

**TIJDBESTEDING  
IN VERLOSKUNDIGE PRAKTIJEN /  
BASISTAKENPAKKET  
VERLOSKUNDE**

**Situatie zomer 2000**



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

Nivel:

T. A. Wiegiers  
D. Coffie

Deloitte & Touche Bakkenist:

R.C.P. Hartings  
K.J. Kuperus

januari 2001

**Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030 - 27 29 700**

**Deloitte & Touche Bakkenist. Management & ITC Consultants  
Postbus 336 - 3830 AJ Leusden - telefoon 033 - 453 72 00**

T.A.Wiegers

Tijdbesteding in verloskundige praktijken / Basistakenpakket Verloskunde. Situatie zomer 2000  
/ T.A.Wiegers, D.Coffie, R.C.P.Hartings, K.J.Kuperus

Utrecht: Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg);  
Deloitte & Touche Bakkenist

Met lit. opg.

ISBN 90 - 6905-511-2

Trefw.: verloskundigen, tijdbesteding, basistakenpakket, normpraktijk

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

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

## VOORWOORD

Dit rapport bevat twee onderzoeksverslagen. Een onderzoek naar tijdbesteding in verloskundige praktijken, uitgevoerd door het Nivel en een onderzoek naar het basistakenpakket verloskunde, uitgevoerd door Deloitte & Touche Bakkenist (DTB).

Het onderzoek van DTB is uitgevoerd in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Het onderzoek van het Nivel is uitgevoerd in opdracht van de KNOV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hoewel het twee afzonderlijke onderzoeken zijn is toch besloten, op verzoek van de stuurgroep, om ze beide in één rapport te publiceren. Om de samenhang tussen beide rapporten te verduidelijken is op gekleurd papier een samenvatting gepresenteerd. Daarnaast is ten behoeve van de stuurgroep een vergelijking gemaakt waarin de overeenkomsten en verschillen in beide uitkomsten naast elkaar gezet zijn. Ook is een berekening gemaakt van de werklast van een verloskundige bij een 40-urige werkweek (een zogenoemde normpraktijk), op basis van de tijd die nodig is voor gewenste kwaliteit van zorg uit het DTB-rapport en de tijd die nodig is voor bedrijfsvoering in de huidige situatie, zoals beschreven in het Nivel-rapport.

We willen op deze plaats allereerst alle verloskundigen bedanken die hun medewerking verleend hebben aan dit onderzoek. Verder willen we dank zeggen aan de stuurgroep, die bestond uit de volgende personen:

dhr. A.J.Zengerink, ministerie van VWS

mw. W.W.de Geus, ministerie van VWS

mw. A.M.van Huis, KNOV

mw. R.van Crimpen, KNOV

dhr. J.van Gorp, KNOV

mw. J.van Duren, ZN

dhr. T.Gerritsen, ZN

dhr. J.van Dijk, CTG

dhr. V.van Acken, CTG

Utrecht, januari 2001

Nivel: Trees Wiegers

DTB: Rob Hartings



## SAMENVATTING

In dit rapport worden twee onderzoeken gepresenteerd. Het eerste onderzoek is uitgevoerd door het Nivel en is gericht op de huidige situatie. Centraal in dit onderzoek staat de vraag wat op dit moment de gemiddelde tijdbesteding is van vrijgevestigde verloskundigen. Daarbij is aandacht besteed aan de gemiddelde omvang van de werkweek, de gemiddelde tijdbesteding per zorgeenheid en het aandeel daarin aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden. Daarnaast is geïnventariseerd wat de werkzaamheden zijn waar verloskundigen, ten gevolge van de hoge werkdruk, naar eigen zeggen op dit moment onvoldoende aan toe komen. Het tweede onderzoek is uitgevoerd door Deloitte & Touche Bakkenist (DTB) en is gericht op de toekomst. Centraal daarin staat de vraag hoe, in een gemoderniseerde praktijk met een functionerend DVP, het basistakenpakket van een verloskundige er uit ziet. Uitgaande van de gewenste kwaliteit van zorg is vastgesteld wat de gewenste tijdbesteding per partus/volledig zorggeval is en wat het aandeel daarin is aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden. Daarbij is aangegeven welke taken kunnen worden overgedragen aan een DVP en wat, op grond van het voorgaande, de gewenste normpraktijk is voor een verloskundige met een werkweek van 40 of 36 uur.

Vanwege de verschillende uitgangspunten kon verwacht worden dat de uitkomsten uit beide onderzoeken ver uit elkaar zouden liggen. Dit blijkt niet het geval te zijn, wat twee dingen aantoonst. Ten eerste dat verloskundigen in de discussies over de gewenste tijdbesteding heel dicht bij de realiteit gebleven zijn. Ten tweede dat verloskundigen in de praktijk, ook in een situatie van hoge werkdruk, niet of nauwelijks beknibben op de directe cliëntenzorg. Wat wel in het gedrang komt is de deskundigheidsbevordering, zoals blijkt uit het Nivel onderzoek. De helft van alle deelnemende verloskundigen in dat onderzoek heeft aangegeven dit jaar onvoldoende te zijn toegekomen aan deskundigheidsbevordering, bijscholing en het bijhouden van vakliteratuur.

In het onderzoek van Deloitte & Touche Bakkenist wordt berekend dat: 'bij een gemoderniseerde organisatie van de verloskunde en een optimale kwaliteit van zorg, een partus gemiddeld circa 16,7 uur verloskundige zorg neemt als aan alle randvoorwaarden is voldaan'. Deze 16,7 uur is de optelsom van de totale tijd besteed aan een cliënt die gedurende de hele periode in zorg blijft bij de verloskundige plus de tijd die gemiddeld per cliënt besteed wordt aan praktijkvoering (= een volledig zorggeval).

Het Nivel heeft een andere berekening gevolgd, namelijk de gemiddelde tijd per 'zorgeenheid'. Dit is de totaal gewerkte tijd in een praktijk gedeeld door het aantal bevallingen in die praktijk. Bij deze berekening wordt ook de tijd besteed aan onvolledige zorggevallen, dat wil zeggen: cliënten die niet gedurende de volledige periode in zorg zijn bij de verloskundige, meegerekend. Dit betekent dat de gemiddelde werktijd per zorgeenheid hoger ligt dan de gemiddelde werktijd per partus (volledig zorggeval). Hoeveel hoger is afhankelijk van het percentage onvolledige zorggevallen in de praktijk en de hoeveelheid zorg die zij ontvangen.

De in het Nivel onderzoek berekende gemiddelde tijdbesteding per zorgeenheid is 20 uur en 19 minuten.

De tijd besteed aan een 'volledig zorggeval' en de tijd besteed aan een 'zorgeenheid' zijn niet direct vergelijkbaar, maar onderdelen van de zorg zijn dat wel.

Gewenste en geregistreerde tijd besteed aan diverse onderdelen van de directe cliëntenzorg

	gewenst (DTB)	geregistreerd (Nivel)
<i>prenataal:</i>		
Eerste controle (intake)	45 min	31 min
Vervolgcontrole (spreekuurcontact)	15 min	15 min
<i>nataal:</i>		
Baring (inclusief reistijd)	335 min	175 min
<i>postnataal:</i>		
Kraambedcontrole (huisbezoek, inclusief reistijd)	30 min	40 min
Afsluitende controle (spreekuur)	30 min	15 min

*prenatale zorg*

In het DTB-onderzoek wordt voor een eerste controle (intake) en 10 vervolgcontroles bij elkaar 195 minuten aan benodigde tijd berekend. In het Nivel onderzoek wordt aan prenatale zorg, dat wil zeggen een intake en 12 vervolgcontroles, afgerond 210 minuten besteed. De tijd die men nodig acht voor een vervolgcontrole verschilt niet van de tijd die men er inderdaad aan besteed. Aan de intake zou men meer tijd willen besteden dan nu (gemiddeld) gebeurt. Daar staat tegenover dat volgens het DTB-onderzoek in de toekomstige praktijk een aantal van 10 vervolgcontroles voldoende is, terwijl in het Nivel onderzoek uitgegaan is van een gemiddelde van 12 prenatale controles per cliënt.

*zorg tijdens de baring*

In het DTB-onderzoek is de gewenste tijd voor zorg tijdens de baring vastgesteld op 335 minuten per cliënt (5 uur en 35 minuten). In het Nivel onderzoek komt de gemiddelde tijd besteed per baring op 175 minuten (2 uur en 55 minuten).

Het verschil tussen gewenste en werkelijk bestede tijd is groot, maar dat heeft te maken met het feit dat deze tijden niet zomaar vergelijkbaar zijn. Bij de *gewenste tijdsduur* van 335 minuten is uitgegaan van een ongecompliceerde bevalling waarbij de verloskundige zelf alle benodigde zorg verleend. Bij de *gemiddelde tijd* die tijdens de registratieweek aan een baring besteed is zijn alle bevallingen in de praktijk meegerekend, ook die waarbij de vrouw naar de tweede lijn werd verwezen en waar de verloskundige dus maar een deel van de zorg verleende. Dit houdt in dat de gemiddelde tijd per bevalling over alle bevallingen lager uitkomt dan de gemiddelde tijd per bevalling als die alleen berekend zou zijn op ongecompliceerde bevallingen, waarbij de vrouw niet naar de tweede lijn verwezen is. Een tweede mogelijke verklaring is dat verloskundigen daadwerkelijk minder lang aanwezig zijn / blijven bij de barende vrouw dan ze eigenlijk zouden willen.

*postnatale zorg*

In het DTB-onderzoek wordt voor 5 kraambedcontroles en een afsluitend contact 180 minuten gerekend. In het Nivel onderzoek is voor de postnatale zorg, bestaande uit 6 kraambezoeken en een afsluitend spreekuurcontact 253 minuten berekend. De geregistreerde gemiddelde tijd

per kraambedcontrole is 10 minuten meer dan de gewenste tijd. Dit kan verschillende redenen hebben. Bij het vaststellen van de gewenste tijd is uitgegaan van een ideale situatie, waarin ook de kraamzorg goed geregeld is. Op dit moment echter zijn er grote problemen in de kraamzorg, zoals personeelstekort en onvoldoende deskundigheid. In het onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorgverlening (Wiegers e.a. 1999) kwam al naar voren dat verloskundigen, vanwege de problemen in de kraamzorg, meer tijd moeten besteden aan postnatale zorg dan anders het geval zou zijn. Het is mogelijk dat de problemen in de kraamzorg in dit onderzoek weerspiegeld worden in de gemiddelde tijd per kraambezoek. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de gemiddelde reistijd voor huisbezoeken meer is dan verwacht. Dat kan zijn vanwege de drukte van het verkeer of de grote(re) afstanden die afgelegd moeten worden, maar het kan ook zijn dat verloskundigen tijdens het visite rijden wat meer rust voor zichzelf inbouwen.

In het DTB-onderzoek wordt gemiddeld 23% van de werktijd besteed aan praktijkvoering. Hierbij is er van uit gegaan dat een deel van deze werkzaamheden in de toekomst gedelegeerd zal zijn naar het DVP. In het onderzoek van het Nivel wordt gemiddeld 28% van de totale werktijd in een praktijk besteed aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden en 6% van de werkzaamheden wordt verricht door praktijkassistenten. Als een deel van deze werkzaamheden in de toekomst gedelegeerd zal kunnen worden naar het DVP en praktijkassistenten meer taken op zich kunnen nemen, zal de verhouding cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden werkzaamheden naar verwachting verschuiven in de richting van de door Deloitte & Touche Bakkenist genoemde verhouding.





## TOELICHTING VERGELIJKING NIVEL- EN DTB-ONDERZOEK

De twee voorliggende onderzoeken zijn zeer verschillend van aard, maar richten zich beide op het werk van de verloskundige, het basistakenpakket en de tijd die daaraan besteed wordt.

Het Nivel-onderzoek beschrijft het heden: welke werkzaamheden worden door verloskundigen uitgevoerd en hoeveel tijd wordt daar op dit moment aan besteed?

Het DTB-onderzoek beschrijft de toekomst: welke werkzaamheden beschouwen verloskundigen als onderdeel van hun basistakenpakket en hoeveel tijd dient daaraan besteed te worden?

In beide onderzoeken zijn de volgende aspecten aan de orde gekomen: de omvang van de werkweek, het aantal zorgeenheden/het aantal partus, de kwaliteit van zorg, het aandeel directe cliëntenzorg.

Uit het Nivel-onderzoek komt naar voren dat de gemiddelde werkweek van een verloskundige op dit moment 45,5 uur is. Dit komt overeen met circa 120 zorgeenheden per verloskundige per jaar.

Omgerekend komt dat bij een werkweek van 40 uur neer op circa 100 partus plus een hoeveelheid tijd besteed aan onvolledige zorggevallen.

Gemiddeld betreft 66% van het werk directe cliëntenzorg, 28% indirecte cliëntenzorg (bedrijfsvoering) en 6% werkzaamheden van de assistente. Als de werkzaamheden van de assistente verrekend worden in het werk van de verloskundige is de verdeling: 70% directe cliëntenzorg en 30% indirecte cliëntenzorg.

In het onderzoek van DTB wordt uitgegaan van een werkweek van 40 uur. Op basis van de gewenste tijd besteed aan directe cliëntenzorg en bedrijfsvoering is de praktijkomvang berekend op 122 partus.

Het aandeel directe cliëntenzorg daarin is 77%, dat van de indirecte cliëntenzorg (bedrijfsvoering) 23%. Verbetering van de kwaliteit van zorg is hierbij inbegrepen.

Wanneer beide onderzoeksresultaten met elkaar vergeleken worden, kan geconstateerd worden dat in een toekomstige, gemoderniseerde praktijk met een goed functionerend DVP, een verloskundige met een 40-urige werkweek circa 20 partus per jaar meer doet dan nu, terwijl de kwaliteit van zorg beter zal zijn dan nu. Dit is het resultaat van een substantiële verschuiving van de indirecte cliëntenzorg van de individuele verloskundige naar het DVP, waardoor de verloskundige meer tijd kan besteden aan directe cliëntenzorg.

De verschuiving betreft met name bestuurlijke zaken, bedrijfsvoering en (overkoepelende) aspecten van kwaliteit van zorg.

De winst is tweeledig. Allereerst zullen verloskundigen meer aan hun kerntaken toekomen door een betere bedrijfsvoering. Daarnaast gaat de kwaliteit van de uitvoering van de kerntaken omhoog.



# Stuurgroep basistakenpakket verloskunde

Heden, toekomst en de  
verbinding

9 november 2000

## basistakenpakket

- 2000; Nivel
- omvang werkweek;
- aantal zorgeenheden;
- kwaliteit van zorg;
- aandeel directe patiëntenzorg.
- 2003/2005; Deloitte
- omvang werkweek;
- aantal zorgeenheden/  
aantal partus;
- kwaliteit van zorg;
- aandeel directe patiëntenzorg.

## 2000; Nivel

- Omvang werkweek 45,5 uur;
- Aantal zorgeenheden per jaar circa 120;
- Aandeel directe patiëntenzorg 66%/70%;
- Aandeel indirecte patiëntenzorg 28%/30%;
- Aandeel assistente 6%;
- Kwaliteit van zorg gegeven.

## 2003; Deloitte

- Omvang gemiddelde werkweek 40 uur;
- Aantal zorgeenheden/aantal partus 122;
- Aandeel directe patiëntenzorg 77%;
- Aandeel indirecte patiëntenzorg 23%;
- Verbetering van kwaliteit van zorg.

## Vergelijk

- Bij 40-uur werken;
- Kwaliteit van zorg beter;
- Circa 20 partus meer;
- Door verschuiving van indirecte patiëntenzorg.

## Verschoven van praktijk naar DVP

- Bestuurlijke zaken;
- Bedrijfsvoering;
- Kwaliteit van zorg.

## Waar zit de winst?

- Meer kerntaken door betere bedrijfsvoering:
- Inkoopfunctie, voorraadbeheer, financiële administratie, facturering, incasso, voorlichtingsmateriaal, ICT, roosteren, werkgeversrol, maatschapcontracten, bereikbaarheid, samenwerking.

## Waar zit de winst?

- Betere kerntaken door hogere kwaliteit;
- Kwaliteitsjaarverslag;
- Casuïstiekbespreking;
- Intercollegiale toetsing;
- Voorlichting;
- Doelgroepenbeleid.

## Toelichting 'Tijdbesteding Verloskundigen'

Naar aanleiding van het overleg van de stuurgroep van 14-12-00 is voor de onderzoekers de volgende vraag geformuleerd:

Welke normpraktijk ontstaat er als de gewenste kwaliteit van zorg wordt geleverd, zonder dat de DVP's werken, dus met de bedrijfsvoering van nu?

Met andere woorden:

Uitgaande van de gewenste kwaliteit van zorg, op basis van het rapport van DTB, en uitgaande van de tijd voor bedrijfsvoering c.q. niet-cliëntgebonden activiteiten uit het Nivel-rapport, wat wordt dan de normpraktijk?

In het Nivel-onderzoek is uitgegaan van een 'zorgeenheid', dat is: de totale hoeveelheid werk die is verricht, gedeeld door het aantal bevallingen in de praktijk. De gemeten werktijd per zorgeenheid is 1219 minuten, waarvan 808 minuten cliëntgebonden en 411 minuten niet-cliëntgebonden. De cliëntenzorg in een doorsnee praktijk omvat naast volledige zorggevallen ook onvolledige zorggevallen, dat wil zeggen: zorg tijdens de zwangerschap aan vrouwen die voor de bevalling zijn verwezen naar de tweede lijn en zogenaamde losse kraambedden: zorg aan kraamvrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen. Op basis van LVR-cijfers uit 1998 kan een schatting gemaakt worden van het aandeel van de onvolledige zorggevallen in een gemiddelde praktijk. Deze verdeling is op dit moment verder niet van belang, maar de onvolledige zorggevallen zijn wel meegerekend in de gemiddelde tijd per zorgeenheid.

Op basis van de gemeten tijdbesteding aan cliëntgebonden werkzaamheden per zorgeenheid en de gemeten tijdbesteding per cliënt kan vastgesteld worden hoeveel van de cliëntgebonden tijdbesteding per zorgeenheid toegeschreven kan worden aan zorg voor één cliënt, namelijk  $636,6/808=78,8\%$ . Dit betekent dat 21,2% van de cliëntgebonden tijd besteed wordt aan onvolledige zorggevallen.

Conclusie 1 is dus dat 78,8% van de cliëntgebonden tijd toegeschreven kan worden aan één zorggeval.

Analoog daaraan wordt aangenomen dat ook van de niet-cliëntgebonden tijd 78,8% kan worden toegeschreven aan één zorggeval.

In het Nivel-onderzoek is de cliëntgebonden tijd per zorggeval/cliënt berekend op 636,6 minuten.

In het DTB-rapport is de gewenste tijd per zorggeval, dat wil zeggen: bij de gewenste kwaliteit van zorg, berekend: 810 minuten.

Conclusie 2 houdt in, dat, voor de berekening van de normpraktijk, zoals bedoeld in bovenstaande vraag, wordt uitgegaan van een cliëntgebonden tijd per cliënt/zorggeval van 810 minuten.

In het Nivel-onderzoek is de niet-cliëntgebonden tijd per zorgeenheid berekend op 411 minuten. De verhouding cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden werkzaamheden is 66% - 34%.

Een zorgeenheid omvat zowel volledige als onvolledige zorggevallen. De tijdbesteding per zorggeval is 78,8% van tijdbesteding per zorgeenheid. Dit geldt zowel voor cliëntgebonden als voor niet-cliantgebonden tijd.

In het DTB-rapport is de gewenste niet-cliantgebonden tijd per cliënt berekend op 210 minuten. Dit getal is op dit moment niet van belang, want geldt pas bij een situatie met een goed functionerend DVP en een verbeterde praktijkorganisatie.

Als de cliëntgebonden tijd wordt afgeleid van de gewenste situatie en de niet-cliantgebonden tijd van de bestaande situatie, dan zijn twee berekeningen mogelijk.

In beide gevallen is de cliëntgebonden tijd per zorggeval 810 minuten (DTB-rapport)

Als daarnaast de niet-cliantgebonden werkzaamheden dezelfde tijd kosten als in de huidige situatie (78,8% van 411 minuten per zorggeval), dan is de totale tijd per zorggeval 1133,9 minuten.

Een normpraktijk, uitgaande van een 40 urye werkweek omvat dan 110,5 zorggevallen.

Als daarentegen de verhouding cliëntgebonden - niet-cliantgebonden tijdbesteding (66% - 34%) gelijk blijft, dan is de totale tijd per zorggeval 1227,3 minuten.

Een normpraktijk, uitgaande van een 40-urye werkweek omvat dan 102,1 zorggevallen.

De normpraktijk, op basis van de bovenstaande vraag, is in het eerste geval 110 bevellingen, in het tweede geval 102 bevellingen.

Utrecht, 10-1-01

Trees Wiegens (Nivel)

Rob Hartings (DTB)



## Tijdbesteding verloskundigen

Feitelijke en wenselijke tijd besteed per  
baring/volledig zorggeval

Een combinatie van de gemeten (Nivel-onderzoek) en de  
gewenste (DTB-onderzoek) tijd per volledig zorggeval.

Nivel & DTB

9-1-01

1

## Clïentgebonden tijd per zorgeenheid

Dat wil zeggen. inclusief onvolledige zorggevallen  
(gemeten): 808 minuten

op basis van LVR-cijfers 1998 is een zorgeenheid:

129,5% prenatale zorg

100% natale zorg

142,2% postnatale zorg

Dat wil zeggen: één volledig zorggeval (100%) + 29,5% extra prenatale  
zorg en 42,2% extra postnatale zorg (de onvolledige zorggevallen)

2

## Verhouding zorggeval - zorgzaamheid

- Cliëntgebonden tijd per zorggeval/cliënt (gemeten) is: 636,6 minuten  
dat is 78,8% van de cliëntgebonden tijd per zorgzaamheid (808 minuten). Dat wil zeggen:
- 78,8% van de cliëntgebonden tijd van een zorgzaamheid wordt besteed aan één zorggeval.
- 21,2% van de cliëntgebonden tijd wordt besteed aan onvolledige zorggevallen.

3

## Conclusie 1

- 78,8% van de cliëntgebonden tijd in een zorgzaamheid kan worden toegeschreven aan één zorggeval/cliënt.
- Aangenomen wordt dat ook van de niet-clientgebonden werktijd 78,8% kan worden toegewezen aan één zorggeval/cliënt.

