTUREERD OVERLEG			SUBJECTGEBONDEN FACTOREN			
				Cliëntgebonden onderwerpen		Bij- en nascholing	Geïnformeerdheid	Attitude		Klimaat
		er is gestructureerd overleg	het gestructureerd overleg is frequent	individuele cliënten in gestructureerd overleg	bespreking van perinatale sterfte		goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg	betrokkenheid bij gestructureerd overleg	belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening	goede ervaren samenwerking in het algemeen
INHOUD VAN DE AFSPRAKEN	Afspraken m.b.t. risicofactoren zijn relatief eerstelijnsgericht	-	-	-	-	0,49	-	-	-	-
	Er is afgesproken te werken volgens de VIL	0,40	0,40	0,33	-	-	0,31	-	-	0,42
SUBJECTGEBONDEN INTEGRATIEFACTOREN	Positieve attitude t.a.v. eigen verwijsbeleid	-	-	-	-	-	0,40	-	-	-
	Hoge subjectief ervaren mate van integratie	0,31	0,31	-	-	-	-	0,37	-	0,43

Legenda. Correlatiecoëfficiënten kleiner dan 0,20 staan tussen haakjes. Een streepje betekent: niet-significante correlatie.

[1] niet van toepassing, omdat deze variabelen alleen van toepassing zijn wanneer er gestructureerd overleg is
[2] kon niet worden berekend omdat er in een van de variabelen geen variatie is

We kunnen dezelfde conclusie trekken als bij de toetsing van de hypothese over de samenhang tussen integratie en inhoud van de afspraken: op het niveau van de samengestelde scores wordt de hypothese verworpen, wel zijn de correlaties met enkele afzonderlijke aspecten van de bevorderende factoren in de richting die in de hypothese is vastgelegd. Het gaat hier vooral om de relaties met de afspraak om in het algemeen volgens de VIL te werken.

Sterkere bevorderende factoren gaan gepaard met sterkere integratiefactoren
Tenslotte is de hypothese over de samenhang tussen bevorderende en integratiefactoren getoetst. Voor alle huisartsen bedraagt de correlatie .53. Deze correlatie is significant. Voor de subgroep met gestructureerd overleg bedraagt hij .47; door het kleinere aantal huisartsen haalt deze correlatie net de gestelde significantiegrens niet.
Het bestaan van gestructureerd overleg, een van de bevorderende factoren, gaat samen met verschillende aspecten van de integratie van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn: er zijn dan vaker vaste afspraken over indicatiestelling, er is vaker een afspraak over het hanteren van dezelfde indicatielijst en men ervaart het niveau van de integratie als hoger. De frequentie van gestructureerd overleg hangt ook met deze aspecten van de integratie samen en daarnaast met het totstandkomen van afspraken in het gestructureerd overleg. De onderwerpen die in het gestructureerd overleg aan de orde komen hangen minder samen met de aspecten van de integratie van eerste- en tweedelijn. Als individuele cliënten worden besproken in het gestructureerd overleg en als perinatale sterfte wordt besproken, vindt er ook vaker evaluatie van vaste afspraken plaats. Als bij- en nascholing tot de onderwerpen behoren, zijn er ook vaker vaste afspraken over indicatiestelling en dan komt het vaker voor dat vaste afspraken totstandkomen in het gestructureerd overleg. Van de meer subjectgebonden bevorderende factoren hangt goede geïnformeerdheid van de huisarts over wat er om gaat in het gestructureerd overleg samen met het bestaan van vaste afspraken over de indicatiestelling en met een positieve attitude omtrent het eigen beleid voor verwijsindicaties. Ten slotte hangt het klimaat van de samenwerking, geoperationaliseerd als goede ervaren samenwerking in het algemeen samen met vele aspecten van de integratie van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijn: het bestaan en de omvang van afspraken over indicatiestelling, het tot stand komen van afspraken in gestructureerd overleg, het hanteren van dezelfde indicatielijst en de subjectief ervaren mate van integratie (zie tabel 6.10).
We concluderen dat de hypothese over de samenhang tussen bevorderende factoren en integratiefactoren niet kan worden verworpen.

6.4 Conclusie

Verloskundig actieve huisartsen die deelnemen aan een VSV blijken in de grote meerderheid van de gevallen vaste afspraken te hebben over de indicatiestelling met de gynaecologen in de ziekenhuizen waarop zij het meest zijn georiënteerd. In de meeste gevallen zijn die afspraken in grote lijnen volgens de VIL.
Wat betreft de specifieke afspraken die zijn gemaakt over het beleid bij verwijsindicaties, blijkt dat de resultaten in dit hoofdstuk over verloskundig actieve huisartsen in VSV's weinig verschillen van de resultaten die we in het vorige hoofdstuk vonden voor een veel bredere steekproef verloskundigen. Kennelijk denkt men binnen de eerste lijn globaal hetzelfde over het verwijsbeleid bij de betreffende indicaties.

De uitkomst van de toetsing van de drie hypothesen die betrekking hebben op de niet-cliëntgebonden samenwerking van verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen is over het geheel genomen hetzelfde als de uitkomst in het vorige hoofdstuk waar het ging over de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. De hypothesen over de samenhang tussen de integratie van de samenwerking en bevorderende factoren voor de samenwerking enerzijds en de inhoud van de afspraken die gemaakt zijn voor het beleid bij een aantal verwijsindicaties moeten worden verworpen en de hypothese over de relatie tussen bevorderende factoren en integratie kan niet worden verworpen. Blijkbaar liggen de laatst genoemde verschijnselen veel dichter bij elkaar dan de verschijnselen die volgens de eerst genoemde twee hypothesen aan elkaar gerelateerd zouden moeten zijn.

In dit hoofdstuk zijn gegevens van een selecte groep huisartsen beschreven. Het gaat om verloskundig actieve huisartsen in drie VSV's die (verloskundig actieve) huisartsen tot hun leden tellen. De gegevens vormen daarom geen afspiegeling van alle verloskundig actieve huisartsen in Nederland. In het vorige hoofdstuk, waarin de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen centraal stond, kon de vergelijking tussen verloskundigen binnen en buiten VSV's wel worden gemaakt. Daaruit kwam naar voren dat de niet-cliëntgebonden samenwerking binnen VSV's intensiever is, maar dat de afspraken niet sterker eerstelijnsgericht zijn. Als we dit verschil dat gevonden is bij verloskundigen, overplaatsen naar verloskundig actieve huisartsen, dan is de meest voor de hand liggende gissing dat verloskundig actieve huisartsen buiten VSV-verband minder niet-cliëntgebonden samenwerking hebben, maar wat betreft de eerstelijnsgerichtheid van hun afspraken over de risico-selectie mogelijk niet sterk zullen verschillen van de in dit hoofdstuk beschreven groep huisartsen.

7 VERLOSKUNDIGE RISICOSELECTIE DOOR GYNAECOLOGEN BIJ VROUWEN DIE ZIJN VERWEZEN DOOR DE EERSTELIJN

In het onderzoek bij verloskundigen en huisartsen gaan we na wat de invloed is van niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Het onderzoek bij de gynaecologen is echter van beperktere opzet. We beperken ons tot een beschrijving van de risicoselectie. De reden om ons te beperken tot een beschrijving is dat aan dit onderzoek slechts is deelgenomen door gynaecologen in zes VSV's. De eenheid van onderzoek zijn de gynaecologen in een VSV. Dit aantal onderzoekseenheden (zes) is te klein voor een getalsmatige (kwantitatieve) analyse van de invloed van samenwerking op risicoselectie en verloskundig resultaat. We moeten ons dus beperken tot een beschrijvende vraagstelling.
De vraag voor dit hoofdstuk luidt daarom:

'Welke kenmerken heeft de verloskundige risicoselectie door gynaecologen in de deelnemende VSV's?'.

In deze vraag hebben we ons beperkt tot de risicoselectie en het verloskundig resultaat buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is dat het verloskundig resultaat in de tweedelijn grotendeels wordt bepaald door factoren die niet te maken hebben met de risicoselectie en het samenspel tussen de eerste- en tweedelijn. Als we willen weten hoe deze risicoselectie doorwerkt in het verloskundig resultaat bij gynaecologen in de tweedelijn, dan moeten we rekening houden met de verschillende factoren die hierin een rol spelen. Met name wordt dit verloskundig resultaat bepaald door de pathologie bij het kind (bijvoorbeeld congenitale afwijkingen) en het medisch handelen binnen de tweedelijn, dat voor een groot deel losstaat van de risicoselectie (als een vrouw met hoog risico in behandeling is in de tweedelijn, dan heeft de risicoselectie tussen de eerste- en tweedelijn meestal niets of weinig te maken met de behandeling in de tweedelijn). Daardoor heeft de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn slechts een indirecte en moeilijk te onderzoeken invloed op het verloskundig resultaat in de tweedelijn.
In dit hoofdstuk wordt in beeld gebracht welke beslissingen door de gynaecologen in VSV's werden genomen op het spreekuur nadat een vrouw was verwezen in de loop van de zwangerschap. Tevens wordt nagegaan hoe de verwijzingen vanuit de eerstelijn worden beoordeeld door gynaecologen (wel of niet te laat, en wel of niet onnodig).

7.1 De gegevensverzameling

Er is door gynaecologen een aparte registratie gevoerd betreffende de vrouwen die zijn verwezen door verloskundigen of verloskundig actieve huisartsen. Dit onderzoek is uitgevoerd in zes deelnemende VSV's. Het onderzoek is ook uitgevoerd in het in 1994 opgeheven VSV (zie paragraaf 3.1). In twee VSV's bleek het niet mogelijk dit onderzoek te verrichten als gevolg van organisatorische problemen in het ziekenhuis met een hoge belasting voor degenen, die de polikliniek organiseerden. De logistiek van de gegevensverzameling hing af van degenen, die de polikliniek organiseren.
De registratie vond in de zes resterende VSV's plaats gedurende negen maanden, in de periode van 1 september 1994 tot 1 juni 1995.

Logistiek van de gegevensverzameling
In het onderzoek bij de gynaecologen is geen gebruik gemaakt van de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR). De reden hiervan is dat de gynaecoloog die de vrouw heeft gezien tijdens de zwangerschap en/of de bevalling, vaak niet zelf het LVR-formulier invult. Daarom is voor de gynaecologen gekozen voor een registratie die is gevoerd op het spreekuur op het moment dat een vrouw door de eerstelijn verwezen werd. Om te garanderen dat de gynaecologen tijdens het spreekuur van de desbetreffende vrouwen wisten dat zij een formulier moesten invullen, is een speciale procedure gevolgd door degene die de polikliniek organiseert. Deze procedure bestaat hieruit dat bij iedere verwijzing van een nieuwe zwangere vrouw vanuit de eerstelijn, voor zover deze verwijzing heeft plaatsgevonden door een verloskundige of huisarts die deelneemt aan het samenwerkingsverband, het NIVEL-formulier in de status werd gelegd. Er is opnieuw een NIVEL-formulier in de status gelegd wanneer de gynaecoloog had aangekruist dat hij nog geen beslissing heeft genomen over de vraag of de vrouw in de tweedelijn in behandeling blijft of wordt terugverwezen naar de eerstelijn.
Bovendien is door degene die de polikliniek organiseert op een afzonderlijk formulier aangegeven of er nieuwe gevallen waren en of de formulieren in de status waren gelegd en naar het NIVEL toegezonden. Met dit afzonderlijke formulier werd beoogd inzicht te krijgen in de volledigheid van de registratie.

Het registratieformulier
De volgende gegevens zijn door de gynaecoloog geregistreerd op het formulier:
- algemene gegevens: het NIVEL-nummer van de gynaecoloog, de geboortedatum van de vrouw, de eerste twee letters van de meisjesachternaam en de datum van het spreekuur;
- verloskundige gegevens:
  . de aard van het contact (eerste spreekuur na verwijzing of herhalingscontroles
  . de reden(en) van verwijzing, respectievelijk de herhalingscontrole (open vraag)
  . bevindingen van de gynaecoloog (open vraag)
  . beslissing van de gynaecoloog: 1) terugverwijzing, 2) blijft onder mijn zorg, 3) nog geen beslissing over eventuele terugverwijzing, 4) overig
  . heeft aandringen (of protesteren) van de vrouw een rol gespeeld bij deze beslissing?
  . is de vrouw volgens u te laat verwezen? (ja/nee)
  . is de vrouw volgens u onnodig verwezen? (ja/nee).

Van dit formulier zijn drie versies gebruikt. In het begin van deze registratieperiode was op het formulier geen vraag opgenomen over de aard van het contact (eerste spreekuurcontact na verwijzing of herhalingscontrole). Dit gegeven is in bepaalde analyses van nut om de beslissingen van de gynaecoloog beter te kunnen interpreteren. Daarom is in een tweede versie van het formulier tijdens het onderzoek dit item alsnog toegevoegd. Daarna is op verzoek van deelnemende gynaecologen nog een item toegevoegd, namelijk of de verwijzing onnodig was (in de derde versie van het formulier). Op ieder formulier staat de code van de gynaecoloog. Met dit gegeven zijn de formulieren van gynaecologen die behoren bij hetzelfde VSV samengevoegd. Er is afgesproken dat een assistent de code invult van de gynaecoloog onder wiens supervisie hij/zij werkt.

7.2 Bevindingen

In zes VSV's is deze registratie verricht. In de analyses zijn de formulieren niet gebruikt wanneer door de desbetreffende gynaecoloog in totaal minder dan tien formulieren zijn ingevuld. Immers, het is in deze gevallen waarschijnlijk niet gelukt om systematisch te registreren waardoor de geregistreerde gevallen geen aselecte groep vormen. Verder konden negen formulieren niet worden gebruikt, omdat de code van de gynaecoloog ontbrak.
In totaal zijn 1869 formulieren in de analyse opgenomen. In tabel 7.1 staat aangegeven in hoeverre de opeenvolgende versies in het formulier in de verschillende VSV's zijn gebruikt.

Tabel 7.1 Het gebruik van de drie versies van het formulier in de VSV's

VSV	eerste versie		tweede versie		derde versie		totaal	
A	410	(72,8%)	83	(14,7%)	70	(12,4%)	563	(100%)
B	8	(19,0%)	26	(61,9%)	8	(19,0%)	42	(100%)
C	87	(58,8%)	21	(14,2%)	40	(27,0%)	148	(100%)
D	123	(43,6%)	126	(44,7%)	33	(11,7%)	282	(100%)
E	218	(78,1%)	20	(7,2%)	41	(14,7%)	279	(100%)
F	389	(70,1%)	127	(22,9%)	39	(7,0%)	555	(100%)
totaal	1235	(66,0%)	403	(22,0%)	231	(12,0%)	1869	(100%)

De tweede en derde versie blijken in sommige VSV's relatief meer te zijn gebruikt dan in andere VSV's. De gegevens worden daarom per VSV gepresenteerd.

Beslissingen van de gynaecologen
De gegevens over de beslissingen van de gynaecologen staan in tabel 7.2. Op 634 formulieren (de tweede en derde versie van het formulier) kon de 'aard van het contact' worden ingevuld. In 5 gevallen ontbrak dit gegeven en in de resterende 629 gevallen ging het in 85% van de gevallen om een eerste spreekuur na verwijzing en bij 15% om een herhalingscontrole.
We verwachten dat per VSV het aantal formulieren met 'herhalingscontrole' ongeveer gelijk is aan het aantal keren dat er nog geen beslissing was over een eventuele terugverwijzing. Immers, de instructie is dat er opnieuw een NIVEL-formulier in de status wordt gelegd wanneer bij het eerste spreekuur na verwijzing er nog geen beslissing is genomen. Deze verwachting komt eigenlijk alleen uit voor de VSV's B en C (tabel 7.2). In de andere VSV's verschilt het aantal herhalingscontroles duidelijk van het aantal waarin er nog geen beslissing over een eventuele terugverwijzing is genomen. Vermoedelijk is niet altijd opnieuw een NIVEL-formulier in de status gelegd wanneer dit geïndiceerd was. Dit verklaart het lage aantal herhalingscontroles in de VSV's A en E. In de VSV's D en F zijn er meer herhalingscontroles geregistreerd dan verwacht. In VSV D zijn er 17 meer geregistreerd en in VSV F 16 meer, dus in totaal 33. Misschien is er hier bij enkele vrouwen opnieuw een formulier in de status gelegd waar dit niet nodig was.
We concluderen dat het overgrote deel (85%) van de formulieren betrekking heeft op het eerste spreekuur na verwijzing en 10% gaat over een spreekuur nadat er nog geen beslissing was genomen over terugverwijzing.

Tabel 7.2 De risicoselectie door gynaecologen na verwijzing vanuit de eerstelijn (de VSV's zijn aangegeven met letters)

	A	B	C	D	E	F	Totaal
aard van het contact:							
- eerste spreekuur na verwijzing	147 (97,4%)	28 (82%)	47 (77%)	109 (69%)	59 (98,3%)	143 (87%)	533 (85%)
- herhalingscontrole	4 (2,6%)	6 (18%)	14 (23%)	50 (31%)	1 (1,7%)	21 (13%)	96 (15%)
- totaal	151	34	61	159	60	164	629
beslissing van de gynaecoloog bij eerste spreekuur na verwijzing:							
- terugverwijzing	93 (63%)	14 (50%)	10 (21%)	37 (35%)	30 (51%)	100 (70%)	284 (53%)
- blijft onder mijn zorg	30 (20%)	6 (21%)	21 (45%)	31 (29%)	18 (31%)	32 (22%)	138 (26%)
- nog geen beslissing over eventuele terugverwijzing	13 (8,8%)	5 (18%)	13 (28%)	33 (31%)	7 (12%)	5 (3,5%)	76 (14%)
- overig	11 (7,5%)	3 (11%)	3 (6,4%)	6 (5,6%)	4 (6,8%)	6 (4,2%)	33 (6,2%)
- totaal	147	28	47	107[1]	59	143	531[1]
heeft aandringen (of protesteren) van de vrouw een rol gespeeld bij de beslissing?							
- ja	7 (1,3%)	1 (2,5%)	-	13 (5,0%)	4 (1,5%)	1 (0,2%)	26 (100%)
- nee	550 (98,7%)	39 (97,5%)	148 (100%)	249 (95,0%)	271 (98,5%)	548 (98,8%)	1805 (98,6%)
- totaal	557	40	148	262	275	549	1831
is de vrouw te laat verwezen?							
- ja	20 (3,6%)	-	13 (8,8%)	3 (1,1%)	4 (1,4%)	15 (2,7%)	55 (3,0%)
- nee	537 (96,4%)	40 (100%)	135 (91,2%)	260 (98,9%)	272 (98,6%)	534 (97,3%)	1778 (97,0%)
- totaal	557	40	148	263	276	549	1833
is de vrouw onnodig verwezen?							
- ja	1 (1,6%)	-	-	-	-	-	1 (0,5%)
- nee	63 (98,4%)	8 (100%)	40 (100%)	27 (100%)	41 (100%)	39 (100%)	218 (100%)
- totaal	64	8	40	27	41	39	219

[1] onbekend in twee gevallen

Van de vrouwen die voor het eerst op het spreekuur kwamen na een verwijzing door de eerstelijn, is meer dan de helft (54%) terugverwezen, in ruim een kwart van de gevallen bleef de vrouw in zorg en er kon nog geen beslissing worden genomen bij

14% van de vrouwen (bijvoorbeeld omdat eerst de uitslag van laboratoriumdiagnostiek moest worden afgewacht). In 6% van de gevallen viel de beslissing onder de categorie 'overig' (dit was blijkens de toelichting vaak een terugverwijzing waarbij was afgesproken dat de vrouw nog een keer zou worden gezien door de gynaecoloog, en/of zou bevallen in de tweedelijn nadat zorg in de zwangerschap was verleend door de eerstelijn) (tabel 7.2). De verschillen tussen de VSV's zijn significant (chi-kwadraat toets, $p < 0,05$).
Voorts heeft in verreweg de meeste gevallen (98,6%) aandringen (of protesteren) van de vrouw geen rol gespeeld bij deze beslissingen.

Beoordeling van de verwijzingen vanuit de eerstelijn
In twee vragen hebben de gynaecologen aangegeven of volgens hen de verwijzing te laat of onnodig was. Op het formulier is niet vastgelegd of het ging om een verwijzing door een verloskundige of een huisarts, dus deze gegevens kunnen uitsluitend worden geïnterpreteerd als beoordelingen van 'verwijzingen vanuit de eerstelijn'.
In 97,0% van de gevallen is ingevuld dat naar het inzicht van de gynaecoloog de verwijzing niet te laat was en in 3,0% wel. Dit percentage verschilt tussen de VSV's onderling (tabel 7.2).
Er kon op 231 formulieren worden ingevuld of de verwijzing onnodig was; dit gegeven ontbreekt 12 keer. In de overige 219 gevallen is slechts één keer ingevuld dat dit het geval is.
De beslissing van de gynaecoloog zal waarschijnlijk mede afhankelijk zijn van de leeftijd van de vrouw. Tabel 7.3 laat zien dat dit inderdaad het geval is: van de 1666 vrouwen die ongeveer 35 jaar of jonger waren (met geboortejaar 1960 of later) werd 55% terugverwezen, terwijl van de oudere vrouwen 43% werd terugverwezen.

Tabel 7.3 De beslissing van de gynaecoloog, afhankelijk van de leeftijd van de vrouw

	terugverwijzing	blijft onder mijn zorg	nog geen beslissing	overig	totaal
geboortejaar ≤1959	85 (43%)	53 (27%)	33 (16%)	27 (14%)	198 (100%)
geboortejaar ≥1960	909 (55%)	378 (23%)	201 (12%)	178 (11%)	1666 (100%)
totaal	994 (53%)	431 (23%)	234 (13%)	205 (11%)	1864 (100%)

7.3 Conclusie

Dit deelonderzoek betreft de beslissingen van gynaecologen na een verwijzing door een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts. Het was beperkt tot VSV's en is daardoor niet representatief voor de Nederlandse situatie.
Als een vrouw binnen het werkgebied van een VSV door een eerstelijns verloskundige zorgverlener is verwezen, dan is de kans dat zij op het eerste spreekuur van de gynaecoloog wordt terugverwezen iets groter dan de helft (53%) en dat zij in zorg blijft bij de gynaecoloog iets meer dan een kwart (26%). De kans dat ze terugkomt voor herhalingscontrole is gemiddeld 14%. Het valt op dat deze percentages variëren tussen

de VSV's. Zo is het percentage terugverwijzingen minimaal 21% en maximaal 70%. Het is in dit onderzoek, gezien het beperkte aantal deelnemende VSV's, niet mogelijk om deze verschillen in een kwantitatieve analyse te verklaren uit samenwerkingsfactoren. Dit is een gebied voor nader onderzoek.

Uit de registratie van de gynaecologen blijkt dat 3,0% van de verwijzingen als te laat is beoordeeld. In één VSV werd dit oordeel gegeven in 8,8% van de verwijzingen, in de andere VSV's lag dit percentage beneden de 5%. Deze verschillen tussen de VSV's verdienen nader onderzoek. Misschien is de ene gynaecoloog sneller geneigd om een verwijzing als te laat te beschouwen; misschien spelen andere factoren een rol. In ieder geval is het van belang dat zulke gevallen worden besproken in het gestructureerd overleg met de verwijzende verloskundigen en/of huisartsen.
Opvallend was dat slechts in één van de 219 gevallen de verwijzing als onnodig werd beschouwd.
Op het formulier zijn de beide vragen omtrent tijdigheid en noodzaak van de verwijzing erg absoluut gesteld; er kon alleen met ja of nee worden geantwoord. Een groter aantal antwoordcategorieën zou meer ruimte voor nuancering hebben gegeven.

8 INVLOED VAN NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN VERLOSKUNDIGEN EN GYNAECOLOGEN OP DE VERLOSKUNDIGE RISICOSELECTIE

In dit hoofdstuk wordt de vraag naar de invloed van niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie beantwoord. In het volgende hoofdstuk komt het verloskundig resultaat aan bod.
De bevindingen van het onderzoek worden beschreven in paragraaf 8.3. Om deze bevindingen goed te kunnen plaatsen worden eerst in paragraaf 8.1 de vraagstelling en de hypothesen beschreven. In hoofdstuk 4 is dit al uitgebreider beschreven. De hypothesen hebben betrekking op de invloed van niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie. Vervolgens wordt in paragraaf 8.2 beschreven welke methoden zijn gebruikt. De bevindingen worden, zoals gezegd, beschreven in paragraaf 8.3. Tenslotte worden deze bevindingen besproken in paragraaf 8.4.

8.1 Vraagstelling en hypothesen

In dit hoofdstuk wordt voortgebouwd op het voorbereidende werk dat is gedaan in hoofdstukken 3, 4 en 5. Zoals is beschreven in hoofdstuk 3 vindt het onderzoek bij verloskundigen plaats in twee settings: 'in de breedte' in 124 regio's en 'in de diepte' in achttien regio's (zeven VSV's en elf GVZ's).

De eerste hoofdvraag
De eerste hoofdvraag in het onderzoek is voor wat betreft de risicoselectie:

> 'Welke invloed heeft een verloskundig samenwerkingsverband op de verloskundige risicoselectie?'

Zoals is aangetoond in hoofdstuk 5, is in de zeven deelnemende VSV's de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen, over het algemeen genomen, intensiever dan in de GVZ's elders in Nederland. Met name wordt er intensiever samengewerkt op het vakinhoudelijke gebied: afspraken over indicatiestelling en bespreking van zorginhoudelijke onderwerpen in het gestructureerd overleg.
Er zijn ook punten waarop de VSV's niet verschillen van de GVZ's elders. Bijvoorbeeld, in de VSV's wordt niet meer dan elders aandacht gegeven aan perinatale sterfte en de sfeer tussen verloskundigen en gynaecologen is er niet beter dan in de GVZ's elders. We hadden volgens de eerste hypothese ook verwacht dat in de deelnemende VSV's de afspraken over risicoselectie meer eerstelijnsgericht zijn dan in de GVZ's elders in Nederland. Dit bleek echter niet het geval te zijn (hoofdstuk 5).

Het is nu de vraag of deze intensievere niet-cliëntgebonden samenwerking effect heeft op de risicoselectie. De eerste hypothese luidt:

> 'In de deelnemende VSV's is de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen intensiever en is de risicoselectie als gevolg daarvan meer eerstelijnsgericht en laagdrempelig dan in GVZ's elders in Nederland'.

We willen nu nagaan of dit gedeelte van de hypothese in overeenstemming is met de feiten. Hierover stellen we daarom de volgende vragen:

Is in de zeven deelnemende VSV's de risicoselectie door verloskundigen en gynaecologen meer eerstelijnsgericht en/of meer laagdrempelig dan in GVZ's elders in Nederland? Het gaat er hierbij vooral om of er in de zeven deelnemende VSV's minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn zijn, meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn (dus minder 'losse kraambedden'), meer consulten, meer tussenvormen van zorg (gedeelde zorg in de zwangerschap, medium-risksituatie), minder overname zonder overleg en minder overnames waarvoor volgens de verwijzende verloskundige (of huisarts) geen terechte indicatie is. Voorzover inderdaad in de zeven deelnemende VSV's de risicoselectie meer eerstelijnsgericht en/of meer laagdrempelig is dan in GVZ's elders, is de vraag kan dit verschil worden verklaard doordat in de zeven deelnemende VSV's de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen intensiever is.

De tweede hoofdvraag

De tweede hoofdvraag luidt, wat betreft de invloed op de risicoselectie:

> 'Welke invloed heeft niet-cliëntgebonden samenwerking tussen eerste- en tweedelijn op de risicoselectie?'

Over deze invloed hebben we in hoofdstuk 4 een aantal hypothesen geformuleerd. Om de zaak overzichtelijk te houden, vatten we deze hypothesen hier samen. Zij worden hier toegepast op de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen (in hoofdstuk 10 worden deze hypothesen behandeld voor de samenwerking tussen huisartsen en gynaecologen).

Om te beginnen verwachten we dat eerstelijnsgerichte afspraken leiden tot minder overdrachten van de verloskundigen naar de gynaecologen, meer overdrachten van de gynaecologen naar de verloskundigen, meer consulten en meer tussenliggende vormen van zorg (gedeelde zorg in de zwangerschap, medium-risksituatie). Dit is de tweede hypothese.

Verder verwachten we dat afspraken over indicatiestelling meer worden nageleefd als de verloskundigen en gynaecologen meer aandacht besteden aan het maken en bespreken van deze afspraken. Dat betekent dat de integratiefactoren sterker zijn. Dit houdt in dat er meer afspraken over indicatiestelling zijn gemaakt, die vaker worden besproken en geëvalueerd; bovendien ervaren de betrokkenen dat er door de eerste- en tweedelijn gezamenlijk wordt gestreefd naar afstemming van het werk in de feitelijke risicoselectie. Volgens hypothese 3 is het effect van afspraken op de feitelijke risicoselectie groter als de integratiefactoren sterker zijn.

Wanneer de verloskundigen en gynaecologen meer afspraken maken over indicatiestelling en deze afspraken vaker bespreken en evalueren, dan gaat dit vermoedelijk gepaard met meer wederzijds vertrouwen in elkaars deskundigheid. Volgens hypothese 5 zal dit leiden tot minder overdrachten van de verloskundigen naar de gynaecologen, meer overdrachten van de gynaecologen naar de verloskundigen, meer consulten en meer tussenliggende vormen van zorg (gedeelde zorg in de zwangerschap, medium-risksituatie). Daarnaast wordt verwacht dat sterkere integratiefactoren tot minder overnames door de gynaecoloog zonder overleg met de verloskundige leiden en tot minder overnames door de gynaecoloog waarbij volgens de verwijzende verloskundige er geen terechte indicatie is voor overname.

