



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (T.A. Wiegens, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, **Behoefteraming verloskundigen 2004 - 2015**, NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Behoefteraming verloskundigen 2004 - 2015**

T.A. Wiegens  
L.F.J. van der Velden  
L. Hingstman

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



ISBN 90-6905-733-6

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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 te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Voorwoord

Dit onderzoek is in opdracht van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en gesubsidieerd door het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) uitgevoerd door het NIVEL. Voor de begeleiding van het onderzoek is een begeleidingscommissie in het leven geroepen, waarin de volgende personen zitting hadden:

mw. J. Kors, (voorzitter) namens de KNOV

mw. J. van Duren, namens ZN

mw. S. Pomp, namens VWS

dhr. P. van den Hombergh, namens de LHV

dhr. M. Schutte, namens de NVOG

mw. S. Bruijns, namens de LVT

mw. G. van Trier, namens BTN

mw. J. Spittje, namens de SSOV

Utrecht, juni 2005

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Doelstellingen	7
1.2 Vraagstellingen	8
1.3 Uitwerking	9
1.4 Leeswijzer	9
<b>2 Onderzoeksmethode, theoretisch kader en gegevensverzameling</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Onderzoeksmethoden; Het geïntegreerde vraag - aanbodmodel	11
2.3 Gegevensverzameling in 2004	15
2.4 Respons en representativiteit	16
2.5 Rol van de begeleidingscommissie	17
2.6 Beperkingen van deze studie	17
<b>3 Zorgverleners in de verloskunde</b>	<b>19</b>
3.1 Verloskundigen	19
3.1.1 Eerstelijns verloskundigen	19
3.1.2 Tweedelijns verloskundigen	24
3.2 Gynaecologen	25
3.3 Verloskundig actieve huisartsen	26
3.4 Aandeel verschillende zorgverleners	27
3.5 Conclusie	30
<b>4 Ontwikkelingen in de zorgvraag</b>	<b>31</b>
4.1 Inleiding	31
4.2 Demografische ontwikkelingen	31
4.3 Epidemiologische ontwikkelingen	32
4.4 Beleidsmatige ontwikkelingen	33
4.5 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	35
4.6 Conclusie	35
<b>5 Ontwikkelingen in het zorgaanbod</b>	<b>37</b>
5.1 Inleiding	37
5.2 Relevante ontwikkelingen in de opleiding	37
5.2.1 Instroom in de opleiding	37
5.2.2 Intern rendement van de opleiding	38
5.2.3 Extern rendement van de opleiding	40
5.3 Ontwikkelingen in de beroepsgroep	42
5.3.1 Beschrijving aanbod 2004 vanuit aanbod 1999 en instroom 1999-2003	44
5.3.2 Beschrijving aanbod 2015 vanuit aanbod 2004 en instroom 2005-2014	48
5.4 Conclusie	51
<b>6 Vergelijking tussen vraag en aanbod in 2015</b>	<b>53</b>
6.1 Inleiding	53

6.2	Scenario 1: Basisscenario	53
6.3	Scenario 2: Taakuitbreiding	56
6.4	Scenario 3: Taakherschikking en taakdelegatie	60
6.5	Conclusie	61
<b>7</b>	<b>Slotbeschouwing</b>	<b>63</b>
	Literatuur	67
	Bijlage: nulscenario	69

# 1 Inleiding

## 1.1 Doelstellingen

In 2001 heeft het NIVEL op verzoek van de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen (KNOV) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en als onderdeel van het vijfjarige onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening' een eerste behoefteeraming voor verloskundigen opgesteld (Wiegers, van der Velden en Hingstman, 2002). Op dat moment had het ministerie van VWS al besloten de opleidingscapaciteit voor verloskundigen uit te breiden van 120 via 160 in 2000 naar 220 eerstejaars in 2001, omdat er sprake was van een groot tekort aan verloskundigen. Omdat de opleiding vier jaar duurt, zal het effect van deze uitbreiding pas in 2005 goed zichtbaar zijn.

Het doel van de behoefteeraming voor verloskundigen 2004 – 2015 is het inventariseren van nieuwe gegevens betreffende de aansluiting tussen vraag en aanbod in de verloskundige zorgketen, zodat in een zo vroeg mogelijk stadium maatregelen genomen kunnen worden om overschotten of tekorten aan verloskundigen te voorkomen. Meer specifiek moet de behoefteeraming antwoord geven op de vraag of de in 2001 bepaalde opleidingscapaciteit op grond van veronderstelde toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de vraag en het aanbod bijstelling behoeft.

De verloskundige keten bestaat allereerst uit verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen, als de beroepsgroepen die zelfstandig verloskundige zorg verlenen. Daarnaast zijn ook kinderartsen/neonatologen en kraamverzorgenden betrokken bij de verloskundige zorg, maar op een meer indirecte manier. Het evenwicht tussen vraag en aanbod in de verloskundige zorgverlening hangt niet rechtstreeks samen met deze laatste twee beroepsgroepen. Zij worden daarom in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Voor het berekenen van de benodigde opleidingscapaciteit is indertijd uitgegaan van een aantal veronderstellingen met betrekking tot ontwikkelingen in de zorgvraag, het werkproces (de tijdbesteding aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden) en het zorgaanbod tot het jaar 2010. Voor wat betreft de ontwikkelingen in de zorgvraag is gebruik gemaakt van de bevolkingsprognose van het CBS uit 2000 die uitging van 187.000 bevallingen in 2010. Sindsdien is de bevolkingsprognose van het CBS omlaag bijgesteld zodat een update van de zorgvraagontwikkeling als gevolg van de demografische prognoses noodzakelijk is. Met betrekking tot het werkproces is in 2001 aandacht besteed aan arbeidsnormalisatie (vermindering van de gemiddelde werkweek) en de wens meer tijd te kunnen besteden per cliënt. Met betrekking tot het zorgaanbod is, naast de in- en uitstroom uit de beroepsgroep van verloskundigen, in 2001 ook rekening gehouden met de mogelijkheid dat er in 2010 geen verloskundig actieve huisartsen meer zullen zijn. Ontwikkelingen sindsdien, zoals de opheffing van het 'primaat' en de module 'verloskunde' voor huisartsen in opleiding, geven aanleiding hier opnieuw naar te kijken. Andere beleidsmatige en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen, zoals taakherschikking en taakuitbreiding, zullen in deze nieuwe behoefteeraming meegenomen worden.