4

## Clïentgebonden tijd per zorggeval

- Per zorggeval/cliënt (gemeten Nivel): 636,6 minuten
  - Prenataal: 208,9 minuten
  - Nataal: 174,7 minuten
  - Postnataal: 253 minuten
- Per zorggeval/cliënt (gewenst DTB): 810 minuten
  - Prenataal: 245 minuten
  - Nataal: 355 minuten
  - Postnataal: 210 minuten

5

## Conclusie 2

- De cliëntgebonden tijd per cliënt, uitgaande van de gewenste kwaliteit van zorg is 810 minuten

6

## Niet-cliëntgebonden tijd

- Per zorgeenheid (gemeten <sub>Nivel</sub>): 411 minuten  
geldt voor de huidige situatie, zonder DVP of  
verbeterde praktijkorganisatie  
is 34% van de totale tijd per zorgeenheid;  
per zorggeval: 78,8% van 411 minuten
- Per cliënt (gewenst <sub>DTB</sub>): 210 minuten  
geldt voor de toekomstige situatie, met DVP en  
verbeterde praktijkorganisatie  
is 21% van de totale tijd per cliënt

7

Tijdbesteding per volledig zorggeval, uitgaande van  
de gewenste kwaliteit van zorg en een gelijkblijvend  
aantal minuten niet-cliëntgebonden zorg per cliënt

- Cliëntgebonden tijd per volledig zorggeval  
= 810 minuten
- Niet-cliëntgebonden tijd per volledig zorggeval  
= 78,8% van 411 minuten = 323,9 minuten
- Totale tijd per volledig zorggeval =  
 $810 + 323,9 = 1133,9$  minuten

8

Berekening normpraktijk uitgaande van gewenste  
kwaliteit van zorg, met gelijkblijvend aantal minuten  
niet-cliëntgebonden tijd

- Tijd per zorggeval/cliënt is 1133,9 minuten  
810 minuten cliëntgebonden en  
323,9 (= 78,8% van 411) minuten niet-cliëntgebonden
- Een 40-urige werkweek = 125.280 minuten
- Aantal zorggevallen bij een 40-urige werkweek =  
 $125280/1133,9=110,5$

9

Tijdbesteding per volledig zorggeval, uitgaande van  
de gewenste kwaliteit van zorg en een gelijkblijvend  
percentage niet-cliëntgebonden zorg per cliënt

- Cliëntgebonden tijd per volledig zorggeval  
= 66% van een volledig zorggeval  
= 810 minuten
- Niet-cliëntgebonden tijd per volledig zorggeval  
= 34% van een volledig zorggeval  
=  $(810/66)*34 = 417,3$  minuten
- Totale tijd per volledig zorggeval =  
 $810 + 417,3 = 1227,3$  minuten

10

Berekening normpraktijk uitgaande van gewenste  
kwaliteit van zorg, met gelijkblijvend percentage  
niet-cliëntgebonden tijd

- Tijd per zorggeval/cliënt is 1227,3 minuten  
810 minuten cliëntgebonden en  
417,3 minuten niet-cliëntgebonden
- Een 40-urige werkweek = 125.280 minuten
- Aantal zorggevallen bij een 40-urige werkweek =  
 $125280/1227,3=102,1$

11

### Conclusie 3

- Een normpraktijk, uitgaande van de gewenste  
kwaliteit van zorg en het huidige aantal minuten  
tijdbesteding aan niet-cliëntgebonden werk per  
cliënt is 110 bevallingen.
- Een normpraktijk, uitgaande van de gewenste  
kwaliteit van zorg en het huidige percentage  
tijdbesteding aan niet-cliëntgebonden werk per  
cliënt is 102 bevallingen.

12

# **Tijdbesteding in verloskundige praktijken**

**Situatie zomer 2000**

T.A.Wiegers  
D.Coffie

oktober 2000

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





# Onderzoek naar tijdbesteding in verloskundige praktijken

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Methode</b>	<b>7</b>
2.1	Meetinstrumenten	7
2.2	Steekproef	7
2.3	Respons	8
2.4	Analyse	8
<b>3.</b>	<b>De deelnemende praktijken</b>	<b>11</b>
3.1	Aantal verloskundigen	11
3.2	Praktijkgrootte	12
3.3	Praktijkassistentie	13
3.4	Persoonlijke gegevens	15
3.5	Niet-frequente werkzaamheden	16
<b>4.</b>	<b>Berekening van de tijdbesteding</b>	<b>19</b>
4.1	Gemiddelde werktijd per zorgeenheid	19
4.2	Gemiddelde werktijd per week	21
4.3	Cliëntgebonden werktijd per cliënt	23
4.4	Tijd besteed aan bereikbaarheid en beschikbaarheid	24
4.5	Werkdruk	25
4.6	Werkzaamheden waaraan men onvoldoende is toegekomen	25
<b>5.</b>	<b>Conclusie</b>	<b>29</b>
<b>6.</b>	<b>Discussie</b>	<b>31</b>
	Referenties	33
	Bijlagen	



# Onderzoek naar tijdbesteding in verloskundige praktijken

## 1. INLEIDING

Naar aanleiding van het besluit van de minister van VWS om met ingang van 1-7-2000 de normpraktijk voor verloskundigen te verlagen van 150 naar 120 bevallingen per jaar, hebben de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) onderzoek geïnitieerd om te komen tot een gedegen onderbouwing van de nieuwe normpraktijk.

Daarvoor zijn twee onderzoeken uitgezet. Het eerste onderzoek is uitgevoerd door organisatieadviesbureau Deloitte & Touche Bakkenist en beoogt een definiëring te geven van het basistakenpakket van een vrijgevestigde verloskundige, met daaraan gekoppeld een indicatie van de wenselijke omvang van een normpraktijk. Hiertoe zijn bijeenkomsten gehouden met expertgroepen, waarin is besproken welke taken een verloskundige zelf dient uit te voeren en de gemiddelde tijd die daarvoor nodig is en welke taken gedelegeerd kunnen worden naar bijvoorbeeld een Districts Verloskundig Platform (DVP).

Het tweede onderzoek is uitgevoerd door het Nivel en geeft een beschrijving van de huidige tijdsbesteding in verloskundige praktijken. Door de resultaten van beide onderzoeken met elkaar in verband te brengen, ontstaat een totaalbeeld van de werkelijke en wenselijke tijdbesteding in verloskundige praktijken, inclusief een vanuit de praktijk ontwikkelde visie op het basistakenpakket en de normpraktijk.

In dit verslag wordt het Nivel-onderzoek beschreven. De vraagstellingen van dit onderzoek waren:

1. Wat is de gemiddelde tijdbesteding van vrijgevestigde verloskundigen aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden;
2. Wat zijn de werkzaamheden waar verloskundigen op dit moment volgens eigen zeggen onvoldoende aan toe komen.

Allereerst wordt de methode van onderzoek toegelicht en wordt een beschrijving gegeven van de steekproef. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd. Waar nodig en informatief wordt onderscheid gemaakt naar soort praktijk en soort vestigingsplaats. De conclusies uit dit onderzoek dienen in samenhang met de resultaten van het onderzoek van Deloitte & Touche Bakkenist bekeken te worden.



## 2. METHODE

### 2.1 Meetinstrumenten

Om een zo correct mogelijk beeld te krijgen van de tijdbesteding in verloskundige praktijken zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld. Het eerste betreft tijdregistratie-formulieren, waarmee een accuraat overzicht verkregen kan worden van de tijdbesteding in een verloskundige praktijk gedurende een vastgestelde periode. Vanwege de beperkte onderzoeksduur is gekozen voor een registratieperiode van 1 week, dat wil zeggen 7 dagen, 24 uur per dag. Daarvoor zijn tijdschrijf-formulieren ontwikkeld, die door twee verloskundigen zijn uitgetest en becommentarieerd. Uit eerder onderzoek (Vorst-Thijssen e.a. 1990, Jabaaij e.a. 1994) is gebleken dat zelfregistratie een betrouwbare methode is om tijdbesteding van zorgverleners in kaart te brengen. Het tweede meetinstrument is een vragenlijst waarin, naast achtergrondgegevens over de praktijk, gevraagd wordt naar de tijdbesteding aan minder frequente werkzaamheden, zoals overlegsituaties, voorlichtingsactiviteiten en deskundigheidsbevordering. Daarnaast wordt gevraagd aan welke bezigheden men de afgelopen tijd naar eigen gevoel onvoldoende is toegekomen en wat daarvoor de reden is geweest.

### 2.2 Steekproef

Voor dit onderzoek is een aselechte, gestratificeerde steekproef van 10% van alle verloskundige praktijken getrokken uit het adressenbestand van de Verloskundigen-registratie die bij het Nivel wordt bijgehouden. De gebruikte stratificatievariabelen zijn: soort praktijk (solo-, duo- of groepspraktijk) en mate van verstedelijking van de plaats waar de praktijk is gevestigd (zeer sterk, sterk, matig, weinig en niet verstedelijkt). Er zijn 455 verloskundige praktijken. Onderstaande tabel geeft de verdeling aan naar soort praktijk en mate van verstedelijking.

Tabel 2.1: Verloskundige praktijken in Nederland per 1-7-2000, naar soort praktijk en mate van verstedelijking

soort praktijk	Mate van verstedelijking					totaal
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet	
solo-praktijk	11	29	23	46	25	134
duo-praktijk	11	26	27	40	18	122
groepspraktijk	43	55	56	37	8	199
<b>totaal</b>	<b>65</b>	<b>110</b>	<b>106</b>	<b>123</b>	<b>51</b>	<b>455</b>

Uit elke cel van bovenstaande verdeling is een aselechte steekproef van (afgerond) 10% getrokken. De resulterende steekproef bestaat uit 48 praktijken en is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2.2: Steekproef voor het tijdbestedingsonderzoek, naar soort praktijk en mate van verstedelijking

soort praktijk	Mate van verstedelijking					totaal
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet	
solo-praktijk	1	3	2	5	3	14
duo-praktijk	1	3	3	4	2	13
groepspraktijk	4	6	6	4	1	21
totaal	6	12	11	13	6	48

Alle praktijken in de steekproef zijn schriftelijk door de KNOV benaderd met de vraag aan dit onderzoek mee te werken.

### 2.3 Respons

Op twee na hebben alle hiervoor benaderde praktijken hun medewerking toegezegd, een aanvankelijke respons van 96%. Er zijn registratie-formulieren en vragenlijsten toegestuurd aan 117 verloskundigen in 46 praktijken. De registraties zijn gespreid over drie weken, in week 30 (24 t/m 30 juli) registreerden de verloskundigen in 15 praktijken, in week 31 (31 juli t/m 6 augustus) registreerden de verloskundigen in 22 praktijken, in week 32 (7 t/m 13 augustus) registreerden de verloskundigen in 9 praktijken. Eén praktijk heeft geen gegevens teruggestuurd, van twee praktijken zijn de gegevens onvolledig. Deze drie praktijken zijn niet in de analyses meegenomen. In zes praktijken waren in de registratieweek minder verloskundigen werkzaam dan vooraf was aangegeven (er was bijvoorbeeld rekening gehouden met een extra waarnemer, die toch niet nodig bleek). Dat betekent dat de analyses gedaan zijn op gegevens van 43 praktijken en 102 verloskundigen. De uiteindelijke respons komt daarmee op 90% (43 van de 48 benaderde praktijken).

Uit de manier waarop de gegevens zijn aangeleverd blijkt de grote betrokkenheid van de verloskundigen bij dit onderzoek. De tijdregistraties zijn in veel gevallen zeer gedetailleerd, wat de betrouwbaarheid van de informatie ten goede komt.

### 2.4 Analyse

De verzamelde gegevens beslaan telkens een volle week, dat wil zeggen 7x24 uur, waarin alle werkzaamheden door alle in de praktijk aanwezige verloskundigen zijn opgenomen. De maximaal gewerkte tijd in een solopraktijk is  $1 \times 7 \times 24 = 168$  uur, in een duo-praktijk  $2 \times 7 \times 24 = 336$  uur enz..

De werkzaamheden van een verloskundige kunnen onderverdeeld worden in cliënt-gebonden en niet-cliant-gebonden werkzaamheden. Spreekuur, inclusief voorbereiding en opruimen, telefonisch spreekuur, huisbezoek en partus vallen onder de categorie cliëntgebonden werkzaamheden. Administratie en overleg, binnen of buiten de praktijk, zijn niet-cliantgebonden

werkzaamheden. Reistijd wordt toegerekend aan de cliëntgebonden werkzaamheden, omdat de meeste reistijd betrekking heeft op reizen van en naar cliënten en reizen van en naar het spreekuur. Op grond van deze indeling kan berekend worden hoeveel tijd gedurende de registratieweek in totaal besteed is aan cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden. In het onderzoek naar werk en werkdruk van de vrijgevestigde verloskundige (Jabaaij e.a. 1994) is een berekening gemaakt van de werktijd per zorgeenheid. Een 'zorgeenheid' is niet hetzelfde als een 'bevalling', of een 'volledig zorggeval', dat wil zeggen een cliënt die vanaf het begin van de zwangerschap tot en met het afsluitend contact zes weken na de bevalling, in zorg is bij de verloskundige. In elke praktijk komen, naast 'volledige zorggevallen' ook 'onvolledige zorggevallen' voor, dat wil zeggen, cliënten die slechts een deel van de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed van de verloskundige ontvangen. Bij de berekening van een 'zorgeenheid' worden deze onvolledige zorggevallen meegerekend. In het onderzoek van Jabaaij e.a. (1994) wordt dit als volgt gedefinieerd: 'Het aantal zorgeenheden per jaar komt overeen met het aantal begeleide bevallingen per jaar (inclusief de durante partu verwezen vrouwen). Hierbij is inbegrepen de partiële pre- en/of postnatale zorg bij een deel van de cliënten, en de tijd besteed aan niet-clientgebonden werkzaamheden.' Dit houdt in dat de gemiddelde werktijd per zorgeenheid meer zal zijn dan de gemiddelde werktijd per volledig zorggeval.

Voor de berekening van de gemiddelde tijdbesteding per zorgeenheid werd de volgende procedure toegepast. De gewerkte tijd in de praktijk gedurende de registratieperiode (toen 3 weken, nu 1 week) is bij elkaar opgeteld. De tijd besteed aan minder frequente werkzaamheden, verzameld via de vragenlijst, is omgerekend naar de tijd van de registratieperiode en opgeteld bij de gewerkte tijd, waardoor de totale werktijd per registratieperiode werd verkregen. De gemiddelde werktijd per zorgeenheid is vervolgens berekend door de totale werktijd te delen door het aantal baringen dat is aangevangen bij de verloskundige. Omdat het aantal baringen in de relatief korte registratieperiode sterk kan wisselen en niet representatief hoeft te zijn voor het jaarlijks aantal baringen in de praktijk is voor het berekenen van de gemiddelde werktijd per zorgeenheid zowel gebruik gemaakt van het aantal baringen in de registratieweek als van het aantal baringen per jaar. Ten eerste is een berekening gemaakt van de gemiddelde tijd besteed aan een partus in de registratieperiode. Ten tweede is een berekening gemaakt van de tijd besteed aan overige werkzaamheden, dat wil zeggen alle werkzaamheden, zowel cliëntgebonden als niet-clientgebonden, inclusief de uren van een eventuele praktijkassistente, maar met uitzondering van de tijd besteed aan partus. Om de tijd besteed aan overige werkzaamheden te relateren aan een zorgeenheid, wordt deze gerelateerd aan de praktijkgrootte. Het aantal partus per jaar is daarvoor de meest geëigende indicator. De gemiddelde tijd per zorgeenheid bestaat dus uit twee componenten: de gemiddelde tijd per partus (totale tijd besteed aan partus in de registratieperiode, gedeeld door het aantal partus in de registratieperiode) plus de gemiddelde tijd besteed aan overige werkzaamheden (totaal berekende werktijd in de praktijk minus de tijd besteed aan partus, gedeeld door het aantal baringen per jaar, omgerekend naar de registratieperiode). In dit onderzoek zal dezelfde berekeningsmethode gebruikt worden. Daarnaast kan een berekening gemaakt worden van de gemiddelde tijd besteed aan een cliënt. De door de verloskundigen geregistreerde tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden kan gerelateerd worden aan het aantal cliënten waar men in die week contact mee gehad heeft (aantal spreekuurcontacten, aantal bevallingen, aantal huisbezoeken). Berekend kan worden wat de gemiddelde tijd is die besteed wordt aan de verschillende onderdelen van de zorgverlening, zoals aan een bevalling, aan een eerste controle of intake, aan een vervolgccontrole en aan een kraambezoek. Uitgaande van een gemiddelde van 13 prenatale controles, inclusief

de intake, aanwezigheid tijdens de bevalling, zes postnatale controles en een afsluitend spreekuurcontact, kan berekend worden hoeveel tijd gemiddeld besteed wordt aan een volledig 'zorggeval', dat wil zeggen: een cliënt die vanaf het begin van de zwangerschap tot en met het afsluitend contact zes weken na de bevalling in zorg is bij de verloskundige. Bij deze gemiddelde tijdbesteding per cliënt wordt de niet-cliëntgebonden tijd, zoals administratie en overleg, dus niet meegerekend.

Op grond van praktijkgegevens uit het voorgaande jaar, zoals aantal inschrijvingen, aantal bevallingen, aantal overdrachten tijdens de bevalling en aantal kraambedden, kan een inschatting gemaakt worden van het percentage onvolledige zorggevallen in de praktijk. Onvolledige zorggevallen wil zeggen: cliënten die slechts voor een deel van de periode van zwangerschap, bevalling en kraambed zorg ontvangen van de verloskundige. Dit kunnen cliënten zijn die tijdens de zwangerschap verwezen worden naar de tweede lijn of uit het praktijkgebied verhuizen, cliënten die (een deel van) het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen of cliënten die na begeleiding van de (zwangerschap en) bevalling in de tweede lijn voor begeleiding tijdens het kraambed terugverwezen zijn naar de verloskundige.

Bij de berekening van de totale tijdbesteding wordt, evenals in het onderzoek van Jabaaij e.a., gecorrigeerd voor niet-frequente werkzaamheden die in de registratieweek niet plaats hebben gevonden. Hiertoe is de verloskundigen gevraagd aan te geven hoeveel tijd ze naar schatting in het afgelopen half jaar besteed hebben aan verschillende werkzaamheden, zoals het lezen van vakliteratuur, het deelnemen aan deskundigheidsbevordering, het deelnemen aan bijeenkomsten in KNOV-verband, het deelnemen aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten, het begeleiden van stagiaires, het deelnemen aan georganiseerd overleg met andere gezondheidswerkers, het verzorgen van de jaaropgave en andere praktijk-gerelateerde administratie en overige werkzaamheden. Alle daar genoemde tijd kan bij elkaar opgeteld worden en vervolgens gedeeld worden door 26 om een schatting te krijgen van de tijd die gemiddeld per week per verloskundige aan deze activiteiten besteed wordt. Deze tijd kan toegevoegd worden aan de in de registratieweek gemeten tijd.



### 3. DE DEELNEMENDE PRAKTIJKEN

#### 3.1 Aantal verloskundigen

Aan het onderzoek hebben 43 praktijken meegewerkt. In elke praktijk is gedurende één week geregistreerd door alle in die week werkzame verloskundigen. Dit was noodzakelijk om tot een betrouwbaar overzicht te kunnen komen van de werkzaamheden in de betreffende registratie-week.

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de deelnemende praktijken. In de registratieweek waren er in de 43 praktijken 102 verloskundigen aanwezig. Met praktijksoort wordt aangegeven hoe de praktijk in de Verloskundigen Registratie die bij het Nivel wordt bijgehouden staat geregistreerd. Een solopraktijk is een praktijk met één zelfstandig gevestigde verloskundige, eventueel met een vaste of wisselend waarnemer. In een solopraktijk kan dus meer dan één verloskundige werkzaam zijn.

Tabel 3.1. Overzicht van de deelnemende praktijken

praktijksoort	aantal praktijken (%)	aantal verloskundigen
solopraktijk	13 (30,2%)	18
duopraktijk	10 (23,3%)	16
groepspraktijk	20 (46,5%)	68
totaal	43 (100%)	102

Omdat de registratie in de vakantieperiode viel, is ook per praktijk gevraagd hoeveel verloskundigen normaal werkzaam zijn in de praktijk, dat wil zeggen, inclusief de verloskundigen die tijdens het onderzoek niet gewerkt hebben. Tabel 3.2 geeft hier een overzicht van.

De verloskundigen zijn naar functie ingedeeld en per functie is vermeld bij hoeveel praktijken zij werkzaam zijn. Het aantal praktijken in deze tabel kan niet opgeteld worden, omdat er sprake is van overlap. Immers, waarnemers en een aantal van de verloskundigen in dienstverband werken niet in een eigen praktijk, maar in een praktijk met één of meer zelfstandig gevestigde verloskundigen en/of verloskundigen in dienstverband.

Tabel 3.2. Overzicht van het aantal verloskundigen dat in augustus 2000 verbonden is aan en/of werkzaam is in de deelnemende praktijken.

	aantal verloskundigen	aantal praktijken
zelfstandig gevestigden	103	42
verloskundigen in dienstverband	12	9
vaste waarnemers	12	11
wisselend waarnemers	16	10
totaal	143	

Uit deze tabel blijkt dat er in totaal 143 verloskundigen verbonden zijn aan deze 43 praktijken. Als we er van uitgaan dat waarnemers alleen werken als iemand van de 'vaste' bezetting afwezig is, dan bestaat de normale bezetting van deze 43 praktijken uit 115 verloskundigen. Dit gegeven is gebruikt bij de berekening van de gemiddelde werktijd per verloskundige per week (tabel 4.4).

Bij het merendeel van de deelnemende praktijken (65%: 28 van de 43 praktijken) zijn er geen vacatures. Bij 15 van de 43 praktijken (35%) worden wel vacatures gemeld (zie tabel 3.3). Hieruit blijkt dat er sprake is van gemiddeld 2 vacatures per praktijk bij één op de drie praktijken.

Tabel 3.3. Totaal aantal vacatures bij de deelnemende praktijken (n=15)

	aantal vacatures
zelfstandig gevestigden	19
verloskundigen in dienstverband	3
vaste waarnemers	2
wisselend waarnemers	3
praktijkassistente	3
<b>totaal</b>	<b>30</b>

### 3.2 Praktijkgrootte

Om een beeld te krijgen van de omvang van de deelnemende praktijken is gevraagd hoeveel inschrijvingen en bevallingen elke praktijk had in 1999. Eén praktijk kon deze gegevens niet invullen, omdat pas dit jaar met de praktijk gestart is. De gegevens over aantallen bevallingen en aantallen kraambedden, evenals gegevens over het percentage allochtone cliënten, het percentage verwijzingen durante partu en het percentage thuis- en poliklinische bevallingen, zijn niet door alle praktijken ingevuld. Daarom is in onderstaande tabel aangegeven over hoeveel praktijken het betreffende gemiddelde berekend is.

De percentages thuis- en poliklinisch bevallen tellen niet helemaal op tot honderd. Dit kan samenhangen met het feit dat in één van de praktijken ook klinische bevallingen door de verloskundigen begeleid worden (werden). Onder 'losse' kraambedden worden cliënten verstaan die pas na de bevalling bij de verloskundige in zorg komen voor begeleiding van het kraambed. De verhouding tussen het aantal bevallingen en het aantal inschrijvingen is gemiddeld over 41 praktijken 71,9% (95%BI: 68,2% - 75,4%). Dit is lager dan de 78% die in 1993 gevonden werd (Jabaaij e.a. 1994). Dat verschil is mogelijk te verklaren uit het toegenomen percentage verwijzingen tijdens de zwangerschap tussen 1993 en 1998: van 18,8% tot 25% (gegevens afkomstig uit de LVR-registratie).

Tabel 3.4. Overzicht van de gemiddelde praktijkgrootte van de deelnemende praktijken

	aantal praktijken	gemiddelde	95% betrouwbaarheidsinterval
<b>inschrijvingen</b>	<b>42</b>	<b>400</b>	<b>336 - 464</b>
<i>waarvan:</i>			
<i>percentage allochtonen</i>	38	19,5%	12,7% - 26,4%
<b>bevallingen</b>	<b>41</b>	<b>291</b>	<b>241 - 341</b>
<i>waarvan:</i>			
<i>durante partu verwezen</i>	36	30,1%	27,1% - 33,1%
<i>niet verwezen:</i>			
<i>thuis bevallen</i>	39	66,5%	58,8% - 74,1%
<i>poliklinisch</i>	39	31,4%	23,9% - 38,9%
<b>kraambedden</b>	<b>37</b>	<b>381</b>	<b>312 - 450</b>
<i>waarvan:</i>			
<i>'losse' kraambedden</i>	37	14,7%	1,0% - 19,9%

Aan de verloskundigen is gevraagd om aan te geven of, naar hun inschatting, de praktijkgrootte in 2000 vergelijkbaar is met die van 1999 (zie tabel 3.5). Uit deze tabel blijkt dat een kleine meerderheid vindt dat de praktijk nu, wat grootte betreft, vergelijkbaar is met vorig jaar. Iets meer dan eenderde van de praktijken is van mening dat er naar schatting in 2000 meer inschrijvingen/bevallingen zijn. Aangezien er sinds 1997 jaarlijks een toename te zien is in het totaal aantal geboortes, die ook zich in 2000 lijkt voort te zetten (in de eerste 5 maanden van 2000 zijn er al ruim 4000 kinderen meer geboren dan in de eerste 5 maanden van 1999, (CBS 2000/8)), is te verwachten dat ook het aantal inschrijvingen in verloskundige praktijken blijft toenemen.