Als verloskundigen en gynaecologen elkaar vaker meemaken in een gemeenschappelijk gestructureerd overleg, en vaker met elkaar vakinhoudelijke onderwerpen bespreken, zullen zij elkaar beter leren kennen. Het is aannemelijk dat verloskundigen hierdoor een lagere drempel ervaren voor het aanvragen van een consult. Dit zal nog

sterker het geval zijn, als zij een positieve houding hebben ten aanzien van het gestructureerd overleg en ook als de sfeer tussen verloskundigen en gynaecologen beter is. In onderzoekstermen vertaald: we verwachten dat sterkere integratie-bevorderende factoren (intensiever gestructureerd overleg en betere sfeer) leiden tot meer consulten (hypothese acht).
Voorts is het te verwachten dat in het algemeen bij een overdracht in de zwangerschap de medische urgentie minder sterk is dan bij een overdracht tijdens de bevalling. Daardoor is er wellicht in de zwangerschap meer ruimte voor twijfel. Afspraken zijn bedoeld om sturing te geven bij twijfel. Wellicht hebben afspraken een sterkere invloed tijdens de zwangerschap dan tijdens de bevalling. De negende hypothese is dan ook dat de invloed van afspraken (of, in onderzoekstermen, van sterkere integratiefactoren) sterker is voor overdrachten in de zwangerschap dan voor overdrachten tijdens de bevalling.
Iets dergelijks kunnen we verwachten bij consulten. Bij een consult is er over het geheel genomen waarschijnlijk meer beslissingsruimte dan bij een overdracht. Afspraken zouden daarom bij consulten weleens een sterkere rol kunnen spelen dan bij overdrachten. De tiende hypothese luidt dan ook dat de invloed van sterkere integratiefactoren sterker is voor consulten dan voor overdrachten.

Tenslotte stellen we de vraag of er een verband is tussen een afspraak om te werken volgens de VIL en de risicoselectie. In hoofdstuk 4 hebben we uiteengezet dat een afspraak om te werken volgens de VIL veel verschillende dingen kan inhouden. Daarom is het niet mogelijk om specifieke hypothesen te ontwikkelen voor de invloed die zo'n afspraak heeft op de risicoselectie. Er wordt daarom rond het werken volgens de VIL een verkennende analyse uitgevoerd.

8.2 Methoden

8.2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek naar de risicoselectie heeft plaatsgevonden 'in de breedte', op landelijke schaal. Daarnaast is in de zeven deelnemende VSV's en de elf geselecteerde GVZ's onderzoek 'in de diepte' gedaan.

Het onderzoek 'in de breedte'
Voor het onderzoek 'in de breedte' is gebruik gemaakt van geaggregeerde gegevens uit de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR), afkomstig uit verloskundige praktijken. Met 'geaggregeerd' wordt bedoeld dat over een kalenderjaar alle gegevens van de zorggevallen uit een praktijk zijn samengevoegd. Met behulp van het LVR-nummer van de verloskundige praktijk zijn de gegevens uit de landelijke enquête anoniem gekoppeld aan de gegevens uit de LVR. Hiertoe zijn door de SIG de verloskundige praktijken die hebben gerespondeerd op de enquête, benaderd voor een machtiging om de gegevens te koppelen.
Van de 322 responderende praktijken heeft 97% op de enquête het LVR-nummer van de praktijk ingevuld. Aan deze praktijken is gevraagd om toestemming te geven aan de SIG voor het leveren van geanonimiseerde, geaggregeerde gegevens over 1995 aan het NIVEL voor het doel van dit onderzoek. Van 83% van de aangeschreven praktijken is toestemming verkregen. De LVR-gegevens zijn verkregen van 28 praktijken uit de

zeven VSV's en van 27 praktijken in de elf geselecteerde GVZ's. Van de overige praktijken buiten deze selectie zijn in 196 gevallen (79%) de LVR-gegevens ontvangen.

Het onderzoek 'in de diepte'
Van het onderzoek 'in de diepte' is op het niveau van een afzonderlijk zorggeval speciaal voor dit onderzoek een registratie gevoerd in de zeven VSV's en de elf geselecteerde GVZ's. Om de optimale registratiesystematiek vast te stellen is een pilotstudie verricht in de eerste helft van 1994. Deze pilotstudie vond plaats in de zeven deelnemende VSV's. Het uitgangspunt was dat er een specifieke registratie zou worden gevoerd voor het NIVEL-onderzoek, aanvullend op de registratie die reeds werd gevoerd voor de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR). Op het LVR-formulier worden gegevens gevraagd over de moeder, de zwangerschap, de bevalling, het kind, het kraambed en de zorgverlening. Het LVR-formulier wordt in het algemeen ingevuld na de bevalling of nadat de zorg is beëindigd na een overdracht, een verhuizing of om andere redenen. In de zeven deelnemende VSV's namen alle verloskundigen deel aan de LVR. In de aanvullende registratie zijn op een dubbelzijdig A4-formulier gegevens ingevuld over de verwijzingen tijdens de zwangerschap en de bevalling. Aan de verloskundigen is gevraagd dit 'aanvullende formulier' tegelijk in te vullen met het LVR-formulier. Volgens de opzet van het onderzoek zijn de LVR-gegevens per zorggeval verkregen van verloskundigen die deelnamen aan deze aanvullende registratie, en wel uitsluitend over de periode waarin deze aanvullende registratie werd gevoerd.
De enquête-gegevens, de LVR-gegevens en de aanvullende registratie zijn met inachtneming van de regels omtrent de privacy aan elkaar gekoppeld.

8.2.2 Variabelen

Onafhankelijke variabelen
De onafhankelijke variabelen hebben betrekking op de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen een verloskundige praktijk en de gynaecologen in een ziekenhuis. Deze gegevens zijn verkregen uit de landelijke enquête onder verloskundige praktijken. In het onderzoek 'in de breedte' en in het onderzoek 'in de diepte' zijn dezelfde onafhankelijke variabelen gebruikt:

- de eerstelijnsgerichtheid van afspraken
- de overige integratiefactoren
- de integratie-bevorderende factoren
- het gegeven of men heeft afgesproken om (grotendeels of precies) te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst.

Hieraan is een variabele toegevoegd die aangeeft of de verloskundige praktijk behoort tot een van de zeven deelnemende VSV's. Bij het toetsen van de hypothesen wordt gebruik gemaakt van de somscore voor de integratiefactoren, respectievelijk de bevorderende factoren. Deze somscores zijn zo geconstrueerd dat bij een hogere score de betreffende factoren gemiddeld sterker zijn dan bij een lage score. Zodoende geeft een hoge somscore een vertaling van het begrip 'sterke integratiefactoren', respectievelijk 'sterke bevorderende factoren'.

Afhankelijke variabelen
Voor het onderzoek 'in de breedte' zijn de afhankelijke variabelen verkregen uit de LVR en geaggregeerd per jaar op het niveau van de verloskundige praktijk. We gebruikten de gegevens over 1995: het percentage consulten, het percentage overdrachten tijdens de zwangerschap, het percentage overdrachten tijdens de bevalling en het percentage losse kraambedden (steeds gepercenteerd op het aantal vrouwen die in zorg kwamen in de zwangerschap). In de analyses is rekening gehouden met verschillen in samen-

stelling van de cliëntengroep. De bestanden zijn uitgesplitst naar pariteit en binnen de groepen primi- en multiparae is gecorrigeerd voor de leeftijdsverdeling van de vrouwen. In het onderzoek 'in de diepte' zijn voor een kleiner aantal praktijken dezelfde gegevens bekend als in het onderzoek 'in de breedte'. In dit geval zijn de gegevens echter beschikbaar op het niveau van het zorggeval. Uit de aanvullende registratie zijn daarnaast nog de volgende afhankelijke variabelen samengesteld: gedeelde zorg in de zwangerschap, medium-risksituatie, overname zonder overleg en overname 'zonder terechte indicatie'.
De afhankelijke variabele 'los kraambed' wordt gebruikt als indicator voor de mate waarin vrouwen direct in zorg komen van een gynaecoloog.

Op het formulier van de LVR1 (LVR eerstelijn), dat per zorggeval wordt ingevuld, staat een item dat aangeeft in welke perioden (zwangerschap, baring, kraambed) zorg is verleend door de verloskundige praktijk (respectievelijk huisartspraktijk). Een van de mogelijkheden is dat de zorg uitsluitend is verleend tijdens het kraambed. Deze groep wordt wel de 'losse' kraambedden genoemd. Hierbij heeft de zorg tijdens zwangerschap en baring zich afgespeeld in de tweedelijn. In de kraamperiode komen deze vrouwen in de eerstelijn terecht (SIG Zorginformatie, 1996). Indien van een verloskundige praktijk (vrijwel) alle verwijzingen plaatsvinden naar hetzelfde ziekenhuis, kan het percentage van alle zorggevallen dat uit een 'los kraambed' bestaat, worden gebruikt als indicator voor de mate waarin vrouwen direct in zorg komen bij de gynaecologen in het desbetreffende ziekenhuis. In dit onderzoek is dit gegeven verkregen als onderdeel van de geaggregeerde gegevens in het onderzoek 'in de breedte', en tevens in de zeven VSV's en elf GVZ's bij het onderzoek 'in de diepte'. Daarnaast is dit gegeven ook verkregen van de huisartsen in drie VSV's (zie verder hoofdstuk 10).

In alle analyses in het onderzoek 'in de diepte' is gecorrigeerd voor de volgende kenmerken van de vrouwen: leeftijd (in jaren), pariteit (primi versus multi) en etniciteit (de LVR categorie 'type van de vrouw': Nederlands versus de rest). Bovendien is in de analyses in de groep van vrouwen bij wie de aanvullende registratie is ingevuld, tevens gecorrigeerd voor de hoogste diastolische bloeddruk in de zwangerschap. Hiermee wordt rekening gehouden met eventuele verschillen tussen praktijken die niets te maken hebben met verloskundige samenwerking, maar die het gevolg zijn van verschillen tussen de praktijken in de samenstelling van de groep vrouwen die in zorg is gekomen.

8.2.3 Methoden van analyse

Het onderzoek bij verloskundige praktijken vindt plaats 'in de breedte' op landelijke schaal en 'in de diepte' bij de VSV's en een beperkt aantal GVZ's.
Voor het onderzoek 'in de breedte' werd gebruik gemaakt van de boven beschreven geaggregeerde gegevens over de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Deze gegevens zijn te interpreteren in termen van samenwerking met een ziekenhuis, indien (vrijwel) alle verwijzingen plaatsvinden naar hetzelfde ziekenhuis. Daarom hebben wij ons beperkt tot de 149 verloskundige praktijken die (vrijwel) alle vrouwen verwijzen naar hetzelfde ziekenhuis. Omdat de gegevens alleen op geaggregeerd niveau beschikbaar zijn, kunnen ze slechts worden geanalyseerd op het niveau van de verloskundige praktijk. In deze analyses zijn de praktijkkenmerken gedistribueerd over de afzonderlijke zorggevallen. Daarbij werd een significantieniveau van 0,001 gebruikt. Dit significantieniveau is aanzienlijk lager gesteld dan de gebruikelijke waarde van 0,05, omdat een van de elementen bij de berekening van de significantie het aantal

waarnemingen is. Bij distributie van praktijkkenmerken over zorggevallen wordt het aantal waarnemingen kunstmatig verhoogd waarbij ten onrechte significante verbanden zouden kunnen worden gevonden.

Het onderzoek 'in de diepte' vond plaats in de zeven VSV's en elf geselecteerde GVZ's. Hierbij zijn gegevens uit de LVR gebruikt, afzonderlijk per 'zorggeval', respectievelijk (bij meerlingen) per 'geboren kind'. Deze gegevens zijn beschikbaar voor 55 verloskundige praktijken.
De gegevens in het onderzoek 'in de diepte' hebben betrekking op twee niveaus:
- het niveau van de verloskundige praktijk
- het niveau van het zorggeval.

Voor de analyse betekent dit dat bij voorkeur gebruik wordt gemaakt van multiniveau analyse. De afhankelijke variabelen zijn gedefinieerd op het niveau van het zorggeval, respectievelijk de pasgeborene. Voor een deel zijn de onafhankelijke variabelen eveneens gedefinieerd op het niveau van het zorggeval, namelijk de kenmerken van de vrouw. De andere onafhankelijke variabelen hebben betrekking op de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Deze variabelen zijn gedefinieerd op het niveau van de verloskundige praktijk. Omdat de variabelen in de analyse betrekking hebben op twee niveaus, is multiniveau-analyse de beste analyse methode. Immers, in multiniveau-analyse worden de bijdragen van alle onafhankelijke variabelen aan de verklaring van de variatie in de afhankelijke variabele in onderlinge samenhang geanalyseerd en wordt rekening gehouden met de onderlinge afhankelijkheid van gegevens van cliënten die uit één praktijk afkomstig zijn.

Toetsing van de eerste hypothese
In de eerste hoofdvraag gaat het om de invloed, die het behoren tot een VSV heeft op de risicoselectie. Volgens de tweede hypothese wordt deze invloed van 'het behoren tot een VSV' verklaard door de intensieve samenwerking in de VSV's. We gaan na of dit inderdaad zo is. Daartoe is een regressie-analyse uitgevoerd waarin naast het behoren tot een VSV de samenwerkingsvariabelen zijn toegevoegd aan de regressie-vergelijking. Deze samenwerkingsvariabelen zijn: de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken, de eerste somscore voor de integratiefactoren en de eerste somscore voor de integratie-bevorderende factoren (zie ook paragraaf 5.2). We verwachten dat de regressie-coëfficiënt van de variabele 'behoort tot VSV' niet meer significant verschilt van nul, nadat de samenwerkingsvariabelen zijn toegevoegd.

Toetsing van de overige hypothesen
De tweede hoofdvraag gaat over de invloed van samenwerken op de risicoselectie. In de desbetreffende hypothesen wordt gesproken van 'sterkere integratiefactoren' en 'sterkere integratie-bevorderende factoren'.
De hypothesen worden getoetst in drie stappen:
In de **eerste stap van de analyse** worden de hypothesen getoetst met gebruikmaken van een somscore voor de integratiefactoren en een somscore voor de integratie-bevorderende factoren (zie hoofdstuk 5). Voor het toetsen van de hypothesen gebruiken we de somscores die van toepassing zijn op de totale onderzoeksgroep (alle combinaties van verloskundige praktijken en ziekenhuizen).
De somscore van de integratiefactoren geeft aan hoe sterk het totaal van de integratie-factoren is. Deze somscore bestaat uit vier variabelen:
1) het item of er wel of niet met de gynaecologen vaste afspraken of protocollen zijn afgesproken over indicatiestelling,
2) het percentage risicofactoren waarover een afspraak is gemaakt,

3) de afspraak te werken met een bepaalde indicatielijst en
4) de subjectief beleefde mate van integratie.

De somscore van de integratie-bevorderende factoren geeft aan hoe sterk het totaal van de integratie-bevorderende factoren is. Deze somscore bestaat uit twee variabelen: 1) is er gestructureerd overleg en 2) het ervaren klimaat.

De hypothesen zullen in eerste instantie worden getoetst met gebruikmaken van deze somscores.

Tabel 8.1 De verschillende maten voor de sterkte van de integratie: somscore en factor-scores

Integratiefactoren	Totale groep		Subgroep met èn vaste afspraken èn gestructureerd overleg	
	somscore	factor 'bestaan en omvang van afspraken'	factor 'op insieve manier afspraken maken'	factor 'frequent bespreken van afspraken'
Afspraakniveau:				
- bestaan en omvang van afspraken:				
. er zijn vaste afspraken over indicatiestelling	+	**0,50**		
. omvang afspraken	+	**0,66**	**0,77**	(-0,08)
- gezamenlijke bespreking van afspraken:				
. evaluatie van vaste afspraken			(0,35)	**0,69**
. totstandkomen van afspraken in gestructureerd overleg			**0,69**	(0,24)
. frequent bespreken van vaste afspraken in gestructureerd overleg			(-0,26)	**0,77**
- afspraak over indicatielijst	+	**0,52**	**0,67**	(0,13)
Subjectgebonden integratiefactoren:				
- hoge subjectief ervaren mate van integratie	+	(0,34)	**0,65**	(0,17)

Legenda. Een + betekent dat de variabele deel uitmaakt van de somscore. De factorscores met een waarde van 0,50 of hoger zijn vetgedrukt. De factorscores met een waarde beneden 0,50 staan tussen haakjes.

In **een tweede stap van de analyse** wordt eerst met factoranalyse nagegaan of er verschillende 'dimensies' zijn in het begrip 'sterkere integratiefactoren' en in het begrip 'sterkere integratie-bevorderende factoren'. In factoranalyse (principale componenten analyse) worden deze dimensies gemeten als onderling onafhankelijke factoren. Bij extractie zijn factoren met *Eigenvalue* beneden de waarde 1 weggelaten, en na de rotatie (met varimax) zijn voor de interpretatie van de factoren alleen die variabelen betrokken met een factorscore van meer dan 0,5. In tabel 8.1 en tabel 8.2 zijn de resultaten van de factor-analyse weergegeven. Iedere eenheid van onderzoek (combinaties van een verloskundige praktijk en een ziekenhuis) krijgt op basis van de factoranalyse een score voor elk van de onderscheiden factoren. In de aparte analyses zijn deze factorscores de nieuwe onafhankelijke variabelen, die worden gebruikt om de hypothesen te toetsen. Dit doen we in de tweede en derde stap van de analyses. In de tweede stap toetsen we de hypothesen in de totale groep; dat wil zeggen: alle combinaties van verloskundige praktijken en een ziekenhuis.

Tabel 8.2 De verschillende maten voor de sterkte van het bevorderen van de integratie: somscore en factorscores

	Totale groep		Subgroep met èn vaste afspraken èn gestructureerd overleg	
	somscore	factor 'overleg en klimaat'	factor 'attitude t.a.v. overleg'	factor 'vakinhoudelijke besprekingen
Bestaan en frequentie van gestructureerd overleg:				
- er is gestructureerd overleg	+	**0,76**		
- het gestructureerd overleg is frequent			(0,15)	(0,33)
Onderwerpen in gestructureerd overleg:				
- cliëntgebonden onderwerpen:				
. individuele cliënten in gestructureerd overleg			(0,24)	**0,68**
. bespreking van perinatale sterfte			(-0,19)	**0,72**
- bij- en nascholing:				
. er is frequent bij- en nascholing			(-0,18)	**0,65**
Subjectgebonden bevorderende factoren:				
- geïnformeerdheid:				
. goede geïnformeerdheid over gestructureerd overleg			**0,69**	(-0,11)
- attitude:				
. betrokkenheid bij gestructureerd overleg			**0,82**	(0,21)
. belang van gestructureerd overleg voor beroepsuitoefening			**0,64**	(0,09)
- klimaat:				
. goede ervaren samenwerking in het algemeen	+	**0,76**	(0,47)	(0,05)

Legenda. Een + betekent dat de variabele deel uitmaakt van de somscore. De factorscores met een waarde van 0,50 of hoger zijn vetgedrukt. De factorscores met een waarde beneden 0,50 staan tussen haakjes.

In de **derde stap van de analyse** worden aparte analyses verricht in de subgroep waarin de verloskundigen en de gynaecologen:
- èn vaste afspraken hebben gemaakt over risicoselectie
- èn gezamenlijk gestructureerd overleg hebben.

We doen een aparte analyse in deze subgroep omdat we dan meer aspecten van de integratie kunnen meenemen in de analyse. We willen immers onder andere nagaan of het een invloed heeft op de risicoselectie, als vaste afspraken over risicoselectie door de verloskundigen en gynaecologen frequent worden besproken. Dit kunnen we natuurlijk slechts dan analyseren als er vaste afspraken zijn. Hetzelfde geldt voor gestructureerd overleg tussen verloskundigen en gynaecologen. We willen bijvoorbeeld weten of er een effect is op de risicoselectie, doordat de verloskundigen en gynaecologen gemeenschappelijke cliënten bespreken in het gestructureerd overleg. Dit valt alleen te onderzoeken wanneer er gestructureerd overleg is.

Selectie van onafhankelijke variabelen in de analyses
Bij het toetsen van de hypothesen nemen we niet alle mogelijke onafhankelijke variabelen op in de analyse. We gaan selectief te werk. Immers, de hypothese-toetsing is gebaseerd op een model met aannames (hoofdstuk 4). Deze aannames houden in:
- het meest directe effect op risicoselectie wordt uitgeoefend door de inhoud van afspraken;
- daarna wordt het meest directe effect uitgeoefend door de andere integratiefactoren (onder andere afspraakniveau) en
- daarna door de integratie-bevorderende factoren.

Voor de hypothesetoetsing houdt dit in dat 'achterliggende factoren' niet in de regressievergelijking worden meegenomen. Bijvoorbeeld, bij de hypothese dat de eerstelijnsgerichtheid van afspraken leidt tot minder overdrachten, zou het leiden tot overcorrectie wanneer andere integratiefactoren worden meegenomen. Immers, volgens het model loopt het primaire effect van deze andere integratiefactoren via de inhoud van afspraken. Door te corrigeren voor de andere integratiefactoren zou dit primaire effect van de inhoud ten onrechte worden toegerekend aan de andere integratiefactoren.
Verder wordt in de analyses gecontroleerd voor de risicofactoren van de vrouw (leeftijd, etniciteit, pariteit en - indien dit gegeven aanwezig is - de hoogste diastolische bloeddruk tijdens de zwangerschap). In het onderzoek 'in de breedte' is het niet mogelijk direct te corrigeren voor de vrouw-kenmerken, omdat de gegevens zijn verkregen op het niveau van de verloskundige praktijk. In dit geval worden de gemiddelde kenmerken van de cliënten opgenomen in de analyse.
De hypothesen worden eenzijdig getoetst; dat wil zeggen dat toetsing alleen plaatsvindt voor die afwijkingen van nul die in de richting van de hypothese zijn. Het significantieniveau is 0,05.

De onderzoekspopulatie in het onderzoek 'in de diepte'
De verschillende onderzoeksgroepen staan weergegeven in tabel 8.3.
Door de verloskundigen in de zeven VSV's en elf GVZ's zijn gedurende de registratieperiode via de LVR-formulieren de gegevens vastgelegd van 26.196 vrouwen. Van deze vrouwen kwam 9% (2.365) voor het eerst bij een verloskundige in de kraamperiode. Dit betreft dus de eerder beschreven gevallen van 'los kraambed'. De overige ruim 90% vrouwen is in de zwangerschap in zorg gekomen bij de verloskundige. Van deze 23.821 vrouwen zijn voor iets minder dan de helft ook de gegevens in de NIVEL-registratie vastgelegd (44,6%). De oorzaak van dit betrekkelijk lage percentage is dat door sommige verloskundigen in de VSV's, die gedurende 18 maanden moesten registreren, in bepaalde perioden weinig NIVEL-formulieren zijn ingestuurd. Bovendien zijn er in de geselecteerde GVZ's enkele praktijken die wel machtiging gaven voor het verschaffen van LVR-gegevens, maar die zelf slechts in geringe mate hebben deelgenomen aan de NIVEL-registratie. De 10.623 vrouwen voor wie aanvullende NIVEL-registratie is ingevuld, verschillen niet van de totale groep van 23.821 vrouwen wat betreft leeftijd en pariteit. Er zijn dan ook geen redenen om aan te nemen dat de groep bij wie de NIVEL-registratie is verricht, systematisch verschilt van de totale groep van 23.821 vrouwen.
De analyse naar het optreden van een 'los kraambed' is gedaan in de totale groep van 26.196 vrouwen. In de groep van 23.821 vrouwen die al tijdens de zwangerschap in zorg waren wordt geanalyseerd welke invloed de niet-cliëntgebonden samenwerking heeft op het optreden van een consult of overdracht in de zwangerschap. Op het eind van de zwangerschap waren 5.295 vrouwen overgedragen naar een gynaecoloog. In

de resterende groep van 18.526 vrouwen is geanalyseerd in hoeverre overdracht tijdens de bevalling werd beïnvloed door niet-cliëntgebonden samenwerking.
De gegevens uit de aanvullende NIVEL-registratie zijn gebruikt om te analyseren welke invloed niet-cliëntgebonden samenwerking heeft op het optreden van die gebeurtenissen die specifiek in de NIVEL-registratie zijn vastgelegd:

- gedeelde zorg tijdens de zwangerschap
- een medium-risksituatie
- overname zonder overleg
- overname waarvoor volgens de verwijzende verloskundige geen terechte indicatie was.

Daarbij is de analyse van 'overname zonder overleg' en 'overname met onduidelijke indicatie' beperkt tot die gevallen waarbij de vrouw na een consult was overgenomen door een gynaecoloog.

Tabel 8.3 Het optreden van de afhankelijke variabelen in de onderzoeksgroep van het onderzoek in de diepte

	Percentage	N (=100%)
Los kraambed	9%	26.196
Tenminste eenmaal een gynaecologisch consult	27%	23.821
Overdracht tijdens de zwangerschap	22%	23.821
Overdracht tijdens de bevalling	21%	23.821
Gedeelde zorg	5%	10.485 (onbekend 138)
Medium-risksituatie	3%	10.374 (onbekend 249)
Overname door gynaecoloog na consult	13%	10.623
- waarvan zonder overleg	27%	1.391
- waarvan zonder terechte indicatie volgens de verloskundige	8%	1.391

8.3 Bevindingen

8.3.1 Het onderzoek in de breedte

In dit deelonderzoek worden de gegevens van de 149 verloskundige praktijken uit het onderzoek 'in de breedte' geanalyseerd. De afhankelijke variabelen zijn verkregen uit de LVR, en geaggregeerd per jaar op het niveau van de verloskundige praktijk. We gebruiken de gegevens over 1995: het percentage consulten, het percentage overdrachten tijdens de zwangerschap en het percentage overdrachten tijdens de bevalling (steeds gepercenteerd op het aantal vrouwen die in zorg kwamen in de zwangerschap).
Met lineaire regressie-analyse zijn de hypothesen getoetst. Daarna is een verkennende analyse uitgevoerd, zoals in de vorige paragraaf is beschreven. Bij deze analyses op geaggregeerd niveau zijn geen significante verbanden gevonden tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabelen.

Beschrijvende gegevens
In tabel 8.3 wordt een overzicht gegeven van het optreden van de verschillende afhankelijke variabelen in de onderzoeksgroep van het onderzoek in de diepte.
Van de totale onderzoeksgroep van ruim 26.000 vrouwen betreft 9% een los kraambed. Voor deze vrouwen zijn de andere afhankelijke variabelen die betrekking hebben

op de risicoselectie tijdens zwangerschap en kraambed niet van toepassing. Er blijven 23.821 vrouwen over die in de zwangerschap in zorg zijn gekomen van een verloskundige. Van deze groep heeft 27% tenminste eenmaal een gynaecologisch consult gehad, 22% werd overgedragen in de zwangerschap en 21% werd overgedragen tijdens de bevalling. Gegevens over de gedeelde zorg, medium-risksituaties en overnames zijn verzameld in de aanvullende registratie. Deze is voor 10.623 vrouwen ingevuld.

Tabel 8.4 De verdeling van de onafhankelijke (samenwerkings-)variabelen in de verschillende groepen

Onafhankelijke variabele	De 28 praktijken in de 7 VSV's	De 27 praktijken in de 11 GVZ's	Landelijk (n=400)
De eerstelijnsgerichtheid van afspraken, de score:			
0,60 - 0,79	-	-	3 (1,0%)
0,80 - 0,99	-	5 (22%)	43 (15%)
1,00 - 1,19	18 (75%)	13 (57%)	191 (65%)
1,20 - 1,39	6 (25%)	5 (22%)	52 (18%)
1,40 - 1,59	-	-	4 (0,4%)
1,60 - 1,79	-	-	-
1,80 - 2,00	-	-	2 (0,7%)
subtotaal	24 (100%)	23 (100%)	295 (100%)
onbekend	4 (14%)	4 (15%)	105 (26%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	400 (100%)
De integratie die gericht is op de risicoselectie:			
- in de totale groep:			
somscore:			
0,00 - 0,99	-	4 (16%)	32 (9,0%)
1,00 - 1,99	2 (8,0%)	7 (28%)	61 (17%)
2,00 - 2,99	1 (4,0%)	5 (20%)	69 (19%)
3,00 - 3,99	18 (72%)	9 (36%)	158 (45%)
4,00	4 (16%)	-	35 (9,8%)
subtotaal	25 (100%)	25 (100%)	355 (100%)
onbekend	3 (11%)	2 (7,4%)	45 (11%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	400 (100%)
- in de groep met vaste afspraken over verwijsbeleid			
somscore:			
1,00 - 1,99	-	2 (14%)	11 (4,4%)
2,00 - 2,99	1 (4,2%)	4 (29%)	37 (15%)
3,00 - 3,99	2 (8,3%)	5 (36%)	72 (29%)
4,00 - 4,99	18 (75%)	3 (21%)	95 (38%)
5,00 - 5,99	3 (13%)	-	33 (13%)
subtotaal	24 (100%)	14 (100%)	248 (100%)
n.v.t. (er zijn geen vaste afspraken)	2 (7.1%)	6 (22%)	68 (17%)
onbekend	2 (7.1%)	7 (26%)	84 (21%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	400 (100%)

Tabel 8.4 De verdeling van de onafhankelijke (samenwerkings-)variabelen in de verschillende groepen (vervolg)

Onafhankelijke variabele	De 28 praktijken in de 7 VSV's	De 27 praktijken in de 11 GVZ's	Landelijk (n=400)
Het bevorderen van de integratie:			
- in de totale groep:			
somscore:			
0,00 - 0,49	-	2 (7,4%)	8 (2,0%)
0,50 - 0,99	-	4 (15%)	45 (11%)
1,00 - 1,49	1 (3,6%)	5 (19%)	24 (6,0%)
1,50 - 1,99	25 (89%)	14 (52%)	263 (66%)
2,00	2 (7,1%)	2 (7,4%)	58 (15%)
subtotaal	28 (100%)	27 (100%)	398 (100%)
onbekend	-	-	2 (0,5%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	400 (100%)
- in de subgroep met gestructureerd overleg:			
somscore:			
2,00 - 2,99	-	4 (20%)	18 (5,5%)
3,00 - 3,99	-	6 (30%)	68 (21%)
4,00 - 4,99	-	2 (10%)	58 (18%)
5,00 - 5,99	10 (37%)	7 (35%)	79 (24%)
6,00 - 6,99	8 (30%)	1 (5,0%)	56 (17%)
7,00 - 7,99	9 (33%)	-	42 (13%)
8,00	-	-	4 (1,2%)
subtotaal	27 (100%)	20 (100%)	325 (100%)
n.v.t. (er is geen gestructureerd overleg)	-	6 (22%)	60 (15%)
onbekend	1 (3,6%)	1 (3,7%)	15 (3,8%)
totaal	28 (100%)	27 (100%)	400 (100%)

Bij 5% van deze vrouwen is er gedeelde zorg in de zwangerschap geweest. In 3% van de gevallen is er sprake van een medium-risksituatie.
In 13% van de gevallen is na een consult de vrouw overgenomen door een gynaecoloog. Bij 27% is dit geschied zonder overleg, terwijl er in 8% van de gevallen volgens de verloskundige niet een terechte indicatie was voor overname.