## 1.2 Vraagstellingen

De uitbreiding van de opleidingscapaciteit van 120 naar 220 eerstejaars zal leiden tot een forse toename van het aantal verloskundigen in de komende jaren. De vraag is of deze toename voldoende is om aan de vraag naar verloskundige zorg in 2015 te voldoen of dat het risico van een tekort of een overschot aan verloskundigen bestaat. Het is derhalve van groot belang dat de ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod op de voet gevolgd worden, zodat de omvang van de opleidingscapaciteit tijdig kan worden bijgestuurd. Dit vraagt enerzijds om een permanente monitoring van een aantal belangrijke ontwikkelingen zodat nagegaan kan worden of er eventueel op korte termijn aansluitingsproblemen kunnen ontstaan. Anderzijds vraagt het om het periodiek bijstellen van de lange termijn vooruitzichten.

Vragen die in deze behoeftebepaling centraal staan zijn:

*Vraagstellingen betreffende de beroepsgroepen:*

- Wat is het aandeel van verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen in het totaal van de verloskundige zorg en welke ontwikkelingen zijn daar in te verwachten?
- Wat is, voor eerstelijns verloskundigen, de feitelijke en wat is de gewenste tijd die per cliënt besteed wordt?

*Vraagstellingen betreffende de zorgvraag:*

- Wat is de verwachting van het totaal aantal cliënten voor verloskundige zorg in de periode 2005 – 2015?
- Welke demografische, epidemiologische, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn van invloed op de zorgvraag in 2015?

*Vraagstellingen betreffende het zorgaanbod:*

- Wat is de ontwikkeling geweest in het aantal werkzame verloskundigen in de periode 2001 – 2005?
- Hoe zal, uitgaande van de huidige instroom in de opleidingen, het aantal verloskundigen zich tot 2015 ontwikkelen?

Aan de hand van de antwoorden op deze vraagstellingen zullen enkele scenario's doorgerekend worden. Eerst is berekend hoeveel verloskundigen er in 2015 werkzaam zullen zijn, als er vanaf nu niemand meer opgeleid wordt. Vervolgens is berekend hoeveel verloskundigen er in totaal nodig zijn in 2015, gegeven specifieke uitgangspunten in zorgvraag en zorgaanbod en rekening houdend met hun aandeel in het totaal van de verloskundige zorg. Daaruit vloeit voort hoeveel verloskundigen in de komende jaren moeten worden opgeleid om aan die vraag te voldoen. Er worden dus voor verschillende scenario's cijfers gepresenteerd betreffende de benodigde instroom per jaar om zorgvraag en zorgaanbod in 2015 met elkaar in evenwicht te brengen.



### 1.3 Uitwerking

Ten behoeve van de uitvoering van de behoefte­raming zijn gegevens gebruikt uit bestaande bronnen, zoals het CBS en de Gezondheidsraad, en uit lopend onderzoek:

- de NIVEL-registraties van verloskundigen en pas-afgestudeerde verloskundigen;
- de gegevensverzameling in verloskundige praktijken in het kader van de ‘Monitor Verloskundige Zorgverlening’;
- de gegevensverzameling in het kader van de Monitor arbeidsmarkt obstetrici/gynaecologen.

Daarnaast zijn de volgende aanvullende gegevensverzamelingen uitgevoerd:

- enquête onder verloskundig actieve huisartsen in 2002;
- enquête onder klinisch werkzame verloskundigen in 2003;
- enquête onder vierdejaars studenten van de opleidingen tot verloskundige in 2004.

In het volgende hoofdstuk wordt in het algemeen ingegaan op de diverse gegevensverzamelingen.

### 1.4 Leeswijzer

Het onderhavige rapport doet verslag van de tweede behoefte­raming voor verloskundigen. In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de onderzoeksmethode, het theoretisch kader en de gegevensverzameling. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de drie beroepsgroepen die direct betrokken zijn bij de verloskundige zorgverlening: de verloskundigen, de gynaecologen en de verloskundig actieve huisartsen en wordt berekend wat hun aandeel is in het totaal van de verloskundige zorg.

Hoofdstuk 4 behandelt de ontwikkelingen in de zorgvraag, terwijl hoofdstuk 5 gewijd is aan de ontwikkelingen in het zorgaanbod voor wat betreft de verloskundigen. In hoofdstuk 6 worden verschillende scenario’s behandeld waarin zorgvraag en zorgaanbod met elkaar worden geconfronteerd.

Hoofdstuk 7 is een slotbeschouwing waarin teruggekeken wordt op de overwegingen die aan de verschillende scenario’s ten grondslag liggen.



## 2 Onderzoeksmethode, theoretisch kader en gegevensverzameling

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden in een zestal paragrafen de methode en de gegevensverzameling beschreven. De methode die wordt gehanteerd, is in 1993 ontwikkeld en zal in paragraaf 2.2 nader worden belicht. Naast het theoretische model is er gebruik gemaakt van bestaande gegevensbronnen (paragraaf 2.3) en de gegevensverzameling in verloskundige praktijken die in het kader van de ‘Monitor Verloskundige Zorgverlening’ plaats vindt. Daarnaast zijn er schriftelijke enquêtes naar verloskundig actieve huisartsen, naar klinisch werkende verloskundigen en naar vierdejaars studenten verloskunde gezonden. De respons op de enquêtes en de representativiteit zal belicht worden in paragraaf 2.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de rol van de begeleidingscommissie in dit onderzoek (paragraaf 2.5) en de beperkingen van deze studie (paragraaf 2.6).

