

(137639)

EVALUATIE INVOERING 'VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST'

NIV 156

R. 5047/6

Oktober 1991

21535

J.A. Riteco
L. Hingstman

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

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Riteco, J.A.

Evaluatie invoering 'verloskundige indicatielijst' / J.A. Riteco, L. Hingstman. -
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezond-
heidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-163-X

Trefw.: verloskunde / gynaecologie.

VOORWOORD

Voor U ligt het eindverslag van het onderzoek 'Evaluatie invoering Verloskundige Indicatielijst'. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Ziekenfondsraad.

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld. Wij zijn de leden van deze commissie zeer erkentelijk voor hun kritische en bovenal constructieve bijdrage, zowel tijdens als buiten de vergaderingen.

Niet in de laatste plaats bedanken wij de grote groep verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en adviserend geneeskundigen voor hun medewerking aan het onderzoek.

Drs. J.A. Riteco
Dr. L. Hingstman

Leden van de begeleidingscommissie

Dhr. A. Boer, arts, voorzitter (Ziekenfondsraad)
Mw. Mr. E.H. Wierenga, secretaris (Ziekenfondsraad)
Mw. M.G. de Boer, verloskundige (Staatstoezicht op de Volksgezondheid)
Dhr. W.L. Bogstra, huisarts (LHV)
Dhr. Prof.Dr. J.C. van Es
Dhr. Prof.Dr. T.K.A.B. Eskes (NVOG)
Dhr. Drs. Th. Gerritsen (VNZ)
Dhr. Prof.Dr. G.J. Kloosterman
Mw. B.Th.M. Smulders, verloskundige (NOV)
Dhr. Drs. A.J.M. Zengerink (Ministerie van WVC)
Dhr. Prof.Dr. J. van der Zee (NIVEL)

INHOUD

pag.

1. INLEIDING	1
2. ONTSTAAN EN INVOERING VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST	3
2.1. Voorgeschiedenis	3
2.2. Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst	7
2.3. Adviescommissie Verloskunde	11
2.4. Invoering van de Verloskundige Indicatielijst in de praktijk	13
3. PROBLEEMSTELLING, OPZET EN METHODE	15
3.1. Oordeelsvorming	15
3.1.1. Theorie Ajzen en Fishbein	16
3.2. Gebruik van de Verloskundige Indicatielijst	18
3.3. Gegevensverzameling	20
3.4. Non-respons analyse	23
3.4.1. Huisarts	23
3.4.2. Verloskundige	26
3.4.3. Gynaecoloog	28
4. VERLOSKUNDIGE ZORG IN NEDERLAND	31
4.1. Plaats en leiding van de bevalling	31
4.2. Verloskundige activiteiten van de drie beroepsgroepen	35
4.2.1. Huisarts	35
4.2.2. Verloskundige	39
4.2.3. Gynaecoloog	41
5. MENINGEN OVER NOODZAAK, TOTSTANDKOMING EN IN- VOERING VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST	43
5.1. Herziening Kloostermanlijst	43
5.2. Samenstelling van de Werkgroep Bijstelling Kloosterman- lijst	45
5.3. Invoering van de Verloskundige Indicatielijst	46
5.4. Voorlichting	46
5.4.1. De beroepsgroepen	47
5.4.2. De adviserend geneeskundigen	50
5.5. Samenvatting	52

	pag.
6. OORDEEL OVER EN ACCEPTATIE VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST	55
6.1. Uitgangspunten	55
6.2. Besliskundige criteria	56
6.3. Verwijsbeleid	57
6.4. Acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst door de drie beroepsgroepen	62
6.4.1. oordeelsvorming	63
6.5. Relatie tussen het oordeel over en de acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst	71
6.6. Verwachtingen van de adviserend geneeskundigen ten aanzien van de gevolgen van invoering van de Verloskundige Indicatielijst	73
6.7. Samenvatting	75
7. GEBRUIK VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST	77
7.1. Algemeen gebruik door de drie beroepsgroepen	77
7.1.1. Meningen van de drie beroepsgroepen	77
7.1.2. Meningen van de adviserend geneeskundigen	81
7.2. Verloskundig verwijsbeleid: gewenst en gehanteerd door de drie beroepsgroepen	83
7.2.1. Gewenst verloskundig verwijsbeleid voor een aantal indicaties	84
7.2.2. Het verloskundig verwijsbeleid dat men in de praktijk hanteert	91
7.3. Afspraken over het gebruik van de nieuwe lijst	92
7.4. Regelingen die het gebruik van de lijst zouden stimuleren	93
7.5. Factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het gebruik	96
7.5.1. Opgetreden problemen bij het formeren van regio's	96
7.5.2. Opgetreden problemen bij de operationalisatie van de afhankelijke variabele 'het gebruik'	97
7.6. Inschakelen adviserend geneeskundige	98
7.6.1. Mening van de drie beroepsgroepen	98
7.7. Mening van de adviserend geneeskundigen	99
7.7.1. Gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door de adviserend geneeskundigen	99
7.7.2. Factoren die van invloed kunnen zijn op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst	102
7.8. Samenvatting	102

	pag.
8. VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST EN VERLOSKUNDIGE SAMENWERKING	105
8.1. Samenwerking door de Verloskundige Indicatielijst	105
8.2. Beschrijving van de verloskundige samenwerking	106
8.2.1. Volgens de beroepsgroepen	106
8.2.2. Volgens de adviserend geneeskundigen	108
8.3. Factoren die volgens de beroepsgroepen de verloskundige samenwerking (kunnen) bevorderen	111
8.4. Factoren die volgens de beroepsgroepen de samenwerking (kunnen) belemmeren	111
9. SAMENVATTING EN SLOTBESCHOUWING	113
LITERATUUR	117
LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN	119

1. INLEIDING

Het karakteristieke kenmerk van de Nederlandse verloskundige zorg is het selectiesysteem. Dit systeem heeft ten doel om een onderscheid te kunnen maken tussen een fysiologische en een pathologische zwangerschap en bevalling. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat een fysiologische zwangerschap en bevalling in principe thuis kan plaatsvinden onder leiding van de huisarts of verloskundige. Bij enige twijfel aan een normaal verloop moet de gynaecoloog worden ingeschakeld (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972; Ziekenfondsraad, 1987).

Bij de beslissing in welk echelon de zwangere vrouw de verloskundige zorg het beste kan ontvangen speelde tot voor kort de lijst medische indicaties voor specialistische behandeling, de zogenaamde Kloostermanlijst (1973) (in het vervolg in dit rapport ook wel aangeduid als oude lijst), een belangrijke rol. In 1983 stelt de Ziekenfondsraad een werkgroep in die zich bezig moest houden met een herziening van de oude lijst. De in 1983 opgerichte Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK), waarin alle bij de verloskunde betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigd waren, kreeg de opdracht advies uit te brengen over de gewenste bijstelling van de oude lijst. De doelstelling van deze werkgroep was door een bijstelling van de oude lijst een bijdrage te leveren aan de samenwerking tussen de huisarts, verloskundige en gynaecoloog, alsmede aan een verdere verbetering van de verloskundige zorg in Nederland. Op 23 april 1987 heeft de Ziekenfondsraad het eindrapport van de WBK, getiteld 'De Verloskundige Indicatielijst' als zwaarwegend advies toegezonden aan alle huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en ziekenfondsen. De nieuwe lijst dient als leidraad voor verloskundige, huisarts en gynaecoloog bij het bepalen van een verantwoord verwijsbeleid.

Bij de totstandkoming van de Verloskundige Indicatielijst heeft de Ziekenfondsraad aangekondigd dat de invoering van deze nieuwe lijst geëvalueerd moest worden. Ruim twee jaar na het versturen van de lijst is hiermee een begin gemaakt. Het hiernavolgende rapport geeft een verslag van het evaluatie-onderzoek.

De evaluatie omvat drie hoofddoelstellingen, waarbij in de onderhavige studie twee doelstellingen centraal staan. In de eerste plaats wordt de oordeelsvorming over en acceptatie van de nieuwe lijst onderzocht. In de tweede plaats zal gekeken worden naar het gebruik van de lijst. Een derde doelstelling van dit onderzoek heeft betrekking op het verkrijgen van informatie omtrent de effecten van de invoering van de Verloskundige Indicatielijst. Aangezien de opzet en de uitvoering van een effectenonderzoek af-

hangt van de resultaten van het onderzoek met betrekking tot het gebruik van de lijst, zal een eventuele verdere uitwerking van deze derde doelstelling pas in een vervolgonderzoek plaatsvinden.

In dit rapport staan de volgende twee vraagstellingen centraal:

1. In hoeverre accepteren huisartsen, verloskundigen en gynaecologen de nieuwe Verloskundige Indicatielijst, welke oordelen van deze verloskundige hulpverleners over de nieuwe lijst liggen daaraan ten grondslag en hoe verloopt de oordeelsvorming?
2. In hoeverre maken huisartsen, verloskundigen en gynaecologen gebruik van de Verloskundige Indicatielijst en welke factoren zijn daarop van invloed?

Met betrekking tot de introductie van de nieuwe lijst, hebben de adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen een actieve rol toebedeeld gekregen. Naast de introductie van de lijst bij de drie betrokken beroepsgroepen, kan de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds de Verloskundige Indicatielijst gebruiken bij zijn oordeelsvorming omtrent het verloskundige verwijsbeleid en in het gesprek met de verloskundige hulpverleners.

Vandaar dat, met betrekking tot de rol van de adviserend geneeskundigen, de volgende drie subvraagstellingen zijn geformuleerd:

1. Welke activiteiten hebben de adviserend geneeskundigen ondernomen met betrekking tot de introductie en de hantering van de Verloskundige Indicatielijst?
2. Wat zijn de meningen van de adviserend geneeskundigen omtrent de acceptatie en het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door de verloskundige hulpverleners?
3. Op welke wijze maken de adviserend geneeskundigen gebruik van de Verloskundige Indicatielijst?

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de beleidsmatige ontwikkelingen die uiteindelijk geleid hebben tot het invoeren van de Verloskundige Indicatielijst. Na dit beschrijvende gedeelte volgt in hoofdstuk 3 de uitwerking van de bovengenoemde vraagstellingen, waarbij de oordeelsvorming uitgewerkt wordt aan de hand van een theoretisch model. In dit hoofdstuk wordt tevens de onderzoeksopzet en de methode nader uiteengezet. In hoofdstuk 4 tot en met 8 worden de vraagstellingen uitgewerkt, waarbij per item eerst de resultaten van de drie beroepsgroepen en daarna de resultaten van de adviserend geneeskundigen aan de orde komen. De slotbeschouwing (hoofdstuk 9) vormt de afsluiting van het rapport.

2. ONTSTAAN EN INVOERING VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

2.1. Voorgeschiedenis

In 1930 wordt in de eerste druk van het Leerboek der Verloskunde (De Snoo, 1930) een overzicht gegeven van de resultaten van twaalf jaar verloskundige zorg. De Snoo onderkent hierin reeds dat een nauwkeurige prenatale zorg verloskundige pathologie tijdens de zwangerschap en de baring kan voorkomen. Vanaf dat moment ontstaat er een eerste selectie op grond van een medische indicatie voor toxicose in de zwangerschap en voor een moeilijke bevalling op grond van liggingsafwijkingen en/of bekkenvernauwing. Tot die tijd bestond er voornamelijk een sociale indicatie (geen woonruimte) op grond waarvan men in het ziekenhuis kon bevallen.

De ziekenfondsen kregen echter steeds vaker te maken met zwangere vrouwen die met nieuwe medische indicaties kwamen. In een vergadering van de Vereniging van Medisch Adviseurs en Controlerend Geneeskundigen van Algemene Ziekenfondsen in 1958 wordt door Professor Dr. G.J. Kloosterman commentaar gegeven op een indicatielijst voor specialistische hulp tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed, die door een medisch adviseur van een ziekenfonds was opgesteld en die werd vergeleken met een aantal andere circulerende lijsten. Vanuit de ziekenfondsen was er duidelijk vraag naar een indicatielijst.

In 1969 richt het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (GOZ) zich tot de Centrale Raad voor de Volksgezondheid met het verzoek om de ontwikkelingen ten aanzien van de voorzieningen op het gebied van de verloskundige hulp te bestuderen en daarover advies uit te brengen. De ziekenfondsen tonen zich verontrust over het toenemend aantal verzekerden dat er niet in slaagt verloskundige hulp bij de bevalling thuis te krijgen, zodat zij worden gedwongen in een inrichting te bevallen. Naar aanleiding van het verzoek van de ziekenfondsen besluit de Centrale Raad een commissie in te stellen (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972). Deze commissie, grotendeels bestaande uit leden die niet rechtstreeks bij de praktijk van de verloskunde betrokken zijn, verschijnt in 1972 met het advies inzake verstrekking van verloskundige hulp. De commissie krijgt de opdracht om de problematiek te bestuderen die is ontstaan bij het verlenen van verloskundige hulp als gevolg van het toenemend aantal klinische bevallingen en wordt verzocht een aantal mogelijkheden voor toekomstige voorzieningen aan te geven. De commissie dient daarbij aandacht te schenken aan de afnemende bereidheid van de huisartsen om bevallingen te leiden, aan de vermindering van het aantal praktizerende verloskundigen

en aan sociale factoren die van invloed kunnen zijn op het percentage klinische bevallingen.

In het advies wordt een aantal argumenten voor en tegen maximale hospitalisatie tegenover elkaar gezet. De stelling dat een fysiologische bevalling het beste in de huiselijke omgeving van de vrouw plaats kan vinden onder leiding van de verloskundige of de huisarts wordt met verschillende argumenten verdedigd. Als eerste voert men hiervoor statistische argumenten aan. De gunstige resultaten van het bestaande verloskundige systeem, uitgedrukt in cijfers van perinatale sterfte en zuigelingensterfte, worden gebruikt om dit systeem te handhaven. Ten tweede beweren voorstanders van de thuisbevalling dat in de thuissituatie minder kans is op infecties dan in het ziekenhuis. Verder is de kans op een kunstringreep thuis kleiner en wordt het zelfvertrouwen van de vrouw gesterkt door het feit dat de bevalling in haar eigen vertrouwde omgeving plaatsvindt. Als laatste vormt een aantal sociaal-economische factoren een argument voor een bevalling thuis (thuis is goedkoper, geen overbodig gebruik van gespecialiseerde mankracht). Ook voor de tegengestelde opvatting dat een bevalling het beste in een ziekenhuis plaats kan vinden worden verschillende argumenten aangevoerd. Voorstanders van volledige hospitalisatie stellen in de eerste plaats dat tijdens de zwangerschap onmogelijk met zekerheid voorspeld kan worden of de bevalling normaal zal gaan verlopen. Verder kunnen er tijdens de baring problemen rijzen die alleen in een goed toegerust ziekenhuis met deskundige hulpverleners het hoofd geboden kunnen worden. Als laatste wijzen voorstanders van hospitalisatie van de bevalling naar het buitenland, waar de verloskunde nagenoeg geheel is gehospitaliseerd. Voor geen van beide standpunten kunnen bewijzen worden geleverd. Aangezien er geen dwingende redenen zijn om het systeem te veranderen, blijft het bestaande systeem gehandhaafd.

De Raad gaat er vanuit dat bij een goede selectie 60% tot 70% van het totaal aantal bevallingen thuis plaats kan vinden onder leiding van de huisarts of de verloskundige. Optimale verloskundige zorg kan alleen gegeven worden bij een goede samenwerking tussen huisarts, verloskundige en gynaecoloog. Huisarts en verloskundige beslissen samen of er sprake is van een fysiologische zwangerschap en baring. Bij enige twijfel aan een normaal verloop van de zwangerschap, zal de specialist moeten worden ingeschakeld. Enkele leden van de commissie zijn van mening dat inschakeling van de gynaecoloog een absolute voorwaarde is voor een optimale selectie. Indien geen normaal verloop van de zwangerschap en baring wordt verwacht, zal de bevalling klinisch moeten plaatsvinden. De meest voorkomende indicaties voor een bevalling in het ziekenhuis, staan voor de eerste keer aangegeven in een 'lijst medische indicaties tot klinische partus' (Holmer e.a., 1963). De verloskundige zorg bij de thuisbevalling zal optimaal zijn indien het in dit advies aanbevolen samenwerkingsverband wordt gerealiseerd. Experimenten waarbij werkwijze en resultaten worden geëvalu-

eerd, zijn daarbij van groot belang. Goed georganiseerde kraamzorg bij thuisbevallingen is noodzakelijk.

De uitgebreidere lijst met medische indicaties voor specialistische hulp, 'de Kloostermanlijst', wordt in 1973 opgenomen in het Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie "De voortplanting van de mens", dat onder redactie staat van Kloosterman (Kloosterman, 1973).

Enkele jaren later stelt de staatssecretaris dat de aanbevelingen die de Raad in 1972 heeft gedaan over het algemeen niet tot uitvoering zijn gebracht. Er wordt een nieuwe commissie ingesteld (1975), waarbij de leden wel rechtstreeks bij de verloskunde betrokken zijn maar niet afkomstig zijn uit de beroepsgroepen¹. De commissie stelt zich door middel van hoorzittingen met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de NK en de NZR op de hoogte van hun standpunten.

In 1977 brengt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid nogmaals advies uit met betrekking tot de verloskundige hulpverlening (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1977). Men blijft bij het destijds door de Raad ingenomen standpunt, dat bij een goede selectie de als fysiologisch te beschouwen bevalling thuis plaats kan vinden en uit sociaal-medische overwegingen zelfs de voorkeur geniet. Voor de bevallingen waarbij een normaal verloop wordt verwacht zijn twee mogelijkheden: thuis of poliklinisch onder leiding van de huisarts of de verloskundige. Bij afwezigheid van een medische indicatie voor een klinische bevalling dient de wens van de vrouw omtrent de plaats van de bevalling en het kraambed een zwaarwegende factor te zijn. Een bevalling thuis of poliklinisch onder leiding van de verloskundige of huisarts, staan voor de Centrale Raad op één lijn en dienen dan ook financieel gelijkgesteld te worden. De NVOG heeft haar standpunt reeds duidelijk gemaakt. Zij streeft niet naar handhaving van de thuisbevalling, doch de mogelijkheid hiertoe dient opengehouden te worden.

De belangrijkste aanbevelingen in het advies betreffen de positie en de samenwerking van verloskundige, huisarts en specialist en de openstelling van ziekenhuizen voor huisartsen en verloskundigen. Verder dienen er meer mogelijkheden te worden gecreëerd voor poliklinische bevallingen. Daarnaast pleit de Centrale Raad voor een aanpassing van de lijst met medische indicaties, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen een me-

1. De commissieleden zijn afkomstig uit de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nationale Kruisvereniging (NK), de Nationale Ziekenhuisraad (NZR), de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI).

dische indicatie voor de plaats van de bevalling en voor de plaats van het kraambed.

Voor de uitwerking en het ter discussie stellen van de aanbevelingen van het advies van de Centrale Raad in 1972, wordt in 1978 de Werkgroep Verloskundige Organisatie ingesteld met vertegenwoordigers uit alle bij de verloskundige zorg in Nederland betrokken groeperingen. De werkgroep stelt dat binnen de verloskundige zorg in Nederland de mogelijkheid van een thuisbevalling dient te blijven bestaan. De eigen keuze van de vrouw met betrekking tot de plaats van de bevalling is hierbij doorslaggevend. In het verslag van de werkgroep, ook wel rapport Sikkel genoemd (Sikkel, 1979) wordt verloskundige samenwerking (tussen huisarts, verloskundige, obstetricus-gynaecoloog, kinderarts, leidster-docente van het kraamcentrum en de hoofdverpleegkundige van de verloskundige afdeling) als belangrijkste bijdrage tot verbetering van de verloskundige zorg gezien. Er worden voor de eerste maal voorstellen geformuleerd met betrekking tot de wijze waarop een verloskundig samenwerkingsverband zou moeten functioneren. Verder wil de werkgroep een nadere regeling van de poliklinische bevalling. Ten aanzien van de indicatiestelling stelt men een scheiding voor tussen een medische indicatie voor de bevalling en een medische indicatie voor het kraambed. Ook sociale indicaties dienen daarbij opgenomen te worden. Een ander voorstel van de werkgroep betreft de directe consultatiemogelijkheid tussen verloskundige en gynaecoloog. Het rapport wordt toegevoerd aan de besturen van de verschillende bij de verloskunde betrokken beroepsorganisaties, die aangeven zich met de inhoud van het rapport te kunnen verenigen.

In hetzelfde jaar (1979) pleit ook de Ziekenfondsraad voor afzonderlijke lijsten van medische indicaties voor bevalling en kraambed. Een jaar later (1980) brengt de Ziekenfondsraad een advies uit betreffende de poliklinische bevalling aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Ziekenfondsraad, 1980). Aangezet door een toenemende behoefte om poliklinisch te bevallen, wil de Ziekenfondsraad de mogelijkheid creëren poliklinisch te bevallen zonder medische indicatie ten laste van de ziekenfondsverzekering in het ziekenhuis. Huisartsen en verloskundigen dienen daarbij toegang te krijgen tot het ziekenhuis voor het doen van bevallingen. Op 7 maart 1980 bepaalt de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Mw. Veder-Smit) in een brief aan de Voorzitter van de Eerste en de Tweede Kamer haar standpunt inzake het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, het verslag van de Werkgroep Verloskundige Organisatie en de voorstellen van de Ziekenfondsraad (Adviescommissie, 1987). Zij onderschrijft het belang van verloskundige samenwerking en kent de overheid de verantwoordelijkheid toe om condities voor een dergelijke samenwerking te scheppen. Een ander standpunt dat door de staatssecretaris gedeeld wordt, betreft de opname van de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling in het ziekenfondspakket. Een belangrijke voorwaarde

hierbij is de openstelling van ziekenhuizen voor verloskundigen en huisartsen. De Ziekenfondsraad wordt gevraagd deze openstelling te bevorderen in het kader van het 'Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen'. Verder is de verloskundige in beginsel de eerst aangewezen voor het leiden van een bevalling waarbij een normaal verloskundig verloop wordt verwacht (zoals al is vastgelegd in het Ziekenfondsbesluit van 1941); de huisarts is verantwoordelijk voor de algemene medische begeleiding tijdens de zwangerschap. De staatssecretaris wijst de sociale indicatie af, acht een nieuwe indicatielijst echter noodzakelijk en raadpleegt hierover de Ziekenfondsraad.

Op 28 januari 1982 brengt de Ziekenfondsraad wederom een advies uit aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Ziekenfondsraad, 1982^a). De raad wil een afzonderlijke honorering van de prenatale zorg, het leiden van de bevalling en het begeleiden van het kraambed. Er bestaat verschil van mening over de rechtstreekse verwijzing door de verloskundige naar de gynaecoloog. De Ziekenfondsraad wijst de sociale indicatie af en adviseert voorlopig het gebruik van de 'Kloostermanlijst'.

De Ziekenfondsraad brengt overleg tot stand tussen de betrokken beroepsgroepen, enkele onafhankelijke deskundigen en de medisch adviseur van de Ziekenfondsraad voor opstelling van indicatieve lijsten van medische indicaties voor bevalling en kraambed. Dit overleg is tot stand gekomen en resulteert in 1982 in een 'Indicatielijst Klinisch Kraambed' (Ziekenfondsraad, 1982^b).

In toenemende mate bestaat bij de bevolking de behoefte zich voor normale ongecompliceerde bevallingen tot het ziekenhuis te wenden (Adviescommissie, 1987). De verloskundige en de huisarts zijn dan de aangewezen hulpverleners voor het leiden van deze bevallingen. Voor een goed verloop van deze verloskundige hulpverlening wordt een gereguleerde toegang van de verloskundige en de huisarts van belang geacht. Hiertoe is op initiatief van de NZR een overleg in het leven geroepen tussen de LHV, NOV, GHI en de NVOG. Het overleg heeft geresulteerd in een opstelling van een model-toelatingscontract tussen het ziekenhuis en de huisarts/verloskundige. De NOV gaat vooralsnog niet akkoord met dit reglement omdat eerst de toegankelijkheid ten aanzien van de vrijgevestigde verloskundigen voor alle ziekenhuizen geregeld dient te zijn.

2.2. Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst

In 1983 verzoekt de Ziekenfondsraad, op voorstel van de NVOG, de groeperingen en personen die hebben meegewerkt aan het totstandkomen van de 'Indicatielijst Klinisch Kraambed', mee te werken aan een herziening van de lijst medische indicaties voor specialistische begeleiding van zwanger-

schap en bevalling (Kloostermanlijst). Hiertoe wordt de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK) ingesteld.

In deze werkgroep zijn alle groeperingen vertegenwoordigd, die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de verloskundige zorg in Nederland (de NOV, LHV, NHG, NVOG, NVK, NK, VNZ, KLOZ, GHI, en de ZFR). Een gynaecoloog (Van Alten) heeft als onafhankelijk deskundige de vergaderingen van de WBK bijgewoond. In mei 1983 begint de WBK met haar werkzaamheden.

De werkgroep heeft, uitgaande van de opvatting dat zwangerschap, bevalling en kraambed in principe een fysiologisch gebeuren is dat op verantwoorde wijze thuis kan geschieden, de volgende twee uitgangspunten geformuleerd (de Verloskundige Indicatielijst, 1987):

- De zwangere vrouw kan in principe begeleid worden door de huisarts of verloskundige, tenzij er een indicatie is of ontstaat voor begeleiding door de gynaecoloog;
- De zwangere vrouw kan in principe thuis bevallen (of poliklinisch als een verplaatste thuisbevalling), tenzij er een indicatie is of ontstaat voor een bevalling in het ziekenhuis.

Het is bij uitstek de functie van de eerstelijnszorgverlener - zo nodig in goed overleg met de specialist - het verwijsbeleid te bepalen.

Voor een zorgvuldige vaststelling van het verloskundig verwijsbeleid bij een indicatie waarbij een verhoogd risico bestaat, heeft de WBK vier besliskundige criteria geformuleerd:

1. Wat is de aard en de ernst van de complicatie(s) waarvoor het risico verhoogd is?
2. Wat zijn de mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) te voorkomen?
3. Wat zijn de mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) tijdig te ontdekken?
4. Wat zijn de mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om bij het optreden van deze complicatie(s) adequaat te interveniëren?

Aan de hand van deze vier besliskundige criteria kan bij elke indicatie het verloskundig risico (het risico voor het optreden van complicatie(s) voor moeder en/of kind tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed) vertaald worden in het verloskundig verwijsbeleid (wie de bevalling leidt en waar de bevalling zal plaatsvinden).

Aan de hand van deze criteria en aan de hand van de uitgangspunten analyseert de werkgroep systematisch de oude lijst. Op deze manier probeert de werkgroep zoveel mogelijk op basis van objectieve gegevens per indicatie het verloskundig verwijsbeleid te bepalen. Het verloskundig verwijsbeleid kan vertaald worden in:

- eerstelijnsverloskundige zorg (A): de vrouw blijft onder begeleiding van de eerstelijnsverloskundige zorgverlener en de bevalling kan thuis plaatsvinden (of poliklinisch als een verplaatste thuisbevalling).
- tweedelijnsverloskundige zorg (C): de vrouw wordt verwezen voor verdere begeleiding naar de tweedelijnsverloskundige zorgverlener en de bevalling vindt plaats in het ziekenhuis.
- overlegrisico (B): hierbij is voor vaststelling van het verdere verloskundige verwijsbeleid advies van de tweedelijnsverloskundige zorgverlener nodig. Hij geeft dit advies aan de eerstelijnsverloskundige zorgverlener, nadat hij de zwangere vrouw zelf heeft gezien. Met dit advies en in goed onderling overleg bepaalt de eerstelijnsverloskundige zorgverlener het verdere verloskundige verwijsbeleid; hij draagt hiervoor ook de verantwoordelijkheid.
- medium situatie (B-D): 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 eerstelijnsverloskundige zorgverlener.

De WBK heeft in totaal 27 maal vergaderd. In juni 1986 stelt de werkgroep het concept-eindrapport vast. In het eerste deel van het rapport wordt de werkwijze van de WBK beschreven. Het tweede deel bestaat uit de lijst zelf waarbij voor 124 indicaties het verloskundig verwijsbeleid wordt aangegeven. Bij 73 indicaties geeft de WBK aan hoe zij aan de hand van de vier besliskundige criteria tot het aangegeven verloskundig verwijsbeleid is gekomen. De werkgroep verwacht dat de besliskundige criteria als handleiding voor gesprek hiermee een bijdrage zullen leveren aan (het tot stand komen van) verloskundige samenwerking tussen de verloskundige, huisarts en gynaecoloog. Het rapport is inhoudelijk van medisch-verloskundige aard. Beleidsmatige en financiële knelpunten zijn wel binnen de WBK aan de orde geweest, maar bij de formulering van de indicatielijst buiten beschouwing gebleven.

De besturen van de NOV, LHV, NHG, NVOG en de NVK ontvangen in juni 1986 het vertrouwelijke concept-eindrapport van de WBK, met het verzoek hier inhoudelijk op te reageren. De besturen kunnen zich daarbij desgewenst laten adviseren door inhoudelijk deskundigen uit eigen kring. De NVOG acht het rapport in deze versie niet acceptabel en wil voortzetting van de besprekingen. Het concept-rapport is op dat moment inmiddels landelijk onder de gynaecologen verspreid, waardoor voortijdige oordeelsvorming bij de gynaecologen plaatsvindt. Het commentaar van het bestuur van de NVOG geeft aanleiding tot een hoorzitting, op 6 oktober 1986. Op basis van de reacties van de besturen en de discussies tijdens de hoorzitting stelt de werkgroep het rapport bij.

In december 1986 legt de WBK de nieuwe versie van het rapport voor aan de NVOG. Een nieuw samengestelde commissie van de NVOG wijst het

rapport vervolgens weer af (NVOG, 1987). De commissie verwondert zich in de eerste plaats over de samenstelling van de WBK. De eerstelijns-hulpverleners zijn duidelijk in de meerderheid. Een andere opmerking betreft de financiële consequenties van de zorginhoudelijke lijst. De lijst is niet bruikbaar zonder deze in de beschouwing te betrekken. Het commentaar van de commissie betreft verder voornamelijk het gebrek aan vertrouwen in de deskundigheid van de eerstelijnsverloskundige zorgverlener. Zowel bij overleg als bij een hoog risico dient de beslissing in de tweede lijn genomen te worden. Bovendien bekritiseert de NVOG de wetenschappelijke onderbouwing van een aantal indicaties. Ook is de NVOG er niet van overtuigd dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de samenwerking zal verbeteren. Tenslotte is de NVOG van mening dat de zwangere vrouw door de voorstellen van de WBK in haar keuzevrijheid wordt beperkt.

Op 20 januari 1987 ontvangt de WBK wederom een afwijzing van het rapport. De WBK beraadt zich over het commentaar van de NVOG en stelt hierop vervolgens een reactie vast (Schellekens, 1987^b). De WBK gaat op de drie belangrijkste kritiekpunten van de NVOG in. De WBK reageert in de eerste plaats op de kritiek van de NVOG op de functie van de eerstelijnszorgverlener in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. De WBK wijst op de mogelijkheid van de eerste lijn om bij onzekerheid over het meest geëigende verloskundige verwijsbeleid overleg te voeren met de gynaecoloog. De eerstelijnszorgverlener kan mede op basis van dit advies in goed onderling overleg het verloskundig verwijsbeleid bepalen. De eerstelijnsverloskundige hulpverlener is specifiek opgeleid om op een verantwoorde wijze dit verloskundig verwijsbeleid uit te voeren. Het selectiesysteem van de verloskundige zorg in Nederland is hierop gebaseerd. Een tweede punt van kritiek van de NVOG waar de WBK op ingaat betreft de vrije keuze van de zwangere vrouw. De WBK meent dat deze vrije keuze in strijd is met de echelonering van de gezondheidszorg in Nederland, waarbij de eerste lijn selecteert en de tweede lijn alleen bij een indicatie ingeschakeld wordt. Als laatste geeft de WBK haar mening over de opvatting van de NVOG dat invoering van de Verloskundige Indicatielijst een negatieve uitwerking zal hebben op de kwaliteit van de verloskundige zorg. Het rapport van de WBK heeft echter juist de intentie de kwaliteit van de verloskundige zorg te helpen verbeteren.

De WBK meent het commentaar van de NVOG voldoende te hebben weerlegd. De WBK voelt zich ondersteunt door de reacties van de besturen van de andere beroepsbeoefenaren en de reacties van een aantal hoogleraren in de verloskunde. In februari 1987 stelt de WBK na verwerking van de ontvangen commentaren het definitieve eindrapport vast. Het Medisch Advies College van de Ziekenfondsraad probeert alsnog tot overeenstemming te komen met de NVOG die de nieuwe Verloskundige Indicatielijst voornamelijk afwijst op grond van de functie van de eerstelijnszorgverlener. Binnen de Ziekenfondsraad vindt opnieuw de discussie over de functie van

de eerste lijn bij bepaling van het verloskundige verwijsbeleid plaats. Met uitzondering van het lid afkomstig uit de kring van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), meent de raad dat het typisch de functie van de eerste lijn is om het verloskundig verwijsbeleid te bepalen.

In april 1987 zendt de Ziekenfondsraad de Verloskundige Indicatielijst toe aan alle verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en ziekenfondsen. Deze lijst wordt niet dwingend opgelegd, maar moet beschouwd worden als een zwaarwegend advies.

Bijlage 1 geeft de belangrijkste ontwikkelingen, die geleid hebben tot het uitkomen van de Verloskundige Indicatielijst, weer.

2.3. Adviescommissie Verloskunde

In 1984 bepleit de LHV de vrije keuze van de zwangere vrouw tussen huisarts en verloskundige. De staatssecretaris van WVC (Van der Reijden) besluit de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling niet op te nemen in het ziekenfondspakket vanwege de hoge kosten die daarmee gemoeid zijn en handelt daarmee in strijd met het ingenomen standpunt van de toenmalige staatssecretaris naar aanleiding van de voorgaande adviezen (Adviescommissie, 1987). Van der Reijden stelt de Adviescommissie Verloskunde in met als voorzitter Kloosterman en met vertegenwoordigers van de drie beroepsgroepen. De commissie heeft tot taak de minister van WVC te adviseren over de wijze waarop de beoogde samenwerking gerealiseerd kan worden en over de wijze waarop een verschuiving teweeg gebracht kan worden van klinische en poliklinische bevallingen naar thuisbevallingen en van verloskundige zorg verleend door gynaecologen, naar verloskundige zorg verleend door huisartsen en verloskundigen. Op verzoek van de LHV krijgt de commissie tevens de taak te adviseren over het vraagstuk van de bestaande beperking van de vrije keuze tussen huisarts en verloskundige voor ziekenfondsverzekerden. De commissie neemt het rapport Sikkel als uitgangspunt en kijkt welke aanbevelingen inmiddels zijn uitgevoerd, welke aanbevelingen nog steeds worden onderschreven en welke niet zijn opgevolgd.

In september 1987 verschijnt het rapport van de Adviescommissie Verloskunde 'Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd'. Gezien de voorgaande adviezen en op grond van resultaten van een aantal bestaande verloskundige samenwerkingsverbanden, concludeert de adviescommissie dat het noodzakelijk is financiële steun te verlenen aan de reeds totstandgekomen samenwerkingsverbanden en aan de totstandkoming van nieuwe samenwerkingsverbanden. Deze financiële steun zou geboden moeten worden als een bijdrage in de administratieve kosten gemaakt voor de organisatie en evaluatie van deze samenwerkingsverbanden.

Vervolgens meent de commissie dat het van groot belang is dat de voordelen van het in Nederland bestaande systeem van verloskundige organisatie geanalyseerd worden. Door middel van een centrale landelijke registratie van de perinatale zorg kan men een oordeel geven over de veiligheidsgraad van het in ons land bestaande systeem². De adviescommissie stelt een uniform registratiesysteem voor waaraan alle huisartsen, verloskundigen en gynaecologen verplicht zouden moeten deelnemen.

Het beantwoorden van het vraagstuk van de bestaande beperking van de vrije keuze tussen huisarts en verloskundige voor ziekenfondsverzekerden en de wijze waarop de met deze beperking samenhangende problemen tot een oplossing kunnen worden gebracht, levert nog al wat moeilijkheden op. Uiteindelijk hebben de huisartsen uit de adviescommissie zich neergelegd bij de huidige wetgeving waarin de verloskundige de eerst aangewezen is voor de natale zorg. Binnen het uiteindelijk te bereiken doel, namelijk een intense en geïstitutionaliseerde samenwerking tussen de drie beroepsgroepen, moet echter wel een vrije keuze mogelijk zijn. Ook de adviescommissie adviseert opname van de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling in het verstrekkingspakket van de ziekenfondsverzekering en openstelling van de ziekenhuizen voor de eerstelijnsverloskundige hulpverleners. De meerderheid van de commissie beveelt aan dat de verloskundige zonder tussenkomst van de huisarts rechtstreeks naar de gynaecoloog moet kunnen verwijzen of hem moet kunnen consulteren aan de hand van eigen verwijs- en consultkaarten.

De huisarts die zelf geen praktische verloskunde beoefent, dient toch betrokken te blijven bij zwangerschap, baring en kraambed, door middel van onderzoek van de zwangere vrouw in de eerste drie maanden en controle van de pasgeborene.

Het regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman (Tweede Kamer, 1989) gaat in op de door de adviescommissie voorgestelde aanbevelingen. Samenwerkingsverbanden met als eis een adequate registratie (zij het vrijwillig) zullen gesubsidieerd worden. Het primaat van de verloskundige blijft gehandhaafd. De niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling is als volgt geregeld. Het honorarium van de verloskundige of huisarts wordt vergoed door het ziekenfonds. De kosten die het ziekenhuis in rekening brengt en eventueel het honorarium van de specialist zijn voor een deel voor rekening van de verzekerde. De aanbeveling van de Adviescommissie om een deel van de ziekenhuiskosten als verstrekking op te nemen wordt ver-

2. Sinds 1982 bestaat er een tweedelijnsverloskundige registratie waaraan circa 70% van de gynaecologen vrijwillig deelneemt. Vanaf 1985 functioneert de eerstelijnslandelijke verloskunderegistratie waaraan ruim 70% van de verloskundigen vrijwillig deelneemt. Van de door huisartsen geleide bevallingen bestaan slechts incidenteel nadere gegevens (Adviescommissie, 1987).

worpen. De poliklinische bevalling in de medium-situatie onder leiding van de eerstelijnsverloskundige zorgverlener kan in het ziekenfondspakket opgenomen worden. Parallel met deze wijziging van de Beschikking verloskundige hulp ziekenfondsverzekering dient gerealiseerd te worden dat huisartsen en verloskundigen toegelaten worden tot alle algemene ziekenhuizen. Rechtstreekse verwijzing van de verloskundige naar de gynaecoloog is toegestaan indien er sprake is van een 'zuiver verloskundige kwestie'.

2.4. Invoering van de Verloskundige Indicatielijst in de praktijk

Met de invoering van de Verloskundige Indicatielijst beoogt de WBK verschillende doelen. In de eerste plaats kan men door toepassing van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst een irrationeel verwijsbeleid tegengaan, waardoor de kwaliteit van de verloskundige zorg verbetert. Verder bevordert het hanteren van de voorgestelde richtlijnen de samenwerking tussen verloskundige, huisarts en gynaecoloog. Ten derde is het mogelijk om aan de hand van de Verloskundige Indicatielijst het verloskundig verwijsbeleid toetsbaar te maken. De adviserend geneeskundige van een ziekenfonds of van een particuliere ziektekostenverzekering kan de lijst als leidraad gebruiken bij zijn oordeelsvorming omtrent het aangevraagde verloskundige verwijsbeleid of bij toetsing van de jaarlijkse productiecijfers.

De Verloskundige Indicatielijst gaat uit van een aantal mogelijkheden, die op het moment van uitkomen van de lijst (1987) nog niet in het ziekenfondssysteem geëffectueerd zijn (de Verloskundige Indicatielijst, 1987):

- rechtstreekse verwijzing naar de gynaecoloog door de verloskundige bij verloskundige problematiek;
- de overleg risico-procedure via een advieskaart;
- de medisch geïndiceerde poliklinische bevalling onder leiding van verloskundige of huisarts (mediumsituatie).

De Verloskundige Indicatielijst met de beschreven methodiek voor de vaststelling van het verloskundig verwijsbeleid kan echter ook in het huidige ziekenfondssysteem worden ingevoerd. Dit is mogelijk indien de verloskundige verwijst via de huisarts (behalve in spoedgevallen) en de overlegrisico-procedure geschiedt via de verwijskaart. De medium-situatie is voorlopig nog niet mogelijk (hoewel sommige ziekenfondsen daar inmiddels regelingen voor getroffen hebben).

Ter ondersteuning van de Verloskundige Indicatielijst beraadt de Ziekenfondsraad zich nader op de door de WBK gedane beleidsaanbevelingen, en geeft in 1988 het Advies Verloskundige Hulp en Kraamzorg uit (Ziekenfondsraad, 1988). Met uitzondering van de leden afkomstig uit de kring van de KNMG, adviseert de Ziekenfondsraad de advieskaart in te voeren. Hier-

door kan de eerstelijnsverloskundige hulpverlener bij de als overleggrisco aangeduide indicaties in de Verloskundige Indicatielijst advies inwinnen bij de tweedelijnsverloskundige hulpverlener. De verloskundige kan uitsluitend bij verloskundige problematiek advies inwinnen, de huisarts kan ook advies inwinnen voor de niet-verloskundige problematiek. Verder is de Raad van oordeel dat de verloskundige bij verloskundige problematiek rechtstreeks naar de gynaecoloog moet kunnen verwijzen. De leden van de Raad afkomstig uit de kring van de KNMG/LHV zijn van mening dat de rechtstreekse verwijzing bij de huisarts thuishoort. Een andere aanbeveling heeft betrekking op een duidelijkere regeling van de niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling. De kosten van het honorarium van de verloskundige of huisarts zijn voor rekening van het ziekenfonds, de kosten van het ziekenhuis en eventueel het honorarium van de specialist zijn voor een deel voor rekening van de verzekerde. De poliklinische bevalling in de medium-situatie wordt als verstrekking in het ziekenfondspakket door de Raad aanbevolen. Het advies inzake verloskundige hulp en kraamzorg gaat tevens in op mogelijke substitutie-effecten van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. Vergeleken met de tot dusverre gehanteerde Kloostermanlijst zal de bijgestelde Verloskundige Indicatielijst - indien consequent toegepast - een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg hebben. In het rapport tracht men het substitutie-effect zoveel mogelijk te kwantificeren. Uitgaande van een substitutie van tweede naar eerste lijn van 10%, zal van de circa 40.000 bevallingen van ziekenfondsverzekerden per jaar begeleidt door de tweedelijnsverloskundige hulpverleners een vermindering van 4000 haalbaar moeten worden geacht. Op grond van een aantal vooronderstellingen met betrekking tot de substitutie worden de minder-kosten voor de ziekenfondsverzekering in een jaar geraamd op circa f. 2 miljoen.

3. PROBLEEMSTELLING, OPZET EN METHODE

Zoals in de inleiding is weergegeven, zal in eerste instantie onderzoek gedaan worden naar de oordeelsvorming over en de acceptatie van de nieuwe lijst. In de tweede plaats zal gekeken worden naar het gebruik van de lijst.

3.1. Oordeelsvorming

Vraagstelling:

In hoeverre accepteren huisartsen, verloskundigen en gynaecologen de nieuwe Verloskundige Indicatielijst, welke oordelen van deze verloskundige hulpverleners over de nieuwe lijst liggen daaraan ten grondslag en hoe verloopt de oordeelsvorming?

De Verloskundige Indicatielijst is totstandgekomen via een consensusmethode met inhoudelijke deskundigen. De lijst is vervolgens als zwaarwegend advies aan alle betrokken disciplines toegezonden. Wij hebben dus te maken met de zogenaamde 'top-down' procedure, waarbij van bovenaf adviezen voor een protocol zijn opgesteld die vervolgens door de verloskundige hulpverleners toegepast zouden (moeten) worden. De vraag is of de verschillende beroepsbeoefenaren en de adviserend geneeskundigen zich achter deze opzet kunnen scharen en in hoeverre dit van invloed is op de oordeelsvorming over de nieuwe lijst.

Verder zal bij het introduceren van een protocol dat via een 'top-down' procedure tot stand is gekomen de voorlichting over de invoering in de praktijk een belangrijke rol spelen. Een goede voorlichting kan bepaalde vooroordelen uit de weg ruimen. De voorlichting rond de invoering van de Verloskundige Indicatielijst heeft, behalve via toezending aan alle hulpverleners, ook plaatsgevonden via toezending aan de regionale ziekenfondsen en publikaties in de medische vakbladen. In het onderzoek zal nagegaan worden via welke wegen de verschillende hulpverleners hun informatie verkregen hebben en welke rol de adviserend geneeskundigen daarbij hebben gespeeld.