Deze onderzoekspopulatie verschilt niet van het landelijke beeld. Wij hebben onze onderzoekspopulatie vergeleken met de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) op twee punten: het percentage overdrachten en het percentage losse kraambedden (SIG Zorginformatie, 1996). Over de andere aspecten van de risicoselectie die in tabel 8.3 zijn weergegeven zijn geen vergelijkingsgegevens beschikbaar.
Het percentage overdrachten in onze populatie is ongeveer hetzelfde als in de LVR. Bij deze vergelijking moeten we rekening houden met het feit dat onze gegevens betrekking hebben op 1995. De laatste beschikbare gegevens uit de LVR gaan over 1993. Er is in de periode van 1989 tot 1993 een toename geweest van het percentage overdrachten; per jaar nam het percentage overdrachten toe met ongeveer 1%. Als wij deze toename overplaatsen naar de periode van 1993 tot 1995 dan verwachten we dat in 1995 het percentage overdrachten tijdens de zwangerschap ongeveer 21% bedraagt en het percentage overdrachten tijdens de bevalling eveneens ongeveer 21%. Immers, in 1993 was het landelijke percentage overdrachten in de zwangerschap 18,8% en tijdens de bevalling 19,3% (SIG Zorginformatie, 1996). In onze onderzoekspopulatie is

in de zwangerschap 22% van de vrouwen overgedragen en tijdens de bevalling 21%. Deze percentages verschillen niet substantieel van de verwachte waarde van 21%.
Het percentage losse kraambedden in onze populatie is 9,0% (2.365/26.186). Dit verschilt niet van het landelijke cijfer van 9,1% over 1993 uit de LVR.

De onafhankelijke variabelen die betrekking hebben op de verloskundige samenwerking, zijn uitgebreid aan de orde geweest in hoofdstuk 5. Aangezien het in dit hoofdstuk om een selectie van alle groepen van verloskundige zorgverleners gaat, zullen we hier kort ingaan op de verdeling van de onafhankelijke variabelen.
Zoals aangegeven in hoofdstuk 3, is het gewenst dat in de totale onderzoeksgroep (de zeven VSV's en de elf GVZ's) niet alleen twee extremen voorkomen qua samenwerking. Er moeten in de onderzoeksgroep ook regio's voorkomen die representatief zijn voor de 'gemiddelde' samenwerking in Nederland. In tabel 8.4 zijn de belangrijkste kenmerken van de zeven VSV's en elf GVZ's op een rijtje gezet. In deze tabel staan alleen die kenmerken die gebruikt zijn in de analyses van dit hoofdstuk. In de onderzoeksgroep blijken inderdaad niet alleen de extremen qua samenwerking vertegenwoordigd te zijn. Ook de 'gemiddelde' samenwerking is aanwezig in de onderzoeksgroep. In vergelijking met het landelijke beeld zijn in de onderzoeksgroep de uitersten (intensieve en minder intensieve samenwerking) wat sterker vertegenwoordigd. Dat was ook de bedoeling. Dit geeft meer contrast hetgeen de nauwkeurigheid van het onderzoek ten goede komt.

De invloed van de kenmerken van de vrouwen op het optreden van de afhankelijke variabelen
In tabel 8.5 is de basis voor de multiniveau-analyses weergegeven. Tabel 8.5 bevat in de eerste plaats de constante ofwel de schatting van de fractie waarin de waarde '1' van de afhankelijke variabele voorkomt.
Daarnaast zien we dat voor de afhankelijke variabele 'consult' de bijdrage aan de variantie door het niveau van de praktijk bijvoorbeeld gelijk is aan 42%. Ook bij de meeste andere afhankelijke variabelen is deze bijdrage substantieel. Dit betekent dat in analyses rekening moet worden gehouden met het niveau van de praktijk. Dit onderstreept dat multiniveau-analyse de gewenste analysemethode is.
Verder zijn de regressiecoëfficiënten van de variabelen op het niveau van de vrouw weergegeven. Deze coëfficiënten laten zien welk verband er is tussen de kenmerken van de vrouw en de risicoselectie. Deze kenmerken zijn opgenomen in de analyse, omdat zij het verband tussen de aspecten van verloskundige samenwerking, waar het in dit onderzoek om te doen is, en de afhankelijke variabelen kunnen doorkruisen.
Het is dus niet het doel van dit onderzoek om deze verbanden met de kenmerken van de vrouw te onderzoeken. Toch zullen wij kort aandacht besteden aan deze relaties omdat zij indirect iets zeggen over de geldigheid van onze bevindingen. Immers, het hier gevonden verband tussen de afhankelijke variabelen en de kenmerken van de vrouw zijn in het algemeen òf reeds bekend òf erg aannemelijk. Als ze overeenkomen met wat reeds bekend is, bevestigt dat ons uitgangspunt dat de afhankelijke variabelen iets reëels voorstellen en zinvolle aspecten van de risicoselectie vertegenwoordigen.
Er is volgens tabel 8.5 meer kans op een consult of een overdracht als de vrouw ouder is, een primi is (dus nog niet eerder een bevalling heeft gehad) en is ingedeeld als 'niet-Nederlands' (alleen voor overdracht in de zwangerschap). Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de verwachtingen.

Tabel 8.5 De analyses van de invloed op de risicoselectie: het 'lege' analysemodel en de variabelen op het niveau van de vrouw

Onafhankelijke variabele/ bijdrage aan de variantie	Afhankelijke variabelen							
	Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg		Risicoselectie door gynaecologen		
	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
1) 'leeg' analysemodel								
- constante	-1,05* (0,13)	-1,21* (0,04)	-0,97* (0,05)	-3,2* (0,2)	-3,8* (0,2)	-2,7* (0,13)	-0,90* (0,25)	-2,92* (0,29)
- bijdrage aan de variantie door het niveau van de praktijk	42,1%	4,7%	6,9%	59,1%	52,2%	41,1%	67,8%	70,4%
2) variabelen op niveau van de vrouw								
- leeftijd (in jaren)	0,0099* (0,0038)	0,017* (0,004)	0,035* (0,004)	0,010 (0,012)	0,043* (0,016)	0,075* (0,005)	-0,008 (0,017)	-0,065* (0,026)
- pariteit (0=primi, 1=multi)	-0,43* (0,03)	-0,43* (0,03)	-1,62* (0,04)	-0,10 (0,10)	0,95* (0,16)	0,39* (0,05)	0,16 (0,15)	0,54* (0,23)
- etniciteit (0=Nederlands, 1=niet-Nederlands)	0,05 (0,05)	0,095* (0,047)	0,08 (0,05)	0,005 (0,14)	0,03 (0,19)	0,54* (0,06)	0,19 (0,21)	-0,40 (0,34)
- hoogste diastolische bloeddruk (in mm Hg)				0,023* (0,005)	0,015* (0,007)		0,017* (0,007)	-0,036* (0,011)

* $p<0,05$ bij tweezijdige toetsing

Verder is de kans op gedeelde zorg hoger wanneer de bloeddruk hoger is. Dit is aannemelijk. Medium-risksituaties komen vaker voor wanneer de vrouw ouder is, al eerder een bevalling heeft gehad en bij hogere bloeddruk. Dit is begrijpelijk, want een medium-risksituatie komt vooral voor bij licht verhoogd risico; bij een vrouw die al eerder is bevallen, zal de verloskundige eerder geneigd zijn om de vrouw zelf te begeleiden wanneer er een licht verhoogd risico bestaat.
Een los kraambed komt vaker voor bij oudere vrouwen, multiparae en vrouwen die in de LVR zijn ingedeeld als 'niet-Nederlands'. Dit kan worden verklaard doordat een los kraambed vooral voorkomt na infertiliteitsbehandeling (dus oudere vrouwen), problemen in de vorige zwangerschap of bevalling (multiparae) en wanneer de vrouw liever in de tweedelijn is (hetgeen vaker lijkt voor te komen bij allochtonen).
Overname zonder overleg komt vaker voor bij hogere bloeddruk. Hier is geen duidelijke verklaring voor.
Tenslotte wordt bij overname door de gynaecoloog in het algemeen de indicatie door de verloskundige vaker als terecht beschouwd, indien de vrouw ouder is, nog niet eerder is bevallen, of een hogere bloeddruk heeft. Dit zijn factoren die gepaard gaan met een hogere kans op pathologie. Ook deze bevinding is dus aannemelijk.

De invloed van het werken in een VSV op de risicoselectie
Heeft het feit dat men behoort tot een VSV, invloed op de risicoselectie? Volgens de eerste hypothese zou dat het geval zijn. De gegevens die hierop betrekking hebben staan in tabel 8.6.
Zoals is aangegeven in de eerste rij van tabel 8.6, wordt volgens de eerste hypothese verwacht dat het 'behoren tot een VSV' van invloed is op de verschillende aspecten van de risicoselectie. Het blijkt dat voor de hypothese steun is gevonden voor de meeste aspecten van de risicoselectie. Met name leidt het feit dat men behoort tot een VSV ertoe dat de verloskundigen minder vaak vrouwen overdragen naar gynaecologen. Door de verloskundigen en gynaecologen wordt in sterkere mate zorg verleend in onderling overleg, en wel: gedeelde zorg in de zwangerschap en medium-risksituatie tijdens de bevalling. Ook nemen de gynaecologen minder vaak een vrouw over zonder dat zij dit overleggen met de verloskundigen. Als zij een vrouw overnemen, dan gebeurt dit vaker met een duidelijke indicatie. Echter, anders dan wij hadden verwacht, leidt het behoren tot een VSV niet tot meer consulten en ook niet tot meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn (dat wil zeggen minder 'losse kraambedden').
Voorts verwachten we op grond van de eerste hypothese dat de invloed van het behoren tot een VSV wordt verklaard door de intensieve samenwerking binnen een VSV. Om deze verwachting te toetsen, is een regressie-analyse uitgevoerd waarin naast het al of niet werken binnen een VSV kenmerken van de verloskundige samenwerking zijn opgenomen. Als de coëfficiënt van het werken binnen een VSV in de eerste analyse significant van nul verschilt en in de tweede analyse niet meer, beschouwen we dat als evidentie voor de hypothese dat het aspecten van de verloskundige samenwerking zijn die ervoor zorgen dat de risico-selectie in VSV's anders loopt dan daarbuiten. Deze verwachting is uitgekomen voor twee aspecten van risicoselectie, namelijk overdrachten in de zwangerschap en overname zonder overleg. Voor twee aspecten is de invloed van een VSV ten dele verklaard door de samenwerking, en wel voor de medium-risksituaties en voor de overnames waarvoor volgens de verloskundige geen terechte indicatie was.
De invloed van het werken in een VSV op overdrachten tijdens de bevalling wordt niet verklaard door de samenwerking. Dat komt waarschijnlijk doordat wij bij het corrigeren voor samenwerking gebruik hebben gemaakt van somscores.

Tabel 8.6 De invloed van het 'behoren tot een VSV' op de risicoselectie

Onafhankelijke variabele: 'Behoren tot een VSV'	Afhankelijke variabelen							
	Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg			Risicoselectie door gynaecologen	
	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
- verwacht teken van de coëfficiënt, volgens de eerste hypothese	+	-	-	+	+	-	-	-
- coëfficiënt, zonder correctie voor samenwerkingsvariabelen	-0,10 (0,22)	-0,23* (0,09)	-0,21* (0,08)	1,05* (0,39)	1,71* (0,44)	0,28 (0,21)	-1,40* (0,39)	-1,31* (0,33)
- vindt de eerste hypothese steun in de gegevens?	nee	ja	ja	ja	ja	nee	ja	ja
- coëfficiënt, na correctie voor samenwerkings-variabelen	-0,39 (0,29)	-0,094 (0,11)	-0,21* (0,12)	0,99* (0,48)	1,22* (0,48)	0,06 (0,27)	-0,78[1] (0,48)	-0,92*[1] (0,40)
- vindt de eerste hypothese steun in de gegevens?	n.v.t.	ja	nee	nee	ten dele	n.v.t.	ja	ten dele

* P<0,05 bij eenzijdige toetsing

[1] bij de afhankelijke variabelen 'overname zonder overleg' en 'overname zonder terechte indicatie' is niet gecorrigeerd voor de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken

Verderop in dit hoofdstuk zal blijken dat deze somscores niet gerelateerd zijn met het optreden van overdrachten tijdens de bevalling. Ook de invloed van het werken in een VSV op gedeelde zorg in de zwangerschap wordt niet verklaard door intensieve samenwerking. Wellicht zijn andere, niet gemeten factoren er de oorzaak van dat in de VSV's meer gedeelde zorg wordt gegeven.

Over het geheel genomen kunnen we concluderen dat er een duidelijke invloed uitgaat van het werken in een VSV op de risicoselectie. Deze invloed wordt voor een deel verklaard door de intensieve samenwerking in de VSV's.

De invloed van de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken op de risicoselectie
Volgens de tweede hypothese leiden eerstelijnsgerichte afspraken tot een verschuiving in de richting van de eerstelijn, namelijk minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn, en meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn (dus minder 'losse kraambedden'). Bovendien verwachten we volgens deze hypothese meer consulten, meer gedeelde zorg en meer medium-risksituaties. We hebben bewust geen verwachtingen geformuleerd over de invloed die de eerstelijnsgerichtheid van afspraken zou kunnen hebben op overnames-zonder-overleg en overnames waarvoor volgens de verloskundige geen terechte indicatie was. De reden hiervoor is dat we geen argument hebben om te veronderstellen dat afspraken, die meer tweedelijnsgericht zijn, zouden leiden tot overnames zonder overleg of overnames met onduidelijke indicatie.
We vinden steun voor hypothese 2 voor wat betreft drie aspecten van de risicoselectie, maar niet voor de andere drie aspecten. De hypothese heeft steun gevonden voor overdrachten tijdens de zwangerschap, overdrachten tijdens de bevalling en medium-risksituaties (tabel 8.7). Blijkbaar wordt het besluit tot overdracht beïnvloed door de inhoud van de gemaakte afspraken.
Het is niet verwonderlijk dat het optreden van medium-risksituaties sterk afhangt van de gemaakte afspraken. Het hangt immers sterk af van de opvatting van de betreffende gynaecologen in het ziekenhuis of medium-risksituaties voorkomen. Uit het onderzoek van Riteco en Hingstman (1991) bleek dat van de verloskundigen 91% het eens was met het toevoegen van de medium-risksituaties aan de Verloskundige Indicatielijst. Daarentegen was slechts 29% van de gynaecologen het hiermee eens. Het ligt voor de hand dat gynaecologen die meer ruimte geven voor eerstelijnsgerichte afspraken, ook meer bereid zullen zijn te werken met de medium-risksituatie.

De hypothese is niet bevestigd voor het optreden van consulten, gedeelde zorg en losse kraambedden. Achteraf gezien zijn daar wel redenen voor.
Wanneer een verloskundige een vrouw naar een gynaecoloog verwijst voor een consult, dan is het de bedoeling dat de gynaecoloog adviseert. Dit kan dan eventueel uitmonden in een overdracht. Het is logisch dat de beslissing om over te dragen afhangt van de mate waarin de afspraken eerstelijnsgericht zijn. Echter, het besluit om advies te verkrijgen is nog wat vrijblijvender en staat kennelijk los van de mate waarin de afspraken eerstelijnsgericht zijn.
Gedeelde zorg in de zwangerschap hangt niet samen met de eerstelijnsgerichtheid van afspraken over verwijsbeleid. Dit wordt mogelijk verklaard door het feit dat gedeelde zorg in de zwangerschap niet een van de categorieën in de Verloskundige Indicatielijst is. De variabele 'eerstelijnsgerichtheid van afspraken' is samengesteld op basis van de categorieën van deze lijst. Dit kan de reden zijn dat het optreden van gedeelde zorg los staat van deze eerstelijnsgerichtheid.

Tabel 8.7 De invloed van de eerstelijnsgerichtheid van afspraken op de risicoselectie

Onafhankelijke variabele: 'De eerstelijnsgerichtheid van afspraken'	Afhankelijke variabelen							
	Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg			Risicoselectie door gynaecologen	
	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
betreffende de tweede hypothese:								
- verwacht teken van de coëfficiënt, volgens de tweede hypothese	+	-	-	+	+	-	n.v.t.	n.v.t.
- coëfficiënt	0,16 (1,03)	-0,93* (0,46)	-0,89* (0,43)	-0,45 (1,57)	6,25* (1,57)	0,56 (0,89)		
- vindt de tweede hypothese steun in de gegevens?	nee	ja	ja	nee	ja	nee	n.v.t.	n.v.t.
betreffende de derde hypothese:								
- coëfficiënt, bij zwakke integratie	1,66 (1,93)	-0,86* (0,35)	-0,39 (0,75)	0,51 (1,39)	8,58* (1,90)	-1,76 (1,26)		
- coëfficiënt, bij sterke integratie	-0,58 (1,20)	-0,84 (0,59)	-1,07* (0,52)	1,85 (2,16)	5,16* (2,13)	1,46 (1,08)		
- vindt de derde hypothese steun in de gegevens?	nee	nee	ja	nee	nee	nee	n.v.t.	n.v.t.

Ook een los kraambed hangt niet samen met de eerstelijnsgerichtheid van afspraken over verwijsbeleid. Bij een los kraambed gaat het om verwijsgedrag van de gynaecologen. Waarschijnlijk spelen andere factoren bij de gynaecologen een rol; deze factoren zijn in dit onderzoek niet gemeten, omdat bij hen geen gegevens zijn verzameld.
Al met al wordt hypothese twee bij evenveel afhankelijke variabelen weerlegd als bevestigd. De eerstelijnsgerichtheid heeft een onmiskenbare invloed op een aantal aspecten van de risicoselectie maar op andere niet.

In tabel 8.7 wordt ook de toetsing van hypothese 3 weergegeven. Volgens deze hypothese is de invloed van de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken sterker, als de integratiefactoren sterker zijn. Deze hypothese blijkt alleen op te gaan voor de overdrachten tijdens de bevalling. In zijn algemeenheid zijn er minder overdrachten tijdens de bevalling, als de afspraken meer eerstelijnsgericht zijn (hypothese 2). In groepen verloskundige zorgverleners die intensiever met elkaar samenwerken (er zijn, met andere woorden, sterkere integratiefactoren), is dit effect sterker.
Over het geheel genomen wordt de hypothese van sterkere effecten van de inhoud van de afspraken bij intensievere samenwerking echter niet bevestigd.

De invloed van de sterkte van de integratie op de risicoselectie
De vijfde hypothese gaat over de invloed van de sterkte van de integratie, gericht op de risicoselectie (sterkere integratiefactoren).
Het is onze verwachting dat bij een sterkere integratie, gericht op de risicoselectie, er meer wederzijds vertrouwen ontstaat tussen de eerste- en tweedelijn in elkaars deskundigheid. Dit heeft gevolgen voor de feitelijke risicoselectie. We verwachten volgens de vijfde hypothese:
- een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg (minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn en minder losse kraambedden);
- meer accent op overleg in de zorgverlening, dus: meer consulten, meer gedeelde zorg in de zwangerschap, meer medium-risksituaties, minder overname zonder overleg en minder overnames waarvoor volgens de verloskundige geen terechte indicatie is.

De vijfde hypothese is getoetst langs verschillende wegen. We gaan er immers vanuit dat de invloed van sterke integratie zich kan uiten op verschillende manieren. Om deze hypothese te toetsen worden vier verschillende maten gebruikt voor 'sterkere integratiefactoren' (zie tabel 8.1):
- een somscore;
- de factor 'bestaan en omvang van afspraken';
- de factor 'op een intensieve manier afspraken maken' en
- de factor 'frequent bespreken van afspraken'.

Deze laatste factor slaat op de evaluatie van gemaakte afspraken en is daarmee van een andere orde dan de andere drie maten. Zoals aangegeven is in hoofdstuk 4 worden er met betrekking tot de afspraken vier niveaus onderscheiden (Visser, 1980; Meijer en Vermeij, 1996). Het hoogste niveau daarvan is dat gemaakte afspraken worden geëvalueerd in het gestructureerd overleg. Op het niveau daaronder gaat het om het bestaan van afspraken zonder dat deze gezamenlijk worden geëvalueerd.
Zoals tabel 8.8 laat zien wordt de vijfde hypothese voor elke afhankelijke variabele wel bevestigd door de relaties met één of meerdere van de maten van de sterkte van de integratie. De invloed van sterke integratiefactoren uit zich evenwel op een verschillende manier voor de verschillende aspecten van de risicoselectie (dat wil zeggen voor de verschillende afhankelijke variabelen).

Tabel 8.8 De invloed van de sterkte van de integratie op de risicoselectie

	Afhankelijke variabelen							
	Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg			Risicoselectie door gynaecologen	
	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
verwachte teken van de coëfficiënten, volgens hypothese	+	-	-	+	+	-	-	-
in de totale groep:								
- coëfficiënt van de somscore	0,17* (0,10)	-0,10* (0,04)	-0,011 (0,04)	0,72* (0,30)	0,32 (0,25)	-0,20* (0,11)	-0,73*[1] (0,20)	-0,65*[1] (0,18)
- coëfficiënt van de factor 'bestaan en omvang van afspraken'	0,21* (0,12)	-0,10* (0,05)	-0,003 (0,05)	0,27 (0,25)	0,41* (0,17)	-0,21* (0,13)	-0,41[1] (0,28)	-0,54*[1] (0,23)
in de subgroep met afspraken:								
- coëfficiënt van de factor 'op intensieve manier afspraken maken'	0,19 (0,19)	-0,040 (0,078)	-0,031 (0,069)	0,76* (0,30)	0,28 (0,25)	-0,61* (0,15)	-0,47[1] (0,35)	-1,00*[1] (0,27)
- coëfficiënt van de factor 'afspraken frequent bespreken'	-0,26 (0,14)	-0,056 (0,055)	-0,090* (0,047)	-0,11 (0,18)	-0,10 (0,16)	0,27 (0,11)	-0,09[1] (0,26)	0,21[1] (0,24)
vindt hypothese 5 steun in de gegevens?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

We kijken eerst naar de invloed van integratie, zoals die is uitgedrukt met de drie eerstgenoemde maten van integratie. We verwachten dat deze maten dezelfde invloed hebben op de risicoselectie omdat ze betrekking hebben op hetzelfde niveau van afspraken. Voor zeven van de acht afhankelijke variabelen wordt inderdaad de hypothese bevestigd met de genoemde drie maten. De uitzondering wordt gevormd door de overdrachten tijdens de bevalling. Dat betekent dat sterkere integratie leidt tot minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn en meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn. Het feit dat er meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn zijn (minder 'losse kraambedden') klopt met de veronderstelling dat er meer wederzijds vertrouwen is tussen verloskundigen en gynaecologen in elkaars deskundigheid. Hierop wijst ook de bevinding dat de gynaecologen minder vaak de zorg voor een vrouw overnemen zonder overleg of met een volgens de verloskundige onduidelijke indicatie. Er is ook een lagere drempel en meer overleg tussen de eerste- en tweedelijn; dit blijkt uit het feit dat er meer consulten zijn, meer gedeelde zorg in de zwangerschap en meer medium-risksituaties.
Maakt het voor de risicoselectie een verschil of afspraken alleen worden gemaakt, of dat zij ook frequent worden besproken en geëvalueerd? Uit tabel 8.8 is af te lezen wat de invloed hiervan is (de factor 'frequent bespreken en evalueren van afspraken').
Voor de meeste aspecten van risicoselectie maakt het niet uit of de afspraken worden geëvalueerd. Dit blijkt uit het feit dat de coëfficiënt van de factor 'frequent bespreken van afspraken' niet significant verschilt van nul. Hierop is één uitzondering. Er zijn minder overdrachten tijdens de bevalling, als de afspraken frequent worden besproken en geëvalueerd. Bij de andere drie maten voor sterkte van de integratie zijn de overdrachten tijdens de bevalling juist een uitzondering. Hoe kunnen wij deze uitzonderingspositie van 'overdrachten tijdens de bevalling' verklaren?
In hypothesen 9 en 10 is reeds voorspeld dat 'overdrachten tijdens de bevalling' in zekere zin een uitzonderlijk aspect zijn van de risicoselectie. Volgens hypothese 9 is er bij consulten meer beslissingsruimte dan bij overdrachten. En volgens hypothese 10 is er bij een overdracht in de zwangerschap meer beslissingsruimte dan bij een overdracht tijdens de bevalling. Met andere woorden: bij overdrachten tijdens de bevalling hebben de verloskundigen en gynaecologen de minste ruimte om te beslissen; deze overdrachten hebben een meer acuut karakter. Verder is volgens deze hypothesen de invloed van de niet-cliëntgebonden samenwerking (gemaakte afspraken, gestructureerd overleg) sterker, als er meer beslissingsruimte is. De uitkomsten in tabel 8.8 zijn in overeenstemming met de negende en tiende hypothese. Er is blijkbaar bij overdrachten tijdens de bevalling minder beslissingsruimte en dus spelen de afspraken een minder sterke rol.
Echter, de werkelijkheid is iets ingewikkelder dan is voorzien in de negende en tiende hypothese. Anders dan we hadden verwacht, is er een factor die wel van invloed is op overdrachten tijdens de bevalling, maar die niet van invloed is op consulten of overdrachten in de zwangerschap. Dit is de factor die aangeeft of de afspraken frequent worden besproken en geëvalueerd. Deze onverwachte bevinding zou kunnen worden verklaard, als de regelmatige evaluatie van afspraken wordt gezien als een indicatie voor meer duidelijkheid, overeenstemming en onderling vertrouwen. De redenering luidt dan als volgt:
Wanneer afspraken over verwijsbeleid door verloskundigen en gynaecologen frequent worden besproken en geëvalueerd, zullen deze afspraken voor hen duidelijker zijn. Ook zullen zij in sterkere mate overeenstemming hebben over deze afspraken. Dat zou juist van belang kunnen zijn in de meer acute situaties. Er is dan minder beslissingsruimte: er moet een besluit worden genomen op korte termijn. Als afspraken duidelijk

zijn en er goede overeenstemming over is, leidt dit er toe dat de verloskundigen in twijfelgevallen misschien met een gerust hart eerder een vrouw zelf begeleiden. Ook hebben de gynaecologen dan meer vertrouwen in de verloskundigen en zijn zij minder geneigd om de zorg over te nemen.
Er zijn nog andere gegevens die steun geven aan deze gedachtengang.
In tabel 8.7 zijn de gegevens gepresenteerd over de derde hypothese. Volgens deze hypothese worden afspraken over verwijsbeleid beter nageleefd, indien de betrokken verloskundigen en gynaecologen in sterkere mate werken aan integratie. In het bijzonder is dit (volgens de derde hypothese) het geval wat betreft de eerstelijnsgerichtheid van afspraken. Daarom verwachten we, op grond van deze hypothese, dat het effect van eerstelijnsgerichte afspraken op de risicoselectie groter is wanneer de verloskundigen en gynaecologen in sterkere mater werken aan integratie. Opmerkelijk genoeg werd voor deze hypothese geen steun gevonden voor de meeste aspecten van risicoselectie. Hierop was één uitzondering: overdrachten tijdens de bevalling. Zoals tabel 8.7 laat zien leiden eerstelijnsgerichte afspraken tot minder overdrachten tijdens de bevalling; echter, dit is alleen zo wanneer er een sterke integratie is. Bij een zwakke integratie hebben eerstelijnsgerichte afspraken geen invloed op de overdrachten tijdens de bevalling.
Deze bevindingen zijn goed te interpreteren binnen de hierboven weergegeven redenering. Immers, indien de integratiefactoren sterker zijn, dan is er ook meer wederzijds vertrouwen tussen de eerste- en tweedelijn, meer duidelijkheid en meer eensgezindheid. Dit vertrouwen is een voorwaarde ervoor dat ook in een meer acute situatie (zoals bij overdrachten tijdens de bevalling) eerstelijnsgerichte afspraken worden nageleefd.