Tabel 3.5. Vergelijking van de ingeschatte praktijkgrootte in 2000 met die in 1999 (n=42)

	aantal (%)
praktijkgrootte vergelijkbaar	22 (52,4%)
naar schatting meer inschrijvingen/bevallingen	15 (35,7%)
naar schatting minder inschrijvingen/bevallingen	5 (11,9%)
<b>totaal</b>	<b>42 (100%)</b>

### 3.3 Praktijkassistentie

In 18 van de 43 deelnemende praktijken (42%) is een praktijkassistentie werkzaam.

Tabel 3.6. Soort werkzaamheden die praktijkassistenten verrichten in praktijken (n=18)

	aantal (%) van de praktijken waar dit voorkomt
telefoon beantwoorden	15 (83%)
afspraken maken	13 (72%)
patiëntenadministratie	12 (67%)
overige administratie	12 (67%)
spreekuur voorbereiden en opruimen	10 (56%)
financiële administratie	8 (44%)
LVR-administratie	4 (22%)
spreekuurassistentie	4 (22%)
anders*	7 (39%)

\*: praktijkruimte schoonmaken, instrumenten steriliseren, archivering, inkoop en bestellingen, etc.

De resterende vijftientig praktijken hebben geen praktijkassistenten in dienst. De praktijkassistenten werken gemiddeld 18 uur per week (met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 12-24) en verrichten verschillende soort werkzaamheden (tabel 3.6).

Ook is gekeken naar de mate van automatisering binnen de praktijken. Één praktijk heeft deze vraag niet ingevuld. Uit de analyses blijkt dat 29% van de praktijken (12 van de 42) helemaal niet geautomatiseerd is. De overige praktijken maken wel gebruik van geautomatiseerde systemen, maar de onderlinge verschillen zijn aanzienlijk. In tabel 9 is aangegeven welke onderdelen geautomatiseerd zijn, gepercenteerd op enerzijds de 30 praktijken die in een of andere vorm geautomatiseerd zijn en anderzijds op alle 42 praktijken die deze vraag beantwoord hebben. Dit laatste geeft een beeld van het computergebruik in het algemeen.

Tabel 3.7. Overzicht van handelingen waarbij de computer gebruikt wordt voor zowel de geautomatiseerde praktijken als voor alle praktijken.

	aantal	geautomatiseerde praktijken (n=30)	alle praktijken (n=42)
declaraties	28	93%	67%
LVR	26	87%	62%
NAW-bestand	18	60%	43%
zwangerschapskaart	4	13%	10%
anders*	5	17%	12%

\* boekhouding, zwangerschapsverklaringen en/of de praktijk is momenteel bezig met de automatisering.

### 3.4 Persoonlijke gegevens

Van de 102 verloskundigen is 98% (100) vrouw en 2% (2) man. De gemiddelde leeftijd van de verloskundigen is 37 jaar. De jongste is 22 jaar en de oudste is 63.

Om een beeld te krijgen van de verloskundigen die aan deze tijdregistratie en schriftelijke enquête hebben meegedaan, is een frequentieverdeling van hun functies gemaakt (tabel 3.8).

Tabel 3.8. Overzicht van de functies van de deelnemende verloskundigen (n=102)

	aantal	percentage
zelfstandig gevestigd	74	72,5%
in dienstverband	12	11,8%
vaste waarnemer	6	5,9%
wisselend waarnemer	9	8,8%
niet ingevuld	1	1,0%
<b>totaal</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>

Ook het aantal uur dat de verloskundigen gewoonlijk werken is bepaald. Gevraagd is hoeveel uur men in principe per week of per maand werkt, dus niet specifiek tijdens de registratieperiode. Van de 102 deelnemende verloskundigen hebben 54 het aantal uur per week ingevuld met een spreiding van 9 tot 168 uur. Eénentwintig verloskundigen hebben het aantal uur per maand ingevuld met een spreiding van 100 tot 520 uur. Twee verloskundigen hebben in plaats van een getal 'fulltime' ingevuld en 18 verloskundigen konden niet precies aangegeven hoeveel uur zij in de praktijk werkten, en hebben 'wisselend' ingevuld. Verder hebben 7 verloskundigen de vraag niet ingevuld. Er is besloten om de uren per week te gebruiken voor deze rapportage. Dit houdt in dat de uren die per maand zijn ingevuld omgerekend zijn naar uren per week. Dit is gedaan door het getal te delen door 4,33 (52 weken per jaar /12 maanden per jaar= 4,33 weken in een maand).

Vervolgens zijn alle verloskundigen die hiermee uitkwamen op meer dan 80 uur per week buiten beschouwing gelaten, omdat een werkweek van meer dan twee keer full-time, niet als uitzondering maar als regel, niet aannemelijk is. Waarschijnlijk hebben deze verloskundigen niet alleen het aantal uren dat ze in de praktijk werken opgeschreven, maar hebben ze ook hun diensten meegerekend of het aantal uur dat zij bereikbaar zijn opgeschreven bij het beantwoorden van deze vraag. Uiteindelijk is het gemiddeld aantal uur per week dat een verloskundige in de verloskundige praktijk werkt voor 67 in plaats van alle 102 deelnemende verloskundigen berekend. Deze verloskundigen werken gemiddeld 49 uur per week in hun praktijk met een 95% betrouwbaarheidsinterval tussen 46 en 52 (n=67). Het minimum aantal uren is 9 en het maximum is 75. Omdat deze berekening gebaseerd is op een aantal onzekere aannames, is ook een berekening van de gemiddelde werktijd per week gemaakt op basis van de geregistreerde werktijden (zie tabel 4.4).

De registratieweek werd door de meeste verloskundigen niet representatief gevonden voor de werkdruk in de praktijk. De helft van de verloskundigen was van mening dat het normaal drukker is en dat de registratieweek dus rustiger was dan andere weken, terwijl 8% heeft ingevuld dat het normaal rustiger is en deze week dus drukker was dan normaal (tabel 3.9).

Vijf verloskundigen hebben deze vraag niet ingevuld.

Tabel 3.9. Frequentieverdeling van de representativiteit van de werkdruk in de praktijk in de week waarin de tijdsbesteding is geregistreerd (n=97)

	aantal	percentage
normaal is het drukker de registratieweek was representatief	48	49,5%
normaal is het rustiger	37	38,1%
men weet het niet	8	8,2%
	4	4,1%
<b>totaal</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

### 3.5 Niet-frequente werkzaamheden

Naast de werkzaamheden die wekelijks in en voor de praktijk verricht worden, zijn er allerlei taken die met wisselende frequenties de aandacht vragen van de verloskundigen. Voorbeelden daarvan zijn bij- en nascholing, geregeld overleg met andere zorgverleners, bijeenkomsten van de KNOV, het meewerken aan voorlichtingsactiviteiten en het begeleiden van stagiaires. Bij het registreren van de tijdsbesteding, zeker als dat maar gedurende één week gebeurt, wordt onvoldoende duidelijk hoeveel tijd deze activiteiten kosten. Daarom is aan de verloskundigen gevraagd om aan te geven hoeveel tijd zij in het afgelopen half jaar besteed hebben aan verschillende niet-frequente werkzaamheden. Een overzicht hiervan wordt gegeven in tabel 3.10.

Niet elke verloskundige verleent medewerking aan bijvoorbeeld georganiseerde voorlichtingsactiviteiten en niet elke verloskundige begeleidt stagiaires. Daarom is in de tabel de gemiddelde tijdsbesteding aan elk van de activiteiten berekend over het aantal verloskundigen dat heeft ingevuld daar inderdaad tijd aan te hebben besteed het afgelopen half jaar. Slechts 4 verloskundigen hebben geen tijd ingevuld voor het lezen van vakliteratuur en dergelijke. Daar staat tegenover dat 71 van de 102 verloskundigen het afgelopen jaar niet meegewerkt hebben aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten.

Stagebegeleiding wordt wel door veel van de verloskundigen genoemd, namelijk door 81 van de 102. Veel van hen hebben meer dan één stagiaire begeleid in het afgelopen half jaar. Leerling-verloskundigen worden het meest genoemd (door 67 verloskundigen), leerling-kraamverzorgenden/verpleegkundigen worden door 33 verloskundigen genoemd. Tien verloskundigen hebben aangegeven dat ze artsen in opleiding als stagiaire hebben gehad en 8 verloskundigen melden stagiaires van de huisartsenopleiding. In het buitenland opgeleide verloskundigen en herintreders worden maar door 9 respectievelijk 1 verloskundige genoemd.

Tabel 3.10. Overzicht van niet-frequente werkzaamheden en de tijd die hieraan besteed is per verloskundige

	Aantal verloskundigen	tijd per verloskundige (uren per half jaar)	95% BI
lezen van vakliteratuur	98	29	25 - 32
deelname aan deskundigheidsbevordering, na- en bijscholing, inclusief intercollegiale toetsing	95	20	12 - 29
reistijd voor bovenstaande	80	5	4 - 6
deelname aan kring- en regiobijeenkomsten, commissie van overleg, vergaderingen KNOV	99	19	13 - 25
reistijd aan bovenstaande	79	4	2 - 5
georganiseerde voorlichtingsactiviteiten <sup>1</sup>	31	7	4 - 9
stagebegeleiding (buiten meelooptijd)	81	12	9 - 16
overleg met andere gezondheidswerkers <sup>2</sup>	92	13	11 - 16
jaaropgave, kwaliteitsjaarverslag, LVR-correcties	95	11	8 - 15
andere nog niet genoemde beroepsactiviteiten <sup>3</sup>	56	35	23 - 47
zoals:			
praktijkwerkzaamheden <sup>4</sup>	22	50	29 - 68
financiële administratie /declaraties/contracten	9	32	11 - 52
kringvergadering, regio overleg	8	14	1 - 27

1: o.a. zwangerschapsgym, -yoga, voorlichting kraamzorg, ziekenhuis etc., voorlichting zwangeren, allochtonen etc.

2: leidinggevenden kraamzorg, kraamafdeling ziekenhuis, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, multidisciplinair overleg.

3: o.a. protocol maken, externe relaties, meewerken aan onderzoek, etc.

4: o.a. vergaderen, roosters maken, materiaal bestellen etc.





## 4. BEREKENING VAN DE TIJDBESTEDING

### 4.1 Gemiddelde werktijd per zorgseenheid

Voor het berekenen van de gemiddelde werktijd per zorgseenheid wordt, zoals eerder toegelicht, niet alleen gekeken naar de gewerkte tijd in de registratieperiode en het aantal partus in de registratieperiode, maar wordt ook rekening gehouden met de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden en de praktijkgrootte. De praktijkgrootte kan uitgedrukt worden in het aantal inschrijvingen per jaar of in het aantal partus per jaar. Over alle deelnemende praktijken gerekend is het aantal partus 72% van het aantal inschrijvingen (95% betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde: 68% - 75%). Als maat voor de praktijkgrootte wordt hier uitgegaan van het aantal partus per jaar. Het aantal verloskundigen dat in elke praktijk werkzaam is wordt in eerste instantie buiten beschouwing gelaten. Bij de berekening van de werktijd per zorgseenheid is het niet van belang of het werk verricht is door twee of door drie verloskundigen. Het gaat om de totale tijd die per praktijk besteed is aan de verschillende werkzaamheden. Deze totale tijd wordt gerelateerd aan het aantal bevallingen, ofwel in de registratieperiode, ofwel in het afgelopen jaar. De bevallingsdiensten en achterwachtendiensten zijn in deze berekening niet meegenomen.

De gewerkte tijd per zorgseenheid wordt berekend op basis van vier elementen:

1. De totaal gewerkte tijd tijdens de registratieperiode, onderverdeeld in tijd besteed aan bevallingen en tijd besteed aan overige werkzaamheden;
2. De tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden, inclusief de tijd die de praktijkassistente aan haar werkzaamheden besteedt;
3. Het aantal bevallingen tijdens de registratieperiode;
4. Het aantal bevallingen in het afgelopen jaar.

Per praktijk is de geregistreerde gewerkte tijd van alle verloskundigen omgezet in aantal gewerkte minuten per week en bij elkaar opgeteld. Daarna is het aantal uren per half jaar besteed aan niet-frequente werkzaamheden en de gewerkte uren van de praktijkassistente omgerekend naar minuten per week en bij de gewerkte tijd opgeteld (tabel 4.1).

Tabel 4.1: Gemiddelde werktijd per praktijk in minuten per week (n=43)

	Gemiddelde (in minuten)	95% betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde (in minuten)
totaal geregistreerde werktijd	5502	4637 - 6368
<i>tijd besteed aan partus</i>	<i>1212</i>	<i>983 - 1442</i>
<i>overige werkzaamheden</i>	<i>4290</i>	<i>3586 - 4993</i>
niet frequent + praktijkassistente	1203	829 - 1576
samen:	— +	
totale werktijd	6705	5548 - 7862
<i>minus tijd besteed aan partus</i>	<i>1212</i> -	
totaal overige werkzaamheden	5492	4487 - 6496

Vervolgens is aan de hand van de geregistreerde werkzaamheden per praktijk berekend hoeveel tijd besteed is aan bevallingen. De totale werktijd minus de tijd besteed aan bevallingen is de tijd besteed aan overige werkzaamheden.

Om de werktijd per zorgenheid te berekenen is de tijd besteed aan bevallingen (partus) gedeeld door het aantal bevallingen in de betreffende praktijk tijdens de registratieperiode. De tijd besteed aan overige werkzaamheden is gedeeld door het aantal bevallingen per jaar, omgerekend naar de registratieperiode. Om gegevens over het aantal bevallingen per jaar te verkrijgen is gevraagd naar het aantal bevallingen in 1999 (zie tabel 3.4). Twee van de 43 praktijken hebben niet ingevuld hoeveel bevallingen hun praktijk in 1999 had, in één geval omdat de praktijk pas dit jaar gestart is. Beide praktijken zijn daarom buiten deze berekening gehouden. Het gemiddeld aantal bevallingen per praktijk per jaar (291) gedeeld door 52 is het gemiddeld aantal bevallingen per praktijk per week.

Tabel 4.2: Gemiddeld aantal bevallingen per week, per praktijk (n=41)

	Gemiddelde	95% betrouwbaarheidsinterval
tijdens registratieweek	7,63	6,13 - 9,14
in het afgelopen jaar	5,60	4,64 - 6,56

Het gemiddeld aantal bevallingen per praktijk (tabel 4.2) ligt in de registratieweek beduidend hoger (36% meer) dan verwacht kan worden op basis van de aantallen bevallingen in het afgelopen jaar. Dit kan aan het toeval en aan de korte registratieperiode liggen, omdat het aantal bevallingen in een jaar uiteraard niet altijd even gelijkmatig verdeeld is over alle weken. Het kan ook samenhangen met de registratie-periode: juli en augustus. Volgens CBS-gegevens worden in het derde kwartaal (juli - september) meer kinderen geboren dan in de overige kwartalen (CBS 2000/6), zodat het jaargemiddelde lager zal zijn dan een maand- of week-gemiddelde in het derde kwartaal. Maar het kan ook een daadwerkelijke toename van het aantal bevallingen per praktijk betekenen ten opzichte van vorig jaar. Zoals al in tabel 3.5 is laten zien, verwacht één op de drie praktijken dat het aantal inschrijvingen/bevallingen dit jaar hoger zal zijn dan vorig jaar.

De gemiddelde werktijd per zorgenheid komt in dit onderzoek, op basis van gegevens van 41 praktijken, op 1219 minuten, dat is 20 uur en 19 minuten (zie tabel 4.3). Dat is 166 minuten, of wel 2 uur en 46 minuten meer dan in 1993 (Jabaaij e.a. 1994). Van de totale werktijd per zorgenheid wordt 66% besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden, 28% wordt besteed aan niet-cliantgebonden werkzaamheden en de praktijkassistente neemt 6% van de werkzaamheden op zich. Dit komt overeen met de verdeling van werkzaamheden die in 1993 gevonden werd, namelijk 67% cliëntgebonden en 31% niet-cliantgebonden. Het aandeel van de assistente is in vergelijking met 1993 toegenomen van 2% naar 6%. Dit kan verklaard worden uit het feit dat nu naar verhouding twee keer zo veel praktijken beschikken over een assistente als in 1993 (42% nu, 21% toen) terwijl die assistenten bovendien twee keer zo veel uren werken (nu 18 uur, toen 9 uur).

Tabel 4.3: Schatting van de werktijd per zorgseenheid, zomer 2000 en, ter vergelijking, de gegevens van de tijdregistratie uit 1993 (Jabaaij e.a. 1994)

	Gemiddelde (in minuten)	95% betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde (in minuten)	% van totale tijd
werktijd per zorgseenheid			
<b>zomer 2000</b>	1219	1103 - 1336	100%
<i>waarvan:</i>			
cliëntgebonden werk	808	728 - 889	66%
niet-cliëntgebonden werk	344	286 - 403	28%
praktijkassistentie	67	37 - 96	6%
werktijd per zorgseenheid <b>1993</b>			
	1053	1024 - 1083	100%
<i>waarvan:</i>			
cliëntgebonden werk	710	672 - 747	67%
niet-cliëntgebonden werk	323	289 - 357	31%
praktijkassistentie	20	14 - 25	2%

Voor de duidelijkheid dient hier nogmaals gezegd te worden dat het begrip 'zorgseenheid' niet overeenkomt met het door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) gehanteerde 'bevallingen' waarop de normpraktijk is gebaseerd. Het norminkomen voor een verloskundige is gebaseerd op een praktijk van 120 'bevallingen'. Daarmee worden 120 volledige zorggevallen bedoeld. Dus als een verloskundige in een jaar 120 intakes, 12x120 prenatale controles, 120 bevallingen, 6x120 postnatale controles en 120 afsluitende contacten declareert, ontvangt zij het norminkomen. Maar er zijn in elke praktijk ook 'onvolledige zorggevallen'. Als de verhouding tussen het aantal inschrijvingen en het aantal bevallingen daarvoor als maat genomen wordt, dan geldt gemiddeld 28% van de inschrijvingen als onvolledig zorggeval waarvoor de verloskundige dus wel een deel van de zorg kan declareren, maar niet de volledige zorg. Dit houdt in dat een verloskundige met minder dan 120 bevallingen per jaar toch een norminkomen kan verdienen. Bij de berekening van de 'werktijd per zorgseenheid' zijn deze onvolledige zorggevallen meegerekend, omdat de totale tijdbesteding in de praktijk, dus ook die aan onvolledige zorggevallen, is verdeeld over het aantal werkelijke bevallingen in de praktijk.

## 4.2 Gemiddelde werktijd per week

Op basis van de gemiddelde werktijd per zorgseenheid en de elementen waaruit die is opgebouwd, kan berekend worden hoeveel uur per week er gemiddeld gewerkt wordt. Aan de hand van de gegevens uit de vragenlijst is berekend dat er in totaal 143 verloskundigen aan de 43 praktijken verbonden zijn, waarvan 28 als waarnemer (zie tabel 3.2). In het onderzoek uit 1993 is de werktijd per week berekend over een jaar van 46 werkweken. Dat voorbeeld zal ook nu gevolgd worden. Het aantal van 46 weken is gebaseerd op de werkweek van werknemers in dienstverband, die gemiddeld in een jaar van 365 dagen 135 dagen niet werken (104 dagen

die in het weekend vallen + 23 vakantiedagen + gemiddeld 8 feestdagen = 135 dagen). De vakantiedagen worden buiten de berekening gehouden, dus moet ook de vervanging tijdens vakantie buiten beschouwing blijven. Het werk in de 43 praktijken wordt dus gewoonlijk verricht door 115 verloskundigen.

Het gewerkte aantal uren per verloskundige per week wordt berekend op basis van vier elementen:

1. De gewerkte tijd per zorgeenheid minus de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden;
2. De tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden;
3. Het aantal bevallingen per praktijk per jaar;
4. Het totaal aantal in de praktijk werkzame vaste verloskundigen.

De gemiddelde werktijd per week is berekend door de werktijd per zorgeenheid (zie tabel 4.3) minus de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden te vermenigvuldigen met het aantal partus per jaar, daar de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden per jaar (omgerekend naar het vaste aantal verloskundigen) bij op te tellen en dit te verdelen over een jaar van 46 weken. Omdat in de werktijd per zorgeenheid ook de werktijd van de praktijkassistente is meegeteld, terwijl niet elke praktijk over een praktijkassistente beschikt, is bij de praktijken met een praktijkassistente de werktijd per week verminderd met de werktijd per week van de praktijkassistente. Vervolgens is de gemiddelde werktijd per week per verloskundige berekend. De gemiddelde werktijd per week van de praktijkassistente is afzonderlijk berekend. Van twee praktijken ontbreken gegevens over het aantal bevallingen per jaar. Daarom is deze berekening uitgevoerd op de gegevens van 41 praktijken.

Tabel 4.4: Gemiddelde werktijd per verloskundige per week, in praktijken met en zonder praktijkassistente

	aantal praktijken	aantal verloskundigen	uren per week per verloskundige	95% BI
alle praktijken	41	111	45,57	40,47 - 50,67
met praktijkassistente	17	55	51,69	43,23 - 60,15
zonder praktijkassistente	24	56	41,23	34,98 - 47,48

In de praktijken met praktijkassistente werkt de praktijkassistente gemiddeld 18,18 uur per week (95%BI: 12,58 - 23,77). De praktijken met een praktijkassistente zijn gemiddeld iets groter dan de praktijken zonder praktijkassistente (gemiddeld 3,2 respectievelijk 2,3 vaste verloskundigen per praktijk). De verloskundigen in de praktijken met praktijkassistente werken gemiddeld meer uren per week dan de verloskundigen in de praktijken zonder praktijkassistente. Dit kan samenhangen met het feit dat de registratie in de vakantieperiode plaatsvond. Immers, in praktijken met meer verloskundigen vangt men de afwezigheid van één van de collega's eerder onderling op dan in een praktijk met één of twee verloskundigen, waar sneller een beroep gedaan wordt op een waarnemer. Een vergelijking van het aantal vaste verloskundigen per praktijk (3,2 en 2,3 in praktijken met en zonder praktijkassistente) en het aantal verloskundigen dat in de registratieweek gewerkt heeft (respectievelijk 3,1 en 1,9) wijst echter niet in

die richting.

Om een onderscheid te maken tussen cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden wordt weer uitgegaan van de gewerkte tijd tijdens de registratieperiode. Wordt de totaal geregistreerde werktijd gedeeld door het aantal verloskundigen dat tijdens de registratieperiode werkte, dan komt de gemiddelde werktijd op 38 uur en 44 minuten (tabel 4.5).