Voor het wel of niet accepteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst speelt het oordeel over de inhoudelijke aspecten van deze lijst een belangrijke rol. Het oordeel over de nieuwe lijst splitsen wij uit naar verschillende aspecten: de in het rapport geformuleerde uitgangspunten, de daaruit voortvloeiende besliskundige criteria en de vier onderscheiden vormen van verloskundig verwijsbeleid. Hierdoor kunnen eventuele problemen op het gebied van de acceptatie beter gelokaliseerd worden.

3.1.1. Theorie Ajzen en Fishbein

Bij de oordeelsvorming over de nieuwe Verloskundige Indicatielijst door de individuele hulpverlener spelen de positieve of negatieve gevolgen die men verwacht bij het hanteren van de lijst een belangrijke rol. De algemene oordelen over de lijst en de aspecten daarvan, de verwachte consequenties van het hanteren van de lijst en de inschatting dat die consequenties optreden, kunnen tezamen gebracht worden in een sociaal-psychologisch model als dat van Ajzen en Fishbein (1980). Met behulp van dit model kunnen voorspellingen gedaan worden over de uiteindelijke acceptatie van de lijst. De theorie van Ajzen en Fishbein gaat er vanuit dat mensen over het algemeen rationeel te werk gaan en dat zij op een logische manier de beschikbare informatie gebruiken. In het algemeen houden zij rekening met de positieve en/of negatieve gevolgen die hun gedrag heeft. Deze theorie wordt dan ook wel aangeduid als 'a theory of reasoned action'.

Voor het verkrijgen van een goed inzicht in de oordeelsvorming omtrent de nieuwe lijst, zullen wij in de onderhavige studie de theorie van Ajzen en Fishbein als leidraad gebruiken. Een verdere uitwerking van het theoretische model van Ajzen en Fishbein en de verschillende componenten die hieraan ten grondslag liggen, worden weergegeven in bijlage 2.

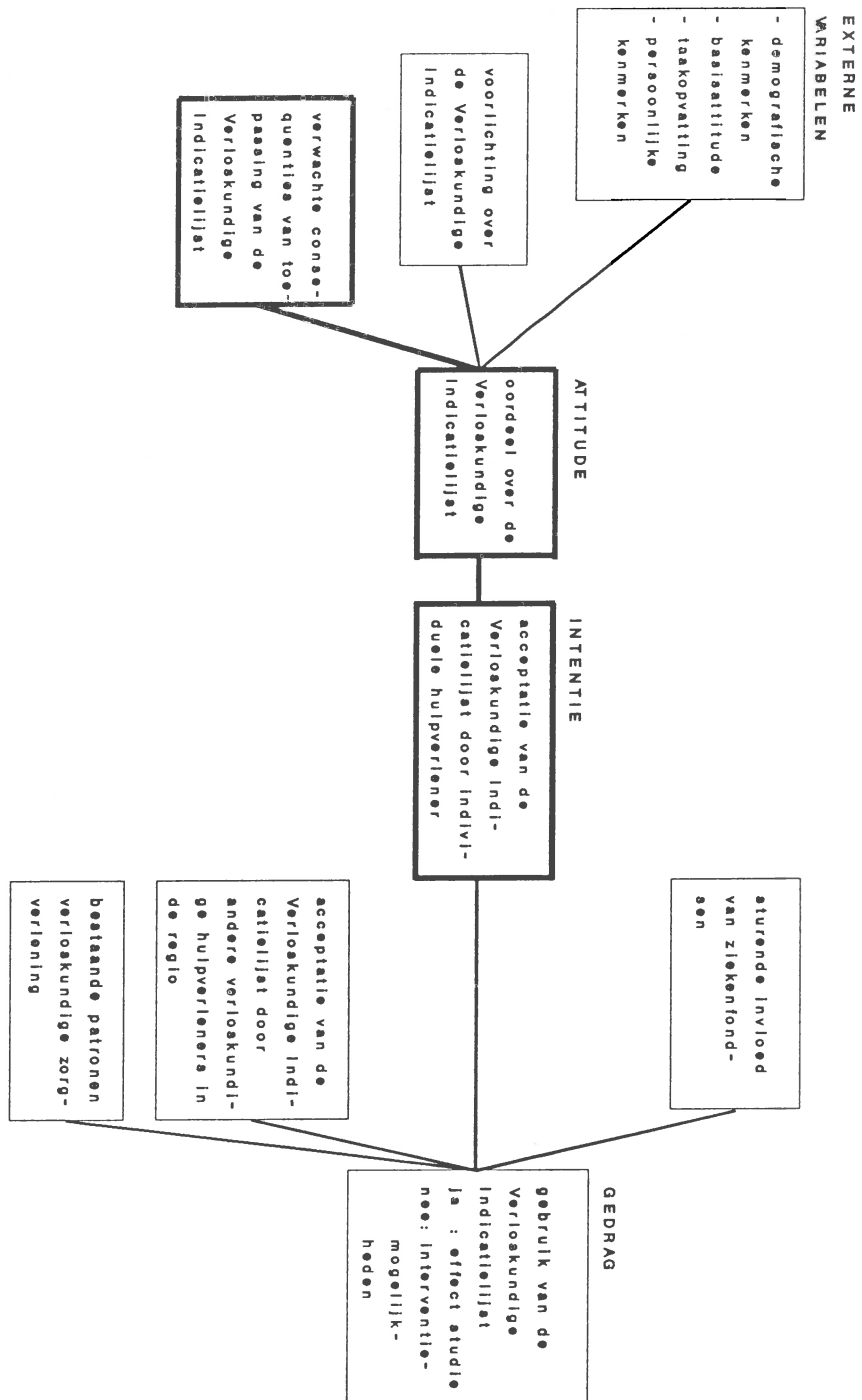
Toepassing van het model van Ajzen en Fishbein

De acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst (intentie) zal totstandkomen door een afweging van de individuele hulpverlener tussen attitudes en normatieve invloeden. Bij de oordeelsvorming over de nieuwe Verloskundige Indicatielijst door de individuele hulpverlener spelen de positieve of negatieve gevolgen die men verwacht bij het hanteren van de lijst een belangrijke rol (attitude). De sociale druk die men vanuit de omgeving voelt om de nieuwe lijst te accepteren kan uitgeoefend worden door verloskundige hulpverleners waar men in de dagelijkse praktijk direct mee te maken heeft. Met toongeverers kunnen echter ook opinieleiders binnen de verloskundige wereld bedoeld worden.

De invloed die de houding van toonaangevende personen heeft op de acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst door de individuele hulpverlener zal in dit onderzoek niet bekeken worden. Uit verschillend onderzoek is gebleken dat bij het voorspellen van de intentie het belang van de attitudes in het algemeen groter is dan het belang van de normatieve invloeden (De Haan e.a., 1985; Cialdini e.a., 1981).

Figuur 3.1 geeft een samenvatting van de wijze waarop het onderzoek is opgezet. Het dik gedrukte deel geeft aan welke componenten uit het model van Ajzen en Fishbein verwerkt zijn.

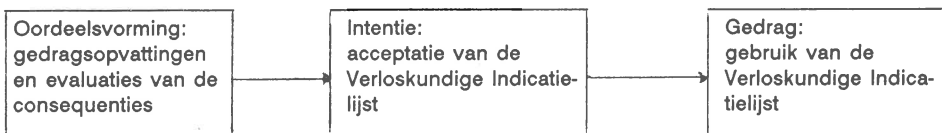
Figuur 3.1.: Samenvatting van de wijze waarop het onderzoek is opgezet



Het al dan niet accepteren van de Verloskundige Indicatielijst door de verloskundige hulpverleners wordt mede bepaald door het oordeel dat men over deze nieuwe lijst heeft. Naar dit oordeel kan direct gevraagd worden. Het oordeel kan eveneens aan de hand van een aantal gedragsopvattingen en evaluaties van het gedrag uiteengezet worden. Bij het uitwerken van de invloed van het oordeel op de acceptatie van de nieuwe lijst zullen wij van deze gedragsopvattingen uitgaan. Het model van Ajzen en Fishbein houdt op bij de gedragsintentie. Wij zullen daarnaast nagaan of deze gedragsintentie (acceptatie van de lijst) van invloed is op het daadwerkelijk gebruik van de lijst.

Figuur 3.2. laat zien welke samenhang tussen de componenten, afgeleid van het model van Ajzen en Fishbein, gemeten zullen worden.

Figuur 3.2.: Samenhang tussen componenten, afgeleid uit het model van Ajzen en Fishbein



Het accepteren van de nieuwe lijst door de individuele hulpverlener hoeft echter niet tot daadwerkelijk gebruik van de lijst te leiden. De factoren die van invloed zijn op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst worden weergegeven in figuur 3.1. Het gebruik van de lijst komt in de tweede vraagstelling aan de orde.

3.2. Gebruik van de Verloskundige Indicatielijst

Vraagstelling:

In hoeverre maken huisartsen, verloskundigen en gynaecologen gebruik van de Verloskundige Indicatielijst en welke factoren zijn daarop van invloed?

Het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst kan getoetst worden aan de hand van een aantal indicaties afkomstig uit deze lijst. In de eerste plaats onderzoeken wij in hoeverre het wenselijk achten van een verloskundig verwijsbeleid bij een bepaalde indicatie overeenkomt met het in de Verloskundige Indicatielijst voorgestelde verloskundig verwijsbeleid. Daarna kijken wij in hoeverre de verloskundige hulpverleners het verloskundige verwijsbeleid dat zij wenselijk achten ook daadwerkelijk in de praktijk zeggen toe te passen.

Wanneer de individuele verloskundige hulpverlener tot de afweging is gekomen dat hij de Verloskundige Indicatielijst in de dagelijkse praktijk zou willen

hanteren betekent dit niet automatisch dat hij de lijst ook daadwerkelijk zal hanteren. Om de lijst te kunnen gebruiken moeten ook de verloskundige hulpverleners waar men mee zou moeten samenwerken bereid zijn deze lijst te hanteren. Dit wordt het meest duidelijk als men denkt aan die indicaties waarbij overleg wordt geadviseerd door het protocol. De lijst kan pas optimaal gebruikt worden als de hulpverleners van de verschillende disciplines die met elkaar te maken hebben, bereid zijn de lijst toe te passen. Het gebruik door de ene hulpverlener is daardoor afhankelijk van de bereidheid tot medewerking van de andere hulpverlener(s). Het onderzoek naar het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst kan zich daarom niet tot afzonderlijke hulpverleners beperken. Aan de hand van een regionale aanpak zullen wij de onderlinge afhankelijkheid in beeld proberen te brengen.

Verder veronderstellen wij dat bestaande patronen van verloskundige hulpverlening van invloed zijn op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Indicatoren voor het bestaande verloskundige patroon zijn het aandeel van de verschillende hulpverleners, het aantal en aard van de medische indicaties, het aanbod van verloskundige hulp en het bestaan van verloskundige samenwerking.

Het aandeel van de verschillende verloskundige hulpverleners in de bevalingen die in een gebied plaatsvinden en het aantal (en eventueel de aard) van medische indicaties kunnen beschouwd worden als een indicatie voor de mate waarin de medicalisering van de bevalling in een regio voortgeschreden is. De verwachting is dat, naarmate de medicalisering verder voortgeschreden is, het gebruik van de nieuwe lijst moeilijker te realiseren is. Het aanbod van verloskundige hulpverleners is een volgend aspect van het bestaande patroon van verloskundige hulpverlening. De verschillen in aanbod van verloskundige hulpverleners tussen grootstedelijke en plattelandsgebieden zullen van invloed zijn op de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners in die gebieden en op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Het voorkomen van meer of minder gestructureerde vormen van samenwerking in bepaalde gebieden van ons land zal waarschijnlijk een invloed hebben op het hanteren van de lijst of op afspraken die daarover gemaakt zijn.

Bij het bevorderen van het hanteren van de nieuwe lijst zullen ook de adviserend geneeskundigen van de regionale ziekenfondsen een belangrijke rol kunnen spelen (NOV, 1988). Zij moeten er in principe op toezien dat de lijst op de juiste wijze wordt gehanteerd. Het feit dat de regionale ziekenfondsen tamelijk autonoom zijn, zou kunnen betekenen dat in bepaalde regio's van Nederland, met betrekking tot het hanteren van de lijst, een veel actiever verwijsbeleid wordt gevoerd dan in andere regio's. De adviserend geneeskundigen kunnen ook behulpzaam zijn bij het inventariseren van de problemen die het hanteren van de nieuwe lijst in de praktijk met zich meebrengt.

viserend geneeskundigen. Voor alle duidelijkheid dienen wij nog enige opmerkingen te maken over deze ziekenfondsregio's.

Gegevens op basis van de ziekenfondsregio's

In de eerste plaats verschillen de ziekenfondsregio's van grootte. Er zijn ziekenfondsregio's met minder dan 100.000 ziekenfondsverzekerden en ziekenfondsregio's met meer dan 400.000 ziekenfondsverzekerden. Voor adviserend geneeskundigen van grote ziekenfondsregio's geldt dat het moeilijker is een duidelijk overzicht te geven over de organisatie van de verloskundige zorgverlening in de regio.

Verder heeft de introductiefase van de Verloskundige Indicatielijst voor een groot deel in 1987 plaatsgevonden. Een aantal van de huidige adviserend geneeskundigen was op dat moment nog niet werkzaam bij de ziekenfondsen. Dit geldt voor negen adviserend geneeskundigen hetgeen betekent dat zij in sommige gevallen geen antwoord kunnen geven op onze vragen. Vooral daar waar gevraagd wordt naar de verloskundige situatie vóór de introductie van de lijst.

Een andere opmerking betreft de weergave van de resultaten van de interviews. De resultaten worden weergegeven in absolute aantallen (voor alle duidelijkheid zijn, in een aantal gevallen, percentages toegevoegd), aangezien het totaal aantal adviserend geneeskundigen klein is.

Tenslotte hebben wij de adviserend geneeskundigen ter informatie een aantal vragen gesteld over de organisatie van de verloskundige zorgverlening in de ziekenfondsregio. Dit betreft in de eerste plaats een schatting van het aantal bevallingen dat per jaar bij het ziekenfonds wordt gedeclareerd. Verder is gevraagd of de adviserend geneeskundigen een schatting konden geven van de verdeling thuis- en ziekenhuisbevallingen en van het verloskundig aandeel van de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen in de ziekenfondsregio.

Uit de gegeven antwoorden blijkt dat een groot aantal adviserend geneeskundigen niet op de hoogte is van deze gegevens. Als vervolgens gevraagd wordt deze gegevens na te zoeken en achteraf bij ons te melden, blijkt dat het geven van deze cijfers voor de meeste ziekenfondsen een probleem oplevert. Een veelgehoorde oorzaak is dat deze gegevens bij de meeste ziekenfondsen nog niet geautomatiseerd zijn, waardoor het verkrijgen van de juiste informatie te arbeidsintensief wordt. De gevraagde schatting van de plaats van de bevalling en vooral de schatting van het aandeel van de verschillende beroepsgroepen levert zodoende gebrekkige informatie op. Bovendien geven de adviserend geneeskundigen die wel een schatting kunnen geven aan dat deze schatting heel grof is.

Opzet van de vragenlijst aan de drie beroepsgroepen

Tijdens het opstellen van de vragenlijsten is regelmatig overleg gevoerd met de Begeleidingscommissie van het onderzoek. Ook de besturen van de drie

beroepsorganisaties (LHV, NOV en NVOG) en enkele beroepsbeoefenaren uit het veld zijn voor advies ingeschakeld.

Aan de drie beroepsgroepen is vrijwel dezelfde vragenlijst voorgelegd. Na enkele algemene vragen wordt naar de mening over enkele aspecten van de verloskundige zorg in het algemeen gevraagd. Daarnaast worden enkele vragen gesteld over de invoering van de Verloskundige Indicatielijst en tenslotte komt het oordeel over en het gebruik van de nieuwe lijst aan de orde. De meeste vragen zijn voorgestructureerd (bijlage 4 tot en met 6).

Respons

In juni 1990 zijn alle vragenlijsten verzonden. Ongeveer een maand later is een rappel verstuurd aan degenen die nog niet gerespondeerd hadden.

Per 1 november 1990 is de fase van de gegevensverzameling gestopt. Op dat moment had 60,5% van de verloskundigen en 67,1% van de gynaecologen de vragenlijst teruggestuurd. Bij de huisartsen noteren wij een respons van 52,2% onder de aselechte steekproef van 596 en 54,8% onder de aanvullende groep van 1112.

In de volgende paragraaf zal worden onderzocht of de groepen die de enquête teruggestuurd hebben afwijken van de groepen die niet gerespondeerd hebben.

3.4. Non-respons analyse

3.4.1. Huisarts

In paragraaf 3.3 is reeds beschreven hoe voor de beroepsgroep huisartsen de onderzoekspopulatie tot stand is gekomen. De totale groep huisartsen die een vragenlijst toegestuurd heeft gekregen wordt gevormd door een aselechte steekproef van 596 huisartsen en een gestratificeerde steekproef van 1112 huisartsen. Deze tweede steekproef heeft ten doel om een groter aantal verloskundig actieve huisartsen te bereiken, om zodoende het gebruik per regio goed in beeld te kunnen brengen. Voor het onderzoek naar de oordeelsvorming en de acceptatie zal alleen gewerkt worden met de aselechte steekproef van 596 huisartsen. Voor de vergelijking tussen de huisartsen die wel gerespondeerd hebben (in totaal 311 huisartsen (52,2%)) en de huisartsen die niet gerespondeerd hebben (in totaal 285 huisartsen (47,8%)) maken wij gebruik van gegevens afkomstig uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL, peildatum 1 januari 1990).

In de eerste plaats is de responsgroep vergeleken met de groep huisartsen die niet gerespondeerd heeft op grond van het geslacht (tabel 3.1).

Tabel 3.1.: Geslacht van de zelfstandig gevestigde huisartsen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
man	268	86,2	254	89,4	522	87,7
vrouw	43	13,8	30	10,6	73	12,3
Totaal	311	100,0	284*	100,0	595	100,0

* geen antwoord = 1 (0,4%)

Uit deze tabel blijkt dat de groep respondenten iets meer vrouwelijke huisartsen bevat dan de non-responsgroep. Dit verschil is echter niet significant. Vervolgens hebben wij gekeken naar de leeftijdsverdeling (tabel 3.2). Hieruit blijkt eveneens dat er geen grote verschillen bestaan tussen de respondenten en de non-respondenten. Wat opvalt is dat er naar verhouding iets meer jongere huisartsen (dat wil zeggen jonger dan 45 jaar) gereageerd hebben ($p = 0.007^1$, Cramer's $V = 0.15^2$).

Tabel 3.2.: Leeftijdsverdeling van de zelfstandig gevestigde huisartsen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 34 jaar	27	8,7	16	5,7	43	7,2
35-44	186	59,7	140	49,2	326	54,8
45-54	65	20,9	83	29,2	148	24,9
55-64	29	9,4	34	12,0	63	10,6
> 65 jaar	4	1,3	11	3,9	15	2,5
Totaal	311	100,0	284*	100,0	595	100,0

* geen antwoord = 1 (0,4%)

Een variabele die met betrekking tot de verloskundige activiteiten van huisartsen een belangrijke rol zou kunnen spelen is het type gemeente waarin men werkzaam is. Immers in de plattelandsgebieden spelen de huisartsen binnen de verloskundige zorg een veel belangrijkere rol dan in de steden. Als wij vervolgens de respondenten en non-respondenten vergelijken naar type gemeente (urbanisatiegraad) dan blijkt er een (niet significant) verschil

¹ Over het algemeen spreekt men in de statistiek van een significant verschil als de kans dat het verschil op toeval berust, kleiner of gelijk is dan 5% (Probability (p) < 0.05).

² Of er verschillen zijn wordt gemeten met een chi-kwadraat-analyse, waarbij Cramer's V een associatiemaat is die, als er een niet op toeval berustend verschil is, de grootte ervan weergeeft.

te zijn (tabel 3.3). In de responsgroep is het aandeel van huisartsen die werkzaam zijn in plattelandsgebieden iets groter dan in de non-responsgroep. Deze lichte oververtegenwoordiging naar geografische herkomst van huisartsen zou kunnen berusten op de mate waarin zij bij de verloskunde betrokken zijn.

Tabel 3.3.: Aantal en percentage zelfstandig gevestigde huisartsen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons en naar urbanisatiegraad

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Landelijk gebied	41	13,3	22	7,7	63	10,6
Verstedelijkt landelijk gebied	73	23,6	62	21,8	135	22,8
Forensengemeenten	49	15,8	42	14,8	91	15,4
Kleine steden	33	10,7	26	9,2	59	10,0
Middelgrote steden	42	13,6	49	17,3	91	15,3
Grote steden	71	23,0	83	29,2	154	25,9
Totaal	309*	100,0	284**	100,0	593	100,0

* geen antwoord = 2 (0,7)

** geen antwoord = 1 (0,4)

Tot slot hebben wij ook nog onderzocht of er ten aanzien van de praktijkvorm verschillen zijn tussen de twee groepen. Het enige dat wij uit tabel 3.4 kunnen constateren is dat onder de responsgroep het percentage wat werkzaam is in een gezondheidscentrum iets hoger ligt (geen significant verschil).

Tabel 3.4.: Aantal en percentage zelfstandig gevestigde huisartsen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons en naar samenwerkingsvorm

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
solopraktijk	154	49,5	151	53,0	305	51,2
duopraktijk	98	31,5	85	29,8	183	30,7
groepspraktijk	23	7,4	29	10,2	52	8,7
gezondheidscentrum	36	11,6	20	7,0	56	9,4
Totaal	311	100,0	285	100,0	596	100,0

Uit bovenstaande analyses kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat de groep huisartsen die gerepsondeerd heeft op grond van de variabelen geslacht en samenwerkingsvorm nauwelijks afwijkt van de non-respondenten. De kanttekeningen die moeten worden gemaakt zijn dat

er iets meer jongere huisartsen hebben gereageerd en dat de verloskundig actieve huisartsen waarschijnlijk enigszins zijn oververtegenwoordigd.

3.4.2. Verloskundige

In het onderhavige onderzoek hebben wij alle in Nederland werkzame verloskundigen benaderd. Ook voor deze beroepsgroep geldt dat voor de non-responsanalyse gebruikgemaakt wordt van een aantal algemene gegevens afkomstig uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL, peildatum 1 januari 1990). Het totaal aantal in Nederland werkzame verloskundigen is 1068. Hiervan hebben er 646 (60,5%) gerespondeerd. Voor enkele verloskundigen (12) is het niet mogelijk een beroep te doen op de registratie, waardoor de in deze paragraaf vermelde responsgroep 634 verloskundigen bevat.

Het eerste onderscheid tussen de respondenten en de non-respondenten is gebaseerd op hun functie (tabel 3.6). Wat hierbij opvalt is de oververtegenwoordiging van de zelfstandig werkzame verloskundigen in de groep die de vragenlijst ingevuld teruggestuurd heeft ($p = 0.0002$, Cramer's $V = 0,13$). Dit verschil zou te verklaren kunnen zijn door een grotere betrokkenheid van de zelfstandig werkzame verloskundigen bij het verloskundig verwijsbeleid.

Tabel 3.5.: Aantal en percentage werkzame verloskundigen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons en naar functie

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Eigen praktijk	482	76,0	280	64,5	762	71,3
Klinisch werkzaam	77	12,2	81	18,7	158	14,8
Waarnemer/neeemster assistent(e)	75	11,8	73	16,8	148	13,9
Totaal	634	100,0	434	100,0	1068	100,0

Een tweede vergelijking tussen de beide groepen maken wij aan de hand van de leeftijdsopbouw (tabel 3.6). Hierbij zien wij een lichte oververtegenwoordiging van verloskundigen jonger dan 30 jaar. Er is echter geen sprake van een significant verschil.

Tabel 3.6.: Leeftijdsverdeling van de werkzame verloskundigen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons, naar functie

	eigen praktijk				klinisch werkzaam				assistent(e) waarnemer/neemster			
	respons		non-respons		respons		non-respons		respons		non-respons	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 34 jaar	189	39,2	95	33,9	29	37,7	28	34,6	53	70,7	46	63,0
35-44	152	31,6	79	28,2	29	37,7	33	40,8	13	17,4	18	24,7
45-54	85	17,7	54	19,3	14	18,2	16	19,7	7	9,3	5	6,8
55-64	47	9,8	45	16,1	5	6,5	4	4,9	2	2,6	2	2,7
> 65 jaar	9	1,9	7	2,5	-	-	-	-	-	-	2	2,8
Totaal	482	100,0	280	100,0	77	100,0	81	100,0	75	100,0	73	100,0

Als wij vervolgens de plaats van opleiding erbij betrekken dan zijn de verschillen tussen beide groepen minimaal (tabel 3.7) en niet significant.

Tabel 3.7.: Aantal en percentage werkzame verloskundigen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons en naar plaats van opleiding

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Amsterdam	202	31,9	135	31,1	337	31,6
Heerlen	212	33,4	146	33,6	358	33,5
Rotterdam	201	31,7	142	32,7	343	32,1
Elders	19	3,0	11	2,5	30	2,8
Totaal	634	100,0	434	100,0	1068	100,0

Tot slot hebben wij voor de zelfstandig gevestigde verloskundigen nog gekeken of er wellicht verschillen bestaan naar urbanisatiegraad (tabel 3.8). Uit deze tabel kunnen wij afleiden dat onder de respondenten een lichte oververtegenwoordiging is van verloskundigen die werkzaam zijn in de platelandsgebieden ($p = 0.01$, Cramer's $V = 0.14$).

Tabel 3.8.: Aantal en percentage zelfstandig werkzame verloskundigen (per 1 januari 1990) verdeeld naar respons en non-respons en urbanisatiegraad

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
landelijk gebied	32	6,6	9	3,2	41	5,4
verstedelijkt landelijk gebied	130	27,0	50	17,9	180	23,6
forensengemeenten	67	13,9	48	17,2	115	15,1
kleine steden	61	12,7	41	14,6	102	13,4
middelgrote steden	82	17,0	60	21,4	142	18,6
grote steden	110	22,8	72	25,7	182	23,9
Totaal	482	100,0	280	100,0	762	100,0

Concluderend kunnen wij vaststellen dat onder de verloskundigen die de enquête hebben teruggestuurd er een lichte oververtegenwoordiging is van verloskundigen die werkzaam zijn in een eigen praktijk. Voor de uitkomsten van dit onderzoek heeft dit nauwelijks gevolgen, omdat voor een groot aantal analyses een onderscheid wordt gemaakt tussen zelfstandig gevestigden en klinisch werkzamen.

Tot slot moet nog worden opgemerkt dat onder de zelfstandig gevestigde verloskundigen degenen die werkzaam zijn op het platteland wat oververtegenwoordigd zijn.

3.4.3. Gynaecoloog

In de vorige paragraaf hebben wij reeds weergegeven dat alle 611 werkzame gynaecologen een enquête hebben ontvangen en dat 67% (410) heeft gerepondeerd. Aan de hand van gegevens van de NVOG over de totale beroepsgroep gynaecologen (N = 604) kunnen wij ook voor deze beroepsgroep een non-respons-analyse uitvoeren.

Om enig idee te hebben omtrent de representativiteit van de gerepondeerde groep hebben wij in tabel 3.9 de geslachtsverdeling weergegeven. Hieruit blijkt dat er onder de respondenten een lichte oververtegenwoordiging is van mannelijke gynaecologen. Het verschil is niet significant.

Tabel 3.9.: Geslacht van de werkzame gynaecologen (1990) verdeeld naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
man	360	88,7	166	83,8	526	87,1
vrouw	46	11,3	32	16,2	78	12,9
totaal	406	100,0	198	100,0	604	100,0

In de tweede plaats kunnen wij de leeftijd van de responsgroep vergelijken met de groep die niet gerepondeerd heeft (tabel 3.10).

Tabel 3.10.: Leeftijdsverdeling van de werkzame gynaecologen (1990) verdeeld naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 35 jaar	7	1,7	5	2,5	12	2,0
35-44	172	43,0	95	47,7	267	44,6
45-54	145	36,2	73	36,7	218	36,4
55-64	70	17,5	26	13,1	96	16,0
> 65 jaar	6	1,6	-	-	6	1,0
Totaal	400	100,0	199	100,0	599*	180,0

* geen antwoord = 5 (1,2%)

Bij de gynaecologen zien wij een lichte oververtegenwoordiging van de groep boven de 55 jaar (het verschil is niet significant).

Verder blijkt ook dat er ten aanzien van het soort ziekenhuis waarin men werkzaam is geen significant verschil bestaat tussen de twee groepen (tabel 3.11).

Tabel 3.11.: Soort ziekenhuis waar de werkzame gynaecologen (1990) praktizeren naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
perifeer ziekenhuis	312	81,0	166	75,8	478	79,1
academisch ziekenhuis	73	19,0	53	24,2	126	20,9
Totaal	385	100,0	219	100,0	604	100,0

De NVOG heeft niet voldoende informatie over de vestigingswijze van de totale groep gynaecologen. Informatie over de vestigingswijze kunnen wij zodoende alleen met betrekking tot de respondenten weergeven. Bijna driekwart van de respondenten (73%) is zelfstandig gevestigd. De overigen zijn vrijwel allemaal in dienstverband werkzaam (tabel 3.12). Een enkele gynaecoloog is zowel zelfstandig als in dienstverband werkzaam (werkzaam in meerdere ziekenhuizen).

Tabel 3.12.: Vestigingswijze van de werkzame gynaecologen (1990) verdeeld naar respons

	respons	
	abs	%
zelfstandig gevestigd	283	72,9
in dienstverband werkzaam	103	26,5
zelfstandig gevestigd en in dienstverband	2	0,5
Totaal	388*	100,0

* geen antwoord = 22 (5,3)

Van de praktijkvorm van de totale beroepsgroep gynaecologen tenslotte is alleen bekend dat solisten extreme uitzonderingen zijn. Ook het overgrote deel van de responsgroep is in een maatschap werkzaam (86%) (tabel 3.13). Een heel klein percentage respondenten is solistisch werkzaam (2%). De categorie 'anders' bestaat grotendeels uit gynaecologen die aan een universiteit verbonden zijn of in een samenwerkings(team)verband actief zijn.

Tabel 3.13.: Praktijkvorm waarin de werkzame gynaecologen (1990) praktiseren verdeeld naar respons

	respons	
	abs	%
solo	7	1,8
maatschap	337	86,4
anders	46	11,8
Totaal	390	100,0

* geen antwoord = 20 (4,9)

Uit het voorgaande kunnen wij concluderen dat de groep gynaecologen die de vragenlijst heeft teruggestuurd over het algemeen niet verschilt van de totale groep gynaecologen.

4. VERLOSKUNDIGE ZORG IN NEDERLAND

Alvorens in te gaan op de acceptatie en het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst zal ter ondersteuning eerst een korte beschrijving worden gegeven omtrent de verschuivingen die zich binnen de verloskundige zorg in Nederland de afgelopen jaren hebben voorgedaan.

Daarin zal allereerst aandacht worden geschonken aan de ontwikkeling van het aantal geboorten en het aandeel van de drie betrokken beroepsgroepen daarin. Vervolgens zal per beroepsgroep wat verder ingegaan worden op hun verloskundige activiteiten.

4.1. Plaats en leiding van de bevalling

De afgelopen decennia worden gekenmerkt door een sterke daling van het aantal geborenen. In 1970 werden er in Nederland nog ruim 240.000 kinderen per jaar geboren. Dit aantal is teruggelopen tot circa 190.000 in 1989 (tabel 4.1). Overigens moeten wij constateren dat er de laatste jaren sprake is van een lichte stijging van het aantal geboorten. Het geboortecijfer bedraagt momenteel 12,8. Als wij kijken in hoeverre er verschuivingen zijn opgetreden in de plaats van bevalling, dan zien wij dat vooral in de periode 1970-1980 het aantal ziekenhuisbevallingen sterk is toegenomen (tabel 4.1). Vanaf 1980 is sprake van een lichte stijging van het aantal ziekenhuisbevallingen, hetgeen ertoe heeft geleid dat momenteel 67% van alle bevallingen in het ziekenhuis plaatsvindt.

Tabel 4.1.: Geborenen naar plaats van geboorte

Jaar	thuis %	ziekenhuis %	aantal geborenen absoluut
1970	57,3	42,7	241.500
1975	44,4	55,6	179.249
1980	35,4	64,6	182.499
1981	34,5	65,5	179.691
1982	35,4	64,6	173.081
1983	35,1	64,9	171.248
1984	36,1	63,9	175.472
1985	36,6	63,4	179.190
1986	35,9	64,1	185.573
1987	34,2	65,8	187.703
1988	34,2	65,8	187.685
1989	33,4	66,4	190.079

Bron: CBS

Met betrekking tot de gegevens over de leiding van de bevalling blijken de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) alleen niet toereikend te zijn. Het CBS maakt bij het presenteren van zijn gegevens geen onderscheid tussen huisarts en gynaecoloog, beiden vallen onder de term geneeskundige. Om binnen de categorie 'geneeskundige' ook de huisarts en de gynaecoloog te kunnen onderscheiden, moeten de gegevens van het CBS gecombineerd worden met gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI, productie-statistiek). Het CBS geeft wel het aandeel van de verloskundige en de geneeskundige in het ziekenhuis weer. Het aandeel van de geneeskundige in het ziekenhuis is uit te splitsen naar het aandeel van de gynaecoloog en het aandeel van de huisarts, omdat via het NZI het aandeel van de huisarts in het ziekenhuis bekend is. Tabel 4.2 geeft het aandeel van de hulpverleners in de verloskundige zorg in ziekenhuizen weer. Het percentuele aandeel van de drie beroepsgroepen in de verloskunde is als volgt berekend (tabel 4.3). Het aandeel van de huisarts en de verloskundige in het ziekenhuis is bekend (tabel 4.2), het aandeel van de huisarts en de verloskundige thuis wordt weergegeven door het CBS (waarbij wij aannemen dat het aandeel van de geneeskundige thuis alleen de huisarts betreft). Het aandeel van de gynaecoloog is reeds berekend (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2.: Aandeel hulpverleners in de verloskundige zorg in ziekenhuizen (% van totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis)

Jaar	huisarts	verloskundige	gynaecoloog
1970	11,6	23,6	64,8
1975	6,0	26,0	68,0
1980	6,2	29,1	64,7
1981	5,1	29,5	65,4
1982	4,7	29,1	66,2
1983	4,7	29,9	65,4
1984	5,2	29,6	65,2
1985	5,3	28,1	66,6
1986	4,4	29,3	66,3
1987	3,3	31,0	65,7
1988	2,8	30,9	66,3
1989	2,3	32,9	64,8

Bron: Aandeel huisarts: NZI produktiestatistiek*
Aandeel verloskundige/gynaecoloog: CBS

* Het aandeel van de huisarts zal in werkelijkheid iets hoger liggen. Het NZI-cijfer is iets vertekend, omdat het aandeel van de bevallingen geleid door huisartsen in academische ziekenhuizen niet meegerekend wordt.

Tabel 4.3.: Aandeel beroepsgroepen in de verloskunde (%)

Jaar	verloskundigen	huisartsen	gynaecologen
1970	37,0	35,5	27,5
1975	39,2	23,7	37,1
1980	39,8	18,7	41,5
1981	40,4	17,1	42,5
1982	40,9	16,7	42,4
1983	41,9	16,0	42,1
1984	42,7	16,0	41,3
1985	41,9	16,0	42,1
1986	43,0	14,6	42,4
1987	42,9	12,9	44,2
1988	43,2	12,2	44,6
1989	44,8	11,7	43,5

Aandeel beroepsgroepen in het ziekenhuis is bekend (tabel 4.4).

Aandeel huisartsen en verloskundigen thuis: CBS. Aantal geboren thuis en in het ziekenhuis is bekend (tabel 4.1).

Wat betreft het aandeel van de verloskundige hulpverleners (tabel 4.3) in de verloskundige zorg kunnen wij concluderen dat het aandeel van de verloskundige een continu stijgende lijn vertoont, van 37% in 1970 tot 44,8% in 1989. In dezelfde periode is het aandeel van de huisarts aanzienlijk gedaald (van 35,5% naar 11,7%). Het aandeel van de gynaecologen is in deze periode gestegen van 27,5% in 1970 tot 43,5% in 1989. De belangrijkste veranderingen hebben zich vooral tussen 1970 en 1980 voorgedaan.

Tabel 4.4 maakt het mogelijk onderscheid te maken tussen een ziekenhuisbevalling geleid door de eerste lijn (huisartsen en verloskundigen) en een ziekenhuisbevalling geleid door de tweede lijn (gynaecoloog).

Tabel 4.4.: Geborenen naar plaats van geboorte, onderverdeeld naar eerste- en tweedelijnhulpverlener (%)

Jaar	thuis	ziekenhuis	
	huisartsen en verloskundigen	huisartsen en verloskundigen	gynaecologen
1970	57,3	15,2	27,5
1975	44,4	18,5	37,1
1980	35,4	23,1	41,5
1981	34,5	23,0	42,5
1982	35,4	22,2	42,4
1983	35,1	22,8	42,1
1984	36,1	22,6	41,3
1985	36,6	21,3	42,1
1986	35,9	21,7	42,4
1987	34,2	21,6	44,2
1988	34,2	22,0	44,6
1989	33,4	23,1	43,5

Bron: Combinatie van tabel 4.1 en tabel 4.2

- Aandeel gynaecoloog in het ziekenhuis is aandeel geneeskundige in het ziekenhuis, minus het aandeel van de huisarts in het ziekenhuis (tabel 4.2). Wij nemen aan dat het aandeel geneeskundige thuis alleen huisartsen betreft.

Met betrekking tot het percentage bevallingen in het ziekenhuis blijkt er een stijging te zijn van het percentage poliklinische bevallingen (Adviescommissie, 1987). Verkrijgen van gegevens hierover via het CBS is moeilijk. De term poliklinisch wordt door het CBS niet gehanteerd.

Bij bestudering van de (schaarse) literatuur over de poliklinische bevalling blijkt dat er geen eenduidige definitie van dit begrip bestaat. De definities verschillen voor wat de duur van het ziekenhuisverblijf betreft en of het daarbij om moeder en/of kind gaat. Ook over degene die de bevalling leidt bestaan verschillende opvattingen. Boerma (1983) vermeldt het ontbreken van eenduidige gegevens over de omvang van de poliklinische bevalling. Hij vermeldt daarbij dat in de Jaarenquête Ziekenhuizen 1980 de grens voor opname ligt bij 36 uur. Damstra-Wijmenga (1982) gebruikt in haar definitie van een poliklinische bevalling een andere tijdslimiet. Zij omschrijft een poliklinische bevalling als 'een bevalling op een verloskamer van een ziekenhuis of kraamkliniek waarbij de moeder, en zo mogelijk ook het kind, binnen 24 uur naar huis gaat'. Lievaart (1984) hanteert de omschrijving dat moeder en kind binnen 24 uur uit het ziekenhuis worden ontslagen. Berghs (1988) verstaat in zijn onderzoek onder een poliklinische bevalling een bevalling die door de verloskundige of huisarts in het ziekenhuis begeleid wordt, in den regel zonder Elektronische Foetale Bewaking (eerstelijnsverloskunde).

De Adviescommissie Verloskunde (1987) definieert de poliklinische bevalling als een bevalling in het ziekenhuis waarna moeder en kind binnen 36 uur na de geboorte naar huis vervoerd worden om aldaar het kraambed door te brengen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen een 'primair' en een 'secundair' poliklinische bevalling. Onder een 'primair' poliklinische bevalling verstaat de Adviescommissie de 'verplaatste thuisbevalling', waarbij op grond van de voorkeur van de moeder, zonder medische indicatie daartoe de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt onder leiding van de eerste lijn. Aan de hand van deze omschrijving kunnen wij concluderen dat het percentage primaire poliklinische bevallingen gestegen is van 15% in 1970 tot 23% in 1989 (tabel 4.4).

Bij een 'secundair' poliklinische bevalling is de vrouw op medische indicatie onder leiding van de specialist in het ziekenhuis bevallen en daarna naar huis vervoerd, aangezien gebleken is dat alles voorspoedig verlopen is en moeder en kind in goede gezondheid verkeren.

Samengevat kunnen ten aanzien van de verloskundige markt vanaf 1970 de volgende ontwikkelingen worden weergegeven. Tussen 1970 en 1980 is er een duidelijke verschuiving van bevallingen thuis naar bevallingen in het ziekenhuis, de laatste tien jaar is er sprake van een stabilisatie met een percentage thuisbevallingen dat slechts met 2% gedaald is en momenteel 33% bedraagt. Vanaf 1970 is er een duidelijke toename van het percentage

poliklinische bevallingen, hetgeen niet duidt op een verandering in plaats en leiding van de bevalling, maar op een toename van het aantal vrouwen dat na de bevalling binnen enkele uren het ziekenhuis verlaat.

4.2. Verloskundige activiteiten van de drie beroepsgroepen

4.2.1. Huisarts

Van de aselechte steekproef van 596 huisartsen hebben er 311 (52,2%) de vragenlijst teruggestuurd. Van deze laatste groep zegt ruim een kwart (26%) op dat moment bevallingen te leiden. Om iets meer te kunnen zeggen over de verloskundige activiteiten van huisartsen is een tweede steekproef getrokken in gebieden met een hoog percentage huisartsen dat nog bevallingen begeleidt. Van deze tweede gestratificeerde steekproef van 1112 huisartsen hebben er 609 gereageerd (54,8%). Van deze groep is bijna de helft (48%) verloskundig actief. Driekwart van deze verloskundig actieve huisartsen is voornamelijk praktizerend in (verstedelijkt) landelijk gebied.

Verloskundige activiteiten

Het 'Basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1987)' onderscheidt algemene verloskundige taken met betrekking tot zwangerschap en voortplanting en een specifiek verloskundige taak ten behoeve van low risk-graviditeiten. Tot de algemene taken horen onder andere de diagnostiek van de zwangerschap, adviezen met betrekking tot het selecteren van low risk- en high risk-zwangerschappen, algemene medische zorg gedurende de zwangerschap, algemeen medische zorg van de pasgeborene en de moeder in het kraambed en de begeleiding van het kraambed na een ziekenhuisbevalling op grond van een medische indicatie. De specifiek verloskundige taak houdt het feitelijk actief beoefenen van de verloskunde in.

In de eerste plaats blijkt uit ons onderzoek dat een groot deel van de huisartsen deze specifiek verloskundige taak niet meer uitoefent. Driekwart van de aselekt gekozen groep huisartsen is momenteel niet (meer) verloskundig actief. Hiervan zegt bijna de helft (47%) na de opleiding geen bevallingen meer te hebben gedaan, de overigen (53%) hebben in het verleden wel bevallingen geleid. Er zijn verschillende redenen waarom de huisartsen geen bevallingen meer leiden. De meest genoemde oorzaak is het feit dat er (volgens de huisarts) een verloskundige in het werkgebied werkzaam is (85%). Verder noemt bijna de helft (45%) als reden dat het niet mogelijk is voldoende routine in het leiden van bevallingen op te bouwen. Verder zijn een te grote werkbelasting (31%) en het niet kunnen realiseren van waarneming (23%) redenen om geen bevallingen (meer) te doen. Overigens blijkt dat 60% van de huisartsen afkomstig uit de aselechte steekproef vindt

dat het leiden van thuisbevallingen wel tot de taak van de huisarts behoort. Voor het leiden van poliklinische bevallingen geldt dit voor 57% van deze groep huisartsen. Tabel 4.5 geeft weer in hoeverre er verschillen bestaan tussen huisartsen die wel en geen bevallingen meer doen. Bijna de helft van de huisartsen die geen bevallingen meer doet, vindt dat het leiden van thuisbevallingen (47%) en het leiden van poliklinische bevallingen (46%) tot hun takenpakket behoort. Bijna een vijfde deel van de huisartsen die geen bevallingen meer leidt, vindt overigens dat het leiden van thuisbevallingen geen taak is voor de huisarts.

Tabel 4.5.: Taakopvatting van huisartsen met betrekking tot het leiden van thuisbevallingen en poliklinische bevallingen zonder medische indicatie uitgesplitst naar huisartsen die wel en geen bevallingen meer doen

	wel bevallingen (N=373)				geen bevallingen (N=231)			
	wel taak	onzeker	geen taak	totaal	wel taak	onzeker	geen taak	totaal
leiden van thuisbevallingen	94,3	4,6	1,1	100,0	47,1	33,2	19,7	100,0
leiden van poliklinische bevallingen zonder medische indicatie	82,7	11,9	5,4	100,0	45,5	30,5	24,1	100,0

Van het totaal aantal huisartsen uit beide steekproeven zijn 373 huisartsen actief met betrekking tot de verloskunde. Aan deze huisartsen hebben wij gevraagd hoeveel bevallingen zij in 1989 geleid hebben en of zij tevreden zijn met dit aantal (tabel 4.6).