We kunnen het bovenstaande als volgt samenvatten. Wanneer verloskundigen en gynaecologen sterker werken aan integratie, leidt dit tot een risicoselectie met de volgende kenmerken:
- meer eerstelijnsgericht met minder overdrachten naar de tweedelijn en meer overdrachten naar de eerstelijn;
- meer overleg in de zorgverlening met een lagere drempel tussen de eerste- en de tweedelijn (meer consulten, meer gedeelde zorg en medium-risksituatie, minder overnames zonder overleg en minder overnames met onduidelijke indicatie).

Voor de meeste van deze effecten is het niet vereist dat de afspraken over verwijsbeleid frequent worden besproken en geëvalueerd. Echter, als men wil bereiken dat de afspraken ook worden nageleefd in de meer acute situaties (tijdens de bevalling), dan is het nodig dat de verloskundigen en gynaecologen deze afspraken frequent bespreken en evalueren.

De invloed van het bevorderen van integratie op de risicoselectie
In de meeste regio's in Nederland hebben de verloskundigen en de gynaecologen, naar wie zij vaak verwijzen, een gestructureerd overleg. Dit is het geval bij 85% van de combinaties van een verloskundige praktijk met een ziekenhuis (alleen die ziekenhuizen waarnaar de verloskundigen tenminste 20% van alle verwezen vrouwen sturen). Zoals is beschreven in hoofdstuk 4, heeft in dit onderzoek gestructureerd overleg tussen verloskundigen en gynaecologen een speciale betekenis. Dit overleg schept de voorwaarden voor het maken en evalueren van afspraken over verwijsbeleid. In andere woorden: het bevordert de integratie die gericht is op de risicoselectie. Daarom worden in dit onderzoek de kenmerken van het gestructureerd overleg beschouwd als integratie-bevorderende factoren. Er is nog een integratie-bevorderende factor: het 'klimaat' ofwel de sfeer tussen de verloskundigen en gynaecologen. Zoals is beschreven in

hoofdstuk 5, zijn sterkere integratie-bevorderende factoren inderdaad significant gecorreleerd met sterkere integratiefactoren.
De integratie-bevorderende factoren hebben wellicht een invloed op de risicoselectie via hun effect op de integratie. Misschien hebben zij daarnaast ook een direct effect op de risicoselectie. Over dit directe effect gaat de achtste hypothese. Volgens deze hypothese leiden sterkere integratie-bevorderende factoren ertoe dat de verloskundigen en gynaecologen een lagere drempel ervaren om contact met elkaar op te nemen. Hierdoor zijn er meer consulten, volgens de achtste hypothese.

Om deze hypothese te toetsen worden zes verschillende maten gebruikt voor 'sterkere integratie-bevorderende factoren' (zie ook tabel 8.2):
- een somscore;
- de factor 'bestaan en omvang van gestructureerd overleg';
- de factor 'attitude ten aanzien van het (gestructureerd) overleg';
- de factor die aangeeft dat er relatief veel vakinhoudelijke besprekingen zijn;
- de variabele die aangeeft hoe frequent het overleg is en
- de variabele die aangeeft hoe het klimaat wordt ervaren.

De eerste twee maten zijn beschikbaar voor de hele groep.
Daarnaast zijn meer gedetailleerde gegevens verkregen, indien de verloskundigen een gestructureerd overleg hebben met de gynaecologen. Voor deze groep zijn de laatstgenoemde vier maten beschikbaar die aspecten van de integratie-bevorderende factoren meten.

Om de achtste hypothese te toetsen is nagegaan of deze zes verschillende maten van 'integratie-bevorderen' een positieve associatie hebben met het optreden van consulten. Dat bleek inderdaad het geval te zijn voor twee van de zes maten (tabel 8.9). Als er meer vakinhoudelijke besprekingen zijn, zijn er ook meer consulten. Ook bij een beter ervaren klimaat zijn er meer consulten.
We concluderen dat de achtste hypothese tot op zekere hoogte steun vindt in de gegevens. Blijkbaar leiden vakinhoudelijke besprekingen (individuele cliënten, perinatale sterfte en frequente bij- en nascholing) ertoe dat de verloskundigen een lagere drempel ervaren om een consult te vragen. Hetzelfde is het geval wanneer het klimaat als beter wordt ervaren.

Daarnaast blijkt dat de integratie-bevorderende factoren ook van invloed zijn op het voorkomen van overname-zonder-overleg. Hierover is geen hypothese vooraf opgesteld. Het blijkt dat er minder overnamen zonder overleg zijn, als het ervaren klimaat beter is. Dit verband is nogal voor de hand liggend. Het is hier niet zonder meer duidelijk wat oorzaak en gevolg is.

Tabel 8.9 De invloed die het bevorderen van integratie heeft op de risicoselectie

Onafhankelijke variabelen	Afhankelijke variabelen							
	Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg		Risicoselectie door gynaecologen		
	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
Verwachte teken van de coëfficiënten volgens de achtste hypothese	+	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
In de totale groep:								
- coëfficiënt van de somscore	0,07 (0,30)	0,13 (0,12)	0,09 (0,12)	-0,74 (1,17)	-0,36 (1,03)	-0,07 (0,28)	-0,58[1] (0,58)	0,07[1] (0,54)
- coëfficiënt van de factor 'overleg en klimaat'	0,08 (0,14)	0,03 (0,06)	0,03 (0,06)	0,36 (0,22)	-0,0002 (0,21)	-0,07 (0,14)	-0,76*[1] (0,25)	-0,44[1] (0,26)
in de subgroep met gestructureerd overleg:								
- coëfficiënt van de factor 'attitude t.a.v. overleg'	-0,04 (0,14)	-0,040 (0,056)	-0,028 (0,049)	0,20 (0,19)	0,13 (0,18)	0,02 (0,11)	-0,52*[1] (0,28)	-0,43*[1] (0,23)
- coëfficiënt van de factor 'vakinhoudelijke besprekingen'	0,24* (0,13)	0,089 (0,052)	0,085 (0,046)	-0,10 (0,18)	0,23 (0,16)	0,01 (0,11)	-0,11[1] (0,23)	0,02[1] (0,20)
- coëfficiënt van de variabele 'frequentie van besprekingen	0,28 (0,32)	-0,06 (0,15)	-0,16 (0,12)	-0,48 (0,43)	0,84 (0,47)	0,43 (0,31)	-0,51 (0,60)	[2]
- coëfficiënt van de variabele 'ervaren klimaat'	1,14* (0,70)	-0,34 (0,33)	0,09 (0,26)	-1,25 (1,01)	-0,69 (0,92)	-0,35 (0,65)	-3,16* (1,23)	[2]
Vindt de achtste hypothese steun in de gegevens?	ja	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

* $p<0,05$ bij eenzijdige toetsing
[1] bij de afhankelijke variabelen 'overname zonder overleg' en 'overname zonder terechte indicatie' is niet gecorrigeerd voor de eerstelijnsgerichtheid van de afspraken
[2] het model was niet te schatten
Legenda: Tussen haakjes staat de standaardfout

Tabel 8.10 De betekenis, die een afspraak om te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst, heeft voor de risicoselectie

Onafhankelijke variabelen	De respectievelijke afhankelijke variabelen							
	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
Onafhankelijke variabele 'afspraak te werken volgens de VIL':								
- zonder correctie voor de somscores van de integratie-bevorderende en de integratiefactoren	0,13 (0,22)	-0,21* (0,09)	-0,07 (0,09)	1,06* (0,39)	0,67 (0,38)	-0,32 (0,20)	-1,60* (0,36)	-1,26* (0,34)
- na correctie	0,11 (0,30)	0,15 (0,13)	0,09 (0,11)	0,75 (0,44)	0,26 (0,42)	-0,06 (0,24)	-1,14* (0,43)	-0,81 (0,41)

De betekenis die een afspraak om te werken volgens de VIL heeft voor de risico-selectie
In tabel 8.10 wordt aangegeven welke betekenis de afspraak om te werken volgens de VIL heeft voor de risicoselectie. In hoofdstuk 4 is uiteengezet dat er meerdere dingen kunnen worden bedoeld, als men zegt dat men heeft afgesproken te werken volgens de VIL. In tabel 8.10 zien we dat de afspraak om te werken volgens de VIL gepaard gaat met minder overdrachten in de zwangerschap, meer medium-risksituaties, minder overnames zonder overleg en overnames die als onterecht worden beschouwd. Echter, nadat is gecorrigeerd voor de integratie- en integratie-bevorderende factoren, blijft slechts één relatie overeind. Het feit dat drie relaties verdwijnen, geeft aan dat de integratie- en integratie-bevorderende factoren een rol spelen in de relatie tussen 'afspraak om te werken volgens de VIL' en de risicoselectie. Dit klopt met hetgeen we zagen in hoofdstuk 4 over de VIL, namelijk dat er meerdere dingen kunnen zijn bedoeld, als men zegt dat men heeft afgesproken te werken volgens de VIL. Zo'n afspraak heeft wellicht ook te maken met een goede sfeer tussen verloskundigen en gynaecologen.

8.4 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is de vraag beantwoord of het werken in een VSV invloed heeft op de verloskundige risico-selectie en - als dat zo is - of het komt door de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Over de invloed van deze niet-cliëntgebonden samenwerking op de risico-selectie is in hoofdstuk 4 een aantal hypothesen geformuleerd. In dit hoofdstuk zijn deze hypothesen getoetst.

De toetsing in de breedte, met geaggregeerde gegevens, leverde slechts weerleggingen van de hypothesen op; geen van de verwachte verbanden werd gevonden. We wijten dit aan informatieverlies door aggregatie en aan geringere mogelijkheden om rekening te houden met relevante kenmerken van de vrouwen; kenmerken die zoals bleek uit de multiniveau-analyse ook van invloed zijn op het verloskundig resultaat.

Het onderzoek in de diepte, met onafhankelijke variabelen met betrekking tot de samenwerking op het niveau van de praktijken en met de afhankelijke variabelen op het niveau van het zorggeval, biedt betere mogelijkheden om de hypothesen te toetsen. We hebben de resultaten van de hypothese-toetsing samengevat in tabel 8.11.

De risicoselectie blijkt in VSV's meer eerstelijnsgericht en/of laagdrempelig te zijn dan in de verloskundige praktijken die niet in een VSV werken. Dit verschil blijkt inderdaad voor een belangrijk deel teruggevoerd te kunnen worden op verschillen in niet-cliëntgebonden samenwerking. De verschillen die blijven bestaan, kunnen te maken hebben met niet gemeten aspecten van de samenwerking, met de specifieke processen die de afgelopen jaren in de VSV's hebben plaatsgevonden, danwel met experimenteereffecten als gevolg van de speciale status die de onderzochte VSV's hadden.
Eerstelijnsgerichte afspraken gaan samen met eerstelijnsgerichte risico-selectie; dit geldt voor het aantal overdrachten en de zwangerschap en tijdens de bevalling (lager bij eerstelijnsgerichte afspraken) en het voorkomen van medium-risksituaties (vaker bij eerstelijnsgerichte afspraken), maar niet voor consulten tijdens de zwangerschap, gedeelde zorg in de zwangerschap en losse kraambedden.

Tabel 8.11 Overzicht van de conclusies uit het toetsen van de hypothesen over de invloeden op de risicoselectie

		Afhankelijke variabelen							
		Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg		Risicoselectie door gynaecologen		
Nummer hypothese	Hypothese/vraag	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
1	Risicoselectie in VSV's meer eerstelijnsgericht en/of laagdrempelig?	nee	ja	ja	ja	ja	nee	ja	ja
1	Zo ja, wordt dit verklaard door verschillen in niet-cliëntgebonden samenwerking?	n.v.t.	ja	nee	nee	ten dele	n.v.t.	ja	ten dele
2	Leiden eerstelijnsgerichte afspraken tot eerstelijnsgerichte risicoselectie?	nee	ja	ja	nee	ja	nee	n.v.t.	n.v.t.
3	Heeft de eerstelijnsgerichtheid van afspraken een sterker effect op de risicoselectie als de integratie sterker is?	nee	nee	ja	nee	nee	nee	n.v.t.	n.v.t.
5	Leidt een sterkere integratie tot een meer eerstelijnsgerichte en meer laagdrempelige risicoselectie?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 8.11 Overzicht van de conclusies uit het toetsen van de hypothesen over de invloeden op de risicoselectie (vervolg)

		Afhankelijke variabelen							
		Risicoselectie door verloskundigen			Tussenliggende vormen van zorg		Risicoselectie door gynaecologen		
Nummer hypothese	Hypothese/vraag	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	overdracht in de zwangerschap	overdracht tijdens de bevalling	gedeelde zorg in de zwangerschap	medium-risk-situatie	los kraambed	overname zonder overleg	overname 'zonder terechte indicatie'
5	Leidt een sterkere integratie tot minder overnames zonder overleg en minder overnames 'zonder terechte indicatie'?	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.		ja	ja
8	Leiden sterkere integratiebevorderende factoren tot meer consulten?	ten dele							
9	Zijn de invloeden van niet-cliënt-gebonden samenwerking op de risicoselectie sterker in de zwangerschap tijdens de bevalling?	ten dele wel, namelijk bij hypothese 1							
10	Zijn deze invloeden sterker voor consulten dan voor overdrachten?	nee							

Het effect van eerstelijnsgerichtheid van afspraken blijkt niet sterker te zijn in die gevallen dat niet-cliëntgebonden samenwerking intensiever is. Dit voorspelde effect treedt alleen op bij overdrachten tijdens de bevalling. Dit laatste is in strijd met de hypothesen dat niet-cliëntgebonden samenwerking meer effect heeft op consulten dan op overdrachten en meer op overdrachten tijdens de zwangerschap dan tijdens de bevalling.
In zijn algemeenheid blijkt dat sterkere integratie - op verschillende manieren gemeten - samengaat met een risicoselectie die meer eerstelijnsgericht is.
Over het geheel genomen vinden de hypothesen over de invloed van de niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie steun in de gegevens.

9 RISICOSELECTIE EN VERLOSKUNDIG RESULTAAT

Intensieve niet-cliëntgebonden samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen leidt ertoe dat verloskundigen minder vaak cliënten overdragen naar gynaecologen. Men kan zich afvragen of dat een goede zaak is. Als er minder vrouwen worden verwezen naar de gynaecologen, blijft er dan ook meer pathologie in de eerstelijn? Hierover gaat de elfde hypothese. Deze hypothese stelt dat minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn niet leidt tot meer pathologie bij de pasgeborenen. In deze paragraaf gaan we na of deze hypothese steun vindt in de gegevens.

9.1 Methoden

Het onderzoek is verricht bij 18.536 vrouwen. Deze vrouwen zijn bij de verloskundigen in zorg gekomen tijdens de zwangerschap. Zij zijn in hun zwangerschap niet overgedragen naar een gynaecoloog. Zij worden dus, op het moment waarop de bevalling begint, begeleid door een verloskundige. In deze groep vrouwen wordt nagegaan of er een verhoogde kans is op pathologie bij de pasgeborene indien er in de verloskundige praktijk minder vrouwen worden overgedragen naar de tweedelijn.
De afhankelijke variabele is 'pathologie bij de pasgeborenen'. Als indicatoren voor pathologie bij de pasgeborenen gebruiken we de volgende variabelen uit de LVR:
- een zwangerschapsduur van 251 dagen of minder;
- een laag geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur, ingedeeld in percentielen die gelden voor het geslacht van de pasgeborene van nulliparae/multiparae; deze percentielen zijn geconstrueerd met gebruikmaken van de gegevens uit een grootschalig onderzoek in Nederland (Kloosterman, 1970); de pasgeborenen werden ingedeeld in vier categorieën: 1) $\leq$P2,3; 2) >P2,3 maar $\leq$P5; 3) >P5 maar $\leq$P10; en 4) >P10. De waarden van deze categorieën zijn als intervalvariabele in de analyse gebruikt;
- de Apgarscore bij 5 minuten, ingedeeld naar 7 of meer en minder dan 7.

De kans dat bij een Apgarscore van 0 of 1 het kind overleeft is erg klein. Daarom is een Apgarscore van 0 of 1 als ontbrekend gehercodeerd indien volgens de LVR-gegevens het kind niet was overleden.
Mortaliteit kon niet als indicator voor het verloskundig resultaat worden gebruikt vanwege de kleine aantallen. Bovendien is de registratie van mortaliteit in de LVR onvolledig (Elferink-Stinkens et al., 1993).
We gaan na of deze beschikbare indicatoren voor pathologie sterker aanwezig zijn in praktijken die minder verwijzen. De onafhankelijke variabele is het percentage van de in 1995 geregistreerde zorggevallen, waarbij sprake was van een overdracht. Deze variabele is een kenmerk van de praktijk.
De analyses zijn verricht op twee niveau's, namelijk dat van de verloskundige praktijk en dat van de vrouw. We corrigeren op dit laatste niveau voor relevante kenmerken van de vrouw (leeftijd, pariteit en etniciteit) die eveneens van invloed kunnen zijn op de afhankelijke variabele. De variabele 'etniciteit' geeft aan of 'het type van de vrouw', zoals dat in de categorieën van de Landelijke Verloskunde Registratie wordt aangeduid, wel of niet is ingedeeld als 'Nederlands'. De onafhankelijke variabele, het overdrachtspercentage, is op het niveau van de praktijk ingevoerd.

9.2 Bevindingen

Van de 18.526 vrouwen hadden tien een tweeling gekregen. Het aantal eenheden in de analyse is daardoor 18.536, want de eenheid van analyse is het kind.

Tabel 9.1 Verdeling van het aantal pasgeborenen naar het percentage overdrachten in de praktijken door welke de zwangerschap werd begeleid

percentage overdrachten	aantal vrouwen n	(%)
25,0 - 29,9	1.832	(9,9%)
30,0 - 34,9	2.137	(11,5%)
35,0 - 39,9	5.738	(31%)
40,0 - 44,9	5.568	(30%)
45,0 - 49,9	2.140	(12%)
50,0 - 54,9	875	(4,7%)
55,0 - 59,9	246	(1,3%)
totaal	18.536	(100%)

Het overdrachtspercentage
Deze 18.536 pasgeborenen zijn afkomstig uit 55 verloskundige praktijken. Deze praktijken variëren wat betreft het percentage overdrachten. Negentig procent van de kinderen is afkomstig uit praktijken waarin het overdrachtspercentage ligt tussen 30% en 55% (tabel 9.1).

De onderzoekspopulatie
Bij 979 kinderen was de zwangerschapsduur niet ingevuld in de LVR. Bij de overige 17.557 pasgeborenen was de zwangerschap in 1,1% (201 kinderen) beneden 252 dagen.
Het geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur lag in 91,1% van de gevallen boven of op de tiende percentiel (tabel 9.2).

Tabel 9.2 De verdeling van geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur in de groep pasgeborenen

geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur	aantal	(%)
beneden P2,3	245	(1,4%)
≥P2,3 en beneden de P5	379	(2,2%)
≥P5 en beneden de P10	925	(5,3%)
≥P10	15.943	(91,1%)
subtotaal	17.492	(5,6%)
onbekend	1.044	(5,6%)
totaal	18.536	(100%)

De Apgarscore na 5 minuten is niet bekend bij 5,1%. Bij de overige pasgeborenen was deze laag (6 of minder) bij 0,6%. Dit is iets hoger dan de 0,3% in de LVR1 over 1993 (SIG Zorginformatie, 1996). Bij iets meer dan de helft (53,6%) had de moeder al een keer een bevalling doorgemaakt en bij 46,4% van hen nog niet. In de gegevens uit de LVR1 over 1993 zijn deze percentages vrijwel hetzelfde: 55,2% en 44,8%. Wat betreft

de etniciteit was bij 82,5% de moeder getypeerd als Nederlands. Dit is iets minder dan de 86,2% die in 1993 in de LVR1 zijn geregistreerd (SIG Zorginformatie, 1996). Ook de leeftijdsverdeling in onze onderzoeksgroep is ongeveer gelijk aan die in de LVR1 (tabel 9.3).
We vergelijken onze onderzoeksgroep met het landelijk beeld in tabel 9.3. (In onze onderzoeksgroep zijn de tien vrouwen met een tweeling dubbel geteld, maar dit heeft nauwelijks invloed op de percentages in tabel 9.3.) In onze onderzoeksgroep ligt de leeftijd gemiddeld hoger. Dit is waarschijnlijk veroorzaakt doordat onze gegevens gaan over 1995 en de landelijke gegevens over 1993. In de periode 1989-1993 is de leeftijd van de moeders verschoven naar hogere leeftijd. Bijvoorbeeld het percentage van de moeder is de leeftijdsklasse van 30-34 jaar is per jaar met bijna 2% toegenomen.

Tabel 9.3 Leeftijdsverdeling van de moeders in de onderzoeksgroep, vergeleken met de leeftijdsverdeling in de LVR1 over 1993

leeftijd van de moeder	de onderzoeksgroep		in de LVR1 over 1993	
	n	(%)	n	(%)[1]
<15	-		4	(0,0%)
15 - 19	251	(1,4%)	1.053	(1,7%)
20 - 24	1.956	(10,7%)	8.037	(13,1%)
25 - 29	6.150	(33,2%)	22.976	(37,6%)
30 - 34	7.355	(39,7%)	22.967	(37,6%)
35 - 39	2.521	(13,6%)	5.656	(9,3%)
40 - 44	264	(2,3%)	431	(0,7%)
≥45	9	(0,0%)	19	(0,0%)
totaal	18.536	(100%)	61.143	(100%)

[1] (SIG Zorginformatie, 1996)

Concluderend: er zijn geen redenen om aan te nemen dat onze onderzoeksgroep niet representatief is voor de landelijke situatie.

De samenhang tussen het percentage overdrachten en het verloskundig resultaat
In tabel 9.4 staan resultaten van de regressie-analyses, waarin is nagegaan in hoeverre er een verband is tussen aan de ene kant het percentage overdrachten in de verloskundige praktijk en aan de andere kant de indicatoren voor een suboptimaal verloskundig resultaat.

Tabel 9.4 Regressie van het percentage overdrachten op zwangerschapsduur (logistisch), geboortegewicht-naar zwangerschapsduur (lineair) en Apgarscore (logistisch), twee-niveau-analyse

onafhankelijke variabele	zwangerschapsduur minder dan 252 dagen		geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur		Apgarscore na 5 minuten ≤6	
percentage overdrachten	0,004	(0,19)	$-2,8*10^{-4}$	(0,001)	0,003	(0,019)
leeftijd (in jaren)	0,03	(0,017)	$-3,1*10^{-6}$	$(9,1*10^{-4})$	0,002	(0,022)
pariteit (0=primiparae, 1=multiparae)	-0,95*	(0,16)	-0,011	(0,008)	-0,79*	(0,21)
etniciteit (0=niet-Nederlands, 1=Nederlands)	0,36	(0,19)	0,052*	(0,011)	-0,51*	(0,23)

* p<0,05

In iedere cel van de tabel staat de coëfficiënt van de onafhankelijke variabele met (tussen haakjes) de standaardfout. Het blijkt dat het percentage overdrachten niet is gerelateerd met een van de indicatoren voor een suboptimaal verloskundig resultaat. Het is opmerkelijk dat verschillende kenmerken van de vrouwen wel significant zijn geassocieerd met deze indicatoren. Bij multiparae komen een korte zwangerschapsduur en lagere Apgarscores minder vaak voor en bij niet-Nederlandse worden vaker kinderen geboren met een relatief laag geboortegewicht. Deze laatste bevindingen liggen niet op het terrein van de onderzoeksvraag. Wel geven zij aan dat dit onderzoek voldoende 'gevoelig' is om deze verschillen waar te nemen. Desondanks hebben we geen effect gevonden van het percentage overdrachten. Indien er een effect is van het percentage overdrachten, dan moet dit een kwantitatief (zeer) gering effect zijn.

9.3 Conclusie

De onderzoeksgroep is representatief voor de landelijke situatie. We hebben geen verband gevonden tussen het percentage overdrachten en indicatoren van pathologie bij het kind. Blijkbaar leiden minder overdrachten niet tot meer pathologie bij de pasgeborenen voorzover dat door de beschikbare indicatoren wordt gemeten. De risicoselectie is dus niet riskanter in die praktijken, die in de zwangerschap minder vrouwen overdragen naar de tweedelijn. We kunnen overigens hieruit niet concluderen dat er in Nederland minder vrouwen kunnen worden overgedragen naar de tweedelijn. Om dat te onderzoeken zou een andere, experimentele onderzoeksopzet nodig zijn die praktisch en ethisch niet of nauwelijks is te realiseren. Wel is het (gelukkig) zo, dat praktijken met een laag overdrachtspercentage niet meer pathologie bij de pasgeborenen hebben dan andere praktijken.
We zagen in hoofdstuk 8 dat intensievere samenwerking leidt tot meer vrouwen in de eerstelijn. We kunnen hier nu aan toevoegen dat er geen reden is te veronderstellen dat een geringer percentage overdrachten naar de tweedelijn leidt tot meer pathologie bij de pasgeborenen.

10 DE INVLOED VAN NIET-CLIËNTGEBONDEN SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN GYNAECOLOGEN OP DE RISICO-SELECTIE

In drie VSV's zijn gegevens verzameld bij verloskundig actieve huisartsen. In hoofdstuk 6 is de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen deze huisartsen en de gynaecologen in de ziekenhuizen waarnaar zij hun patiënten verwijzen, beschreven. In dit hoofdstuk komt de risicoselectie aan de orde.
De vraag is in hoeverre de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen huisartsen en gynaecologen van invloed is op de risicoselectie.

10.1 Methode

Zoals is beschreven in hoofdstuk 6, hebben 34 huisartsen meegedaan aan de schriftelijke enquête. Dertig van hen hebben tevens op enigerlei wijze gegevens geregistreerd over de zorgverlening, via de LVR, een lokale registratie en/of in de speciale NIVEL-registratie. In sommige meermanspraktijken heeft een huisarts wel meegedaan aan de registratie, maar niet zelf de enquête ingevuld. Daarom zijn de registratie-gegevens van zo'n huisarts gekoppeld aan de enquêtegegevens van een collega van deze huisarts. Dit komt neer op dezelfde procedure als bij de verloskundigen waar de enquête altijd naar één verloskundige per praktijk is toegestuurd.
Wat betreft de invloed van niet-cliëntgebonden samenwerking op de risicoselectie zijn voor de huisartsen dezelfde hypothesen getoetst als voor verloskundigen. Een suboptimaal verloskundig resultaat was bij de huisartsen vanwege de omvang van de populatie zo infrequent dat hiermee geen kwantitatieve analyses zijn gedaan. De analyses zijn gedaan op het niveau van de vrouw, met een significantie-niveau van 0,001. Daarbij zijn de kenmerken van de vrouw (leeftijd, pariteit en etniciteit) ook in de analyse opgenomen.
In tegenstelling tot de methode die in hoofdstuk 8 en 9 is gehanteerd, is in dit geval geen twee-niveau-analyse uitgevoerd vanwege de combinatie van een relatief klein aantal huisartsen met in sommige gevallen erg weinig geregistreerde patiënten en een nogal scheve verdeling van de afhankelijke variabelen op het niveau van de huisartsen.

10.2 Bevindingen

Door de huisartsen zijn de gegevens geregistreerd van 1.325 vrouwen. Negentien (1,4%) van hen kwamen in zorg in de kraamperiode. De overige 1.306 vrouwen kwamen in zorg tijdens de zwangerschap. Bij 316 (24%) van hen werd tenminste eenmaal een gynaecologisch consult verkregen. Van de 1.306 vrouwen werden 187 (14%) overgedragen in de zwangerschap en 114 (8,7%) tijdens de bevalling.

Tabel 10.1 Het optreden van de variabelen van de risicoselectie in de onderzoeksgroep

	percentage	n (=100%)
los kraambed 1,4%		1.325
tenminste eenmaal een gynaecologisch consult	24%	1.306
overdracht tijdens de zwangerschap	14%	1.306
overdracht tijdens de bevalling	8,7%	1.306
gedeelde zorg	11%	598
medium-risksituatie	4,4%	585
overname door gynaecoloog na consult	13%	598
- waarvan zonder overleg	15%	79
- waarvan zonder terechte indicatie volgens huisarts	5%	79

In de analyses zijn drie significante relaties gevonden (tabel 10.2). Eerstelijnsgerichtheid van afspraken gaat gepaard met minder overdrachten tijdens de bevalling. Dit is in overeenstemming met de tweede hypothese. Sterkere integratie (afspraken) leidt eveneens tot minder overdrachten tijdens de bevalling; dit geeft steun aan de vijfde hypothese. Tenslotte gaat een beter klimaat (een betere ervaren samenwerking in het algemeen) samen met meer consulten; dit was voorspeld door de achtste hypothese.

Tabel 10.2 De significante relaties tussen samenwerkingskenmerken en risicoselectie door huisartsen

onafhankelijke variabele	afhankelijke variabele	regressie-coëfficiënt (standaardfout)
eerstelijnsgerichtheid van afspraken	overdracht tijdens de bevalling	-6,9 (2,0)
factor 'bestaan en omvang van afspraken'	overdracht tijdens de bevalling	-0,44 (0,09)
ervaren samenwerking in het algemeen	tenminste eenmaal gynaecologisch consult	2,39 (0,78)

Wat tabel 10.2 niet laat zien, zijn de regressiecoëfficiënten van de niet-significante relaties. In hoofdstuk 8 hebben we van de verloskundigen wel deze coëfficiënten gepresenteerd. Kortheidshalve vatten we deze gegevens hier samen. De overige regressiecoëfficiënten waren niet significant, ook niet indien er tweezijdig zou zijn getoetst. Een uitzondering hierop is de associatie tussen sterkere integratie (de factor 'bestaan en omvang van afspraken') en consulten. Sterkere integratie gaat gepaard met minder consulten. Dit zou bij tweezijdige toetsing significant zijn geweest (regressiecoëfficiënt -0,33) en bij tweezijdige toetsing $p<0,00005$. We toetsen echter eenzijdig en deze relatie is niet in de richting die voorspeld is in de hypothese.