Tabel 4.5: Gemiddelde werktijd per verloskundige tijdens de registratieperiode (n=102)

	per praktijk in minuten	per verloskundige in minuten	in uren
totaal geregistreerde werktijd	5502	2324	38 uur + 44 min.
waarvan:			
cliëntgebonden werkzaamheden	4428	1867	31 uur + 7 min.
niet cliëntgebonden werkzaamheden	1074	457	7 uur + 37 min.
<i>Niet-frequente werkzaamheden</i>	<i>771</i>	<i>325</i>	<i>5 uur + 25 min.</i>
<i>werktijd assistente</i>	<i>431</i>	<i>182</i>	<i>3 uur + 2 min.</i>

De cliëntgebonden werkzaamheden maakten in deze registratieperiode 80% uit van de totale werktijd. Echter, veel van de niet-clientgebonden werkzaamheden, zoals gestructureerd overleg, vonden in deze periode niet plaats. Als de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden bij de werktijd tijdens de registratieperiode geteld wordt, dan komt de totale gemiddelde werktijd per verloskundige op 44 uur en 9 minuten. Als daar dan ook nog de werktijd van de assistente bij op geteld wordt, dan komt de totale werktijd per verloskundige op 47 uur en 11 minuten. De cliëntgebonden werkzaamheden maken daar 66% van uit, de niet-clientgebonden werkzaamheden (exclusief het werk van de assistente) 28% en het werk van de assistente 6%. Deze verdeling is hetzelfde als de verdeling in cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden die per zorgeenheid gevonden werd (tabel 4.3).

### 4.3 Cliëntgebonden werktijd per cliënt

Het werk van een verloskundige bestaat zoals gezegd uit cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden. Voor een cliënt die gedurende de hele periode van zwangerschap, bevalling en kraamperiode onder controle blijft van een verloskundige bestaat de zorg gemiddeld uit een intake, 12 prenatale controles, hulp tijdens de baring, 6 postnatale controles en een afsluitend spreekuurbezoek. Op basis van de tijdregistraties kunnen voor al deze onderdelen gemiddelde tijden berekend worden.

Voor het afsluitend spreekuurbezoek, 6 weken post-partum, is gemiddeld dezelfde tijd gerekend als voor een prenataal spreekuurcontact, omdat bij de registratie niet gevraagd is om apart aan te geven hoeveel tijd besteed is aan de individuele spreekuurcontacten. Alleen van de intakes is gevraagd aan te geven hoeveel tijd daaraan besteed is. Ter vergelijking zijn in de tabel de berekende tijden uit het eerdere onderzoek (Jabaaij e.a. 1994) toegevoegd (tabel 4.6).

Tabel 4.6: Cliëntgebonden werktijd per cliënt

	aantal	tijd (min)	totale tijd (min)	eerder onderzoek	
				tijd	totale tijd
intake	1	31,3	31,3	26,6	26,6
prenatale controle (spreekuur)	12	14,8	177,6	11,1	133,2
baring (incl. reistijd)	1	174,7	174,7	204,9	204,9
kraambezoek (incl. reistijd)	6	39,7	238,2	28,9	173,4
afsluitend bezoek (spreekuur)	1	14,8	14,8	14,0	14,0
<b>totaal</b>			<b>636,6</b>	<b>552,1</b>	

De totale tijd per cliënt komt via deze berekening op 636,6 minuten, dat is 10 uur en 37 minuten. Dat is ruim een uur meer dan de 552,1 minuten, of wel 9 uur en 12 minuten, die in 1993 berekend werden. In vergelijking met de resultaten uit 1993 wordt aan alle onderdelen van de zorg nu meer tijd besteed dan toen, behalve aan de baring. Daarbij moet wel bedacht worden dat het om gemiddelde tijden gaat en dat ook de baringen die naar de tweede lijn verwezen zijn hierin meegeteld zijn. Hoe hoger het percentage verwijzingen durante partu, hoe lager de gemiddelde tijd besteed per baring.

Voor deze tijdsbesteding per cliënt zijn alleen de standaard contacten meegeteld. Andere cliëntgebonden onderdelen van het werk, zoals voorbereiden en opruimen van het spreekuur, telefonisch spreekuur en telefonische consulten en (spoed)consulten, zijn hierbij niet meegeteld, voornamelijk omdat die, met uitzondering van de (spoed)consulten, niet direct gerelateerd zijn aan het aantal cliënten. Een (spoed)consult kost gemiddeld 45 minuten, een verloskundige besteedt gemiddeld 84 minuten per week aan voorbereiden en opruimen van het spreekuur en gemiddeld 102 minuten aan telefonisch spreekuur of telefonisch consult.

#### 4.4 Tijd besteed aan bereikbaarheid en beschikbaarheid

In de bovenstaande berekeningen is de tijd die verloskundigen besteden aan bevallingsdienst en achterwacht niet meegerekend. Toch is het dienst hebben of achterwacht zijn een belangrijk onderdeel van het werk van een vrijgevestigde verloskundige. De verloskundige die dienst heeft is degene die bij bevallingen of spoedconsulten kan worden opgeroepen. Zijn er meerdere verloskundigen in de praktijk, dan worden de spreekuren doorgaans gedaan door een verloskundige die geen dienst heeft en de kraambezoeken door een verloskundige die wel dienst heeft. Een verloskundige in een solopraktijk, zonder waarnemer, heeft in principe 168 uur (7x24 uur) per week dienst, tenzij ze afspraken heeft met een buurpraktijk om op bepaalde tijden de dienst van haar over te nemen. In de overige praktijken kunnen de diensten onderling geregeld worden, waarbij de tijden elkaar soms kunnen overlappen. Het zegt daarom niet zo veel om het gemiddeld aantal uren dienst per week per praktijk uit te rekenen. Wat wel een beeld geeft van het werk in een verloskundige praktijk is het gemiddeld aantal uren dienst per verloskundige.

Tabel 4.7: Tijd besteed aan bevallingsdienst of achterwacht, per verloskundige per week, in 35 praktijken

	Gemiddelde (in uren)	95% betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde (in uren)
dienst of achterwacht	92,83	77,22 - 108,44
in solo-praktijken	126,42	79,99 - 172,84
in duo-praktijken	106,76	74,76 - 138,76
in groeps-praktijken	74,52	57,76 - 91,27

Niet alle verloskundigen hebben aangegeven of en hoelang ze dienst hadden, maar in 35 van de 43 praktijken is dat wel gedaan (zie tabel 4.7). Verloskundigen in solopraktijken hebben naar verhouding gemiddeld de meeste uren dienst of achterwacht per week. Hoe meer verloskundigen in de praktijk, hoe minder uren dienst of achterwacht men gemiddeld heeft. ( $F(2,34)=5,15$ ,  $p=0,012$ )

#### 4.5 Werkdruk

De verloskundigen is gevraagd om na elke gewerkte dag op een lijnstuk (een zogenaamde VAS = visueel analoge schaal) aan te geven hoe druk die dag geweest is. De uitersten van de schaal waren aangegeven met 'zeer rustige werkdag' en 'zeer drukke werkdag'. Het lijnstuk was precies 10 centimeter lang, zodat het op de lijn aangekruiste punt eenvoudig vertaald kon worden in een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 = zeer rustig en 10 = zeer druk. Zo goed als alle verloskundigen (101 van de 102) hebben aangekruist hoe druk de dag was op gemiddeld 5 van de 7 dagen en de gemiddelde score voor drukte was 4,05. Dit betekent dat voor de registrerende verloskundigen de registratieweek een tamelijk normale week was wat betreft de werkdruk, hooguit iets rustiger dan anders. Dit komt overeen met de antwoorden op de vraag uit de begeleidende vragenlijst of de registratieweek volgens de verloskundigen representatief was voor de werkdruk in de praktijk (zie tabel 3.9). Die vraag is door 97 van de 102 verloskundigen beantwoord en 48 van hen (49,5%) waren van mening dat het normaal drukker was, terwijl 8 (8,2%) vonden dat het normaal rustiger was in de praktijk. De overigen (37 = 38,1%) vonden de registratieweek representatief of konden geen antwoord op die vraag geven (4 = 4,1%) omdat ze (nog) onvoldoende bekend waren met de betreffende praktijk.

#### 4.6 Werkzaamheden waar men onvoldoende aan toegekomen is

De aanleiding voor dit onderzoek is de hoge werkdruk van verloskundigen. Omdat de cliënten-zorg zoveel tijd vraagt, komen veel verloskundigen niet toe aan werkzaamheden als deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbeleid, zoals al eerder naar voren kwam in het onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorgverlening (Wieggers e.a. 1999). Het bepalen van de tijdbesteding in verloskundige praktijken op dit moment heeft dan ook het gevaar in zich dat

onvoldoende rekening gehouden wordt met de tijd die nodig is voor zaken als deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbeleid, omdat men daar nu niet aan toe komt. Om enigszins hieraan tegemoet te komen is aan de verloskundigen gevraagd om aan te geven aan welke werkzaamheden zij onvoldoende zijn toegekomen, enerzijds tijdens de registratieweek zelf, anderzijds over een langer periode, namelijk het afgelopen half jaar.

Allereerst is gericht gevraagd naar voorlichtingsactiviteiten, administratie en automatisering en deskundigheidsbevordering (tabel 4.8). Deze vraag is ingevuld door 73 van de 102 verloskundigen.

Tabel 4.8. Overzicht van activiteiten die volgens de verloskundigen onvoldoende aan bod zijn geweest in de registratieweek. n=73

	aantal verloskundigen	percentage
voorlichtingsactiviteiten	27	37%
administratie/automatisering	33	45%
deskundigheidsbevordering	42	58%
anders*	31	43%

\*: o.a.: intern overleg, vergaderingen, rust, tijd voor cliënten, overleg met assistente, enz.

Vervolgens zijn twee open vragen gesteld: ten eerste naar de werkzaamheden waar men in de registratieweek onvoldoende tijd aan heeft kunnen besteden, ten tweede naar werkzaamheden waar men in het afgelopen half jaar onvoldoende aan toegekomen is. Niet iedereen heeft deze open vragen ingevuld, 47 van de 102 verloskundigen hebben wel een of meer werkzaamheden genoemd waar ze in de registratieweek onvoldoende tijd aan hebben kunnen besteden.

Het meest genoemd zijn de volgende werkzaamheden:

- boekhouding / administratie 14 keer genoemd
- het bijhouden van vakliteratuur 11 keer genoemd
- aandacht voor cliënten, visites 8 keer genoemd
- overleg 6 keer genoemd
- post en automatisering 6 keer genoemd
- voorlichting en nazorg 5 keer genoemd
- gezinsleven, huishouding en vrije tijd 5 keer genoemd

De meest genoemde reden waarom met niet aan deze werkzaamheden was toegekomen is dat de registratieweek een drukke periode was, met veel visites, veel pathologie (14 keer genoemd). Andere vaak genoemde redenen, die hier dicht tegen aan liggen, zijn: hoge werkdruk, tijdgebrek (8x), vakantie van collega, geen waarneming (8x), vakantieperiode, waarneemperiode (8x). Verder zijn nog genoemd: geen energie voor (2x), onrust, drukte thuis (2x), lange werkdagen (2x), geen waarneming/nieuwe collega te vinden (2x).

De tweede open vraag, naar de werkzaamheden waar zij dit jaar, tot nu toe, naar hun gevoel onvoldoende aan toe zijn gekomen, is door 71 van de 102 verloskundigen beantwoord. Ook hier kon meer dan één antwoord gegeven worden. Het meest genoemd werden:

- deskundigheidsbevordering, bijscholing, literatuur bijhouden 52 x genoemd
- jaarverslag, financiële administratie 11 x genoemd
- organisatie van de praktijk, werkzaamheden aan het pand 11 x genoemd
- automatisering 10 x genoemd



- voorlichting geven, voorlichtingsmateriaal verzorgen 7 x genoemd
- overleg 6 x genoemd
- cliëntenzorg, bevallingen, visites 6 x genoemd
- eigen huishouden, kinderen, privé-zaken 4 x genoemd
- extra's, onderzoek 4 x genoemd

De meest genoemde redenen waarom men niet aan deze werkzaamheden is toegekomen zijn: te hoge werkdruk (25x), geen tijd, energie of geld voor (14x), privé-omstandigheden, vakantie, vrije tijd gaan voor (14x), geen tijd voor tijdens diensten, op werkdagen (9x), zwangerschap, bevallingsverlof, ziekte collega (8x), te lastig voor collega's, wegens vakantie collega's (7x), waarnemer moeilijk te krijgen (6x).



## 5. CONCLUSIE

De eerste vraagstelling in dit onderzoek was: wat is de gemiddelde tijdbesteding van vrijgevestigde verloskundigen aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden. Om deze vraag te beantwoorden is een tijdregistratie uitgevoerd, gedurende één week, in 43 verloskundige praktijken. Op basis van die tijdregistratie is een berekening gemaakt van de gemiddelde werktijd van verloskundigen.

Allereerst is de gemiddelde werktijd per zorgeenheid berekend. Een zorgeenheid is gehanteerd als maat voor praktijkgrootte en is als volgt gedefinieerd: 'Het aantal zorgeenheden per jaar komt overeen met het aantal begeleide bevallingen per jaar (inclusief de durante partu verwezen vrouwen). Hierbij is inbegrepen de partiële pre- en/of postnatale zorg bij een deel van de cliënten, en de tijd besteed aan niet-cliantgebonden werkzaamheden.' (Jabaaij e.a. 1994). Vervolgens is de gemiddelde werktijd per week berekend en een schatting gemaakt van de verdeling van de werktijd over cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden. Ook is een berekening gemaakt van de cliëntgebonden werktijd per cliënt en van de gemiddelde tijd die per week besteed wordt aan bevallingsdienst en achterwacht. Naast de tijdregistratie gedurende die ene week is daarbij ook rekening gehouden met de door de verloskundigen geschatte tijd die ze het afgelopen half jaar besteed hebben aan niet-frequente werkzaamheden, zoals deskundigheidsbevordering, kring- en regiobijskomsten, voorlichtingsactiviteiten, stagebegeleiding en georganiseerd overleg.

De gemiddelde werktijd per zorgeenheid komt in dit onderzoek uit op 1219 minuten, dat is 20 uur en 19 minuten. Cliëntgebonden werkzaamheden maken daar 66% van uit. Vergelijken we dit met de resultaten uit het onderzoek van Jabaaij e.a. (1994) dan blijkt de gemiddelde werktijd per zorgeenheid te zijn toegenomen met 2 uur en 43 minuten, terwijl de verdeling over cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden nauwelijks veranderd is. De gemiddelde werktijd per week per verloskundige komt in dit onderzoek op 45 en een half uur.

Verloskundigen in praktijken met een praktijkassistent blijken gemiddeld meer uur per week te werken (ruim 51 uur) dan verloskundigen in een praktijk zonder praktijkassistent (ruim 41 uur). Als alleen naar de registratieweek gekeken wordt, blijken cliëntgebonden werkzaamheden 80% van de totale werkzaamheden uit te maken. Als echter rekening gehouden wordt met de tijd besteed aan niet-frequente werkzaamheden, die in deze week nauwelijks voorkwamen, dan blijken de cliëntgebonden werkzaamheden 66% van de totale werktijd uit te maken. Dit komt overeen met de resultaten uit het eerdere onderzoek (Jabaaij e.a. 1994), waar gevonden werd dat de cliëntgebonden werkzaamheden 67% van de totale werktijd uitmaakten. Bij een gemiddelde werkweek van ruim 45 uur wordt dus 30 uur besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden en ruim 15 uur aan niet-cliantgebonden werkzaamheden, inclusief de werkzaamheden van de assistent. Vergelijking met het onderzoek uit 1993 laat zien dat, bij een toename van het aantal praktijken met een assistente en een toename van het aantal uren dat door de assistente gewerkt wordt, de verhouding cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden in de praktijk niet wezenlijk verandert, maar dat de verloskundigen zelf iets minder tijd besteden aan niet-cliantgebonden werkzaamheden.

De cliëntgebonden werktijd per cliënt komt in dit onderzoek op 636,6 minuten, dat is 10 uur en 37 minuten. Dat is 1 uur en 25 minuten meer dan gevonden werd in het onderzoek van Jabaaij (1994). De gemiddelde tijd per intake, prenatale controle, kraambezoek en afsluitende controle ligt steeds iets hoger dan in het eerdere onderzoek. Voor een intake is dat ruim 4

minuten, voor een prenatale controle ruim 3 minuten, voor een kraambezoek (inclusief reistijd) ruim 10 minuten en voor een afsluitend bezoek minder dan 1 minuut. Alleen de gemiddelde tijd die besteed wordt aan een baring (inclusief reistijd) ligt in dit onderzoek lager dan wat eerder gevonden werd en wel 30 minuten lager. Dit zou kunnen samenhangen met het verwijsperscentage: als meer vrouwen tijdens de baring verwezen worden naar de tweede lijn, zal de gemiddelde tijd per baring per verloskundige teruglopen. Dit is op zich echter geen afdoende verklaring, want in beide onderzoeken is 30% van de vrouwen durante partu verwezen naar de tweede lijn. Een tweede mogelijke verklaring is dat verloskundigen daadwerkelijk minder lang aanwezig zijn / blijven bij de barendende vrouw dan ze in 1993 deden.

De tweede vraagstelling in dit onderzoek was: wat zijn de werkzaamheden waar verloskundigen op dit moment volgens eigen zeggen onvoldoende aan toe komen. Omdat de tijdregistratie heeft plaatsgevonden in een periode dat de werkdruk van verloskundigen heel hoog is en ze, naar eigen zeggen, aan allerlei noodzakelijke werkzaamheden onvoldoende toekomen, is hen gevraagd om aan te geven welke werkzaamheden vooral zijn blijven liggen de laatste tijd en wat daarvoor de reden is geweest. Meer dan de helft van de verloskundigen heeft aangegeven het afgelopen jaar onvoldoende tijd gehad te hebben voor deskundigheidsbevordering, bijscholing en vakliteratuur. De belangrijkste redenen zijn de hoge werkdruk, onvoldoende energie, het privé-leven ook eens voorrang willen geven en de afwezigheid (om wat voor reden dan ook) van een collega.

Samenvattend kunnen we het volgende concluderen. Als we de resultaten van dit onderzoek vergelijken met het tijdbestedingsonderzoek uit 1993 dan kunnen we constateren dat de gewerkte tijd per zorgeenheid nu beduidend hoger ligt dan toen. Nu 20 uur en 19 minuten, toen 17 uur en 36 minuten, een verschil van 2 uur en 43 minuten. Ook de cliëntgebonden tijd besteed aan een 'volledig zorggeval', dat wil zeggen, aan een cliënt die vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de afsluitende controle zes weken post partum de reguliere zorg ontvangt van de verloskundige, is toegenomen, van 9 uur en 12 minuten in 1993 naar 10 uur en 37 minuten nu, een toename van 1 uur en 25 minuten. Alleen de gemiddelde tijd besteed aan de baring is afgenomen. Als de werktijd van de assistente gerekend wordt tot de niet-clientgebonden werkzaamheden blijkt de verhouding cliëntgebonden en niet-clientgebonden werk niet wezenlijk veranderd te zijn.

Dit bevestigt wat de verloskundigen al geruime tijd aangeven, namelijk dat cliëntenzorg steeds meer tijd is gaan vergen, onder andere vanwege de toegenomen mondigheid van cliënten.

De in dit onderzoek berekende gemiddelde tijdbesteding per zorgeenheid van 20 uur en 19 minuten kan worden omgerekend naar een gemiddelde werkweek voor een verloskundige. Wordt de vakantie bij de werktijd van de verloskundige meegerekend, conform de systematiek van het CTG (261 werkbare dagen = 52,2 weken van vijf dagen), dan komt uit die berekening het volgende. Bij een arbeidsduur van 52,2 weken en 120 zorgeenheden per jaar komt de gemiddelde werktijd per week per verloskundige op 46 uur en 42 minuten. Bij 100 zorgeenheden per jaar komt de gemiddelde werkweek op circa 39 uur en bij 90 zorgeenheden per jaar komt de gemiddelde werkweek op circa 35 uur.

Als in de toekomst een deel van de niet-clientgebonden taken, bijvoorbeeld 50% van de tijd die nu besteed wordt aan administratie en overleg, gedelegeerd zou kunnen worden naar het DVP, dan kan dit de gemiddelde werkweek van een verloskundige verminderen met circa 4½ uur. Als blijkt dat slechts een reductie van 25% haalbaar is, dan zou dat een vermindering van de gemiddelde werkweek van een verloskundige met iets meer dan 2 uur betekenen.

## 6. DISCUSSIE

Dit onderzoek is opgezet om in korte tijd inzicht te krijgen in de huidige tijdsbesteding van vrijgevestigde verloskundigen. De aanleiding daarvoor was de geconstateerde, en ook door de overheid erkende, hoge werkdruk van verloskundigen. In maart van dit jaar heeft de minister maatregelen toegezegd om de werkdruk te verlichten. Eén van die maatregelen was het verlagen van de normpraktijk van 150 naar 120 bevallingen per jaar. Aan de Tweede Kamer, die zich afvroeg of de voorgestelde maatregelen wel voldoende zijn om de eerstelijns verloskunde te behouden, heeft de minister beloofd om, op grond van wetenschappelijke onderbouwing, zo nodig verdere maatregelen te nemen.

Die gevraagde wetenschappelijke onderbouwing wordt geleverd in dit rapport, in samenhang met het rapport van Deloitte & Touche Bakkenist, dat op verzoek van de KNOV is opgesteld. In het rapport van Deloitte & Touche Bakkenist ligt de nadruk op de gewenste tijdsbesteding van vrijgevestigde verloskundigen, op basis van een gezamenlijk ontwikkelde visie op het basistakenpakket van verloskundigen en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden.

In dit rapport ligt de nadruk op de feitelijke tijdsbesteding van vrijgevestigde verloskundigen. De tijdsbesteding is gemeten in de laatste week van juli en de eerste twee weken van augustus, per praktijk gedurende één week. Er zijn tegen deze meting wel een aantal bezwaren in te brengen. Ten eerste vond de meting plaats midden in de zomerperiode. Ook verloskundigen gaan met vakantie en tijdens die periode worden in de verloskundige praktijken alleen de hoognodige werkzaamheden verricht, die geen uitstel velen. Bovendien ligt allerlei geregeld overleg stil, omdat ook overlegpartners vakantie hebben. Een meting van de tijdsinvestering in deze periode kan daarom onmogelijk een representatief beeld opleveren van de gemiddelde tijdsbesteding in verloskundige praktijken. Hier kan tegenin gebracht worden dat de vraag naar verloskundige zorg zich niets aantrekt van vakantieperiodes. Dit betekent dat in ieder geval de hoeveelheid cliëntgebonden werkzaamheden in deze periode niet wezenlijk anders zal zijn dan in andere maanden.

Een tweede bezwaar dat samenhangt met de vakantie periode is dat in deze weken het aantal verloskundigen dat werkzaam is, kan verschillen van het aantal dat in de rest van het jaar werkt, bijvoorbeeld omdat men binnen een praktijk elkaars afwezigheid zelf opvangt. Dezelfde hoeveelheid werk wordt dan met minder verloskundigen uitgevoerd, wat een onjuist beeld geeft van de werkdruk in de betreffende praktijk en de hoeveelheid werk per verloskundige. Het kan er ook toe leiden dat verloskundigen minder tijd besteden aan bepaalde werkzaamheden dan ze in andere periodes van het jaar zouden doen. Dit bezwaar is niet te ondervangen en moet dus meegewogen worden bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Gebleken is overigens dat het aantal verloskundigen dat geregistreerd heeft niet sterk verschilt van het aantal verloskundigen dat in andere perioden in dezelfde praktijken werkzaam is. Het bezwaar blijkt dus in de praktijk minder groot dan verwacht.