Tabel 4.6.: Aantal bevallingen geleid in 1989 door de huisartsen (N=373) uitgesplitst naar tevredenheid over dit aantal

aantal bevallingen	liever meer bevallingen		liever minder bevallingen		geen behoefte aan verandering		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1-10	47	39,8	14	53,8	14	6,7	75	21,2
11-20	49	41,5	6	23,1	59	28,1	114	32,2
21-30	15	12,7	1	3,8	69	32,9	85	24,0
31-40	5	4,2	4	15,4	41	19,5	50	14,1
41-50	-	-	1	3,8	12	5,7	13	3,7
meer dan 50 bevallingen	2	1,7	-	-	15	7,1	17	4,8
Totaal	118	100,0	26	100,0	210	100,0	354*	100,0

* geen antwoord / in 1989 werkzaam weggelaten = 19 (5,1%).

Tabel 4.8.: Taakopvatting van huisartsen met betrekking tot de diverse onderdelen van verloskundige zorg

aspecten van pre- en post-natale zorg	wel bevallingen (N=373)				geen bevallingen (N=231)			
	wel taak	on-zeker	geen taak	totaal	wel taak	on-zeker	geen taak	totaal
eenmalig onderzoek voor de 11 ^e week	87,6	7,7	4,7	100,0	88,0	5,8	6,2	100,0
algemeen medisch onderzoek rond de 32 ^e week	49,2	31,8	19,0	100,0	28,2	38,6	33,2	100,0
onderzoek baby \pm 3 ^e dag na bevalling	91,2	6,0	2,8	100,0	86,6	10,3	3,1	100,0
afsluitend consult van de moeder \pm 6 weken na bevalling	81,2	12,4	6,4	100,0	54,5	30,6	14,9	100,0

In het algemeen vindt een groot deel van de huisartsen (88%) dat het eenmalig onderzoek in het begin van de zwangerschap tot hun takenpakket behoort. Hetzelfde geldt voor het onderzoek van de baby enkele dagen na de geboorte (respectievelijk 91% en 87%). Meer dan de helft (55%) is van mening dat het afsluitend consult van de moeder een aantal weken na de bevalling tot hun verloskundige taken behoort, voor de verloskundig actieve huisartsen ligt dit percentage veel hoger (81%). In tabel 4.7 zagen wij al dat een groot deel van de huisartsen zelden of nooit bij het algemeen medisch onderzoek rond de 32e week betrokken wordt. Op de vraag of zij het uitvoeren van dit onderzoek tot hun taak vinden behoren reageren de huisartsen verdeeld. De helft van de huisartsen die nog bevallingen leidt, vindt dat het onderzoek tot hun taak behoort, tegen slechts 28% van de verloskundig niet actieve huisartsen.

Als wij tabel 4.7 en 4.8 met elkaar vergelijken, dan kunnen wij concluderen dat er een discrepantie is in de mate waarin de huisarts bij de verschillende aspecten van de verloskundige zorg betrokken wordt en in hoeverre men deze aspecten ziet als een taak voor de huisarts (ongeacht of zij daar feitelijk bij betrokken zijn). Voor alle fasen van de verloskundige zorg geldt dat men er minder bij betrokken wordt dan dat men uit hoofde van hun functie wenselijk acht.

4.2.2. Verloskundige

Verloskundige activiteiten

Vrijwel alle verloskundigen (98%) hebben in 1989 bevallingen geleid. Een kwart van deze beroepsgroep (25%) zegt in dat jaar minder dan 100 bevallingen geleid te hebben (tabel 4.9).

Tabel 4.9.: Aantal bevallingen geleid door de verloskundigen in 1989 naar functie

aantal bevallingen	eigen praktijk		klinisch werkzaam		assistent(e) waarnemer/ neemster		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 100	93	20,1	30	43,5	20	54,1	143	25,2
100-149	226	48,9	23	33,3	15	40,5	264	46,5
150-199	105	22,7	8	11,6	1	2,7	114	20,1
200-249	27	5,9	4	5,8	1	2,7	32	5,6
> 250	11	2,4	4	5,8	-	-	15	2,6
Totaal	462	100,0	69	100,0	37	100,0	568*	100,0

* geen antwoord / in 1989 werkzaam weggelaten = 78 (12,1%).

Het grootste deel van de verloskundigen (47%) heeft in 1989 tussen de 100 en 150 bevallingen geleid. Een kleine groep (8%) heeft in 1989 meer dan 200 bevallingen geleid. Als wij vervolgens onderscheid maken naar functie dan blijkt dat de zelfstandig gevestigden relatief gezien meer bevallingen doen dan de klinisch werkzamen. Bijna 44% van de klinisch werkzame verloskundigen heeft in 1989 minder dan 100 bevallingen geleid, tegen 20% van de zelfstandig gevestigden.

Bijna tweederde van alle verloskundigen (65%) is tevreden met het aantal bevallingen dat zij geleid hebben (tabel 4.10).

Tabel 4.10.: Aantal bevallingen geleid in 1989 door de verloskundigen, uitgesplitst naar tevredenheid over dit aantal

aantal beval- lingen	liever meer bevallingen		liever minder bevallingen		geen behoefte aan verandering		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 100	60	55,6	7	7,1	97	25,5	164	27,9
100-149	37	34,3	46	46,5	179	47,1	262	44,6
150-199	8	7,4	32	32,3	72	18,9	112	19,1
200-249	1	0,9	13	13,1	19	5,0	33	5,6
> 250	2	1,9	1	1,0	13	3,4	16	2,7
Totaal	108	100,0	99	100,0	380	100,0	587*	100,0

* geen antwoord / in 1989 werkzaam weggelaten = 59 (9,8%).

Het deel van de verloskundigen dat hierin verandering zou willen zien is klein (18% wil liever meer, 17% wil liever minder bevallingen doen). Als wij deze tevredenheid over het aantal bevallingen uitsplitsen naar de functie van de verloskundige, dan blijkt dat vooral de verloskundigen in dienstverband geen verandering willen (74%). Voor de zelfstandig werkzamen is dit

percentage lager (65%). Van deze laatste groep ziet een relatief groot deel liever dat het aantal te leiden bevallingen minder wordt (19%), hetgeen in veel mindere mate geldt voor de dienstverbanders (4%) ($p=0.04$, Cramer's $V=0.10$).

Wij hebben aan de zelfstandig gevestigde verloskundigen gevraagd in welke mate de huisartsen in hun praktijkgebied betrokken zijn bij de pre- en postnatale zorg van vrouwen die door de verloskundige zelf begeleid worden. Uit tabel 4.11 blijkt dat de huisarts, ondanks het feit dat deze de bevalling niet begeleidt, volgens de verloskundige toch betrokken is bij de pre- en postnatale zorg. Volgens de verloskundigen voert meer dan de helft van de huisartsen het eenmalig onderzoek in het begin van de zwangerschap en het onderzoek van de baby enkele dagen na de bevalling uit. Daarentegen zeggen de verloskundigen dat de huisartsen vrijwel nooit betrokken worden bij het algemene onderzoek rond de 32^e week en bij het afsluitend consult van de moeder.

Tabel 4.11.: Mate waarin huisartsen, volgens de zelfstandig gevestigde verloskundigen, betrokken worden bij andere aspecten van de verloskundige zorg als de bevalling door een verloskundige wordt geleid

aspecten van pre- en postnatale zorg	% betrokkenheid			
	meestal	soms	zelden/ nooit	totaal
eenmalig onderzoek voor de 11 ^e week	58,5	34,9	6,6	100,0
algemeen medisch onderzoek rond de 32 ^e week	3,9	8,4	87,7	100,0
onderzoek baby \pm 3 ^e dag na de bevalling	52,8	31,0	16,2	100,0
afsluitend consult van de moeder \pm 6 weken na de bevalling	1,8	6,5	91,7	100,0

4.2.3. Gynaecoloog

Verloskundige activiteiten

Bijna alle gynaecologen (94%), die gerespondeerd hebben, leiden momenteel bevallingen. Wij hebben de gynaecologen eveneens gevraagd hoeveel bevallingen zij in 1989 geleid hebben. Na bestudering van de gegeven aantallen bleek dat wij hiervan geen betrouwbaar beeld kunnen weergeven. Uit het opgegeven aantal blijkt namelijk niet altijd of het aantal bevallingen per gynaecoloog of per maatschap weergegeven wordt. Over het aantal bevallingen dat men leidt is men over het algemeen wel tevreden. Op de

vraag of men meer of minder bevallingen zou willen leiden antwoordt driekwart (75%) dat men geen behoefte heeft aan verandering. Tien procent van de gynaecologen zou graag meer bevallingen begeleiden, een kleiner deel juist minder (7%) (tabel 4.12).

Tabel 4.12.: Zou U meer of minder bevallingen willen leiden

	abs	%
liever meer bevallingen	39	10,0
liever minder bevallingen	27	6,9
geen behoefte aan verandering	291	74,6
n.v.t.	33	8,5
Totaal	390	100,0
Geen antwoord	20	4,9

5. MENINGEN OVER NOODZAAK, TOTSTANDKOMING EN INVOERING VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

5.1. Herziening Kloostermanlijst

In 1983 wordt de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK) gevormd. Deze werkgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle bij de verloskunde in Nederland betrokken beroepsgroepen, kreeg als opdracht advies uit te brengen aan de Ziekenfondsraad over de gewenste bijstelling van de Kloostermanlijst.

Om de betrokkenheid van de drie disciplines bij de herziening van de oude lijst te peilen hebben wij in eerste instantie gevraagd of men op de hoogte was van het bestaan van de WBK-groep.

Uit de enquête blijkt dat een groot deel van de drie betrokken beroepsbeoefenaren bekend was met het feit dat een commissie bezig was om de oude lijst te herzien. Dit geldt overigens in grotere mate voor de verloskundigen (91%) en gynaecologen (83%) dan voor de huisartsen (50%). Bij de laatste groep moet nog worden opgemerkt dat er ten aanzien van deze vraag nauwelijks verschillen bestaan tussen huisartsen die wel en die geen bevallingen doen.

Op de vraag of men het vervolgens eens is met het feit dat de oude lijst is herzien liggen de meningen wat verder uiteen (tabel 5.1). Bijna 66% van de huisartsen en 90% van de verloskundigen is van mening dat de lijst aan een herziening toe was. Van de gynaecologen daarentegen vindt slechts 27% dat de lijst herzien moest worden. Daarentegen heeft een veel groter deel van deze laatste groep (46%) er geen uitgesproken mening over, terwijl 27% het er volstrekt mee oneens is dat de oude lijst aan herziening toe was.

Tabel 5.1.: Mening van de drie beroepsgroepen over de herziening van de oude lijst

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	40	13,9	349	54,5	30	7,6
mee eens	148	51,6	228	35,6	75	19,0
deels wel/deels niet mee eens	64	22,3	61	9,6	182	46,1
mee oneens	3	1,0	2	0,3	59	14,9
volstrekt mee oneens	1	0,4			48	12,1
weet niet / geen mening / nvt	31	10,8			1	0,3
Totaal	287	100,0	640	100,0	395	100,0
Geen antwoord	24	7,7	6	0,9	15	3,7

Binnen de groep verloskundigen blijkt dat het vooral de zelfstandig gevestigden (56%) zijn die het 'helemaal eens' zijn met de herziening, tegen 41% van de verloskundigen werkzaam in een ziekenhuis ($p=0.005$, Cramer's $V=0.11$). Verder blijkt ook dat de jonge verloskundigen zich wat meer kunnen vinden in de herziening van de lijst dan de ouderen. Bijna 57% van de verloskundigen jonger dan 45 jaar is het 'helemaal eens' met de aanpassing van de lijst, tegen 49% van de verloskundigen van 45 jaar en ouder. Tenslotte blijkt dat binnen de groep gynaecologen vooral degenen die in dienstverband werkzaam zijn wat positiever over de herziening van de lijst zijn dan de zelfstandig gevestigden. Van de laatste groep is 22% het eens met een bijstelling van de lijst tegen 42% van de degenen in dienstverband ($p=0.003$, Cramer's $V=0.21$).

Ook aan de adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen hebben wij gevraagd of zij een aanpassing van de oude lijst noodzakelijk achtten. Ongeveer tweederde van de adviserend geneeskundigen vond dat de oude lijst aan herziening toe was. Hiertoe werd aangevoerd dat de oude lijst te globaal en aan nuancering toe was. Verder werd gesteld dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst door het invoeren van een beslisprocedure beter te hanteren is en meer duidelijkheid verschaft over het verloskundig verwijsbeleid.

Eenderde van de adviserend geneeskundigen vond een aanpassing van de oude lijst niet noodzakelijk. Een enkeling hiervan merkte op dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst een bureauverhaal is en bovendien veel te ingewikkeld. Anderen waren van mening dat een aanpassing van de oude lijst niet nodig was omdat in hun gebied consensus was tussen de verloskundige hulpverleners over de afbakening van elkaars werkgebied, waarbij de oude lijst min of meer door de beroepsbeoefenaren zelf was aangepast. Sommige adviserend geneeskundigen waren tijdens de aanpassing van de oude lijst van mening dat een herziening toch niet zou werken in de praktijk.

Overigens is een grote groep adviserend geneeskundigen (22) het er zonder meer mee eens dat richtlijnen moeten worden opgesteld voor het verloskundig verwijsbeleid. Zij hebben daar verschillende argumenten voor. Richtlijnen kunnen als leidraad dienen en duidelijkheid geven over het verloskundig verwijsbeleid. Bovendien zijn richtlijnen noodzakelijk om het werkgebied van de verloskundige hulpverleners af te bakenen en om orde te scheppen in een arbitrair gebied. Tenslotte worden richtlijnen, waarin de thuissituatie als plaats voor de bevalling is opgenomen, noodzakelijk geacht voor het handhaven van het Nederlandse verloskundige systeem.

Door een aantal adviserend geneeskundigen (13) wordt toch enkele kanttekeningen geplaatst bij het opstellen van richtlijnen. Het hanteren van richtlijnen kan problemen opleveren als er geen consensus is in het veld waarvoor deze richtlijnen zijn opgesteld. Een ander probleem doet zich voor als

de eerste of tweede lijn deze richtlijnen star gaat hanteren. In sommige regio's achten de adviserend geneeskundigen richtlijnen niet nodig omdat de verloskundige zorg vanzelf geregeld wordt.

5.2. Samenstelling van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst

De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is tot stand gekomen via een landelijke werkgroep samengesteld uit inhoudelijke deskundigen uit de diverse disciplines (de NOV, LHV, NHG, NVOG, NVK, NK, VNZ, KLOZ, GHI en de Ziekenfondsraad). De in deze werkgroep opgestelde richtlijnen zijn niet vanuit het veld ('bottom-up' benadering) opgesteld maar zijn vanuit een landelijke werkgroep totstandgekomen en geïntroduceerd ('top-down' benadering). Wij hebben de respondenten gevraagd of men zich kon verenigen met het feit dat er bij de WBK sprake was van een 'top-down' procedure. Uit de antwoorden blijkt dat een grote meerderheid van de drie beroepsgroepen het ermee eens is dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op landelijk niveau tot stand is gekomen (huisartsen 81%, verloskundigen 95% en gynaecologen 63%).

Met betrekking tot de samenstelling van de WBK lopen de meningen van de drie disciplines wat verder uiteen (tabel 5.2). Zo zien wij dat 40% van de huisartsen, 83% van de verloskundigen en slechts 8% van de gynaecologen het eens is met de samenstelling van de WBK. Het zijn dus vooral de gynaecologen die veel moeite hebben met de samenstelling van de WBK. Uit de opmerkingen die bij deze vraag konden worden gemaakt, blijkt dat de gynaecologen vooral veel moeite hebben met de kwantitatieve en kwalitatieve ondervertegenwoordiging van de beroepsgroep gynaecologen. Verder wordt ook als bezwaar aangetekend dat de cliënt niet in de WBK vertegenwoordigd is.

Tabel 5.2.: Zijn de drie beroepsgroepen het eens met de samenstelling van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK)

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
ja	116	40,2	520	82,5	32	8,4
nee	6	2,1	17	2,7	306	80,1
gedeeltelijk	1	0,3			1	0,3
weet niet / geen mening / nvt	166	57,4	93	14,8	43	11,2
Totaal	289	100,0	630	100,0	382	100,0
Geen antwoord	22	7,1	16	2,5	28	6,8

Van de adviserend geneeskundigen is ruim de helft (19) het ermee eens dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op landelijk niveau is opgesteld. Volgens deze adviserend geneeskundigen zou vanuit het veld geen indicatielijst tot stand zijn gekomen. Vijf adviserend geneeskundigen (14%) zijn het niet eens met de manier waarop de nieuwe lijst tot stand is gekomen. Men had beter eerst kunnen streven naar consensus tussen de beroepsbeoefenaren in het veld alvorens in een werkgroep richtlijnen op te stellen. Verder kunnen richtlijnen die van bovenaf worden opgelegd weerstand opwekken in het veld.

Vijf adviserend geneeskundigen zijn het niet eens met het feit dat op landelijk niveau richtlijnen worden opgesteld, anderzijds zijn zij wel van mening dat er geen andere oplossing voorhanden was.

De overige adviserend geneeskundigen zijn het niet eens met de uitspraak dat de gevolgde werkwijze een 'top-down' benadering heet. Volgens sommige adviserend geneeskundigen waren alle partijen in de werkgroep vertegenwoordigd. Bovendien hebben de leden van de werkgroep naar alle waarschijnlijkheid voldoende ruggespraak gehad met hun achterban.

5.3. Invoering van de Verloskundige Indicatielijst

In de vergadering van de Ziekenfondsraad op 23 april 1987 is besloten het rapport 'De Verloskundige Indicatielijst' als een zwaarwegend advies aan ziekenfondsen, verloskundigen, huisartsen en gynaecologen toe te zenden.

Om te onderzoeken of iedereen de lijst heeft ontvangen hebben wij de drie beroepsgroepen gevraagd of men in het bezit van de nieuwe lijst is. Uit de antwoorden blijkt dat verreweg het grootste deel van de verloskundigen (96%) en de gynaecologen (93%) de lijst in bezit heeft. Voor de huisartsen ligt dit percentage aanmerkelijk lager (70%). Als wij met betrekking tot de huisarts een onderscheid maken tussen huisartsen die wel en die geen bevallingen leiden, dan blijkt dat van de eerste groep 82% de lijst in zijn of haar bezit heeft tegen 66% van de tweede groep. De adviserend geneeskundigen bevestigen allen de ontvangst van het rapport.

5.4. Voorlichting

In het navolgende zal eerst besproken worden in hoeverre de drie betrokken disciplines menen te zijn voorgelicht door het ziekenfonds over het gebruik van de nieuwe lijst. Daarna belichten wij de wijze waarop deze voorlichting door de drie beroepsgroepen is ervaren. Vervolgens gaan wij na of de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen tevreden zijn over de wijze waarop zij door het ziekenfonds zijn geïnformeerd over de lijst. Als

laatste geven wij weer welke initiatieven de adviserend geneeskundigen, volgens eigen zeggen, hebben ondernomen om de nieuwe lijst bij de verloskundige hulpverleners te introduceren.

5.4.1. De beroepsgroepen

Om te zorgen voor een goede invoering van het rapport in de praktijk heeft het Medisch Advies College van de Ziekenfondsraad, in samenspraak met de toenmalige Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, een bijeenkomst georganiseerd voor (adviserend geneeskundigen van) de ziekenfondsen over invoering en gebruik van het rapport in de praktijk. Eén van de aspecten die in deze vergadering aan de orde is geweest, is de wenselijkheid om de daadwerkelijke invoering van het rapport in de regio vooraf te laten gaan door een zorgvuldige voorlichting van de kant van de ziekenfondsen.

Als wij deze opdracht afzetten tegen hetgeen in de werkelijkheid is gebeurd, dan blijkt dat ongeveer de helft van de huisartsen en een nog groter deel van de verloskundigen (71%) en gynaecologen (60%) zegt geen enkele voorlichting te hebben ontvangen van het ziekenfonds (tabel 5.3).

Met betrekking tot deze resultaten moet nog de volgende nuancering worden gemaakt. Onder de drie beroepsgroepen die wij geëquipteerd hebben is een deel na 1987 met zijn of haar werkzaamheden gestart. Degenen die daardoor geen voorlichting hebben ontvangen hebben over het algemeen geen antwoord gegeven op deze vraag.

Verder blijkt dat er qua ontvangen voorlichting geen verschillen bestaan tussen huisartsen die wel en die geen bevallingen leiden. Ook tussen de zelfstandig gevestigde verloskundigen en verloskundigen die werkzaam zijn in een ziekenhuis komen wij geen verschillen tegen. Alleen bij de gynaecologen zien wij enig verschil tussen de zelfstandig gevestigden en degenen in dienstverband. Van de eerste groep zegt 44% voorlichting van het ziekenfonds te hebben ontvangen, tegen 33% van de dienstverbanders ($p=0.06$, $\Phi=0,10$).

Tabel 5.3.: Wel of geen voorlichting ontvangen vanuit het ziekenfonds omtrent het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
wel voorlichting van ziekenfonds	156	52,3	180	28,6	157	40,3
geen voorlichting van ziekenfonds	142	47,7	449	71,4	233	59,7
Totaal	298	100,0	629	100,0	390	100,0
Geen antwoord	13	4,2	17	2,6	20	4,9

Uit het voorafgaande hebben wij kunnen concluderen dat relatief een kleine groep verloskundige hulpverleners voorlichting heeft ontvangen van het

ziekenfonds. Bij nadere analyse van deze groep blijkt dat er vier categorieën van 'ontvangen voorlichting' te onderscheiden zijn. Ten eerste het sturen van een brief waarin uitgelegd wordt hoe de nieuwe lijst gehanteerd dient te worden. In de tweede plaats het organiseren van een bijeenkomst. Ten derde het persoonlijk contact opnemen van de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds met de verloskundige hulpverleners en tenslotte de categorie 'anders' (tabel 5.4).

Tabel 5.4.: Wijze waarop men vanuit het ziekenfonds voorlichting heeft ontvangen omtrent het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
Wel voorlichting van het ziekenfonds						
brief	125	42,0	100	15,9	120	30,8
bijeenkomst			42	6,8	3	0,8
persoonlijk contact	2	0,7	4	0,6	10	2,5
anders	28	9,3	17	2,7	9	2,3
brief/bijeenkomst	1	0,3	9	1,4	4	1,0
brief/persoonlijk contact			2	0,3	6	1,5
brief/anders			2	0,3	3	0,8
persoonlijk contact/anders			2	0,3	1	0,3
brief/bijeenkomst/persoonlijk contact			2	0,3		
brief/persoonlijk contact/anders					1	0,3
Geen voorlichting van het ziekenfonds	142	47,7	449	71,4	233	59,7
Totaal	298	100,0	629	100,0	390	100,0
Geen antwoord	13	4,2	17	2,6	20	4,9

Vrijwel alle huisartsen, die via het ziekenfonds zijn voorgelicht over het hanteren van deze lijst, hebben deze informatie verkregen via een brief. Ook voor de verloskundigen en gynaecologen geldt, zij het in veel mindere mate, dat de brief van het ziekenfonds de meest voorkomende activiteit van het ziekenfonds is geweest. Het aandeel van de categorie 'anders' is bij de huisartsen relatief groot. Dit antwoord gaat vaak gepaard met de opmerking dat men het 'niet meer weet'. Bij de verloskundigen en gynaecologen wordt bij de rubriek 'anders' veelal opgemerkt dat men zelf contact heeft gezocht met het ziekenfonds of dat de Verloskundige Indicatielijst in een ander overleg met het ziekenfonds aan de orde is geweest.

Verder blijkt dat een kleine groep verloskundigen door middel van een bijeenkomst op de hoogte is gebracht van de werking van de Verloskundige Indicatielijst. Overige, door het ziekenfonds ondernomen activiteiten, hebben volgens de drie beroepsgroepen nauwelijks plaatsgevonden.

Uit de aanvullende opmerkingen bij deze vraag blijkt dat de verloskundige hulpverleners ook buiten het ziekenfonds om voorlichting hebben ontvangen. Dit geldt overigens voornamelijk binnen de beroepsgroep verloskundigen. Bijna 12% van deze groep blijkt nog voorlichting ontvangen te hebben via de opleiding, collega's, beroepsgroep en dergelijke. Een enkele keer noemt men een bijscholingscursus als bron van informatie. Ook de beroepsgroep gynaecologen noteert een enkele keer één van deze bovengenoemde mogelijkheden.

Tevredenheid

Tabel 5.5 geeft de tevredenheid van de drie beroepsgroepen weer over het al dan niet voorgelicht zijn door het ziekenfonds omtrent de Verloskundige Indicatielijst. De eerste kolom betreft de tevredenheid van degenen die door het ziekenfonds zijn geïnformeerd.

Van de huisartsen die zijn voorgelicht zegt bijna de helft tevreden te zijn over de wijze waarop dit gebeurd is. De groep verloskundigen die informatie over het gebruik van de nieuwe lijst heeft ontvangen toont zich hiermee iets minder tevreden dan de huisartsen. De gynaecologen tenslotte zijn het minst tevreden over de wijze waarop zij door het ziekenfonds van informatie zijn voorzien.

Tabel 5.5.: Tevredenheid van de drie beroepsgroepen over de wijze waarop men al dan niet door het ziekenfonds is voorgelicht over het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst

voorlichting	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	wel %	geen %	wel %	geen %	wel %	geen %
zeer tevreden	2,2	1,7	1,2	0,5	0,7	8,7
tevreden	45,0	7,6	36,3	8,0	17,5	9,6
deels wel/deels niet tevreden	38,5	14,4	38,7	15,5	26,8	8,7
ontevreden	13,6	55,9	19,6	51,1	36,2	44,9
zeer ontevreden	0,7	20,4	4,2	24,9	18,8	28,1
Totaal	100,0*	100,0**	100,0*	100,0**	100,0*	100,0**
Geen antwoord	10,3	16,9	7,7	16,7	5,1	15,9

* De totale N bestaat uit degenen die voorlichting hebben ontvangen van het ziekenfonds (zie tabel 5.3).

** De totale N bestaat uit degenen die geen voorlichting hebben ontvangen van het ziekenfonds (zie tabel 5.3).

Vragen wij aan de groep respondenten die geen voorlichting heeft ontvangen van het ziekenfonds in hoeverre men daar tevreden over is, dan blijkt dat het merendeel daar negatief over oordeelt. Zesenzeventig procent van

de verloskundigen, 76% van de huisartsen en 73% van de gynaecologen is daar ontevreden of zeer ontevreden over.

5.4.2. De adviserend geneeskundigen

De door de drie beroepsgroepen aangegeven wijze van voorlichting over de nieuwe Verloskundige Indicatielijst kunnen wij vergelijken met de hiertoe ondernomen activiteiten van de adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen. Voordat wij de door hen gegeven voorlichting weergeven, zullen wij eerst ingaan op de door de Ziekenfondsraad georganiseerde bijeenkomst voor de adviserend geneeskundigen.

Tijdens de invoering van de Verloskundige Indicatielijst heeft de Ziekenfondsraad een bijeenkomst voor de adviserend geneeskundigen georganiseerd omtrent de invoering en het gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst in de praktijk. De 23 adviserend geneeskundigen (66%) die deze bijeenkomst bijgewoond hebben spreken zich vrijwel allemaal positief uit over de gegeven voorlichting. Het merendeel hiervan was echter al voldoende op de hoogte van de nieuwe lijst voordat deze uitgebracht werd. Een enkeling is iets minder positief over de voorlichtingsbijeenkomst. Een dialoog was niet mogelijk omdat alles al geregeld was, bovendien was de bijeenkomst erg vrijblijvend. Twaalf adviserend geneeskundigen (34%) waren niet aanwezig op de georganiseerde bijeenkomst. In vijf gevallen heeft een collega de bijeenkomst bijgewoond. De overigen vonden het niet nodig om bij deze bijeenkomst aanwezig te zijn, waren er niet over ingelicht of waren verhinderd.

De door de adviserend geneeskundigen genomen initiatieven zijn in vier groepen onder te verdelen. Ten eerste het leggen van persoonlijk contact met de beroepsbeoefenaren. In de tweede plaats het beleggen van bijeenkomsten. Verder het sturen van brieven met het verzoek de Verloskundige Indicatielijst te hanteren, of er commentaar op te leveren en tot slot het aan de orde brengen van de lijst in reeds bestaand overleg.

Tabel 5.6.: Activiteiten van de adviserend geneeskundigen met betrekking tot de invoering van de Verloskundige Indicatielijst

activiteiten	aantal adviserend geneeskundigen
brief	2
bijeenkomst	4
persoonlijk contact	2
alleen tijdens bestaand overleg	3
brief/bijeenkomst	2
brief/persoonlijk contact	1
brief/tijdens bestaand overleg	1
persoonlijk contact/bijeenkomst	4
persoonlijk contact/tijdens bestaand overleg	1
bijeenkomst/tijdens bestaand overleg	2
geen activiteiten	12
Totaal	35

Drieëntwintig adviserend geneeskundigen (66%) hebben één of meerdere van bovengenoemde activiteiten ondernomen (tabel 5.6). De mate waarin de adviserend geneeskundigen actief zijn geweest is verschillend. Elf adviserend geneeskundigen hebben meerdere initiatieven genomen. De anderen hebben slechts één van de bovengenoemde initiatieven ondernomen, onder andere doordat er weinig of geen respons kwam op dat initiatief. Een aantal adviserend geneeskundigen richtten hun activiteiten op alle drie de beroepsgroepen, het kwam echter ook voor dat de initiatieven gericht waren op één of twee beroepsgroepen.

Een aantal adviserend geneeskundigen (12) heeft niets ondernomen. Hiervoor werden verschillende redenen genoemd. Een eerste argument om geen activiteiten te ondernemen was het feit dat er, volgens de adviserend geneeskundige, geen problemen waren en er inmiddels evenwicht was ontstaan. Ook ondernam men niets omdat men verwachtte dat initiatieven in die richting conflicten zouden veroorzaken, of omdat men vond dat het initiatief vanuit het veld moest komen. De laatste reden om een afwachtende houding aan te nemen was dat men eerst het landelijk overleg tussen de beroepsgroepen en de Ziekenfondsraad wilde afwachten en de mogelijkheid wilde hebben om de verloskundige verwijscijfers op te vragen.

Van alle activiteiten komt het organiseren van een bijeenkomst het meest voor. In totaal hebben 12 adviserend geneeskundigen ná het uitkomen van de Verloskundige Indicatielijst een bijeenkomst georganiseerd (tabel 5.7). Over het algemeen is zo'n samenkomst eenmalig geweest. Twee adviserend geneeskundigen hebben later nog een bijeenkomst georganiseerd om nog eens terug te komen op de afspraken die bij de vorige bijeenkomst gemaakt waren.

Tabel 5.7.: Bijeenkomst op initiatief van de adviserend geneeskundigen voor de huisartsen (HA), verloskundigen (VK) en gynaecologen (GY)

beroepsgroep	aantal adviserend geneeskundigen
HA en VK en GY samen	5
VK en GY samen	2
VK apart en GY apart	2
VK apart en HA apart	1
alleen HA	1
alleen GY	1
Totaal	12

In vijf ziekenfondsregio's hebben de adviserend geneeskundigen voor alle drie de betrokken beroepsgroepen een bijeenkomst georganiseerd. Echter, hier was uiteindelijk niet iedereen aanwezig (slechts in twee ziekenfondsregio's iedereen aanwezig).

De adviserend geneeskundigen noemden verschillende redenen voor het organiseren van een bijeenkomst. De betrokkenen werden niet alleen bij elkaar geroepen om de Verloskundige Indicatielijst te bespreken. In enkele regio's wilde het ziekenfonds overleg tot stand brengen met de gynaecologen. Een andere reden voor een bijeenkomst was een discussie over een specifiek onderwerp met betrekking tot de Verloskundige Indicatielijst. Ook werd een bijeenkomst georganiseerd om te bezien of men het eens was met de oude afspraken, zodat er geen sprake hoefde te zijn van eventuele invoering van de nieuwe lijst.

5.5. Samenvatting

In 1983 krijgt de WBK de taak toebedeeld de Ziekenfondsraad te adviseren over de gewenste bijstelling van de Kloostermanlijst. Tweederde van de huisartsen en bijna alle verloskundigen vinden dat deze lijst aan herziening toe was. Een deel van de huisartsen uit wel kritiek op de samenstelling van de werkgroep die voor deze herziening was ingesteld. Slechts een kwart van de gynaecologen is het eens met deze herziening en vrijwel niemand van deze beroepsgroep is het eens met de wijze waarop de WBK was samengesteld.

In 1987 besluit de Ziekenfondsraad het rapport van de WBK 'De Verloskundige Indicatielijst' als een zwaarwegend advies toe te zenden aan alle huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en ziekenfondsen. De voorlichting van de kant van de ziekenfondsen, die aan de invoering van het rapport vooraf zou moeten gaan, laat te wensen over. Van de verloskundige hulpverleners

die de vragenlijst hebben ingevuld, heeft ongeveer de helft van alle huisartsen, 60% van de gynaecologen en 71% van de verloskundigen geen voorlichting ontvangen van het ziekenfonds.

De door de adviserend geneeskundigen ondernomen activiteiten omtrent de introductie van de Verloskundige Indicatielijst bestonden uit het leggen van persoonlijk contact, het beleggen van een bijeenkomst, het sturen van een brief en het aan de orde brengen van de lijst in bestaand overleg.

Tweederde van de adviserend geneeskundigen heeft één of meerdere van deze activiteiten ondernomen. Dat niet iedereen evenveel aandacht heeft besteed aan de introductie van de Verloskundige Indicatielijst, komt onder andere doordat er op dat moment geen consensus was tussen de verloskundige hulpverleners in het veld. Ook het feit dat er juist geen problemen waren werd hiertoe door de adviserend geneeskundigen aangevoerd.

6. OORDEEL OVER EN ACCEPTATIE VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

Voor het wel of niet accepteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst speelt het oordeel over de inhoudelijke aspecten van deze lijst een rol. Met deze aspecten bedoelen wij de in het rapport 'De Verloskundige Indicatielijst' geformuleerde uitgangspunten, de besiskundige criteria en het hieruit voortvloeiend verloskundig verwijsbeleid.

6.1. Uitgangspunten

Overwegende dat zwangerschap, bevalling en kraambed een in principe fysiologisch gebeuren zijn en tevens dat het verantwoord is dat een bevalling, die naar verwachting normaal zal verlopen, thuis geschiedt, heeft de WBK de volgende inhoudelijke uitgangspunten geformuleerd (Verloskundige Indicatielijst, 1987):

1. De zwangere vrouw kan in principe begeleid worden door de eerstelijnsverloskundige zorgverlener (huisarts of verloskundige), tenzij er een indicatie is of ontstaat voor begeleiding door de tweedelijnsverloskundige zorgverlener (gynaecoloog).
2. De zwangere vrouw kan in principe thuis bevallen (of poliklinisch in een ziekenhuis als een verplaatste thuisbevalling) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor een bevalling in het ziekenhuis.

Wij hebben de drie beroepsgroepen gevraagd of zij de bovengenoemde uitgangspunten accepteren. Vrijwel alle huisartsen en verloskundigen zijn het eens met beide formuleringen die aan de nieuwe Verloskundige Indicatielijst ten grondslag liggen. Ook de gynaecologen reageren positief op beide uitgangspunten. Van deze groep is 87% het eens met de eerste en 86% het eens met de tweede uitspraak (tabel 6.1).

Tabel 6.1.: In hoeverre accepteren de drie beroepsgroepen de twee uitgangspunten, geformuleerd door de WBK

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
1^e uitgangspunt						
acceptatie	289	98,0	634	99,1	337	87,1
geen acceptatie	6	2,0	6	0,9	50	12,9
Totaal	295	100,0	640	100,0	387	100,0
Geen antwoord	16	5,1	6	0,9	23	5,6
2^e uitgangspunt						
acceptatie	289	98,6	631	99,2	331	86,4
geen acceptatie	4	1,4	5	0,8	52	13,6
Totaal	293	100,0	636	100,0	383	100,0
Geen antwoord	18	5,8	10	1,6	27	6,6

6.2. Besliskundige criteria

De WBK heeft ten behoeve van de bepaling van het verloskundig verwijsbeleid bij een bepaalde indicatie vier besliskundige criteria geformuleerd (Verloskundige Indicatielijst, 1987):

1. Wat is de aard en de ernst van de complicatie(s) waarvoor het risico verhoogd is?
2. Wat zijn de mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) te voorkomen?
3. Wat zijn de mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) tijdig te ontdekken?
4. Wat zijn de mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om bij het optreden van deze complicatie(s) adequaat te interveniëren?

Met behulp van deze vier vragen en aan de hand van de twee uitgangspunten kan per indicatie het verloskundig risico vertaald worden in het verloskundig verwijsbeleid. De eerstelijnszorgverlener bepaalt, zo nodig na overleg met de specialist, het verwijsbeleid.

Wij hebben de respondenten gevraagd of deze vier besliskundige criteria de mogelijkheid bieden een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid. In tabel 6.2 zien wij dat met name voor de verloskundigen (53%) deze criteria altijd een belangrijk hulpmiddel vormen om een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid. De huisartsen en de gynaecologen zijn daar wat minder uitgesproken over. Bijna 75% van de huisartsen en 56% van de gynaecologen geeft aan dat de criteria 'meestal' de mogelijkheid bieden om ver-

antwoord te kunnen verwijzen. Verder zien wij dat 40% van de gynaecologen hier veel minder over te spreken is.

Bij de verloskundigen kunnen wij verder nog opmerken dat vooral de zelfstandig gevestigde verloskundigen (58%) de besliskundige criteria 'altijd' als een belangrijke handleiding zien, terwijl de verloskundigen in dienstverband vaker (74%) 'meestal' op deze vraag geantwoord heeft ($p=0.000$, Cramer's $V=0.2$). Ook binnen de groep gynaecologen blijkt een significant verschil tussen degenen die zelfstandig gevestigd zijn en degenen die in dienstverband werkzaam zijn ($p=0.03$, Cramer's $V=0.2$). Van laatstgenoemde groep zegt 70% dat de besliskundige criteria 'altijd of meestal' een mogelijkheid vormen om een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid. Dit geldt slechts voor 55% van de zelfstandig gevestigde gynaecologen.

Tabel 6.2.: In hoeverre bieden de besliskundige criteria de drie beroepsgroepen de mogelijkheid een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
altijd	61	21,0	338	53,2	9	2,4
meestal	216	74,5	289	45,5	213	55,8
soms	1	0,4	3	0,5	102	26,7
zelden					28	7,3
nooit					22	5,8
weet niet	12	4,1	5	0,8	8	2,0
Totaal	290	100,0	635	100,0	382	100,0
Geen antwoord	21	6,8	11	1,7	28	6,8

De volgende paragraaf gaat in op het mogelijke verloskundige verwijsbeleid voorgesteld door de WBK en op de stelregel dat de eerste lijn hiervoor de verantwoordelijkheid draagt.

6.3. Verwijsbeleid

De Kloostermanlijst geeft een opsomming van medische indicaties voor specialistische behandeling. De zwangere vrouw kan thuis bevallen, tenzij er op grond van deze opsomming een medische indicatie is voor ziekenhuisopname. Kenmerkend voor de nieuwe Verloskundige Indicatielijst is de toevoeging van twee varianten. Naast de bevalling thuis begeleid door de eerstelijnsverloskundige hulpverlener (A) en de bevalling in het ziekenhuis begeleid door de tweedelijnszorgverlener (C) zijn twee andere mogelijkheden

toegevoegd. Eén variant is het overlegrisico (B). Hierbij is voor de vaststelling van het verdere verwijzbeleid advies van de tweedelijnsverloskundige zorgverlener nodig. In dit overgangsgebied neemt de eerstelijnsverloskundige hulpverlener het besluit over de plaats waar de bevalling plaats zal vinden en de persoon die de bevalling zal begeleiden. Een tweede, in de nieuwe lijst toegevoegde, variant is de Medium Situatie (B-D). In een aantal gevallen is het op grond van het verloskundig risico wel gewenst dat de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt, de begeleiding echter kan geschieden door de huisarts of de verloskundige. Tabel 6.3 en 6.4 geven de meningen weer van de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen over deze twee toegevoegde mogelijkheden inzake het verloskundig verwijzbeleid.

Tabel 6.3.: Mening van de drie beroepsgroepen over toevoeging van het overlegrisico (B) naast het lage risico (A) en het hoge risico (C)

overlegrisico	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	49	17,9	416	65,7	53	13,5
mee eens	161	58,8	176	27,8	118	30,1
deels wel/deels niet mee eens	39	14,2	41	6,5	111	28,3
mee oneens	5	1,8			50	12,7
volstrekt mee oneens	2	0,7			58	14,8
weet niet / geen mening	18	6,6			2	0,6
Totaal	274	100,0	633	100,0	392	100,0
Geen antwoord	37	11,9	13	2,0	18	4,4

Uit tabel 6.3 blijkt dat vrijwel alle verloskundigen en driekwart van de huisartsen het (helemaal) eens zijn met het ingevoerde tussengebied waarbij overleg gevoerd wordt. Hierbij kunnen wij nog vermelden dat er tussen de huisartsen die wel en geen bevallingen leiden geen verschillen bestaan. Geen enkele verloskundige en slechts een paar huisartsen zijn ontevreden met deze toevoeging.

De gynaecologen zijn minder positief over het ingevoerde tussengebied. Weliswaar is 44% van de gynaecologen het eens met de variant overlegrisico, tevens moeten wij concluderen dat eenderde het (volstrekt) oneens is met de mogelijkheid van het overlegrisico tussen eerste en tweede lijn. Onderscheid naar zelfstandig en in dienstverband werkzaam zijn laat zien dat er tussen beide groepen geen grote verschillen bestaan.

Tabel 6.4.: Mening van de drie beroepsgroepen over toevoeging van de mediumsituatie (B-D) naast het lage risico (A) en het hoge risico (C)

medium	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	42	15,4	390	62,8	26	6,7
mee eens	143	52,4	173	27,8	48	12,4
deels wel/deels niet mee eens	55	20,1	57	9,2	88	22,7
mee oneens	12	4,4	1	0,2	98	25,3
volstrekt mee oneens	2	0,7			125	32,2
weet niet / geen mening	19	7,0			3	0,7
Totaal	273	100,0	621	100,0	388	100,0
Geen antwoord	38	12,2	25	3,9	22	5,4

Wat de mediumsituatie (B-D) betreft zien wij dat vooral de gynaecologen met deze mogelijkheid problemen hebben. Slechts 19% is het er (helemaal) mee eens dat deze mogelijkheid is toegevoegd. Bijna 58% is het er echter (volstrekt) mee oneens. Overigens zijn de gynaecologen in dienstverband wat minder negatief over de mediumsituatie dan de zelfstandig gevestigden. Eenderde van de dienstverbanders is het (helemaal) eens met de mediumsituatie. Ruim tweederde van de huisartsen is het er (helemaal) mee eens dat de mediumsituatie is opgenomen. Slechts 5% van de huisartsen is het er (volstrekt) mee oneens. De verloskundigen zijn het vrijwel allemaal eens met de toegevoegde mediumsituatie, waarbij vooral de zelfstandig gevestigden 'helemaal mee eens' hebben geantwoord. De verloskundigen die in dienstverband werken zijn iets minder enthousiast over deze mogelijkheid. Een kwart heeft er bedenkingen over.

Uitgangspunt van het verloskundige selectiesysteem in Nederland is dat de eerstelijnsverloskundige hulpverlener op verantwoorde wijze het verloskundig verwijsbeleid kan bepalen. In de nieuwe lijst is er nog aan toegevoegd dat, na consultatie van de gynaecoloog, uiteindelijk de eerstelijns-hulpverlener beslist of er verwezen moet worden. De vraag is in hoeverre men zich met deze nieuwe mogelijkheid kan verenigen.

Zowel de huisartsen, ongeacht of zij nog wel of geen bevallingen meer doen, als de verloskundigen zijn het erover eens dat zij de selectie op verantwoorde wijze uit kunnen voeren. Voor de beroepsgroep verloskundigen kunnen wij hier nog aan toevoegen dat een grote groep zelfstandig gevestigden het er uitgesproken mee eens is (61%) tegenover 34% van de in dienstverband werkzame verloskundigen. Deze laatste groep heeft hierover meer twijfels. Bijna een kwart is het gedeeltelijk eens met de beslissingsbevoegdheid van de eerste lijn tegenover 10% van de zelfstandig gevestig-

den ($p=0.000$, Cramer's $V=0.14$). De NVOG heeft bij haar standpuntbepaling ten aanzien van de Verloskundige Indicatielijst nadrukkelijk te kennen gegeven het niet eens te zijn met de verantwoordelijkheid die de WBK toekent aan de eerste lijn. Deze opvatting zien wij grotendeels terug bij de gynaecologen die de vragenlijst hebben teruggestuurd. Tweederde van de gynaecologen deelt de mening van de NVOG (tabel 6.5). Daarentegen zijn 53 gynaecologen (13%) het ermee eens dat de huisarts of de verloskundige na een overlegrisico het verloskundig verwijsbeleid bepaalt. De meningen van de zelfstandig gevestigde gynaecologen en de in dienstverband werkenden lopen hierbij enigszins uiteen ($p=0.000$, Cramer's $V=0.27$). Eenderde van de dienstverbanders is het (helemaal) eens met de verantwoordelijkheid die aan de eerste lijn wordt toegekend. Hetzelfde percentage van deze groep is absoluut tegen dit uitgangspunt. Van de zelfstandig gevestigden daarentegen is slechts 9% het eens met de beslissingsbevoegdheid van de eerste lijn en zegt 44% het hiermee volstrekt oneens te zijn.