10.3 Bespreking

In dit onderzoek bij huisartsen zijn de aantallen kleiner dan bij verloskundigen. Waarschijnlijk heeft dit ertoe geleid dat er minder statistisch significante verbanden zijn gevonden. Evenals bij de verloskundigen leiden eerstelijnsgerichte afspraken en sterkere integratie tot minder overdrachten tijdens de bevalling en leidt een beter klimaat tot meer consulten.

11 CONCLUSIES: DE IMPLICATIES VAN DE ONDERZOEKSBEVINDINGEN VOOR BELEID

In dit hoofdstuk worden de implicaties van de onderzoeksbevindingen voor het beleid behandeld. Eerst wordt het beleidskader van het onderzoek geschetst (paragraaf 11.1). Vervolgens worden in paragraaf 11.2 de belangrijkste onderzoeksbevindingen beschreven. De betekenis van deze bevindingen voor de centrale beleidsvraag komt aan de orde in paragraaf 11.3. De implicaties voor het beleid worden besproken in paragraaf 11.4. Tenslotte wordt de eindconclusie weergegeven in paragraaf 11.5.

11.1 Het beleidskader van het onderzoek

Het beleidskader van het onderzoek is geschetst in de eerste twee hoofdstukken van dit rapport. Daarin is met name aandacht besteed aan het beleid van de regering, dat is verwoord in het Regeringsstandpunt Verloskunde (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989). Ook is de belangrijke rol beschreven die het beleid van de Ziekenfondsraad ten aanzien van de richtlijnen voor risicoselectie vervulde. De voor dit onderzoek belangrijkste passage uit het Regeringsstandpunt Verloskunde is de volgende:

'De verloskundige organisatie die de commissie (de Adviescommissie Verloskunde) voor ogen staat, en waarin ik haar volg, benadrukt enerzijds het 'natuurlijke' karakter van de normaal verlopende bevalling (wat betekent dat de thuisbevalling in principe als het 'normale' geval beschouwd dient te worden), en garandeert anderzijds dat in alle gevallen maximale veiligheid bestaat voor de aanstaande moeder en haar kind door uiterst zorgvuldige selectie in de zwangerschap en de mogelijkheid te allen tijde, ook tijdens de bevalling, de hulpverlening tijdig over te dragen aan de voor de situatie meest aangewezen hulpverlener. Het is welhaast vanzelfsprekend, en ook in die zin volg ik de commissie, dat samenwerking tussen allen die bij baring en kraambed betrokken zijn een essentiële voorwaarde is voor handhaving en, waar nodig, verbetering van dit systeem. Daarbij dient gedacht te worden aan samenwerking rond een concrete casus, waardoor de zwangere in kwestie de hulpverlening krijgt die het meest is aangepast aan haar behoeften, terwijl er tevens een geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen de verschillende hulpverleners tot stand wordt gebracht.

Een goede risicoselectie, een noodzakelijke voorwaarde wil de verloskundige organisatie inderdaad de noodzakelijke veiligheid garanderen, zal daardoor zonder twijfel bevorderd kunnen worden. De resultaten van de reeds bestaande samenwerkingsverbanden wijzen naar het oordeel van de commissie duidelijk in deze richting.'

Uit deze passage kan worden afgeleid dat de centrale beleidsvraag voor het onderzoek is: 'In hoeverre, en hoe leidt geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen zorgverleners tot een goede risicoselectie en veiligheid?'. In de volgende paragraaf zullen de belangrijkste onderzoeksbevindingen worden gerecapituleerd en daarna zal worden nagegaan wat de betekenis is van deze onderzoeksbevindingen in het licht van deze centrale beleidsvraag.

11.2 De belangrijkste onderzoeksbevindingen

In dit onderzoek is de samenwerking tussen verloskundige zorgverleners in de eerste- en tweedelijn onderzocht. Er is vooral aandacht besteed aan de vraag of samenwerking in de verloskundige zorg invloed heeft op de risicoselectie.
Bezien vanuit het beleidskader waarin dit onderzoek kan worden geplaatst, is het enerzijds van belang na te gaan wat het werken in een verloskundig samenwerkingsverband betekent voor de risicoselectie, terwijl anderzijds het 'mechanisme' van belang is. Hiermee bedoelen we dat moet worden onderzocht of samenwerking tussen verloskundige zorgverleners ook los van het werken in een VSV van invloed is op de risicoselectie.
Voortbouwend hierop is het onderzoek niet beperkt tot de VSV's die in het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden zijn gestimuleerd en door het CBO begeleid. Aan de kant van de verloskundigen is het onderzoek uitgebreid naar landelijke schaal. Hierdoor komt weliswaar de nadruk van het onderzoek sterk te liggen op het werk van verloskundigen en hun samenwerking met de tweedelijn, maar kunnen de vragen van het onderzoek beter worden beantwoord. Een soortgelijke uitbreiding naar een landelijk beeld is overwogen wat betreft huisartsen, maar om praktische redenen - voornamelijk betrekking hebbend op het ontbreken van registratiegegevens over het verloskundig handelen - is daarvan afgezien. Een landelijk onderzoek onder gynaecologen zou - door het ontbreken van actieve steun van de beroepsorganisatie - naar onze inschatting tot een te lage respons hebben geleid om zinvol onderzoek te doen.

Risicoselectie in de verloskundige zorg betekent haast per definitie dat er interacties zijn tussen eerste- en tweedelijnszorgverleners omtrent individuele cliënten; er vinden verwijzingen plaats, er vinden eenmalige consulten plaats door gynaecologen voor cliënten die in zorg zijn in de eerstelijn, en in sommige situaties vindt er 'gedeelde zorg' plaats. Deze interacties zijn in dit onderzoek de cliëntgebonden samenwerking genoemd. Daarnaast is er ook niet-cliëntgebonden samenwerking. Deze samenwerking houdt onder andere in dat de verloskundigen (respectievelijk huisartsen) en gynaecologen afspraken maken over verwijsbeleid. Het maken en evalueren van afspraken vatten we samen met de term 'integratie die gericht is op de risicoselectie'. Deze integratie kan worden bevorderd wanneer de verloskundigen (respectievelijk huisartsen) en de gynaecologen een gezamenlijk gestructureerd overleg hebben.

In het onderzoek is een aantal verwachtingen getoetst over niet-cliëntgebonden samenwerking, risicoselectie en verloskundig resultaat. Hieruit zijn de volgende conclusies getrokken:

1) In de zeven deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) is de niet-cliëntgebonden samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn intensiever dan in de groepen verloskundige zorgverleners (GVZ's) elders in Nederland. In zijn algemeenheid geldt dat er betrekkelijk veel samenwerking is tussen verloskundigen en gynaecologen, ook buiten de deelnemende VSV's.
2) Het werken in een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) heeft invloed op de risicoselectie. Als we de VSV's vergelijken met de GVZ's elders, dan blijkt dat werken in een VSV gepaard gaat met minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn. Ook is er in de VSV's meer accent op overleg in de zorgverlening: meer gedeelde zorg in de zwangerschap, meer medium-risksituaties. In de VSV's komt het minder vaak voor dat een vrouw door een gynaecoloog wordt overgenomen zonder overleg of met een onduidelijke indicatie. Deze verschillen tussen de

VSV's en de GVZ's elders worden voor een belangrijk deel verklaard door het feit dat in de VSV's intensiever wordt samengewerkt door de eerste- en tweedelijn.

3) De manier waarop de eerste- en tweedelijn in zijn algemeenheid, dus los van het al of niet werken binnen een VSV, samenwerken, heeft invloed op de risicoselectie. Wanneer verloskundigen (respectievelijk huisartsen) veel afspraken maken over verwijsbeleid en als deze afspraken veel risicofactoren omvatten en ook nog worden geëvalueerd, dan leidt dit tot een sterker accent op de eerstelijn (minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn en meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn). Mogelijk is dit te verklaren, doordat de eerste- en tweedelijn meer vertrouwen hebben in elkaars deskundigheid en onderling meer duidelijkheid hebben. Waarschijnlijk speelt ook een rol dat de verloskundigen (en huisartsen) dan meer zelfvertrouwen hebben. In andere woorden: de integratie, die gericht is op risicoselectie (afspraken over verwijsbeleid) leidt ertoe dat meer vrouwen in de eerstelijn begeleid worden.
4) Deze integratie, die gericht is op de risicoselectie, leidt ook tot een risicoselectie met meer accent op overleg. Er zijn meer consulten, er is meer gedeelde zorg in de zwangerschap, er zijn meer medium-risksituaties en er zijn minder overnames-zonder-overleg en ook minder overnames met onduidelijke indicatie.
5) Gestructureerd overleg tussen de eerste- en tweedelijn is bevorderlijk voor het maken van afspraken. Elementen in dit overleg, zoals de frequentie, het bespreken van zorginhoudelijke onderwerpen, de attitude ten aanzien van dit overleg en het 'klimaat', zijn bevorderend voor de integratie, gericht op de risicoselectie.
6) Intensief gestructureerd overleg en een goed 'klimaat' tussen verloskundigen en gynaecologen gaan klaarblijkelijk gepaard met een verlaging van de drempel die de verloskundigen ervaren om een consult aan te vragen. Al met al lijkt het erop dat sterkere integratie- (afspraken) en sterkere integratie-bevorderende factoren (gestructureerd overleg en een goed 'klimaat') leiden tot meer duidelijkheid, overeenstemming en vertrouwen tussen de eerste- en tweedelijn.
7) Als er in een verloskundige praktijk minder vrouwen worden overgedragen naar de tweedelijn, dan gaat dit niet gepaard met een aantoonbare toename van indicatoren voor pathologie bij de pasgeborenen; de beschikbare indicatoren waren de zwangerschapsduur, het geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur en de Apgar-score vijf minuten na de geboorte.

11.3 Betekenis van de onderzoeksbevindingen voor de centrale beleidsvraag

In de centrale beleidsvraag gaat het om 'geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen zorgverleners'. Dit valt samen met de 'niet-cliëntgebonden samenwerking tussen de eerstelijn en tweedelijn' in ons onderzoek. Deze niet-cliëntgebonden samenwerking wordt gekenmerkt door de integratiefactoren en de integratie-bevorderende factoren. De bevorderende factoren hebben met name betrekking op gestructureerd overleg tussen de eerste- en tweedelijn, terwijl de integratiefactoren vooral betrekking hebben op afspraken die zijn gemaakt over de richtlijnen voor risicoselectie.

Een goede risicoselectie

In de centrale beleidsvraag komt het begrip 'goede risicoselectie' voor. Een goede risicoselectie houdt in dat een zwangere zo mogelijk wordt begeleid in de eerstelijn, maar zonodig in de tweedelijn. Om dit te realiseren vinden verwijzingen plaats tussen

de eerste- en tweedelijn. Een goede risicoselectie houdt in dat er een verwijzing plaatsvindt indien deze nodig is, terwijl anderzijds, indien er sprake is van een verwijzing, deze ook nodig was. Het is aannemelijk dat deze optimale situatie wat betreft verwijzingen wordt gerealiseerd wanneer er een combinatie is van zowel een lage ervaren drempel tussen de eerste- en tweedelijn alsook van een zorginhoudelijke overeenstemming en duidelijkheid tussen de eerstelijn en de tweedelijn. Immers, bij een lage drempel tussen de eerste- en tweedelijn zal er in het algemeen een verwijzing plaatsvinden wanneer deze nodig is. Tevens draagt zorginhoudelijke duidelijkheid en overeenstemming tussen eerste- en tweedelijn ertoe bij dat een verwijzing, indien deze plaatsvindt, ook nodig is. Ter toelichting van deze beweringen kunnen we ook de omgekeerde situatie beschouwen, dat wil zeggen een minder goede risicoselectie. Bij een hoge drempel voor contact tussen de eerste- en tweedelijn zal het voorkomen dat bij twijfel over de noodzaak tot verwijzing een zorgverlener niet overgaat tot verwijzing, doordat zij/hij een hoge drempel voor contact ervaart. Bovendien zullen onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming tussen eerste- en tweedelijn over de zorginhoudelijke aspecten van de risicoselectie ertoe leiden dat twijfel over de noodzaak tot verwijzing extra wordt gevoed. Het is voorstelbaar dat een zorgverlener in zo'n situatie het zekere voor het onzekere neemt en dan verwijst. Dit kan leiden tot verwijzingen die niet nodig zouden zijn geweest, wanneer er meer zorginhoudelijke duidelijkheid en overeenstemming tussen de eerste- en tweedelijn was geweest.
Hierop voortbouwend, kunnen we concluderen dat een 'goede risicoselectie' zal worden bevorderd door een combinatie van een lage ervaren drempel en zorginhoudelijke duidelijkheid en overeenstemming tussen de eerste- en tweedelijn. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat dit wordt bevorderd door de aard en inhoud van de zorginhoudelijke afspraken (sterkere integratiefactoren) en regelmatig gestructureerd overleg (sterkere bevorderende factoren). Dit leidt ertoe dat wij inderdaad kunnen concluderen, dat een geïnstitutionaliseerde samenwerking, die wordt gekenmerkt door sterkere integratiefactoren en sterkere bevorderende factoren, vermoedelijk gepaard gaat met een betere risicoselectie.

Veiligheid voor de aanstaande moeder en haar kind
Zoals is gesteld in het citaat uit het Regeringsstandpunt Verloskunde in paragraaf 11.1, dient de verloskundige organisatie veiligheid te garanderen voor de aanstaande moeder en haar kind door selectie in de zwangerschap en tijdens de bevalling.
Wij hebben geconstateerd dat een sterkere integratie, gericht op de risicoselectie, gepaard gaat met een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg (minder overdrachten van de eerste- naar de tweedelijn en meer overdrachten van de tweede- naar de eerstelijn). Er zijn dan meer vrouwen in de eerstelijn. De vraag is dan of misschien teveel vrouwen in de eerstelijn worden begeleid. Gaat deze verschuiving naar eerstelijnszorg gepaard met meer pathologie bij de pasgeborenen?
We hebben geen aanwijzingen gevonden dat in verloskundige praktijken, waarin minder vrouwen worden overgedragen naar de tweedelijn, meer pathologie voorkomt bij de pasgeborenen. Dat is op zich een geruststellende bevinding. Echter, men kan zich afvragen of in ons onderzoek de aantallen wel groot genoeg zijn. Misschien zijn in ons onderzoek de aantallen niet groot genoeg om een effect, indien dit aanwezig is, aan te tonen. Een suboptimaal verloskundig resultaat, dat is vast te stellen met de gegevens in de Landelijke Verloskunde Registratie, is (gelukkig) zo zeldzaam, dat er zeer grote aantallen nodig zijn om eventuele effecten van risicoselectie op het verloskundig resultaat aan te kunnen tonen. Aan de andere kant zijn de aantallen in onze analyses wèl voldoende om aan te tonen dat bepaalde risicofactoren bij de vrouw

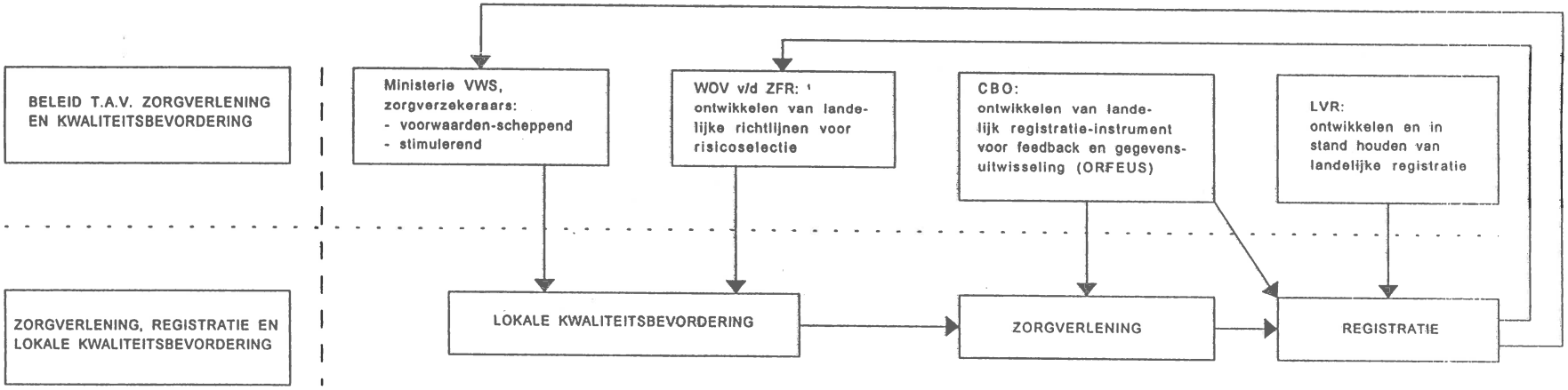
geassocieerd zijn met indicatoren voor pathologie; we vinden dat een lager geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur vaker voorkomt bij niet-Nederlandse vrouwen, terwijl tevens een korte zwangerschapsduur vaker voorkomt bij vrouwen die niet eerder een bevalling hadden gehad. Dit maakt aannemelijk dat àls er een relatie zou zijn tussen minder verwijzingen en meer pathologie, dit een zwakke relatie moet zijn, minder sterk dan de bovengenoemde gevonden relaties.

Kwaliteit van zorg
We kunnen concluderen dat intensieve samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn bevorderlijk is voor de veiligheid van de (aanstaande) moeder en het kind. Deze niet-cliëntgebonden samenwerking houdt in dat de verloskundigen, huisartsen en gynaecologen afspraken maken over verwijsbeleid en deelnemen aan gezamenlijk gestructureerd overleg. Blijkbaar zijn deze plaatselijke activiteiten effectief. Zij zijn een vorm van kwaliteitsbevordering.

11.4 Implicaties van de onderzoeksbevindingen voor het beleid

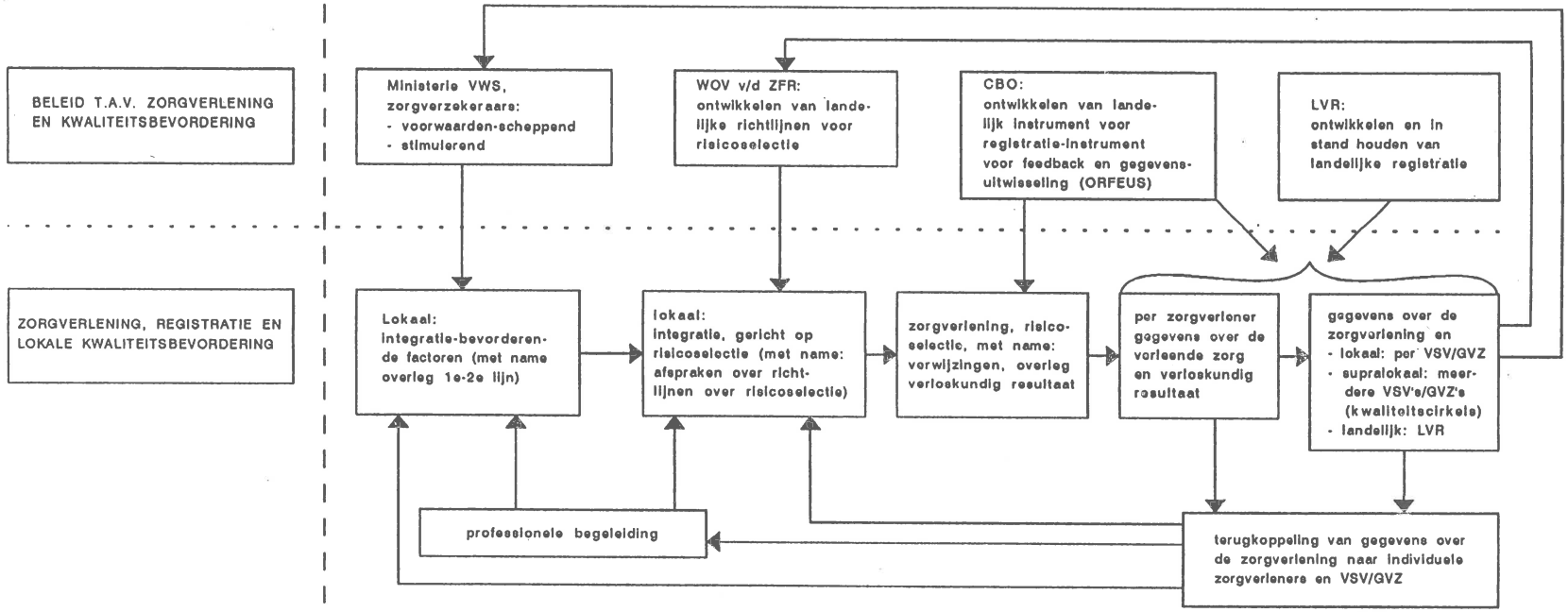
Als wij ons afvragen wat nu de betekenis is van de onderzoeksbevindingen voor het te voeren beleid, dan hebben wij te maken met drie grootheden: de zorgverlening, de lokale kwaliteitsbevordering en het beleid dat gevoerd wordt ten aanzien van zorgverlening en lokale kwaliteitsbevordering. In figuur 11.1 en 11.2 staan deze begrippen in onderlinge samenhang weergegeven.
Ten eerste worden in figuur 11.1 en 11.2 schematisch de zorgverlening en de lokale kwaliteitsbevordering weergegeven. Hierin zijn de elementen terug te vinden uit het model dat is weergegeven in figuur 4.4 (hoofdstuk 4). Dat wil zeggen, dat op plaatselijk niveau de zorgverlening, en met name de risicoselectie, wordt beïnvloed door integratie die gericht is op de risicoselectie, terwijl deze integratie afhankelijk is van de plaatselijke integratie-bevorderende factoren. Deze integratiefactoren en integratie-bevorderende factoren zijn in ons onderzoek samengenomen in het begrip 'niet-cliëntgebonden samenwerking'. In figuur 11.2 is hieraan toegevoegd dat uit de zorgverlening gegevens voortvloeien per zorgverlener over de verleende zorg en het verloskundig resultaat. Deze gegevens kunnen worden tezamen genomen en bewerkt, zodat gegevens ontstaan op landelijk niveau (de Landelijke Verloskunde Registratie) of op supra-lokaal niveau wanneer er meerdere groepen van verloskundige zorgverleners (GVZ's) samenwerken in 'kwaliteitscirkels', en tenslotte op lokaal niveau wanneer binnen een VSV de betreffende gegevens worden verzameld.
In de kwaliteitsbevordering wordt gebruik gemaakt van de gegevens over de verleende zorg en het verloskundig resultaat. Deze kwaliteitsbevordering kan, in zijn meest eenvoudige vorm, inhouden dat een zorgverlener of een praktijk terugkoppeling krijgt over zijn eigen zorgverlening en het daarmee gepaard gaande verloskundig resultaat, waarbij dit kan worden afgezet tegen een grotere groep, zoals bijvoorbeeld de landelijke situatie. Dit geschiedt door de gegevens van de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR). Daarnaast kunnen zorgverleners in een groep verloskundige zorgverleners (GVZ) of een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) de gegevens over de gezamenlijk verleende zorg benutten voor terugkoppeling.
In figuur 11.2 staat aangegeven dat kwaliteitsbevordering kan plaatsvinden ten aanzien van de zorgverlening. Dit houdt in dat men afspraken maakt over de risicoselectie, zodat de zorgverlening en met name de risicoselectie op elkaar zijn afgestemd.

Figuur 11.1 De zorgverlening, lokale kwaliteitsbevordering en beleid



[1] Werkgroep Overleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad

Figuur 11.2 Uitgewerkt schema van de zorgverlening, lokale kwaliteitsbevordering en beleid



Tevens kan men door gestructureerd overleg de voorwaarden ervoor scheppen dat zulke afspraken tot stand komen. Wij kunnen deze lokale integratie die gericht is op de risicoselectie en de bevordering van deze lokale integratie beschouwen als kwaliteitsbevordering. Deze kwaliteitsbevordering kan worden gefaciliteerd door professionele begeleiding.
Het beleid kan verschillende functies vervullen ten aanzien van de zorgverlening en de kwaliteitsbevordering. Wat betreft de integratie-bevorderende factoren kunnen in het beleid voorwaarden worden geschapen en stimulansen gecreëerd om gestructureerd overleg tussen zorgverleners tot stand te brengen. Dit kan op het terrein liggen van de overheid en de ziektekostenverzekeraars. De lokale integratie, die gericht is op de risicoselectie, kan worden bevorderd wanneer er richtlijnen voor risicoselectie zijn, die worden onderschreven door de landelijke beroepsorganisaties van de betrokken zorgverleners (Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie). Hiermee houdt zich thans de Werkgroep Overleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad bezig, en met name de subwerkgroep die als opdracht heeft de bijstelling van Verloskundige Indicatielijst. De Landelijke Verloskunde Registratie wordt gevoerd door de SIG op initiatief en onderverantwoordelijkheid van de beroepsverenigingen, terwijl door het CBO een landelijk instrument is ontwikkeld voor elektronische registratie, feedback en gegevensuitwisseling tussen verloskundige zorgverleners (ORFEUS).

11.5 Eindconclusie

Zoals is uiteengezet in hoofdstuk 1, wordt de verloskundige zorg in Nederland gekenmerkt door een scheiding tussen de eerste- en tweedelijn. Een goede risicoselectie is noodzakelijk voor een goed functioneren van dit verloskundig systeem. Dit onderzoek heeft laten zien dat plaatselijke samenwerking tussen de eerste- en tweedelijn bevorderlijk is voor een goede risicoselectie. Door het maken en evalueren van afspraken en door gestructureerd overleg worden duidelijkheid, overeenstemming en vertrouwen tussen de eerste- en tweedelijn bevorderd. Ook wordt de drempel voor contact tussen de eerste- en tweedelijn verlaagd. De plaatselijke, niet-cliëntgebonden samenwerking heeft twee aspecten, te weten een zorginhoudelijke aspect waarbij duidelijkheid en overeenstemming ontstaan over richtlijnen voor risicoselectie, en ten tweede een relationeel aspect van vertrouwen en een lage drempel voor contact ontstaat. Het is aannemelijk dat beide aspecten van belang zijn voor een goede risicoselectie en de veiligheid van de verloskundige organisatie. Vooral is het van belang dat plaatselijk afspraken over richtlijnen voor risicoselectie worden gemaakt, terwijl gestructureerd overleg bevorderlijk is voor het tot stand komen van afspraken. Deze plaatselijke kwaliteitsbevordering kan worden gefaciliteerd door gebruik te maken van gegevens uit registratie van de verleende zorg en het verloskundig resultaat. Professionele begeleiding kan de samenwerking verbeteren.
Voor de hierboven geschetste optimale zorgverlening en lokale kwaliteitsbevordering is gericht beleid vereist. Dat beleid heeft verschillende functies met verschillende actoren. De belangrijkste actoren zijn de beroepsgroepen en de beroepsorganisaties van de betrokken zorgverleners. Er zijn en worden belangrijke gezamenlijke activiteiten verricht op het gebied van kwaliteitsbevordering en beleid door de beroepsorganisaties waarbij te noemen valt de Landelijke Verloskunde Registratie en de samenwerking in de Werkgroep Overleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad.

Er worden veel activiteiten ontplooid en initiatieven genomen op verschillende niveaus: lokaal door de samenwerkende zorgverleners, supra-lokaal en ook landelijk door de betrokken beroepsgroepen. Ook wordt door ziektekostenverzekeraars gericht gewerkt aan het scheppen van voorwaarden voor een goede verloskundige zorg. Hoewel de activiteiten van ziektekostenverzekeraars buiten het bestek van dit onderzoek vielen, zijn zij op dit moment zeker van belang en zullen zij naar verwachting in de toekomst van toenemend belang zijn.
Voor de overheid houdt beleid-op-maat in dat in deze constellatie van activiteiten de voorwaarden worden geschapen en stimulansen worden gecreëerd met als einddoel een goede kwaliteit van de zorg.

LITERATUUR

ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE. Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Rijswijk: 1987

BOER, M.L. DE, VERMEIJ, D.J.B. Begeleiding en ondersteuning van verloskundige samenwerkingsverbanden. Utrecht: CBO, 1996

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandberichten Gezondheid; 1972-1992

ELFERINK-STINKENS, P.M., BRAND, R., VERLOOVE-VANHORICK, S.P., HEMEL, O.J.S. VAN. Onderrapportage van de eersteweeksterfte bij vroeggeboorte in de Landelijke Verloskunde Registratie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 137, 1993, no.6.p.298-301

HOOGENDOORN, D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986 p.1436-1440

HOOGENDOORN, D. Nadere beschouwing van de perinatale sterfte in verschillende landen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986 no.47.p.2136-2137

KLOOSTERMAN G.J. On intra-uterine growth. International Journal of Gynaecology and Obstetrics; 8, 1970, p.895-912

MEIJER, W.J., VERMEIJ, D.J.B. A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care. International Journal for Quality in Health Care; 8, 1996, no.6.p.1-15

MINISTERIE VAN WVC. Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman. Tweede Kamer der Statengeneraal. Vergaderjaar 1988-1989; 20800 hoofdstuk XVI, nr.163

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE. Commentaar op het eindrapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1987

PEL, M., HERES, M.H.B., HART, A.A.M., VEEN, F. VAN DER, TREFFERS, P.E.. Providerassociated factors in obstetric interventions. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology; in druk

REDACTIE. (Editorial). Medische indicaties voor specialistische behandeling. In: Kloosterman G.J., editor. De voortplanting van de mens. Weesp: Centen, 1985.