Een derde bezwaar betreft de duur van de tijdmeting. Er is in elke praktijk slechts gedurende één week geregistreerd. Om een goed beeld te krijgen van de werkzaamheden in een gemiddelde praktijk zou een langere tijd achter elkaar geregistreerd moeten worden. In het kader van dit onderzoek was dat niet mogelijk. Bovendien zou het, gezien de toch al hoge werkdruk, te belastend zijn voor veel verloskundigen, waardoor de respons mogelijk veel lager uit zou kunnen vallen. In dit onderzoek was de respons 90%, wat als zeer hoog beschouwd mag worden. In het vorige tijdsbestedingsonderzoek (Jabaaij e.a. 1994), waar van de verloskundigen gevraagd werd om gedurende 3 weken te registreren, was de respons (op praktijkniveau) 60%. Dit neemt het risico niet weg dat van een bepaalde praktijk een vertekend beeld ontstaat omdat

die ene week juist uitzonderlijk druk of juist uitzonderlijk rustig was, maar door de hoge respons in een representatieve steekproef is de kans wel groter dat de gemiddelde berekende tijdbesteding een betrouwbaar beeld oplevert.

Een vierde bezwaar is meer algemeen en hangt samen met de aanhoudende hoge werkdruk van verloskundigen. Door juist nu de tijdsbesteding te meten, meten we een hoge-druk situatie, wat betekent dat mogelijk enkele taken die wel tot het takenpakket van de verloskundige behoren, onvoldoende belicht worden. Ook is het mogelijk dat verloskundigen, vanwege de hoge werkdruk, minder tijd (kunnen) besteden aan hun cliënten dan ze eigenlijk zouden willen en noodzakelijk vinden. Aan dit bezwaar kan deels tegemoet gekomen worden door de resultaten van dit onderzoek te leggen naast de resultaten van het onderzoek van Deloitte & Touche Bakkenist.

## Referenties

CBS (2000) Bevolkingsontwikkeling. Hoog aantal geboorten in eerste kwartaal. **Mndstat bevolking 2000/06**, Heerlen/Voorburg, CBS.

CBS (2000) Maandcijfers levendgeborenen. **Mndstat bevolking 2000/08**, Heerlen/Voorburg, CBS.

Jabaaij L, Winckers M, Hingstman L, Meijer W (1994) **De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk** Utrecht, Nivel.

Vorst-Thijssen T, Brink-Muinen A van de, Kerkstra A. (1990) **Het werk van wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden in Nederland**. Utrecht, Nivel.

Wiegers TA, Calsbeek H, Hingstman L. (1999) **Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerste lijn**. Utrecht, Nivel.





## **BIJLAGE 1:**

**handleiding bij  
tijdregistratie en  
vragenlijst**



## Handleiding bij het tijdschrijven en de tijdbestedingsvragenlijst

### TIJDREGISTRATIE

- De tijdregistratie-formulieren dienen door alle verloskundigen in de praktijk, ook door vaste of wisselend waarnemers, gelijktijdig, gedurende 7 achtereenvolgende dagen te worden ingevuld.
- Om te voorkomen dat verloskundigen steeds een heel pakket met verschillende formulieren bij zich moeten hebben is gekozen voor één formulier per registratie-dag. Een registratie-dag loopt van 08.00 uur 's morgens tot 08.00 uur de volgende morgen.
- De formulieren zijn het beste te beschouwen als bureau-agenda, waarin alle werkzaamheden gedurende de dag en de nacht genoteerd worden.
- Alle tijden dienen zo nauwkeurig mogelijk genoteerd te worden. De formulieren geven een indeling per kwartier, maar zo nodig kan een verdere verfijning aangegeven worden.
- Ook uw reistijden moeten genoteerd worden, zoals: reistijd van huis naar praktijk, reistijd van praktijk naar cliënt, reistijd van huis cliënt naar ziekenhuis, reistijd van ziekenhuis naar huis, enzovoort. NB: het gaat hier om uw eigen reistijd, niet om de reistijd van de cliënt.
- De formele, afgesproken begin- en eindtijden van diensten en achterwachtp perioden moeten genoteerd worden, evenals de feitelijke tijden waarop een beroep op de verloskundige wordt gedaan.
- Bij overlegsituaties dient kort aangegeven te worden met wie overlegd is, collega's binnen de praktijk, collega's buiten de praktijk, andere zorgverleners, multidisciplinair overleg, kringvergaderingen, enzovoorts.
- Voor de spreekuren noteert u de begin- en eindtijd, inclusief de tijd die nodig was voor voorbereiding en opruimen. In de toelichting noteert u hoeveel cliënten u op het spreekuur gezien hebt, voor hoeveel dat een eerste contact, een vervolcontact, een na-controle of een afsluitend contact was. Bij een eerste contact vermeldt u hoeveel minuten dat contact geduurd heeft, van de overige contacten hoeft u alleen te vermelden hoeveel het geweest zijn. Bijvoorbeeld: 1x eerste contact (.. min), ..x vervolcontact, ..x na-controle, ..x afsluitend contact.
- Voor een bevalling noteert u elk contact met de betreffende cliënt, de reistijd van en naar de cliënt, het tijdstip waarop het kind is geboren, of het een eerste of volgend kind is, of er partusassistentie aanwezig was.
- indien van toepassing: het tijdstip van verwijzen, de reistijd naar het ziekenhuis, het tijdstip waarop u weer vertrekt en de reistijd naar huis.
- Voor huisbezoeken noteert u de reistijd en duur van elk huisbezoek. In de toelichting noteert u het soort bezoek, bv: postnatale controle op ...ste dag, prenatale controle, enz.
- Geef aan het eind van iedere dag op de lijn onderaan het formulier met een kruisje ergens op de lijn aan of dat voor u een rustige of drukke werkdag geweest is. Hoe meer naar rechts u het kruisje zet, hoe drukker de dag volgens u geweest is. Bij een 'gewone' dag zal het kruisje ergens in het midden komen.

### VRAGENLIJST

- Wilt u de vragenlijst invullen **nadat** u de tijdregistratie gedaan hebt?
- Het eerste gedeelte van de vragenlijst - praktijkgegevens, vraag 1 t/m 7 - kunt u in overleg met uw collega('s) invullen of afspreken dat één van u die vragen invult. Geef dan wel aan op het voorblad van de vragenlijst **wie** van u de praktijkgegevens heeft ingevuld.
- De overige vragen in de vragenlijst zijn aan iedere verloskundige persoonlijk gericht.
- De vragenlijst en tijdregistratie zijn op naam gesteld. Dit is nodig om de verwerking van de gegevens correct te laten verlopen. Bij de verdere analyse en rapportage zullen alle gegevens worden geanonimiseerd. In de rapportage zullen de gegevens op geen enkele manier te herleiden zijn tot individuele personen of praktijken die aan dit onderzoek hebben meegewerkt.
- Het praktijknummer dat voor op de vragenlijst staat, is een nummer dat buiten dit onderzoek geen verdere betekenis heeft. Het wordt alleen gebruikt voor de verwerking van de gegevens.

Schrijf alstublieft duidelijk, met zwarte of blauwe pen.

Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met Trees Wiegers, onderzoeker Nivel,

tel: 030-2729769

fax: 030-2729729

e-mail: [t.wiegers@nivel.nl](mailto:t.wiegers@nivel.nl)

Hartelijk dank voor uw medewerking.



## **BIJLAGE 2:**

**tijdregistratieformulieren**



Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg



Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Tel.: 030 - 27 29 700  
Fax: 030 - 27 29 729

## Tijdregistratie verloskundigen

praktijknummer:

naam verloskundige \_\_\_\_\_

adres praktijk \_\_\_\_\_

registratie periode \_\_\_\_\_

## TOELICHTING

Op verzoek van de KNOV en het ministerie van VWS is het Nivel bezig met een onderzoek naar de tijdsinvestering van verloskundigen.

Dit onderzoek moet een betrouwbaar beeld opleveren van de tijd die verloskundigen besteden aan de verschillende taken in en buiten de praktijk, die deel uitmaken van hun beroepsuitoefening.

De resultaten van dit onderzoek moeten op korte termijn (uiterlijk 1 oktober a.s.) voor de minister beschikbaar zijn. Ze zullen gepresenteerd worden in samenhang met de resultaten van een onderzoek dat uitgevoerd wordt door bureau Deloitte & Touche Bakkenist en dat zich richt op de beschrijving van het basistakenpakket en de gewenste omvang van een normpraktijk van verloskundigen.

U heeft uw medewerking aan dit onderzoek toegezegd, wat betekent dat u akkoord gegaan bent met het verzoek om een week lang al uw bezigheden die voortvloeien uit uw beroep als verloskundige te registreren.

Op de volgende pagina's is de mogelijkheid gemaakt om gedurende 7 dagen, 24 uur per dag uw werkzaamheden te registreren. We hebben 1 dag als voorbeeld toegevoegd. De verloskundige in dit voorbeeld is 's morgens om even voor 8.00 uur naar haar praktijk gegaan (deze reistijd had eigenlijk op het formulier van de voorgaande dag moeten staan: elk formulier loopt van 8.00 uur 's morgens tot 8.00 uur de volgende ochtend). Na een voorbereiding van 30 minuten is ze om 8.30 uur begonnen met een spreekuur dat tot 12.00 uur duurde. Tijdens dat spreekuur heeft ze 20 cliënten gezien, waarvan 4x een na-controle, 6 weken p.p. en 16x een vervolgccontrole. Tussen de middag heeft ze telefonisch spreekuur gehouden (1 uur), overlegd met fysiotherapeuten (30 min.) en administratief werk gedaan. Van 14.30 uur tot 15.55 heeft ze vergaderd in de praktijk. Om 16.00 uur was ze thuis.

Om 21.55 uur is ze opnieuw naar de praktijk gegaan voor de overdracht. Om 22.35 uur was ze weer thuis. Ze heeft die avond nog 1x een telefoontje gekregen, verder heeft ze een ongestoorde nacht gehad.

Ter afsluiting van de dag is de mogelijkheid gegeven om aan te kruisen of dit een (erg) drukke of (erg) rustige dag geweest is. Voor de voorbeeld-verloskundige was het een erg rustige dag.



Voorbeeld: Datum : \_\_\_\_\_

Werkzaamheden	Toelichting
08.00 uur _____	_____
08.15 _____	_____
08.30 uur _____	_____
08.45 _____	_____
09.00 uur _____	_____
09.15 _____	_____
09.30 uur _____	_____
09.45 _____	_____
10.00 uur _____	_____
10.15 _____	_____
10.30 uur _____	_____
10.45 _____	_____
11.00 uur _____	_____
11.15 _____	_____
11.30 uur _____	_____
11.45 _____	_____
12.00 uur _____	_____
12.15 _____	_____
12.30 uur _____	_____
12.45 _____	_____
13.00 uur _____	_____
13.15 _____	_____
13.30 uur _____	_____
13.45 _____	_____
14.00 uur _____	_____
14.15 _____	_____
14.30 uur _____	_____
14.45 _____	_____
15.00 uur _____	_____
15.15 _____	_____
15.30 uur _____	_____
15.45 _____	_____
16.00 uur _____	_____
16.15 _____	_____
16.30 uur _____	_____
16.45 _____	_____
17.00 uur _____	_____
17.15 _____	_____
17.30 uur _____	_____
17.45 _____	_____
18.00 uur _____	_____
18.15 _____	_____
18.30 uur _____	_____
18.45 _____	_____
19.00 uur _____	_____
19.15 _____	_____
19.30 uur _____	_____
19.45 _____	_____
20.00 uur _____	_____

VERVOLG VOORBEELD

20.15	
20.30 uur	
20.45	
21.00 uur	
21.15	
21.30 uur	
21.45	
22.00 uur	
22.15	
22.30 uur	
22.45	
23.00 uur	
23.15	
23.30 uur	
23.45	
24.00 uur	
00.15	
00.30 uur	
00.45	
01.00 uur	
01.15	
01.30 uur	
01.45	
02.00 uur	
02.15	
02.30 uur	
02.45	
03.00 uur	
03.15	
03.30 uur	
03.45	
04.00 uur	
04.15	
04.30 uur	
04.45	
05.00 uur	
05.15	
05.30 uur	
05.45	
06.00 uur	
06.15	
06.30 uur	
06.45	
07.00 uur	
07.15	
07.30 uur	
07.45	
08.00 uur	

zeer rustige  
werkdag



zeer drukke  
werkdag

## **BIJLAGE 3:**

### **vragenlijst**



Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg



Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Tel.: 030 - 27 29 700  
Fax: 030 - 27 29 729

## VRAGENLIJST TIJDBESTEDING IN VERLOSKUNDIGE PRAKTIJKEN

Praktijknummer: \_\_\_\_\_

Naam verloskundige \_\_\_\_\_

Registratie-periode van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Datum invullen \_\_\_\_\_

Praktijkgegevens ingevuld door: \_\_\_\_\_

## A. PRAKTIJKGEGEVENS

1.      Praktijkadres \_\_\_\_\_  
           Postcode en plaats \_\_\_\_\_  
           Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
           Faxnummer \_\_\_\_\_
2.      Hoeveel verloskundigen (inclusief uzelf) zijn er in augustus 2000 verbonden aan en/of werkzaam in de praktijk ?  
       \_\_\_\_\_ zelfstandig gevestigde(n)  
       \_\_\_\_\_ verloskundige(n) in dienstverband  
       \_\_\_\_\_ vaste waarneemster(s)  
       \_\_\_\_\_ wisselend waarneemster(s)
3.      Zijn er op dit moment vacatures in de praktijk ?  
 nee  
 ja, voor \_\_\_\_\_ zelfstandig gevestigde(n)  
   \_\_\_\_\_ verloskundige(n) in dienstverband  
   \_\_\_\_\_ vaste waarneemster(s)  
   \_\_\_\_\_ wisselend waarneemster(s)  
   \_\_\_\_\_ praktijkassistente(s)
4.      Hoeveel inschrijvingen had de praktijk in 1999, hoeveel bevallingen en hoeveel kraambedden ?  
     Aantal inschrijvingen \_\_\_\_\_  
   waarvan \_\_\_\_\_ % allochtonen  
     Aantal bevallingen \_\_\_\_\_  
   waarvan \_\_\_\_\_ durante partu verwezen (aantal)  
   van de niet-verwezen bevallingen \_\_\_\_\_ % thuis  
   \_\_\_\_\_ % poliklinisch  
     Aantal kraambedden \_\_\_\_\_  
   waarvan \_\_\_\_\_ zogenaamde 'losse kraambedden' (aantal)
5.      Is, naar uw inschatting, de praktijkgrootte in 2000 vergelijkbaar met die van 1999 ?  
 ja, van vergelijkbare grootte  
 nee, naar schatting meer inschrijvingen/bevallingen  
 nee, naar schatting minder inschrijvingen/bevallingen

6. Is er in de praktijk een praktijkassistente aanwezig, zo ja, voor hoeveel uur en wat zijn doorgaans haar werkzaamheden ?

- nee, geen praktijkassistente
- ja, voor \_\_\_\_\_ uur per week
- haar werkzaamheden zijn:
- patiëntenadministratie
  - financiële administratie
  - LVR-administratie
  - overige administratie
  - telefoon beantwoorden
  - afspraken maken
  - spreekuur voorbereiden en opruimen
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_

7. In hoeverre is de praktijk geautomatiseerd ?

- niet geautomatiseerd
- geautomatiseerd zijn:
- NAW-bestand
  - Zwangerschapskaart
  - LVR
  - Declaraties
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_

## B. PERSOONLIJKE GEGEVENS

8. Wat is uw geboortedatum en sekse?

Geboortedatum \_\_\_\_\_ (dag) \_\_\_\_\_ (maand) \_\_\_\_\_ (jaar)

- vrouw
- man

9. Wat is uw functie:

- zelfstandig gevestigd
- in dienstverband
- vaste waarnemer
- wisselend waarnemer

10. Hoeveel uur per week of per maand werkt u in principe in deze praktijk?

(invullen wat voor u het meest van toepassing is)

- \_\_\_\_\_ uur per week
- \_\_\_\_\_ uur per maand

11. Was de week waarin u uw tijdsbesteding geregistreerd hebt naar uw idee representatief voor de werkdruk in deze praktijk?
- nee, normaal is het drukker
  - ja, de registratieweek was representatief
  - nee, normaal is het rustiger
  - dat weet ik niet

### C. NIET-FREQUENTE WERKZAAMHEDEN

Bij een tijdregistratie van één week kunnen uiteraard niet alle werkzaamheden die in een verloskundige praktijk voorkomen geregistreerd worden. Sommige werkzaamheden, zoals bepaalde vormen van overleg, vinden immers niet wekelijks plaats. Bovendien zullen in de zomermaanden, vanwege de vakanties, bepaalde activiteiten niet worden uitgevoerd. In de onderstaande vragen wordt daarom gevraagd hoeveel tijd u gemiddeld besteedt aan verschillende minder frequent voorkomende werkzaamheden.

12. Hoeveel tijd besteedt u (persoonlijk) gemiddeld **per maand** aan het lezen van vakliteratuur, zoals het Tijdschrift voor Verloskundigen en andere tijdschriften, beleidsnota's of rapporten?
- \_\_\_\_\_ uur per maand
13. Hoeveel tijd besteedt u (persoonlijk) gemiddeld **per half jaar** aan deskundigheidsbevordering, na- en bijscholing, inclusief intercollegiale toetsing ?
- \_\_\_\_\_ uur deelname per half jaar
- \_\_\_\_\_ uur reistijd per half jaar
14. Hoeveel tijd besteedt u (persoonlijk) gemiddeld **per half jaar** aan deelname aan kringbijeenkomsten, regiobijeenkomsten, Commissie van Overleg, Raadsvergadering en Algemene Leden Vergadering ?
- \_\_\_\_\_ uur deelname per half jaar
- \_\_\_\_\_ uur reistijd per half jaar
15. Heeft u in **het afgelopen half jaar** medewerking verleend aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten (zwangerschapsgym, -yoga, voedingsvoorlichting, GVO etc.) en indien ja, hoeveel tijd, inclusief voorbereiding, kostte u dat ?
- nee
  - ja, namelijk \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ uur
  - \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ uur
  - \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ uur



16. Hoeveel stagiaires heeft u (persoonlijk) in **het afgelopen half jaar** begeleid?
- \_\_\_\_\_ leerling verloskundigen
- \_\_\_\_\_ herintreedsters
- \_\_\_\_\_ buitenlandse collega's
- \_\_\_\_\_ artsen in opleiding
- \_\_\_\_\_ huisartsen in opleiding
- \_\_\_\_\_ kraamverzorgenden/verpleegkundigen in opleiding
17. Indien van toepassing, kunt u een schatting maken hoeveel tijd (buiten de meelooptijd) u persoonlijk in totaal besteed hebt aan stagebegeleiding in **het afgelopen half jaar**?
- \_\_\_\_\_ uur
18. Hoeveel tijd besteedt u persoonlijk aan georganiseerd overleg of vergaderingen met andere gezondheidswerkers?
- leidinggevend kraamzorg \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- kraamafdeling ziekenhuis \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- gynaecologen \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- kinderartsen \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- huisartsen \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- multidisciplinair overleg \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- ..... \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- ..... \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- ..... \_\_\_\_\_ uur per half jaar
19. Hoeveel tijd heeft u persoonlijk dit voorjaar besteed aan het klaarmaken van de jaaropgave voor de belasting, het kwaliteitsjaarverslag en de verzending van LVR-correcties ?
- \_\_\_\_\_ uur
20. Welke andere, nog niet genoemde werkzaamheden verricht u in het kader van de verloskundige praktijk en hoeveel tijd besteedt u daar gemiddeld aan ?
- andere beroepsactiviteiten, namelijk:
- \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- \_\_\_\_\_ uur per half jaar
- geen

21. Welke activiteiten zijn voor uw gevoel in de afgelopen registratieweek onvoldoende aan bod geweest?

- voorlichtingsactiviteiten
- administratie / automatisering
- deskundigheidsbevordering
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

22. Aan welke werkzaamheden heeft u voor uw gevoel in de afgelopen registratieweek onvoldoende tijd kunnen besteden en wat is daarvoor de reden geweest ?

---

---

---

---

---

Reden:

---

---

---

---

---

23. Aan welke werkzaamheden bent u dit jaar, voor uw gevoel, tot nu toe onvoldoende toegekomen en wat is daarvoor de reden geweest ?

---

---

---

---

---

Reden:

---

---

---

---

---

#### **D. Werkbeleving**

Op deze plaats bevond zich de UBOS-C vragenlijst. Op dit meetinstrument berust copyright, vandaar dat hij niet word afgedrukt in dit rapport.

Voor meer informatie over achtergronden, inhoud en gebruik kunt u zich wenden tot de uitgever:  
Swets & Zeitlinger B.V. te Lisse.

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw medewerking !

**Management & ICT Consultants**

Kastanjelaan 6  
3833 AN Leusden  
Postbus 336  
3830 AJ Leusden  
Telefoon (033) 453 72 00  
Telefax (033) 434 11 01  
E-mail leusden@deloitte.nl

**Eindrapportage  
Basistakenpakket verloskunde**

Uitgebracht aan:      Uitgebracht aan de Koninklijke  
Nederlandse Organisatie van  
Verloskundigen, KNOV

Auteurs:                drs. R.C.P. Hartings  
                              drs. K.J. Kuperus

## **Inhoud**

<b>1. 1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Probleemstelling</b>	<b>6</b>
<b>3. Methodiek van het onderzoek</b>	<b>7</b>
<b>4. Gemoderniseerde verloskundige zorg</b>	<b>9</b>
4.1 Visie op verloskunde	9
4.2 Kwaliteit van zorg	11
4.3 Organisatie van de verloskunde	11
<b>5. Basistakenpakket eerstelijns verloskundige zorg</b>	<b>15</b>
<b>6. Bepaling normpraktijk</b>	<b>23</b>
<b>7. Overzicht van bijlagen</b>	<b>25</b>
7.1 Bijlage I: Deelnemers overleg visie verloskunde	26
7.2 Bijlage II: Deelnemers werkconferentie organisatorische ontwikkelingen	27
7.3 Bijlage III: Netto arbeidsduur bij 40-urige werkweek	28
7.4 Bijlage IV: Deelnemers werkconferenties	29
7.5 Bijlage V: Deelnemers bespreking concepteindrapport	31
7.6 Bijlage VI: Model Districts Verloskundig Platform	32
7.7 Bijlage VII: Specificatie basistakenpakket	34
7.7.1 Tabel 1: Prenataal	34
7.7.2 Tabel 2: Nataal (doorlooptijd in minuten)	38
7.7.3 Tabel 3: Postnataal (doorlooptijd in minuten)	41
7.7.4 Tabel 4: Praktijkvoering	43

## 1. Inleiding

Het doel van deze rapportage is te komen tot een beschrijving van aspecten van een gemoderniseerde praktijk voor verloskunde. Uitgangspunt hierbij vormt de visie op verloskunde, zoals geformuleerd in de eindrapportage van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde. Van deze visie wordt een basistakenpakket afgeleid en aansluitend de normpraktijk. De organisatie van de verloskunde is hierbij aangepast teneinde de doelmatigheid te verhogen. Met deze lijn voor ogen is in dit rapport uitgegaan van het bestaan van een Districts Verloskundigen Platform (DVP), gericht op het vervullen van bestuurlijke taken, ondersteuning van de bedrijfsvoering van verloskundige praktijken en ondersteuning op het gebied van kwaliteit van zorg en kwaliteitsbeleid. Daarnaast wordt uitgegaan van de aanwezigheid van een praktijkassistente, beschikbaarheid van automatisering en een samenwerkingsverband van verloskundigen van 4 fte. Het betreft een theoretisch model van de verloskunde-praktijk in de nabije toekomst. Het model is niet bedoeld als een blauwdruk.

Na besluitvorming door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het voorjaar van 2000, is de normpraktijk voor de verloskundige vastgesteld op 120 partus per jaar, uitgaande van een volledige praktijk.