### 2.2 Onderzoeksmethoden; Het geïntegreerde vraag - aanbodmodel

Het doel van deze studie is het bepalen van de optimale opleidingscapaciteit voor verloskundigen voor de komende tien jaar, met inachtneming van de verwachte in- en uitstroom en ontwikkelingen in de werktijd en taakinhoud van verloskundigen alsmede de toe- en/of afname van de vraag naar verloskundige zorg.

Voor het berekenen van de benodigde opleidingscapaciteit wordt gebruik gemaakt van een geïntegreerd **vraag-aanbodmodel**. In dit model is het benodigde aantal op te leiden verloskundigen afhankelijk van de toekomstige zorgvraag en het toekomstige zorgaanbod. Om vraag en aanbod met elkaar te kunnen vergelijken is in het model de factor ‘tijd’ de gemeenschappelijke noemer. Dit betekent dat de zorgvraag wordt gedefinieerd als de ‘totale tijd’ die cliënten aan zorg vragen en het aanbod wordt gedefinieerd als de ‘totale tijd’ die verloskundigen voor cliëntenzorg beschikbaar hebben. Bovengenoemd model wordt uitgewerkt via enerzijds een ‘vraagmodel’ en anderzijds een ‘aanbodmodel’.

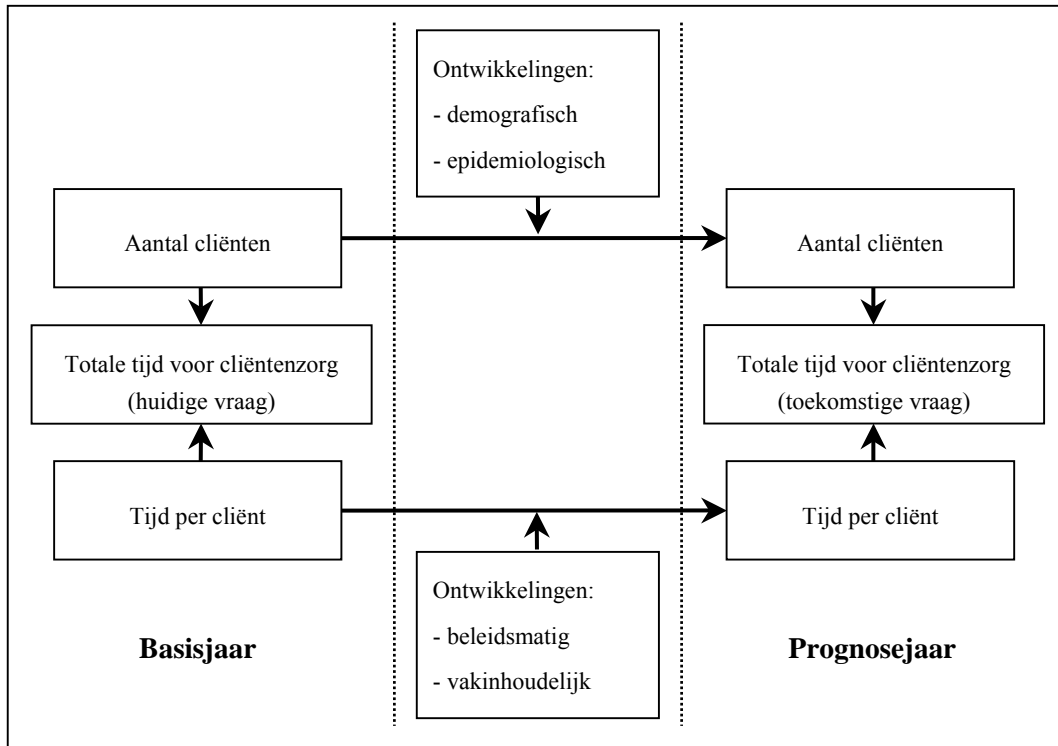
#### *Vraagmodel*

In schema 2.1 wordt het ‘vraagmodel’ in beeld gebracht. In het model wordt zowel de totale tijd voor cliëntenzorg in het basisjaar als het prognosejaar berekend. Voor wat betreft het basisjaar zullen in de eerste plaats gegevens beschikbaar moeten zijn over het *aantal cliënten*. In principe wordt daartoe het huidige feitelijke zorggebruik gebruikt, waarbij rekening gehouden wordt met het aandeel dat verschillende verloskundige zorgverleners hebben in het totaal van de verloskundige zorg. Om de *totale tijd* te kunnen berekenen zullen er gegevens moeten zijn over de tijd per cliënt. Door vermenigvuldiging van beide factoren kan de totale tijd voor cliëntenzorg berekend worden.

Om vervolgens de totale benodigde tijd voor cliëntenzorg in het prognosejaar te kunnen voorspellen, zal in eerste instantie gekeken moeten worden welke ontwikkelingen van invloed zijn op het aantal cliënten. Daarnaast zal gekeken worden naar de professionele

ontwikkelingen die van invloed zijn op de cliëntenzorg. Factoren die daarbij in ieder geval een belangrijke rol spelen zijn demografische, epidemiologische, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Schema 2.1: Gehanteerde vraagmodel



Bij de demografische ontwikkelingen gaat het om de eventuele veranderingen in de bevolkingsomvang én de bevolkingssamenstelling. Daarbij is met name het aantal te verwachten geboortes van belang. Naast demografische ontwikkelingen zullen ook epidemiologische ontwikkelingen de zorgvraag kunnen beïnvloeden. Het gaat dan niet zozeer om de bevolkingsomvang en samenstelling, maar juist om veranderingen in incidentie van bijvoorbeeld perinatale sterfte of aangeboren aandoeningen en om veranderingen in de complexiteit van zorg.