RITECO, J.A., HINGSTMAN, L. Evaluatie invoering 'Verloskundige Indicatielijst'. Utrecht: NIVEL, 1991

SIG ZORGINFORMATIE. Verloskunde in Nederland. Grote lijnen 1989-1993. Utrecht; SIG Zorginformatie 1996

TREFFERS, P.E., LAAN R. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. British Journal for Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p.690-693

VEER, A.J.E. DE, MEIJER, W.J., GROENEWEGEN, P.P.. Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg. Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden deel I. Utrecht: NIVEL, 1996

VISSER, G.R. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact; 35, 1980, p.468-72

WIEGERS, T.A., BERGHS, G.A.H. Bevallen, thuis of poliklinisch? Utrecht: NIVEL, 1994

WILLIAMSON, J.W. Formulating priorities for quality assurance activity. Journal of the American Medical Association; 239, 1978, p.631-637

ZIEKENFONDSRAAD. Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Verloskundige Indicatielijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987

BIJLAGEN

Bijlage 1	De landelijke enquête onder verloskundige praktijken
Bijlage 2	Het registratieformulier voor de verloskundigen in de Landelijke Verloskunde Registratie
Bijlage 3	Het aanvullende NIVEL-formulier voor de verloskundigen
Bijlage 4	Het registratieformulier voor de gynaecologen

BIJLAGE 1 De landelijke enquête onder verloskundige praktijken

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

postbus 1568
3500 BN Utrecht
telefoon 030 319946

Enquête naar samenwerking in de verloskundige zorg

DEEL I ALGEMENE GEGEVENS

mei 1995

Deze enquête is een onderdeel van een onderzoek naar samenwerking in de verloskundige zorg. Het NIVEL voert dit onderzoek uit in opdracht van het Ministerie van VWS. Het doel van deze vragenlijst is om **gegevens te verkrijgen over samenwerking en risicoselectie**. Bij uittesten bleek dat het invullen van deze vragenlijst **gemiddeld ongeveer 30 à 40 minuten duurt.** Bij de meeste vragen hoeft u alleen maar een hokje aan te kruisen.

Het is voor het slagen van het onderzoek belangrijk dat vanuit **iedere verloskundige praktijk** de vragenlijst wordt ingevuld. Als u niet verloskundig actief bent, verzoeken wij u om de eerste vraag in te vullen, en dan de enquête te retourneren.

De **gang van zaken bij dit onderzoek** is als volgt.
Er wordt gevraagd naar samenwerking. Het gaat om een aantal feiten en daarnaast ook om persoonlijke beleving omdat samenwerkingsrelaties zeer persoonlijk kunnen zijn. Daarom wordt gevraagd naar **uw eigen persoonlijke mening of beleving.** Het is dan ook nodig dat u afgaat op uw eigen beleving en mening.

De meeste vragen hebben maar een **beperkt aantal antwoordmogelijkheden**. Het is de bedoeling dat u het antwoord aankruist dat het best uw mening weergeeft. Omdat we graag alle gegevens zo volledig mogelijk hebben verzoeken wij u geen vragen over te slaan.
Natuurlijk kunnen we niet alle mogelijke onderwerpen in deze vragenlijst opnemen. Dat betekent niet dat we daar niet in geïnteresseerd zijn. Indien u **bij een vraag een opmerking** heeft, dan kunt u die **bij deze vraag vermelden.** Op het eind van het formulier is ook ruimte voor het vermelden van zaken die u van belang vindt.

Wij waarborgen de **privacy van de verloskundigen** die deelnemen aan deze enquête, en ook **van de ziekenhuizen** waar zij mee samenwerken. In rapportages zullen de gegevens zó worden gepresenteerd dat deze niet herleidbaar zijn tot verloskundigen of een ziekenhuis.

Uw vragenlijst heeft een nummer. Een koppeling van naam en nummer is alleen bij het NIVEL bekend en is nodig om er achter te komen wie de vragenlijst terugstuurt. Deze koppeling wordt gescheiden bewaard van de informatie uit de vragenlijsten. Wij garanderen u dat de gegevensverwerking zorgvuldig en vertrouwelijk gebeurt.

De enquête bestaat uit twee delen. Dit is deel 1; dit gaat over algemene gegevens. Deel 2 gaat over de samenwerking met het ziekenhuis waarnaar u het meest verwijst (en, indien van toepassing, eveneens naar een tweede ziekenhuis). (Voor de meeste verloskundigen zal niet meer dan één ziekenhuis van belang zijn in deze vragenlijst.) **De privacy van deze gynaecologen en het ziekenhuis** wordt gegarandeerd. De gegevens van deel 2 worden dan ook gescheiden worden bewaard van deel 1. Zodoende kan degene die werkt met de formulieren, niet weten om welk ziekenhuis het gaat. In de computer worden de ziekenhuizen aangegeven met een code. De onderzoekers weten niet welke code hoort bij welk ziekenhuis. In publicaties zullen de gegevens niet herleidbaar zijn tot cliënten, verloskundigen, gynaecologen of ziekenhuizen.

We verzoeken u de vragenlijst **vóór 6 juni** in de bijgaande antwoordenveloppe naar het NIVEL te sturen. Een postzegel plakken is niet nodig.

Indien u nadere informatie wilt of indien er vragen onduidelijk zijn dan kunt u contact opnemen met Wouter Meijer of Anke de Veer, telefoon 030-319946 (NIVEL) (buiten kantoortijd Wouter Meijer, telefoon 02159-52558).

Met dank voor uw medewerking.

Wouter Meijer
Anke de Veer

LANDELIJKE ENQUÊTE: VRAGENLIJST VOOR VERLOSKUNDIGEN

ALGEMENE VRAGEN

1. Bent u verloskundig actief?

   O ja *(U gaat door naar vraag 2)*
   O nee; zo nee, wilt u s.v.p. aangeven welke verloskundige u heeft opgevolgd? Deze verloskundige is: (naam, adres) . . . . . .
   . . . . . .

   U bent klaar met invullen en wij verzoeken u de enquête te retourneren.

2. Hoe is uw praktijk samengesteld?

   O solopraktijk
   O duopraktijk
   O groepspraktijk van in totaal ..... collega's (uzelf inbegrepen)
   O niet van toepassing, want . . . . . .
   O anders, namelijk . . . . . .

3. Hoeveel bevallingen worden er per jaar in uw verloskundige praktijk begeleid, dat wil zeggen door de verloskundigen in uw praktijk gezamenlijk? . . . . . .

4. Waar wonen de meeste cliënten van uw praktijk?

   O Amsterdam / Rotterdam / Den Haag / Utrecht
   O andere grote stad met meer dan 100.000 inwoners
   O middelgrote stad 30.000-100.000 inwoners
   O platteland of kleine stad tot 30.000 inwoners

5a. In hoeverre maakt u gebruik van de Verloskundige Indicatielijst (uitgebracht door de Ziekenfondsraad) bij het bepalen van het verloskundig verwijsbeleid?

   O altijd
   O meestal
   O soms
   O zelden
   O nooit

5b. Deze Verloskundige Indicatielijst vormt een richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid. In hoeverre bent u het ermee eens dat richtlijnen voor het verloskundig verwijsbeleid worden opgesteld?

   O helemaal mee eens
   O mee eens
   O deels wel/deels niet mee eens
   O mee oneens
   O volstrekt mee oneens

5c. In hoeverre bent u het ermee eens dat in de Verloskundige Indicatielijst naast het lage risico (eerstelijnszorg) en het hoge risico (tweedelijnszorg) de varianten 'overleg-risico' en 'medium-situatie' zijn toegevoegd?

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee oneens	volstrekt mee oneens
Overleg-risico	O	O	O	O	O
Medium-situatie	O	O	O	O	O

5d. In hoeverre bent u het ermee eens dat de eerstelijnsverloskundige hulpverlener bij een overleg-risico aan de hand van het verkregen advies het verloskundig verwijsbeleid bepaalt?

O helemaal mee eens
O mee eens
O deels wel / deels niet mee eens
O mee oneens
O volstrekt mee oneens

---

6. Neemt u deel aan een verloskunde registratie?

O ik neem deel aan de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR), en niet aan een regionale verloskunde registratie
O ik neem deel aan een regionale verloskunde registratie, en via deze registratie aan de LVR
O ik neem niet deel aan een verloskunde registratie
O anders, namelijk: . . . . . .

---

7. *Het is de bedoeling dat de gegevens die u in deze enquête invult, worden gekoppeld aan gegevens van uw verloskundige praktijk uit de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR). Daarom zal in een aparte brief van de SIG worden gevraagd of u (respectievelijk de verloskundigen uit uw praktijk) hiermee akkoord gaat. Indien u daar niet meteen afwijzend tegenover staat, wilt u dan s.v.p. hieronder het LVR-nummer van uw verloskundige praktijk invullen? Uw definitieve toestemming geeft u pas wanneer aan de SIG een schriftelijke machtiging wordt gegeven. Het vermelden van het LVR-nummer in deze enquête verplicht u nog niet om toestemming te geven voor het gebruik van LVR-gegevens uit uw praktijk. Indien u hieronder het LVR-nummer van uw praktijk vermeldt, dan kunnen (na uw toestemming) met gebruik maken van dit LVR-nummer de gegevens uit deze enquête worden gekoppeld aan de gegevens uit de LVR; daarbij maken we niet gebruik van persoonsgegevens (naam, adres). Op het NIVEL is slechts bij één administratieve medewerker bekend welk NIVEL-nummer hoort bij welke naam. Deze gegevens zijn nodig om navraag te kunnen doen bij de verloskundige, wanneer de vragenlijst onvolledig is ingevuld. De onderzoekers weten niet welke naam behoort bij dit nummer. Ook weten zij niet welke naam hoort bij een LVR-nummer. Uw privacy is dus gewaarborgd. De gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt voor het doel van dit onderzoek.*

Het nummer van de verloskundige praktijk
(niet het LVR-nummer van uzelf invullen) is: |_|_|_|

8. *Vraag 8 is uitgevallen.*

SAMENWERKING EN VERWIJZINGEN

9. *Toelichting. Deze vraag gaat over verwijzingen naar ziekenhuizen. Met 'verwijzingen' wordt bedoeld: consult en/of overdracht. Het percentage verwijzingen heeft betrekking op het percentage van al uw verwijzingen. Met 'afstand praktijk tot ziekenhuis' wordt bedoeld: de gemiddelde afstand, gerekend vanaf het woonhuis van uw cliënten tot het ziekenhuis. Met 'reistijd tot ziekenhuis' wordt bedoeld: de gemiddelde reistijd, gerekend vanaf het woonhuis van uw cliënten tot het ziekenhuis.*
Naar welke ziekenhuizen worden zwangeren in uw praktijk verwezen (consulten en overdrachten)?

S.v.p. eerst het ziekenhuis met de meeste verwijzingen, etc. Voorbeeld:

naam ziekenhuis	*plaats ziekenhuis*	*percentage van alle verwijzingen*	*afstand praktijk tot ziekenhuis (km.)*	*reistijd tot ziekenhuis (min.)*
1. Juliana Ziekenhuis	*Baringsdam*	*50*	*10*	*7*
2. Streekziekenhuis	*Verlosoord*	*35*	*15*	*10*
3. Academisch Ziekenh.	*Obstetricht*	*10*	*60*	*45*
4. Heuvelzicht	*Bevallum*	*5*	*30*	*20*
5.				

naam ziekenhuis	*plaats ziekenhuis*	*percentage van alle verwijzingen*	*afstand praktijk tot ziekenhuis (km.)*	*reistijd tot ziekenhuis (min.)*
1.				
2.				
3.				
4.				
5				

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

postbus 1568
3500 BN Utrecht
telefoon 030 319946

Enquête naar samenwerking in de verloskundige zorg

DEEL II SAMENWERKING MET DE TWEEDELIJN

mei 1995

De enquête bestaat uit twee delen. Deel 1 gaat over algemene gegevens. Dit is deel 2; dit deel gaat over de samenwerking met het ziekenhuis waarnaar u het meest verwijst (en, indien van toepassing, eveneens naar een tweede ziekenhuis). (Het tweede ziekenhuis is van toepassing wanneer in vraag 9 bij het tweede ziekenhuis het percentage verwijzingen 20% of hoger was.)
De enquête is in twee delen gesplitst. In deel 1 staan de namen van de desbetreffende ziekenhuizen. Deel 1 en deel 2 worden door ons gescheiden bewaard. Zodoende is het voor degene die met de formulieren van deel 2 werkt, niet bekend om welk ziekenhuis het gaat. Op deze manier worden bij het werken met de formulieren de gegevens over de samenwerking niet in verband gebracht met een ziekenhuis. Zoals is aangegeven in deel 1 (op pagina 1) wordt door ons de privacy van de gynaecologen en de ziekenhuizen gewaarborgd.
Indien u opmerkingen heeft, dan kunt u die opschrijven bij de desbetreffende vraag, maar ook op het eind van de vragenlijst.

SAMENWERKING MET GYNAECOLOGEN UIT HET EERSTE ZIEKENHUIS VAN VRAAG 9

10. Hoe vaak heeft u overleg (in welke vorm dan ook) met gynaecologen van dit ziekenhuis? *(Het gaat in deze vraag om overleg dat u zelf heeft, ook mondeling of telefonisch.)*

O dagelijks
O enkele malen per week
O ongeveer eens per week
O ongeveer een keer per twee weken
O ongeveer maandelijks
O ongeveer een keer per twee maanden
O anders, namelijk ongeveer ..... keer per jaar

---

11. Heeft u behoefte aan meer overleg (in welke vorm dan ook) met gynaecologen van dit ziekenhuis dan op dit moment het geval is?

O ja
O nee

---

12. Hoe loopt over het algemeen de communicatie tussen u en de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O zeer goed
O goed
O redelijk
O matig
O slecht

---

13. Zijn er gevoelens van concurrentie of competitie tussen enerzijds verloskundigen en anderzijds gynaecologen van dit ziekenhuis?

O (vrijwel) niet
O af en toe
O regelmatig
O vaak
O (vrijwel) altijd

14a. Hoe vaak heeft u met de gynaecologen van dit ziekenhuis contact (mondeling, of telefonisch) over gemeenschappelijke cliënten (d.w.z. bij consult of overdracht)?

O (vrijwel) niet
O af en toe
O regelmatig
O vaak
O (vrijwel) altijd

14b. Welke beschrijving typeert het beste de werkrelatie die u met de gynaecologen van dit ziekenhuis heeft?

O geen enkel contact
O U werkt onafhankelijk van elkaar zonder rechtstreeks contact; hooguit via derden (bijv. de cliënte).
O Er zijn alleen korte contacten om de ander te informeren over wat er met de cliënte gebeurd is. Dit meestal na een contact met cliënte.
O Er zijn alleen korte contacten om de ander te informeren over wat er met de cliënte gaat gebeuren. Dit gebeurt meestal voorafgaand aan het contact met de cliënte.
O Er is vrij regelmatig contact over gemeenschappelijke cliënten. U probeert het beleid rondom een bepaalde cliënte op elkaar af te stemmen.
O Er is regelmatig contact over gemeenschappelijke cliënten. Er bestaan afspraken of protocollen over de zorgverlening. U streeft naar een gezamenlijke aanpak.

14c. Hoe is in het algemeen de samenwerking tussen u en de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O zeer goed
O goed
O redelijk
O matig
O slecht

14d. In de periode vanaf begin 1992 tot heden is de relatie tussen u en de gynaecologen van dit ziekenhuis

O duidelijk verslechterd
O iets verslechterd
O gelijk gebleven
O iets verbeterd
O duidelijk verbeterd

---

15. *Toelichting. Met 'gestructureerd overleg' wordt bedoeld: een regelmatig overleg, waarbij men bijeenkomt op een van tevoren vastgesteld tijdstip.*
Is er een gestructureerd overleg met gynaecologen van dit ziekenhuis waaraan u, of tenminste één verloskundige uit uw praktijk deelneemt?

O nee *(U gaat door naar vraag 21)*
O ja: hoe vaak vindt dit overleg plaats?
..... keer per jaar

---

16. *Toelichting. In deze vraag wordt gevraagd in hoeverre u weet wat er besproken is in het gestructureerd overleg. Hiermee wordt niet bedoeld of u van tevoren weet wat er op de agenda staat, maar of u weet wat er is besproken, wat er is besloten en waarom dit is besloten.*
In hoeverre weet u in het algemeen wat er besproken is in bijeenkomsten van dit gestructureerde overleg?

O (vrijwel) alles
O het meeste wel
O deels wel, deels niet
O een beetje
O nee, eigenlijk niet

17. Hoe zeer voelt u zich betrokken bij dit gestructureerde overleg?

O niet betrokken
O beetje betrokken
O redelijk betrokken
O nogal betrokken
O zeer betrokken

---

18. Hoe belangrijk vindt u het gestructureerde overleg met de gynaecologen van dit ziekenhuis voor uw beroepsuitoefening?

O niet belangrijk
O beetje belangrijk
O redelijk belangrijk
O nogal belangrijk
O zeer belangrijk

19a. Hoe verloopt het overleg met de gynaecologen van dit ziekenhuis over individuele cliënten?

O alleen ad hoc contacten *(U gaat door naar vraag 19e)*
O alleen in gestructureerd overleg *(U gaat door naar vraag 19b)*
O zowel in ad hoc contacten als in gestructureerd overleg *(U gaat door naar vraag 19b)*

19b. Er is een gestructureerd overleg contact met de gynaecologen over individuele cliënten. Is er in dit gestructureerd overleg een aparte patiëntenbespreking, dat wil zeggen: is er een apart agendapunt, waarin de (belangrijkste) gemeenschappelijke cliënten worden besproken (cliënten na consult en/of overdracht)?

O nee *(U gaat door naar vraag 19c)*
O ja *(U gaat door naar vraag 19d)*

19c. Er is een gestructureerd overleg, maar <u>zonder</u> een aparte patiëntenbespreking. Hoe vaak worden in dit gestructureerde overleg individuele cliënten besproken?

O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

(U gaat door naar vraag 19e)

19d. Er is een gestructureerd overleg, en wel met een aparte patiëntenbespreking. Hoe vaak vindt zo'n aparte patiëntenbespreking plaats?

O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

19e. Worden met de gynaecologen van dit ziekenhuis casus van perinatale sterfte besproken?

O nee
O ja; zo ja, hoe:
  O alleen in ad hoc contacten
  O alleen in gestructureerd overleg
  O zowel in ad hoc contacten als in gestructureerd overleg

---

20. *Toelichting. Met 'na- en bijscholing' wordt bedoeld dat in het gestructureerd overleg een medisch onderwerp wordt besproken, zoals bijvoorbeeld langdurig gebroken vliezen. Dit onderwerp is ruimer dan bij de bespreking van een casus.*
Hoe vaak wordt in het gestructureerd overleg een medisch onderwerp besproken als een soort na- en bijscholing?

O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

---

21. In hoeverre is er door u afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis om te werken met dezelfde indicatielijst?

O niet van toepassing omdat er geen afspraak is gemaakt over een indicatielijst
O precies volgens de Verloskundige Indicatielijst
O grotendeels volgens de Verloskundige Indicatielijst
O precies volgens de Kloostermanlijst
O grotendeels volgens de Kloostermanlijst
O combinatie van Verloskundige Indicatielijst en Kloostermanlijst
O volgens een andere lijst (*wilt u s.v.p. zo mogelijk een copie van die lijst meezenden?)*
O anders, namelijk: .....

22a. ***Toelichting***

In vraag 22a wordt gevraagd naar richtlijnen die u in principe volgt bij het verwijzen van cliënten ***naar dit ziekenhuis****. In deze vraag wordt gebruikt gemaakt van de indeling volgens de Verloskundige Indicatielijst:*

A: eerstelijns verloskundige zorg: de vrouw blijft onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige zorgverlener (persoon) en de bevalling kan thuis plaatsvinden (of poliklinisch als een verplaatste thuisbevalling).

B: overlegrisico: hierbij is voor de vaststelling van het verdere verloskundige beleid advies van de tweedelijns zorgverlener nodig. Met dit advies en in goed onderling overleg bepaalt de eerstelijns verloskundige zorgverlener het verdere verloskundige beleid; hij draagt hiervoor ook de verantwoordelijkheid.

C: tweedelijns verloskundige zorg: de vrouw wordt verwezen voor verdere begeleiding naar de tweedelijns verloskundige zorgverlener en de bevalling vindt plaats in het ziekenhuis.

B→D: medium-situatie: In een aantal situaties kan het verloskundig risico voor moeder en/of kind zodanig zijn, dat het wel gewenst is, dat de bevalling ***in het ziekenhuis*** *plaatsvindt, maar dat de begeleiding van zwangerschap en bevalling kan geschieden door de* ***eerstelijns*** *verloskundige zorgverlener (medium-situatie (B→D). Een medium-situatie kan alleen tot stand komen na een overlegrisicoprocedure (B→D).*

Toelichting voor het aankruisen van de hokjes

Wij verzoeken u om per indicatie (dus op één regel) steeds twee vragen te beantwoorden.

Ten eerste wordt gevraagd naar uw beleid bij verwijzingen naar dit ziekenhuis. Wij hebben reeds voor iedere indicatie aangegeven wat de richtlijn is volgens de Verloskundige Indicatielijst. Gevraagd wordt of deze richtlijn in principe wordt gevolgd. Hiermee wordt bedoeld dat u deze richtlijn in het algemeen in de praktijk volgt, behalve als dat niet kan. In individuele gevallen kan van deze richtlijn worden afgeweken, zoals bij iedere richtlijn. Indien de richtlijn niet in principe wordt gevolgd, dan zijn er twee mogelijkheden: het gehanteerde verwijsbeleid neigt meer in de richting van eerstelijnszorg of het neigt meer in de richting van tweedelijnszorg.

Ten tweede wordt gevraagd of het verwijsbeleid dat u hanteert, is afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis. Misschien heeft u speciaal over deze indicatie een afspraak gemaakt; in dit geval kruist u natuurlijk 'ja' aan. Misschien heeft u een meer globale afspraak gemaakt, bijvoorbeeld om te werken volgens de Verloskundige Indicatielijst. Indien u zo'n globale afspraak heeft gemaakt, dan kan de desbetreffende indicatie er wel of niet onder vallen; zo ja, dan kruist u 'ja' aan, en zo nee dan kruist u 'nee' aan.

	de richtlijn volgens de VIL	wordt deze richtlijn in principe gevolgd bij verwijzingen naar dit ziekenhuis?			is uw verwijsbeleid afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?	
		ja	nee, mijn beleid is meer richting 1e-lijn	nee, mijn beleid is meer richting 2e-lijn	ja	nee
Indicaties op grond van anamnese:						
leeftijdsindicatie						
- nullipara >35 jaar	B→D	O	O	O	O	O
- multipara vanaf 40 jaar	B→D	O	O	O	O	O
infertiliteitsbehandeling voorafgaand aan deze zwangerschap	A	O		O	O	O
vorige keer forcipale of vacuumextractie	A	O		O	O	O
toxicose in anamnese	A	O		O	O	O
dysmaturiteit in anamnese (<2,3 percentiel)	C	O	O		O	O
vroeggeboorte in anamnese						
- eenmaal van 34 weken of minder	B	O	O	O	O	O
- eenmaal in 35e, 36e of 37e week	A	O		O	O	O
- tweemaal	B	O	O	O	O	O
kind geboren in slechte conditie in anamnese	B	O	O	O	O	O
Ontstaan tijdens zwangerschap:						
(dreigende) miskraam	A	O		O	O	O
bloedverlies na 20e week	C	O	O		O	O
zwangerschapsdiabetes	C	O	O		O	O
hypertensie/toxicose	B	O	O	O	O	O
negatieve dyscongruentie						
- bij echo onder P2,3	C	O	O		O	O
- bij echo tussen P2,3 en P10	B	O	O	O	O	O
positieve dyscongruentie	B	O	O	O	O	O
liggingsafwijking in de zwangerschap	B	O	O	O	O	O
meerlingzwangerschap	C	O	O		O	O
dreigende vroeggeboorte	C	O	O		O	O
dreigende serotiniteit (tot aan 42 0/7e week	A	O		O	O	O
serotiniteit (vanaf 42 0/7e week)	C	O	O		O	O
Probleem tijdens de bevalling:						
liggingsafwijking tijdens bevalling	C	O	O		O	O
foetale nood	C	O	O		O	O

22b. Heeft u in vraag 22a bij de vraag of u 'de VIL-richtlijn in principe volgt' één of meer keren 'nee' ingevuld?

O nee *(U gaat door naar vraag 22c)*
O ja; welke richtlijnen worden gebruikt bij de verschillende indicaties? *(Wilt u dit s.v.p. zoveel mogelijk beschrijven met de codes A,B,C of B→D.?)*

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

22c. Welk verwijsbeleid hanteert u bij een sectio caesarea in de vorige zwangerschap, bij verwijzingen naar dit ziekenhuis?

O A
O B
O C (d.w.z. tweedelijnszorg in zwangerschap en bij partus)
O B→D
O tijdens zwangerschap 1e lijn, partus door gynaecoloog
O anders, namelijk . . . . . .

22d. Is dit verwijsbeleid bij sectio caesarea in de vorige zwangerschap afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O ja
O nee

22e. Hanteert u bij het verwijsbeleid een vaste grens voor de duur van gebroken vliezen (met onvoldoende weeën à terme)?

O nee
O ja; zo ja, bij hoeveel uur ligt die grens?

|_|_| uur

Is dit afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?
O ja
O nee

22f. Hanteert u bij het verwijsbeleid een vaste grens voor de duur van de ontsluiting?

O nee
O ja; zo ja, bij hoeveel uur ligt die grens?

|_|_| uur voor primi

|_|_| uur voor multi

Is dit afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?
O ja
O nee

22g. Hanteert u bij het verwijsbeleid een vaste grens voor de duur van de uitdrijving?

O nee
O ja; zo ja, bij hoeveel minuten ligt die grens?

|_|_|_| minuten voor primi

|_|_|_| minuten voor multi

Is dit afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?
O ja
O nee

22h. Voor meconiumhoudend vruchtwater geeft de Verloskundige Indicatielijst geen duidelijke richtlijn (het is niet identiek aan 'tekenen van foetale nood'). Welk verwijsbeleid hanteert u bij verwijzingen naar dit ziekenhuis? *(Het gaat om een richtlijn die u in principe hanteert; in individuele gevallen kunt u hiervan afwijken.)*

O A
O B
O C
O B->D
O anders, namelijk: . . . . . .

22i. Is uw verwijsbeleid voor meconiumhoudend vruchtwater afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O ja
O nee

---

23. In vraag 22a t/m 22i heeft u aangegeven welk verwijsbeleid u hanteert. Het kan zijn dat U eigenlijk liever een ander beleid zou hanteren. Welke uitspraak is het meest van toepassing:

O ik ben het van harte eens met dit beleid
O ik zou het liever voor een klein deel anders doen
O ik zou het liever voor een groot deel anders doen
O ik zou liever een (vrijwel) geheel ander verwijsbeleid hanteren

---

24a. In vraag 22a t/m 22i heeft u aangegeven welk verwijsbeleid u hanteert bij verwijzingen naar dit ziekenhuis. Is dit verwijsbeleid hetzelfde gebleven in de periode vanaf begin 1992 tot heden?

O ja *(u gaat door naar vraag 24c)*
O nee; zo nee, met ingang van wanneer is dit verwijsbeleid door u gehanteerd? *(bijvoorbeeld: met ingang van maart 1993)*: . . . . . .

24b. *Toelichting. In vraag 24a heeft u aangegeven in welke periode het huidige verwijsbeleid is gehanteerd. Misschien zijn er enkele indicaties, waarvoor deze periode niet geldt, bijvoorbeeld omdat u al veel langer voor die indicaties de huidige richtlijn volgt.*
Geldt de periode die u heeft aangegeven in de vorige vraag voor alle desbetreffende verwijs-richtlijnen?

O ja
O nee; zo nee, welke verwijsrichtlijnen gelden vanaf een andere datum? *(bijvoorbeeld: sectio caesarea: met ingang van begin 1992)*
. . . . . .

24c. *Toelichting. In vraag 22a t/m 22i is per indicatie steeds gevraagd wat uw verwijsrichtlijn is, en of dit is afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis. In deze vraag gaat het om deze afspraken met de gynaecologen.*
Zijn deze afspraken hetzelfde gebleven in de periode vanaf begin 1992 tot heden?

O ja
O nee; zo nee, met ingang van wanneer zijn deze afspraken geldig?
met ingang van . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

25. *Toelichting. Met 'afspraken over indicatiestelling' wordt gedoeld op afspraken tussen eerste- en tweedelijn over het verwijsbeleid bij verschillende indicaties; zo'n afspraak geldt niet alleen voor één cliënt maar in principe voor alle cliënten met de betreffende indicatie.*
Langs welke weg komen afspraken over indicatiestelling met gynaecologen van dit ziekenhuis tot stand?

O in ad hoc contacten
O in gestructureerd overleg
O zowel in ad hoc contacten als ook in gestructureerd overleg
O niet van toepassing omdat er geen afspraken over indicatiestelling worden gemaakt

---

26a. Als u vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling heeft met de gynaecologen van dit ziekenhuis, worden die dan ook nageleefd?

O niet van toepassing omdat er geen afspraken over indicatiestelling zijn *(U gaat door naar vraag 27a)*
O ja, meestal wel *(U gaat door naar vraag 27a)*
O soms wel, soms niet *(U gaat door naar vraag 26b)*
O nee, meestal niet *(U gaat door naar vraag 26b)*

26b. Indien deze vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling niet worden nageleefd, door wie wordt hiervan afgeweken?