Tabel 6.5.: Mening over de eerstelijnsverloskundige hulpverlener die bij een overlegrisico het verloskundig verwijsbeleid bepaalt

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	78	27,0	372	58,9	11	2,8
mee eens	153	53,0	188	29,7	42	10,6
deels wel/deels niet mee eens	50	17,3	69	10,9	77	19,5
mee oneens	5	1,7	3	0,5	105	26,6
volstrekt mee oneens	1	0,3			160	40,5
weet niet	2	0,7				
Totaal	289	100,0	632	100,0	395	100,0
Geen antwoord	22	7,1	14	2,2	15	3,7

Meningen van de adviserend geneeskundigen

Voordat wij het accepteren van de Verloskundige Indicatielijst vanuit de drie beroepsgroepen zullen bespreken, komt allereerst aan de orde wat volgens de adviserend geneeskundigen de eerste reactie was van de beroepsgroepen op de nieuwe lijst (tabel 6.6).

Tabel 6.6.: Eerste reactie van de huisartsen (HA), de verloskundigen (VK) en de gynaecologen (GY) in de ziekenfondsregio's, naar het oordeel van de adviserend geneeskundigen

reactie	HA	VK	GY
positief	11	25	4
negatief	0	0	17
verschillend	11	3	9
geen reactie	12	5	5
weet niet	1	2	0
Totaal	35	35	35

In vijftientig ziekenfondsregio's reageerden de verloskundigen in eerste instantie positief op de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. Geen enkele adviserend geneeskundige had een negatieve reactie van de huisartsen en van de verloskundigen waargenomen. Vier adviserend geneeskundigen gaven aan dat in hun gebied de gynaecologen positief waren over de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. De helft van de adviserend geneeskundigen gaf een negatieve houding van de gynaecologen weer. In relatief weinig ziekenfondsgebieden hadden de huisartsen een uitgesproken mening over de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. Volgens de adviserend geneeskundigen werd dit veroorzaakt door het feit dat de huisartsen in hun regio zich niet meer zo betrokken voelen bij de verloskundige zorgverlening. Verschillend wil zeggen dat er in de ziekenfondsregio, binnen de beroepsgroep, verschillende reacties waren op de Verloskundige Indicatielijst.

Wij hebben de adviserend geneeskundigen eveneens gevraagd of de drie beroepsgroepen in hun regio de nieuwe lijst accepteren. Over het algemeen hebben de adviserend geneeskundigen wel een beeld van de eerste lijn. Onderscheid tussen huisartsen en verloskundigen is vaak moeilijk te maken. Zodoende onderscheiden wij in tabel 6.7 het accepteren van de nieuwe lijst door de eerste lijn (verloskundigen en eventueel huisartsen) en het accepteren van de nieuwe lijst door de tweede lijn (gynaecologen).

Tabel 6.7.: Acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst door de eerste en tweede lijn in de ziekenfondsregio's, naar het oordeel van de adviserend geneeskundigen

acceptatie	eerste lijn	tweede lijn
wel acceptatie	28	7
geen acceptatie	0	16
verschillend	1	6
geen reactie	3	3
weet niet	1	1
Totaal	33	33
Geen antwoord	2	2

In 28 regio's (80%) zou de nieuwe lijst door de eerste lijn geaccepteerd worden. Voor de tweede lijn geldt dat slechts in zeven regio's (20%) de nieuwe lijst zou worden geaccepteerd. Bij het merendeel van de gynaecologen is volgens de adviserend geneeskundigen geen sprake van acceptatie. Volgens hen heeft het niet accepteren van de Verloskundige Indicatielijst door de gynaecologen vooral te maken met de standpunten van hun beroepsvereniging (NVOG, 1987).

De standpunten van de NVOG ten aanzien van de Verloskundige Indicatielijst en in het bijzonder de verantwoordelijkheid die hierin aan de eerste lijn wordt toegeschreven, worden volgens de adviserend geneeskundigen in meerdere regio's aangedragen ter ondersteuning van het afwijzen van de nieuwe lijst. In enkele regio's is de nieuwe lijst voor de gynaecologen totaal niet bespreekbaar, onder meer door het specialistenconflict in 1987.

6.4. Acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst door de drie beroepsgroepen

Uit tabel 6.8 blijkt dat vrijwel alle huisartsen en verloskundigen de Verloskundige Indicatielijst volledig of in ieder geval grotendeels accepteren als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid. Dit is zeker niet het geval voor de gynaecologen. Eenderde (35%) accepteert de Verloskundige Indicatielijst grotendeels of volledig. Eveneens eenderde (34%) zegt de Verloskundige Indicatielijst niet te kunnen accepteren.

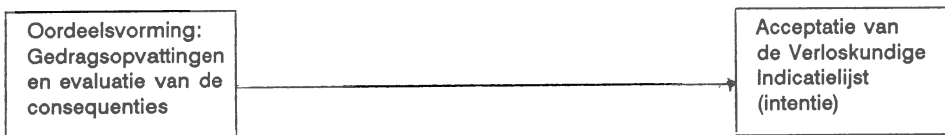
Tabel 6.8.: In hoeverre accepteren de drie beroepsgroepen de nieuwe Verloskundige Indicatielijst als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
volledig	125	45,6	358	56,6	7	1,8
grotendeels voor een klein deel	143	52,2	271	42,9	136	35,0
niet	4	1,5	2	0,3	115	29,6
	2	0,7	1	0,2	131	33,6
Totaal	274	100,0	632	100,0	389	100,0
Geen antwoord	37	11,9	14	2,2	21	5,1

In navolging van Ajzen en Fishbein (bijlage 2) gaan wij er vanuit dat het al dan niet accepteren van de Verloskundige Indicatielijst (mede) bepaald wordt door het oordeel dat men over deze lijst heeft.

Allereerst zullen wij het oordeel uitdrukken in een aantal aspecten. Op grond hiervan zullen wij nagaan in hoeverre het oordeel van invloed is op de intentie om de lijst te gaan gebruiken (acceptatie). Figuur 6.1 geeft aan welk deel uit de onderzoeksopzet (figuur 3.1) in de volgende paragraaf bekeken zal worden.

Figuur 6.1.:



6.4.1. Oordeelsvorming

Gedragsopvattingen en evaluatie van de consequenties

Bij de oordeelsvorming over de Verloskundige Indicatielijst door de verloskundige hulpverlener spelen de positieve of negatieve gevolgen die men verwacht bij het hanteren van de lijst een rol. Bij deze oordeelsvorming zijn wij uitgegaan van de volgende aspecten. Ten eerste de samenwerking tussen huisarts, verloskundige en gynaecoloog. Verder de substitutie van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg. Daarnaast de toetsing van het verloskundig verwijsbeleid en als laatste een goede onderbouwing van het te voeren verwijsbeleid.

Eerst zullen wij nagaan hoe de beroepsgroepen deze aspecten waarderen. Vervolgens hoe zeer men verwacht dat de als voor- of nadeel beoordeelde aspecten van het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst zullen optreden.

Samenwerking

Opvallend is dat vrijwel alle ondervraagde beroepsbeoefenaren het belangrijk vinden dat de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zoveel mogelijk gestimuleerd wordt (tabel 6.9). Kijken wij echter naar de invloed van de Verloskundige Indicatielijst op deze samenwerking, dan zijn vooral de gynaecologen van mening dat samenwerking niet gestimuleerd wordt door de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (68%, tabel 6.10). Het omgekeerde geldt voor de verloskundigen. Tweederde vindt dat door de lijst de samenwerking gestimuleerd wordt. Vooral de huisartsen, maar ook een redelijke groep verloskundigen en gynaecologen, zijn het hier slechts voor een deel mee eens.

Tabel 6.9.: Vindt U het belangrijk dat samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zoveel mogelijk gestimuleerd wordt

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
heel belangrijk	111	42,2	325	51,5	209	54,0
belangrijk	137	52,1	298	47,3	165	42,6
maakt niet uit	14	5,3	6	1,0	12	3,1
onbelangrijk	1	0,4	1	0,2	1	0,3
volstrekt onbelangrijk						
Totaal	263	100,0	630	100,0	387	100,0
Geen antwoord	48	15,4	6	0,9	23	5,6

Tabel 6.10.: De nieuwe Verloskundige Indicatielijst stimuleert de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	15	6,1	231	36,8	7	1,8
mee eens	75	30,4	150	23,9	31	8,1
deels wel/deels niet mee eens	101	40,9	189	30,1	86	22,4
mee oneens	51	20,6	51	8,1	135	35,2
volstrekt mee oneens	5	2,0	7	1,1	125	32,5
Totaal	247	100,0	628	100,0	384	100,0
Geen antwoord	64	20,6	8	1,3	26	6,3

Verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg

Niet alle beroepsbeoefenaren zijn ervan overtuigd dat er een verschuiving plaats moet vinden van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg (tabel 6.11). De eerstelijns hulpverleners achten deze verschuiving over het alge-

meen van belang. De derde groep, de gynaecologen, neemt hierover een ander standpunt in. Een klein deel (16%) vindt deze substitutie belangrijk, of vindt dat het niet uitmaakt (22%). De meerderheid van de gynaecologen meent dat een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn (volstrekt) onbelangrijk is. Vindt bijna 84% van de huisartsen de verschuiving belangrijk, slechts de helft van dit percentage is van mening dat de Verloskundige Indicatielijst deze verandering teweeg brengt (tabel 6.12). Ook voor dit aspect geldt dat een groot deel van de huisartsen slechts gedeeltelijk in kan stemmen met het feit dat de Verloskundige Indicatielijst deze verandering teweeg brengt. Bijna alle verloskundigen vinden het niet alleen belangrijk dat er meer verloskundige zorg in de eerste lijn verleend wordt, zij zijn tevens van mening dat de Verloskundige Indicatielijst deze verschuiving bewerkstelligt.

Ruim de helft van de gynaecologen is van mening dat consequente toepassing van de Verloskundige Indicatielijst een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg zal hebben.

Tabel 6.11.: Vindt U het belangrijk dat er een verschuiving plaatsvindt van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
heel belangrijk	108	40,6	433	68,7	15	4,0
belangrijk	114	42,9	172	27,3	44	11,9
maakt niet uit	31	11,6	16	2,5	82	22,2
onbelangrijk	12	4,5	6	1,0	128	34,6
volstrekt onbelangrijk	1	0,4	3	0,5	101	27,3
Totaal	266	100,0	630	100,0	370	100,0
Geen antwoord	45	14,5	6	0,9	40	9,8

Tabel 6.12.: Consequente toepassing van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zal een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg hebben

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	17	6,8	308	48,9	40	10,9
mee eens	96	38,6	249	39,6	149	40,6
deels wel/deels niet mee eens	103	41,4	60	9,5	86	23,4
mee oneens	31	12,4	9	1,4	64	17,5
volstrekt mee oneens	2	0,8	4	0,6	28	7,6
Totaal	249	100,0	630	100,0	367	100,0
Geen antwoord	62	19,9	6	0,9	43	10,5

Toetsing

Bijna alle verloskundigen en gynaecologen (respectievelijk 96% en 90%) vinden het van belang dat er een mogelijkheid bestaat om het verloskundig verwijsbeleid te toetsen (tabel 6.13). Dit geldt in mindere mate voor de huisartsen (80% antwoordt (heel) belangrijk). Vergeleken met de verloskundigen en de gynaecologen zijn de huisartsen iets vaker van mening dat het niet uitmaakt of het verwijsbeleid wel of niet getoetst kan worden. Met behulp van de Verloskundige Indicatielijst zou het verloskundig verwijsbeleid getoetst kunnen worden. Het merendeel van de eerstelijnsverloskundige zorgverleners stemt hiermee in (tabel 6.14) (huisartsen 74%, verloskundigen 83%). Een groot deel van de gynaecologen (64%) is van mening dat de Verloskundige Indicatielijst niet het juiste instrument is om het verloskundig verwijsbeleid te toetsen. Anderzijds vindt een redelijk percentage van de gynaecologen (23%) dat de nieuwe lijst gedeeltelijk bij kan dragen aan het toetsbaar maken van het verloskundig verwijsbeleid.

Tabel 6.13.: Vindt U het belangrijk dat er een mogelijkheid bestaat het verloskundig verwijsbeleid te toetsen

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
heel belangrijk	63	23,7	419	67,0	156	40,7
belangrijk	150	56,4	184	29,4	187	48,8
maakt niet uit	36	13,5	14	2,2	29	7,6
onbelangrijk	13	4,9	4	0,7	6	1,6
volstrekt onbelangrijk	4	1,5	4	0,7	5	1,3
Totaal	266	100,0	625	100,0	383	100,0
Geen antwoord	45	14,5	21	3,3	27	6,6

Tabel 6.14.: Met behulp van de Verloskundige Indicatielijst kan het verloskundig verwijsbeleid getoetst worden

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	27	10,8	261	41,8	6	1,6
mee eens	157	62,8	259	41,5	44	11,5
deels wel/deels niet mee eens	52	20,8	83	13,3	86	22,6
mee oneens	14	5,6	17	2,7	138	36,2
volstrekt mee oneens			4	0,7	107	28,1
Totaal	250	100,0	624	100,0	381	100,0
Geen antwoord	61	19,6	22	3,4	29	7,1

Protocol

Het verloskundig verwijsbeleid kan bepaald worden aan de hand van een protocol. Volgens de drie betrokken disciplines dienen de daarvoor vastgestelde medische indicaties zoveel mogelijk door goed onderzoek onderbouwd te zijn (tabel 6.15). De vraag is of de nieuwe Verloskundige Indicatielijst, volgens de drie betrokken beroepsgroepen, een op deze wijze onderbouwd verloskundig protocol is. Op deze vraag blijken de drie groepen verdeeld te antwoorden (tabel 6.16). Vijfentachtig procent van de verloskundigen vindt de nieuwe Verloskundige Indicatielijst een door goed onderzoek onderbouwde handleiding ter bepaling van het verloskundig verwijsbeleid. Tweederde van de huisartsen deelt deze opvatting. Vinden feitelijk alle gynaecologen dat een protocol door goed onderzoek onderbouwd dient te zijn, vrijwel geen enkele gynaecoloog is van mening dat de Verloskundige Indicatielijst op deze gewenste wijze tot stand is gekomen.

Tabel 6.15.: Vindt U het belangrijk dat bij het opstellen van een verloskundig protocol de daarvoor vastgestelde medische indicaties zoveel mogelijk door goed onderzoek onderbouwd zijn

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
heel belangrijk	106	40,5	447	71,0	223	58,2
belangrijk	140	53,4	174	27,7	150	39,2
maakt niet uit	14	5,3	7	1,1	7	1,8
onbelangrijk	1	0,4			2	0,5
volstrekt onbelangrijk	1	0,4	1	0,2	1	0,3
Totaal	262	100,0	629	100,0	383	100,0
Geen antwoord	49	15,8	17	2,6	27	6,6

Tabel 6.16.: De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is een door goed onderzoek onderbouwd verloskundig protocol

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	13	5,5	267	42,7	2	0,5
mee eens	142	60,2	265	42,3	9	2,4
deels wel/deels niet mee eens	70	29,6	89	14,2	51	13,4
mee oneens	11	4,7	4	0,6	105	27,6
volstrekt mee oneens			1	0,2	213	56,1
Totaal	236	100,0	626	100,0	380	100,0
Geen antwoord	75	24,1	20	3,1	30	7,3

De antwoorden op de evaluatie- en verwachtingsvragen kunnen samengevat worden in een figuur. Daarbij zijn de antwoorden omgezet in bijbehoren-

de scores die kunnen variëren van 1 (volstrekt onbelangrijk/volstrekt mee oneens) tot 5 (heel belangrijk/helemaal mee eens). De gemiddelde score van de drie beroepsgroepen voor de vier items (samenwerking, substitutie, toetsing en protocol) worden weergegeven in drie figuren (6.2. huisartsen, 6.3. verloskundigen en 6.4. gynaecologen). Uit de figuren valt af te lezen in hoeverre de drie beroepsgroepen samenwerking, verschuiving van tweede naar eerste lijn, toetsing en een goed onderbouwd protocol van belang vinden (ononderbroken lijn). De onderbroken lijn geeft aan in hoeverre deze items bereikt kunnen worden door de Verloskundige Indicatielijst.

Aan de hand van de drie figuren kunnen de gedragsopvattingen van de drie beroepsgroepen samen in beeld gebracht worden. Allereerst zien wij dat de verloskundigen (figuur 6.3) zowel samenwerking alsook substitutie van tweede naar eerstelijnsverloskundige zorg, toetsing van het verloskundig verwijsbeleid en een goede onderbouwing van het te voeren verwijsbeleid belangrijk vinden. Bovendien zijn zij van mening dat de Verloskundige Indicatielijst in hoge mate bijdraagt bij het totstandkomen en stimuleren van deze bovengenoemde facetten van het verloskundig verwijsbeleid. Ook de huisartsen (figuur 6.2) vinden alle vier genoemde facetten van belang voor het verloskundig verwijsbeleid. De Verloskundige Indicatielijst scoort bij hen het hoogst als het gaat om het toetsen van het verloskundig verwijsbeleid. De huisartsen zijn iets minder positief over de Verloskundige Indicatielijst als het gaat om het stimuleren van de verloskundige samenwerking.

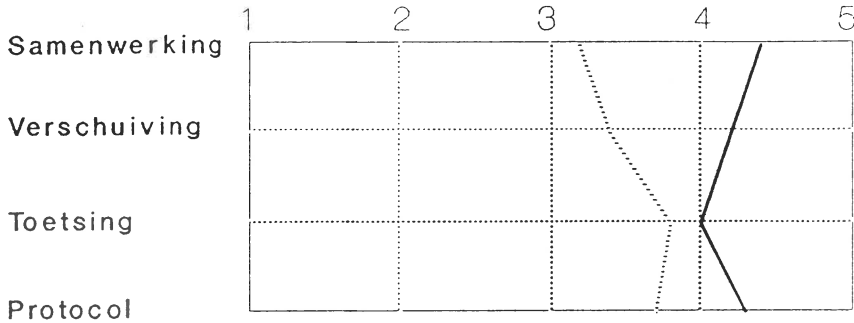
Uit figuur 6.4 blijkt dat ook de gynaecologen veel waarde hechten aan samenwerking, toetsing van het verloskundig verwijsbeleid en een goed onderbouwd protocol. Echter, in tegenstelling tot de eerstelijnsverloskundige hulpverleners, zien wij in figuur 6.4 dat de gynaecologen de Verloskundige Indicatielijst niet het juiste instrument hiertoe vinden. Tenslotte blijkt uit een vergelijking van de drie figuren dat de gynaecologen, in tegenstelling tot de andere twee beroepsgroepen, een verschuiving van **tweede** naar eerste lijn niet belangrijk vinden. De verloskundigen en de huisartsen en in iets mindere mate de gynaecologen zijn van mening dat hantering van de nieuwe lijst deze verschuiving wel teweeg zou kunnen brengen.

Figuren 6.2 tot en met 6.4.: Gedragsopvattingen en evaluatie van de consequenties voor de drie beroepsgroepen

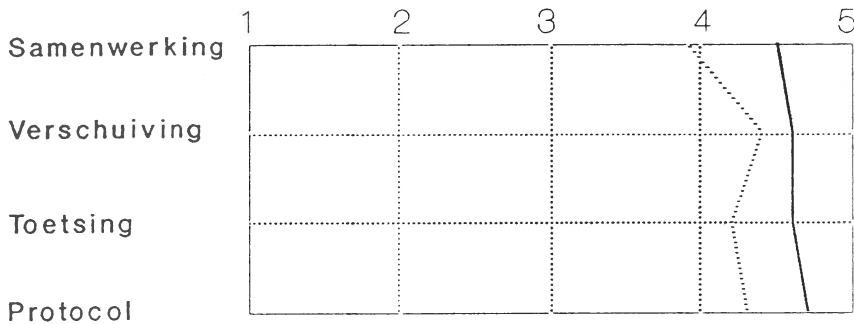
Volstrekt onbelangrijk
volstrekt mee oneens

heel belangrijk
helemaal mee eens

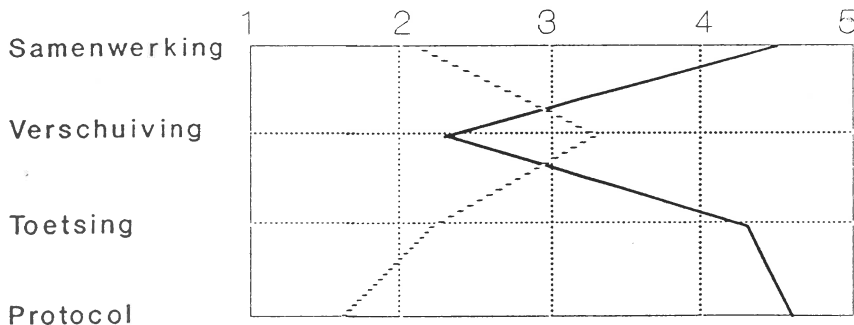
6.2: HUISARTS



6.3: VERLOSKUNDIGE



6.4: GYNAECOLOOG



— EVALUATIE: Belang van bepaald facet van verloskundig verwijsbeleid.

..... VERWACHTING: Bijdrage aan bepaald facet door de Verloskundige Indicatielijst.

Oordeel

In het voorgaande is uiteengezet welke gedragsopvattingen aan het oordeel vooraf kunnen gaan. Wij hebben ook direct naar het oordeel van de drie beroepsgroepen over de Verloskundige Indicatielijst gevraagd. Om te weten te komen wat het oordeel (de attitude) van de drie betrokken disciplines is ten opzichte van de nieuwe lijst, hebben wij aan de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen gevraagd of zij van mening zijn dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst door alle drie de beroepsgroepen geaccepteerd moet worden (tabel 6.17). De eerstelijns hulpverleners vinden over het algemeen dat de Verloskundige Indicatielijst alom geaccepteerd moet worden. Precies de helft van de gynaecologen stemt hiermee in.

Tabel 6.17.: De nieuwe Verloskundige Indicatielijst zou in het algemeen door de drie betrokken beroepsgroepen geaccepteerd moeten worden

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	105	37,0	464	72,7	91	23,3
mee eens	155	54,5	152	23,8	104	26,7
deels wel/deels niet mee eens	21	7,4	20	3,1	50	12,8
mee oneens	3	1,1	1	0,2	65	16,7
volstrekt mee oneens			1	0,2	80	20,5
Totaal	284	100,0	638	100,0	390	100,0
Geen antwoord	27	8,7	8	1,2	20	4,9

Conclusie

Uit de drie stappen die wij in het voorgaande besproken hebben kunnen wij met enige voorzichtigheid het volgende concluderen. Samenwerking tussen de drie beroepsgroepen, verschuiving van tweede naar eerste lijn en toetsing van het verloskundig verwijsbeleid aan de hand van een goed onderbouwd protocol zijn volgens de verloskundigen van groot belang voor het verloskundig verwijsbeleid en kunnen met behulp van de Verloskundige Indicatielijst bereikt worden. De huisartsen delen deze mening, zij het met enige kanttekeningen bij de bijdrage hieraan door de Verloskundige Indicatielijst. Deze positieve waardering heeft zijn weerklink op het oordeel van deze twee beroepsgroepen op de Verloskundige Indicatielijst. Vrijwel alle huisartsen en verloskundigen accepteren de Verloskundige Indicatielijst en zijn van mening dat alle verloskundige hulpverleners de nieuwe lijst zouden moeten accepteren.

Hoewel de helft van de gynaecologen van mening is dat iedereen de Verloskundige Indicatielijst over het algemeen zou moeten accepteren, zegt slechts eenderde de nieuwe lijst ook daadwerkelijk te accepteren als handleiding voor het verloskundig verwijsbeleid. Als wij de oordeelsvorming van

de gynaecologen over de vier bovengenoemde aspecten van het verloskundig verwijsbeleid bekijken, is het niet verwonderlijk dat slechts een deel van deze beroepsgroep de nieuwe lijst accepteert. Samenwerking en een door goed onderzoek onderbouwd protocol achten zij van (groot) belang, de Verloskundige Indicatielijst draagt daar, volgens hen, echter niet daadwerkelijk aan bij. Bovendien acht een grote groep gynaecologen een verschuiving van tweede naar eerste lijn niet wenselijk. Consequente toepassing van de Verloskundige Indicatielijst zou deze verschuiving echter wel enigszins teweeg kunnen brengen.

6.5. Relatie tussen het oordeel over en de acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst

In het hiernavolgende bekijken wij in hoeverre het oordeel dat men over de nieuwe lijst heeft van invloed is op de acceptatie van de lijst. In het voorgaande is uitvoerig ingegaan op de vier items aan de hand waarvan wij de oordeelsvorming omschreven hebben (samenwerking, verschuiving, toetsing en protocol). Aan de hand van deze vier aspecten kan (op indirecte wijze) het oordeel over de lijst gemeten worden.¹ Aangezien het directe oordeel over de lijst slechts gebaseerd is op één enkele vraag aan de verloskundige hulpverleners, zullen wij de samenhang tussen het geschatte oordeel (de gedragsopvattingen en de evaluatie van de consequenties)² en de acceptatie³ meten.

Figuur 6.5 laat zien dat het oordeel over de nieuwe lijst positief samenhangt met de acceptatie van de lijst. De correlatie tussen deze twee variabelen is 0.49. Hieruit kunnen wij concluderen dat het accepteren van de Verloskun-

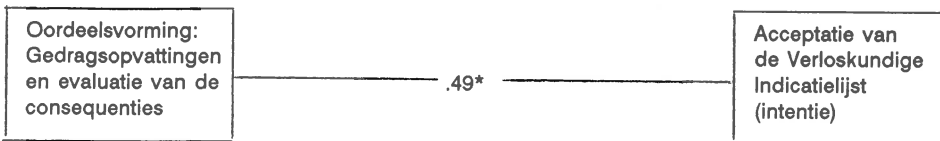
¹ Uit een schaalbetrouwbaarheidsanalyse blijkt dat deze vier aspecten opgeteld mogen worden om zodoende een indirecte schatting van het oordeel te verkrijgen (Alpha = 0.78).

² **Oordeelsvorming: Gedragsopvattingen en evaluatie van de consequenties**
In de eerste plaats zijn de scores op twee corresponderende evaluatie- en verwachtingsschalen (zie ook tabel 6.9 tot en met tabel 6.16) per individu met elkaar vermenigvuldigd met als scorebereik +1 (volstrekt onbelangrijk, volstrekt mee oneens) tot +5 (heel belangrijk, helemaal mee eens). De produkten van de evaluatie- en verwachtingsschalen van de vier items (samenwerking, verschuiving, toetsing en protocol) zijn gesommeerd om een schatting van de attitude te verkrijgen.

³ **Acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst (intentie)**
De intentie hebben wij gemeten aan de hand van de vraag 'In hoeverre accepteert U de Verloskundige Indicatielijst als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid', met als antwoordmogelijkheden: volledig (+4), grotendeels (+3), voor een klein deel (+2) en niet (+1).

dige Indicatielijst voor een kwart (24%) te verklaren is uit het oordeel dat men over deze lijst heeft.

Figuur 6.5.: Correlatie tussen het oordeel en de acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst



* Significantieniveau kleiner dan 0.001.

De samenhang tussen de oordeelsvorming en de acceptatie kunnen wij uitsplitsen naar de vier verschillende items aan de hand waarvan wij dit oordeel geformuleerd hebben. Aangezien de drie beroepsgroepen verschillen in hun gedragsopvattingen, is het zinnig om ook een onderverdeling naar beroepsgroep te maken.

Tabel 6.18 geeft de correlatiecoëfficiënten tussen de vier items (gedragsopvattingen) en de intentie weer.

Tabel 6.18.: Correlatiecoëfficiënten tusen de gedragsopvattingen, uitgesplitst naar vier items, en de intentie, voor de drie beroepsgroepen

	Huisartsen	Verloskundigen	Gynaecologen
Samenwerking vs intentie	.23	.24	.58
Verschuiving vs intentie	.23	.45	.39
Toetsing vs intentie	.20*	.40	.44
Protocol vs intentie	.28	.47	.49

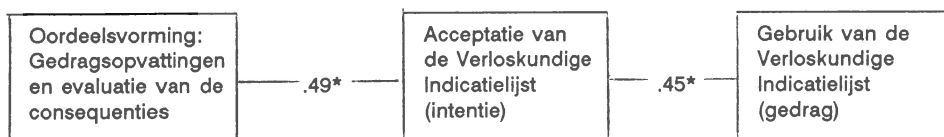
* Alle correlaties hebben een significantieniveau kleiner dan 0.001 behalve .20 (toetsing vs intentie, huisartsen) met een significantieniveau kleiner dan 0.01

Op basis van de uitsplitsing van gedragsopvattingen kunnen wij een indicatie geven welk item de hoogste voorspellende waarde heeft voor het totstandkomen van het oordeel.

Uit de correlatiecoëfficiënten tussen de gedragsopvattingen en de intentie blijkt dat de samenwerking een hoge voorspellende waarde heeft voor de intentie van de gynaecologen om de lijst te gaan gebruiken. Hun opvatting over een verschuiving van tweede naar eerste lijn correleert het minst met de intentie. Voor de huisartsen en verloskundigen geldt dat hun opvattingen over een protocol voor het verloskundig verwijsbeleid voor een groot deel bepalend zijn voor de acceptatie van de Verloskundige Indicatielijst.

Het model van Ajzen en Fishbein (bijlage 2) houdt op bij de gedragsintentie. In de opzet van het onderzoek (figuur 3.1) is uiteengezet dat het feit, dat de individuele hulpverleners de nieuwe lijst accepteren, een voorwaarde is voor het daadwerkelijk gebruik van de nieuwe lijst op het niveau van de regio. Het accepteren van de lijst hoeft echter niet tot het feitelijk gebruik van de lijst te leiden. In het volgende hoofdstuk zullen wij ingaan op het gebruik dat de drie beroepsgroepen maken van de lijst en de factoren die daarop van invloed kunnen zijn. Alvorens hiermee verder te gaan zullen wij in dit hoofdstuk tenslotte op individueel niveau bekijken wat de relatie is tussen de acceptatie en het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst.

Figuur 6.6.: Relatie tussen het oordeel, de acceptatie en het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst



* Significantieniveau kleiner dan 0.001.

Het positieve verband tussen de intentie en het gedrag ($r = 0.45$) laat zien dat het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst voor een deel (20%) te verklaren is uit de intentie om de lijst te gaan gebruiken. In het volgende hoofdstuk zal dieper ingegaan worden op het feitelijk gebruik van de nieuwe lijst.

6.6. Verwachtingen van de adviserend geneeskundigen ten aanzien van de gevolgen van invoering van de Verloskundige Indicatielijst

Tenslotte bespreken wij ook de meningen van de adviserend geneeskundigen omtrent de verwachte gevolgen van de invoering van de nieuwe lijst. Vanuit het oogpunt van de adviserend geneeskundigen hebben wij de verwachte gevolgen geformuleerd in de zin van een verschuiving van tweede-naar eerstelijnsverloskundige zorg, een kostenbesparing en een verbetering van de verloskundige zorg in Nederland. De vragen aan de adviserend geneeskundigen over de door hen verwachte gevolgen van de introductie van de nieuwe lijst waren heel algemeen gesteld. De gegeven antwoorden zullen dan ook als zodanig worden weergegeven en niet op de manier waarop de verwachtingen van de drie beroepsgroepen in het voorgaande besproken zijn.

In het advies inzake verloskundige hulp en kraamzorg gaat de Ziekenfondsraad in op mogelijke substitutie-effecten van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (Ziekenfondsraad, 1988). Vergeleken met de tot dusverre gehanteerde Kloostermanlijst zal de Verloskundige Indicatielijst, indien consequent toegepast, een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg hebben. Het is nu ruim 2½ jaar geleden dat de Verloskundige Indicatielijst aan iedereen werd toegestuurd. We hebben de adviserend geneeskundigen gevraagd of er sindsdien in hun regio een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg merkbaar is geweest. Er zijn 12 adviserend geneeskundigen die op deze vraag geen antwoord kunnen geven. Zestien adviserend geneeskundigen (46%) hebben geen verandering opgemerkt. De overige adviserend geneeskundigen menen dat er wel sprake is van veranderingen. Een directe verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg zou zich echter maar in één regio hebben voorgedaan. Deze verschuiving zou volgens de adviserend geneeskundige niet veroorzaakt zijn door de Verloskundige Indicatielijst, maar door de wens van de vrouw om onder leiding van de verloskundige (eventueel in het ziekenhuis) te bevallen. Overige veranderingen die merkbaar zijn geweest, worden niet aan de indicatielijst toegeschreven maar aan de maatschappelijke trend in de regio. Als maatschappelijke trend wordt de toenemende wens van de vrouw om poliklinisch te bevallen genoemd. Ook het thuis of juist in het ziekenhuis willen bevallen worden beide als trend aangegeven. Slechts twee adviserend geneeskundigen verwachten op de lange termijn dat de Verloskundige Indicatielijst de beoogde verschuiving teweeg zal brengen.

Op grond van een aantal vooronderstellingen met betrekking tot de substitutie worden de minderkosten voor de ziekenfondsverzekering geraamd op circa 2 miljoen (Ziekenfondsraad, 1988). Acht adviserend geneeskundigen (23%) denken dat een kostenbesparing (op de lange termijn) mogelijk zou kunnen zijn. Zij stellen hierbij wel voorwaarden zoals het stringent hanteren van de lijst en het veranderen van de honoreringsstructuur. Een groot aantal (21 adviserend geneeskundigen) verwacht geen kostenbesparing door het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Een belangrijk argument daarvoor is het huidige budgetteringssysteem. In dit systeem kan een kostenbesparing voor het ziekenfonds alleen maar bereikt worden als het aantal bedden of het aantal specialisten in het ziekenhuis afneemt.

Tot slot is gevraagd of de Verloskundige Indicatielijst de verloskundige zorg in Nederland kan verbeteren. Negen adviserend geneeskundigen (26%) denken dat de nieuwe lijst, mits op een aantal punten aangepast, de verloskundige zorg in Nederland kan verbeteren. Negentien adviserend geneeskundigen zijn het hier niet mee eens, de rest zegt niet te weten of de nieuwe lijst de zorg kan verbeteren. Er worden verschillende suggesties aangedragen die tot verbetering van de situatie zouden kunnen leiden. De

honoringsstructuur van de verloskundige zorgverleners zou bijvoorbeeld aangepast kunnen worden. De een geeft hierbij de voorkeur aan een concurrentiesysteem, terwijl de ander juist pleit voor een systeem waarbij de zorgverleners in loondienst zijn. Goede voorlichting aan de zwangere vrouw is een andere verbetering die door een aantal adviserend geneeskundigen genoemd wordt. Ter versterking van de eerste lijn zou volgens sommigen meer aandacht besteed kunnen worden aan de verbetering van de opleidingen van de verloskundige en de huisarts. Laatstgenoemde moet volgens deze adviserend geneeskundigen meer betrokken worden bij de verloskundige. Een andere genoemde suggestie is het beperken van het aantal ziekenhuizen in de regio dat over een opleidingscapaciteit beschikt, zodat er minder fysiologische bevallingen naar deze ziekenhuizen worden togetrokken. Verder kan het zoveel mogelijk aanpassen van de poliklinische setting aan de sfeer thuis de verloskundige zorgverlening verbeteren. Tenslotte wordt door enkele adviserend geneeskundigen voorgesteld het primaat bij de zwangere vrouw zelf te leggen. Eén adviserend geneeskundige vindt de Nederlandse situatie op dit moment ideaal.

6.7. Samenvatting

Een belangrijke conclusie die wij uit het voorgaande kunnen trekken is dat meer dan 86% van alle drie de beroepsgroepen het eens is met de uitgangspunten, die aan de Verloskundige Indicatielijst ten grondslag liggen. Iets minder positief zijn de beroepsgroepen over de besliskundige criteria. Toch antwoordt nog meer dan de helft van de gynaecologen en een nog groter deel van de huisartsen en de verloskundigen dat deze criteria 'meestal' de mogelijkheid bieden om verantwoord te kunnen verwijzen.

Verder kunnen wij stellen dat een groot deel van de beroepsgroepen het eens is met de toegevoegde variant overlegisico. Meer problemen, met name van de kant van de gynaecologen, zijn er met betrekking tot de situatie waarbij de vrouw om medische redenen in het ziekenhuis zou moeten bevallen onder leiding van de eerste lijn. Slechts 13% van de gynaecologen is het eens met de verantwoordelijkheid die de WBK hierbij toekent aan de eerste lijn.

De oordeelsvorming over de Verloskundige Indicatielijst kan uitgesplitst worden naar een aantal gedragsopvattingen. Aan de hand hiervan kunnen wij concluderen dat samenwerking en toetsing van het verloskundig verwijsbeleid aan de hand van een goed onderbouwd protocol door alle drie de beroepsgroepen als belangrijk wordt ervaren. De gynaecologen twijfelen echter aan de positieve bijdrage hiertoe van de Verloskundige Indicatielijst. Bovendien verwacht deze beroepsgroep, zij het in iets mindere mate dan de andere twee beroepsgroepen, een verschuiving naar de eerste lijn wan-

neer de nieuwe lijst consequent wordt toegepast. De gynaecologen vinden deze verschuiving echter niet wenselijk.

Vrijwel alle huisartsen en verloskundigen accepteren de Verloskundige Indicatielijst volledig of in ieder geval grotendeels als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid. Voor de gynaecologen geldt dit in veel mindere mate. Eenderde accepteert de nieuwe lijst volledig of grotendeels. Het accepteren van de Verloskundige Indicatielijst is voor een kwart te verklaren uit de opvattingen die men over deze lijst heeft.

7. GEBRUIK VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

Nadat inzicht is verkregen in het oordeel over het accepteren van de nieuwe lijst, zal in dit hoofdstuk het gebruik van de nieuwe lijst centraal staan. Daartoe zal allereerst gekeken worden in hoeverre de drie betrokken beroepsgroepen in de dagelijkse praktijk de lijst (in het algemeen) naleven. Daarbij zal ook de mening van de adviserend geneeskundigen over het 'algemeen gebruik' in de analyse worden betrokken.

In de tweede plaats zullen wij, aan de hand van een aantal specifieke indicaties, onderzoeken welk verloskundig verwijsbeleid de drie beroepsgroepen wenselijk achten. Daarbij wordt vooral gekeken in hoeverre dit gewenste verwijsbeleid overeenkomt met het voorgestelde verloskundig verwijsbeleid in de nieuwe lijst.

Ten derde zal voor een groot aantal indicaties onderzocht worden welk verwijsbeleid de drie beroepsgroepen in de praktijk hanteren, waarbij de wenselijkheid wordt afgezet tegen het in de praktijk hanteren.

In de vierde plaats zal worden nagegaan in hoeverre de verloskundige hulpverleners afspraken hebben gemaakt over het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst en in hoeverre deze afspraken afwijken van hetgeen in het protocol wordt voorgesteld.

Vervolgens zal worden onderzocht in hoeverre het rechtstreeks verwijzen, het gebruik van de advieskaart en het hanteren van de medium-situatie volgens de drie beroepsgroepen een stimulans zijn voor het hanteren van de lijst.

Tot slot zal ook gekeken worden naar de rol van de adviserend geneeskundigen van de regionale ziekenfondsen met betrekking tot het bemiddelen in geval er problemen zijn met het hanteren van de nieuwe lijst en met betrekking tot het beoordelen van het verloskundig verwijsbeleid.

7.1. Algemeen gebruik door de drie beroepsgroepen

7.1.1. Mening van de drie beroepsgroepen

Allereerst hebben wij de drie beroepsgroepen gevraagd of zij bij het bepalen van het verloskundig verwijsbeleid gebruik maken van de Verloskundige Indicatielijst (tabel 7.1).

Tabel 7.1.: In hoeverre maken de drie beroepsgroepen gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst

	verloskundig actieve huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
altijd	33	8,9	253	39,6	8	2,0
meestal	155	41,8	269	42,1	62	15,6
soms	90	24,3	43	6,7	75	18,9
zelden	42	11,3	24	3,8	74	18,7
nooit	32	8,6	13	2,0	147	37,0
n.v.t.	19	5,1	37	5,8	31	7,8
Totaal	371	100,0	639	100,0	397	100,0
Geen antwoord	2	0,5	7	1,1	13	3,2

Het merendeel van de verloskundigen (82%) maakt meestal of altijd gebruik van de nieuwe indicatielijst. Hier kunnen wij aan toevoegen dat het zelfstandig of in dienstverband werkzaam zijn geen verschil in het hanteren van de lijst laat zien. Slechts een klein gedeelte van de huisartsen (9%) hanteert de lijst altijd, bijna de helft van deze beroepsgroep (42%) zegt meestal gebruik te maken van de Verloskundige Indicatielijst. Bijna een vijfde deel van de huisartsen geeft aan dat zij de lijst zelden tot nooit hanteren.

Van de gynaecologen maakt een klein deel (18%) altijd of in de meeste gevallen gebruik van de nieuwe lijst. Meer dan de helft van deze beroepsgroep (56%) zegt de Verloskundige Indicatielijst nooit of slechts incidenteel te hanteren. Overigens blijkt dat de gynaecologen in dienstverband beduidend vaker gebruikmaken van de Verloskundige Indicatielijst dan de zelfstandig gevestigden. Van deze laatste groep hanteert 16% de lijst altijd of meestal, tegenover 31% van de dienstverbanders ($p=0.02$, Cramer's $V=0.2$).

Het gebruik van de lijst hangt voor een groot deel samen met het feit of de beroepsbeoefenaar waar men naar verwijst de lijst ook gebruikt. Immers, als een van beiden de nieuwe lijst niet hanteert, dan kan er geen sprake zijn van 'gebruik', zoals met de nieuwe lijst is beoogd.

Om dit samenspel tussen de verschillende beroepsbeoefenaren in beeld te brengen, hebben wij aan eenieder gevraagd in hoeverre men denkt dat degene waar men het meest naar verwijst, of waarvan men de meeste verwijzingen ontvangt, gebruikmaakt van de Verloskundige Indicatielijst.

Uit tabel 7.2 blijkt dat de helft van de huisartsen (52%) en de verloskundigen (51%) zeggen dat de gynaecologen waar zij naar verwijzen in alle of de meeste gevallen gebruikmaken van de lijst. Daaruit blijkt dat de huisartsen en verloskundigen het gebruik van de lijst door de gynaecologen (waar zij naar verwijzen) hoger inschatten dan de gynaecologen zelf aangeven.

Aan de andere kant zien wij dat gynaecologen van mening zijn dat 16% van de huisartsen en ruim eenderde van de verloskundigen die naar hen verwijzen gebruikmaken van de nieuwe lijst. Hetgeen aanmerkelijk lager is dan de verloskundigen en huisartsen zelf aangeven (tabel 7.1). Er bestaat dus een discrepantie tussen de mate waarin de eerste en de tweede lijn volgens eigen zeggen gebruikmaken van de Verloskundige Indicatielijst en de mate waarin de eerste en tweede lijn volgens elkaar gebruikmaken van de lijst.

Tabel 7.2.: In hoeverre maken huisartsen, verloskundigen en gynaecologen volgens de andere disciplines gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst

	huisartsen volgens gynaecologen		verloskundi- gen volgens gynaecologen		gynaecologen volgens huisartsen		gynaecologen volgens ver- loskundigen	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
altijd	3	0,8	10	2,6	27	7,6	32	5,5
meestal	59	15,3	142	36,5	159	44,5	268	45,8
soms	93	24,1	126	32,4	51	14,3	120	20,5
zelden	72	18,6	32	8,2	22	6,1	79	13,5
nooit	38	9,8	19	4,9	12	3,4	61	10,4
weet niet / n.v.t.	121	31,4	60	15,4	86	24,1	25	4,3
Totaal	386	100,0	389	100,0	357	100,0	585	100,0
Geen antwoord	24	5,9	21	5,1	16	4,3	61	9,4

Dat het gebruik van de nieuwe lijst door verloskundigen samenhangt met het feit dat ook de gynaecoloog waar naar verwezen wordt de lijst hanteert, zien wij duidelijk weergegeven in tabel 7.3.

Van de grote groep verloskundigen die zegt de lijst altijd of meestal te hanteren, zegt bijna 59% dat ook de gynaecoloog waar naar verwezen wordt de lijst gebruikt. Eveneens blijkt dat bijna 20% van de groep verloskundigen die de lijst hanteert te kennen geeft dat de gynaecoloog de lijst zelden tot nooit hanteert. Dit zal wellicht in een aantal gevallen tot conflicten kunnen leiden.