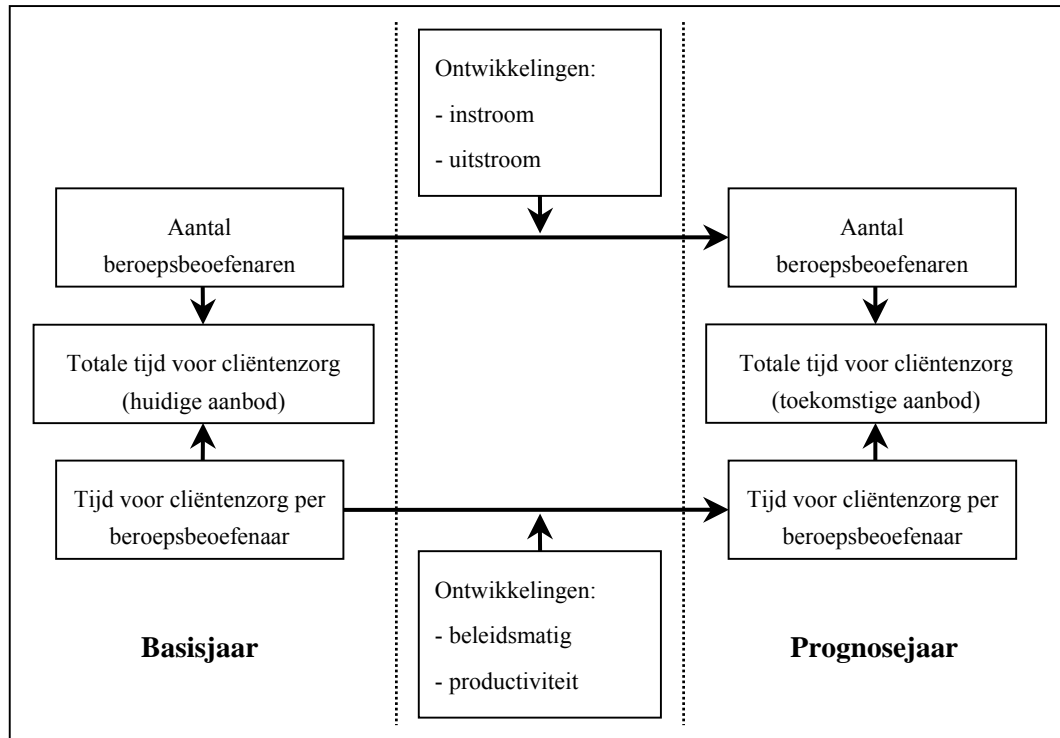
Voor de tijd per cliënt wordt een vergelijkbare analyse gemaakt. De factoren die daarbij een rol spelen zijn sociaal-culturele, vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen. Voor wat betreft de sociaal-culturele ontwikkelingen moeten ontwikkelingen onderscheiden worden als de toenemende mondigheid en verwachtingen van de cliënt en verschillen in de zorgvraag tussen etnische groepen. Deze ontwikkelingen leiden eventueel tot een toename van de consultduur en daarmee tot een verhoging van de werklust. Ten aanzien van de vakinhoudelijke ontwikkelingen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan taakherschikking en taakdelegatie. Voor wat betreft de beleidsmatige ontwikkelingen spelen (te verwachten) maatregelen vanuit de overheid en ziektekostenverzekeraars een belangrijke rol.

Tot slot kan de benodigde tijd voor cliëntenzorg in het prognosejaar berekend worden door het verwachte aantal cliënten te vermenigvuldigen met de verwachte tijd per cliënt.

### Aanbodmodel

De volgende stap is het berekenen van de totale tijd die verloskundigen beschikbaar hebben voor cliëntenzorg in het basisjaar en het prognosejaar. Daarvoor wordt het 'aanbodmodel' gebruikt (zie schema 2.2).

Schema 2.2: Gehanteerde aanbodmodel



In de eerste plaats moet onderzocht worden hoeveel verloskundigen er werkzaam zijn in het basisjaar en wat de cliëntgebonden werktijd per verloskundige is. Door beide factoren met elkaar te vermenigvuldigen, wordt de totale tijd berekend die beschikbaar is voor cliëntenzorg in het basisjaar. Om inzicht te krijgen in de totale beschikbare tijd in het prognosejaar zal enerzijds gekeken moeten worden naar factoren die van invloed zijn op het beschikbare aantal verloskundigen in het prognosejaar en anderzijds naar factoren die de werktijd van verloskundigen beïnvloeden.

Voor wat betreft ontwikkelingen in het aantal verloskundigen zal in ieder geval gekeken moeten worden naar de in- en uitstroom. Ten aanzien van de instroom zal in de eerste plaats rekening gehouden moeten worden met de verwachte *instroom* vanuit de opleiding voor verloskundigen. Tevens dient ook rekening te worden gehouden met de instroom van verloskundigen die momenteel werkzaam zijn in het buitenland en instroom van verloskundigen uit de arbeidsreserve (de herintreders). De *uitstroom* kan worden berekend op basis van de pensioengerechtigde leeftijd, de grootte van tijdelijke uitval door ziekte, zorgverlof en dergelijke en de verwachtingen over voortijdige uitstroom. Omdat het aantal verloskundigen mede afhangt van het aantal nog op te leiden verloskundigen, en de opleidingscapaciteit mede bepaald gaat worden door beleidsmatige

overwegingen, is in het aanbodmodel aangegeven dat beleidsmatige ontwikkelingen een rol spelen bij het aantal verloskundigen.