O vooral door de gynaecologen
O ongeveer evenveel door de gynaecologen als door de verloskundigen
O vooral door de verloskundige(n)

27a. Als u met de gynaecologen van dit ziekenhuis vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling heeft, worden die dan ook geëvalueerd?

O niet van toepassing omdat er geen vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling zijn
O ja, meestal wel
O soms wel, soms niet
O nee, meestal niet

27b. Als er een gestructureerd overleg is met deze gynaecologen, hoe vaak wordt overlegd over de afspraken over indicatiestelling?

O niet van toepassing omdat er geen gestructureerd overleg is
O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

28a. *Toelichting. Met 'overname zonder overleg' wordt bedoeld dat u een vrouw verwijst voor een consult met de bedoeling dat u daarna zelf besluit over wel of niet overdracht; door de gynaecoloog wordt de vrouw echter overgenomen zonder overleg.*
Hoe vaak komt dit (naar schatting) voor bij consulten bij gynaecologen van dit ziekenhuis?

O bij 80% van alle consulten of meer
O bij 60-79% van alle consulten
O bij 40-59% van alle consulten
O bij 20-39% van alle consulten
O bij 5-19% van alle consulten
O bij minder dan 5% van alle consulten
O nooit *(U gaat door naar vraag 28c)*

28b. Komt zo'n 'overname zonder overleg' bij bepaalde indicaties vaker voor dan bij andere indicaties?

O nee
O ja, zo ja bij welke indicaties: .....
.....
.....
.....
.....
.....

28c. Deze vraag gaat over die gevallen waarbij bij een consult wel overleg plaatsvindt met de gynaecoloog. Hoe vaak heeft dan in het begin van zo'n overleg de gynaecoloog een andere opvatting dan u over het te voeren verwijsbeleid?

O in 80-100% van deze gevallen
O in 60-79% van deze gevallen
O in 40-59% van deze gevallen
O in 20-39% van deze gevallen
O in minder dan 20% van deze gevallen

28d. In die gevallen waarin bij een consult de gynaecoloog een andere opvatting heeft dan u over het verwijsbeleid, hoe vaak wijkt dan de uiteindelijke beslissing af van hetgeen u aan het eind van het gesprek voorstond?

O in 80-100% van deze gevallen
O in 60-79% van deze gevallen
O in 40-59% van deze gevallen
O in 20-39% van deze gevallen
O in minder dan 20% van deze gevallen

29a. Worden op de bijeenkomsten van het gestructureerd overleg afspraken gemaakt tussen verloskundigen en gynaecologen over de wijze van berichtgeving/communicatie over cliënten?

O nee
O ja; zo ja, worden deze afspraken na verloop van tijd geëvalueerd?
  O nee
  O ja

29b. Als er afspraken zijn gemaakt over berichtgeving/communicatie over cliënten, worden deze dan nageleefd?

O niet van toepassing omdat er geen afspraken zijn gemaakt over berichtgeving/communicatie over cliënten *(U gaat door naar vraag 30a)*
O ja, meestal wel *(U gaat door naar vraag 30a)*
O soms wel, soms niet *(U gaat door naar vraag 29c)*
O nee, meestal niet *(U gaat door naar vraag 29c)*

29c. Indien deze afspraken over berichtgeving/communicatie over cliënten niet worden nageleefd, door wie wordt hiervan afgeweken?

O vooral door de gynaecologen
O ongeveer evenveel door de gynaecologen als door de verloskundigen
O vooral door de verloskundige(n)

30a. Wordt in dit ziekenhuis verloskundige zorg verleend door (een) basisarts(en)?

O nee *(U gaat door naar vraag 31a)*
O soms
O ja

30b. Vindt u het vervelend dat de zorg voor een cliënte bij een consult of overdracht wellicht door een basisarts wordt gegeven in plaats van door een gynaecoloog?
O ja
O nee

31a. Zijn er met de gynaecologen van dit ziekenhuis afspraken gemaakt over het maken van echo's?

O nee
O ja; zo ja, bent u tevreden over de afspraken?
  O ja
  O nee

31b. Kunt u in dit ziekenhuis een echo laten maken zonder dat hieraan per se een consult bij een gynaecoloog is verbonden?

O ja
O nee

---

32. Is er met de gynaecologen uit dit ziekenhuis afgesproken om een gezamenlijk budget te hebben met een vaste verdeelsleutel?

O nee
O ja

33. In de voorgaande vragen is steeds gesproken over 'de gynaecologen' van dit ziekenhuis. Het is echter mogelijk dat er verschillen zijn tussen deze gynaecologen onderling wat betreft de samenwerking. Hoe groot zijn deze (eventuele) onderlinge verschillen?

O klein
O matig
O redelijk groot
O groot

34a. Heeft u bij vraag 9 slechts één ziekenhuis ingevuld?

O ja *(U gaat door naar vraag 60a)*
O nee

34b. Is het percentage verwijzingen naar het tweede ziekenhuis van vraag 9 gelijk aan 20% of hoger?

O ja *(U gaat door naar vraag 35)*
O nee *(U gaat door naar vraag 60a)*

SAMENWERKING MET GYNAECOLOGEN UIT HET TWEEDE ZIEKENHUIS VAN VRAAG 9

35. Hoe vaak heeft u overleg (in welke vorm dan ook) met gynaecologen van dit ziekenhuis? *(Het gaat in deze vraag om overleg dat u zelf heeft, ook mondeling of telefonisch.)*

O dagelijks
O enkele malen per week
O ongeveer eens per week
O ongeveer een keer per twee weken
O ongeveer maandelijks
O ongeveer een keer per twee maanden
O anders, namelijk ongeveer ..... keer per jaar

---

36. Heeft u behoefte aan meer overleg (in welke vorm dan ook) met gynaecologen van dit ziekenhuis dan op dit moment het geval is?

O ja
O nee

---

37. Hoe loopt over het algemeen de communicatie tussen u en de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O zeer goed
O goed
O redelijk
O matig
O slecht

---

38. Zijn er gevoelens van concurrentie of competitie tussen enerzijds verloskundigen en anderzijds gynaecologen van dit ziekenhuis?

O (vrijwel) niet
O af en toe
O regelmatig
O vaak
O (vrijwel) altijd

39a. Hoe vaak heeft u met de gynaecologen van dit ziekenhuis contact (mondeling, of telefonisch) over gemeenschappelijke cliënten (d.w.z. bij consult of overdracht)?

O (vrijwel) niet
O af en toe
O regelmatig
O vaak
O (vrijwel) altijd

39b. Welke beschrijving typeert het beste de werkrelatie die u met de gynaecologen van dit ziekenhuis heeft?

O geen enkel contact
O U werkt onafhankelijk van elkaar zonder rechtstreeks contact; hooguit via derden (bijv. de cliënte).
O Er zijn alleen korte contacten om de ander te informeren over wat er met de cliënte gebeurd is. Dit meestal na een contact met cliënte.
O Er zijn alleen korte contacten om de ander te informeren over wat er met de cliënte gaat gebeuren. Dit gebeurt meestal voorafgaand aan het contact met de cliënte.
O Er is vrij regelmatig contact over gemeenschappelijke cliënten. U probeert het beleid rondom een bepaalde cliënte op elkaar af te stemmen.
O Er is regelmatig contact over gemeenschappelijke cliënten. Er bestaan afspraken of protocollen over de zorgverlening. U streeft naar een gezamenlijke aanpak.

39c. Hoe is in het algemeen de samenwerking tussen u en de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O zeer goed
O goed
O redelijk
O matig
O slecht

39d. In de periode vanaf begin 1992 tot heden is de relatie tussen u en de gynaecologen van dit ziekenhuis

O duidelijk verslechterd
O iets verslechterd
O gelijk gebleven
O iets verbeterd
O duidelijk verbeterd

---

40. *Toelichting. Met 'gestructureerd overleg' wordt bedoeld: een regelmatig overleg, waarbij men bijeenkomt op een van tevoren vastgesteld tijdstip.*
Is er een gestructureerd overleg met gynaecologen van dit ziekenhuis waaraan u, of tenminste één verloskundige uit uw praktijk deelneemt?

O nee *(U gaat door naar vraag 46)*
O ja: hoe vaak vindt dit overleg plaats?
..... keer per jaar

---

41. *Toelichting. In deze vraag wordt gevraagd in hoeverre u weet wat er besproken is in het gestructureerd overleg. Hiermee wordt niet bedoeld of u van tevoren weet wat er op de agenda staat, maar of u weet wat er is besproken, wat er is besloten en waarom dit is besloten.*
In hoeverre weet u in het algemeen wat er besproken is in bijeenkomsten van dit gestructureerde overleg?

O (vrijwel) alles
O het meeste wel
O deels wel, deels niet
O een beetje
O nee, eigenlijk niet

42. Hoe zeer voelt u zich betrokken bij dit gestructureerde overleg?

O niet betrokken
O beetje betrokken
O redelijk betrokken
O nogal betrokken
O zeer betrokken

---

43. Hoe belangrijk vindt u het gestructureerde overleg met de gynaecologen van dit ziekenhuis voor uw beroepsuitoefening?

O niet belangrijk
O beetje belangrijk
O redelijk belangrijk
O nogal belangrijk
O zeer belangrijk

44a. Hoe verloopt het overleg met de gynaecologen van dit ziekenhuis over individuele cliënten?

O alleen ad hoc contacten *(U gaat door naar vraag 44e)*
O alleen in gestructureerd overleg *(U gaat door naar vraag 44b)*
O zowel in ad hoc contacten als in gestructureerd overleg *(U gaat door naar vraag 44b)*

44b. Er is een gestructureerd overleg contact met de gynaecologen over individuele cliënten. Is er in dit gestructureerde overleg een aparte patiëntenbespreking, dat wil zeggen: is er een apart agendapunt, waarin de (belangrijkste) gemeenschappelijke cliënten worden besproken (cliënten na consult en/of overdracht)?

O nee *(U gaat door naar vraag 44c)*
O ja *(U gaat door naar vraag 44d)*

44c. Er is een gestructureerd overleg, maar <u>zonder</u> een aparte patiëntenbespreking. Hoe vaak worden in dit gestructureerde overleg individuele cliënten besproken?

O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

(U gaat door naar vraag 44e)

44d. Er is een gestructureerd overleg, en wel met een aparte patiëntenbespreking. Hoe vaak vindt zo'n aparte patiëntenbespreking plaats?

O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

44e. Worden met de gynaecologen van dit ziekenhuis casus van perinatale sterfte besproken?

O nee
O ja; zo ja, hoe:
  O alleen in ad hoc contacten
  O alleen in gestructureerd overleg
  O zowel in ad hoc contacten als in gestructureerd overleg

---

45. *Toelichting. Met 'na- en bijscholing' wordt bedoeld dat in het gestructureerd overleg een medisch onderwerp wordt besproken, zoals bijvoorbeeld langdurig gebroken vliezen. Dit onderwerp is ruimer dan bij de bespreking van een casus.*
Hoe vaak wordt in het gestructureerd overleg een medisch onderwerp besproken als een soort na- en bijscholing?

O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

---

46. In hoeverre is er door u afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis om te werken met dezelfde indicatielijst?

O niet van toepassing omdat er geen afspraak is gemaakt over een indicatielijst
O precies volgens de Verloskundige Indicatielijst
O grotendeels volgens de Verloskundige Indicatielijst
O precies volgens de Kloostermanlijst
O grotendeels volgens de Kloostermanlijst
O combinatie van Verloskundige Indicatielijst en Kloostermanlijst
O volgens een andere lijst (*wilt u s.v.p. zo mogelijk een copie van die lijst meezenden?)*
O anders, namelijk: . . . . . .

47a. ***Toelichting***

In vraag 47a wordt gevraagd naar richtlijnen die u in principe volgt bij het verwijzen van cliënten ***naar dit ziekenhuis****. In deze vraag wordt gebruikt gemaakt van dezelfde indeling als in vraag 22a.*

	de richtlijn volgens de VIL	wordt deze richtlijn in principe gevolgd bij verwijzingen naar dit ziekenhuis?			is uw verwijsbeleid afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?	
		ja	nee, mijn beleid is meer richting 1e-lijn	nee, mijn beleid is meer richting 2e-lijn	ja	nee
Indicaties op grond van anamnese:						
leeftijdsindicatie						
- nullipara >35 jaar	B→D	O	O	O	O	O
- multipara vanaf 40 jaar	B→D	O	O	O	O	O
infertiliteitsbehandeling voorafgaand aan deze zwangerschap	A	O		O	O	O
vorige keer forcipale of vacuumextractie	A	O		O	O	O
toxicose in anamnese	A	O		O	O	O
dysmaturiteit in anamnese (<2,3 percentiel)	C	O	O		O	O
vroeggeboorte in anamnese						
- eenmaal van 34 weken of minder	B	O	O	O	O	O
- eenmaal in 35e, 36e of 37e week	A	O		O	O	O
- tweemaal	B	O	O	O	O	O
kind geboren in slechte conditie in anamnese	B	O	O	O	O	O
Ontstaan tijdens zwangerschap:						
(dreigende) miskraam	A	O		O	O	O
bloedverlies na 20e week	C	O	O		O	O
zwangerschapsdiabetes	C	O	O		O	O
hypertensie/toxicose	B	O	O	O	O	O
negatieve dyscongruentie						
- bij echo onder P2,3	C	O	O		O	O
- bij echo tussen P2,3 en P10	B	O	O	O	O	O
positieve dyscongruentie	B	O	O	O	O	O
liggingsafwijking in de zwangerschap	B	O	O	O	O	O
meerlingzwangerschap	C	O	O		O	O
dreigende vroeggeboorte	C	O	O		O	O
dreigende serotiniteit (tot aan 42 0/7e week)	A	O		O	O	O
serotiniteit (vanaf 42 0/7e week	C	O	O		O	O
Probleem tijdens de bevalling:						
liggingsafwijking tijdens bevalling	C	O	O		O	O
foetale nood	C	O	O		O	O

47b. Heeft u in vraag 47a bij de vraag of u 'de VIL-richtlijn in principe volgt' één of meer keren 'nee' ingevuld?

O nee *(U gaat door naar vraag 47c)*

O ja; welke richtlijnen worden gebruikt bij de verschillende indicaties? *(Wilt u dit s.v.p. zoveel mogelijk beschrijven met de codes A,B,C of B→D.?)*

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

47c. Welk verwijbeleid hanteert u bij een sectio caesarea in de vorige zwangerschap, bij verwijzingen naar dit ziekenhuis?

O A
O B
O C (d.w.z. tweedelijnszorg in zwangerschap en bij partus)
O B→D
O tijdens zwangerschap 1e lijn, partus door gynaecoloog
O anders, namelijk . . . . . .

47d. Is dit verwijsbeleid bij sectio caesarea in de vorige zwangerschap afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O ja
O nee

47e. Hanteert u bij het verwijsbeleid een vaste grens voor de duur van gebroken vliezen (met onvoldoende weeën à terme)?

O nee
O ja; zo ja, bij hoeveel uur ligt die grens?

|_|_| uur

Is dit afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?
O ja
O nee

47f. Hanteert u bij het verwijsbeleid een vaste grens voor de duur van de ontsluiting?

O nee
O ja; zo ja, bij hoeveel uur ligt die grens?

|_|_| uur voor primi

|_|_| uur voor multi

Is dit afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?
O ja
O nee

47g. Hanteert u bij het verwijsbeleid een vaste grens voor de duur van de uitdrijving?

O nee
O ja; zo ja, bij hoeveel minuten ligt die grens?

|_|_|_| minuten voor primi

|_|_|_| minuten voor multi

Is dit afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?
O ja
O nee

47h. Voor meconiumhoudend vruchtwater geeft de Verloskundige Indicatielijst geen duidelijke richtlijn (het is niet identiek aan 'tekenen van foetale nood'). Welk verwijsbeleid hanteert u bij verwijzingen naar dit ziekenhuis? *(Het gaat om een richtlijn die u in principe hanteert; in individuele gevallen kunt u hiervan afwijken.)*

O A
O B
O C
O B->D
O anders, namelijk: . . . . . .
. . . . . .

47i. Is uw verwijsbeleid voor meconiumhoudend vruchtwater afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis?

O ja
O nee

---

48. In vraag 47a t/m 47i heeft u aangegeven welk verwijsbeleid u hanteert. Het kan zijn dat U eigenlijk liever een ander beleid zou hanteren. Welke uitspraak is het meest van toepassing:

O ik ben het van harte eens met dit beleid
O ik zou het liever voor een klein deel anders doen
O ik zou het liever voor een groot deel anders doen
O ik zou liever een (vrijwel) geheel ander verwijsbeleid hanteren

---

49a. In vraag 47a t/m 47i heeft u aangegeven welk verwijsbeleid u hanteert bij verwijzingen naar dit ziekenhuis. Is dit verwijsbeleid hetzelfde gebleven in de periode vanaf begin 1992 tot heden?

O ja *(u gaat door naar vraag 49c)*
O nee; zo nee, met ingang van wanneer is dit verwijsbeleid door u gehanteerd? *(bijvoorbeeld: met ingang van maart 1993)*: . . . . . .

49b. *Toelichting. In vraag 49a heeft u aangegeven in welke periode het huidige verwijsbeleid is gehanteerd. Misschien zijn er enkele indicaties, waarvoor deze periode niet geldt, bijvoorbeeld omdat u al veel langer voor die indicaties de huidige richtlijn volgt.*
Geldt de periode die u heeft aangegeven in de vorige vraag voor alle desbetreffende verwijs-richtlijnen

O ja
O nee; zo nee, welke verwijsrichtlijnen gelden vanaf een andere datum? *(bijvoorbeeld: sectio caesarea: met ingang van begin 1992)*
. . . . . .

49c. *Toelichting. In vraag 47a t/m 47i is per indicatie steeds gevraagd wat uw verwijsrichtlijn is, en of dit is afgesproken met de gynaecologen van dit ziekenhuis. In deze vraag gaat het om deze afspraken met de gynaecologen.*
Zijn deze afspraken hetzelfde gebleven in de periode vanaf begin 1992 tot heden?

O ja
O nee; zo nee, met ingang van wanneer zijn deze afspraken geldig?
met ingang van . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

50. *Toelichting. Met 'afspraken over indicatiestelling' wordt gedoeld op afspraken tussen eerste- en tweedelijn over het verwijsbeleid bij verschillende indicaties; zo'n afspraak geldt niet alleen voor één cliënt maar in principe voor alle cliënten met de betreffende indicatie.*
Langs welke weg komen afspraken over indicatiestelling met gynaecologen van dit ziekenhuis tot stand?

O in ad hoc contacten
O in gestructureerd overleg
O zowel in ad hoc contacten als ook in gestructureerd overleg
O niet van toepassing omdat er geen afspraken over indicatiestelling worden gemaakt

---

51a. Als u vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling heeft met de gynaecologen van dit ziekenhuis, worden die dan ook nageleefd?

O niet van toepassing omdat er geen afspraken over indicatiestelling zijn *(U gaat door naar vraag 52a)*
O ja, meestal wel *(U gaat door naar vraag 52a)*
O soms wel, soms niet *(U gaat door naar vraag 51b)*
O nee, meestal niet *(U gaat door naar vraag 51b)*

51b. Indien deze vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling niet worden nageleefd, door wie wordt hiervan afgeweken?

O vooral door de gynaecologen
O ongeveer evenveel door de gynaecologen als door de verloskundigen
O vooral door de verloskundige(n)

52a. Als u met de gynaecologen van dit ziekenhuis vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling heeft, worden die dan ook geëvalueerd?

O niet van toepassing omdat er geen vaste afspraken of protocollen over indicatiestelling zijn
O ja, meestal wel
O soms wel, soms niet
O nee, meestal niet

52b. Als er een gestructureerd overleg is met deze gynaecologen, hoe vak wordt overlegd over de afspraken over indicatiestelling?

O niet van toepassing omdat er geen gestructureerd overleg is
O op iedere bijeenkomst
O tenminste 1x per 2 weken
O 1x per maand
O 1x per 2 maanden
O 1x per 3 maanden
O minder en wel .....x per jaar
O zeer onregelmatig
O nooit
O weet ik niet

53a. *Toelichting. Met 'overname zonder overleg' wordt bedoeld dat u een vrouw verwijst voor een consult met de bedoeling dat u daarna zelf besluit over wel of niet overdracht; door de gynaecoloog wordt de vrouw echter overgenomen zonder overleg.*
Hoe vaak komt dit (naar schatting) voor bij consulten bij gynaecologen van dit ziekenhuis?

O bij 80% van alle consulten of meer
O bij 60-79% van alle consulten
O bij 40-59% van alle consulten
O bij 20-39% van alle consulten
O bij 5-19% van alle consulten
O bij minder dan 5% van alle consulten
O nooit *(U gaat door naar vraag 53c)*

53b. Komt zo'n 'overname zonder overleg' bij bepaalde indicaties vaker voor dan bij andere indicaties?

O nee
O ja, zo ja bij welke indicaties: .....
.....
.....
.....
.....
.....

53c. Deze vraag gaat over die gevallen waarbij bij een consult wel overleg plaatsvindt met de gynaecoloog. Hoe vaak heeft dan in het begin van zo'n overleg de gynaecoloog een andere opvatting dan u over het te voeren verwijsbeleid?

O in 80-100% van deze gevallen
O in 60-79% van deze gevallen
O in 40-59% van deze gevallen
O in 20-39% van deze gevallen
O in minder dan 20% van deze gevallen

53d. In die gevallen waarin bij een consult de gynaecoloog een andere opvatting heeft dan u over het verwijsbeleid, hoe vaak wijkt dan de uiteindelijke beslissing af van hetgeen u aan het eind van het gesprek voorstond?

O in 80-100% van deze gevallen
O in 60-79% van deze gevallen
O in 40-59% van deze gevallen
O in 20-39% van deze gevallen
O in minder dan 20% van deze gevallen

54a. Worden op de bijeenkomsten van het gestructureerd overleg afspraken gemaakt tussen verloskundigen en gynaecologen over de wijze van berichtgeving/communicatie over cliënten?

O nee
O ja; zo ja, worden deze afspraken na verloop van tijd geëvalueerd?
  O nee
  O ja

54b. Als er afspraken zijn gemaakt over berichtgeving/communicatie over cliënten, worden deze dan nageleefd?

O niet van toepassing omdat er geen afspraken zijn gemaakt over berichtgeving/communicatie over cliënten *(U gaat door naar vraag 55a)*
O ja, meestal wel *(U gaat door naar vraag 55a)*
O soms wel, soms niet *(U gaat door naar vraag 54c)*
O nee, meestal niet *(U gaat door naar vraag 54c)*

54c. Indien deze afspraken over berichtgeving/communicatie over cliënten niet worden nageleefd, door wie wordt hiervan afgeweken?

O vooral door de gynaecologen
O ongeveer evenveel door de gynaecologen als door de verloskundigen
O vooral door de verloskundige(n)

55a. Wordt in dit ziekenhuis verloskundige zorg verleend door (een) basisarts(en)?

O nee
O soms
O ja

55b. Vindt u het vervelend dat de zorg voor een cliënte bij een consult of overdracht wellicht door een basisarts wordt gegeven in plaats van door een gynaecoloog?
O ja
O nee

56a. Zijn er met de gynaecologen van dit ziekenhuis afspraken gemaakt over het maken echo's?

O nee
O ja; zo ja, bent u tevreden over de afspraken?
O nee
O ja

56b. Kunt u in dit ziekenhuis een echo laten maken zonder dat hieraan per se een consult bij een gynaecoloog is verbonden?

O ja
O nee

---

57. Is er met de gynaecologen uit dit ziekenhuis afgesproken om een gezamenlijk budget te hebben met een vaste verdeelsleutel?

O nee
O ja

58. In de voorgaande vragen is steeds gesproken over 'de gynaecologen' van dit ziekenhuis. Het is echter mogelijk dat er verschillen zijn tussen deze gynaecologen onderling wat betreft de samenwerking. Hoe groot zijn deze (eventuele) onderlinge verschillen?

O klein
O matig
O redelijk groot
O groot

---

59. *Toelichting. Er zijn tenminste twee ziekenhuizen waarnaar u regelmatig verwijst. Bij een deel van de patiënten die verwezen worden, ligt de keus voor een ziekenhuis al vast, omdat de cliënte zelf een duidelijk voorkeur heeft. Misschien heeft u bij andere cliënten, in het geval van een verwijzing (consult of overdracht), tot op zekere hoogte de keus naar welk ziekenhuis wordt verwezen. In deze vraag gaat het erom in hoeverre uw verwijsgedrag wordt beïnvloed door uw eigen voorkeur voor een ziekenhuis.*

Laat u zich bij verwijzingen (consult of overdracht) leiden door een voorkeur voor een ziekenhuis?

O bij (vrijwel) alle verwijzingen
O bij meer dan de helft van de verwijzingen
O bij ongeveer de helft van de verwijzingen
O bij een klein deel van de verwijzingen
O nooit

60a. Werken in uw praktijk meer dan één verloskundige?

O ja *(U gaat door naar vraag 60b)*
O nee *(U gaat door naar vraag 61)*

60b. Misschien zijn er tussen verloskundigen uit uw praktijk in het algemeen verschillen op die punten waar deze vragen over gingen. Hoe groot zijn deze verschillen?

O klein
O matig
O redelijk groot
O groot

---

61. *U bent klaar met invullen. Hartelijk dank voor uw medewerking. Het is mogelijk dat er zaken zijn die u van belang vindt voor samenwerking en risicoselectie, en die niet in deze enquête naar voren zijn gekomen. Wilt u die dan hieronder vermelden?*

BIJLAGE 2 Het registratieformulier voor de verloskundigen in de Landelijke Verloskunde Registratie

SIG Zorginformatie
Maliebaan 50 Postbus 14066 3508 SC Utrecht
Unit Medische Beroepsbeoefenaren Tel.: 030 - 345 688

...ndelijke verloskunde registratie, 1e lijn

INSTRUCTIE schrijf met een harde pen op harde achtergrond - schrijf alleen in de rechter kolom

1 LVR1

identificatie

01	praktijknummer	5
02	actiecode	9
03	administratienummer	10
04	meerling (enkelvoudige geboorte 1 van 1)	16 van

algemeen

05	onze zorg betrof	zwangerschap t/m kraambed 0; zwangerschap 1; baring 2; kraambed 3	18 en
06	nummer verloskundige of huisarts		20
07	datum aanvang zorg (dag-maand-jaar) en contact met cliënte	eigen initiatief cliënte 0; via collega 1; via huisarts 2; via gynaecoloog 3; combinatie 8; anders 9	24 en

moeder

08	geboortedatum van de moeder (dag-maand-jaar)		31
09	woonplaats (eerste vier cijfers postcode)		37
10	type vrouw	nederlands 0; mediterraan 1; ander europees 2; creools 3; hindoestaans 4; aziatisch 5; overig 9	41
11	aantal graviditeiten (incl. deze), waarvan abortus (1t/m 16 wk.) en/of EUG en/of Mola-graviditeit		42 en

zw. schap

12	à terme datum (dag-maand-jaar) en zekerheid	zeker 1; onzeker 2	45 en
13	was er voor aanvang baring sprake van (lijst medium risk/overleg of lijst moeder)	geen overleg 0; overlegsituatie 1; medium risk 2; reden	52 en
14	onderzoeken/verrichtingen tijdens deze zwangerschap (lijst onderzoeken/verrichtingen)	geen: in 1e vakje 00	56

baring

15a	kind 'aangepakt' door	verloskundige 0; huisarts 1; leerling-verlosk. 2; huisarts i.o. 3; co-assistent 4; ass.-gyn. 5; gynaecoloog 6; arts-assistent 7; ondeskundige 8; overige 9	62
15b	onder verantwoordelijkheid van	verloskundige 0; huisarts 1; ass.-gyn. 5; gynaecoloog 6; arts-assistent 7; overige 9	63
16	wanneer braken de vliezen (dag-maand-uur)		64
17	amniotomie;	nee 0; ja 1; kleur vruchtwater; kleurloos 0; meconiumhoudend 1; anders 2	70 en
18	duur ontsluitingsperiode	<6 uur 0; 6-12 uur 1; 12-24 uur 2; >24 uur 3	72
19	begin actief meepersen (uur,minuut)		73
20	ligging	achterhoofd-voor 0; achterhoofd-achter 1; kruin 2; aangezicht 3; voorhoofd 4; hoofdligging anders 5; volkomen stuit 6; onvolkomen stuit 7; dwars 8; overige 9	77
21	perineum en vulva	perineum en vulva gaaf 0; ruptuur 1; sub-totaal ruptuur 2; totaal ruptuur 3; mediolaterale epi 4; mediane epi 5; labiumruptuur 6	78
22	medicatie na geboorte kind	geen 0; oxytocine 1; oxytocine + moederkoorn 3; moederkoorn alkaloide 2; overige 9	81
23	bloedverlies	< 500 ml 1; 501 - 1000 ml 2; > 1000 ml 3	82

kind

24	geslacht	jongen 1; meisje 2; (nog) onbekend X	83
25	geboortedatum (dag-maand-jaar)		84
26	geboortetijdstip (uur, minuut) en apgarscore na 5 minuten		90 en
27	geboortegewicht (in grammen) en weegmethode	weegschaal 1; unster 2; geschat 3	96 en

kraamb.