Verder kunnen wij uit tabel 7.3 afleiden dat van de groep verloskundigen die de lijst zelden tot nooit hanteert, bijna 65% aangeeft dat ook de gynaecoloog waar naar verwezen wordt de lijst zelden tot nooit hanteert.

Tabel 7.3.: Het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door gynaecologen (volgens de verloskundigen) naar het gebruik van de lijst door de Verloskundigen

Gebruik gynaecologengebruik verloskundigen (volgens verloskundigen)	gebruik verloskundigen		
	altijd/meestal	soms	zelden/nooit
altijd/meestal	58,8	17,9	19,4
soms	20,8	28,2	16,1
zelden/nooit	20,4	53,9	64,5
Totaal (%)	100,0	100,0	100,0
(abs)	485	39	31

Bij de huisartsen zien wij eveneens dat van degenen die de lijst altijd of meestal hanteren een hoog percentage (78%) aangeeft dat ook de gynaecoloog (waar naar verwezen wordt) de lijst hanteert (tabel 7.4). Echter voor de huisartsen die de lijst zelden tot nooit hanteren geeft bijna 45% te kennen dat de gynaecoloog waar naar verwezen wordt de lijst wel zou gebruiken.

Tabel 7.4.: Het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door gynaecologen (volgens de huisartsen) naar het gebruik van de lijst door huisartsen

Gebruik gynaecologen (volgens huisartsen)	gebruik huisartsen		
	altijd/meestal	soms	zelden/nooit
altijd/meestal	78,1	59,1	45,0
soms	16,3	24,2	20,0
zelden/nooit	5,6	16,7	35,0
Totaal (%)	100,0	100,0	100,0
(abs)	160	66	40

Als wij tot slot de gynaecologen in de analyse betrekken, dan zien wij dat van de kleine groep die de lijst 'altijd of meestal' hanteert een erg groot deel (78%) aangeeft dat ook de verloskundigen die naar hen verwijzen de lijst 'altijd of meestal' hanteren (tabel 7.5). De grote groep gynaecologen die de lijst zelden of nooit hanteert geeft te kennen dat 30% van de verloskundigen die naar hen verwijst de lijst wel altijd hanteert, terwijl 46% van de verloskundigen de lijst volgens hen soms gebruikt.

Tabel 7.5.: Het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door de verloskundigen (volgens de gynaecologen) naar het gebruik van de lijst door gynaecologen

Gebruik verloskundigen (volgens gynaecologen)	gebruik gynaecologen		
	altijd/meestal	soms	zelden/nooit
altijd/meestal	87,5	51,5	29,9
soms	12,5	44,1	46,0
zelden/nooit	-	4,4	24,1
Totaal (%)	100,0	100,0	100,0
(abs)	164	68	187

Voor de huisartsen komen wij vrijwel een identiek patroon tegen als voor de verloskundigen (tabel 7.6). De gynaecologen die de lijst zelden of nooit hanteren, geven aan dat ook een groot aantal huisartsen (52%) de lijst niet hanteert.

Tabel 7.6.: Het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door de huisartsen (volgens de gynaecologen) naar het gebruik van de lijst door de gynaecologen

Gebruik huisartsen (volgens gynaecologen)	gebruik gynaecologen		
	altijd/meestal	soms	zelden/nooit
altijd/meestal	66,7	14,6	18,8
soms	22,4	53,1	24,5
zelden/nooit	9,9	37,3	51,8
Totaal (%)	100,0	100,0	100,0
(abs)	48	49	161

7.1.2. Meningen van de adviserend geneeskundigen

Alvorens wat dieper op het specifieke gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door de drie beroepsgroepen in te gaan, zal eerst in het kort aandacht geschonken worden aan het oordeel van de adviserend geneeskundigen over het gebruik van de lijst. Zij zouden in hun ziekenfondsregio een redelijk beeld moeten hebben omtrent het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst.

Tabel 7.7.: Gebruik van de Verloskundige Indicatielijst in het aantal ziekenfondsregio's, naar het oordeel van de adviserend geneeskundigen

gebruik	aantal ziekenfondsregio's
volledig gebruik in de hele ziekenfondsregio	0
grotendeels gebruik in de hele ziekenfondsregio	9
grotendeels gebruik in deel ziekenfondsregio	3
geen gebruik	21
weet niet	2
Totaal	35

Uit de antwoorden van de adviserend geneeskundigen op de vraag in hoeverre er in hun regio gebruikgemaakt wordt van de Verloskundige Indicatielijst, kunnen wij concluderen dat de lijst in geen enkele ziekenfondsregio in zijn geheel gebruikt wordt door alle verloskundige hulpverleners (tabel 7.7). In 12 ziekenfondsregio's (34%) wordt, althans volgens de adviserend geneeskundigen, in ieder geval voor een deel gebruik gemaakt van de nieuwe lijst. Het deels gebruikmaken van de nieuwe lijst kan inhouden dat alle verloskundige hulpverleners gebruikmaken van een aangepaste Verloskundige Indicatielijst, dit wil zeggen aangepast voor enkele indicaties. Het deels gebruikmaken van de Verloskundige Indicatielijst kan ook betekenen dat er globaal, al of niet bewust, volgens de Verloskundige Indicatielijst gehandeld wordt. Het op deze manier deels gebruikmaken van de Verloskundige Indicatielijst in de regio gebeurt volgens negen adviserend geneeskundigen. Voor de meeste van deze ziekenfondsregio's geldt dat er al een redelijk goede samenwerking bestond tussen de verloskundige hulpverleners vóór invoering van de Verloskundige Indicatielijst en dat men op de oude voet verder gaat. Deels gebruik kan ook betekenen dat een aantal groepen van samenwerkende verloskundige hulpverleners in de ziekenfondsregio handelt volgens de Verloskundige Indicatielijst (drie regio's).

In 21 ziekenfondsregio's (60%) wordt volgens de adviserend geneeskundigen geen gebruikgemaakt van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. Hiertoe worden verschillende redenen aangedragen. In de eerste plaats sluiten de gynaecologen zich in een aantal regio's aan bij de bezwaren van de beroepsvereniging (NVOG, 1987). Daardoor is het voor de eerste lijn niet mogelijk om gebruik te maken van de nieuwe lijst. Daarnaast kan de bestaande situatie vóór invoering van de nieuwe lijst een reden zijn voor het negeren van lijst. Volgens de adviserend geneeskundigen zou men tevreden zijn over de wijze waarop er gewerkt wordt en gaat men op de oude voet door. Soms acht men het percentage thuisbevallingen dusdanig hoog dat men geen behoefte heeft aan een verschuiving van bevallingen in het ziekenhuis naar bevallingen thuis. Als laatste wordt, althans volgens de

adviserend geneeskundigen, de Verloskundige Indicatielijst niet gebruikt omdat er op regionaal niveau reeds een aanpassing is gemaakt op de Kloostermanlijst. In enkele ziekenfondsregio's wordt gewerkt met de oude lijst, aangevuld met een aantal afspraken.

7.2. Verloskundig verwijsbeleid: gewenst en gehanteerd door de drie beroepsgroepen

De indicaties omschreven in de Verloskundige Indicatielijst worden in vier fasen van de zwangerschap onderverdeeld. De eerste fase bestaat uit indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden. In de tweede fase worden de indicaties op grond van de obstetrische anamnese gesteld. De derde fase beschrijft indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode en als laatste komen de indicaties ontstaan tijdens de bevalling in de nieuwe lijst aan de orde.

Voor elke indicatie geeft de nieuwe lijst aan de hand van de besliskundige criteria het meest gewenste verloskundig verwijsbeleid weer. In tegenstelling tot de oude lijst, waarbij men de keuze had tussen een bevalling thuis of in het ziekenhuis, geeft de nieuwe Verloskundige Indicatielijst vier mogelijkheden voor het verloskundig verwijsbeleid aan. Ten eerste, in overeenstemming met de oude lijst, de eerstelijnsverloskundige zorg (A) en de tweedelijnsverloskundige zorg (C). De Verloskundige Indicatielijst voegt hier nog twee mogelijkheden aan toe, namelijk het overlegrisico (B) en de medium-situatie (B-D).

In de vorige paragraaf hebben wij inzicht gekregen in het gebruik van de lijst in het algemeen. Hieruit kon worden afgeleid dat een deel van de drie beroepsgroepen deels gebruikmaken van de nieuwe lijst. Dit betekent dat men ten aanzien van een aantal indicaties afwijkt van hetgeen in de nieuwe lijst wordt geadviseerd. Om over het specifieke gebruik van de indicatielijst meer inzicht te krijgen hebben wij alle drie de beroepsgroepen 26 indicaties voorgelegd en gevraagd welk verwijsbeleid men wenselijk acht en welk verwijsbeleid men in de praktijk hanteert.

De selectie van de 26 indicaties is, in overleg met de begeleidingscommissie van dit project, grotendeels afgeleid van een notitie van de NVOG (NVOG, 1987). Het zijn dus vooral indicaties die door de NVOG ter discussie worden gesteld. De in de vragenlijst weergegeven indicaties (bijlage 7 tot en met 14) zijn exact conform de Verloskundige Indicatielijst geformuleerd (Verloskundige Indicatielijst, 1987).

Wij zullen allereerst onderzoeken welk verloskundig verwijsbeleid men tot de betreffende indicaties wenselijk acht. Vervolgens wordt gekeken wat men in

de dagelijkse praktijk hanteert en in hoeverre dit afwijkt van de wenselijkheid.

7.2.1. Gewenst verloskundig verwijsbeleid voor een aantal indicaties

In bijlage 7 tot en met 9 is per beroepsgroep het gewenste verloskundig verwijsbeleid in beeld gebracht. Daarbij moet de kanttekening gemaakt worden dat bij alle drie de beroepsgroepen een redelijk hoog percentage deze vraag niet heeft ingevuld.

Alvorens aan een aantal indicaties specifiek aandacht te besteden, zullen wij eerst een algemeen beeld trachten te scheppen. Daartoe hebben wij per beroepsgroep en per indicatie het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend. Hiertoe is het verloskundig verwijsbeleid in een getal uitgedrukt, waarbij eerstelijnsverloskundige zorg (A) gelijk is aan 1, het overleggrisco (B) en de mediumsituatie (B-D) gelijk zijn aan 2 en de tweedelijnsverloskundige zorg (C) gelijk is aan 3.

Als wij allereerst naar de gemiddelden kijken (figuur 7.1) dan blijkt dat ten aanzien van vrijwel alle indicaties de verloskundigen lager scoren - dus meer gericht op eerstelijnsverloskundige zorg - dan de gynaecologen. De huisartsen nemen over het algemeen een middenpositie in.

Vergelijking van de gemiddelden van de verloskundigen en gynaecologen laat zien dat de grootste verschillen met name worden waargenomen voor die indicaties waarvoor in de nieuwe lijst eerstelijnsverloskundige zorg wordt geadviseerd. Dit geldt vooral voor de indicaties 'Infertiliteitsbehandeling', 'Toxicose', 'Totaalruptuur' en 'HBS-antigeen positief tijdens zwangerschap'. Verder zien wij dat de verschillen tussen de drie beroepsgroepen gering zijn ten aanzien van de indicaties waarin een overleggrisco of een ziekenhuisbevalling wordt geadviseerd. Dit geldt met name voor de indicatie 'Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen', 'Tekenen van foetale nood', 'Foetus mortuus', 'Serotiniteit', 'Toxicose' en 'Zwangerschapsdiabetes'.

De verschillen tussen het gemiddelde gewenste verloskundige verwijsbeleid van de drie beroepsgroepen kunnen onderling getoetst worden. Uit deze analyses kunnen wij concluderen dat het gemiddelde gewenste verloskundige verwijsbeleid het meest verschilt bij een vergelijking tussen de verloskundigen en de gynaecologen. Slechts bij drie indicaties ('Zwangerschapsdiabetes', 'Tekenen van foetale nood' en 'Serotiniteit') zijn er nagenoeg geen (of hele kleine) verschillen (bijlage 10). Het gemiddelde gewenste verwijsbeleid van de huisarts vergeleken met dat van de gynaecologen verschilt bij ruim driekwart (77%) van de indicaties significant van elkaar. Ook tussen de twee beroepsgroepen werkzaam in de eerste lijn verschilt het gemiddelde verwijsbeleid dat wenselijk wordt geacht bij bijna tweederde (65%) van de indicaties significant van elkaar.

Uit de bijlagen 7 tot en met 9 kan ook worden afgeleid dat binnen de beroepsgroepen bij een groot aantal indicaties geen eensluitend antwoord wordt gegeven. Om die variaties in beeld te brengen hebben wij in figuur 7.2 de standaarddeviaties weergegeven. Hieruit blijkt dat met name binnen de groep huisartsen grote verschillen bestaan in het gewenste verloskundige verwijsbeleid.

Nadat wij een algemeen beeld hebben gekregen omtrent het gewenste verwijsbeleid zal vervolgens onderzocht worden in hoeverre het gewenste verwijsbeleid afwijkt van hetgeen in de nieuwe lijst wordt geadviseerd. Daartoe zal per indicatie voor iedere beroepsgroep alleen gekeken worden naar het hoogste percentage (schuin gedrukt en onderstreept).

Als wij per beroepsgroep de schuin gedrukte percentages vergelijken met het in de Verloskundige Indicatielijst voorgestelde verwijsbeleid, dan blijkt het volgende. Ten eerste wijkt het door de gynaecologen meest gewenste verwijsbeleid (bijlage 9) in hoge mate af van hetgeen in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. Slechts bij zes van de 26 indicaties (23%) komt de 'indicatielijst' van de gynaecologen overeen met het verwijsbeleid dat de Verloskundige Indicatielijst voorstelt. Deze zes indicaties zijn alle indicaties voor de bevalling in het ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog. Ook voor de beroepsgroep huisartsen kunnen wij op grond van de schuin gedrukte percentages de 'meest gewenste indicatielijst' formuleren. Vergelijking van de 'indicatielijst' van de huisartsen met de Verloskundige Indicatielijst, toont dat bij 17 van de 26 indicaties (65%) het verloskundig verwijsbeleid overeenkomt. Het verloskundig verwijsbeleid dat door de meeste verloskundigen gewenst wordt, blijkt bij de meeste indicaties (85%) overeen te komen met het in de Verloskundige Indicatielijst voorgestelde verwijsbeleid.

Figuur 7.1.: Gemiddelde gewenst verloskundig verwijzbeleid van de drie beroepsgroepen



Figuur 7.2.: Standaarddeviaties van het gemiddeld gewenste verloskundig verwijzingsbeleid voor de drie beroepsgroepen



Ten tweede kunnen wij, uitgaande van de schuin gedrukte percentages, de gewenste 'indicatielijst' van de huisartsen, de verloskundigen en de gynaecologen naast elkaar zetten. Uit deze vergelijking blijkt dat de drie beroepsgroepen bij acht van de 26 indicaties (31%) hetzelfde verloskundige verwijsbeleid wensen (tabel 7.8). Bij vijf indicaties (19%) komt het verwijsbeleid, dat door de drie beroepsgroepen genoemd wordt, overeen met hetgeen de Verloskundige Indicielijst voorstelt. Bij de overige drie indicaties (12%) stelt het grootste deel van alle drie de beroepsgroepen een verwijsbeleid voor dat niet overeenstemt met de richtlijnen in de Verloskundige Indicielijst.

Tabel 7.8.: Indicaties waarover overeenstemming tussen de drie beroepsgroepen bestaat, vergeleken met de Verloskundige Indicielijst

Indicatie	verloskundig verwijsbeleid volgens de Verloskundige Indicielijst	voorgesteld verloskundig verwijsbeleid	percentage van de drie beroepsgroepen		
			H (%)	V (%)	G (%)
1.1.C.6. Afwijkend cervix uitstrijkje	A (evt. C)	B	42,0	51,6	42,4
2.16. Vruchtwaterverlies	B	C	52,3	57,6	86,2
2.17. Zwangerschapsdiabetes	C	C	67,8	79,1	89,8
2.18. Toxicose	B	C	72,1	63,7	88,1
2.27. Serotiniteit	C (evt. A)	C	59,2	65,2	79,3
2.38. Foetus mortuus	B (evt. C of B-D)	C	82,0	54,9	92,1
3.2. Tekenen van foetale nood	C	C	88,2	93,0	97,5
3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	C	77,7	79,2	89,6

De tabel geeft in de eerste kolom het verloskundig verwijsbeleid volgens de richtlijnen van de Verloskundige Indicielijst weer. In de tweede kolom staat het verloskundig verwijsbeleid dat door de meerderheid van de drie beroepsgroepen wordt gewenst. In de derde kolom geven wij voor elke beroepsgroep het exacte percentage weer. In het voorgaande hebben wij al opgemerkt dat het hoogste percentage wordt meegenomen. In drie situaties waarbij volgens het protocol een overlegrisico geïndiceerd is (Vruchtwaterverlies, Toxicose en Foetus mortuus) wenst het grootste deel van de drie beroepsgroepen een bevalling in het ziekenhuis (C). Bij één indicatie (Afwijkend cervixuitstrijkje) zou volgens de meerderheid van de drie beroepsgroepen een overlegrisico op zijn plaats zijn, de lijst stelt daar eerste- of eventueel tweedelijnsverloskundige zorg voor. De indicaties waarbij de meerderheid van de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen het eens is met

de Verloskundige Indicatielijst, betreffen hoofdzakelijk indicaties voor een bevalling in het ziekenhuis.

In de derde plaats kunnen wij per beroepsgroep kijken in hoeverre het gewenste verwijsbeleid bij de geselecteerde indicaties afwijkt van de richtlijnen gesteld in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. Het meest van de nieuwe indicatielijst afwijkend verwijsbeleid zien wij terug bij de gynaecologen (bijlage 9). Bij de indicaties waarbij het protocol een overlegsituatie voorstelt, ziet de meerderheid van de gynaecologen liever een medische indicatie voor een bevalling in het ziekenhuis. Daar, waar door de meerderheid van deze beroepsgroep de voorkeur wordt gegeven aan een overlegsituatie, zou volgens de Verloskundige Indicatielijst een thuisbevalling mogelijk zijn. In geen enkele situatie wenst de meerderheid van de gynaecologen een bevalling in de eerste lijn. Ook voor de huisartsen (bijlage 7) geldt dat de meerderheid de meeste indicaties met een overlegsgisico wenst te verschuiven naar een bevalling in het ziekenhuis. Bij de indicaties waar de nieuwe lijst uitgaat van eerstelijnsverloskundige zorg wordt in een aantal gevallen door de meerderheid van de huisartsen een bevalling thuis gewenst, ook wordt er bij een aantal indicaties door de meerderheid de voorkeur gegeven aan een overlegsituatie of tweedelijnsverloskundige zorg. De laatste beroepsgroep, de verloskundigen, wijken in hun gewenste verwijsbeleid het minst af van de Verloskundige Indicatielijst. Dit geldt met name in die situaties waarbij de nieuwe indicatielijst een thuisbevalling voorstelt.

Van het totaal aantal genoemde indicaties zou, volgens de Verloskundige Indicatielijst, bij twee indicaties (Prolapsoperatie en Foetus Mortuus) een mediumsituatie tot de mogelijkheden kunnen behoren. Voor alle drie de disciplines geldt dat deze mogelijkheid niet vaak gewenst wordt (bijlage 7 tot en met 9). Het percentage hulpverleners dat in de praktijk bij deze indicaties voor de medisch geïndiceerde poliklinische bevalling door de eerste lijn in het ziekenhuis kiest is zeer klein. Dit geldt niet alleen voor bovengenoemde indicaties. In het algemeen kunnen wij stellen dat de mediumsituatie zeer beperkt wordt toegepast. Een heel klein deel van alle drie de beroepsgroepen (verloskundigen en gynaecologen gemiddeld 5%, huisartsen gemiddeld 8%) acht de mediumsituatie wenselijk bij de door ons opgesomde indicaties.

De volgende vraag die wij zouden willen beantwoorden is of de verschillen binnen de beroepsgroepen wellicht te maken hebben met het al dan niet in dienstverband werken.

Tabel 7.9.: Significante verschillen in het wenselijke verloskundige verwijsbeleid tussen zelfstandig gevestigde en in dienstverband werkzame verloskundigen

Indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	zelfstandig				dienstverband				P	Cramer's V
	A	B	C	B-D	A	B	C	B-D		
1.1.C.6. Afwijkend Cervixuitstrijkje	35,9	53,2	8,1	2,8	19,7	50,0	21,2	9,1	0.0001	0.21
1.1.C.7. Dochter van DES-moeder	61,3	28,7	6,0	4,0	38,8	32,8	22,4	6,0	0.000	0.22
1.1.C.8. IUD in situ	69,3	22,5	4,0	4,2	52,9	25,7	15,7	5,7	0.000	0.19
1.2.3. Toxicose	74,1	18,1	4,9	2,9	51,4	34,3	11,4	2,9	0.001	0.18
1.2.4. (herhaalde) Abortus	81,9	12,0	4,4	1,7	64,3	21,4	10,0	4,3	0.007	0.15
1.2.5. Partus immaturus	8,4	69,6	18,9	3,1	9,0	47,7	40,3	3,0	0.001	0.18
1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind	13,4	55,0	25,4	6,2	14,3	38,6	41,4	5,7	0.03	0.13
1.2.12. Vorige maal kind geboren in een slechte conditie	19,9	58,6	6,5	15,0	9,0	46,2	17,9	26,9	0.000	0.20
1.2.18. Totaalruptuur	84,8	7,6	2,2	5,4	72,5	8,7	8,7	10,1	0.008	0.15
1.2.20. Post-partum psychose	77,1	17,2	2,4	3,3	59,4	29,0	7,3	4,3	0.009	0.15
2.1. Intercurrente aandoeningen	62,2	33,1	2,8	1,9	43,9	45,5	6,1	4,5	0.02	0.14
2.3. Pyelitis	73,2	20,6	4,4	1,8	43,3	22,4	28,4	6,0	0.000	0.33
2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap	44,9	36,8	13,7	4,6	24,3	32,8	40,0	2,9	0.000	0.25
2.27 Serotiniteit	2,0	27,1	62,0	8,9	-	13,4	85,1	1,5	0.002	0.17

De zelfstandig gevestigde verloskundige stelt bij de in tabel 7.9 genoemde indicaties vaker een thuisbevalling voor dan de dienstverbanders, die in deze situaties over het algemeen vaker voor een bevalling in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog kiezen. Ook bij de gynaecologen kunnen wij onderscheid maken naar het gewenste verwijsbeleid van de zelfstandig gevestigden en van degenen die in dienstverband werkzaam zijn. Hierbij zien wij echter maar bij twee van de 26 indicaties een significant verschil tussen deze twee groepen (tabel 7.10).

Tabel 7.10.: Significante verschillen in het wenselijke verloskundige verwijsbeleid tussen zelfstandig gevestigde en in dienstverband werkzame gynaecologen

Indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	zelfstandig				dienstverband				P	Cramer's V
	A	B	C	B-D	A	B	C	B-D		
1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling	11,8	35,0	47,2	6,0	28,0	34,2	29,3	8,5	0.002	0.22
1.2.18. Totaalruptuur	13,2	23,8	54,3	8,7	25,0	22,5	48,7	3,8	0.05	0.15

Bij de twee bovengenoemde indicaties in tabel 7.10 stellen de dienstverbanders beduidend vaker een thuisbevalling voor dan de zelfstandig gevestigde gynaecologen, die bij deze indicaties meer de voorkeur geven aan een bevalling in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog.

7.2.2. Het verloskundig verwijsbeleid dat men in de praktijk hanteert

Nadat de drie beroepsgroepen gevraagd is welk verwijsbeleid zij bij de door ons voorgelegde indicaties wenselijk achten, is eveneens de vraag gesteld welk verwijsbeleid zij momenteel in de praktijk hanteren. Men kan immers wel wensen dat het op een bepaalde manier zou moeten, maar door de omstandigheden zou men weleens een geheel ander verwijsbeleid moeten voeren.

In bijlage 11 tot en met 13 is per beroepsgroep en per indicatie het gevoerde verwijsbeleid in beeld gebracht.

De lijst van schuin gedrukte percentages geeft de 'meest gehanteerde lijst' weer. Het door de gynaecologen meest voorgestelde verwijsbeleid (bijlage 13) blijkt in hoge mate af te wijken van de Verloskundige Indicatielijst. Bij zeven van de 26 indicaties (27%) komt het verwijsbeleid van de gynaecologen overeen met de Verloskundige Indicatielijst. Bij de huisartsen is er overeenstemming bij 13 van de 26 indicaties (50%). Het verwijsbeleid van de verloskundigen blijkt bij 81% van de genoemde indicaties overeen te komen met de lijst.

Het wenselijk achten van een bepaald verwijsbeleid en het hanteren daarvan geven wij weer aan de hand van bijlage 14. Hierbij gaan wij uit van het verloskundig verwijsbeleid zoals dat in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. Voor alle drie de beroepsgroepen geven wij in de eerste kolom weer in hoeverre men het in de nieuwe lijst voorgestelde verloskundige verwijsbeleid wenselijk acht en in de tweede kolom in hoeverre men dat verwijsbeleid in de dagelijkse praktijk hanteert. Als wij allereerst voor de huisartsen en de verloskundigen deze twee kolommen met elkaar vergelijken, dan blijkt dat deze twee beroepsgroepen het handelen volgens de Verloskundige Indicatielijst bij de meeste indicaties wenselijker acht dan dat men dat verwijsbeleid ook daadwerkelijk uitvoert. Bij de huisartsen geldt dit

voor 65% van de opgesomde indicaties, bij de verloskundigen ligt dit percentage nog hoger (73%). Dit geldt voornamelijk voor de indicaties waarbij de Verloskundige Indicatielijst een bevalling thuis voorstelt. Bij de gynaecologen ligt het percentage 'wenselijk' slechts voor ruim een kwart van de indicaties (27%) hoger dan het daadwerkelijk hanteren, bovendien betreft het hier voornamelijk het wenselijk zijn van een overlegrisico of een ziekenhuisbevalling en geen bevalling in de thuissituatie.

7.3. Afspraken over het gebruik van de nieuwe lijst

Toen de Verloskundige Indicatielijst in 1987 werd ingevoerd zijn er, in een aantal gebieden van ons land, tussen de verloskundige beroepsbeoefenaren afspraken gemaakt over het gebruik. Afspraken die al dan niet afwijken van de criteria die in de nieuwe lijst zijn opgesteld.

Als wij aan de verloskundigen vragen of men met de gynaecologen afspraken heeft gemaakt omtrent het hanteren van de nieuwe lijst, dan blijkt dat slechts 39% van de verloskundigen afspraken heeft gemaakt. Deze afspraken blijken overigens in 41% van de gevallen af te wijken van criteria die in de Verloskundige Indicatielijst zijn gemaakt.

Van de huisartsen heeft slechts 27% afspraken gemaakt met de gynaecologen. Bijna 36% van deze afspraken blijkt af te wijken van de Verloskundige Indicatielijst.

Als wij echter aan de gynaecologen vragen of zij afspraken hebben gemaakt met de huisartsen en de verloskundigen, moeten wij constateren dat slechts 15% van de gynaecologen aangeeft een afspraak te hebben gemaakt met de huisarts, waarbij overigens in 93% van de gevallen deze afspraak afwijkt van hetgeen in de Verloskundige Indicatielijst staat vermeld. Verder zegt 40% van de gynaecologen dat zij afspraken hebben gemaakt met de verloskundigen die naar hen verwijzen. Deze afspraken blijken overigens in 89% van de gevallen af te wijken van de Verloskundige Indicatielijst. Opvallend is dus het verschil tussen hetgeen de verloskundigen en de gynaecologen zeggen. De verloskundigen geven veel vaker te kennen dat afspraken overeenkomen met de basis van de Verloskundige Indicatielijst dan de gynaecologen.

In een aantal gevallen hebben de verschillende beroepsbeoefenaren aangegeven dat de onderling gemaakte afspraken afwijken van hetgeen in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. Wij hebben de verloskundige hulpverleners in de gelegenheid gesteld een beschrijving te geven van deze afspraken. Na bestudering hiervan kwamen niet zozeer alleen afspraken maar vooral ook aanvullende opmerkingen naar voren. Deze opmerkingen kunnen voor alle drie de beroepsgroepen samengevat weergegeven worden.

In de eerste plaats wordt gezegd dat men, ondanks de invoering van de nieuwe lijst, op dezelfde voet doorgaat. Dit kan enerzijds betekenen dat de Verloskundige Indicatielijst niet geaccepteerd wordt door een aantal beroepsbeoefenaren. Anderzijds wordt opgemerkt dat het oude beleid deels reeds in overeenstemming was met het beleid zoals dat in de nieuwe lijst werd voorgesteld. Verder wordt door een aantal verloskundige hulpverleners aangegeven dat men de oude lijst blijft volgen. Een enkele keer vult men hierbij aan dat een aantal overleg- en of mediumsituaties uit de nieuwe lijst daarbij wel bespreekbaar zijn. In de derde plaats wordt opgemerkt dat er sprake is van individualisering, dat wil zeggen dat men zich niet zozeer aan een bepaald protocol houdt, maar het verloskundig verwijsbeleid per zwangere vrouw samen bespreekt. Daarnaast wordt er een aantal specifieke opmerkingen over het overlegrisico en de mediumsituatie gemaakt. Een enkele keer komt er vanuit de eerste lijn de opmerking dat het overlegrisico niet mogelijk is, er vindt namelijk geen terugverwijzing naar de eerste lijn plaats. Ook blijkt uit de aanvullende opmerkingen dat het overlegrisico, soms zelfs vaker dan de Verloskundige Indicatielijst voorstelt, wordt gehanteerd. De mediumsituatie wordt niet geaccepteerd of alleen na intensief overleg, met een enkele keer daaraan toegevoegd dat degene die de bevalling leidt, daar ook verantwoordelijk voor is. Vervolgens merkt een aantal beroepsbeoefenaren op dat de uiteindelijke beslissing over het verloskundig verwijsbeleid niet door de eerste lijn genomen kan worden maar ligt bij de gynaecoloog, waarbij ook de zwangere vrouw zelf een rol speelt. Tenslotte wordt er een aantal specifieke indicaties uit de Verloskundige Indicatielijst genoemd die in onderling overleg zijn bijgesteld.

7.4. Regelingen die het gebruik van de lijst zouden stimuleren

De nieuwe Verloskundige Indicatielijst beschrijft een drietal mogelijkheden die tot op heden (nog) niet in het huidige ziekenfondssysteem geëffectueerd zijn. Wij hebben alle drie de beroepsgroepen de vraag voorgelegd of het wettelijk geregeld zijn van deze mogelijkheden het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zou kunnen stimuleren. De eerste mogelijkheid is de rechtstreekse verwijzing naar de gynaecoloog door de verloskundige bij verloskundige problematiek (tabel 7.11).

Tabel 7.11.: In hoeverre zou het wettelijk geregeld zijn van de rechtstreekse verwijzing naar de gynaecoloog door de verloskundige bij verloskundige problematiek het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst stimuleren

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
grote stimulans	14	4,1	432	69,6	97	26,1
stimulans	89	25,8	138	22,2	137	36,9
deels wel/deels geen stimulans	99	28,7	25	4,0	40	10,8
geen stimulans	85	24,6	24	3,9	65	17,5
volstrekt geen stimulans	46	13,3	2	0,3	27	7,3
weet niet / geen mening / n.v.t.	12	3,5			5	1,4
Totaal	345	100,0	621	100,0	371	100,0
Geen antwoord	28	7,5	25	3,9	39	9,5

Vrijwel alle verloskundigen (92%) en een groot deel van de gynaecologen (63%) denken dat het wettelijk geregeld zijn van de rechtstreekse verwijzing naar de gynaecoloog door de verloskundige het gebruik van de nieuwe lijst zal bevorderen. Een veel kleiner deel van de huisartsen (30%) is het hiermee eens.

In de tweede plaats hebben wij gevraagd of het wettelijk geregeld zijn van het overlegrisico via de advieskaart het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst zou stimuleren. Uit tabel 7.12 blijkt dat vooral de verloskundigen (89%) en ruim de helft van de huisartsen (54%) dit als een belangrijke stimulans zien.

Tabel 7.12: In hoeverre zou het wettelijk geregeld zijn van het overlegrisico via de advieskaart het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst stimuleren

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
grote stimulans	35	9,9	399	64,7	47	12,7
stimulans	156	44,3	150	24,3	98	26,4
deels wel/deels geen stimulans	84	23,9	44	7,1	97	26,1
geen stimulans	45	12,8	22	3,6	80	21,6
volstrekt geen stimulans	20	5,7	2	0,3	43	11,6
weet niet / geen mening / n.v.t.	12	3,4			6	1,6
Totaal	352	100,0	617	100,0	371	100,0
Geen antwoord	21	5,6	29	4,5	39	9,5

Onder de gynaecologen zijn de meningen over de overlegsituatie duidelijk verdeeld. Meer dan eenderde (39%) vindt deze wettelijke maatregel een stimulanterwijl eveneens eenderde deel (33%) het hier geenszins mee eens is.

De laatste mogelijkheid betreft de medisch geïndiceerde poliklinische bevaling onder leiding van een verloskundige of huisarts (mediumsituatie). Het wettelijk geregeld zijn hiervan zou volgens een groot deel van de verloskundigen (89%) en voor een iets kleinere groep huisartsen (57%) een belangrijke stimulanterzijn voor het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst (tabel 7.13).

Tabel 7.13.: In hoeverre zou het wettelijk geregeld zijn van de mediumsituatie het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst stimuleren

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
grote stimulanter	39	11,1	419	67,7	22	6,0
stimulanter	160	45,6	129	20,8	54	14,6
deels wel/deels geen stimulanter	83	23,7	50	8,1	71	19,2
geen stimulanter	40	11,4	17	2,7	94	25,4
volstrekt geen stimulanter	17	4,8	4	0,7	121	32,7
weet niet / geen mening / n.v.t.	12	3,4			8	2,1
Totaal	351	100,0	619	100,0	370	100,0
Geen antwoord	22	5,9	27	4,2	40	9,8

Van de gynaecologen daarentegen vindt slechts 21% dat er een positieve werking uit zou kunnen gaan van het wettelijk mogelijk zijn van de mediumsituatie. Hierbij kunnen wij nog onderscheid maken tussen de zelfstandig gevestigde gynaecologen en degenen die in dienstverband werken. Van de laatstgenoemden is 31% van mening dat het wettelijk geregeld zijn van de mediumsituatie een (grote) stimulanteris voor het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Dit geldt in mindere mate voor de zelfstandig werkzame gynaecologen (17%) ($p=0.01$, Cramer's $V=0.19$). Een veel groter deel van de gynaecologen (58%) vindt de mogelijkheid om de mediumsituatie toe te passen geen of zelfs volstrekt geen stimulantervoor het gebruik van de nieuwe lijst.

Ook voor de beroepsgroep verloskundigen kunnen wij, met betrekking tot alle drie genoemde mogelijkheden, onderscheid maken naar het zelfstandig of in dienstverband werkzaam zijn. De zelfstandig werkzame verloskundigen hebben een uitgesproken positieve mening over de stimulerende werking van de drie bovengenoemde situaties op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Het merendeel antwoordde dat het wettelijk geregeld zijn van de rechtstreekse verwijzing, de overleg- en de mediumsituatie een grote

stimulans zou zijn ten aanzien van het gebruik van de nieuwe indicatielijst. De in dienstverband werkzame verloskundigen uiten zich hierover iets minder uitgesproken, met name ten aanzien van de mediumsituatie.

7.5. Factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het gebruik

In het voorgaande hebben wij reeds aangegeven dat de Verloskundige Indicatielijst pas optimaal gebruikt kan worden als de verloskundige hulpverleners van de verschillende disciplines die met elkaar te maken hebben, bereid zijn de lijst toe te passen. De opzet was om, aan de hand van een regionale aanpak, deze onderlinge afhankelijkheid in beeld te brengen en factoren op te sporen die van invloed zijn op het gebruik. Bij nader inzien is echter gebleken dat op grond van dit onderzoek geen goede invulling van het begrip 'regio' mogelijk was. Verder bleek de operationalisatie van de afhankelijke variabele problemen op te leveren.

7.5.1. Opgetreden problemen bij het formeren van regio's

Voor de regionale analyse moesten groepen van met elkaar samenwerken- de verloskundige hulpverleners geformeerd worden. Echter, het vormen van groepen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen die naar elkaar verwijzen of met elkaar samenwerken leverde grote problemen op. Om dit soort groepen te formeren moeten wij van iedereen weten met wie men samenwerkt.

Aangezien niet alle hulpverleners gerepsondeerd hebben, ontstonden er grote hiaten in het formeren van de groepen. Bovendien bleek dat van degenen die wel op de enquête gereageerd hadden een deel geen antwoord heeft gegeven op de vraag 'naar wie men in het algemeen verwijst' of 'van wie men in het algemeen verwijzingen ontvangt'. Wellicht is om privacyredenen deze vraag niet beantwoord. Al met al bleek het een onmogelijke taak om een volledig beeld te krijgen van met elkaar samenwerkende hulpverleners.

Een andere mogelijkheid die wij nog hebben ondernomen is het ziekenhuis als uitgangspunt te nemen. Uitgaande van de gynaecologen die in deze ziekenhuizen werken konden wij met enige voorzichtigheid concluderen dat in een 42-tal ziekenhuizen de lijst meestal werd gehanteerd door één of meerdere gynaecologen. Echter in 17 van deze 42 ziekenhuizen (41%) zeggen eveneens één of meerdere gynaecologen nooit gebruik te maken van de Verloskundige Indicatielijst. Voorzichtigheid is wel op zijn plaats omdat in een aantal van deze ziekenhuizen niet alle gynaecologen gerepsondeerd hebben. Voor wat betreft de overige ziekenhuizen ontmoetten wij het probleem dat van een aantal van deze ziekenhuizen geen enkele gynaecoloog

gerespondeerd heeft. Als wij vervolgens bedenken dat er binnen eenzelfde ziekenhuis grote verschillen kunnen voorkomen in het hanteren van de nieuwe lijst door de daar werkzame gynaecologen, dan zal duidelijk zijn dat bij een groot aantal ziekenhuizen geen eensluidend antwoord gegeven kan worden op de mate van het gebruik van de lijst.

7.5.2. Opgetreden problemen bij de operationalisatie van de afhankelijke variabele 'het gebruik'

Voor de operationalisatie van de afhankelijke variabele - het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door een 'verwijsgroep' - stuiten wij eveneens op problemen. Per individu kon een redelijk beeld verkregen worden omtrent het gebruik van de lijst. Overigens moet daarbij worden aangetekend dat wij geen duidelijke scheiding konden aanbrengen in de mate waarin men in de praktijk de lijst hanteert. Bijvoorbeeld uit de vraag naar het gebruik in het algemeen bleek dat men in een aantal gevallen aangaf dat men de lijst altijd hanteert, terwijl bij de vraag naar het gebruik bij een 26-tal indicaties bleek dat men de lijst niet altijd volgens plan hanteert.

Op individueel niveau zijn er al enige problemen om een juiste invulling te krijgen van het begrip 'gebruik', laat staan op het niveau van de verwijsgroep. In die gevallen waarin wij in staat waren een verwijsgroep te formeren bleek dat er tussen de deelnemers van deze groep niet altijd overeenstemming is over de mate waarin de lijst binnen de groep wordt gehanteerd. Verloskundigen geven veelal aan dat zij de lijst volledig hanteren, terwijl zij ook aangeven dat de gynaecoloog waar zij naar verwijzen de lijst eveneens hanteert. Als wij echter aan de gynaecologen van zo'n 'verwijsgroep' vragen over het gebruik van de lijst, blijkt dat zij in veel gevallen aangeven dat zij de lijst slechts ten dele hanteren. Op basis van deze tegenstrijdige antwoorden was het voor ons in veel gevallen niet mogelijk om een eenduidig antwoord te krijgen omtrent het gebruik binnen een 'verwijsgroep'.

Ter ondersteuning van deze conclusie kan ook de mening van de adviseerend geneeskundigen worden aangehaald. Uit de interviews met hen blijkt dat ook zij niet in staat waren om een goed beeld te krijgen omtrent het gebruik binnen bepaalde 'verwijsgroepen'.

Bovengenoemde problemen hebben ons doen besluiten om de regionale analyse, waarmee zou worden onderzocht welke factoren van invloed zijn op het gebruik, buiten beschouwing te laten.

7.6. Inschakelen adviserend geneeskundige

7.6.1. Mening van de drie beroepsgroepen

Bij het bevorderen van het hanteren van de Verloskundige Indicatielijst kunnen de adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen een rol spelen. In de eerste plaats zouden zij kunnen optreden als bemiddelaar bij problemen tussen de drie beroepsgroepen. Ruim de helft van de verloskundigen (57%) is inderdaad van mening dat de adviserende geneeskundige deze bemiddelende positie zou kunnen innemen (tabel 7.14).

Tabel 7.14.: De adviserend geneeskundige van het ziekenfonds kan bemiddelen bij problemen op medisch-inhoudelijk gebied tussen de verschillende beroepsgroepen

	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%
helemaal mee eens	7	1,9	152	24,1	5	1,3
mee eens	92	25,3	207	32,9	31	7,9
deels wel / deels niet mee eens	102	28,0	200	31,8	53	13,5
mee oneens	94	25,8	50	8,0	114	29,2
volstrekt mee oneens	69	19,0	20	3,2	188	48,1
Totaal	364	100,0	629	100,0	391	100,0
Geen antwoord	9	2,4	17	2,6	19	4,6

De huisartsen en de gynaecologen reageren minder positief op de vraag of de adviserend geneeskundige kan optreden als tussenpersoon bij meningsverschillen tussen de betrokken disciplines. Een kwart van de huisartsen (27%) en een nog kleiner deel van de gynaecologen (9%) kent deze rol toe aan de adviserend geneeskundige, een groot deel van beide beroepsgroepen echter heeft twijfels of is het volstrekt niet eens met de bemiddelende houding die de adviserend geneeskundige in zou kunnen nemen.

Vervolgens hebben wij aan de verloskundige hulpverleners gevraagd of zij de adviserend geneeskundige zouden inschakelen als zij niet tot overeenstemming kunnen komen bij overlegsituaties. De verloskundigen zouden het meest van deze mogelijkheid gebruikmaken (40%). Het laatste geldt in veel mindere mate voor de gynaecologen (14%) en de huisartsen (12%). Het daadwerkelijk inschakelen van de adviserend geneeskundige bij problemen gebeurt echter zelden. Van de verloskundigen zegt 12% hierover weleens contact te hebben opgenomen met het ziekenfonds, voor de huisartsen en de gynaecologen is dit percentage nog lager (respectievelijk 4% en 5%). Deze toenadering is echter slechts zeer incidenteel voorgekomen. De kleine groep die de adviserend geneeskundige heeft ingeschakeld heeft over het algemeen maar één of twee keer een beroep gedaan op de adviserend geneeskundige.

Met betrekking tot de positie van de adviserend geneeskundige hebben wij tenslotte ook gevraagd in hoeverre men tevreden is over de wijze waarop deze laatste bemiddelt bij het hanteren van de nieuwe lijst. Zoals uit het voorgaande al is gebleken, wordt er door de verloskundige hulpverleners weinig gebruikgemaakt van de bemiddelende rol vanuit het ziekenfonds. Zodoende heeft het merendeel van de drie beroepsgroepen geantwoord dat deze vraag voor hen niet van toepassing is (huisartsen 87%, gynaecologen 83% en de verloskundigen 72%). Van het kleine percentage dat hierover wel een mening heeft gegeven is het merendeel slechts gedeeltelijk of helemaal niet tevreden.

7.7. Mening van de adviserend geneeskundigen

7.7.1. Gebruik van de Verloskundige Indicatielijst door de adviserend geneeskundigen

Ook aan de adviserend geneeskundigen zelf is gevraagd of zij door de verloskundige hulpverleners worden ingeschakeld voor advies omtrent de indicaties voor het verloskundig verwijsbeleid. Het komt in 15 ziekenfondsregio's (43%) (tabel 7.15) voor dat de adviserend geneeskundige (incidenteel) wordt benaderd voor het geven van advies over het verloskundig verwijsbeleid. De vragen komen in de meeste gevallen vanuit de verloskundigen.

De beroepsgroepen benaderen de adviserend geneeskundigen met inhoudelijke vragen over bepaalde indicaties of met vragen over het al dan niet kunnen doorverwijzen van de zwangere vrouw. Verder komen er vragen van de huisartsen en verloskundigen over het wel of niet mogelijk zijn van de mediumsituatie. Als laatste worden de adviserend geneeskundigen door de huisartsen benaderd omdat ze een bevalling (om medische redenen) willen doen of door verloskundigen die het daar niet mee eens zijn. In 20 ziekenfondsregio's (57%) wordt de adviserend geneeskundige nooit benaderd met vragen over het verloskundig verwijsbeleid.