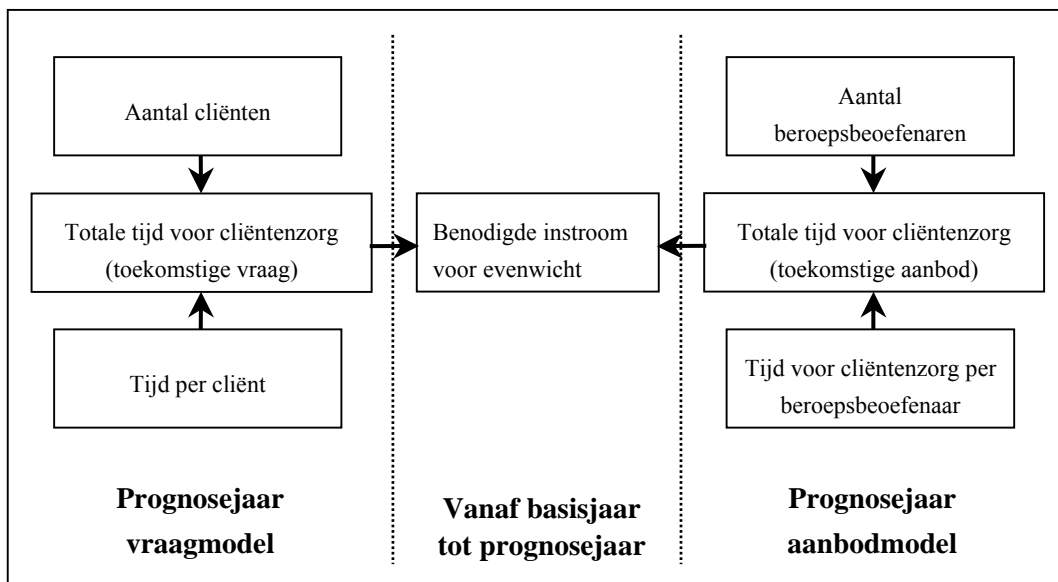
Met betrekking tot de werktijd van verloskundigen zal rekening gehouden moeten worden met ontwikkelingen als arbeidstijdnormalisering, deeltijdwerk en de verdeling cliënt- en niet-clientgebonden tijd. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vraag of het aantal uur dat een fulltime verloskundige werkt, gaat veranderen. Of om de vraag of het aantal deeltijders eventueel zal gaan toenemen. Belangrijk is dat eerst de huidige situatie in beeld gebracht moet worden, om vervolgens een inschatting te kunnen maken van de toekomstige situatie. Een vergelijkbare methode wordt gehanteerd ten aanzien van de verdeling tussen cliëntgebonden en niet-clientgebonden activiteiten. Door de toegenomen aandacht voor na- en bijscholing, onderlinge toetsing of management, zal de tijd die besteed wordt aan niet-clientgebonden activiteiten wellicht toenemen. Als men dan niet meer uren per week gaat werken, dan zou dat ten koste gaan van de tijd die besteed wordt aan cliëntenzorg.

Afhankelijk van ontwikkelingen die verwacht worden in zowel het aantal verloskundigen als de tijdsbesteding van verloskundigen kan de totale tijd die verloskundigen in het prognosejaar beschikbaar hebben voor cliëntenzorg worden berekend.

#### *Geïntegreerd vraag-aanbodmodel*

Voor het berekenen van het benodigde aantal op te leiden verloskundigen zullen vraag en aanbod geïntegreerd moeten worden (schema 2.3).

Schema 2.3: Geïntegreerde vraag-aanbodmodel



Vanuit het vraagmodel wordt de totale tijd berekend die nodig is voor cliëntenzorg in het prognosejaar en vanuit het aanbodmodel wordt voor datzelfde prognosejaar berekend hoeveel tijd verloskundigen beschikbaar hebben voor cliëntenzorg. Door beide resultaten

met elkaar te vergelijken, kan worden berekend hoeveel verloskundigen er moeten instromen om in het prognosejaar de zorgvraag en zorgaanbod goed op elkaar te laten afstemmen. Wat de optimale instroom in de opleiding zal zijn, is daarbij sterk afhankelijk van de ontwikkelingen die in het vraag- en het aanbodmodel worden meegenomen. Immers: de uitkomsten zijn deels afhankelijk van ontwikkelingen die door deskundigen worden ingeschat. Om die verschillen duidelijk te maken, worden verschillende scenario's opgesteld en varianten doorgerekend. Deze geven als het ware een bandbreedte aan in de te verwachten ontwikkelingen. Overigens zal bij het berekenen van de benodigde opleidingscapaciteit ook rekening gehouden worden met het te verwachten opleidingsrendement.

## 2.3 Gegevensverzameling in 2004

### *Literatuurstudie*

Om inzicht te krijgen in relevante demografische, epidemiologische, sociaal-culturele, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen, is de literatuur bestudeerd. Gegevens van het CBS (CBS, 2005) omtrent de bevolkingsprognose zijn geraadpleegd. Rapporten van de Gezondheidsraad (2001), TNO-PG (2002) en het RIVM (2004) evenals Kamerstukken van VWS (2003, 2004) met betrekking tot huidige en toekomstige ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening zijn bestudeerd. Ook zijn gegevens uit de NIVEL-registraties van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen in het onderzoek opgenomen, evenals resultaten uit de 'Monitor Verloskundige Zorgverlening'.