28	kraamzorg;	nee 0; ja 1; voeding op de 7e dag; borstvoeding (BV) 1; kunstvoeding (KV) 2; BV + KV 3	101 en
29	bij 'los' kraambed: reden(en) zorg in 2e lijn (lijst moeder)		103

zorgverlening

30a	kind overleden in de 1e lijn	nee 0; ja, ante p. < 28 wk. 1; ja, ante p. ≥ 28 wk. 2; ja, durante partu 3; ja, binnen 24 uur 4; ja, 2e - 7e dag 5	109
30b	kind overleden in de 2e lijn	nee 0; ja, ante p. < 28 wk. 1; ja, ante p. ≥ 28 wk. 2; ja, durante partu 3; ja, binnen 24 uur 4; ja, 2e - 7e dag 5	110
31a	afgesproken en werkelijke plaats baring	thuis 0; kraaminrichting 1; ziekenhuis 2; overig 9	111 en
31b	indien baring in ziekenhuis: ziekenhuisnummer		113
32a	laatste consult bij gynaecoloog	geen 0; na 1e controle 1; voor 28e week 2; 28e t/m 36e week 3; vanaf 37e week 4; tijdens ontsluiting 5; tijdens uitdrijving 6; nageboortetijdperk 7; direct post partum 8; tijdens kraambed 9	117
32b	reden(en) laatste consult bij gynaecoloog (lijst moeder)	geen: in 1e vakje 000	118
33a	overdracht aan gyn. en zkh.nr.	geen 0; na 1e controle 1; voor 28e week 2; 28e t/m 36e week 3; vanaf 37e week 4; tijdens ontsluiting 5; tijdens uitdrijving 6; nageboortetijdperk 7; direct post partum 8; tijdens kraambed 9	127 en
33b	datum overdracht aan gynaecoloog of datum beëindiging zorg (dag-maand-jaar)		132
33c	reden(en) overdracht aan gynaecoloog of reden beëindiging zorg (lijst moeder)	geen: in 1e vakje 000	138
34a	consult bij pediater (lijst kind)	geen 0; ja, direct pp 1; binnen 24 uur 2; 2e - 7e dag 3; reden	147 en
34b	overdracht aan pediater (lijst kind)	geen 0; ja, direct pp 1; binnen 24 uur 2; 2e - 7e dag 3; reden, zkh. nr.	150 en
35	overige problematiek kind (lijst kind)	geen: in 1e vakje 00	157
36	lijst bijzonderheden (z.o.z.)	geen: in 1e vakje 00; moeder overleden 50	163
37	overige problematiek moeder (lijst moeder)	geen: in 1e vakje 000	169
38	individuele coderingen		178
39	partusnummer (indien gewenst)		184

PROBLEMATIEK MOEDER

000 geen problematiek moeder (niet in rubriek 29)
888 niet volgens lijst moeder (alleen te gebruiken in rubriek 29)
998 los kraambed na 1e lijns natale zorg (alleen in rubriek 29)
999 overige problematiek moeder (niet in rubriek 29)

algemeen medische anamnese (m.b.t. de zwangerschap)
neurologische aandoeningen
101 epilepsie, aanvalsvrij zonder medicatie
102 epilepsie met medicatie
103 subarachnoidale bloeding
104 multipele sclerose
105 hernia nuclei pulposi
120 overige neurologische aandoeningen (niet in rubriek 29)
interne aandoeningen
121 duidelijk verminderde longfunctie
122 actieve tuberculose
123 astma bronchiale (met medicatie niet aanvalsvrij)
124 hartafwijking met haemodynamische consequenties
125 trombo-embolische processen
126 stollingsstoornissen
127 recidiverende urineweginfecties
128 afwijkingen urinewegen (zie toelichting)
129 essentiele hypertensie (met medicatie)
130 diabetes mellitus
131 overige endocrinologische aandoeningen (zie toel.)
132 anaemie, Hb onder de 6.0 mmol/l
133 aandoeningen tractus digestivus (zie toelichting)
134 astma bronchiale (met medicatie aanvalsvrij)
150 overige interne aandoeningen (niet in rubriek 29)
gynaecologische aandoeningen
151 prolapsoperatie
152 portio-amputatie, conisatie
153 myoomenucleatie, subsereus myoom
154 myoomenucleatie, submuceus of intramuraal myoom
155 uterus myomatosus
156 fisteloperatie
157 afwijkend cervixuitstrijkje
158 DES
159 IUD in situ
160 fertiliteitsstoornissen
161 in vitro fertilisatie
162 (overige) infertiliteitsbehandeling (o.a. KI)
163 mogelijke bekkenafwijkingen (zie toelichting)
180 overige gynaecologische aandoeningen (niet in rubr. 29)
overige
181 hard-drugsgebruik (incl. Methadon)
182 psychiatrische aandoeningen

obstetrische anamnese
201 abortus provocatus i.a.
202 actief Rhesus antagonisme i.a.
203 toxicose i.a.
204 toxicose met opname i.a.
205 HELLP-syndroom i.a.
206 (herhaalde) abortus i.a.
207 partus immaturus i.a.
208 partus prematurus (1x voor 35e wk. of 2x vanaf 35e wk.) i.a.
209 partus prematurus (1x in 35e, 36e of 37e week) i.a.
210 cervix-insufficientie en/of Shirodkarprocedure i.a.
211 cervix-insufficientie en/of Shirodkarprocedure (na tussenliggende normale zwangerschap) i.a.
212 solutio placentae i.a.
213 vaginale kunstverlossing i.a.
214 sectio caesarea i.a.
215 dysmaturiteit (< 2.3 percentiel) i.a.
216 kind geboren in slechte conditie i.a.
217 intra uteriene vruchtdood i.a. (zie toelichting)
218 vorige maal dood kind: 1e levensweek tot 1 jaar (onb. oorz.)
219 vorige maal dood kind: 1e levensweek tot 1 jaar (bek. oorz.)
220 kind met aangeboren afwijkingen of erfelijke aandoening i.a.
221 fluxus post partum (ten gevolge van episiotomiewond) i.a.
222 fluxus post partum ten gevolge van cervixruptuur i.a.
223 fluxus post partum ten gevolge van achterblijven van een deel van de placenta i.a.
224 fluxus post partum ten gevolge van atonische nabloeding i.a.
225 fluxus post partum ten gevolge van overige i.a.
226 manuele placentaverwijdering i.a.
227 totaalruptuur i.a.
228 post partum psychose i.a.
229 mola zwangerschap i.a.
299 overige bijzonderheden m.b.t. de obstetrische anamnese (niet in rubriek 29)

risicofactoren tijdens deze zwangerschap
301 leeftijdsindicatie: nullipara > 35 jaar
302 leeftijdsindicatie: multipara vanaf 40 jaar
303 vrouw jonger dan 15 jaar
304 grande multipara
305 medicijngebruik
306 alcoholproblematiek
307 drugsproblematiek
308 nicotine
309 röntgenonderzoek
399 overige risicofactoren (niet in rubriek 29)

problemen tijdens deze zwangerschap
401 abortus
402 hyperemesis
403 antenatale diagnostiek (vruchtwaterpunctie, chorionbiopsie)
404 cervix-insufficientie
405 onzekere zwangerschapsduur
406 anaemie, Hb onder de 6.0 mmol/l
407 pyelitis
408 toxoplasmose
409 rubella
410 cytomegalie
411 herpes simplex
412 luesproblematiek
413 HBsAg positief tijdens zwangerschap
414 hernia nuclei pulposi ontstaan in deze zwangerschap
415 laparotomie tijdens de zwangerschap
416 extra uteriene graviditeit (EUG) / mola (vermoeden op)
417 vermoeden op foetale afwijkingen
418 diabetes gravidarum met behandeling
419 meerlingzwangerschap (ontdekt in deze zwangerschap)
420 bloedverlies eerste helft
421 bloedverlies tweede helft
422 hypertensie/toxicose
423 niet infectieuze proteinurie
424 HELLP-syndroom
425 actief Rhesus antagonisme
426 solutio placentae
427 negatieve dyscongruentie
428 positieve dyscongruentie
429 vruchtwaterverlies
430 dreigende vroeggeboorte (zie toelichting)
431 (dreigende) serotiniteit
432 minder leven
433 ernstige varices
434 liggingsafwijking incl. stuit
435 intra uteriene vruchtdood (tijdens deze zwangerschap)
436 hoogstaande schedel à terme (zie toelichting)
437 geen prenatale zorg
438 afstandskind
439 placenta preavia
440 beëindiging zorg om niet medische reden
441 abortus zonder overdracht
(Code 440 en 441 mogen slechts gebruikt worden bij beëindiging van de zorg tijdens de zwangerschap zonder overdracht)
499 overige problemen (ook overige intercurrente aandoeningen tijdens deze zwangerschap (niet in rubriek 29)

problemen tijdens de baring en direct daarna
501 intra uteriene vruchtdood (tijdens baring)
502 liggingsafwijking incl. stuit
503 foetale nood tijdens de baring
504 meconiumhoudend vruchtwater
505 langdurig gebroken vliezen zonder weeën à terme
506 onvoldoende vorderende ontsluiting
507 onvoldoende vorderende uitdrijving
508 bloedverlies tijdens de baring
509 solutio placentae
510 vasa praevia
511 h.p.p. > 1000 ml
512 retentio placentae
513 (totaal)ruptuur
514 gecompliceerde ruptuur (epi en ruptuur)
515 noodzaak tot sedatie
516 pijnstilling (spinaal/epiduraal)
517 vroeggeboorte
518 dreigende vroeggeboorte
599 overige problemen tijdens de baring en direct daarna (niet in rubriek 29)

problemen tijdens kraambed (niet in rubriek 29)
601 mastitis
602 endometritis
603 cystitis
604 tromboflebitis
605 trombose
606 psychose
607 kind heeft pathologie
608 lactatieremming door middel van medicijnen
699 overige problemen tijdens het kraambed

ONDERZOEKEN/VERRICHTINGEN TIJDENS DEZE ZWANGERSCHAP

(door verloskundige gevraagd/gedaan)
00 geen
99 overig
11 echoscopie, termijnbepaling
12 echoscopie, intacte zwangerschap
13 echoscopie, bloedverlies
14 echoscopie, verdenking op gemelli
15 echoscopie, groeicontrole
16 echoscopie, placentalokalisatie
17 echoscopie, ligging
18 echoscopie, andere reden
19 echoscopie op verzoek van cliënte
30 antenatale diagnostiek
41 laboratoriumonderzoek rubella
42 laboratoriumonderzoek toxoplasmose
43 diabetes gravidarum onderzoek
44 (poging tot) uitwendige versie
45 cervixuitstrijk
46 cervixkweek

PROBLEMATIEK KIND

00 geen problematiek kind
99 overige problematiek kind

congenitale afwijkingen(zichtbaar voor verloskundige)
zenuwstelsel
10 spina bifida
11 andere congenitale afwijkingen centraal zenuwstelsel
12 anencefalie
13 microcefalie
14 hydrocefalie
hartvaatstelsel
15 ontbreken één navelarterie
16 vitium cordis
17 andere afwijkingen aan het hartvaatstelsel
spijsverteringsstelsel
20 hernia diafragmatica
21 gehemeltespleet
22 lipspleet
23 anusatresie
24 andere afwijkingen spijsverteringsstelsel
luchtwegen
30 afwijkingen luchtwegen
urogenitaalstelsel
34 niet ingedaalde testes
35 hypospadie
36 nieragenesie
37 andere afwijkingen urogenitaalstelsel
huid- en buikwand
40 naevus
41 haemangioma cavernosum
42 andere afwijkingen huid- en buikwand
skelet en extremiteiten
45 syndactylie
46 polydactylie
47 klompvoet
48 congenitale heupluxatie
50 andere afwijkingen bewegingsstelsel (incl. spiersteisel)
diverse en multipele congenitale afwijkingen
55 syndroom van Down
56 multipele congenitale afwijkingen
57 overige congenitale afwijkingen (niet nader omschreven)

geboortetraumata
60 Erbse parese
61 cefaal hematoom
62 clavicula fractuur
63 andere geboortetraumata

problematiek eerste 24 uur
65 dysmaturiteit
66 prematuriteit
68 asfyxie (A.S. < 7 na 5 min.)
69 problemen ademhaling incl. meconium asp.
70 mogelijk infecties
71 circulatieproblemen
72 neurologische problemen
73 overige stoornissen na geboorte
74 hypoglykemie
75 passieve immunisatie Hblg
76 protocollair onderzoek (waaronder routine-onderzoek na kunstverlossing)
77 onderzoek op verzoek van verloskundige
78 onderzoek op eigen initiatief pediater

problematiek eerste levensweek
80 hyperbilirubinaemie
81 voedingsproblemen
82 moeilijke temperatuurregulatie
83 convulsies
84 conjunctivitis
85 mogelijke infecties
86 overige stoornissen eerste levensweek

onderzoek baby (op verzoek verloskundige)
91 bloedsuiker
92 bilirubine
98 overig onderzoek baby

MEDIUM RISK/OVERLEGSITUATIES

medium risk situatie (B → D)
123 astma bronchiale (met medicatie niet aanvalsvrij)
222 fluxus post partum ten gevolge van cervixruptuur i.a.
223 fluxus post partum ten gevolge van achterblijven van een deel van de placenta i.a.
224 fluxus post partum ten gevolge van atonische nabloeding i.a.
226 manuele placentaverwijdering i.a.
301 leeftijdsindicatie: nullipara > 35 jaar
302 leeftijdsindicatie: multipara vanaf 40 jaar

overlegsituaties (B)
102 epilepsie met medicatie
103 subarachnoidale bloeding
104 multipele sclerose
121 duidelijk verminderde longfunctie
124 hartafwijking met haemodynamische consequenties
125 trombo-embolische processen
128 afwijkingen urinewegen (zie toelichting)
129 essentiële hypertensie (met medicatie)
131 overige endocrinologische aandoeningen (zie toelichting)
134 astma bronchiale (met medicatie aanvalsvrij)
151 prolapsoperatie
163 mogelijke bekkenafwijkingen (zie toelichting)
182 psychiatrische aandoeningen
207 partus immaturus i.a.
208 partus prematurus (1x voor 35e week of 2x vanaf 35e week) i.a.
216 vorige maal kind geboren in slechte conditie
217 intra uteriene vruchtdood i.a. (zie toelichting)
218 vorige maal dood kind: 1e levensweek tot 1 jaar - onbekende oorzaak
219 vorige maal dood kind: 1e levensweek tot 1 jaar - bekende oorzaak
225 fluxus post partum ten gevolge van overige i.a.
305 medicijngebruik
406 anaemie, Hb onder de 6.0 mmol/l
411 herpes simplex
414 hernia nuclei pulposi ontstaan in deze zwangerschap
416 extra uteriene graviditeit (EUG) / mola (vermoeden op)
417 vermoeden op foetale afwijkingen
420 bloedverlies eerste helft
422 hypertensie/toxicose
423 niet infectieuze proteinurie
427 negatieve dyscongruentie
428 positieve dyscongruentie
429 vruchtwaterverlies
434 liggingsafwijking incl. stuit
435 intra uteriene vruchtdood (tijdens deze zwangerschap)
436 hoogstaande schedel à terme (zie toelichting)
437 geen prenatale zorg
501 intra uteriene vruchtdood (tijdens baring)

overige overlegsituaties
127 recidiverende urineweginfecties
155 uterus myomatosus
204 toxicose met opname i.a.
220 kind met aangeboren afwijkingen of erfelijke aandoening i.a.
412 luesproblematiek
432 minder leven
433 ernstige varices
515 noodzaak tot sedatie

LANDELIJKE LIJST BIJZONDERHEDEN

00 geen bijzonderheden
99 overige bijzonderheden

verloop in de 2e lijn m.b.t. de moeder
10 inleiding amniotomie
11 inleiding chemisch
12 bijstimulatie
13 vacuümextractie
14 forcipale extractie
15 weeënremming
16 manuele placentaverwijdering
17 hechten (totaal)ruptuur
18 opname
23 curettage
24 sectio caesarea
25 spinaal/epiduraal anesthesie
26 bloedtransfusie
29 overig verloop in 2e lijn m.b.t. moeder

verloop in de 2e lijn m.b.t. het kind
30 beademing
31 sondevoeding
32 fototherapie
33 antibiotica
34 wisseltransfusie
35 intraveneuze voeding
36 chirurgische ingreep
37 overplaatsing naar neonataal centrum
39 overig verloop in 2e lijn m.b.t. kind

bijzonderheden
41 verwijzing van perifeer naar acad. zh.
50 moeder overleden

CODES/OMSCHRIJVINGEN

rubriek 5 onze zorg betrof
0 zw.schap t/m kr.bed
1 zwangerschap
2 baring
3 kraambed

rubriek 7 contact met cliënte
0 eigen initiatief cliente
1 via collega-verloskundige
2 via huisarts
3 via gynaecoloog
8 combinatie hiervan
9 anders

rubriek 10 type vrouw
0 nederlands
1 mediterraan
2 ander europees
3 creools
4 hindoestaans
5 aziatisch
9 overig

rubriek 12 zekerheid
1 zeker
2 onzeker

rubriek 13 overlegsituaties/medium risk
0 geen overleg
1 overlegsituatie
2 medium risk

rubriek 15a kind 'aangepakt' door
0 verloskundige
1 huisarts
2 leerling-verlosk.
3 huisarts i.o.
4 co-assistent
5 ass.-gyn.
6 gynaecoloog
7 arts-assistent
8 ondeskundige
9 overige

rubriek 15b onder verantwoordelijkheid van
0 verloskundige
1 huisarts
5 ass.-gyn.
6 gynaecoloog
7 arts-assistent
9 overige

rubriek 17 amniotomie
0 nee
1 ja

rubriek 17 kleur vruchtwater
0 kleurloos
1 meconiumhoudend
2 anders

rubriek 18 duur ontsluitingsperiode
0 < 6 uur
1 6 - 12 uur
2 12 - 24 uur
3 > 24 uur

rubriek 20 ligging
0 achterhoofd-voor
1 achterhoofd-achter
2 kruin
3 aangezicht
4 voorhoofd
5 hoofdligging anders
6 volkomen stuit
7 onvolkomen stuit
8 dwars
9 overige

rubriek 21 perineum en vulva
0 perineum en vulva gaaf
1 ruptuur
2 sub-totaal. ruptuur
3 totaal ruptuur
4 mediolaterale epi
5 mediane epi
6 labiumruptuur

rubriek 22 medicatie na geboorte kind
0 geen
1 oxytocine
2 moederkoorn alkaloide
3 oxytocine + moederkoorn
9 overige

rubriek 23 bloedverlies
1 ≤ 500 ml
2 501 - 1000 ml
3 > 1000 ml

rubriek 24 geslacht
1 jongen
2 meisje
X (nog) onbekend

rubriek 27 weegmethode
1 weegschaal
2 unster
3 geschat

rubriek 28 kraamzorg
0 nee
1 ja

rubriek 28 voeding op de 7e dag
1 borstvoeding (BV)
2 kunstvoeding (KV)
3 BV + KV

rubriek 30a kind overleden in de 1e lijn
0 nee
1 ja, ante p. < 28 wk.
2 ja, ante p. ≥ 28 wk.
3 ja, durante partu
4 ja, binnen 24 uur
5 ja, 2e - 7e dag

rubriek 30b kind overleden in de 2e lijn
0 nee
1 ja, ante p. < 28 wk.
2 ja, ante p. ≥ 28 wk.
3 ja, durante partu
4 ja, binnen 24 uur
5 ja, 2e - 7e dag

rubriek 31a afgesproken en werkelijke plaats baring
0 thuis
1 kraaminrichting
2 ziekenhuis
9 overig

rubriek 32a laatste consult bij gynaecoloog
0 geen
1 na 1e controle
2 voor 28e week
3 28e t/m 36e week
4 vanaf 37e week
5 tijdens ontsluiting
6 tijdens uitdrijving
7 nageboortetijdperk
8 direct post partum
9 tijdens kraambed

rubriek 33a overdracht aan gynaecoloog
0 geen
1 na 1e controle
2 voor 28e week
3 28e t/m 36e week
4 vanaf 37e week
5 tijdens ontsluiting
6 tijdens uitdrijving
7 nageboortetijdperk
8 direct post partum
9 tijdens kraambed

rubriek 34a consult bij pediater
0 geen
1 ja, direct pp
2 binnen 24 uur
3 2e - 7e dag

rubriek 34b overdracht aan pediater
0 geen
1 ja, direct pp
2 binnen 24 uur
3 2e - 7e dag

BIJLAGE 3 Het aanvullende NIVEL-formulier voor de verloskundigen

NIVEL-ONDERZOEK RISICOSELECTIE

LVR-nummer van de verloskundige die dit invult *(waarn.: niet 8080, zie instructie)* ☐☐☐

LVR-nummer van de verloskundige die de bevalling begeleidde *(waarn.: zie instructie)* ☐☐☐

Administratienummer (volgens LVR1) ☐☐☐☐☐

Geboortedatum van de vrouw ☐☐☐☐☐

Eerste twee letters meisjesachternaam ☐☐

Hoogste diastolische tensie in zwangerschap bij de verloskundige ☐☐☐

Laagste diastolische tensie in zwangerschap bij de verloskundige ☐☐☐

Geboortedatum van het kind (alleen indien bekend) ☐☐☐☐☐

1. Heeft aandringen (of protesteren) van de cliënte een rol gespeeld bij een besluit om wel of niet te verwijzen?

1 ☐ nee *(ga door naar vraag 2)*

2 ☐ ja, de aanvankelijke bedoeling van de verloskundige was:

1 ☐ geen verwijzing

2 ☐ consult, reden(en): . . . . . .

3 ☐ overdracht, reden(en): . . . . . .

Wat is er tenslotte gebeurd?

1 ☐ geen verwijzing

2 ☐ consult, reden(en): . . . . . .

3 ☐ overdracht, reden(en): . . . . . .

3 ☐ ik weet het niet

2. Was er in de zwangerschap sprake van gedeelde zorg, zowel bij gynaecoloog als bij verloskundige (d.w.z. niet eenmalig consult)? *(bij meer dan 1 periode van gedeelde zorg: dit vermelden)*

1 ☐ nee

2 ☐ ja, van: ☐☐☐☐☐ t/m: ☐☐☐☐☐

reden(en): . . . . . .

3. Is de vrouw tijdens de zwangerschap verwezen naar een gyn. of (terug)verw. door een gyn.?

1 ☐ nee

2 ☐ ja *(bij meer dan 2 verwijzingen een groen formulier gebruiken)*

datum van spreekuur waarin werd verwezen:	verw. door (LVR-nr. of 'waarneemster'):	verwezen voor:	redenen voor verwijzing *(bij hypertensie ook de diastolische tensie)*:	verw. naar ziekenhuis:	terugverw. n. verlosk.:	terugrapp. van gynaec.
☐☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet
☐☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet

4. Was er een medium risk situatie (van tevoren afgesproken met een gynaecoloog van het samenwerkingsverband)? *(indien gynaecoloog buiten samenwerkingsverband: 'nee' invullen)*

1 ☐ nee

2 ☐ ja, reden(en): . . . . . .

5. Als door U een consult was bedoeld tijdens de zwangerschap, de bevalling of direct post partum, waarna de gynaecoloog het heeft overgenomen, hoe geschiedde dit?

1 ☐ niet van toepassing

2 ☐ in overleg, terechte indicatie voor overname, namelijk: . . . . . .

3 ☐ in overleg, niet terechte indicatie voor overname, namelijk: . . . . . .

4 ☐ niet in overleg, wel terechte indicatie voor overname, namelijk: . . . . . .

5 ☐ niet in overleg, niet terechte indicatie voor overname, namelijk: . . . . . .

De vragen 6 en 7 hoeven alleen ingevuld te worden bij een overdracht durante partu. Vraag 8 hoeft alleen ingevuld te worden bij overleg, consult of overdracht durante partu of direct post partum.

---

6. Is bij een eerder contact dan de feitelijke bevalling afgesproken met de gynaecoloog en de vrouw dat een overdracht durante partu zou plaatsvinden bij het begin van de bevalling ?

2 ☐ nee, hoe laat besloot U tot overdracht? ☐☐☐☐ ; ☐ (uur-minuut); (precies: 1; ongeveer: 2)

3 ☐ ja, reden voor overdracht . . . . . .

7 a. Wanneer was de aankomst van de vrouw in partu in het ziekenhuis?

☐☐☐☐ ; ☐☐☐☐ ; ☐ (dag-maand); (uur-minuut); (tijdstip is precies: 1; ongeveer: 2)

b. Door welke arts (niet coassistent) is de vrouw het eerst gezien na deze overdracht?

☐ gynaecoloog 1 assistent in opleiding voor gynaecoloog 2 basisarts, niet in opleiding voor gyn. 3 overig 9

c. Wanneer is de vrouw na deze overdracht voor het eerst gezien door een gyn. of assistent in opleiding voor gyn.? *(niet invullen indien alléén gezien door basisarts, niet in opl. voor gyn.)*

☐☐☐☐ ; ☐☐☐☐ ; ☐ (dag-maand); (uur-minuut); (tijdstip is precies: 1; ongeveer: 2)

8. Overzicht overleg, consult of overdracht durante partu of direct post partum.

datum van overleg/ consult/overdracht:	tijdstip (uur-minuut):	overleg/ verwezen voor:	redenen voor overleg/consult/ overdracht *(bij hypertensie ook de diastolische tensie)*:	overlegd met/ verw. naar ziekenhuis:	terugverw. naar verlosk.:	indien terug-verw. naar vk.: wanneer?
☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐ ☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)

Bij vragen kunt u bellen naar Wouter Meijer of Mark Spierings, telefoonnummer 030 - 2319946 en buiten kantoortijden Wouter, telefoonnummer 035 - 6952558.

Opmerkingen: . . . . . .

. . . . . .

NIVEL-ONDERZOEK RISICOSELECTIE

TWEEDE FORMULIER
alleen gebruiken als vervolg op het uitgebreide formulier voor vragen 3 en 8

LVR-nummer van de verloskundige die dit invult *(waarneemster: zie instructie)* ☐☐

administratienummer (volgens LVR1) ☐☐☐

geboortedatum van de vrouw ☐☐☐

eerste twee letters meisjesachternaam ☐☐

Vervolg op vraag 3
(Is de vrouw tijdens de zwangerschap verwezen naar een gynaecoloog of (terug)verwezen door een gynaecoloog?)

datum van spreekuur waarin werd verwezen:	verw.door (LVR-nr. of 'waarneemster'):	verwezen voor:	redenen voor verwijzing *(bij hypertensie ook de diastolische tensie)*:	verw. naar ziekenhuis:	terugverw. n. verlosk.:	terugrapp. van gynaec.
☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet
☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet
☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet
☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet
☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet
☐☐☐☐	☐☐☐	O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja	O ja O ja, maar te laat O nee O weet niet

Vervolg op vraag 8
(Was er tijdens de bevalling of direct post partum overleg met of verwijzing naar een gyn.?)

datum van overleg/ consult/overdracht:	tijdstip (uur-minuut):	overleg/ verwezen voor:	redenen voor overleg/consult/ overdracht *(bij hypertensie ook de diastolische tensie)*:	overlegd met/ verw. naar ziekenhuis:	terugverw. naar verlosk.:	indien terug-verw. naar vk.: wanneer?
	☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)
	☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)
	☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)
	☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)
	☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)
	☐ precies ☐ ongeveer	O overleg *verwezen voor:* O consult O overdracht		O v/h samenw. verband O ander ziekenhuis	O nee O ja O n.v.t. (overleg)	O in partu O direct p.p. O kraamperiode O n.v.t. (niet terugverw.)

Bij vragen kunt u bellen naar Wouter Meijer of Mark Spierings, telefoonnummer 030 - 2319946 en buiten kantoortijden Wouter, telefoonnummer 035 - 6952558.

Opmerkingen: . . . . . .
. . . . . .

BIJLAGE 4 Het registratieformulier voor de gynaecologen

NIVEL-ONDERZOEK RISICOSELECTIE

FORMULIER BIJ VERWIJZING: ALGEMENE GEGEVENS

NIVEL-nummer van gynaecoloog

Geboortedatum vrouw

Eerste twee letters meisjesachternaam

Statusnummer: . . . . . .

Datum spreekuur

FORMULIER BIJ VERWIJZING: VERLOSKUNDIGE GEGEVENS

1 aard contact:

1 ☐ eerste spreekuur na verwijzing
2 ☐ herhalingscontrole

2 reden(en) van verwijzing naar mij/herhalingscontrole:

. . . . . .

. . . . . .

3 bevindingen van mij:
(bij hypertensie ook diastolische tensie en albuminurie (geen, +,++, etc.) vermelden)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

4 beslissing:

1 ☐ terugverwijzing
2 ☐ blijft onder mijn zorg, reden(en): . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

(er is geen verdere registratie nodig)
3 ☐ nog geen beslissing over eventuele terugverwijzing, (bijvoorbeeld eerst afwachten van uitslagen diagnostiek en/of herhalingsonderzoek), reden(en) : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

controle over ..... weken *(nieuw NIVEL-formulier in deze status)*
4 ☐ overig, namelijk: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

5 heeft aandringen (of protesteren) van de vrouw een rol gespeeld bij deze beslissing?

1 ☐ nee
2 ☐ ja, mijn aanvankelijke bedoeling was:
  1 ☐ terugverwijzing
  2 ☐ blijft onder mijn zorg, reden(en): . . . . . .
  3 ☐ vorm van gedeelde zorg, reden(en): . . . . . .
  4 ☐ overig, namelijk: . . . . . .

6 Is de vrouw volgens u te laat naar u verwezen?

1 ☐ nee
2 ☐ ja, namelijk: . . . . . .

7 Is de vrouw volgens u onnodig verwezen?

1 ☐ nee
2 ☐ ja, namelijk: . . . . . .

Bij vragen kunt u bellen naar Wouter Meijer of Mark Spierings, telefoonnummer 030 - 2319946 en buiten kantoortijden Wouter, telefoonnummer 035 - 6952558.
Opmerkingen: . . . . . .