Tabel 7.15.: De beroepsgroepen die de adviserend geneeskundigen om advies vragen in het aantal ziekenfondsregio's, naar het oordeel van de adviserend geneeskundigen

beroepsgroepen	aantal ziekenfondsregio's
huisartsen	3
verloskundigen	6
gynaecologen	1
huisartsen en verloskundigen	4
verloskundigen en gynaecologen	1
niet om advies gevraagd	20
Totaal	35

In negen ziekenfondsregio's wordt de adviserend geneeskundige een enkele keer ingeschakeld met betrekking tot een conflict tussen de beroepsgroepen. Vrijwel alle conflicten ontstaan doordat er tussen de verloskundige hulpverleners verschillende opvattingen bestaan over de afbakening van elkaars werkgebied.

Naast bemiddelende activiteiten kunnen de adviserend geneeskundigen eveneens actief zijn ten aanzien van het beoordelen van het verloskundig verwijsbeleid. Uit de gesprekken met de adviserend geneeskundigen blijkt dat zij de bij het ziekenfonds binnenkomende aanvragen, voor machtiging van de partus en eventueel aansluitend verblijf in het ziekenhuis, op verschillende manieren kunnen beoordelen. Een eerste mogelijkheid is dat de adviserend geneeskundige alle aanvragen beoordeelt (1). Tevens komt voor dat alle aanvragen een korte tijd na invoering van de Verloskundige Indicatielijst zijn beoordeeld (2). De bedoeling hiervan was om te kijken in hoeverre er veranderingen optraden als de Verloskundige Indicatielijst gebruikt werd. Bij nader inzien vond men het niet nodig om de aanvragen blijvend volgens de Verloskundige Indicatielijst te beoordelen. Daarnaast beoordeelt een aantal adviserend geneeskundigen een willekeurig deel van de aanvragen (bijvoorbeeld twee maanden van het jaar) (3). Verder kan deels beoordelen ook betekenen dat alleen de vreemde situaties ter beoordeling worden voorgelegd (4). Een vijfde mogelijke manier van beoordelen is dat alleen de aanvragen voor de kraambedden beoordeeld worden (5). Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat de adviserend geneeskundige geen aanvragen beoordeelt, onder andere omdat de beoordeling, aan de hand van instructies van de adviserend geneeskundigen, op de administratieve afdeling van het ziekenfonds plaatsvindt (6). Tabel 7.16 geeft aan hoeveel adviserend geneeskundigen op een bepaalde wijze het verloskundig verwijsbeleid beoordelen.

Tabel 7.16.: Aantal adviserend geneeskundigen dat aanvragen op bepaalde wijze beoordeelt

aanvragen	VI*	KL*	EL*	EI*	GA*	totaal
alle aanvragen (1)	0	0	0	3	1	4
begin alle aanvragen (2)	2	0	0	0	0	2
deel aanvragen (3)	0	2	2	3	1	8
vreemde gevallen (4)	1	4	2	0	4	11
kraambedden (5)	0	0	0	0	1	1
zelf geen aanvragen (6)	0	0	3	0	6	9
Totaal	3	6	7	6	13	35

* De wijze waarop de machtigingsaanvragen beoordeeld worden. Een enkele keer worden er geen aanvragen gemachtigd maar worden de aanvragen automatisch gedeclareerd en volgens een lijst gecodeerd.

VI: nieuwe Verloskundige Indicatielijst

KL: Kloostermanlijst (en eventueel een aantal afspraken)

EL: eigen lijst

EI: eigen inzicht

GA: geen antwoord

Drie adviserend geneeskundigen zeggen de Verloskundige Indicatielijst te gebruiken bij het beoordelen van het verloskundig verwijsbeleid. Zij beoordelen echter niet alle binnenkomende aanvragen. Twee adviserend geneeskundigen hebben ná invoering van de Verloskundige Indicatielijst tijdelijk de aanvragen volgens deze lijst beoordeeld. De andere adviserend geneeskundige maakt alleen gebruik van de Verloskundige Indicatielijst wanneer er sprake is van een vreemde indicatie waar hijzelf geen oordeel over kan vormen. In totaal beoordelen vier adviserend geneeskundigen (11%) zelf alle aanvragen. Negen adviserend geneeskundigen (26%) beoordelen zelf geen aanvragen. De beoordeling is gedelegeerd naar een andere afdeling. Een vrij groot aantal (13 adviserend geneeskundigen) geeft geen antwoord op de vraag op welke manier de aanvragen beoordeeld worden of zij weten niet precies op welke manier er beoordeeld wordt (zes van deze 13 adviserend geneeskundigen beoordelen niet zelf).

De beoordeling van de machtigingsaanvragen levert een enkele keer problemen op voor de adviserend geneeskundigen. Naast een aantal (medische) indicaties zoals langdurige infertiliteit, leidt de sociale indicatie in meerdere regio's tot discussies. Er bestaat verschil van mening over het wel of niet honoreren of opnemen in de gehanteerde lijst van een aantal sociale indicaties. Aan de ene kant wordt gezegd dat het niet opnemen van sociale indicaties in een indicatielijst het aantal onterechte medische indicaties in de hand werkt. Aan de andere kant vinden sommige adviserend geneeskundigen dat er een duidelijk onderscheid tussen sociale en medische indicaties moet blijven bestaan en dat honorering van sociale indicaties niet bij het ziekenfonds thuishoort.

7.7.2. Factoren die van invloed kunnen zijn op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst

Aan de hand van de gesprekken met de adviserend geneeskundigen kunnen wij een aantal factoren noemen die mogelijk van invloed zijn op het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Als eerste geven de adviserend geneeskundigen aan dat de houding van de verloskundige hulpverlener ten opzichte van de Verloskundige Indicatielijst belangrijk is. De intentie om de nieuwe lijst te gaan gebruiken (acceptatie) is een voorwaarde voor het gebruik van de indicatielijst. Verder kan het werken in dienstverband een reden zijn dat de verloskundige zorgverleners niet negatief staan tegenover het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Wanneer men in dienstverband werkt heeft het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst geen financiële consequenties voor de individuele verloskundige hulpverlener, waardoor men eerder geneigd zou kunnen zijn de nieuwe lijst te gaan gebruiken. Vervolgens wordt de verstandhouding tussen de eerste en de tweede lijn aangegeven als zijnde van invloed op het gebruik van de nieuwe lijst. Een goede onderlinge verstandhouding maakt de Verloskundige Indicatielijst eerder bespreekbaar. Ook het beleid van een ziekenhuis kan, in de ogen van de adviserend geneeskundigen, een rol spelen met betrekking tot het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst. Sommige ziekenhuizen trekken om verschillende redenen fysiologische bevallingen naar zich toe, waardoor gebruik van de Verloskundige Indicatielijst (onbewust) tegengegaan wordt. Een reden hiervoor kan zijn dat het ziekenhuis opleidingsplaatsen heeft voor artsen en daardoor veel bevallingen, dus ook fysiologische, 'nodig' heeft. Een andere reden die genoemd wordt is het feit dat bepaalde ziekenhuizen bevallingen naar zich toetrekken om zodoende voldoende bedbezetting te kunnen realiseren. Tenslotte zijn de adviserend geneeskundigen van mening dat er ten aanzien van het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst sprake is van de invloed van marktwerking binnen de verloskundige zorg. Daar, waar de verloskundige beroepsbeoefenaren tevreden zijn met het aantal bevallingen dat zij kunnen doen, wordt niet moeilijk gedaan over het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst.

7.8. Samenvatting

Als wij naar het gebruik van de Verloskundige Indicatielijst kijken dan geeft 82% van de verloskundigen en 51% van de verloskundig actieve huisartsen en 18% van de gynaecologen te kennen dat zij de lijst meestal of altijd hanteren. Overigens blijkt er enige discrepantie te bestaan tussen de mate waarin de eerste en tweede lijn volgens eigen zeggen gebruikmaken van de lijst en de mate waarin de eerste en tweede lijn volgens elkaar de lijst hanteren. Dit maakte het vrijwel onmogelijk om de mate van gebruik per

'verwijsgroep' in beeld te brengen. Als wij het gebruik van de lijst wat verder concretiseren door de drie beroepsgroepen een 26-tal geselecteerde indicaties voor te leggen en te vragen welk verwijsbeleid men zou wensen, dan worden de verschillen tussen de drie beroepsgroepen duidelijker. Voor de indicaties 'Infertiliteitsbehandeling', 'Toxicose' (obstetrische anamnese), 'Totaalruptuur' en 'HBS-Antigeen positief tijdens zwangerschap' waar de lijst eerstelijnsverloskundige zorg adviseert, zien wij dat de verloskundigen dit ondersteunen, terwijl de gynaecologen in grote getale tweedelijnsverloskundige zorg zouden willen voorschrijven.

Overigens moet nog worden opgemerkt dat er binnen de drie beroepsgroepen de gewenste verwijsindicaties lang niet altijd eensluidend waren. Dit geldt vooral voor de huisartsen.

Een opvallende uitkomst is dat ten aanzien van een aantal indicaties alle drie de beroepsgroepen een eensluidende verwijsindicatie geven die afwijkt van hetgeen in de Verloskundige Indicatielijst wordt geadviseerd. Zo blijkt dat bij 'Vruchtwaterverlies', 'Toxicose' (tijdens prenatale periode) en 'Foetus mortuus' het grootste deel van de drie beroepsgroepen een bevalling in het ziekenhuis wenst, terwijl in de indicatielijst een overlegrisico wordt geïndiceerd. Bij één indicatie (Afwijkend cervixuitstrijkje) zou volgens de meerderheid van alle drie beroepsgroepen een overlegrisico op zijn plaats zijn, de lijst daarentegen stelt eerste- of eventueel tweedelijnsverloskundige zorg voor.

Met betrekking tot het rechtstreeks verwijzen van de verloskundige naar de gynaecoloog, moeten wij constateren dat zowel de verloskundigen als de gynaecologen deze mogelijkheid als een belangrijke stimulans zien voor het hanteren van de indicatielijst. De huisartsen zijn daar veel minder positief over. Met betrekking tot de mediumsituatie zien wij juist dat de gynaecologen daar de meeste problemen mee hebben. Slechts 21% van deze groep vindt dat ten aanzien van het hanteren van de lijst er een positieve werking uit zou gaan van het wettelijk mogelijk zijn van de mediumsituatie. De verloskundigen (89%) en de huisartsen (57%) zijn hier veel positiever over.

Ook blijkt dat de drie beroepsgroepen met betrekking tot problemen rond de nieuwe lijst nauwelijks de adviserend geneeskundige inschakelen. Degenen die dat wel hebben gedaan zijn over het algemeen niet erg tevreden over de rol die de adviserend geneeskundige daarbij heeft gespeeld.

Tot slot heeft slechts een enkele adviserend geneeskundige de Verloskundige Indicatielijst gebruikt bij het beoordelen van het verloskundig verwijsbeleid.

8. VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST EN VERLOSKUNDIGE SAMENWERKING

8.1. Samenwerking door de Verloskundige Indicatielijst

De WBK wijst in haar rapport op het feit dat een goed onderbouwde en zorgvuldig tot stand gekomen indicatielijst een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het totstandkomen en verder verbeteren van de samenwerking tussen de drie betrokken beroepsgroepen. Om na te gaan of dit doel door de invoering van de Verloskundige Indicatielijst bereikt is, hebben wij aan de verloskundige hulpverleners gevraagd in hoeverre de nieuwe indicatielijst in hun regio de onderlinge samenwerking heeft bevorderd (tabel 8.1).

Tabel 8.1.: Heeft de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners in Uw regio bevorderd

	verloskundig actieve huisartsen (N=373)		verloskundig niet actieve huisartsen (N=574)		verloskundigen		gynaecologen	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
ja	36	9,7	12	2,3	178	27,9	11	2,8
nee	203	54,9	263	51,0	186	29,1	259	65,9
weet niet/nvt	131	35,4	241	46,7	275	43,0	123	31,3
Totaal	370	100,0	516	100,0	639	100,0	393	100,0
Geen antwoord	3	0,8	31	5,7	7	1,1	17	4,1

Allereerst kan uit de tabel afgelezen worden dat een groot deel van alle drie de beroepsgroepen deze vraag niet kon beantwoorden. Dit heeft waarschijnlijk voor een deel te maken met het feit dat de nieuwe lijst niet of nauwelijks in hun gebied wordt gehanteerd. Als wij kijken naar degenen die deze vraag wel konden beantwoorden dan blijkt dat er grote verschillen tussen de drie beroepsgroepen bestaan. Van de verloskundig actieve huisartsen geeft slechts 10% aan dat de lijst de samenwerking heeft verbeterd. Bij de verloskundig niet actieven ligt dit percentage nog lager (2%). De verloskundigen daarentegen zijn wat positiever. Bijna 28% van hen vindt dat de lijst de samenwerking in hun regio heeft verbeterd. Overigens moet worden opgemerkt dat toch het grootste deel van de verloskundigen (29%) van mening is dat de lijst de samenwerking niet heeft bevorderd. Van de

gynaecologen, tot slot, vindt slechts een enkeling (3%) dat de nieuwe lijst de samenwerking heeft bevorderd.

Bovengenoemde cijfers maken duidelijk dat het merendeel van alle drie de beroepsgroepen van mening is dat de nieuwe lijst de samenwerking in hun regio niet bevorderd heeft. Deze resultaten kunnen wij vergelijken met de antwoorden op de eerder aan bod gekomen vraag of de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de samenwerking stimuleert. Uit deze vergelijking blijkt dat men positiever reageert op de algemeen gestelde vraag of de nieuwe lijst de samenwerking stimuleert dan wanneer specifiek gevraagd wordt aan de drie beroepsgroepen of de nieuwe lijst de samenwerking in hun regio bevordert heeft.

8.2. Beschrijving van de verloskundige samenwerking

8.2.1. Volgens de beroepsgroepen

Wij hebben de drie beroepsgroepen eveneens in de gelegenheid gesteld om, aan de hand van een open vraag, een omschrijving te geven van de verloskundige samenwerking in hun regio. Daarbij konden zij eveneens aangeven door welke factoren deze samenwerking in hun ogen bevordert of juist belemmerd wordt. Wij hebben allereerst geprobeerd de beschrijving van de samenwerking in één woord samen te vatten. Daarbij hebben wij onderscheid gemaakt tussen de samenwerking zoals die was vóór invoering van de Verloskundige Indicatielijst en de samenwerking zoals die op dit moment, dus twee jaar na de invoering, is.

Voor de beroepsgroep huisartsen geldt dat wij alleen de verloskundig actieve huisartsen in de analyse hebben opgenomen (tabel 8.2).

De verloskundig actieve huisartsen hebben door de introductie van de Verloskundige Indicatielijst weinig veranderingen in de samenwerking opgemerkt. Bijna de helft van de huisartsen (46%) is van mening dat er een goede samenwerking bestaat tussen de verloskundige hulpverleners, een klein deel (10%) vindt de onderlinge verhoudingen (zeer) slecht. Uit de omschrijvingen van de huisartsen kunnen wij nog een verder onderscheid maken naar de beroepsgroep waarmee de huisarts samenwerkt. In een aantal gevallen (12%) is de coöperatie met de gynaecologen goed, met de verloskundigen daarentegen verlopen de contacten niet goed. Het komt zelden voor dat de verhouding met de verloskundigen goed is en met de gynaecologen slecht.

Tabel 8.2.: Oordeel van de verloskundig actieve huisartsen (N=373) over de samenwerking met de verloskundigen (indien in het werkgebied aanwezig) en de gynaecologen, zowel vóór als na de invoering van de Verloskundige Indicatielijst

Samenwerking	voor invoering van de Verloskundige Indicatielijst		na invoering van de Verloskundige Indicatielijst	
	abs	%	abs	%
zeer goed	11	2,9	11	2,9
goed	162	43,4	162	43,4
redelijk/matig	64	17,2	63	16,9
slecht	36	9,7	37	9,9
zeer slecht	2	0,5	2	0,5
goed met gynaecologen/ slecht met verloskundigen	45	12,1	45	12,1
goed met verloskundigen/ slecht met gynaecologen	2	0,5	2	0,5
geen antwoord	51	13,7	51	13,7
Totaal	373	100,0	373	100,0

Tabel 8.3 geeft het oordeel van de verloskundigen over de samenwerking met de huisartsen en de gynaecologen weer. Ook voor de verloskundigen geldt dat zij door invoering van de Verloskundige Indicatielijst weinig verschillen in de samenwerking opgemerkt hebben. Zowel vóór als na invoering van de nieuwe lijst beoordeelt de helft van de verloskundigen de samenwerking als (zeer) goed. In tegenstelling tot de huisartsen en de verloskundigen, geven de gynaecologen wel veranderingen in de verloskundige samenwerking aan (tabel 8.4). Vond bijna de helft van deze beroeps-groep (48%) dat er vóór invoering van de nieuwe lijst goed samengewerkt werd, deze mening wordt ná introductie van de Verloskundige Indicatielijst door een beduidend minder grote groep gynaecologen gedeeld (33%). Een klein deel van de gynaecologen (5%) is van mening dat de voorheen goede onderlinge verhoudingen tussen de verloskundige hulpverleners nu als slecht kunnen worden betiteld.

Tabel 8.3.: Oordeel van de verloskundigen over de samenwerking met de huisartsen en de gynaecologen, zowel vóór als na de invoering van de Verloskundige Indicatielijst

Samenwerking	voor invoering van de Verloskundige Indicatielijst		na invoering van de Verloskundige Indicatielijst	
	abs	%	abs	%
zeer goed	33	5,1	36	5,6
goed	295	45,7	287	44,4
matig/redelijk	173	26,8	161	24,9
slecht	20	3,1	22	3,4
zeer slecht	0		0	
geen antwoord	125	19,3	140	21,7
Totaal	646	100,0	646	100,0

Tabel 8.4.: Oordeel van de gynaecologen over de samenwerking met de huisartsen en de verloskundigen, zowel vóór als na de invoering van de Verloskundige Indicatielijst

Samenwerking	voor invoering van de Verloskundige Indicatielijst		na invoering van de Verloskundige Indicatielijst	
	abs	%	abs	%
zeer goed	18	4,4	13	3,2
goed	195	47,6	137	33,4
matig/redelijk	92	22,4	104	25,4
slecht	21	5,1	71	17,3
zeer slecht	0		1	0,2
geen antwoord	84	20,5	84	20,5
Totaal	410	100,0	410	100,0

8.2.2. Volgens de adviserend geneeskundigen

Ook aan de adviserend geneeskundigen is gevraagd hoe zij de wijze waarop er door de verloskundige hulpverleners wordt samengewerkt beoordelen. Uit de gesprekken blijkt dat de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste en de tweede lijn maar in een beperkt aantal ziekenfonds-regio's als goed aangeduid kan worden (binnen de eerste lijn in één regio en tussen de eerste en de tweede lijn in vijf regio's, tabel 8.5).

De problemen tussen de beroepsgroepen onderling zijn volgens de adviseerend geneeskundigen in de praktijk vrijwel allemaal terug te voeren naar meningsverschillen over de afbakening van elkaars werkgebied. Binnen de eerste lijn levert de vestiging van verloskundigen in meerdere ziekenfonds-regio's problemen op. Een ander probleem dat hiermee samenhangt is, dat

in een aantal regio's de huisartsen het niet eens zijn met het primaat van de verloskundige en desondanks bevallingen willen blijven doen. Tussen de verloskundigen en gynaecologen ontstaan problemen doordat, volgens de verloskundigen, de gynaecologen ook fysiologische bevallingen naar zich toetrekken.

In veel ziekenfondsregio's konden de adviserend geneeskundigen geen uitspraak doen over de samenwerking tussen de huisartsen en de gynaecologen. De betrokkenheid van de huisartsen bij de verloskunde werd in die regio's als zeer gering aangeduid.

Opvallend is dat in relatief veel ziekenfondsregio's de samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners wisselend wordt genoemd (tabel 8.5). Wisselend wil zeggen dat er volgens de adviserend geneeskundigen in de ziekenfondsregio's verschillend wordt samengewerkt. Dit betekent dat de samenwerking in een deel van de regio bijvoorbeeld goed is en in een ander deel slecht. Wisselend kan echter ook betekenen dat de samenwerking in de ziekenfondsregio sterk afhankelijk is van de individuele beroepsbeoefenaren.

Tabel 8.5.: Samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste en de tweede lijn in het aantal ziekenfondsregio's, naar het oordeel van de adviserend geneeskundigen

	binnen de eerste lijn					totaal
	goed	matig/redelijk	wisselend	slecht	weet niet	
tussen eerste en tweede lijn						
goed	1	2	0	2	0	5
matig/redelijk	0	7	0	1	1	9
wisselend	0	0	9	2	0	11
slecht	0	0	2	5	0	7
weet niet	0	0	0	0	3	3
totaal	1	9	11	10	4	35

De Verloskundige Indicatielijst heeft onder andere tot doel de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen te verbeteren. Dit betekent het verbeteren van de samenwerking zowel binnen de eerste lijn als tussen de eerste en de tweede lijn. Kijken wij naar de meningen van de adviserend geneeskundigen hierover, dan blijkt dat slechts één van hen de samenwerking zowel binnen als tussen de eerste en de tweede lijn als goed typeert (tabel 8.5). Tien adviserend geneeskundigen (29%) vinden de samenwerking binnen de eerste lijn slecht, zeven adviserend geneeskundigen (20%) zijn van mening dat de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn slecht is.

Wij hebben eveneens aan de adviserend geneeskundigen gevraagd welke initiatieven zij in de periode vóór invoering van de Verloskundige Indicatielijst in 1987 hebben ondernomen om de samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners in hun regio te bevorderen. In 11 regio's (31%) hebben de adviserend geneeskundigen geen initiatieven ondernomen. Dit was in een aantal gevallen niet nodig in de ogen van de adviserend geneeskundige, omdat de verwijscijfers daar geen aanleiding toe gaven of omdat er al enige samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners bestond. Ook antwoordde een aantal adviserend geneeskundigen dat zij geen activiteiten ondernomen hadden omdat de mogelijkheden ontbraken of omdat de prioriteiten op een ander vlak lagen. Daarbij werd tevens het specialistenconflict aangegeven als een probleem waardoor het ziekenfonds in een aantal activiteiten belemmerd werd. In negen regio's (26%) hebben de adviserend geneeskundigen gesprekken gevoerd met (een deel) van de verloskundige hulpverleners. De overigen noemen eenmalige acties, zoals het opstellen van een regeling en een poging om tot overleg te komen. Bij één ziekenfonds heeft men ruimte in het budget gecreëerd om in een later stadium aandacht te besteden aan de verloskundige verwijscijfers. Zoals ook al door het grootste deel van de drie beroepsgroepen is opgemerkt, zijn ook de adviserend geneeskundigen van mening dat de invoering van de Verloskundige Indicatielijst niet tot een verbetering van de samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners heeft geleid. De veranderingen, die door een aantal adviserend geneeskundigen wordt opgemerkt, worden volgens hen niet veroorzaakt door de Verloskundige Indicatielijst maar ondermeer door de komst van andere (jongere) beroepsbeoefenaren. De invoering van de Verloskundige Indicatielijst heeft in zoverre effect gehad dat de discussie tussen de beroepsgroepen onderling in sommige regio's verscherpt is. Dit heeft volgens enkele adviserend geneeskundigen zelfs tot meer problemen geleid doordat de verloskundigen nu een handvat hebben om de strijd tegen de specialisten aan te gaan, of doordat de specialisten onderling van mening verschillen over het al of niet gebruiken van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. Veertien adviserend geneeskundigen (40%) zijn van plan om initiatieven te ondernemen om deze samenwerking te verbeteren. Twee daarvan proberen structurele veranderingen - het invoeren van een aangepaste indicatielijst, van de mediumsituatie of van de consultkaart - teweeg te brengen. Overige initiatieven die genoemd worden zijn het stimuleren van overleg, het versterken van de eerste lijn en het verzamelen van gegevens over de verloskundige zorgverlening in de regio. Dit laatste blijkt inderdaad noodzakelijk te zijn gezien het grote aantal adviserend geneeskundigen dat geen verloskundige cijfers kan geven.

8.3. Factoren die volgens de beroepsgroepen de verloskundige samenwerking (kunnen) bevorderen

In de eerste plaats is er een aantal bevorderende factoren dat zowel door de beroepsgroep huisartsen, als door de verloskundigen en de gynaecologen frequent genoemd wordt. Allereerst wordt regelmatig gestructureerd overleg door alle drie de beroepsgroepen als een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking gezien, eventueel in de vorm van een verloskundig samenwerkingsverband. Een tweede van belang zijnde voorwaarde voor een goede samenwerking, die door alle drie de beroepsgroepen genoemd wordt, is wederzijds respect en vertrouwen in elkaars functioneren. Verder zegt een deel van de gynaecologen dat het inachtnemen van de wens van de zwangere vrouw nadat de verloskundige en/of de gynaecoloog een advies heeft uitgebracht, de samenwerking ten goede zou kunnen komen. Ook enkele huisartsen en verloskundigen noemen de inbreng die de zwangere vrouw zou moeten hebben.

Daarnaast noemen de eerstelijnsverloskundige hulpverleners nog enkele bevorderende factoren. Met name het accepteren van de Verloskundige Indicatielijst met daarbij de invoering van de advieskaart zou de samenwerking ten goede kunnen komen.

De verloskundigen geven daarnaast nog aan dat er een positieve werking uit zou kunnen gaan van het wettelijk geregeld zijn van de rechtstreekse verwijzing door de verloskundige, de controle door de ziekenfondsen en het daadwerkelijk openstellen van alle ziekenhuizen. Verder zijn enkele verloskundigen van mening dat, alleen bij voldoende aanbod van zwangere vrouwen, er een goede samenwerking met de gynaecologen is. Tenslotte zeggen enkele gynaecologen dat zij betrokken zouden moeten worden bij de opleiding voor verloskundigen. Ook een verplichte registratie voor alle verloskundigen zou volgens hen bevorderend kunnen zijn voor de verloskundige coöperatie.

8.4. Factoren die volgens de beroepsgroepen de samenwerking (kunnen) belemmeren

Een eerste belemmerende factor die wij terugzien bij alle drie de beroepsgroepen is de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. In de eerste plaats klagen huisartsen en verloskundigen over het feit dat de gynaecologen in hun werkgebied deze lijst niet willen accepteren. Verder levert de nieuwe lijst een aantal conflicten op. Vanuit de beroepsgroep gynaecologen gaan er geluiden op dat de nieuwe lijst leidt tot een onverantwoord verwijsbeleid. Zowel door de gynaecologen als door de verloskundigen wordt de medium-situatie genoemd als zijnde een bron voor conflicten. Daarnaast komen bij

de verloskundigen de volgende opmerkingen over de Verloskundige Indicatielijst voor. De huisartsen zouden te weinig op de hoogte zijn van de nieuwe lijst waardoor teveel zwangere vrouwen in de tweede lijn terecht komen. De gynaecologen zouden na consultatie te veel geneigd zijn de vrouw over te nemen en de ziekenfondsen zouden de Verloskundige Indicatielijst ook niet nauwkeurig hanteren. Volgens de verloskundigen komen de problemen, die de invoering van de nieuwe lijst met zich mee heeft gebracht, de onderlinge samenwerking zeker niet ten goede.

Een andere bij alle drie de beroepsgroepen terugkerende opmerking betreft de financiële consequentie die het al dan niet doorverwijzen van de vrouw kan hebben. Vervolgens kunnen wij ook per beroepsgroep een aantal factoren noemen die vanuit hun positie gezien een belemmerende werking hebben op de verhoudingen met de andere verloskundige hulpverleners.

Allereerst omschrijven wij de problemen dat een aantal verloskundigen heeft met de gynaecologen. De verhouding met de gynaecologen verloopt problematisch wanneer de verloskundigen de indruk hebben dat door deze beroepsgroep de medische indicaties op oneigenlijke gronden gesteld worden en dat zij hieromtrent teveel invloed zouden uitoefenen op de patiënten. Een ander genoemd bezwaar is het feit dat er in sommige regio's een te groot aanbod is van gynaecologen en vooral van gynaecologen in opleiding. Dit grote aanbod leidt tot een medicalisering van de bevalling.

De verloskundigen geven ook aan dat er soms problemen zijn met de huisartsen. Deze laatste groep kan een bepalende rol spelen in het verwijzingsbeleid. Zo kunnen zij invloed uitoefenen op de keuze van de persoon naar wie er verwezen zal worden. Bovendien kunnen zij een medische reden aanvoeren om de bevalling thuis te doen in plaats van de verloskundige.

Tenslotte kunnen wij de problemen genoemd door huisartsen weergeven. Ook zij geven aan dat de invloed van gynaecologen op de vrouw en een groot aanbod van gynaecologen geen goede uitwerking heeft op de samenwerking. Verder heeft nog steeds een aantal huisartsen problemen met het primaat van de verloskundige waardoor er voor ziekenfondsverzekerden geen vrije keuze voor de leiding van de bevalling tussen de huisarts en de verloskundige bestaat. Als laatste zeggen enkele huisartsen niet in staat te zijn poliklinische bevallingen te begeleiden. Een te grote afstand tussen de praktijk en het ziekenhuis en het nog steeds niet opengesteld zijn van alle ziekenhuizen spelen daarbij een grote rol.

9. SAMENVATTING EN SLOTBESCHOUWING

In het onderhavige rapport stonden twee vraagstellingen centraal. In eerste instantie hebben wij gekeken in hoeverre de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen de Verloskundige Indicatielijst accepteren en welke oordelen daaraan ten grondslag liggen. In de tweede plaats hebben wij het gebruik dat de verloskundige hulpverleners maken van deze lijst onderzocht. Tevens is de rol van de adviserend geneeskundigen van de regionale ziekenfondsen gezien. Aan de hand van enkele items zullen wij in deze slotbeschouwing in het kort de belangrijkste resultaten uit dit onderzoek weergeven.

Noodzaak van de invoering van de Verloskundige Indicatielijst

In 1983 begint de WBK met een bijstelling van de Kloostermanlijst. Het grootste deel van de huisartsen en de verloskundigen zijn inderdaad van mening dat er een nieuwe lijst moest komen. De gynaecologen achten een herziening van de oude lijst minder noodzakelijk, slechts een kwart van deze beroepsgroep vindt dat de oude lijst bijgesteld moest worden. De richtlijnen die door de WBK zijn opgesteld, zijn landelijk totstandgekomen en geïntroduceerd. Een grote meerderheid van alle drie de beroepsgroepen is het eens met deze 'top-down' procedure. De meningen van de drie disciplines lopen veel meer uiteen als gevraagd wordt naar de samenstelling van deze werkgroep. Vooral de gynaecologen vinden dat er sprake was van een ondervertegenwoordiging van hun beroepsgroep in de WBK.

Als wij kijken naar de meningen van de adviserend geneeskundigen, dan blijkt dat het merendeel het eens is met het feit dat er richtlijnen worden opgesteld voor het verloskundig verwijsbeleid in de vorm van een herziening van de Kloostermanlijst. De meerderheid is het ook eens met de gevolgde werkwijze van de WBK. Zij stellen dat vanuit het veld waarschijnlijk geen indicatielijst tot stand zou zijn gekomen.

Voorlichting door de ziekenfondsen

De voorlichting van de ziekenfondsen die aan de invoering van het rapport vooraf zou moeten gaan laat te wensen over. Ongeveer de helft van alle huisartsen en een nog groter deel van de verloskundigen en gynaecologen hebben geen voorlichting ontvangen van het ziekenfonds. Als wij vervolgens bij de adviserend geneeskundigen te rade gaan blijkt eveneens dat niet alle adviserend geneeskundigen deze nieuwe lijst bij de verloskundige hulpverleners in hun regio geïntroduceerd hebben. Een belangrijk argument om geen initiatieven te ondernemen was, dat er op dat moment geen consensus was tussen de verloskundige hulpverleners in het veld. Men ver-

wachtte nog meer conflicten wanneer men de nieuwe lijst zou gaan introduceren.

Oordeel

De WBK heeft twee uitgangspunten geformuleerd die de basis vormen van de Verloskundige Indicatielijst. De zwangere vrouw kan in principe begeleid worden door een eerstelijnsverloskundige hulpverlener en kan in principe thuis bevallen tenzij er een indicatie is of ontstaat voor een verwijzing naar de gynaecoloog. Een van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek is het feit dat meer dan 86% van alle drie de beroepsgroepen deze uitgangspunten accepteert. Dit resultaat vormt een belangrijke ondersteuning voor de handhaving van het systeem van verloskunde in Nederland.

Ook de besliskundige criteria, met behulp waarvan per indicatie het verloskundig risico vertaald kan worden in het verloskundig verwijsbeleid, vormen voor meer dan de helft van de gynaecologen en voor een nog groter deel van de huisartsen en de verloskundigen een hulpmiddel bij het bepalen van een verantwoord verwijsbeleid.

De Verloskundige Indicatielijst voegt twee varianten toe aan het tot dan toe bestaande selectiesysteem. In de eerste plaats een overlegsituatie, waarbij voor de vaststelling van het verdere verwijsbeleid advies gevraagd wordt aan de gynaecoloog. Ten tweede de mediumsituatie waarbij, op grond van het verloskundig risico, een bevalling in het ziekenhuis gewenst is, maar de begeleiding kan geschieden door een huisarts of verloskundige. Vrijwel alle verloskundigen, driekwart van de huisartsen en bijna de helft van de gynaecologen zijn het eens met de eerstgenoemde variant, 'het overlegrisico'. Ondanks dat een groot deel van de gynaecologen zich kan vinden in een overlegsituatie, blijkt dat de daarbij toegekende verantwoordelijkheid aan de eerste lijn een struikelblok vormt om deze overlegsituatie te hanteren. Met betrekking tot de tweede variant, de mediumsituatie, wordt door de eerstelijnsverloskundige hulpverleners weinig bezwaar gemaakt. Van de gynaecologen daarentegen is meer dan de helft (58%) het oneens met deze mogelijkheid.

Acceptatie

Vrijwel alle huisartsen en verloskundigen accepteren de Verloskundige Indicatielijst volledig of in ieder geval grotendeels als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid. Dit is niet het geval voor de gynaecologen. Van deze groep accepteert eenderde de lijst grotendeels of volledig, eveneens eenderde zegt de lijst niet als richtlijn te kunnen accepteren.

Wij hebben zoveel mogelijk geprobeerd een uiteenzetting te geven van de oordeelsvorming die aan de acceptatie van de lijst voorafgaat. Bij deze oordeelsvorming zijn wij er vanuit gegaan dat deze beïnvloed wordt door de positieve of negatieve gevolgen die men verwacht bij het hanteren van de lijst. Samenwerking, toetsing van het verloskundig verwijsbeleid en een

goed onderbouwd protocol worden door alle drie de beroepsgroepen als belangrijk ervaren. In tegenstelling tot de eerstelijnsverloskundige hulpverleners, zijn de gynaecologen er niet van overtuigd dat de Verloskundige Indicatielijst het juiste instrument is om deze van belang zijnde items te bewerkstelligen. Verder blijkt dat de eerstelijnsverloskundige hulpverleners een verschuiving van tweede naar eerste lijn belangrijk vinden. Dit in tegenstelling tot de gynaecologen. Overigens blijkt dat alle drie de beroepsgroepen verwachten dat deze verschuiving op zou kunnen treden door het gebruik van deze lijst. Om hieromtrent duidelijkheid te scheppen zou het van belang kunnen zijn om te onderzoeken of deze verschuiving inderdaad optreedt.

Gebruik van de Verloskundige Indicatielijst

Het merendeel van de verloskundigen (82%) geeft te kennen dat men in de dagelijkse praktijk vrijwel altijd gebruikmaakt van de Verloskundige Indicatielijst. De huisartsen daarentegen maken veel minder gebruik van de lijst. Bijna 50% van hen geeft aan de lijst meestal of altijd te gebruiken. De gynaecologen maken het minst gebruik van de lijst. Slechts 18% van hen blijkt de lijst altijd of meestal te hanteren, terwijl bijna 56% te kennen geeft de lijst zelden tot nooit te hanteren.

Er bestaat overigens een discrepantie tussen de mate waarin de eerste en de tweede lijn, volgens eigen zeggen, gebruikmaken van de Verloskundige Indicatielijst en de mate waarin de eerste en tweede lijn, volgens elkaar, gebruikmaken van de lijst.

Het niet hanteren van de lijst door de gynaecologen wordt deels veroorzaakt doordat men het niet eens is met het verwijlsbeleid ten aanzien van een aantal indicaties. Dit zien wij terug als de drie beroepsgroepen een 26-tal indicaties worden voorgelegd. Vooral ten aanzien van de indicaties 'Infertilitetsbehandeling', 'Toxicose' (obstetrische anamnese), 'Totaalruptuur' en 'HBS-Antigeen positief tijdens zwangerschap', zien wij grote verschillen tussen de gynaecologen en verloskundigen. De verloskundigen stellen - zoals ook de Verloskundige Indicatielijst adviseert - bij deze indicatie eerstelijnsverloskundige zorg (A) voor. De gynaecologen daarentegen spreken zich in grote getale uit voor een bevalling onder specialistische begeleiding. Overigens moet nog wel worden opgemerkt dat, met name binnen de groep huisartsen, ten aanzien van een groot deel van de geselecteerde indicaties, grote verschillen bestaan in het gewenste verloskundige verwijlsbeleid.

Een opvallend resultaat is dat ten aanzien van een drietal indicaties het grootste deel van de drie beroepsgroepen een gelijkkluidend verwijlsbeleid voorstelt, dat afwijkt van hetgeen in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. Bij drie indicaties ('Vruchtwaterverlies', 'Toxicose' (tijdens prenatale periode) en 'Foetus mortuus') indiceert de lijst een 'overlegrisico', terwijl het grootste deel van de drie beroepsgroepen een bevalling in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog zou wensen. Bij de indicatie 'Afwijkend cervixuitstrijkje' zou volgens de meerderheid van de drie beroepsgroe-

pen een overleg-risico op zijn plaats zijn, terwijl de lijst daar eerste- of tweedelijnsverloskundige zorg voorstelt. Dit zou ervoor kunnen pleiten om in ieder geval ten aanzien van deze indicaties de lijst te herzien.

Met betrekking tot het hanteren van de lijst wordt in de indicatielijst een drietal mogelijkheden genoemd, die tot op heden (nog) niet in het huidige ziekenfondssysteem geëffectueerd zijn. Dit zijn: het rechtstreeks verwijzen van de verloskundige naar de gynaecoloog, het overlegrisico via de advieskaart en de mediumsituatie. Ten aanzien van het rechtstreeks verwijzen kan worden geconcludeerd dat zowel de verloskundigen als de gynaecologen dit als een belangrijke stimulans zien bij het hanteren van de lijst. De huisartsen zijn daar minder positief over.

Voor wat betreft het overlegrisico via de advieskaart zien wij dat vooral de verloskundigen (89%) en ruim de helft van de huisartsen (54%) dit als een belangrijke stimulans zien. De gynaecologen zijn hierover duidelijk verdeeld. Meer dan eenderde deel (39%) vindt deze wettelijke regeling een belangrijke stimulans, terwijl 33% daar niets inziet. Met betrekking tot de mediumsituatie zien wij dat het grootste deel van de gynaecologen daar problemen mee heeft.

Uit het voorgaande is wel duidelijk geworden dat de drie beroepsgroepen over een groot aantal aspecten van de nieuwe lijst verschillend denken. Dit heeft bij het hanteren van de lijst in de praktijk ongetwijfeld problemen opgeleverd. De bemiddelende rol die de adviserend geneeskundige hierbij zou kunnen spelen wordt echter voornamelijk door de verloskundigen beaamd (57%). De huisartsen (27%) en de gynaecologen (4%) zijn daar veel minder positief over.

Overigens blijkt dat de adviserend geneeskundige nog maar weinig is ingeschakeld. In die gevallen dat dit wel is gebeurd zijn de beroepsgroepen daar weinig tevreden over. Uit de praktijk blijkt dat de adviserend geneeskundige slechts een enkele keer gebruikmaakt van de Verloskundige Indicielijst bij het beoordelen van het verloskundig verwijsbeleid in de regio. Hieruit kunnen wij concluderen dat de adviserend geneeskundigen met betrekking tot het hanteren van de lijst een inactief beleid voeren, hetgeen met name door de verloskundigen als negatief wordt ervaren.

Literatuur

- ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE - 1987. Verloskundige Organisatie in Nederland; Uniek, bewonderd en verguisd: eindrapport. 's-Gravenhage, Distributiecentrum Overheidspublikaties (VR 87/4)
- AJZEN F., FISHBEIN M. - 1980. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall
- BERGHS G., SPANJAARDS E. - 1988. De normale zwangerschap: Bevallings en Beleid. Een prospectief onderzoek naar resultaten van 1034 normale zwangerschappen in de eerste- en tweedelijnsverloskundige zorg, gemeten aan de neurologische conditie van de pasgeborene. Nijmegen, KUN, dissertatie
- BOERMA W.G.W. - 1983. Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? Medisch Contact, 38, no.32, p.985-990
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK - 1989. Negentiger jaren. Statistiek in tijdreeksen. 's-Gravenhage, SDU/Uitgeverij/CBS-publikaties
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK - 1988. Geborenen naar aard verloskundige hulp en plaats van geboorte. Voorburg, CBS-publikaties
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK - 1989. Geborenen naar aard verloskundige hulp en plaats van geboorte. Voorburg, CBS-publikaties
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1977. Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Hulp 1977. Rijswijk
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1972. Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Hulp. Rijswijk
- CIALDINI R.B., PETTY R.E., CACIOPPO J.T. - 1981. Attitude and attitude change. Annual Review of Psychology, no.32, p.357-404
- DAMSTRA-WIJMENGA S.M.T. - 1982. Veilig bevallen. Een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Groningen
- HAAN W. DE, HOOGSTRATEN J., HORST ter G. - 1985. Het stimuleren van de vraag naar tandheelkundige hulp. Een toepassing van Ajzen en Fishbein's theory of Reasoned Action. Gezondheid en Samenleving, 6, no.2, p.100-112
- HOLMER e.a. - 1963. Leerboek Verloskunde. Scheltema Holtema Vermeulen BV. Amsterdam
- KLOOSTERMAN G.J. - 1973. Medische indicaties voor specialistische behandeling. In: De Voortplanting van de Mens
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING - 1987. Vademecum (3): basistakenpakket 2 pl., LHV
- LIEVAART M. - 1984. Toetsing van enkele Aspecten van de Verloskundige Zorg. Amsterdam, dissertatie
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT - 1987. Productie Statistiek 1986: Soort en omvang en functies faciliteiten producties: algemene ziekenhuizen: landelijke tabellen. Utrecht, NZI
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT - 1988. Productie Statistiek 1987: Soort en omvang en functies faciliteiten producties: algemene ziekenhuizen: landelijke tabellen. Utrecht, NZI
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT - 1989. Productie Statistiek 1988: Soort en omvang en functies faciliteiten producties: algemene ziekenhuizen: landelijke tabellen. Utrecht, NZI
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT - 1990. Productie Statistiek 1989: Soort en omvang en functies faciliteiten producties: algemene ziekenhuizen: landelijke tabellen. Utrecht, NZI
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE - 1987. Commentaar op het eindrapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst van een commissie ter advisering van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht, NVOG
- NEDERLANDSE ORGANISATIE VAN VERLOSKUNDIGEN - 1988. Verslag Algemene Ledenvergadering. Tijdschrift voor Verloskundigen, 13, no.1, p.19-28

- SHELLEKENS W. - 1987a. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst: inhoud en gebruik van het rapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (1). Medisch Contact, 42, no.20, p.619-621
- SHELLEKENS W. - 1987b. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst: totstandkoming rapport Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Medisch Contact, 42, p.621-623
- SIKKEL A. - 1979. De verloskundige organisatie in Nederland 1979. Rijswijk, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
- SNOO DE - 1930. Leerboek der Verloskunde. Wolters, Groningen
- TWEDE KAMER - 1988-1989. 20800, hoofdstuk XVI, nr.163. Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman
- ZIEKENFONDSRAAD - 1988. Advies inzake Verloskundige Hulp en Kraamzorg. Amstelveen, nr.397
- ZIEKENFONDSRAAD - 1982. Indicatielijst Klinisch Kraambed. Amstelveen, circulaire nr. 155
- ZIEKENFONDSRAAD - 1982a. Advies inzake Verloskundige Zorg. Amstelveen, circulaire nr.166
- ZIEKENFONDSRAAD - 1980. Poliklinische bevalling. Amstelveen, nr.20
- ZIEKENFONDSRAAD - 1987. Verloskundige Indicatielijst. Amstelveen, circulaire nr. 87/87

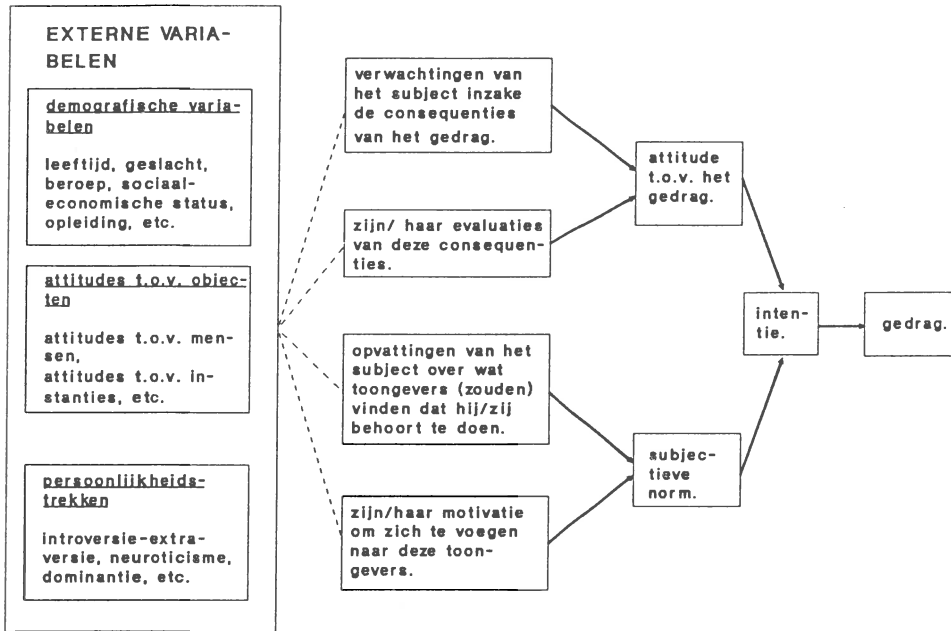
Lijst met gebruikte afkortingen

- CBS : Centraal Bureau voor de Statistiek
- EGG : Economisch Geografisch Gebied
- GHI : Geneeskundige Hoofdinspectie
- GOZ : Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties
- KNMG: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- LHV : Landelijke Huisartsen Vereniging
- LSV : Landelijke Specialisten Vereniging
- NIVEL: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- NK : Nationale Kruisvereniging
- NOV : Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- NVK : Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- NZI : Nationaal Ziekenhuisinstituut
- NZR : Nationale Ziekenhuisraad
- VNZ : Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (voorheen Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen)
- WBK : Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst

BIJLAGE 1: Belangrijkste ontwikkelingen die geleid hebben tot het uitkomen van de Verloskundige Indicatielijst

- 1930 Eerste selectie op grond van medische indicaties voor toxicose in de zwangerschap en voor een moeilijke bevalling op grond van liggingsafwijkingen en/of bekkenvernaauwing.
- 1958 In een vergadering van de Vereniging van Medisch Adviseurs en Controlerend Geneeskundigen van Algemene Ziekenfondsen geeft Professor Kloosterman commentaar op een indicatielijst voor specialistische hulp tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed, die door een medisch adviseur van een ziekenfonds was opgesteld.
- 1963 De meest voorkomende indicaties voor een bevalling in het ziekenhuis worden voor de eerste keer aangegeven in een lijst, 'medische indicaties tot klinische partus' in het Leerboek Verloskunde onder redactie van Professor Holmer.
- 1973 De Kloostermanlijst wordt opgenomen in het Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie.
- 1979 De Ziekenfondsraad pleit voor afzonderlijke lijsten van medische indicaties voor bevalling en kraambed.
- 1980 De Staatssecretaris deelt in een Adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad mee dergelijke indicatielijsten zinvol te achten.
- 1982 Advies inzake de verloskundige zorg.
De Raad spreekt uit overleg tot stand te zullen brengen tussen de betrokken beroepsgroepen, enkele onafhankelijke deskundigen en de medisch adviseur van de Ziekenfondsraad voor de opstelling van indicatieve lijsten van medische indicaties voor bevalling en kraambed.
Overleg resulteert in een Indicatielijst Klinisch Kraambed.
- 1983 De Ziekenfondsraad verzoekt de groeperingen en personen die hebben meegewerkt aan het totstandkomen van de Indicatielijst Klinisch Kraambed mee te werken aan een herziening van de lijst medische indicaties voor specialistische begeleiding van zwangerschap en bevalling (Kloostermanlijst). De hiervoor gevormde Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK) begint haar werkzaamheden.
- 1987 De Ziekenfondsraad zendt het rapport van de WBK, de Verloskundige Indicatielijst, toe aan alle verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en ziekenfondsen.