In de rapportage van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde<sup>1</sup> is uiteengezet hoe de verloskunde in Nederland op een kwalitatief hoogwaardiger niveau kan worden gebracht en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om het Nederlandse systeem in de toekomst te kunnen handhaven. Belangrijke ingrediënten voor de modernisering van de verloskunde zijn verlaging van de werkdruk van de individuele verloskundige, een verdere regionale inbedding met behulp van Districts Verloskundigen Platforms (DVP's), verbeteren van de samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen die zijn betrokken bij de verloskunde inclusief adequate informatie-uitwisseling, kwaliteitsverbetering en meer samenwerkingsverbanden tussen verloskundigen.

De KNOV is van mening dat de normpraktijk van 120 partus onvoldoende kansen biedt om de gewenste modernisering te realiseren. Het aantal partus zou verder naar beneden moeten en tegelijkertijd zou gewerkt moeten worden de oprichting en inrichting van de DVP's en een verbetering van de kwaliteit van zorg. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland heeft de KNOV aan Deloitte & Touche Bakkenist de opdracht verleend om een onderzoek te doen naar de normpraktijk, waarbij rekening wordt gehouden met de beoogde modernisering verloskunde.

---

<sup>1</sup> Eindrapportage stuurgroep Modernisering Verloskunde, *Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21e eeuw*, augustus 2000.

Deze rapportage is gericht op de toekomst. Om deze projectie reliëf te geven is het NIVEL verzocht om aan de hand van een weergave van de werkelijk bestede tijd een “foto” te maken van de huidige situatie. De hypothese bij dit onderzoek is dat de concessies die ten gevolge van de werkdruk in de huidige praktijk van de verloskunde worden gedaan aan de kwaliteit van zorg en aan het leven van de verloskundige naast de praktijk een vertekend beeld geven van de tijd die verloskundigen werkelijk nodig hebben om hun taken goed uit te kunnen voeren. De “foto” van het Nivel zal dus een situatie weergeven die vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en van werkdruk van de verloskundigen ongewenst is.

In dit rapport wordt de beoogde eindsituatie in grote lijnen beschreven en uitgewerkt wat betreft het basistakenpakket en de normpraktijk.

Uit eerder onderzoek van het Nivel is een aantal elementen naar voren gekomen die met name werkdrukverhogend zijn<sup>2</sup>. De overgrote meerderheid van de vrijgevestigde verloskundigen ervaart problemen op het personele vlak. Dit betreft voornamelijk het niet kunnen vinden van een waarnemer en het niet kunnen vinden van een extra maatschaplid. Op het organisatorische vlak worden door ongeveer de helft van de vrijgevestigde verloskundigen problemen ervaren. Het betreft dan met name problemen met automatisering, administratieve taken en de praktijkorganisatie. Meer dan de helft van de vrijgevestigde verloskundigen ervaart problemen op het uitvoerende vlak, waarbij zich vooral problemen voordoen in relatie tot de kraamzorg, zoals het ontbreken van partus-assistentie en het punt dat het aantal uren kraamzorg onvoldoende is. Daarnaast heeft een groot aantal verloskundigen problemen op het financiële vlak. Een te hoge normpraktijk en een te laag standaardtarief worden hier als voornaamste oorzaak gemeld. Op het persoonlijke vlak slagen de verloskundigen er onvoldoende in om een goede balans te vinden tussen werk en privé-leven.

Het is bekend dat er bepaalde factoren zijn ten aanzien van de hedendaagse cliënt die ertoe leiden dat de verloskundige zorg meer tijd in beslag neemt dan vroeger. Hierbij kan worden gedacht aan een relatief minder goede gezondheid, aan relatief slechte huisvesting, aan seksueel en andersoortig trauma, aan communicatieproblemen omdat de cliënt het Nederlands niet meester is en aan culturele verschillen.

In bepaalde wijken lijken veel van deze factoren samen te komen. Deze wijken worden vaak aangeduid met de term “achterstandswijken”. In het voorjaar van 2001 zal een rapportage verschijnen over de meertijd die de verloskundige zorg vraagt in deze wijken. In deze rapportage wordt dus geen rekening gehouden met deze specifieke groep van cliënten.

---

<sup>2</sup> *Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een “quickscan” onder verloskundigen in de eerste lijn.* T. Wieggers, H. Calsbeek, L. Hingstman, december 1999.



Een andere cliëntengroep bestaat uit asielzoekers. Ook bij deze groep is er veel meerwerk, zo luidt de algemeen geldende opvatting. Het meerwerk ontstaat hier vooral ten gevolge van de gemiddeld slechtere gezondheidstoestand van de cliënt inclusief velerlei vormen van trauma, communicatieproblemen, huisvesting en culturele verschillen. Ook over deze groep zal op verzoek van de ziektekostenverzekeraar VGZ in het kader van de Ziektekosten Regeling Asielzoekers een aparte rapportage worden opgesteld.

De overgang van een “normale” praktijk naar een praktijk die extra wordt belast ten gevolge van het verlenen van zorg aan bijzondere groepen is niet hard. In de grote steden is er bijvoorbeeld een relatief grote populatie van allochtonen. Deze wonen niet allemaal in de wijken die nu in de regel worden aangeduid met achterstandswijken, maar vragen toch meer zorg en meer tijd. Deze rapportage richt zich wat betreft de samenstelling van de groep van cliënten zoveel als mogelijk op de “gemiddelde” praktijk voor verloskunde. Indien wordt verondersteld dat er een extra-tarief voor achterstandswijken komt, betekent dat dat de nood in de grote steden enigszins zal worden golenigd. **Het is met de eventuele invoering van een extra-tarief voor achterstandswijken geen uitgemaakte zaak dat het tarief en de werkdruk van verloskundigen in de grote stad in balans zijn.**

In deze rapportage wordt onder meer gebruik gemaakt van het “Onderzoek naar de kosten van een praktijk voor verloskunde en het inkomen van een verloskundige, Den Haag, maart 2000, Deloitte & Touche” en van de “Eindrapportage Programma efficiencyverbetering Verloskundige praktijkvoering, conceptversie 1”, d.d. 17 februari 2000, Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs.

In deze rapportage wordt onder meer gebruik gemaakt van het “Onderzoek naar de kosten van een praktijk voor verloskunde en het inkomen van een verloskundige, Den Haag, maart 2000, Deloitte & Touche” en van de “Eindrapportage Programma efficiencyverbetering Verloskundige praktijkvoering, conceptversie 1”, d.d. 17 februari 2000, Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs.

In de volgende paragraaf wordt de probleemstelling beschreven. Paragraaf 3 gaat in op de methodiek die voor dit onderzoek is gehanteerd. In paragraaf 4 wordt de organisatie van de gemoderniseerde verloskunde beschreven. In de daaropvolgende paragraaf wordt in detail ingegaan op het nieuwe basistakenpakket en de daarbij behorende doorlooptijden. In paragraaf 6 wordt tot slot de normpraktijk afgeleid.

## 2. Probleemstelling

De uitgangspunten van de gemoderniseerde verloskunde –en daarmee van dit project- luiden als volgt:

- verloskundigen organiseren zich in verbanden van circa 4 FTE;
- er dient een hoogwaardige kwaliteit van de zorg te worden gerealiseerd;
- er dienen waarborgen te worden getroffen teneinde structureel als verloskundige adequaat te kunnen functioneren;
- het doel is om de unieke situatie in Nederland ten aanzien van de verloskunde verder uit te bouwen;
- de organisatie van de verloskundige zorg dient het de verloskundige mogelijk te maken zich te concentreren op haar eigenlijke takenpakket en tegen een acceptabele beloning.

Aan de hand van de beoogde uitgangspunten van de gemoderniseerde verloskunde kan de probleemstelling van dit project als volgt worden omschreven:

- *“Stel het basistakenpakket vast van de vrijgevestigde verloskundige;*
- *bepaal de bijbehorende normpraktijk (aantal partus per jaar) uitgaande van een werkweek van 36 uur”*

### **3. Methodiek van het onderzoek**

Dit onderzoek heeft tot doel een model te beschrijven van de toekomstige verloskundige zorg in Nederland. Belangrijke ontwikkelingen bijvoorbeeld ten aanzien van automatisering en de vorming van DVP's zijn daarin meegenomen. Dit heeft geleid tot een bepaalde constructie van het basistakenpakket. Aanbevolen wordt om in de toekomst periodiek te evalueren in hoeverre het beschreven model overeenkomt met de werkelijkheid.

Als eerste stap van dit project zijn er verschillende verloskundige praktijken bezocht. Met de betreffende verloskundigen is ter plekke uitgebreid gesproken over de vraag wat verloskunde is en op welke wijze een verloskundige praktijk kan worden gevoerd.

Als tweede stap is getracht de visie op de verloskunde in samenspraak met de KNOV helder te formuleren. Hiermee is het kader van de gewenste verloskundige zorg bepaald en daarmee is tevens het kader van het onderzoek bepaald.

Vanuit deze kennis van de verloskunde is aandacht besteed aan de reeds gestarte initiatieven op het gebied van de modernisering van de verloskunde.

Er is een werkconferentie georganiseerd waaraan werd deelgenomen door organisatie-adviseurs die betrokken zijn bij regionale projecten (de "pilots") waarin de verloskundige zorg zich onder druk van verschillende knelpunten organisatorisch aan het ontwikkelen is (zie bijlage I voor de deelnemers aan deze werkconferentie). Een voorbeeld hiervan is een fusie tussen twee ziekenhuizen in de regio, waarbij de nieuwe organisatie een nieuw beleid uitgezet heeft ten aanzien van verloskunde. In een dergelijke situatie zijn de verenigde vrijgevestigde verloskundigen genoodzaakt om een gepast antwoord te geven. In de werkconferentie is de huidige situatie in de verloskunde aan alle kanten verkend en zijn vervolgens de randvoorwaarden geformuleerd die gesteld kunnen worden aan de toekomstige situatie.

Op basis van de visie ten aanzien van de verloskunde en de inzichten in landelijke ontwikkelingen ten aanzien van de modernisering van de verloskunde (onder andere het resultaat van de werkconferenties met organisatie-adviseurs) zijn er drie verschillende werkconferenties georganiseerd met expertgroepen van verloskundigen. De expertgroep van verloskundigen was per werkconferentie homogeen naar de mate van verstedelijking van hun werkgebied. De omvang van de groep varieerde (zie bijlage IV voor de samenstelling van de groepen). Het doel van de werkconferentie was de formulering van het basistakenpakket. De gewenste kwaliteit van zorg en de tijd die de verschillende taken vergen, dienden hierbij als uitgangspunt. Bovendien is uitgegaan van een goed functionerend DVP. De resultaten van deze drie werkconferenties hebben geleid tot het geformuleerde basistakenpakket (zie paragraaf 5).

De concept-rapportage die vervolgens is opgesteld, is uitgebreid besproken met een expert van buiten de kring van verloskundigen, namelijk met de heer professor dr. J. Bennebroek Gravenhorst. De heer Bennebroek Gravenhorst is emeritus hoogleraar verloskunde & gynaecologie van de Rijksuniversiteit Leiden. De inhoudelijke kant van de verloskunde die in sterke mate het basistakenpakket bepaalt, stond in deze bespreking centraal. In bijlage V is vermeld welke personen deelnamen aan deze bespreking. De heer Bennebroek stelde de onderzoekers een groot aantal vragen waarbij de mate van realisme van de projectresultaten voorop stond. Deze vragen hebben geleid tot aanpassingen in de concept-rapportage.

Alle betrokkenen bij het onderzoek zijn geconfronteerd met de voorlopige uitkomsten en zijn gevraagd om daarop kritisch te reageren. Nadrukkelijk is gevraagd om uitgaande van de nieuwe situatie met DVP's en met als doel het kunnen leveren van een bepaalde kwaliteit van zorg het basistakenpakket en de doorlooptijden te bezien. De respons hierop was hoog.

De vragen en opmerkingen van de heer Bennebroek Gravenhorst en de reacties van de verloskundigen riepen nieuwe vragen op. Op persoonlijke titel zijn nog enkele verloskundigen uit vooral de grote steden benaderd; hen werden deze nieuwe vragen -vooral ten aanzien van de uitoefening van de verloskunde in de grote stad en de daarbij benodigde tijd- voorgelegd. Op basis van deze besprekingen zijn de resultaten van de werkconferenties genuanceerd.

## **4. Gemoderniseerde verloskundige zorg**

In deze paragraaf wordt gestart met de visie op verloskundige zorg. Vervolgens komt de organisatie van de verloskundige zorg aan de orde. In de volgende paragraaf wordt de aandacht gericht op de verloskundige en haar basistakenpakket.

Het aantal partus per jaar heeft in de afgelopen periode een gestage stijging laten zien. Verwacht mag worden dat ook de komende jaren de stijging van het aantal partus doorzet. Verschillende factoren zijn van invloed op het stijgende aantal partus, die een toename met zich meebrengt van het werk voor verloskundigen.

De verloskundige zorg is wat betreft de totale kosten die hier worden gemaakt een bescheiden onderdeel van de gehele zorgsector. De maatschappelijke ontwikkelingen die de zorgsector parten spelen, sociaal en cultureel, hebben ook hun invloed op de verloskundige zorg. De mondigheid van de cliënten is toegenomen. Mede door de gemakkelijk beschikbare informatie over complicaties, aandoeningen etc. eist de cliënt meer en meer aandacht van de verloskundige. Vrouwen krijgen hun eerste kind op een gemiddeld hogere leeftijd, wat gemiddeld tot een hogere belasting van de verloskundige leidt. De technologische mogelijkheden nemen nog steeds toe en ook de verloskunde krijgt met nieuwe mogelijkheden te maken. De eisen die aan de verloskundige zorg worden gesteld worden steeds hoger.

Ook de arbeidsmarktproblematiek laat de verloskunde niet onberoerd. Vooral in de grote steden is de kraamzorg een schaarse dienst. De verloskundige is hierdoor soms min of meer gedwongen bepaalde taken van de kraamzorg over te nemen. Dit kan per partus leiden tot uren extra werk.

### **4.1 Visie op de verloskunde**

De visie op de (toekomstige) verloskundige zorg bevat de volgende elementen<sup>3</sup>:

- een zwangerschap, een bevalling en een kraambed zijn in beginsel natuurlijke gebeurtenissen;
- vrouwen kunnen bij normaal verlopende zwangerschappen kiezen of zij thuis dan wel poliklinisch willen bevallen in een ziekenhuis (kraambed kan dan ook thuis worden doorgebracht);
- een normaal verlopende zwangerschap en bevalling vinden plaats onder verantwoordelijkheid van een eerstelijnsaanbieder (verloskundige of huisarts);

---

<sup>3</sup> In bijlage I wordt een overzicht gegeven van de deelnemers aan een bespreking over de visie op verloskunde.

- de eerstelijns draagt zorg voor een adequate risicoselectie, waardoor vastgestelde complicaties leiden tot doorverwijzing van de cliënt naar de tweede lijn (gynaecoloog);
- de organisatie van de eerstelijnsverloskundige zorg moet aan bepaalde randvoorwaarden voldoen (continuïteit: 7 dagen, 24 uur, samenwerking met andere beroepsgroepen, regionale inbedding, verloskundige kan zich op haar kernactiviteiten richten, onder meer door het opzetten van District Verloskundige Platforms);
- de verloskundige zorg moet voldoen aan de randvoorwaarden van kosten-effectiviteit en demedicaliseren;
- de verloskundige is een professional die is gericht op de cliënt, een sterke toewijding heeft, goed opgeleid is, de ontwikkelingen kritisch blijft volgen, haar grenzen bewaakt, blijft reflecteren, werkt op basis van door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen, gebruik maakt van intercollegiale toetsing, adequaat wordt beloond en de praktijk goed heeft georganiseerd;
- de tweede lijn is zodanig georganiseerd dat de eerstelijnsverloskundige zorgverlener en haar cliënten daar altijd op kunnen terugvallen in geval van verhoogd risico of calamiteiten. De toegankelijkheid van de tweede lijn moet zijn gegarandeerd;
- een permanent streven naar kwaliteitsverbetering, onder meer door feedback te verkrijgen door middel van registratie van perinatale gegevens;

Bij het formuleren van deze visie wordt er steevast op gewezen dat deze alleen in de praktijk kan worden gebracht als voldaan is aan bepaalde randvoorwaarden. Randvoorwaarden zijn bijvoorbeeld:

- er moet op kunnen worden gerekend dat bij de thuisbevalling voldoende assistentie, kwantitatief en kwalitatief, vanuit de kraamzorg beschikbaar is;
- voor vrouwen die thuis hun kraambed doorbrengen, geheel of gedeeltelijk, moet een minimum aan medische controle en kraamzorg beschikbaar zijn;
- er moeten in de eerste en tweede lijn voldoende aanbieders zijn om de vraag naar zorg op adequate wijze te kunnen beantwoorden.

Vastgesteld moet worden dat aan bepaalde randvoorwaarden nu niet wordt voldaan.

## 4.2 Kwaliteit van zorg

In de visie op de verloskundige zorg staat de kwaliteit van zorg centraal. De zorg wordt gekenmerkt door de afstemming op de cliënt. Het betreft zowel de psychologisch-emotionele kant van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed als de “technische” kant van dit traject. De technische kant heeft bijvoorbeeld betrekking op risicoselectie ten aanzien van bepaalde complicaties (bijvoorbeeld een te nauw bekken).

Centraal in de verloskundige zorg staat het mogelijk maken voor de vrouw om thuis te bevallen en dit zoveel als mogelijk op eigen kracht te doen. Hierbij is de psychologisch-emotionele begeleiding cruciaal. Aanwezigheid van de verloskundigen bijvoorbeeld tijdens de fase van ontsluiting kan daarbij van groot belang zijn. Door die aanwezigheid van de verloskundige wordt de vrouw in staat gesteld om thuis te bevallen, waarbij de verloskundige met name een coachende rol speelt. Gesteld kan worden dat deze kant van de zorg kan leiden tot minder vaak insturen naar de tweede lijn durante partu, minder repturen en minder knipjes.

De leveren van kwalitatief goede zorg vraagt tijd, veel tijd. Belangrijke acties die onderdeel uitmaken van kwaliteitsverbetering zijn intercollegiale toetsing en terugkoppeling van de LVR-gegevens. Het gaat hierbij om het organiseren en het verwerken van feedback op het professionele handelen. Dat is de manier om te leren en vervolgens de kwaliteit op een hoger niveau te brengen.

Het streven naar kwaliteitsverbetering leidt tot een toename van het aantal taken; taken die de afgelopen jaren zijn toegevoegd aan het takenpakket zijn PKU, rhesus en injecties. In dit kader kan ook de toegenomen behoefte en noodzaak van voorlichting (bijvoorbeeld ten aanzien van HIV) worden genoemd.

## 4.3 Organisatie van de verloskunde

Vanuit de bovenstaande visie en tevens uitgaande van het standpunt van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde zijn er mogelijkheden om de organisatie van de verloskunde in Nederland te verbeteren. Op basis van de bovengenoemde bronnen en de werkconferenties wordt hierbij van de volgende punten uitgegaan:

- groepspraktijken of samenwerkingsvormen van circa 4 FTE, waarbij verloskundige zorg van hoge kwaliteit in de tijd kan worden gegarandeerd (continuïteit);
- in onderlinge samenhang zoveel als mogelijk organiseren van de eerstelijns hulpverlening, bijvoorbeeld op het niveau van een wijk;
- inbedding van de verloskundigen binnen een regionale structuur (DVP) waarbij bijvoorbeeld aandacht is voor de kwaliteit van de zorg, de samenwerking met de andere beroepsgroepen binnen de verloskundige zorg en het ontwikkelen van ketens van zorg;

- efficiënt en effectief werken door bepaalde taken - bijvoorbeeld op het gebied van de praktijkvoering - op een bepaald niveau bij elkaar te brengen;
- nationaal voldoende positie van de verloskundige beroepsgroep om inbreng te hebben in de beleidsvormende gremia.

Ten opzichte van de huidige situatie zal de trend van solopraktijken naar duo-praktijken en groepspraktijken doorzetten. Opgemerkt dient te worden dat het gaat om het doel: continuïteit van zorg. De juridische vorm die ten grondslag ligt aan de samenwerking is op deze plaats van secundair belang.

Onderkend wordt dat het realiseren van continuïteit van zorg door middel van de ontwikkeling naar grotere praktijken ook een prijs heeft. De kwaliteit van de zorg zal positief worden beïnvloed, maar door de wisselingen van de “wacht” zal er meer informatie moeten worden overgedragen. Dit stelt eisen aan de dossiervoering en aan de grotere hoeveelheid tijd die moet worden vrijgemaakt voor overdracht. In de toekomst zal hier door nieuwe toepassingen op het gebied van ICT weer tijdwinst kunnen worden geboekt. Opgemerkt wordt dat het managen van een groepspraktijk ook meer vergt van verloskundigen dan het managen van een solo-praktijk. De kwaliteit van de zorg in relatie tot de gewenste kwaliteit van leven van de verloskundige leidt ertoe dat het voeren van een solo-praktijk bijna onmogelijk wordt.

Er zal een vorm van regionale ondersteuning, een DVP (Districts Verloskundigen Platform) worden ontwikkeld. Het DVP zal ertoe kunnen leiden dat er een betere inbedding van verloskundige zorg ontstaat in het district, dat de verloskundigen zich door facilitering van het DVP meer op hun kerntaken kunnen richten, dat er efficiency-winst wordt behaald en dat de kwaliteit van zorg wordt verhoogd. In de onderstaande berekeningen is de efficiency-winst ten gevolge van DVP-vorming verwerkt. Komt het DVP er niet, of worden er minder taken naar het DVP verschoven dan zal het aantal partus van de normpraktijk naar beneden worden bijgesteld.

In het vervolg van deze paragraaf wordt een beeld geschetst van een DVP. De ontwikkeling die in gang is gezet geeft geen garantie voor een goede uitkomst. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat er tussen de verschillende DVP's in de verschillende regio's naast een overeenkomstig basispakket van taken, verschillen zullen ontstaan. Het tijdstip waarop in de districten de vruchten van de DVP's daadwerkelijk kunnen worden geproefd, kan slechts worden geschat.

Aangetekend wordt dat een DVP van de verloskundige ook tijd vraagt. Vanuit het district en meer specifiek vanuit het bestuur van het district zal het DVP moeten worden aangestuurd. In het begin zal dit een forse tijdsinspanning vergen. Vervolgens zal het DVP zich verder gaan ontwikkelen. Ook in die fase zal van de verloskundigen een forse inzet aan tijd kunnen worden gevraagd. Verwacht kan worden dat er met de komst van het DVP ook andere ontwikkelingen in gang worden gezet; een nieuw model leidt bijna altijd ook tot nieuwe vraagstukken.



De KNOV heeft een daadkrachtig bestuur op afstand. Het landelijk kantoor is gericht op de coördinatie van de regionale activiteiten, geeft de kaders aan en richt zich op de landelijke aangelegenheden.

Nederland wordt verdeeld in een aantal districten waarbij ieder district een DVP kent. Er is door de KNOV inmiddels een traject gestart om te komen tot oprichting en inrichting van DVP's. Dit ontwikkeltraject zal enkele jaren vergen alvorens de DVP's tot volle wasdom zijn gekomen.