### *Schriftelijke enquête*

Weliswaar bieden de hierboven genoemd gegevensbronnen belangrijke gegevens voor het uitvoeren van een behoefteraming, maar een aantal essentiële gegevens ontbreekt. Om deze kennisleemtes op te vullen, is in 2002 een enquête onder verloskundig actieve huisartsen gehouden. Ook zijn, in 2003, klinisch werkende verloskundigen benaderd. In 2004 is bovendien aan alle vierdejaars studenten verloskunde een schriftelijke enquête toegestuurd. De uitkomsten van deze enquêtes zijn gerapporteerd in de verschillende jaarrapporten van de Monitor Verloskundige Zorgverlening.

#### *a. Enquête verloskundig actieve huisartsen*

Om inzicht te krijgen in het aantal verloskundig actieve huisartsen, hun aandeel in de verloskundige zorgverlening en hun verwachtingen voor de nabije toekomst over hun betrokkenheid bij de verloskundige zorg, is er een schriftelijke enquête gestuurd naar alle huisartsenpraktijken in Nederland waar in 2000 nog bevallingen werden begeleid. De adressen van deze praktijken zijn verkregen via de huisartsenregistratie van het NIVEL, waar in 2001 een aanvullende gegevensverzameling bij alle huisartsen in Nederland werd gehouden ter bevestiging en aanvulling van de in de registratie opgenomen gegevens over onder andere praktijkvorm, praktijksamenstelling en praktijkgrootte. In totaal zijn 552 praktijken voor dit onderzoek benaderd (Wiegers & Coffie 2003, Wiegers 2003).

#### *b. Enquête klinisch werkzame verloskundigen*

Om inzicht te krijgen in de beroepsuitoefening van de groep klinisch werkzame verloskundigen is de gehele groep schriftelijk geënquêteerd door middel van een

individuele vragenlijst per verloskundige en een afdelingsvragenlijst per afdeling. Dit betekent dat een overzicht gegeven kan worden omtrent het werkproces (uren/fte per week, deeltijd, taken) en de plannen en wensen ten aanzien van de werktijd en het takenpakket. De klinisch werkzame verloskundigen zijn benaderd via de afdeling waar ze werkzaam zijn. De adressen zijn afkomstig uit de registratie van het NIVEL van werkzame verloskundigen. De enquêtes zijn steeds gestuurd aan één contactpersoon op de afdeling verloskunde/gynaecologie. Hun namen zijn afkomstig uit het adressenbestand van de KNOV van de werkgroep 'verloskundigen in dienstverband'. In totaal zijn 73 ziekenhuislocaties en 381 verloskundigen benaderd (Wiegers & Janssen 2004).

#### *c. Enquête vierdejaars studenten verloskunde*

Om inzicht te krijgen in de arbeidsmarktwensen van aankomende verloskundigen zijn ook de vierdejaars studenten schriftelijk geënuquêteerd. Dit zijn immers de verloskundigen die de komende jaren op de arbeidsmarkt komen. Aan hen zijn met name vragen gesteld over de gewenste werkzaamheden (deeltijd, type functie e.d.). De enquêteformulieren zijn uitgedeeld op de opleiding. In totaal hebben 186 studenten een schriftelijke vragenlijst ontvangen (Wiegers & Janssen 2005).

## **2.4 Respons en representativiteit**

### *Huisartsen*

Voor het benaderen van de verloskundig actieve huisartsen is uitgegaan van de gegevens die verzameld werden in het kader van de huisartsenregistratie in 2001. Alle in de registratie opgenomen huisartsen in Nederland zijn toen benaderd. De respons was op individueel huisartsniveau 81,6% maar op praktijkniveau 96%. Vandaar dat voor deze aanvullende gegevensverzameling besloten is om praktijken aan te schrijven. Op 1 januari 2001 waren er in totaal 4.750 huisartspraktijken in Nederland (Kenens & Hingstman 2001). Na het actualiseren van het praktijkbestand door het verwijderen van praktijken die inmiddels waren opgeheven of met een buurpraktijk waren samengegaan bestond de onderzoekspopulatie uit 543 huisartspraktijken, dat wil zeggen: alle praktijken waarvan bekend was dat er in 2000 door één of meer huisartsen bevallingen werden begeleid.

De respons, na een telefonische en een schriftelijke rappel, was 438 bruikbare vragenlijsten, dat is 80,7%. In deze 438 praktijken waren bij elkaar 699 huisartsen werkzaam, dat is gemiddeld 1,6 huisarts per praktijk, wat niet afwijkt van het landelijk gemiddelde op peildatum 1-1-2001. Als er van uit wordt gegaan dat de praktijken in de non-respons (n = 105) gemiddeld even groot waren als de praktijken in de responsgroep, dan waren er in 2000 hooguit 870 huisartsen werkzaam in praktijken waar bevallingen werden begeleid. Dat is 11% van alle werkzame huisartsen op 1-1-2001.

De hoge respons en het feit dat het geen steekproef maar een populatieonderzoek betreft, maakt het aannemelijk dat de gevonden resultaten representatief zijn.

### *Klinisch werkende verloskundigen*

Voor het onderzoek onder klinisch werkzame verloskundigen zijn alle ziekenhuizen benaderd waarvan bekend was, vanuit de registratie van verloskundigen van het NIVEL,



dat er verloskundigen werkzaam waren. Bovendien is in het maandelijks bulletin van de KNOV een oproep geplaatst aan klinisch verloskundigen die geen vragenlijst hadden ontvangen om zich zelf te melden voor deelname aan het onderzoek. Van de 73 ziekenhuislocaties die benaderd zijn lieten er drie weten geen verloskundigen in dienst te hebben, alleen echoscopisten. Uit 65 van de overige 70 ziekenhuislocaties (93%) is tenminste één reactie ontvangen. In totaal zijn 54 ingevulde afdelingsvragenlijsten en 279 vragenlijsten van individuele verloskundigen ontvangen. Ook hier geldt dat de hoge respons en het feit dat het geen steekproef maar een populatieonderzoek betreft, het aannemelijk maakt dat de gevonden resultaten representatief zijn.