BIJLAGE 2: Het model van Ajzen en Fishbein (1980) en de relaties met externe variabelen



Ajzen en Fishbein gaan er vanuit dat gedrag voorspeld kan worden uit de intentie om dit gedrag te vertonen. De intentie wordt op haar beurt door twee zaken bepaald. Aan de ene kant door de attitude ten opzichte van het gedrag en aan de ander kant de subjectieve norm.

De attitude die iemand heeft ten aanzien van het gedrag is de mate waarin hij het goed of slecht vindt om bepaald gedrag te vertonen. Attitudes zijn opgebouwd uit consequenties die men aan het gedrag verbindt (verwachtingen) en de evaluatie van die consequenties.

Naast de attitude wordt de gedragsintentie ook bepaald door de sociale druk die men van buitenaf ervaart. De subjectieve norm staat voor de sociale druk die men vanuit de omgeving voelt om het gedrag in kwestie wel of niet uit te voeren. Deze subjectieve norm komt voort uit de opvattingen van het individu over wat de toonaangevende personen vinden dat hij behoort te doen en de motivatie om zich te voegen naar deze toongevvers.

Bij het afwegingsproces zullen externe variabelen een rol spelen. Deze variabelen worden gewoonlijk gehanteerd om verschillen in gedrag tussen mensen te verklaren. Ajzen en Fishbein kennen in hun model een bijzondere plaats toe aan deze externe variabelen. In tegenstelling tot veel andere benaderingen vinden Ajzen en Fishbein dit soort variabelen niet direct nodig voor het verklaren van het gedrag van mensen. De externe variabelen kunnen echter wel indirect van invloed zijn op het gedrag namelijk via de verschillende determinanten van gedrag in het model (verwachtingen, evaluaties, subjectieve norm etc.).

**BIJLAGE 3: VRAGENLIJST VOOR DE GESPREKKEN MET DE ADVISE-
REND GENEESKUNDIGEN VAN DE ZIEKENFONDSEN**

1. In 1987 is de nieuwe Verloskundige Indicatielijst tot stand gekomen. Alvorens over de invoering en het gebruik van de nieuwe lijst enige informatie te verzamelen zouden wij graag wat meer willen weten over de verloskundige zorgverlening zoals deze in Uw regio georganiseerd was vóór het uitkomen van de lijst.

Op de eerste plaats willen wij graag weten vanaf wanneer U bij dit ziekenfonds in dienst bent als adviserend geneeskundige:

. . . (mnd) (jaar)

2. Zou U een schatting kunnen geven van het aantal bevallingen dat per jaar bij dit ziekenfonds wordt gedeclareerd?

Aantal:

- Indien **ja**: Kunt U dit aantal eventueel uitsplitsen naar het percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen?

thuisbevallingen . . . %

ziekenhuisbevallingen . . .%

3. Hoeveel ziekenfondsverzekerden telt de regio?

Aantal:

4. Kunt U een schatting geven van het aandeel van de huisartsen, verloskundigen en gynaecologen in de verloskundige hulpverlening in Uw regio? (in procenten)

Huisartsen: . . . % van de bevallingen

Indien < 0%: Zijn er huisartsen die bevallingen doen ondanks het feit dat een verloskundige zich in het gebied gevestigd heeft en zo ja, waarom?

Verloskundigen: . . . % van de bevallingen

Gynaecologen : . . . % van de bevallingen

5. Hoe was de samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners in Uw regio vóór de invoering van de nieuwe lijst?
- Kunt U globaal aangeven tussen wie en in welke mate?
 - Welke problemen speelden er?
 - Welke initiatieven heeft U ondernomen om de samenwerking te verbeteren?
6. Vond U, gelet op de situatie in Uw gebied, dat er een aanpassing van de oude Kloostermanlijst nodig was?

7. Op 1 april 1987 is de nieuwe Verloskundige Indicatielijst verstuurd aan alle huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en ziekenfondsen. Ik heb U zojuist een aantal vragen gesteld over de periode vóór invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst. De komende vragen hebben betrekking op de situatie ná het uitkomen van de nieuwe lijst.

Heeft U zelf de Verloskundige Indicatielijst ontvangen?

8. Heeft U na 1 april 1987 nog het verzoek gehad van de beroepsgroepen om de Verloskundige Indicatielijst toe te sturen en zo ja, uit welke beroepsgroep kwam dat verzoek?
9. Bent U aanwezig geweest bij de door de Ziekenfondsraad georganiseerde bijeenkomst omtrent de invoering en het gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst in de praktijk?

Indien **ja**: Vindt U dat U op deze bijeenkomst goed bent voorgelicht?
Zo nee, welke aspecten zijn niet of onvoldoende aan de orde geweest?

Indien **nee**: Waren daar misschien specifieke redenen voor?

10. Heeft U met betrekking tot de invoering en het gebruik van de nieuwe lijst later nog weleens contact gehad met de Ziekenfondsraad?

Indien **ja**: Waarover heeft U contact gehad?

11. Heeft U speciale activiteiten ondernomen om de nieuwe lijst bij de beroepsgroepen in Uw regio te introduceren?

Indien **ja**: Op welke wijze heeft U de nieuwe lijst bij de beroepsgroepen geïntroduceerd?

- A. Heeft U de beroepsgroepen een brief gestuurd waarin aangegeven wordt hoe de nieuwe lijst gehanteerd dient te worden?

Indien **ja**: Aan wie, hoe vaak en wanneer?

- B. Heeft U de beroepsgroepen een brief gestuurd om een bijeenkomst aan te kondigen?

Indien **ja**: Aan wie, hoe vaak en wanneer?

- C. Heeft U telefonisch contact opgenomen met individuele beroepsbeoefenaren?

Indien **ja**: Met wie, hoe vaak en wanneer?

12. Hoe waren vanuit het veld de eerste reacties op de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

13. Heeft U bijeenkomsten voor de verloskundige hulpverleners belegd?

Indien **ja**: Voor wie?

Hoe was de opkomst?

Hoe vaak en wanneer?

Wat was het doel en wat was het resultaat van de bijeenkomst?

14. Zijn er, voor zover U daar antwoord op kunt geven, buiten U om bijeenkomsten belegd:

Indien **ja**: Voor wie?

Hoe was de opkomst?

Hoe vaak en wanneer?

Wat was het doel en wat was het resultaat van de bijeenkomst?

15. Bent U het ermee eens dat richtlijnen worden opgesteld voor het verloskundig verwijsbeleid?

Indien **ja**: Kunt U dit toelichten?

Indien **nee**: Waarom bent U het daar niet mee eens?

16. Bent U het ermee eens dat deze richtlijnen van bovenaf zijn opgelegd ('top-down' benadering)?

Indien **ja**: Kunt U dit toelichten?

Indien **nee**: Had U het beter gevonden wanneer de beroepsbeoefenaars zelf deze richtlijnen hadden opgesteld?

17. Een belangrijke doelstelling van ons onderzoek betreft het in kaart brengen van het gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst in de praktijk. Alvorens U een aantal vragen over het gebruik van de nieuwe lijst te stellen willen wij eerst weten of de nieuwe lijst geaccepteerd wordt door de verloskundige hulpverleners in Uw regio.

Indien **ja**: Wie wel en waarom?

Indien **nee**: Wie niet en waarom niet? (ingegaan op besliskundige criteria, uitgangspunten, voorwaarden en indicaties)

18. Het accepteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst hoeft nog niet direct in te houden dat de betreffende verloskundige hulpverleners ook daadwerkelijk gebruik maken van de nieuwe lijst. In hoeverre maken de hulpverleners gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

Indien **gebruik**:

Wie maakt gebruik van de nieuwe lijst en waarom?

In welke mate en op welke manier maken zij gebruik van de lijst?

Zijn er afspraken gemaakt over het gebruik en zo ja, welke afspraken?

Indien **deels gebruik**:

Wie maakt gedeeltelijk gebruik van de nieuwe lijst?

Op welke punten wordt van de lijst afgeweken en waarom?

Indien geen gebruik:

Wie maakt geen gebruik van de nieuwe lijst en waarom niet? (ingaan op besliskundige criteria, uitgangspunten, voorwaarden en indicaties)

Zijn er afspraken gemaakt en zo ja, welke afspraken?

Wordt er wel gebruik gemaakt van de oude Kloostermanlijst?

19. Denkt U dat gebruik van de Verloskundige Indicatielijst een kostenbesparing voor de ziekenfondsverzekering oplevert?

20. Wordt U door de verloskundige hulpverleners in Uw regio om advies gevraagd met betrekking tot het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

Indien **ja**: Door wie wordt om advies gevraagd?

Hoe vaak komt dit voor?

Waarover wordt advies gevraagd?

21. Treedt U op als bemiddelaar wanneer er conflicten zijn tussen de verloskundige hulpverleners in Uw regio?

Indien **ja**: Door wie wordt U ingeschakeld?

Hoe vaak komt dit voor?

Welke conflicten en wie spelen hierbij een rol?

22. Op welke wijze beoordeelt U de bij het ziekenfonds binnenkomende aanvragen voor machtiging van de partus en eventueel aansluitend verblijf in het ziekenhuis?

(Eventueel toelichten: Beoordelen met de nieuwe Verloskundige Indicatielijst ernaast, allemaal of een deel)

23. Komen er bij het beoordelen van de machtigingsaanvragen voor specialistische verloskundige zorg medische indicaties voor die volgens de nieuwe Verloskundige Indicatielijst geen medische indicaties zijn? (Eventueel verduidelijken met voorbeelden zoals infertiliteit, bekkenvernauwing en kunstverlossing)

Indien **ja**: Hoe vaak komt dit naar schatting voor?

Welke (on)terechte medische indicaties komen regelmatig voor?

Welke beleidslijn (eventueel aangeven het wel of niet honoreren) hanteert U hierbij en hoe reageert de betreffende verloskundige hulpverlener hierop?

24. Het is nu ongeveer tweeëneenhalf jaar geleden dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst aan iedereen is toegestuurd. Het lijkt ons interessant om te weten wat de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op dit moment opgeleverd heeft. De Ziekenfondsraad geeft in haar advies inzake verloskundige hulp aan dat consequente toepassing van de Verloskundige Indicatielijst een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg zal hebben. Is er in Uw regio sprake van een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg merkbaar geweest sinds de invoering van de nieuwe lijst?

Indien **nee**: Verwacht U op langere termijn wel een verschuiving in deze richting?

25. Hoe is op dit moment de samenwerking tussen de verloskundige hulpverleners in Uw regio?

- Spelen er dezelfde problemen als vóór invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst of zijn deze problemen inmiddels van de baan (eventueel door invoering van de Verloskundige Indicatielijst)?
- Doen zich nu andere problemen voor?
- Welke initiatieven onderneemt U nu om de samenwerking te verbeteren?

26. Denkt U dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de verloskundige zorg in Nederland kan verbeteren?

Indien **nee**: Hoe zou volgens U de verloskundige zorg in Nederland verbeterd kunnen worden?

BIJLAGE 4: Vragenlijst voor huisartsen



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
telefoon: 030 - 319946

EVALUATIE INVOERING 'VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST'

VRAGENLIJST VOOR HUISARTSEN

Voor inlichtingen kunt U bellen met Jannie Riteco, telefoon 030 - 319946

ALGEMENE GEGEVENS

1. Wat is Uw geboortedatum:
2. Bent U vrouw of man : 0 vrouw 0 man
3. In welk jaar bent U als huisarts afgestudeerd : 19 . .
4. Sedert wanneer bent U in Uw huidige praktijk werkzaam: 19 . .

VRAGEN OVER UW VERLOSKUNDIGE ACTIVITEITEN

5. Leidt U momenteel bevallingen? 0 ja 0 nee
- Hoeveel bevallingen leidde U in 1989?
aantal bevallingen:
 - Zoudt U minder of meer bevallingen willen leiden?
 - 0 liever meer bevallingen dan nu
 - 0 liever minder bevallingen dan nu
 - 0 geen behoefte aan verandering
- Hebt U in het verleden bevallingen geleid?
- 0 nee, na de opleiding niet meer
 - 0 ja, in de periode van 19 . . tot 19 . .
- Om welke reden(en) leidt U op dit moment geen bevallingen (meer)?
(U kunt er meerdere aankruisen)
- 0 te grote werkbelasting
 - 0 te weinig routine mogelijk
 - 0 geen waarneming te realiseren
 - 0 verloskundige in praktijkgebied
 - 0 andere reden(en), namelijk:
.....
.....
.....
6. In hoeverre zijn er in Uw praktijkgebied verloskundigen werkzaam?
- 0 in het hele praktijkgebied is/zijn verloskundige(n) werkzaam
 - 0 in een deel van het praktijkgebied is/zijn verloskundige(n) werkzaam
 - 0 geen verloskundigen in het praktijkgebied werkzaam

7. Verloskundige zorg beperkt zich niet tot de bevalling, doch strekt zich ook uit tot de pre- en postnatale periode.

In welke mate wordt U - voor zwangeren respectievelijk kraamvrouwen bij wie U niet de bevalling leidt of geleid heeft - bij pre- en postnatale zorg betrokken?

Wij onderscheiden de volgende zorgmomenten:

	meestal	soms	zelden/ nooit
- eenmalig onderzoek vóór de 11 ^e week (ter vaststelling van de zwangerschap en eventuele risico's)	0	0	0
- algemeen medisch onderzoek rond de 32 ^e week	0	0	0
- onderzoek van de baby ± 3 ^e dag na de bevalling	0	0	0
- afsluitend consult van de moeder ± 6 weken na de bevalling	0	0	0

MENINGEN OVER VERLOSKUNDIGE ZORG IN HET ALGEMEEN

8. In hoeverre vindt U onderstaande aspecten van de verloskundige zorg een taak voor huisartsen? (Dus los gezien van het feit of U er nu wel of niet bij betrokken bent)

	wel taak huisarts	onzeker	geen taak huisarts
- eenmalig onderzoek vóór de 11 ^e week	0	0	0
- algemeen medisch onderzoek rond de 32 ^e week	0	0	0
- het leiden van thuisbevallingen	0	0	0
- het leiden van poliklinische bevallingen zonder medische indicatie	0	0	0
- onderzoek van de baby rond de 3 ^e dag na de bevalling	0	0	0
- afsluitend consult van de moeder ± 6 weken na de bevalling	0	0	0

9. Kunt U aangeven in hoeverre U hetgeen in volgende uitspraken gesteld wordt belangrijk vindt?

	heel belang- rijk	be- lang- rijk	maakt niet uit	onbe- lang- rijk	volstrekt onbelang- rijk
- Vindt U het belangrijk dat samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zoveel mogelijk gestimuleerd wordt?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat er een verschuiving plaatsvindt van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat er een mogelijkheid bestaat het verloskundig verwijsbeleid te toetsen?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat bij het opstellen van een verloskundig protocol de daarvoor vastgestelde medische indicaties zoveel mogelijk door goed onderzoek onderbouwd zijn?	0	0	0	0	0

INVOERING VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

10. Bent U in het bezit van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
 ja nee
11. Op welke wijze heeft U vanuit het ziekenfonds voorlichting ontvangen omtrent het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)
 via een brief waarin uitgelegd wordt hoe de nieuwe Verloskundige Indicatielijst gehanteerd dient te worden
 via een bijeenkomst georganiseerd door het ziekenfonds
 persoonlijk contact
 anders, te weten:
 geen voorlichting ontvangen
12. Bent U tevreden over de manier waarop U al dan niet door het ziekenfonds bent voorgelicht over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
 zeer tevreden
 tevreden
 deels wel / deels niet tevreden
 ontevreden
 zeer ontevreden
13. Heeft U met betrekking tot het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst overleg gehad met huisartsen, verloskundigen en gynaecologen in Uw regio? (U kunt meerdere antwoordcategorieën aankruisen)
 ja, apart met huisarts(en)
 ja, apart met verloskundige(n)
 ja, apart met gynaecolo(o)g(en)
 ja, gezamenlijk met gynaecolo(o)g(en) en verloskundige(n)
 anders, te weten:
 nee, geen overleg gehad
14. Heeft de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de samenwerking tussen de beroepsgroepen in Uw regio bevorderd?
 ja
 nee
 weet niet
 n.v.t.
15. Was U vóór het verschijnen van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (april 1987) op de hoogte van het feit dat men bezig was de oude Kloostermanlijst te herzien?
 ja nee

-
16. In hoeverre bent U het ermee eens dat de oude Kloostermanlijst is herzien?
- helemaal mee eens
 - mee eens
 - deels wel / deels niet mee eens
 - mee oneens
 - volstrekt mee oneens

17. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is tot stand gekomen via een landelijke werkgroep samengesteld uit inhoudelijke deskundigen uit de diverse disciplines (WBK).

17a. Bent U het ermee eens dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op landelijk niveau tot stand is gekomen?

- ja
- nee, om de volgende reden(en)
-
- weet niet

17b. Bent U het eens met de samenstelling van de WBK?

- ja
- nee, om de volgende reden(en)
-
- weet niet

18. De nieuwe 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?

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

19. Bestonden er vóór de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (april 1987) tussen U en respectievelijk verloskundigen in Uw regio en gynaecologen waar U naar verwijst reeds afspraken over criteria voor medische indicaties?

Afspraken met verloskundigen

- nee
- ja, met alle verloskundigen
- ja, met een groot deel van de verloskundigen
- ja, met een klein deel van de verloskundigen
- n.v.t.

Afspraken met gynaecologen

- nee
- ja, met alle gynaecologen
- ja, met een groot deel van de gynaecologen
- ja, met een klein deel van de gynaecologen
- n.v.t.

-
20. a. Indien U vóór de invoering van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst** met respectievelijk verloskundigen en gynaecologen afspraken heeft gemaakt over criteria voor medische indicaties, in hoeverre kwamen de meeste van deze afspraken overeen met de richtlijnen gesteld in de oude **Kloostermanlijst**?

Afspraken met verloskundigen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

Afspraken met gynaecologen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

20. b. Indien U vóór de invoering van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst** met respectievelijk verloskundigen en gynaecologen afspraken heeft gemaakt over criteria voor medische indicaties, in hoeverre kwamen de meeste van deze afspraken overeen met de richtlijnen gesteld in de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst**?

Afspraken met verloskundigen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

Afspraken met gynaecologen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

MENINGEN OVER DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

21. Accepteert U de volgende twee uitgangspunten van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst**?

- a. De zwangere vrouw kan in principe begeleid worden door de eerstelijnsverloskundige hulpverlener (verloskundige of huisarts) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor begeleiding door de tweedelijnsverloskundige hulpverlener (gynaecoloog).

- ik accepteer dit uitgangspunt
 ik accepteer dit uitgangspunt niet

- b. De zwangere vrouw kan in principe thuis bevallen (of poliklinisch in een ziekenhuis als een verplaatste thuisbevalling) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor bevalling in het ziekenhuis.

- ik accepteer dit uitgangspunt
 ik accepteer dit uitgangspunt niet
-

22. De WBK baseert de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op de volgende vier 'besliskundige criteria':

- a. De aard van het risico voor moeder en/of kind bij de indicatie.
- b. De mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) te voorkomen.
- c. Tijdige onderkenning door de eerste en tweede lijn van het (dreigende) optreden van complicatie(s) bij deze indicatie.
- d. De mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om bij het optreden van deze complicatie(s) adequaat te interveniëren.

Bieden deze vier 'besliskundige criteria' U de mogelijkheid een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid?

- altijd
- meestal
- soms
- zelden
- nooit
- weet niet

23. In hoeverre accepteert U de nieuwe Verloskundige Indicatielijst als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid?

- accepteer ik volledig
- accepteer ik grotendeels
- accepteer ik voor een klein deel
- accepteer ik niet

24. In hoeverre bent U het ermee eens dat naast het lage risico (eerstelijnszorg) en het hoge risico (tweedelijnszorg) de varianten 'overleg-risico' en 'medium-situatie' zijn toegevoegd?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
Overleg-risico	0	0	0	0	0
Medium-situatie	0	0	0	0	0

25. 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?

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

26. In hoeverre bent U het eens met de volgende uitspraken?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
- De nieuwe Verloskundige Indicatielijst zou in het algemeen door de drie betrokken beroepsgroepen geaccepteerd moeten worden.	0	0	0	0	0
- De verloskundige moet zonder tussenkomst van de huisarts rechtstreeks naar de gynaecoloog kunnen verwijzen.	0	0	0	0	0
- De advieskaart (consult) zou een geschikt instrument kunnen zijn bij de totstandkoming van overleg tussen eerste en tweede lijn ('overleg-risico').	0	0	0	0	0
- Rechtstreekse verwijzing door de verloskundige naar de gynaecoloog is alleen mogelijk indien er sprake is van spoedeisende obstetrische problematiek.	0	0	0	0	0
- De medisch adviseur van het ziekenfonds kan bemiddelen bij problemen op medisch inhoudelijk gebied tussen de verschillende beroepsgroepen.	0	0	0	0	0

GEBRUIK VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

27. In hoeverre maakt U bij het bepalen van het verloskundig verwijzbeleid gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

- 0 altijd
- 0 meestal
- 0 soms
- 0 zelden
- 0 nooit
- 0 n.v.t.

28. Heeft U (zou U) de medisch adviseur van het ziekenfonds ingeschakeld (inschakelen) als U bij overlegsituaties niet tot overeenstemming kunt komen?

- 0 nee
- 0 ja
- 0 n.v.t.

29. Indien U de medisch adviseur weleens heeft ingeschakeld, hoe vaak is dat gebeurd sinds april 1987?

..... (aantal)

In hoeverre zou het wettelijk geregeld zijn van bovengenoemde mogelijkheden het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicielijst stimuleren?

	grote stimu- lans	sti- mu- lans	deels wel deels geen stimulans	geen stimu- lans	volstrekt geen sti- mulans
- rechtstreekse verwijzing door verloskundige	0	0	0	0	0
- overlegcrisico-procedure via advieskaart	0	0	0	0	0
- medium-situatie	0	0	0	0	0

34. Verwijst U de zwangere vrouwen altijd naar hetzelfde ziekenhuis?

- | | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">0 ja</p> <p>↙</p> <p>- naar welk ziekenhuis verwijst U en in welke plaats is dit ziekenhuis gevestigd?</p> <p>naam ziekenhuis:</p> <p>.....</p> <p>plaats:</p> | <p style="text-align: center;">0 nee</p> <p>↘</p> <p>- naar hoeveel ziekenhuizen verwijst U?</p> <p>aantal: . .</p> <p>- naar welk(e) ziekenhuis(huizen) verwijst U het meest en in welke plaats(en) is (zijn) het (de) ziekenhuis(huizen) gevestigd?</p> <p>naam ziekenhuis:</p> <p>.....</p> <p>plaats:</p> <p>naam ziekenhuis:</p> <p>.....</p> <p>plaats:</p> |
|---|---|

35. In hoeverre maken de specialisten naar wie U het meest verwijst gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicielijst?

- 0 altijd
- 0 meestal
- 0 soms
- 0 zelden
- 0 nooit

36. In hoeverre bent U het eens met de volgende uitspraken?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst stimuleert de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen.	0	0	0	0	0
Met behulp van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst kan het verloskundig verwijsbeleid getoetst worden.	0	0	0	0	0
Consequente toepassing van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zal een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg hebben.	0	0	0	0	0
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is een door goed onderzoek onderbouwd verloskundig protocol.	0	0	0	0	0
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst verbetert de kwaliteit van de verloskundige zorg.	0	0	0	0	0

37. Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatielijst terugvinden in het rapport.

Wilt U in de eerste kolom aangeven:

- welk verloskundig verwijsbeleid U bij elke indicatie in het algemeen wenselijk acht.

Wilt U in de tweede kolom aangeven:

- welk verloskundig verwijsbeleid U in de praktijk bij elke indicatie in het algemeen hanteert.

Hierbij kunt U de volgende mogelijkheden aankruisen:

- A = eerstelijnsverloskundige zorg C = tweedelijnsverloskundige zorg
- B = overleg risico B - D = medium-situatie

Nr. van de indicatie in de lijst (blz. 8-11)

1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:

- 1.1.A.5. Hernia nucleī pulposi
- 1.1.C.1. Prolapsoperatie
- 1.1.C.6. Afwijkend cervixuitstrijkje
- 1.1.C.7. Dochter van DES-moeder
- 1.1.C.8. IUD in situ
- 1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling

1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:

- 1.2.3. Toxicose
- 1.2.4. (herhaalde) Abortus
- 1.2.5. Partus immaturus
- 1.2.9. Forciple extractie of vacuümextractie
- 1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind
- 1.2.12. Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie
- 1.2.13. Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak
- 1.2.18. Totaalruptuur
- 1.2.20. Post-partum psychose

2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:

- 2.1. Intercurrente aandoeningen
- 2.3. Pyelitis
- 2.5. HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap
- 2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap
- 2.16. Vruchtwaterverlies
- 2.17. Zwangerschapsdiabetes
- 2.18. Toxicose
- 2.27. Serotiniteit
- 2.38. Foetus mortuus

3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:

- 3.2. Tekenen van foetale nood
- 3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen

Verloskundig verwijsbeleid dat U wenselijk acht			
A	B	C	B - D

Verloskundig verwijsbeleid dat U in de praktijk hanteert			
A	B	C	B - D

38. Een belangrijke doelstelling van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst is het bevorderen van de verloskundige samenwerking.
Zoudt U in het kort kunnen aangeven hoe de verloskundige samenwerking in Uw werkgebied is en welke factoren daarop van invloed zijn?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuele opmerkingen:

BIJLAGE 5: Vragenlijst voor verloskundigen



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
telefoon: 030 - 319946

EVALUATIE INVOERING 'VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST'

VRAGENLIJST VOOR VERLOSKUNDIGEN

Voor inlichtingen kunt U bellen met Jannie Riteco, telefoon 030 - 319946

ALGEMENE GEGEVENS

1. Wat is Uw geboortedatum:
2. Bent U vrouw of man : 0 vrouw 0 man
3. In welke hoedanigheid bent U op dit moment als verloskundige werkzaam?
 - 0 verloskundige in eigen praktijk
 - 0 verloskundige werkzaam in maatschapverband
 - 0 verloskundige in loondienst van een gezondheidscentrum (of stichting)
 - 0 verloskundige werkzaam in dienstverband van een ziekenhuis of kraaminrichting
 - 0 als assistent(e) werkzaam
 - 0 als waarneemster/nemer werkzaam

VRAGEN OVER UW VERLOSKUNDIGE ACTIVITEITEN

4. Leidt U momenteel bevallingen?
 - 0 ja
 - 0 nee
 5. a. Hoeveel bevallingen leidde U in 1989?
 - 0 geen bevallingen geleid
 - 0 < 100
 - 0 100-150
 - 0 150-200
 - 0 200-250
 - 0 250-300
 - 0 ≥ 300
 5. b. Zoudt U minder of meer bevallingen willen leiden?
 - 0 liever meer bevallingen dan nu
 - 0 liever minder bevallingen dan nu
 - 0 geen behoefte aan verandering
 - 0 n.v.t.
 6. Zijn er huisartsen in Uw praktijkgebied die bevallingen leiden en zo ja, welk percentage van het totaal aantal huisartsen in Uw praktijkgebied?
 - 0 ja, . . % van het totaal aantal huisartsen in mijn praktijkgebied
 - 0 nee
 - 0 n.v.t.
-

7. In welke mate zijn de huisartsen die in Uw praktijkgebied werkzaam zijn betrokken bij de pre- en postnatale zorg van zwangeren respectievelijk kraamvrouwen die door U worden begeleid? Wij onderscheiden de volgende zorgmomenten:

	meestal	soms	zelden/ nooit
- eenmalig onderzoek vóór de 11 ^e week (ter vaststelling van de zwangerschap en eventuele risico's)	0	0	0
- algemeen medisch onderzoek rond de 32 ^e week	0	0	0
- onderzoek van de baby ± 3 ^e dag na de bevalling	0	0	0
- afsluitend consult van de moeder ± 6 weken na de bevalling	0	0	0

MENINGEN OVER VERLOSKUNDIGE ZORG IN HET ALGEMEEN

8. Kunt U aangeven in hoeverre U hetgeen in volgende uitspraken gesteld wordt belangrijk vindt?

	heel belang- rijk	be- lang- rijk	maakt niet uit	onbe- lang- rijk	volstrekt onbelang- rijk
- Vindt U het belangrijk dat samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zoveel mogelijk gestimuleerd wordt?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat er een verschuiving plaatsvindt van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat er een mogelijkheid bestaat het verloskundig verwijsbeleid te toetsen?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat bij het opstellen van een verloskundig protocol de daarvoor vastgestelde medische indicaties zoveel mogelijk door goed onderzoek onderbouwd zijn?	0	0	0	0	0

INVOERING VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

9. Bent U in het bezit van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

0 ja 0 nee

10. Op welke wijze heeft U vanuit het ziekenfonds voorlichting ontvangen omtrent het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

0 via een brief waarin uitgelegd wordt hoe de nieuwe Verloskundige Indicatielijst gehanteerd dient te worden

0 via een bijeenkomst georganiseerd door het ziekenfonds

0 persoonlijk contact

0 anders, te weten:

0 geen voorlichting ontvangen

-
11. Bent U tevreden over de manier waarop U al dan niet door het ziekenfonds bent voorgelicht over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
- 0 zeer tevreden
 - 0 tevreden
 - 0 deels wel / deels niet tevreden
 - 0 ontevreden
 - 0 zeer ontevreden
12. Heeft U met betrekking tot het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst overleg gehad met verloskundigen, huisartsen en gynaecologen in Uw regio? (U kunt meerdere antwoordcategorieën aankruisen)
- 0 ja, apart met verloskundige(n)
 - 0 ja, apart met huisarts(en)
 - 0 ja, apart met gynaecolo(o)g(en)
 - 0 ja, gezamenlijk met gynaecolo(o)g(en) en huisarts(en)
 - 0 anders, te weten:
 - 0 nee, geen overleg gehad
13. Heeft de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de samenwerking tussen de beroepsgroepen in Uw regio bevorderd?
- 0 ja
 - 0 nee
 - 0 weet niet
 - 0 n.v.t.
14. Was U vóór het verschijnen van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (april 1987) op de hoogte van het feit dat men bezig was de oude Kloostermanlijst te herzien?
- 0 ja 0 nee
15. In hoeverre bent U het ermee eens dat de oude Kloostermanlijst is herzien?
- 0 helemaal mee eens
 - 0 mee eens
 - 0 deels wel / deels niet mee eens
 - 0 mee oneens
 - 0 volstrekt mee oneens
16. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is tot stand gekomen via een landelijke werkgroep samengesteld uit inhoudelijke deskundigen uit de diverse disciplines (WBK).
- a. Bent U het ermee eens dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op landelijk niveau tot stand is gekomen?
- 0 ja
 - 0 nee, om de volgende reden(en)
 -
 - 0 weet niet
-

b. Bent U het eens met de samenstelling van de WBK?

ja

nee, om de volgende reden(en)

weet niet

17. De nieuwe 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?

helemaal mee eens

mee eens

deels wel / deels niet mee eens

mee oneens

volstrekt mee oneens

18. Bestonden er vóór de invoering van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst** (april 1987) tussen U en respectievelijk huisartsen en gynaecologen in Uw regio reeds afspraken over criteria voor medische indicaties?

Afspraken met huisartsen

nee

ja, met alle huisartsen

ja, met een groot deel van de huisartsen

ja, met een klein deel van de huisartsen

n.v.t.

Afspraken met gynaecologen

nee

ja, met alle gynaecologen

ja, met een groot deel van de gynaecologen

ja, met een klein deel van de gynaecologen

n.v.t.

19. a. Indien U vóór de invoering van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst** met respectievelijk huisartsen en gynaecologen afspraken heeft gemaakt over criteria voor medische indicaties, in hoeverre kwamen de meeste van deze afspraken overeen met de richtlijnen gesteld in de oude **Kloostermanlijst**?

Afspraken met huisartsen

volledig overeen

grotendeels overeen

enigszins overeen

nauwelijks overeen

geenszins overeen

n.v.t.

Afspraken met gynaecologen

volledig overeen

grotendeels overeen

enigszins overeen

nauwelijks overeen

geenszins overeen

n.v.t.

-
19. b. Indien U vóór de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst met respectievelijk huisartsen en gynaecologen afspraken heeft gemaakt over criteria voor medische indicaties, in hoeverre kwamen de meeste van deze afspraken overeen met de richtlijnen gesteld in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

Afspraken met huisartsen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

Afspraken met gynaecologen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

MENINGEN OVER DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

20. Accepteert U de volgende twee uitgangspunten van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
- a. De zwangere vrouw kan in principe begeleid worden door de eerstelijnsverloskundige hulpverlener (verloskundige of huisarts) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor begeleiding door de tweedelijnsverloskundige hulpverlener (gynaecoloog).
- ik accepteer dit uitgangspunt
 ik accepteer dit uitgangspunt niet
- b. De zwangere vrouw kan in principe thuis bevallen (of poliklinisch in een ziekenhuis als een verplaatste thuisbevalling) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor een bevalling in het ziekenhuis.
- ik accepteer dit uitgangspunt
 ik accepteer dit uitgangspunt niet
21. De WBK baseert de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op de volgende vier 'besliskundige criteria':
- a. De aard van het risico voor moeder en/of kind bij de indicatie.
b. De mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) te voorkomen.
c. Tijdige onderkenning door de eerste en tweede lijn van het (dreigende) optreden van complicatie(s) bij deze indicatie.
d. De mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om bij het optreden van deze complicatie(s) adequaat te interveniëren.

Bieden deze vier 'besliskundige criteria' U de mogelijkheid een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid?

- altijd
 meestal
 soms
 zelden
 nooit
 weet niet
-

22. In hoeverre accepteert U de nieuwe Verloskundige Indicatielijst als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid?

- accepteer ik volledig
- accepteer ik grotendeels
- accepteer ik voor een klein deel
- accepteer ik niet

23. In hoeverre bent U het ermee eens dat 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	0	0	0	0	0
Medium-situatie	0	0	0	0	0

24. 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?

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

25. In hoeverre bent U het eens met de volgende uitspraken?

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel / deels niet mee eens	mee oneens	volstrekt mee oneens
- De nieuwe Verloskundige Indicatielijst zou in het algemeen door de drie betrokken beroepsgroepen geaccepteerd moeten worden.	0	0	0	0	0
- De verloskundige moet zonder tussenkomst van de huisarts rechtstreeks naar de gynaecoloog kunnen verwijzen.	0	0	0	0	0
- De advieskaart (consult) zou een geschikt instrument kunnen zijn bij de totstandkoming van overleg tussen eerste en tweede lijn ('overleg-risico').	0	0	0	0	0
- Rechtstreekse verwijzing door de verloskundige naar de gynaecoloog is alleen mogelijk indien er sprake is van spoedeisende obstetrische problematiek.	0	0	0	0	0
- De medisch adviseur van het ziekenfonds kan bemiddelen bij problemen op medisch-inhoudelijk gebied tussen de verschillende beroepsgroepen.	0	0	0	0	0

GEBRUIK VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

26. In hoeverre maakt U bij het bepalen van het verloskundig verwijzbeleid gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
- 0 altijd
 - 0 meestal
 - 0 soms
 - 0 zelden
 - 0 nooit
 - 0 n.v.t.
27. Heeft U (zou U) de medisch adviseur van het ziekenfonds ingeschakeld (inschakelen) als U bij overlegsituaties niet tot overeenstemming kunt komen?
- 0 nee
 - 0 ja
 - 0 n.v.t.
28. Indien U de medisch adviseur weleens heeft ingeschakeld, hoe vaak is dat gebeurd sinds april 1987?
- (aantal)
29. Bent U in het algemeen tevreden over de wijze waarop de medisch adviseur van het ziekenfonds bemiddelt bij het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
- 0 zeer tevreden
 - 0 tevreden
 - 0 deels wel / deels niet tevreden
 - 0 ontevreden
 - 0 zeer ontevreden
 - 0 n.v.t.
30. Heeft U over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst afspraken gemaakt met huisartsen in Uw werkgebied en zo ja, in hoeverre wijken deze afspraken af van de criteria die in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zijn opgesteld?
- 0 n.v.t.
 - 0 geen afspraken gemaakt
 - 0 wel afspraken gemaakt →
 - 0 deze afspraken wijken niet af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst
 - 0 deze afspraken wijken wel af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst en wel als volgt:
-
-

31. Heeft U over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst afspraken gemaakt met gynaecologen naar wie U verwijst en zo ja, in hoeverre wijken deze afspraken af van de criteria die in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zijn opgesteld?

n.v.t.

0 geen afspraken gemaakt

0 wel afspraken gemaakt →

0 deze afspraken wijken niet af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst

0 deze afspraken wijken wel af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst en wel als volgt:

.....

32. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst beschrijft een drietal mogelijkheden die tot op heden (nog) niet in het huidige ziekenfondssysteem geëffectueerd zijn. Te weten:

1. Rechtstreekse verwijzing naar de gynaecoloog door de verloskundige bij verloskundige problematiek.
2. De overlegrisico-procedure via de advieskaart.
3. De medisch geïndiceerde poliklinische bevalling onder leiding van een verloskundige of huisarts (medium-situatie).

In hoeverre zou het wettelijk geregeld zijn van bovengenoemde mogelijkheden het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst stimuleren?

	grote stimu- lans	sti- mu- lans	deels wel deels geen stimulans	geen stimu- lans	volstrekt geen sti- mulans
- rechtstreekse verwijzing door verloskundige	0	0	0	0	0
- overlegrisico-procedure via advieskaart	0	0	0	0	0
- medium-situatie	0	0	0	0	0

33. Verwijst U de zwangere vrouwen altijd naar hetzelfde ziekenhuis?

0 ja

0 nee

0 n.v.t. verder naar vraag 35

- naar welk ziekenhuis verwijst U en in welke plaats is het ziekenhuis gevestigd?

naam ziekenhuis:

.....

plaats:

- naar hoeveel ziekenhuizen verwijst U?
 aantal:

- naar welk(e) ziekenhuis(huizen) verwijst U het meest en in welke plaats(en) is (zijn) het (de) ziekenhuis(huizen) gevestigd?

naam ziekenhuis:

.....

plaats:

naam ziekenhuis:

.....

plaats:

34. In hoeverre maken de specialisten naar wie U het meest verwijst gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

- 0 altijd
- 0 meestal
- 0 soms
- 0 zelden
- 0 nooit
- 0 n.v.t.

35. In hoeverre bent U het eens met de volgende uitspraken?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst stimuleert de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen.	0	0	0	0	0
Met behulp van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst kan het verloskundig verwijsbeleid getoetst worden.	0	0	0	0	0
Consequente toepassing van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zal een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg hebben.	0	0	0	0	0
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is een door goed onderzoek onderbouwd verloskundig protocol.	0	0	0	0	0
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst verbetert de kwaliteit van de verloskundige zorg.	0	0	0	0	0

36. Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

Wilt U in de eerste kolom aangeven:

- welk verloskundig verwijsbeleid U bij elke indicatie in het algemeen wenselijk acht.

Wilt U in de tweede kolom aangeven:

- welk verloskundig verwijsbeleid U in de praktijk bij elke indicatie in het algemeen hanteert.

Hierbij kunt U de volgende mogelijkheden aankruisen:

- A = eerstelijnsverloskundige zorg C = tweedelijnsverloskundige zorg
- B = overleg risico B - D = medium-situatie

Nr. van de indicatie in de lijst (btz. 8-11)

1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:

- 1.1.A.5. Hernia nucleī pulposi
- 1.1.C.1. Prolapsoperatie
- 1.1.C.6. Afwijkend cervixuitstrijkje
- 1.1.C.7. Dochter van DES-moeder
- 1.1.C.8. IUD in situ
- 1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling

Verloskundig verwijsbeleid dat U wenselijk acht			
A	B	C	B - D

Verloskundig verwijsbeleid dat U in de praktijk hanteert			
A	B	C	B - D

1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:

- 1.2.3. Toxicose
- 1.2.4. (herhaalde) Abortus
- 1.2.5. Partus immaturus
- 1.2.9. Forcipale extractie of vacuümextractie
- 1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind
- 1.2.12. Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie
- 1.2.13. Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak
- 1.2.18. Totaalruptuur
- 1.2.20. Post-partum psychose

2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:

- 2.1. Intercurrente aandoeningen
- 2.3. Pyelitis
- 2.5. HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap
- 2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap
- 2.16. Vruchtwaterverlies
- 2.17. Zwangerschapsdiabetes
- 2.18. Toxicose
- 2.27. Serotiniteit
- 2.38. Foetus mortuus

3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:

- 3.2. Tekenen van foetale nood
- 3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen

37. Een belangrijke doelstelling van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst is het bevorderen van de verloskundige samenwerking.
Zoudt U in het kort kunnen aangeven hoe de verloskundige samenwerking in Uw werkgebied is en welke factoren daarop van invloed zijn?

.....

.....

.....

.....