Ten eerste heeft het DVP een belangrijke taak op het gebied van de bestuurlijke ondersteuning van het districtsbestuur en het landelijk kantoor en het bestuur van de KNOV. Op deze manier kan een verbetering van het bestuur van het district worden gerealiseerd zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de verloskundige capaciteit. Het DVP kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen bij het overleg met de zorgverzekeraar, bij de afstemming met de andere beroepsgroepen, bij de afstemming met gemeente(n) en bij de afstemming met provincies. Op deze manier kan bijvoorbeeld een parkeervergunning voor alle verloskundigen in een bepaald district in een keer afdoende worden geregeld. Zonder een DVP en met dezelfde inbreng vanuit de verloskundige beroepsgroep mag worden verondersteld dat de benodigde tijd veel groter is. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. In Amsterdam treden verloskundigen als gevolg van de pilot met betrekking tot DVP-vorming als één organisatie naar buiten. Juist hierdoor werd het mogelijk om af te spreken dat de verschillende kraamzorgorganisaties, een zestal, zich ook organiseren en dat het doen van een beroep op de kraamzorg gerealiseerd kan worden via één telefoonnummer voor geheel Amsterdam. Voor de verloskundige levert dit een hoop tijdswinst op, op een cruciaal moment.

Ten tweede kan het DVP een rol spelen bij de verhoging van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering van de verschillende praktijken in het district. Bijvoorbeeld op het gebied van automatisering kan het DVP ondersteunen bij de aanschaf, een vraagbaak zijn en ondersteuning bieden. Praktijken kunnen zo gemakkelijker automatiseren en hun automatisering optimaler benutten. Kwaliteitswinst zal het resultaat zijn. Dezelfde kwaliteitswinst boeken zonder deze ondersteuning van het DVP zal extra tijd van de verloskundigen vragen. Daarnaast is het denkbaar dat het DVP de inkoopfunctie gedeeltelijk van praktijken overneemt, zodat de praktijken binnen opgestelde raamcontracten hun inkopen kunnen realiseren. De inkoopfunctie zou ook betrekking kunnen hebben op verzekeringen (beroepsaansprakelijkheid, arbeidsongeschiktheid, auto, juridische bijstand etc.). De kostenbesparing die hieruit voortvloeit, kan ook worden beschouwd als winst die zonder DVP niet zou worden gerealiseerd. Verder kan het DVP een belangrijke faciliterende rol spelen bij het maken van voorlichtingsmateriaal, waarbij iedere praktijk desgewenst zijn eigen accenten kan leggen. Met goed voorlichtingsmateriaal en voorlichtingsavonden wordt de verloskundige ontlast en wordt de kwaliteit van zorg positief beïnvloed. Ook hier geldt dat de benodigde tijd zonder DVP zou toenemen.

Voor het DVP is ook een taak weggelegd op het gebied van het organiseren van de waarneming. Voor iedere praktijk is het noodzakelijk om waarneming te regelen en voor iedere praktijk geldt dat dit een enorme tijdsinspanning vraagt, vaak ook nog zonder resultaat. Het DVP zou voor het district een pool van waarnemers kunnen opzetten, waarop verloskundigen indien nodig een beroep kunnen doen. Ondersteuning vanuit het DVP op dit terrein wordt belangrijk geacht met het oog op preventie van burn out.

Het DVP zou ook een rol kunnen spelen bij de organisatie van het achterwachtrooster. Door deze taak goed te roosteren, kan er tijdswinst worden geboekt. Verder is er mogelijk een taak voor het DVP weggelegd ten aanzien van de bereikbaarheid. Op een hoger niveau moet het mogelijk zijn om goede afspraken te maken die de bereikbaarheid van de verloskundige verhogen, zonder dat daarmee hoge kosten zijn gemoeid.

Met het groter worden van praktijken zal naar verwachting de werkgeversrol van de verloskundige praktijk belangrijker worden. Hierbij kan het DVP ondersteunen met taak/functieomschrijvingen, met standaardcontracten, met de salarisadministratie, etc. Indien de verschillende verloskundige praktijken dit zelf zouden moeten gaan doen, dan zou de normpraktijk neerwaartse bijstelling behoeven.

Er is in een district een groot aantal “regeltaken”: bijvoorbeeld ten aanzien van stagiaires, woonruimte voor stagiaires en waarnemers, bibliotheek/archieffunctie, symposia, workshops, her- en bijscholing, zorgvernieuwingsprojecten, ontwikkelen beleid, ontwikkelen protocollen, etc. De ervaring leert dat individuele praktijken hier vaak niet aan toe komen en dat voor een praktijk de balans tussen kosten en opbrengsten negatief uitvalt. Op de schaal van het gehele district slaat de balans wel door naar het positieve. Als deze taken op districtsniveau ter hand worden genomen en zondig worden ondersteund, kunnen er gemakkelijker resultaten worden geboekt. Een waarneemster komt dan bijvoorbeeld wel, omdat er woonruimte is, er protocollen komen en de kwaliteit van zorg toeneemt. Zonder DVP zal dit niet of in mindere mate lukken of de normpraktijk behoeft neerwaartse bijstelling.

Tevens is mogelijk dat het DVP op het gebied van de administratie een taak gaat vervullen. Dat kan zo ver gaan dat het platform ook als administratiekantoor voor alle praktijken gaat fungeren. In een beperktere variant zou het DVP tenminste het controleren van de verzekeringsgegevens, de facturering en de incasso kunnen overnemen.

Ten derde kan het DVP een aanjagende rol spelen wat betreft de kwaliteit van zorg. Het DVP kan programma's opzetten, de uitvoering bewaken en de implementatie van veranderingen ondersteunen. Het streven van de KNOV, wat ook spreekt uit de visie, is te zorgen voor continue verbetering van de verloskundige zorg, mede op basis van wetenschappelijk onderzoek. In het district kan het DVP daarbij een belangrijke rol spelen, waarbij aan de volgende DVP-taken kan worden gedacht: klachtenbeleid, loopbaanplanning, protocollen en bevorderen van borstvoeding. In bijlage VI zijn de mogelijke taken van het DVP gedetailleerd uitgewerkt.

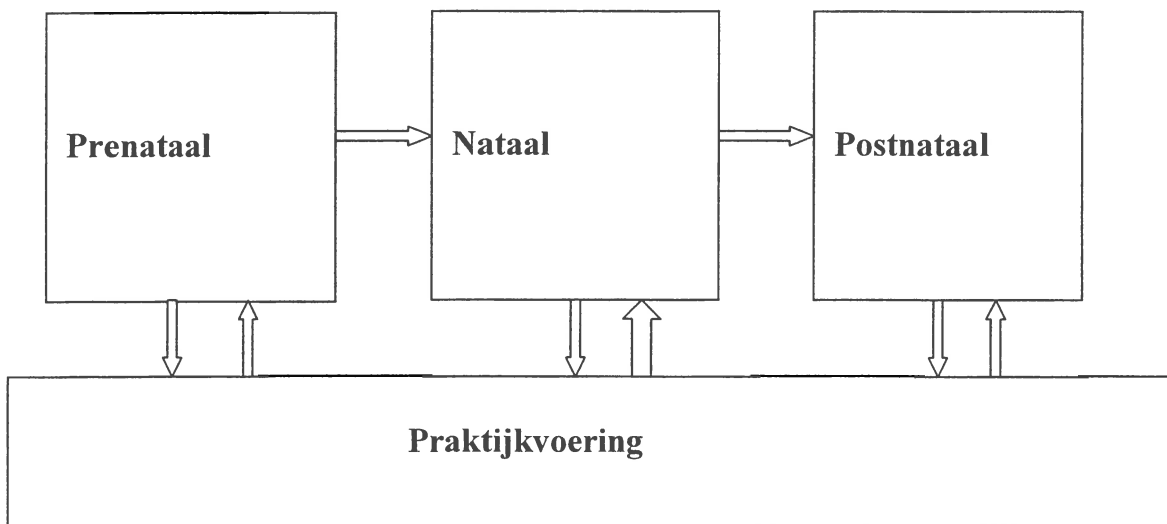
## 5. Basistakenpakket eerstelijns verloskundige zorg

In de onderstaande tabellen is het basistakenpakket geformuleerd. Daarbij gelden de volgende condities:

- de vorming van een DVP die bepaalde taken overneemt;
- een organisatie van verloskundigen waarbij circa 4 FTE steeds met elkaar samenwerken, al dan niet in de vorm van een maatschap;
- een verloskundige praktijk die gebruik maakt van een assistente;
- een praktijk die gebruik maakt van automatisering, zodat de LVR, het aanmaken van brieven etc. doelmatig kan geschieden;
- een hoge kwaliteit van zorg die aansluit bij de visie op de verloskunde zoals eerder geformuleerd en wordt uitgevoerd door ware professionals;
- Voldoen aan de randvoorwaarden zoals geformuleerd in paragraaf 2; voldoende kraamzorgcapaciteit, tweede lijn is tijdig en in voldoende mate beschikbaar, etc.);

Wordt niet aan deze condities voldaan dan zullen het basistakenpakket en de bijbehorende doorlooptijden moeten worden bijgesteld. De condities hebben grotendeels betrekking op de ondersteuningsstructuur zoals de verloskunde die behoeft.

Het basistakenpakket bestaat uit de volgende onderdelen, waarbij sprake is van volgtijdelijkheid:



In het onderstaande worden per onderscheiden onderdeel de basistaken vermeld met de gemiddelde doorlooptijd. In de volgende paragraaf zal op basis van deze tijden en de werkweek van gemiddeld 36 uur de normpraktijk worden bepaald. In bijlage VIII zal een nadere detaillering van de basistaken worden gepresenteerd.

Wanneer gesproken wordt over de normpraktijk in aantal partus per jaar, wordt bedoeld de som van volledige zorggevallen, zorggevallen met alleen prenatale zorg en zorggevallen met alleen postnatale zorg. Op basis van het artikel van J. Zwart<sup>4</sup> werd destijds verondersteld dat bij een normpraktijk van 155 partus er 132 volledige zorggevallen waren, 37 zorggevallen met alleen prenatale zorg en 38 zorggevallen met alleen postnatale zorg. Als in dit rapport gesproken wordt over het “aantal partus per jaar” kan dit ook betrekking hebben op samenstellende delen.

Bij het definiëren van het basistakenpakket wordt aangesloten bij de praktijk van de verloskundige. De cliënt staat centraal. Het basistakenpakket kan worden afgeleid door middel van het volgen in de tijd van de verschillende fasen in het zorgproces. In ons theoretische model maakt iedere praktijk gebruik van assistentie. Deze assistentie zal onder meer de volgende taken vervullen: afspraken maken, gedeeltelijke bereikbaarheidsfunctie van de praktijk, invoeren financiële gegevens, beheren foldermateriaal en spullen klaarleggen voor het spreekuur. Naar verwachting zal een assistente in een praktijk van 4 Fte circa 15 tot 20 uur per week werken.

Om de doorlooptijden te kunnen bepalen wordt de facto gerekend met een gemiddelde zorgbehoefte van de zwangere vrouw. Het blijkt dat de populatie in de grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) gemiddeld relatief meer allochtonen bevat en gemiddeld relatief meer kenmerken heeft van de groep cliënten uit achterstandswijken. Om dit enigszins te ondervangen is bij de doorlooptijden gerekend met slechts een klein aandeel van deze groepen cliënten.

Onder bepaalde omstandigheden neemt de doorlooptijd heel sterk toe; de spreiding rond het gemiddelde kan hierdoor groot zijn. Indien er bijvoorbeeld sprake is van een doodgeboren kind dan zal de zorg in de postnatale fase een heel ander karakter hebben en ook een heel ander tijdsbeslag kennen dan wanneer hiervan geen sprake is.

Binnen de beroepsgroep zijn er discussies over wat minimaal noodzakelijk is en wat gewenst is. In deze rapportage wordt aangesloten bij de geformuleerde visie en wordt indien nodig teruggegrepen op breed geaccepteerde studieboeken over de verloskunde<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Zwart, J. Onderzoek naar het werk en de werkdruk van verloskundigen. Tijdschrift voor Verloskundigen, oktober 1994: 466-474.

<sup>5</sup> Genoemd kunnen worden:  
Professor dr. P.E. Treffers en M. Prins, *Praktische verloskunde*,  
Dr. M.J. Heineman e.a., *Obstetrie en gynaecologie*,  
Dr. J.G. Nijhuis, *Compendium prenatale zorg*.

Een opvallend punt met betrekking tot de doorlooptijden is de reistijd en parkeertijd in de grote steden. Juist in de steden is dit door de congestie een bijzonder punt van aandacht. Het is zo belangrijk dat er door verloskundigen in de grote stad andere afwegingen worden gemaakt. Zo gaat men bijvoorbeeld tijdens de natale fase minder gemakkelijk weg bij een vrouw die nog geen volledige ontsluiting heeft, omdat in geval van noodzaak men (te)veel tijd nodig heeft om terug te komen. De professionele verloskundige vindt dat zij dan niet het risico kan lopen te laat te komen. Hierdoor kan de benodigde tijd voor de partus enorm toenemen. In de onderstaande opstelling is zoveel als mogelijk voor dit punt gecorrigeerd, omdat in bepaalde steden de situatie tijdelijk erg slecht is, bijvoorbeeld Den Haag. Een wijkindeling die meer gericht is op minimalisatie van reistijd zou ook kunnen bijdragen aan de oplossing van dit probleem. De gemiddelde doorlooptijd in de onderstaande tabellen heeft betrekking op één zorggeval en wordt uitgedrukt in hele minuten. Het onderstaande is het resultaat van de gehouden werkconferenties en de terugkoppelingen met de verloskundigen, met de organisatie-adviseurs en met de externe expert.

Voor een verdere specificatie van de taken zoals genoemd in tabel 1 t/m 4 wordt verwezen naar bijlage VII. In deze bijlage wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de werkzaamheden per onderdeel van het takenpakket en is – indien nodig geacht – een onderbouwing gegeven over de reden waarom de taken op de genoemde wijze uitgevoerd dienen te worden.

In de tabellen 1 t/m 3 is het kopje “eventuele bijzonderheden” opgenomen. De hier bedoelde extra werkzaamheden voor de verloskundige zijn niet bij elk zorggeval aan de orde en zijn derhalve lastig op te nemen in een gemiddelde doorlooptijd. Een begeleiding van een vrouw met een miskraam kan bijvoorbeeld extra tijd vergen in termen van minuten, maar kan even zo goed tijd vergen in termen van uren. Er is derhalve voor gekozen om deze werkzaamheden pro memori op te nemen.

**Tabel 1: Prenataal (doorlooptijd in minuten)**

	<b>Taak</b>	<b>Gemiddelde doorlooptijd</b>
a.	Eerste telefonisch contact	10
b.	Eerste controle	45
c.	Vervolgcontroles, 10 x 15 minuten	150
d.	Telefonisch spreekuur	5
e.	Raadplegen externen	15
f.	Administratief	20
g.	Eventuele bijzonderheden	PM
	<b>Totale doorlooptijd</b>	<b>245</b>

Opgemerkt wordt dat bij cliënten die de Nederlandse taal niet of onvoldoende meester zijn de anamnese tijdens de eerste controle en de vervolgcontroles veel meer tijd zal nemen. Zelfs na een investering van de dubbele tijd zal dan de kwaliteit van de verkregen gegevens nog twijfelachtig zijn. Voorzieningen als de tolkentelefoon bieden geen soelaas, omdat de beschikbaarheid te gering is en niet aansluit bij de werkwijze van de verloskundige.

De administratie in tabel 1 heeft te maken met de administratie die nodig is voor het zorgproces in deze fase. Het heeft te maken met het vastleggen van gegevens om de ontwikkeling van moeder en kind goed bij te houden en zonodig de informatie goed te kunnen overdragen. De financiële administratie wordt in tabel 4 'Praktijkvoering' verantwoord, onder het kopje boekhouding en financiële administratie.

**Tabel 2: Nataal (doorlooptijd in minuten)**

	<b>Taken</b>	<b>Gemiddelde doorlooptijd</b>
a.	Voor de bevalling (gemiddeld 2 keer op bezoek, inclusief reistijd)	90
b.	Laatste fase ontsluiting en uitdrijving (inclusief reistijd)	105
c.	Nageboorte tijdperk	20
d.	Aanwezigheid post partum	120
e.	Eventuele bijzonderheden	PM
	<b>Totale doorlooptijd</b>	<b>335</b>

**Tabel 3: Postnataal (doorlooptijd in minuten)**

	<b>Taken</b>	<b>Gemiddelde doorlooptijd</b>
a.	Kraambedcontroles (5 x 30 minuten)	150
b.	Revisie (1 maal) (geen reistijd, 75% komt niet: 0,75 x 45)	30
c.	Overdracht van de gehele zwangerschap en bevalling aan huisarts etc.	15
d.	Administratie	15
e.	Eventuele bijzonderheden	PM
	<b>Totale doorlooptijd</b>	<b>210</b>

De revisie neemt circa 45 minuten. In deze afsluitende bespreking vindt een uitgebreide evaluatie plaats van de zwangerschap, de baring en het kraambed. Naast de fysieke kant van de zwangerschap en de bevalling wordt ook uitgebreid stilgestaan bij de emotionele kant. Een deel van de bespreking wordt gewijd aan voorlichting onder andere over anticonceptie.

In tabel 4 wordt uitgegaan van uren per praktijk, bij 4 FTE per praktijk, bij gemiddeld 100 partus per persoon per jaar.

**Tabel 4: Praktijkvoering (doorlooptijd in uren)**

	<b>Taken</b>	<b>Gemiddelde doorlooptijd</b>
a.	Inkoop	10
b.	Voorraadbeheer	10
c.	Verzorgen PR en drukwerk	10
d.	Boekhouding en Financiële administratie	300
e.	LVR (niet patiënt-gebonden) (1 uur per week)	50
g.	Automatisering	50
h.	Rooster/dienstlijst	40
j.	Kwaliteitsbeleid (Q-jv plus deskundigheidsbevordering, na- en bijscholing, vaklit., intervisie)	290
k.	Werkgeversrol	50
l.	Werk/maatschapsoverleg	290
m.	Externe contacten (inclusief DVP)	170
o.	Onderhoud (werkster)	0
p.	Overig (o.a. voorlichtingsbijeenkomsten)	100
	<b>Totale doorlooptijd per jaar per praktijk</b>	<b>1.420</b>



Per FTE per jaar, uitgaande van een gelijke verdeling over de personen, vraagt de praktijkvoering een inspanning van circa 355 uur. Bij een werkweek van 36 uur is dat ongeveer 23 %.

In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de basistaken en de doorlooptijden. Wat betreft de praktijkvoering wordt uitgegaan van tabel 4, gedeeld door 4 (4 FTE), gedeeld door 100 (in verband met 100 partus per persoon per jaar).

**Tabel 5: Overzicht basistaken en doorlooptijden per zorggeval in uren**

	<b>Fase c.q. taken</b>	<b>Gemiddelde doorlooptijd (uren)</b>
1.	Prenataal	4,1
2.	Nataal	5,6
3.	Postnataal	3,5
4.	Bedrijfsvoering	3,5
	<b>Totaal</b>	<b>16,7</b>

De conclusie op basis van de bovenstaande tabel is, dat bij een gemoderniseerde organisatie van de verloskunde en een optimale kwaliteit van zorg, een partus gemiddeld circa 16,7 uur verloskundige zorg neemt als aan alle randvoorwaarden is voldaan.

Vastgesteld wordt dat anno 2000 aan bepaalde randvoorwaarden niet wordt voldaan. Het bovenstaande is dan ook een theoretische benadering. Kraamzorg is bijvoorbeeld lang niet altijd in voldoende mate beschikbaar; in de praktijk betekent dit extra werk voor de verloskundigen.

Op het gebied van de automatisering is het wellicht nog mogelijk winst te boeken. De mogelijkheden van automatisering worden nog niet volledig benut. Een "tweede golf" [?] zou kunnen leiden tot een positieve impuls wat betreft de effectiviteit van de automatisering en daarmee ook wat betreft de efficiency van de bedrijfsvoering.

Het bovenstaande heeft betrekking op een situatie met DVP. In bijlage VII wordt een gedetailleerde uitwerking van het basistakenpakket met DVP gegeven.

De toegevoegde waarde van het DVP betreft twee aspecten. Ten eerste kan het DVP bijdragen aan een verbetering ten opzichte van de huidige situatie op het gebied van bestuurlijke aspecten, bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg. Daarnaast kan het DVP bijdragen aan een tijdsbesparing voor de verloskundigen.

Uit het onderzoek van het Nivel is gebleken dat in de huidige situatie 30% van de tijd besteed wordt aan niet-cliëntgebonden activiteiten (bij een werkweek van gemiddeld 48 uur). Uit ons model volgt dat de tijdsinvestering ten behoeve van niet-cliëntgebonden activiteiten circa 23% bedraagt (bij een werkweek van circa 36 uur). Dit leidt tot een winst per verloskundige van ruim twee tot drie weken per jaar ten opzichte van de huidige situatie.

De winst gemeten in uren zal liggen op het bestuurlijke vlak, waarbij tevens verwacht mag worden dat de kwaliteit van de inbreng van het DVP groter is dan in de huidige situatie waarin deze taken door de verloskundigen zelf worden uitgevoerd. Vanuit het perspectief van de verloskundige ontstaat daarmee een betere situatie. Er zal op het gebied van bedrijfsvoering ook een forse besparing (in uren) gerealiseerd kunnen worden. Gedacht kan worden aan tijdswinst ten aanzien van: inkoop, voorraadbeheer, facturering, incasso, automatisering en bij het roosteren.

Ook wat betreft het aspect van de kwaliteit van zorg zullen er ten opzichte van de huidige situatie verbeteringen ontstaan, bijvoorbeeld door verbeteringen ten aanzien van kwaliteitsjaarverslag, casuïstiekbesprekingen, intercollegiale toetsing en doelgroepenbeleid. Naar verwachting zal dit ten opzichte van de huidige situatie niet tot tijdsbesparing leiden. De verkregen indruk is namelijk dat in de huidige situatie niet of onvoldoende aan dit aspect wordt toe gekomen.

Om misverstanden te voorkomen wordt opgemerkt dat de komst van het DVP niet betekent dat bepaalde taken helemaal geen inzet meer vergen van de verloskundige zelf.

## 6. Bepaling normpraktijk

In het rapport “Onderzoek naar de kosten van een praktijk voor verloskunde en het inkomen van een verloskundige”, Deloitte & Touche, maart 2000 wordt uitgegaan van een bepaalde honorering bij een werktijd van 36 uur per week (zie pagina 9).

Uitgaande van de algemeen erkende richtlijnen van het Nzi, wordt de arbeidsduur berekend:

**Tabel 7 Netto Arbeidsduur**

	aantal uren
Bruto arbeidsduur 52 maal 36 uur	1872
Feestdagen 6 maal 7,2 uur	- 43
Vakantie 24 maal 7,2 uur	- 173
Bijzonder verlof 1 maal 7,2 uur	- 7
Ziekteverzuim 6%	- 112
Netto arbeidsduur	1536

Bij een gemiddelde tijd per partus van circa 16,7 uur (bij een 36-urige werkweek), bedraagt de normpraktijk hiermee **92 partus**.

Wordt uitgegaan van een werkweek van 40 uur dan zou de normpraktijk 102 partus bedragen (zie bijlage III voor de berekening).

Met de modernisering van de verloskunde is er een nieuw ijkpunt waarmee de kwaliteit van de verloskunde wordt verhoogd, de besturing van de verloskundige zorg op een andere leest wordt geschoeid en er voor de verloskundige structureel een acceptabele situatie ontstaat. Daarmee wordt bedoeld dat naast de trots op de kwaliteit van de geleverde zorg en de daaruit voortvloeiende arbeidsbevrediging ook het evenwicht tussen werk en vrije tijd duurzaam kan worden hersteld. Dat laatste wordt beschouwd als een noodzakelijke voorwaarde voor de kwaliteit en kwantiteit van zorg op de lange termijn.