#### *Studenten verloskunde*

Voor het benaderen van de vierdejaars studenten verloskunde zijn de opleidingen benaderd. Afsproken werd dat de vragenlijsten tijdens een lesdag zouden worden uitgereikt. In totaal zijn aan alle 186 vierdejaars studenten verloskunde aan de vier verschillende opleidingslocaties vragenlijsten overhandigd. Van die vragenlijsten zijn er 139 ingevuld naar het NIVEL teruggestuurd. Dit komt neer op een responspercentage van 74,7%. De responspercentages per opleidingslocatie zijn vergelijkbaar. Ook de gegevens over de studenten verloskunde zijn gebaseerd op onderzoek bij de hele populatie van vierdejaars studenten en niet bij een steekproef daarvan en mogen vanwege de voldoende hoge respons als representatief beschouwd worden..

## **2.5 Rol van de begeleidingscommissie**

De begeleidingscommissie voor dit onderzoek is dezelfde als de begeleidingscommissie voor het onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening', waar deze behoeftering onderdeel van is. De leden van de begeleidingscommissie zijn vertegenwoordigers van alle bij de verloskundige zorg betrokken organisaties. De begeleidingscommissie heeft een belangrijke rol gespeeld bij het bespreken en concretiseren van de door te rekenen scenario's. Daarbij gaat het vooral om het maken van een realistische inschatting van de te verwachten ontwikkelingen in bijvoorbeeld de gemiddelde werktijd van verloskundigen, het aandeel cliëntgebonden werktijd en de gewerkte tijd per cliënt, de te verwachten verschuivingen in de klinische verloskunde en de verwachtingen op het gebied van taakherschikking en taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen. Ook is op verzoek van de begeleidingscommissie een nul-scenario doorgerekend (zie bijlage), uitgaande van een complete status-quo, dat wil zeggen: zonder rekening te houden met beleidsmatige of vakinhoudelijke ontwikkelingen. Dit scenario wordt echter niet als realistisch alternatief gezien, omdat het geen enkele ruimte biedt voor nieuwe ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en/of de beroepsuitoefening.

## **2.6 Beperkingen van deze studie**

Er is een aantal beperkingen dat een rol speelt bij deze studie. De beperkingen zijn niet zozeer van statistisch/technische aard als wel van methodische aard. De respons op de enquêtes is goed te noemen. De validiteit van de gegevens is echter met een voldoende

respons niet gegarandeerd. Het gegeven óf iemand werkzaam is, is relatief gemakkelijk op een objectieve wijze met behulp van een enquête vast te stellen. Het antwoord op de vraag hoeveel uur per week men werkzaam is, is daarentegen voor zelfstandige beroepsbeoefenaren meer subjectief van aard. Het antwoord op deze vraag zal eerder aangeven hoeveel men denkt te werken, dan dat het precies meet hoeveel men feitelijk werkt. Om toch meer dan globaal inzicht te krijgen in de dagelijkse tijdbesteding is bij de eerstelijns verloskundigen een tijdbestedingsonderzoek gehouden onder een grote steekproef van verloskundige praktijken (ongeveer een zesde van alle verloskundige praktijken) in de vorm van zelfregistratie van de werkzaamheden en werktijden. Dat de absolute waarde van het aantal gewerkte uren niet heel secuur is vast te stellen, is overigens niet noodzakelijkerwijs een aantasting van de betrouwbaarheid waarmee het aantal op te leiden beroepsbeoefenaren wordt berekend. Het gaat in het algemeen namelijk alleen om de relatieve waarde van de parameters. Zo is het voor het aantal op te leiden verloskundigen niet zo zeer van belang of de huidige verloskundigen op dit moment bijvoorbeeld 4 of 5 uur gemiddeld bij een baring aanwezig zijn, maar alleen of het straks even veel zal zijn (dus wederom 4 of 5 uur), of bijvoorbeeld 10% meer (dus respectievelijk 4,4 uur of 5,5 uur).

In een behoefteramingsstudie speelt verder een zelfde type probleem dat in elk toekomstgericht onderzoek speelt. Het gaat dan om het gebruik van per definitie onzekere schattingen over ontwikkelingen in de komende jaren. De in dit rapport gepresenteerde uitkomsten over het aantal op te leiden verloskundigen, gelden alleen voor zover de verwachte veranderingen inderdaad optreden en alle andere relevante factoren bovendien (relatief) constant blijven.

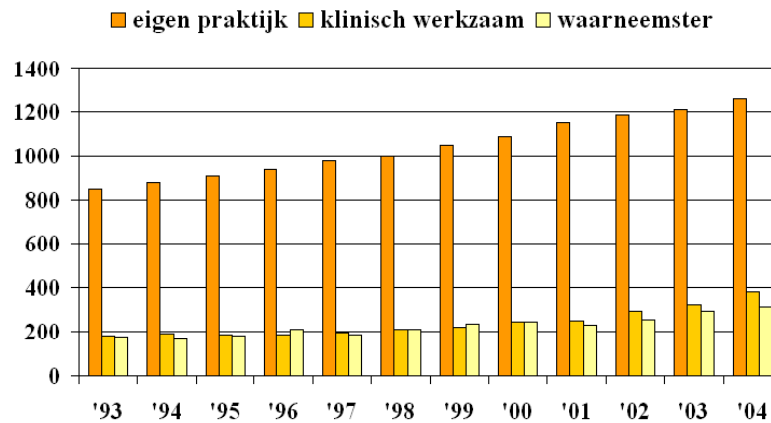
Daarbij geldt overigens ook dat de factoren vaak 'inwisselbaar' zijn. Als bijvoorbeeld gesteld wordt dat er 10% minder cliënten komen, maar dat de tijd per cliënt 10% zal toenemen, dan is het daaruit afgeleide aantal op te leiden verloskundigen ook het optimale aantal voor een gelijkblijvend aantal cliënten, met een gelijkblijvende gemiddelde tijd per cliënt, of een afname van 5% in het aantal cliënten, plus een toename van 5% in de tijd per cliënt.