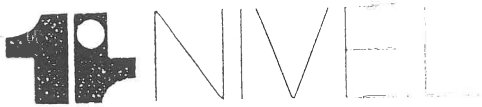
.....

.....

.....

Eventuele opmerkingen:

BIJLAGE 6: Vragenlijst voor gynaecologen



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
telefoon: 030 - 319946

EVALUATIE INVOERING 'VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST'

VRAGENLIJST VOOR GYNAECOLOGEN

Voor inlichtingen kunt U bellen met Jannie Riteco, telefoon 030 - 319946

ALGEMENE GEGEVENS

1. Wat is Uw geboortedatum:
 2. Bent U vrouw of man : 0 vrouw 0 man
 3. Aan welke universiteit en in welk jaar bent U als basisarts afgestudeerd?
Universiteit:
Jaar : 19 . .
 - 4a. In welk ziekenhuis en in welke plaats heeft U Uw specialistenopleiding gevolgd?
Naam opleidingskliniek: plaats:
 - 4b. Indien U een deel van Uw opleiding in een ander ziekenhuis heeft gevolgd in welk ziekenhuis en in welke plaats was dat?
Naam ziekenhuis : plaats:
 5. Sinds wanneer bent U in het specialistenregister ingeschreven?
Sinds: 19 . .
 6. Bent U op dit moment werkzaam als gynaecoloog?
0 ja
0 nee → verder naar vraag 8
 7. a. Sinds wanneer bent U in Uw huidige praktijk/werkkring werkzaam?
Sinds 19 . .
b. In welk ziekenhuis en in welke plaats oefent U Uw praktijk uit? (Indien U in meer dan één ziekenhuis werkzaam bent verzoeken wij U de namen van deze ziekenhuizen alsmede de plaatsen waar deze gevestigd zijn te noteren)
Naam ziekenhuis: plaats:
Naam ziekenhuis: plaats:
c. Bent U zelfstandig gevestigd of werkt U in dienstverband?
0 zelfstandig gevestigd
0 dienstverband
d. Werkt U in een solopraktijk of in maatschapsverband?
0 solopraktijk
0 maatschap
0 anders, te weten:
e. Indien U in een maatschap werkt hoeveel personen maken deel uit van de maatschap?
aantal:
 8. Indien U op dit moment niet werkzaam bent als gynaecoloog sinds wanneer bent U gestopt met de werkzaamheden?
gestopt sinds: 19 . .
-

Vragen over uw verloskundige activiteiten

9. Leidt U momenteel bevallingen?

ja

nee

10a. Hoeveel bevallingen leidde U in 1989?

aantal bevallingen:

10b. Zoudt U minder of meer bevallingen willen leiden?

liever meer bevallingen dan nu

liever minder bevallingen dan nu

geen behoefte aan verandering

n.v.t.

Meningen over verloskundige zorg in het algemeen

11. Kunt U aangeven in hoeverre U hetgeen in volgende uitspraken gesteld wordt belangrijk vindt?

	heel belang- rijk	be- lang- rijk	maakt niet uit	onbe- lang- rijk	volstrekt onbelang- rijk
- Vindt U het belangrijk dat samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zoveel mogelijk gestimuleerd wordt?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat er een verschuiving plaatsvindt van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat er een mogelijkheid bestaat het verloskundig verwijsbeleid te toetsen?	0	0	0	0	0
- Vindt U het belangrijk dat bij het opstellen van een verloskundig protocol de daarvoor vastgestelde medische indicaties zoveel mogelijk door goed onderzoek onderbouwd zijn?	0	0	0	0	0

Invoering verloskundige indicatielijst

12. Bent U in het bezit van de nieuwe Verloskundige Indicielijst?

ja nee

-
13. Op welke wijze heeft U vanuit het ziekenfonds voorlichting ontvangen omtrent het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)
- via een brief waarin uitgelegd wordt hoe de nieuwe Verloskundige Indicatielijst gehanteerd dient te worden
 - via een bijeenkomst georganiseerd door het ziekenfonds
 - persoonlijk contact
 - anders, te weten:
 - geen voorlichting ontvangen
14. Bent U tevreden over de manier waarop U al dan niet door het ziekenfonds bent voorgelicht over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
- zeer tevreden
 - tevreden
 - deels wel / deels niet tevreden
 - ontevreden
 - zeer ontevreden
15. Heeft U met betrekking tot het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst overleg gehad met verloskundigen, huisartsen en gynaecologen in Uw regio? (U kunt meerdere antwoordcategorieën aankruisen)
- ja, apart met gynaecolo(o)g(en)
 - ja, apart met verloskundige(n)
 - ja, apart met huisarts(en)
 - ja, gezamenlijk met huisarts(en) en verloskundige(n)
 - anders, te weten:
 - nee, geen overleg gehad
16. Heeft de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst de samenwerking tussen de beroepsgroepen in Uw regio bevorderd?
- ja
 - nee
 - weet niet
 - n.v.t.
17. Was U vóór het verschijnen van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (april 1987) op de hoogte van het feit dat men bezig was de oude Kloostermanlijst te herzien?
- ja nee
18. In hoeverre bent U het ermee eens dat de oude Kloostermanlijst is herzien?
- helemaal mee eens
 - mee eens
 - deels wel / deels niet mee eens
 - mee oneens
 - volstrekt mee oneens
-

19. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is tot stand gekomen via een landelijke werkgroep samengesteld uit inhoudelijke deskundigen uit de diverse disciplines (WBK).

a. Bent U het ermee eens dat de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op landelijk niveau tot stand is gekomen?

ja

nee, om de volgende reden(en)

.....

weet niet

b. Bent U het eens met de samenstelling van de WBK?

ja

nee, om de volgende reden(en)

.....

weet niet

20. De nieuwe 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?

helemaal mee eens

mee eens

deels wel / deels niet mee eens

mee oneens

volstrekt mee oneens

21. Bestonden er vóór de invoering van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (april 1987) tussen U en respectievelijk verloskundigen en huisartsen die naar U verwijzen reeds afspraken over criteria voor medische indicaties?

Afspraken met verloskundigen

nee

ja, met alle verloskundigen

ja, met een groot deel van de verloskundigen

ja, met een klein deel van de verloskundigen

n.v.t.

Afspraken met huisartsen

nee

ja, met alle huisartsen

ja, met een groot deel van de huisartsen

ja, met een klein deel van de huisartsen

n.v.t.

-
22. a. Indien U vóór de invoering van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst** met respectievelijk verloskundigen en huisartsen afspraken heeft gemaakt over criteria voor medische indicaties, in hoeverre kwamen de meeste van deze afspraken overeen met de richtlijnen gesteld in de oude **Kloostermanlijst**?

Afspraken met verloskundigen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

Afspraken met huisartsen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

22. b. Indien U vóór de invoering van de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst** met respectievelijk verloskundigen en huisartsen afspraken heeft gemaakt over criteria voor medische indicaties, in hoeverre kwamen de meeste van deze afspraken overeen met de richtlijnen gesteld in de nieuwe **Verloskundige Indicatielijst**?

Afspraken met verloskundigen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

Afspraken met huisartsen

- volledig overeen
 grotendeels overeen
 enigszins overeen
 nauwelijks overeen
 geenszins overeen
 n.v.t.

MENINGEN OVER DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

23. Accepteert U de volgende twee uitgangspunten van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?
- a. De zwangere vrouw kan in principe begeleid worden door de eerstelijnsverloskundige hulpverlener (verloskundige of huisarts) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor begeleiding door de tweedelijnsverloskundige hulpverlener (gynaecoloog).
- ik accepteer dit uitgangspunt
 ik accepteer dit uitgangspunt niet
- b. De zwangere vrouw kan in principe thuis bevallen (of poliklinisch in een ziekenhuis als een verplaatste thuisbevalling) tenzij er een indicatie is of ontstaat voor een bevalling in het ziekenhuis.
- ik accepteer dit uitgangspunt
 ik accepteer dit uitgangspunt niet
-

24. De WBK baseert de nieuwe Verloskundige Indicatielijst op de volgende vier 'besliskundige criteria':

- a. De aard van het risico voor moeder en/of kind bij de indicatie.
- b. De mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om het optreden van deze complicatie(s) te voorkomen.
- c. Tijdige onderkenning door de eerste en tweede lijn van het (dreigende) optreden van complicatie(s) bij deze indicatie.
- d. De mogelijkheden (van eerste en tweede lijn) om bij het optreden van deze complicatie(s) adequaat te interveniëren.

Bieden deze vier 'besliskundige criteria' U de mogelijkheid een verantwoorde beslissing te nemen ten aanzien van het verloskundig verwijsbeleid?

- altijd
- meestal
- soms
- zelden
- nooit
- weet niet

25. In hoeverre accepteert U de nieuwe Verloskundige Indicatielijst als richtlijn voor een verantwoord verloskundig verwijsbeleid?

- accepteer ik volledig
- accepteer ik grotendeels
- accepteer ik voor een klein deel
- accepteer ik niet

26. In hoeverre bent U het ermee eens dat naast het lage risico (eerstelijnszorg) en het hoge risico (tweedelijnszorg) de varianten 'overleg-risico' en 'medium-situatie' zijn toegevoegd?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
Overleg-risico	0	0	0	0	0
Medium-situatie	0	0	0	0	0

27. 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?

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

28. In hoeverre bent U het eens met de volgende uitspraken?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
- De nieuwe Verloskundige Indicatielijst zou in het algemeen door de drie betrokken beroepsgroepen geaccepteerd moeten worden.	0	0	0	0	0
- De verloskundige moet zonder tussenkomst van de huisarts rechtstreeks naar de gynaecoloog kunnen verwijzen.	0	0	0	0	0
- De advieskaart (consult) zou een geschikt instrument kunnen zijn bij de totstandkoming van overleg tussen eerste en tweede lijn ('overleg-risico').	0	0	0	0	0
- Rechtstreekse verwijzing door de verloskundige naar de gynaecoloog is alleen mogelijk indien er sprake is van spoedeisende obstetrische problematiek.	0	0	0	0	0
- De medisch adviseur van het ziekenfonds kan bemiddelen bij problemen op medisch-inhoudelijk gebied tussen de verschillende beroepsgroepen.	0	0	0	0	0

GEBRUIK VAN DE VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST

29. In hoeverre maakt U bij het bepalen van het verloskundig verwijsbeleid gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

- 0 altijd
- 0 meestal
- 0 soms
- 0 zelden
- 0 nooit
- 0 n.v.t.

30. Heeft U (zou U) de medisch adviseur van het ziekenfonds ingeschakeld (inschakelen) als U bij overlegsituaties niet tot overeenstemming kunt komen?

- 0 nee
- 0 ja
- 0 n.v.t.

31. Indien U de medisch adviseur weleens heeft ingeschakeld, hoe vaak is dat gebeurd sinds april 1987?

..... (aantal)

32. Bent U in het algemeen tevreden over de wijze waarop de medisch adviseur van het ziekenfonds bemiddelt bij het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

- zeer tevreden
- tevreden
- deels wel / deels niet tevreden
- ontevreden
- zeer ontevreden
- n.v.t.

33. Heeft U over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst afspraken gemaakt met verloskundigen die naar U verwijzen en zo ja, in hoeverre wijken deze afspraken af van de criteria die in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zijn opgesteld?

- n.v.t.
- geen afspraken gemaakt
- wel afspraken gemaakt → deze afspraken wijken niet af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst
- deze afspraken wijken wel af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst en wel als volgt:

.....
.....

34. Heeft U over het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst afspraken gemaakt met huisartsen die naar U verwijzen en zo ja, in hoeverre wijken deze afspraken af van de criteria die in de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zijn opgesteld?

- n.v.t.
- geen afspraken gemaakt
- wel afspraken gemaakt → deze afspraken wijken niet af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst
- deze afspraken wijken wel af van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst en wel als volgt:

.....
.....

35. a. In hoeverre maken de verloskundigen waarvan U de meeste verwijzingen ontvangt gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

- altijd
- meestal
- soms
- zelden
- nooit
- n.v.t.

35. b. In hoeverre maken huisartsen waarvan U de meeste verwijzingen ontvangt gebruik van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst?

- 0 altijd
- 0 meestal
- 0 soms
- 0 zelden
- 0 nooit
- 0 n.v.t.

36. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst beschrijft een drietal mogelijkheden die tot op heden (nog) niet in het huidige ziekenfondssysteem geëffectueerd zijn. Te weten:

1. Rechtstreekse verwijzing naar de gynaecoloog door de verloskundige bij verloskundige problematiek.
2. De overlegrisico-procedure via de advieskaart.
3. De medisch geïndiceerde poliklinische bevalling onder leiding van een verloskundige of huisarts (medium-situatie).

In hoeverre zou het wettelijk geregeld zijn van bovengenoemde mogelijkheden het hanteren van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst stimuleren?

	grote stimu- lans	sti- mu- lans	deels wel deels geen stimulans	geen stimu- lans	volstrekt geen sti- mulans
- rechtstreekse verwijzing door verloskundige	0	0	0	0	0
- overlegrisico-procedure via advieskaart	0	0	0	0	0
- medium-situatie	0	0	0	0	0

37. In hoeverre bent U het eens met de volgende uitspraken?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel deels niet mee eens	mee on- eens	volstrekt mee oneens
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst stimuleert de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen.	0	0	0	0	0
Met behulp van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst kan het verloskundig verwijsbeleid getoetst worden.	0	0	0	0	0
Consequente toepassing van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst zal een verschuiving van tweede- naar eerstelijnsverloskundige zorg tot gevolg hebben.	0	0	0	0	0
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is een door goed onderzoek onderbouwd verloskundig protocol.	0	0	0	0	0
De nieuwe Verloskundige Indicatielijst verbetert de kwaliteit van de verloskundige zorg.	0	0	0	0	0

38. Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

Wilt U in de eerste kolom aangeven:

- welk verloskundig verwijsbeleid U bij elke indicatie in het algemeen wenselijk acht.

Wilt U in de tweede kolom aangeven:

- welk verloskundig verwijsbeleid U in de praktijk bij elke indicatie in het algemeen hanteert.

Hierbij kunt U de volgende mogelijkheden aankruisen:

- A = eerstelijnsverloskundige zorg C = tweedelijnsverloskundige zorg
- B = overleg risico B - D = medium-situatie

Nr. van de indicatie in de lijst (blz. 8-11)

1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:

- 1.1.A.5. Hernia nucleī pulposi
- 1.1.C.1. Prolapsoperatie
- 1.1.C.6. Afwijkend cervixuitstrijkje
- 1.1.C.7. Dochter van DES-moeder
- 1.1.C.8. IUD in situ
- 1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling

Verloskundig verwijsbeleid dat U wenselijk acht			
A	B	C	B - D

Verloskundig verwijsbeleid dat U in de praktijk hanteert			
A	B	C	B - D

1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:

- 1.2.3. Toxicose
- 1.2.4. (herhaalde) Abortus
- 1.2.5. Partus immaturus
- 1.2.9. Forciple extractie of vacuümextractie
- 1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind
- 1.2.12. Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie
- 1.2.13. Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak
- 1.2.18. Totaalrupsuur
- 1.2.20. Post-partum psychose

2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:

- 2.1. Intercurrente aandoeningen
- 2.3. Pyelitis
- 2.5. HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap
- 2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap
- 2.16. Vruchtwaterverlies
- 2.17. Zwangerschapsdiabetes
- 2.18. Toxicose
- 2.27. Serotiniteit
- 2.38. Foetus mortuus

3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:

- 3.2. Tekenen van foetale nood
- 3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen

39. Een belangrijke doelstelling van de nieuwe Verloskundige Indicatielijst is het bevorderen van de verloskundige samenwerking.

Zoudt U in het kort kunnen aangeven hoe de verloskundige samenwerking in Uw werkgebied is en welke factoren daarop van invloed zijn?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuele opmerkingen:

BIJLAGE 7: Verloskundig actieve hulsartsen en het verloskundig verwijsbeleid dat zij wenselijk achten

Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

In de eerste kolom wordt het verloskundig verwijsbeleid aangegeven zoals dat in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. De tweede kolom geeft aan welk percentage van de beroepsgroep een bepaald verloskundig verwijsbeleid wenselijk acht. Hierbij is het hoogste percentage schuin gedrukt. Deze schuin gedrukte percentages vormen samen de door de beroepsgroep 'meest gewenste indicatielijst'.

Het verloskundig verwijsbeleid betreft de volgende mogelijkheden:

A = eerstelijnsverloskundige zorg

C = tweedelijnsverloskundige zorg

B = overleg risico

B - D = medium-situatie

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	Verloskundig verwijsbeleid				missing	
		A	B	C	B - D		
		%	%	%	%		
1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:							
1.1.A.5.	Hernia nucleī pulposi	A	31,8	<u>35,8</u>	15,9	16,5	7,2
1.1.C.1.	Prolapsoperatie	B evt. B-D	13,0	<u>41,0</u>	37,3	8,7	7,2
1.1.C.6.	Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	34,1	<u>42,0</u>	19,5	4,4	8,0
1.1.C.7.	Dochter van DES-moeder	A	<u>36,8</u>	<u>36,8</u>	20,9	5,5	7,5
1.1.C.8.	IUD in situ	A	<u>45,8</u>	31,9	17,1	5,2	7,5
1.1.C.9.	Infertiliteitsbehandeling	A	<u>47,8</u>	24,6	17,6	10,0	8,6
1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:							
1.2.3.	Toxicose	A	27,2	23,1	<u>39,8</u>	9,9	8,3
1.2.4.	(herhaalde) Abortus	A	<u>48,1</u>	19,8	24,9	7,2	6,4
1.2.5.	Partus immaturus	B	10,2	33,0	<u>50,7</u>	6,1	7,5
1.2.9.	Forciple extractie of vacuümextractie	A	<u>45,4</u>	24,0	20,9	9,7	6,2
1.2.11.	Vorige maal onderontwikkeld kind	C	16,7	<u>46,7</u>	25,6	11,0	7,0
1.2.12.	Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	13,5	<u>41,4</u>	29,6	15,5	6,7
1.2.13.	Vorige maal een dood kind; IUVD met onbekende oorzaak	B	6,0	24,0	<u>63,1</u>	6,9	6,2
1.2.18.	Totaalrupsuur	A	<u>36,8</u>	15,8	35,9	11,5	6,7
1.2.20.	Post-partum psychose	A	<u>58,8</u>	23,8	9,9	7,5	7,5
2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:							
2.1.	Intercurrente aandoeningen	A	<u>44,4</u>	<u>44,4</u>	4,3	6,8	13,1
2.3.	Pyelitis	A	<u>61,0</u>	26,6	9,0	3,4	7,2
2.5.	HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	<u>32,9</u>	31,8	26,9	8,4	7,2
2.7.	Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	17,3	22,3	<u>54,6</u>	5,8	7,2
2.16.	Vruchtwaterverlies	B	4,6	36,4	<u>52,3</u>	6,7	7,2
2.17.	Zwangerschapsdiabetes	C	6,3	18,1	<u>67,8</u>	7,8	6,7
2.18.	Toxicose	B	2,0	21,3	<u>72,1</u>	4,6	7,0
2.27.	Serotoniniteit	C evt. A	3,2	27,1	<u>59,2</u>	10,5	8,0
2.38.	Foetus mortuus	B evt. C of B-D	1,7	12,6	<u>82,0</u>	3,7	6,2
3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:							
3.2.	Tekenen van foetale nood	C	1,7	5,2	<u>88,2</u>	4,9	6,4
3.3.	Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	3,7	10,0	<u>77,7</u>	8,6	6,2

BIJLAGE 8: Verloskundigen en het verloskundig verwijsbeleid dat zij wenselijk achten

Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

In de eerste kolom wordt het verloskundig verwijsbeleid aangegeven zoals dat in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. De tweede kolom geeft aan welk percentage van de beroepsgroep een bepaald verloskundig verwijsbeleid wenselijk acht. Hierbij is het hoogste percentage schuin gedrukt. Deze schuin gedrukte percentages vormen samen de door de beroepsgroep 'meest gewenste indicatielijst'.

Het verloskundig verwijsbeleid betreft de volgende mogelijkheden:

A = eerstelijnsverloskundige zorg

C = tweedelijnsverloskundige zorg

B = overleg risico

B - D = medium-situatie

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	Verloskundig verwijsbeleid				missing	
		A	B	C	B - D		
		%	%	%	%	%	
1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:							
1.1.A.5.	Hernia nucleï pulposi	A	<u>53,3</u>	33,6	6,8	6,3	9,3
1.1.C.1.	Prolapsoperatie	B evt. B-D	7,8	<u>61,2</u>	19,2	11,8	9,0
1.1.C.6.	Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	35,1	<u>51,6</u>	9,7	3,6	10,8
1.1.C.7.	Dochter van DES-moeder	A	<u>59,3</u>	28,6	8,2	3,9	7,6
1.1.C.8.	IUD in situ	A	<u>67,8</u>	22,2	5,8	4,2	7,1
1.1.C.9.	Infertiliteitsbehandeling	A	<u>83,8</u>	11,2	2,8	2,2	7,6
1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:							
1.2.3.	Toxicose	A	<u>72,3</u>	19,4	5,8	2,5	7,3
1.2.4.	(herhaalde) Abortus	A	<u>80,9</u>	12,2	4,6	2,3	6,2
1.2.5.	Partus immaturus	B	8,2	<u>67,9</u>	21,1	2,8	7,4
1.2.9.	Forciple extractie of vacuümextractie	A	<u>84,0</u>	11,3	1,0	3,7	8,0
1.2.11.	Vorige maal onderontwikkeld kind	C	13,5	<u>52,4</u>	28,4	5,7	7,9
1.2.12.	Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	17,8	<u>57,0</u>	7,1	18,1	8,7
1.2.13.	Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	B	3,7	<u>44,8</u>	42,5	9,0	7,1
1.2.18.	Totaalruptuur	A	<u>83,9</u>	7,4	2,8	5,9	5,7
1.2.20.	Post-partum psychose	A	<u>75,4</u>	18,1	3,2	3,3	7,0
2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:							
2.1.	Intercurrente aandoeningen	A	<u>60,8</u>	33,5	3,2	2,5	11,9
2.3.	Pyelitis	A	<u>70,4</u>	19,9	7,5	2,2	7,3
2.5.	HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	<u>87,0</u>	8,7	3,0	1,3	6,0
2.7.	Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	<u>43,2</u>	35,3	17,3	4,2	6,8
2.16.	Vruchtwaterverlies	B	1,9	35,9	<u>57,6</u>	4,6	9,8
2.17.	Zwangerschapsdiabetes	C	0,7	13,0	<u>79,1</u>	7,2	7,4
2.18.	Toxicose	B	1,0	32,3	<u>63,7</u>	3,0	7,1
2.27.	Serotiniteit	C evt. A	1,8	24,9	<u>65,2</u>	8,1	7,9
2.38.	Foetus mortuus	B evt. C of B-D	1,5	35,5	<u>54,9</u>	8,1	10,1
3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:							
3.2.	Tekenen van foetale nood	C	-	5,3	<u>93,0</u>	1,7	6,5
3.3.	Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	0,8	9,5	<u>79,2</u>	10,5	7,1

BIJLAGE 9: Gynaecologen en het verloskundig verwijsbeleid dat zij wenselijk achten

Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

In de eerste kolom wordt het verloskundig verwijsbeleid aangegeven zoals dat in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. De tweede kolom geeft aan welk percentage van de beroepsgroep een bepaald verloskundig verwijsbeleid wenselijk acht. Hierbij is het hoogste percentage schuin gedrukt. Deze schuin gedrukte percentages vormen samen de door de beroepsgroep 'meest gewenste indicatielijst'.

Het verloskundig verwijsbeleid betreft de volgende mogelijkheden:

A = eerstelijnsverloskundige zorg
 B = overleg risico
 C = tweedelijnsverloskundige zorg
 B - D = medium-situatie

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	Verloskundig verwijsbeleid				missing
		A	B	C	B - D	
		%	%	%	%	%
1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:						
1.1.A.5. Hernia nucleī pulposi	A	5,5	31,9	<u>55,8</u>	6,8	11,2
1.1.C.1. Prolapsoperatie	B evt. B-D	1,3	12,7	<u>84,4</u>	1,6	9,3
1.1.C.6. Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	18,3	<u>42,4</u>	<u>32,7</u>	6,6	12,0
1.1.C.7. Dochter van DES-moeder	A	11,3	27,7	<u>56,1</u>	4,9	11,2
1.1.C.8. IUD in situ	A	20,7	33,8	<u>40,3</u>	5,2	11,7
1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling	A	15,4	35,7	<u>42,6</u>	6,3	14,6
1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:						
1.2.3. Toxicose	A	10,2	41,6	<u>43,8</u>	4,4	11,0
1.2.4. (herhaalde) Abortus	A	27,7	<u>35,4</u>	<u>30,5</u>	6,4	12,0
1.2.5. Partus immaturus	B	3,0	17,7	<u>77,4</u>	1,9	10,2
1.2.9. Forcipale extractie of vacuümextractie	A	17,8	<u>53,9</u>	<u>19,4</u>	8,9	12,2
1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind	C	1,6	22,8	<u>72,1</u>	3,5	10,0
1.2.12. Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	2,5	24,3	<u>63,4</u>	9,8	10,7
1.2.13. Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	B	1,9	6,7	<u>90,1</u>	1,3	9,3
1.2.18. Totaalruptuur	A	15,3	24,8	<u>52,5</u>	7,4	10,7
1.2.20. Post-partum psychose	A	16,7	35,4	<u>41,5</u>	6,4	12,4
2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:						
2.1. Intercurrente aandoeningen	A	8,4	<u>62,3</u>	22,7	6,6	18,5
2.3. Pyelitis	A	11,7	<u>45,4</u>	35,2	7,7	10,7
2.5. HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	30,5	29,9	<u>31,8</u>	7,8	12,0
2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	4,7	30,2	<u>61,8</u>	3,3	11,2
2.16. Vruchtwaterverlies	B	1,4	11,0	<u>86,2</u>	1,4	11,7
2.17. Zwangerschapsdiabetes	C	1,6	7,5	<u>89,8</u>	1,1	9,5
2.18. Toxicose	B	1,4	9,9	<u>88,1</u>	0,6	11,5
2.27. Serotiniteit	C evt. A	1,6	14,7	<u>79,3</u>	4,4	10,2
2.38. Foetus mortuus	B evt. C of B-D	1,9	5,2	<u>92,1</u>	0,8	10,2
3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:						
3.2. Tekenen van foetale nood	C	1,1	1,1	<u>97,5</u>	0,3	8,8
3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	1,4	6,0	<u>89,6</u>	3,0	10,2

BIJLAGE 10: Getoetste verschillen tussen het gemiddelde gewenste verloskundig verwijsbeleid van de drie beroepsgroepen

	verschillen tussen gemiddelde gewenste verloskundig verwijsbeleid		
	verloskundigen-gynaecologen	verloskundigen-huisartsen	huisartsen-gynaecologen
Indicaties waarbij de Verloskundige Indicatielijst eerstelijnsverloskundige zorg (A) voorstelt:			
1.1.A.5. Hernia nucleï pulposi	1.73 - 2.68*	1.73 - 2.20*	2.20 - 2.68*
1.1.C.6. Afwijkend cervixuitstrijke (evt. C)	1.98 - 2.31*	1.98 - 1.99	1.99 - 2.31*
1.1.C.7. Dochter van DES-moeder	1.60 - 2.60*	1.60 - 1.99*	1.99 - 2.60*
1.1.C.8. IUD in situ	1.51 - 2.36*	1.51 - 1.84*	1.84 - 2.36*
1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling	1.29 - 2.51*	1.29 - 1.92*	1.92 - 2.51*
1.2.3. Toxicose	1.47 - 2.46*	1.47 - 2.38*	2.38 - 2.46
1.2.4. (herhaalde) Abortus	1.32 - 2.19*	1.32 - 1.92*	1.92 - 2.19*
1.2.9. Forciple extractie of vacuümextractie	1.35 - 2.27*	1.35 - 1.97*	1.97 - 2.27*
1.2.18. Totaalruptuur	1.34 - 2.56*	1.34 - 2.26*	2.26 - 2.56*
1.2.20. Post-partum psychose	1.39 - 2.44*	1.39 - 1.68*	1.68 - 2.44*
2.1. Intercurrente aandoeningen	1.54 - 2.37*	1.54 - 1.84*	1.84 - 2.37*
2.3. Pyelitis	1.47 - 2.45*	1.47 - 1.58**	1.58 - 2.45*
2.5. HBS-Antigeen positief	1.23 - 2.23*	1.23 - 2.13*	2.13 - 2.23
2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap	1.89 - 2.67*	1.89 - 2.51*	2.51 - 2.67**
Indicaties waarbij de Verloskundige Indicatielijst overleg (B) of medium (B-D) voorstelt:			
1.1.C.1. Prolapsoperatie	2.47 - 2.88*	2.47 - 2.46	2.46 - 2.88*
1.2.5. Partus immaturus	2.24 - 2.82*	2.24 - 2.56*	2.56 - 2.82*
1.2.12. Vorige maal kind geboren in slechte conditie	2.34 - 2.84*	2.34 - 2.50**	2.50 - 2.84*
1.2.13. Vorige maal dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	2.62 - 2.93*	2.62 - 2.72	2.72 - 2.93*
2.16. Vruchtwaterverlies	2.70 - 2.91*	2.70 - 2.64	2.64 - 2.91*
2.18. Toxicose	2.74 - 2.93*	2.74 - 2.82	2.82 - 2.93**
2.38. Foetus mortuus (evt. C)	2.80 - 2.95**	2.80 - 2.88	2.88 - 2.95
Indicaties waarbij de Verloskundige Indicatielijst tweedelijnsverloskundige zorg voorstelt (C)			
1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind	2.34 - 2.80*	2.34 - 2.34	2.34 - 2.80*
2.17. Zwangerschapsdiabetes	2.98 - 2.92	2.98 - 2.79*	2.79 - 2.92**
3.2. Tekenen van foetale nood	3.01 - 2.98	3.01 - 2.96	2.96 - 2.98
3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	3.10 - 2.96**	3.10 - 2.92*	2.92 - 2.96
2.27. Serotiniteit (evt. A)	2.87 - 2.99	2.87 - 2.81	2.81 - 2.99

* Significantieniveau < 0.001

** Significantieniveau < 0.01

BIJLAGE 11: Verloskundig actieve huisartsen en het verloskundig verwijsbeleid dat zij hanteren

Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

In de eerste kolom wordt het verloskundig verwijsbeleid aangegeven zoals dat in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. De tweede kolom geeft aan welk percentage van de beroepsgroep een bepaald verloskundig verwijsbeleid hanteert. Hierbij is het hoogste percentage schuin gedrukt. Deze schuin gedrukte percentages vormen samen de door de beroepsgroep 'meest gehanteerde indicatielijst'.

Het verloskundig verwijsbeleid betreft de volgende mogelijkheden:

A = eerstelijnsverloskundige zorg

C = tweedelijnsverloskundige zorg

B = overleg risico

B - D = medium-situatie

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	Verloskundig verwijsbeleid				missing	
		A	B	C	B - D		
		%	%	%	%		
1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:							
1.1.A.5.	Hernia nucleï pulposi	A	31,1	<u>36,9</u>	17,8	14,2	12,9
1.1.C.1.	Prolapsoperatie	B evt. B-D	12,5	35,2	<u>43,4</u>	8,9	12,3
1.1.C.6.	Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	34,6	<u>36,7</u>	25,3	3,4	13,1
1.1.C.7.	Dochter van DES-moeder	A	<u>34,0</u>	<u>34,0</u>	27,0	5,1	15,5
1.1.C.8.	IUD in situ	A	<u>45,4</u>	29,3	20,7	4,6	13,1
1.1.C.9.	Infertiliteitsbehandeling	A	<u>28,8</u>	27,9	<u>34,0</u>	9,2	12,6
1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:							
1.2.3.	Toxicose	A	26,3	22,3	<u>43,4</u>	8,0	12,3
1.2.4.	(herhaalde) Abortus	A	<u>39,8</u>	22,3	31,5	6,4	12,3
1.2.5.	Partus immaturus	B	8,6	26,3	<u>59,3</u>	5,8	12,3
1.2.9.	Forcipale extractie of vacuümextractie	A	<u>43,1</u>	22,9	29,7	9,3	11,0
1.2.11.	Vorige maal onderontwikkeld kind	C	15,2	<u>38,5</u>	35,8	10,6	11,5
1.2.12.	Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	13,0	31,5	<u>39,7</u>	15,8	11,5
1.2.13.	Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	B	5,1	16,3	<u>72,0</u>	6,6	11,0
1.2.18.	Totaalruptuur	A	32,3	13,9	<u>44,1</u>	9,7	11,3
1.2.20.	Post-partum psychose	A	<u>55,8</u>	21,6	15,0	7,5	14,5
2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:							
2.1.	Intercurrente aandoeningen	A	<u>44,5</u>	42,9	4,5	8,1	16,9
2.3.	Pyelitis	A	<u>62,8</u>	24,7	8,8	3,7	12,1
2.5.	HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	<u>33,0</u>	30,2	28,4	8,3	13,1
2.7.	Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	15,2	19,8	<u>61,3</u>	3,7	12,1
2.16.	Vruchtwaterverlies	B	4,3	26,7	<u>61,7</u>	7,3	11,8
2.17.	Zwangerschapsdiabetes	C	5,7	13,1	<u>74,0</u>	7,2	10,2
2.18.	Toxicose	B	2,4	16,2	<u>76,9</u>	4,5	10,7
2.27.	Serotiniteit	C evt. A	2,1	23,3	<u>64,2</u>	10,3	11,5
2.38.	Foetus mortuus	B evt. C of B-D	2,1	8,7	<u>86,5</u>	2,7	10,5
3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:							
3.2.	Tekenen van foetale nood	C	2,7	3,6	<u>89,4</u>	4,2	11,5
3.3.	Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	2,4	5,7	<u>85,8</u>	6,0	11,0

BIJLAGE 12: Verloskundigen en het verloskundig verwijsbeleid dat zij hanteren

Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

In de eerste kolom wordt het verloskundig verwijsbeleid aangegeven zoals dat in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. De tweede kolom geeft aan welk percentage van de beroepsgroep een bepaald verloskundig verwijsbeleid hanteert. Hierbij is het hoogste percentage schuin gedrukt. Deze schuin gedrukte percentages vormen samen de door de beroepsgroep 'meest gehanteerde indicatielijst'.

Het verloskundig verwijsbeleid betreft de volgende mogelijkheden:

A = eerstelijnsverloskundige zorg

C = tweedelijnsverloskundige zorg

B = overleg risico

B - D = medium-situatie

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	Verloskundig verwijsbeleid				missing	
		A	B	C	B - D		
		%	%	%	%		
1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:							
1.1.A.5.	Hernia nucleï pulposi	A	<u>47,5</u>	36,0	12,2	4,3	16,6
1.1.C.1.	Prolapsoperatie	B evt. B-D	5,8	<u>54,4</u>	29,5	10,3	17,2
1.1.C.6.	Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	29,3	<u>47,8</u>	17,7	5,1	18,7
1.1.C.7.	Dochter van DES-moeder	A	<u>52,7</u>	31,1	13,4	2,8	16,9
1.1.C.8.	IUD in situ	A	<u>61,8</u>	24,2	10,0	4,1	16,1
1.1.C.9.	Infertiliteitsbehandeling	A	<u>70,6</u>	12,1	14,2	3,0	18,3
1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:							
1.2.3.	Toxicose	A	<u>70,1</u>	17,9	8,9	3,1	15,0
1.2.4.	(herhaalde) Abortus	A	<u>73,4</u>	10,7	13,2	2,7	14,6
1.2.5.	Partus immaturus	B	6,5	<u>55,2</u>	35,9	2,4	14,7
1.2.9.	Forciple extractie of vacuümextractie	A	<u>79,0</u>	12,7	3,3	5,0	15,9
1.2.11.	Vorige maal onderontwikkeld kind	C	11,2	<u>44,4</u>	38,9	5,5	15,3
1.2.12.	Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	16,0	<u>55,4</u>	14,7	13,9	15,6
1.2.13.	Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	B	3,1	36,3	<u>53,0</u>	7,5	15,6
1.2.18.	Totaalruptuur	A	<u>74,7</u>	9,9	9,5	5,9	13,8
1.2.20.	Post-partum psychose	A	<u>70,9</u>	19,6	5,5	4,0	15,3
2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:							
2.1.	Intercurrente aandoeningen	A	<u>59,3</u>	33,1	5,6	1,9	19,7
2.3.	Pyelitis	A	<u>66,7</u>	20,1	10,5	2,7	14,4
2.5.	HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	<u>85,2</u>	8,9	3,6	2,4	14,4
2.7.	Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	<u>34,9</u>	31,8	29,2	4,2	15,2
2.16.	Vruchtwaterverlies	B	2,0	33,7	<u>60,7</u>	3,5	16,9
2.17.	Zwangerschapsdiabetes	C	0,7	8,1	<u>85,2</u>	6,0	14,4
2.18.	Toxicose	B	0,5	28,4	<u>67,5</u>	3,6	14,4
2.27.	Serotiniteit	C evt. A	0,9	21,3	<u>68,8</u>	9,0	13,6
2.38.	Foetus mortuus	B evt. C of B-D	0,7	23,0	<u>71,1</u>	5,2	16,4
3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:							
3.2.	Tekenen van foetale nood	C	-	3,6	<u>94,6</u>	1,8	14,2
3.3.	Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	0,5	6,7	<u>85,4</u>	7,4	14,2

BIJLAGE 13: Gynaecologen en het verloskundig verwijsbeleid dat zij hanteren

Hieronder volgt een opsomming van een aantal indicaties. Deze indicaties zijn overgenomen uit de nieuwe Verloskundige Indicatielijst (zie het rapport 'de Verloskundige Indicatielijst', pagina 8 tot en met 11). Aan de hand van het aangegeven nummer vóór de indicatie kunt U de genoemde indicatie terugvinden in het rapport.

In de eerste kolom wordt het verloskundig verwijsbeleid aangegeven zoals dat in de Verloskundige Indicatielijst wordt voorgesteld. De tweede kolom geeft aan welk percentage van de beroepsgroep een bepaald verloskundig verwijsbeleid hanteert. Hierbij is het hoogste percentage schuin gedrukt. Deze schuin gedrukte percentages vormen samen de door de beroepsgroep 'meest gehanteerde indicatielijst'.

Het verloskundig verwijsbeleid betreft de volgende mogelijkheden:

A = eerstelijnsverloskundige zorg

C = tweedelijnsverloskundige zorg

B = overleg risico

B - D = medium-situatie

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	Verloskundig verwijsbeleid				missing
		A	B	C	B - D	
		%	%	%	%	%
1.1. Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:						
1.1.A.5. Hernia nucleï pulposi	A	6,6	32,5	<u>54,3</u>	6,6	22,7
1.1.C.1. Prolapsoperatie	B evt. B-D	1,6	13,1	<u>83,8</u>	1,6	21,7
1.1.C.6. Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	24,0	<u>40,6</u>	30,4	5,1	23,7
1.1.C.7. Dochter van DES-moeder	A	13,5	29,7	<u>51,9</u>	4,8	24,4
1.1.C.8. IUD in situ	A	22,4	34,1	<u>38,3</u>	5,2	24,9
1.1.C.9. Infertiliteitsbehandeling	A	17,6	33,4	<u>42,2</u>	6,8	27,8
1.2. Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:						
1.2.3. Toxicose	A	12,7	39,4	<u>42,5</u>	5,4	23,2
1.2.4. (herhaalde) Abortus	A	29,1	<u>34,8</u>	30,0	6,1	23,7
1.2.5. Partus immaturus	B	3,2	16,1	<u>77,9</u>	2,8	22,7
1.2.9. Forcipale extractie of vacuümextractie	A	27,6	<u>46,1</u>	19,4	6,9	25,9
1.2.11. Vorige maal onderontwikkeld kind	C	3,1	23,4	<u>69,8</u>	3,7	21,7
1.2.12. Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	4,8	25,1	<u>59,0</u>	11,1	23,2
1.2.13. Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	B	1,9	5,3	<u>91,0</u>	1,9	21,1
1.2.18. Totaalruptuur	A	16,2	22,6	<u>52,2</u>	8,9	23,4
1.2.20. Post-partum psychose	A	19,6	32,1	<u>41,7</u>	6,7	23,9
2. Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:						
2.1. Intercurrente aandoeningen	A	13,6	<u>59,3</u>	20,3	6,8	28,0
2.3. Pyelitis	A	17,9	<u>39,6</u>	35,5	6,9	22,4
2.5. HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	<u>34,3</u>	28,9	29,6	7,2	22,4
2.7. Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	6,9	28,3	<u>61,9</u>	2,8	22,4
2.16. Vruchtwaterverlies	B	1,3	10,5	<u>86,0</u>	2,2	23,4
2.17. Zwangerschapsdiabetes	C	1,9	6,8	<u>89,2</u>	2,2	21,2
2.18. Toxicose	B	0,6	10,3	<u>87,8</u>	1,3	22,0
2.27. Serotiniteit	C evt. A	1,2	14,3	<u>79,2</u>	5,3	21,5
2.38. Foetus mortuus	B evt. C of B-D	1,6	4,7	<u>93,1</u>	0,6	22,4
3. Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:						
3.2. Tekenen van foetale nood	C	0,9	0,9	<u>97,5</u>	0,6	21,5
3.3. Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	1,3	5,1	<u>90,2</u>	3,5	22,9

BIJLAGE 14: Het wenselijk achten en het daadwerkelijk hanteren van het verloskundig verwijsbeleid door de drie beroepsgroepen zoals aangegeven in de Verloskundige Indicatielijst

Nummer van de indicatie in de Verloskundige Indicatielijst	volgens Verloskundige Indicatielijst	huisartsen		verloskundigen		gynaecologen		
		wense- lijk %	hante- ren %	wense- lijk %	hante- ren %	wense- lijk %	hante- ren %	
1.1.	Indicaties op grond van aandoeningen die de zwangerschap en/of bevalling ongunstig (kunnen) beïnvloeden of door deze ongunstig beïnvloed worden:							
1.1.A.5.	Hernia nucleī pulposi	A	31,8	31,1	53,2	47,5	5,5	6,6
1.1.C.1.	Prolapsoperatie	B evt. B-D	49,7	44,0	73,0	64,7	14,2	14,6
1.1.C.6.	Afwijkend cervixuitstrijkje	A evt. C	53,6	59,9	44,8	47,0	51,0	54,3
1.1.C.7.	Dochter van DES-moeder	A	36,8	34,0	59,3	52,7	11,3	13,5
1.1.C.8.	IUD in situ	A	45,8	45,4	67,8	61,8	20,7	22,4
1.1.C.9.	Infertiliteitsbehandeling	A	47,8	28,8	83,8	70,6	15,4	17,6
1.2.	Indicaties op grond van de obstetrische anamnese:							
1.2.3.	Toxicose	A	27,2	26,3	72,3	70,1	10,1	12,7
1.2.4.	(herhaalde) Abortus	A	48,1	39,8	80,9	73,4	27,7	29,1
1.2.5.	Partus immaturus	B	33,0	26,3	67,9	55,2	17,7	16,1
1.2.9.	Forcipale extractie of vacuümextractie	A	45,4	43,1	84,0	79,0	17,8	27,6
1.2.11.	Vorige maal onderontwikkeld kind	C	25,6	35,8	28,4	38,9	72,1	69,8
1.2.12.	Vorige maal een kind geboren in een slechte conditie	B	41,4	31,5	56,9	55,4	24,3	25,1
1.2.13.	Vorige maal een dood kind: IUVD met onbekende oorzaak	B	24,0	16,3	44,8	36,3	6,7	5,3
1.2.18.	Totaalruptuur	A	36,8	32,3	83,9	74,7	15,3	16,2
1.2.20.	Post-partum psychose	A	58,8	55,8	75,4	70,9	16,7	19,6
2.	Indicaties ontstaan tijdens de prenatale periode:							
2.1.	Intercurrente aandoeningen	A	44,4	44,5	60,8	59,3	8,4	13,6
2.3.	Pyelitis	A	61,0	62,8	70,5	66,7	11,7	17,9
2.5.	HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap	A	32,9	33,0	87,0	85,2	30,5	34,3
2.7.	Laparotomie tijdens de zwangerschap	A	17,3	15,2	43,2	34,9	4,7	6,9
2.16.	Vruchtwaterverlies	B	36,4	26,7	35,8	33,7	11,0	10,5
2.17.	Zwangerschapsdiabetes	C	67,8	74,0	79,1	85,2	89,8	89,2
2.18.	Toxicose	B	21,3	16,2	32,3	28,4	9,9	10,3
2.27.	Serotiniteit	C evt. A	62,4	66,4	67,1	69,7	81,0	80,4
2.38.	Foetus mortuus	B evt. C of B-D	98,3	97,9	98,5	99,3	98,1	98,4
3.	Indicaties ontstaan tijdens de bevalling:							
3.2.	Tekenen van foetale nood	C	88,3	89,4	93,1	94,6	97,6	97,5
3.3.	Niet in gang komen van de baring na het breken van de vliezen	C	77,7	85,8	79,2	85,4	89,7	90,2