Uit het bovenstaande is duidelijk geworden dat het geconstrueerde model op vele veronderstellingen stoelt. Het model nodigt daarmee nadrukkelijk uit om de ontwikkelingen in de praktijk hiertegen periodiek af te zetten. Er zijn vele ontwikkelingen mogelijk op het gebied van bijvoorbeeld automatisering, de vormgeving en het takenpakket van de DVP's en ontwikkelingen buiten de verloskunde.

## 7. Overzicht van bijlagen

<b>Bijlage</b>	<b>Onderwerp</b>
----------------	------------------

Bijlage I	: Deelnemers overleg visie verloskunde
-----------	--

Bijlage II	: Deelnemers werkconferentie organisatorische ontwikkelingen
------------	--

Bijlage III	: Netto arbeidsduur bij 40-urige werkweek
-------------	---

Bijlage IV	: Deelnemers expertgroepen basistakenpakket
------------	---

Bijlage V	: Deelnemers bespreking concepteindrapport
-----------	--

Bijlage VI	: Model Districts Verloskundig Platform
------------	---

Bijlage VIII	: Specificatie basistakenpakket
--------------	---------------------------------

## 7.1 Bijlage I: Deelnemers overleg visie verloskunde

<b>Naam en functie</b>	<b>Organisatie</b>
Mevrouw A. Schoone, directeur	Stichting Kweekschool voor vroedvrouwen te Amsterdam
Mevrouw R. van Crimpen, bestuurslid	KNOV
Mevrouw A. Waelput, beleidsmedewerker	KNOV
De heer R.C.P. Hartings, management consultant	Deloitte & Touche Bakkenist
Mevrouw K.J. Kuperus, management consultant	Deloitte & Touche Bakkenist

## 7.2 Bijlage II: Deelnemers werkconferentie organisatorische ontwikkelingen

<b>Naam en functie</b>	<b>Organisatie</b>
Mevrouw K. Buckens, organisatieadviseur	Zelfstandig adviseur te Breda
De heer J. Heijs, organisatieadviseur	Zelfstandig adviseur te Amsterdam
De heer C. Goossens, organisatieadviseur	Zelfstandig adviseur
De heer M. Wolves, organisatieadviseur	Hoeksma, Homans & Menting
Mevrouw R. van Crimpen, bestuurslid	KNOV
Mevrouw A. Waelput, beleidsmedewerker	KNOV
Mevrouw Y. Röselaers, beleidsmedewerker	KNOV
De heer R.C.P. Hartings, organisatieadviseur	Deloitte & Touche Bakkenist
Mevrouw K.J. Kuperus, organisatieadviseur	Deloitte & Touche Bakkenist

### 7.3 Bijlage III: Netto arbeidsduur bij 40-urige werkweek

	<b>aantal uren</b>
Bruto arbeidsduur 52 maal 40 uur	2080
Feestdagen 6 maal 8 uur	48
Vakantie 24 maal 8 uur	192
Bijzonder verlof 1 maal 8 uur	8
Ziekteverzuim 6%	124,8
<b>Netto arbeidsduur</b>	<b>1707</b>



#### **7.4 Bijlage IV: Deelnemers expertgroepen basistakenpakket**

*Expertgroep platteland:*

Mevrouw M. Vermazeren-Timmermans, verloskundige te Blitterswijk

De heer T. Wennekers, verloskundige te Steenbergen

Mevrouw D. van Os de Man, verloskundige te Sneek

Mevrouw L. Cremer, verloskundige te Winterswijk

Mevrouw A. Hoving, verloskundige te Franeker

Mevrouw E. Floor, verloskundige te Noordlaren

Mevrouw G. Rijninks-van Driel, verloskundige te IJsselmuiden

Mevrouw R. van Crimpen, bestuurslid KNOV

De heer R.C.P. Hartings, Deloitte & Touche Bakkenist

Mevrouw K.J. Kuperus, Deloitte & Touche Bakkenist

*Expertgroep middelgrote steden:*

Mevrouw L. Kortz, verloskundige te Leiden

Mevrouw M. de Vroomen, verloskundige te Alkmaar

Mevrouw J. Zijderwijk, verloskundige te Oegstgeest

Mevrouw A. van de Wolfshaar, verloskundige te Amersfoort

Mevrouw J.H. Pleging, verloskundige te Heerenveen

Mevrouw E. Kerkhof, verloskundige te Zwolle

Mevrouw I. Oomens, verloskundige te Breda

Mevrouw T. Klomp, verloskundige te Zutphen

Mevrouw P. Verhees, verloskundige te Roosendaal

Mevrouw L. Kamphuis, verloskundige te Apeldoorn

Mevrouw F. Cadee, verloskundige te Wageningen

Mevrouw R. van Crimpen, bestuurslid KNOV

De heer R.C.P. Hartings, Deloitte & Touche Bakkenist

Mevrouw K.J. Kuperus, Deloitte & Touche Bakkenist

*Expertgroep grote steden:*

Mevrouw H. Clouwens, verloskundige te Den Haag

Mevrouw C. Eckert, verloskundige te Den Haag

Mevrouw B. van der Put, verloskundige te Amsterdam

Mevrouw S. Jans, verloskundige te Amsterdam

Mevrouw M. Stam, verloskundige te Rotterdam

Mevrouw M. Schimmel, verloskundige te Rotterdam

Mevrouw E. Kavelaars, verloskundige te Utrecht

Mevrouw F. Lorje, verloskundige te Utrecht

Mevrouw M. Mertens, verloskundige te Utrecht (aanwezig tijdens ochtendprogramma)

Mevrouw A. Waelput, beleidsmedewerker KNOV

De heer R.C.P. Hartings, Deloitte & Touche Bakkenist

Mevrouw K.J. Kuperus, Deloitte & Touche Bakkenist

## **7.5 Bijlage V: Deelnemers bespreking concepteindrapport**

### *Externe expert:*

De heer prof.dr. J. Bennebroek Gravenhorst, emeritus hoogleraar verloskunde & gynaecologie

### *KNOV:*

mevrouw R. van Crimpen

mevrouw A. Waelput

### *Deloitte & Touche Bakkenist:*

mevrouw K. J. Kuperus

de heer R.C.P. Hartings

## **7.6 Bijlage VI: Model Districts Verloskundig Platform**

### *Bestuurlijke zaken:*

- Overleg met zorgverzekeraar, andere beroepsgroepen, gemeenten, provincies, ziekenhuizen, huisartsenlaboratoria, KNOV;
- Overige externe contacten.

### *Bedrijfsvoering:*

- Centrale Inkoopfunctie (disposables, automatisering, drukwerk, overige praktijkbenodigdheden, verzekeringen, schoonmaak, onderhoudscontracten, huisvesting);
- Voorraadbeheer;
- Financiële administratie;
- Facturering, declaraties en incasso;
- Ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal, organiseren van voorlichtingsavonden;
- Automatisering (marktverkenning, aanschaf verzorgen, trainingen organiseren, helpdesk, gezamenlijk onderhoud);
- Ondersteuning bij opstellen van rooster/dienstlijsten, organiseren van achterwachtrooster;
- Ondersteuning bij voorbeelden en training van werkgeversrol, contract met waarnemers, contracten met stagiaires, salarisadministratie, standaardcontracten assistenten;
- Ondersteuning bij opstellen maatschapscontract;
- Regelen parkeervergunningen;
- Organiseren van waarneempool en waarneming;
- Organiseren van assistentenpool;
- Organiseren van stageplaatsen;
- Organiseren van na- en bijscholing;
- Bibliotheek/archieffunctie;

- Organiseren van huisvesting voor waarnemers en stagiaires.

*Kwaliteit van zorg:*

- Stramien voor kwaliteitsjaarverslag aanleveren;
- Organiseren van casuïstiekbesprekingen;
- Organiseren van intercollegiale toetsing;
- Organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten voor zwangere vrouwen;
- Opstellen van doelgroepenbeleid;
- Opzetten van zorginnovatieprojecten en in dat kader symposia, workshops, etc.;
- Opzetten van voorlichtingsprojecten;
- Pilotprojecten op diverse terreinen;
- Borstvoeding bevorderen.

*Procesondersteuning*

- Bemiddeling bij problemen met cliënten, met andere verloskundigen, praktijken, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen;
- Opzetten klachtenbeleid en systeem om met klachten om te gaan en ervan te leren;
- Ondersteunen bij loopbaanplanning (variatie in werk, tijdelijk andere taken vervullen, etc.).

## 7.7 Bijlage VII: Specificatie basistakenpakket

In de onderstaande tabellen wordt per taak aangegeven welke werkzaamheden verricht worden.

### 7.7.1 Tabel 1: Prenataal

	Taak	Tijd
a.	<i>Eerste telefonisch contact</i> <ul style="list-style-type: none"><li>– Korte anamnese (laatste menstruatie, leeftijd, familie);</li><li>– Eerste risicoselectie (eventueel gevolgd door een verwijzing);</li><li>– Beantwoorden van vragen en geven van voorlichting;</li><li>– Maken van afspraak voor eerste controle bij verloskundige.</li></ul>	10
b.	<i>Eerste controle:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>– Kennismaking (cliënt en partner, verloskundige, verloskundige praktijk);</li><li>– Afnemen van anamnese (medisch, obstetrisch, familiaal, sociaal);</li><li>– Onderzoek (zoals bloeddruk, urine, gewicht, verloskundig uitwendig, verloskundig inwendig);</li><li>– Voorlichting inhoudelijk (zoals verloop eerste controle en vervolgcontroles, plaats en manier van bevallen);</li><li>– Voorlichting over bloedonderzoek (inclusief HIV);</li><li>– Voorlichting over echoscopistisch onderzoek;</li><li>– Voorlichting organisatorisch (praktijkorganisatie, regelen van kraamzorg);</li><li>– Voorlichting patiëntgebonden (prenatale diagnostiek, informatie t.a.v. vastgesteld beleid, informatie bij consult of verwijzing, ingaan op vragen);</li><li>– Risicoselectie en beleid;</li><li>– Uitzetten van onderzoek en daarna interpreteren van onderzoeksuitslagen (lab, echo).</li></ul>	45

c.	<p><i>Vervolgcontroles</i> (10 x 15 minuten)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Onderzoek (bloeddruk, gewicht, urine, cortonen, uitwendig onderzoek);</li><li>– Echo laten maken en uitleg geven daarover;</li><li>– Diagnostiek;</li><li>– Risicoselectie en beleid;</li><li>– Voorlichting (zie b.: komt herhaaldelijk terug);</li><li>– Cliënt op gemak stellen;</li><li>– Instructies geven voor bevalling.</li><li>– Eventuele extra's: bloedonderzoek, anti-D geven;</li><li>– Overig.</li></ul> <p>Over de noodzakelijke frequentie van prenatale zorg bestaan in verschillende landen uiteenlopende opvattingen. In de Nederlandse verloskunde ligt het accent op de prenatale zorg, met als doel problemen later in de zwangerschap of tijdens de bevalling te voorkomen of tenminste tijdig te signaleren. Een huidig algemeen aanvaarde frequentie van controles in een ongestoord verlopende zwangerschap is de volgende<sup>6</sup>:</p> <p>tot 24 weken: eenmaal per 4 à 5 weken</p> <p>25-30 weken: eenmaal per 3 weken</p> <p>31 – 36 weken: eenmaal per 2 weken</p> <p>37 – 41 weken: eenmaal per week</p> <p>41 – 42 weken: eenmaal per 2 tot 3 dagen</p> <p>na 42 weken : intensieve bewaking</p>	150
----	---	-----

---

<sup>6</sup> Uit: *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens*, M.J. Heineman e.a.

	In dit basistakenpakket is derhalve uitgegaan van elf prenatale controles (1 eerste controle en 10 vervolgcontroles).	
d.	<p><i>Telefonisch spreekuur</i></p> <p>Verloskundig inhoudelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vragen beantwoorden en geven van voorlichting;</li><li>- Risicoselectie bij door cliënt gepresenteerde problemen.</li></ul> <p>Organisatorisch:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verklaringen afgeven;</li><li>- Recepten;</li><li>- Overig.</li></ul>	5
e.	<p><i>Raadplegen externen</i></p> <p>(huisarts, gynaecoloog, fysiotherapeut, lactatie-deskundige, echoscopist, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verwijzen</li><li>- Consulteren</li></ul>	15
f.	<p><i>Administratief (patiëntgebonden)</i></p> <p>(N.B.: De niet-patiëntgebonden administratieve taken zijn opgenomen in het takenpakket praktijkvoering)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recepten;</li><li>- Verslaglegging;</li><li>- Correspondentie;</li><li>- Archivering;</li><li>- Telefoonbeantwoording;</li><li>- Labuitslagen verwerken;</li><li>- Overig.</li></ul>	20



g.	<i>Eventuele bijzonderheden</i> <ul style="list-style-type: none"><li>– Begeleiden miskraam;</li><li>– Begeleiden ernstige complicaties;</li><li>– Spreekuur op locatie;</li><li>– Zorg aan allochtone cliënten;</li><li>– Huisbezoek op indicatie.</li></ul>	PM
	<b>Totale doorlooptijd</b>	245

### 7.7.2 Tabel 2: Nataal (doorlooptijd in minuten)

	<b>Taken</b>	<b>Tijd</b>
a.	<p><i>Voor de bevalling</i> (Uitgaande van twee bezoeken aan de cliënt, inclusief reistijd) Gemiddeld bezoekt de verloskundige de vrouw 2 keer in de periode net voordat de werkelijke bevalling van start gaat. Een bezoek duurt 25 minuten per keer, de reistijd bedraagt 20 minuten per keer.</p> <p>Benodigde werkzaamheden:</p> <p>Inventarisatie stand van zaken;</p> <p>Begeleiding en coaching van cliënt en partner;</p> <p>Algemeen en verloskundig onderzoek;</p> <p>Risicoselectie en beleid;</p> <p>Eventueel overleg met andere zorgaanbieders.</p>	90
b.	<p><i>Laatste fase ontsluiting en uitdrijving</i> (inclusief reistijd)</p> <p>Wanneer de verloskundige bij een volgend bezoek arriveert is de laatste fase van de ontsluiting aangebroken. De verloskundige blijft nu bij de vrouw.</p> <p>Werkzaamheden:</p> <p>Algemeen en verloskundig onderzoek moeder;</p> <p>Onderzoek inzake conditie van het kind;</p> <p>Begeleiding en coaching van cliënt en partner (inclusief voorlichting);</p> <p>Verrichten van de partus;</p> <p>Risicoselectie en beleid (eventueel verwijzen voor ziekenhuisbevalling);</p> <p>Zorgdragen voor adequate opname in ziekenhuis (indien van toepassing).</p>	105

c.	<p><i>Nageboorte tijdperk</i></p> <p>Na de geboorte van het kind wacht de verloskundige op de geboorte van de placenta. Dit duurt gemiddeld ongeveer 20 minuten. Na geboorte van de placenta inspecteert de verloskundige of de placenta compleet geboren is; immers een achtergebleven placentarest is een aanleiding voor verwijzing (naar ziekenhuis en/of gynaecoloog).</p>	20
d.	<p><i>Aanwezigheid post partum</i></p> <p>In wetenschappelijke kringen wordt uitgegaan van een noodzakelijk verblijf na de geboorte van 2 uur. (zie o.a. <i>Praktische verloskunde</i>, Treffers en Prins). Vastgesteld wordt dat de verloskundige de eerste twee uur na de geboorte van de placenta bij (in de buurt van) de kraamvrouw en de pasgeborene dient te blijven. De controle in deze periode houdt o.a. in:</p> <p>Onderzoek algemene conditie pasgeborene;</p> <p>Controle moeder;</p> <p>Begeleiding cliënt en partner;</p> <p>Hechten perineum/labia laesies;</p> <p>Bloedverlies inventariseren;</p> <p>Bloeddruk en polsfrequentie meten;</p> <p>Risicoselectie en beleid;</p> <p>Daarnaast zal de verloskundige gedurende deze 2 uur een aantal administratieve taken op zich nemen zoals:</p> <p>Noteren ontsluitingsgegevens;</p> <p>Opstellen partusverslag;</p> <p>Verslag aan huisarts;</p> <p>Start samenwerking met kraamverzorging;</p> <p>Organiseren van consult/verwijzing;</p>	120

	LVR-registratie; Hepatitisadministratie (op indicatie); Bemiddelen bij ziekenhuis; Regelen achterwacht (indien nodig); Schoonmaak en onderhoud materiaal	
e.	<i>Eventuele bijzonderheden</i> Afstemming met kraamzorg; Regelen “dubbel zitten”; Bemiddeling bij ziekenhuis; Ambulance bellen; Overig.	PM
	<b>Totale doorlooptijd</b>	335

### 7.7.3 Tabel 3: Postnataal (doorlooptijd in minuten)

	Taken	Tijd
a.	<p><i>Kraambedcontroles</i> (5 x 30 minuten) (inclusief reistijd)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anamnese van de kraamvrouw en het kind;</li> <li>– Obstetrie van de kraamvrouw en het kind;</li> <li>– Dagelijks onderzoek, inspectie en controles van kraamvrouw (buik, perineum, etc.) en kind (ademhaling, algemene conditie, etc);</li> <li>– Eventueel verwijzen voor specialistische hulp;</li> <li>– Advisering over borstvoeding;</li> <li>– Bespreken van en advisering over anti-conceptie;</li> <li>– Voorlichting, begeleiding, ondersteuning;</li> <li>– Overig.</li> </ul>	150
b.	<p><i>Revisie</i> (1 maal)</p> <p>Na verloop van tijd komt de cliënte nog een keer op bezoek bij de verloskundige om haar toestand te laten onderzoeken en het zorgproces te evalueren. Een revisie kost ongeveer 45 minuten. Niet alle cliënten komen voor een revisie in aanmerking (namelijk vrouwen die in tweede lijn zijn bevallen en losse kraambedden [<b>deze vrouwen dus NIET? Is even onduidelijk.</b>]). Derhalve is uitgegaan van 75% x 45 minuten = 30 minuten. De benodigde werkzaamheden zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anamnese van de kraamvrouw en het kind;</li> <li>– Obstetrie van de kraamvrouw en het kind;</li> <li>– Dagelijks onderzoek, inspectie en controles van kraamvrouw (buik, perineum, etc.) en kind (ademhaling, algemene conditie, etc);</li> </ul>	30

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventueel verwijzen voor specialistische hulp;</li> <li>- Advisering over borstvoeding;</li> <li>- Bespreken van en advisering over anti-conceptie</li> <li>- Voorlichting, begeleiding, ondersteuning;</li> <li>- Evaluatie van het zorgproces.</li> </ul>	
c.	<i>Overdracht van gegevens over de gehele zwangerschap en bevalling aan huisarts (en eventuele andere zorgaanbieders)</i>	15
d.	<p><i>Administratie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afstemming met kraamverzorging;</li> <li>- Verslaglegging van elk patiëntencontact;</li> <li>- LVR vervolledigen na einde kraambed;</li> <li>- Op indicatie regelen van consult of verwijzing (moeder/kind).</li> <li>- Overig.</li> </ul>	15
e.	<p><i>Eventuele bijzonderheden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begeleiding allochtone cliënten;</li> <li>- Begeleiden van cliënt en partner bij complicaties en sterfgevallen;</li> <li>- Begeleiden van gezinnen met weinig of geen kraamzorg.</li> </ul>	PM
	<b>Totale doorlooptijd</b>	210

#### 7.7.4 Tabel 4: Praktijkvoering

	<b>Taken</b>	<b>Tijd</b>
a.	<i>Inkoop</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medische artikelen en disposables;</li><li>- Apotheek;</li><li>- Drogist;</li><li>- Laboratorium;</li><li>- Kantoorartikelen;</li><li>- Overige praktijkbenodigdheden.</li></ul>	10
b.	<i>Voorraadbeheer</i> (zie a.)	10
c.	<i>Verzorgen PR en drukwerk</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Receptenpapier;</li><li>- Zwangerschapsverklaringen;</li><li>- Afsprakenkaartjes;</li><li>- Verwijskaarten;</li><li>- Praktijkinformatie;</li><li>- Visitekaartjes.</li></ul>	10

d.	<i>Boekhouding en financiële administratie</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Controleren verzekeringsgegevens en contacten met zorgverzekeraars daarover;</li><li>- Versturen van rekeningen;</li><li>- Betalen van rekeningen (leveranciers, huur, salaris, telefoon, premies, contributies);</li><li>- Herinneringen en aanmaningen versturen;</li><li>- (Telefonisch) contact onderhouden met wanbetalers;</li><li>- Contacten onderhouden met deurwaarder;</li><li>- Contacten met accountant, bank, verzekeringen, fiscus, notaris;</li><li>- Administratie rond waarnemingen en achterwacht.</li></ul>	300
e.	<i>LVR (niet patiënt-gebonden) (1 uur per week)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- LVR invoeren in computer;</li><li>- Controleren van gegevens;</li><li>- Correcties verwerken en insturen.</li></ul>	50
g.	<i>Automatisering (1 uur per week)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inkoop en aanschaf van soft- en hardware</li><li>- Onderhoud;</li><li>- Beheer;</li><li>- Training en oefenen;</li><li>- Systeembeheer inschakelen</li></ul>	50



h.	<i>Rooster/dienstlijst</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wensen vrije dagen e.d. opvragen en inventariseren;</li><li>- Verdeling dienst/spreekuur/vrij/achterwacht per verloskundige;</li><li>- Concept rooster maken;</li><li>- Wijzigingen doorvoeren;</li><li>- Lay-out en kopiëren;</li><li>- Versturen naar collega's;</li><li>- Regelen achterwacht (met buurtpraktijken).</li></ul>	40
j.	<i>Kwaliteitsbeleid</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nascholing (7 dagen per jaar per persoon: <math>7 \times 7,2 \times 4 = 202</math> uur)</li><li>- Schrijven en bespreken kwaliteitsjaarverslag (34 uur)</li><li>- Intervisie en reflectie (4, personen, 1 x per kwartaal, een dagdeel à 4,2 uur = 57 uur)</li></ul>	295
k.	<i>Werkgeversrol</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Werving en selectie van medewerkers;</li><li>- Bespreken arbeidsvoorwaarden;</li><li>- Aanstellingsgesprekken;</li><li>- Functioneringsgesprekken;</li><li>- Algehele werkbegeleiding;</li><li>- Personeelsadministratie.</li></ul>	50

l.	<p><i>Werk/maatschapsoverleg</i></p> <p>Plannen, voorbereiden, voorzitten, notuleren, maken verslag/afsprakenlijst, etc. (42 weken, 4 personen, 1 uur en driekwartier = 294 uur: afgerond: 295 uur)</p>	295
m.	<p><i>Externe contacten</i></p> <p>Met o.a. KNOV en DVP, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, eerstelijnsplatforms, huisartsen, maatschappelijk werk, buurtpraktijken, gynaecologen, kraamcentrum, thuiszorg, andere beroepsbeoefenaren en –verenigingen, Inspectie voor de Gezondheidszorg, patiënten- en consumentenplatform, artsenbezoekers en leveranciers.</p> <p>(Uitgangspunt: 42 weken: 1 uur per week per persoon: 168 uur, inclusief reistijd: afgerond 170 uur)</p>	170
o.	<p><i>Onderhoud (werkster)</i></p>	0
p.	<p><i>Overig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Waarneming regelen (inclusief huisvesting, contract, inwerken);</li> <li>– Organiseren en bijwonen van voorlichtingsbijeenkomsten;</li> <li>– Organiseren bereikbaarheid van de praktijk (doorschakelsysteem, doktersdienst, mobiele telefoons, piepers, antwoordapparaten, etc.).</li> </ul>	100
	<p><b>Totale doorlooptijd per jaar per praktijk</b></p>	1.430