### 3 Zorgverleners in de verloskunde

#### 3.1 Verloskundigen

Per 1-1-2004 zijn er 1.955 verloskundigen in Nederland werkzaam. Daarvan staan er 384 (19,6%) geregistreerd als klinisch verloskundigen en 315 (16,1%) als vaste of tijdelijk waarneemster (zie Figuur 3.1). Vooral de laatste jaren is het aantal klinisch werkende verloskundigen in verhouding sterk toegenomen. In 2000 was het totaal aantal werkzame verloskundigen 1.576, waarvan 240 (15,2%) klinisch werkzaam waren en 247 (15,7%) als waarneemster. Voor alle verloskundigen is dit een toename van 24%, voor de waarneemsters een toename van 27%, maar voor de klinisch werkenden een toename van 60%.

Figuur 3.1: Aantal praktiserende verloskundigen



Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen, meerdere jaren

##### 3.1.1 Eerstelijns verloskundigen

Uit cliëntenvragenlijsten, ingevuld in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening, is gebleken dat zwangeren die vóór de bevalling alleen bij de verloskundige zijn geweest, gemiddeld 11 keer op prenatale controle komen en dat de verloskundige gemiddeld ruim vier kraambezoeken aflegt bij de kraamvrouw thuis. De nacontrole, ongeveer zes weken na de bevalling, is in een aantal praktijken geen standaard meer. Het beleid van de KNOV is gericht op het terugbrengen van de postnatale zorg op het eerdere niveau van tenminste vijf kraambezoeken en voor iedere kraamvrouw een nacontrole ongeveer 6 weken na de bevalling.

De prenatale zorg voor zwangeren die tijdens de zwangerschap naar de tweede lijn zijn verwezen, wordt geschat op gemiddeld zes prenatale controles: vrouwen die vroeg in de

zwangerschap verwezen worden komen gemiddeld toch nog drie keer bij de verloskundigen op controle, terwijl vrouwen die laat in de zwangerschap verwezen worden gemiddeld waarschijnlijk negen keer bij de verloskundige op controle komen (dit blijven schattingen: het aantal prenatale controles per cliënt wordt niet in een registratie zoals de LVR vastgelegd).

Gezien het aandeel van verloskundigen in de prenatale zorg (voor tweederde van hun cliënten volledige en voor eenderde onvolledige prenatale zorg) wordt voor alle prenatale zorg een gemiddelde tijdbesteding aangehouden van 1 intake en 9,3 controles. Voor de postnatale zorg wordt een gemiddelde van 5 kraambezoeken en een afsluitende controle op het spreekuur aangehouden.

### *Huidige tijdbesteding*

De huidige tijdbesteding van eerstelijns verloskundigen aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden is afgeleid van de gegevens die verzameld zijn in de Monitor Verloskundige Zorgverlening, vierde meting, najaar 2004 (2005). Bijvoorbeeld: in 2004 werd door 60 van de 232 verloskundigen (26%) in het half jaar voorafgaand aan de tijdregistratie tijd besteed aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten, met een gemiddelde van 6,4 uur. Dat is iets meer dan een uur per maand. Gemiddeld over alle verloskundigen werd dus niet meer dan een ongeveer kwartier (16,6 min.) per maand besteed aan georganiseerde voorlichting. Overeenkomstige cijfers voor 2003 zijn: 57 van de 234 verloskundigen (24%) met een gemiddelde tijdsbesteding aan georganiseerde voorlichting van 6,6 uur per zes maanden (= 16,1 min. per verloskundige per maand), voor 2002: 51 van de 221 verloskundigen (23%) met een gemiddelde tijdsbesteding van 6,9 uur per zes maanden (= 15,9 min. per verloskundige per maand) en voor 2001: 48 van de 208 verloskundigen (23%) met een gemiddelde tijdsbesteding van 6,1 uur per zes maanden (= 14,1 min. per maand per verloskundige).

De tijd besteed aan georganiseerde voorlichting en het aantal verloskundigen dat daaraan meewerkt, is in de afgelopen jaren dus niet veel veranderd. De tijd besteed aan deskundigheidsbevordering is in de afgelopen jaren wel toegenomen, van gemiddeld 10,5 uur per verloskundige per zes maanden in 2001, via 13,6 uur in 2002 en 18,5 uur in 2003 naar gemiddeld 17,7 uur per verloskundige per zes maanden in 2004. In totaal werd in 2004 gemiddeld 27,7% van de werktijd van verloskundigen besteed aan niet-cliantgebonden taken en dus 72,3% aan cliëntgebonden taken.

Uit de berekeningen in de vierde meting van de Monitor Verloskundige Zorgverlening blijkt dat aan directe cliëntenzorg bij een volledige zorgverlening, dat wil zeggen: volledige prenatale zorg, zorg tijdens de bevalling en volledige postnatale zorg, per cliënt 711,6 minuten besteed wordt, dat is 11 uur en 52 minuten, onderverdeeld in 226,7 minuten (= 3 uur en 47 minuten) prenatale zorg, 278,5 minuten (= 4 uur en 39 minuten) zorg tijdens de baring en 206,4 minuten (= 3 uur en 26 minuten) postnatale zorg. De gemiddelde verloskundige in de meting van 2004 werkt 28,9 uur per week en begeleidt in een jaar (52 weken) gemiddeld 79,4 bevallingen. Deze bevallingen worden opgevat als 'zorgenheden', dat wil zeggen dat daarin meegeteld is de tijd die besteed wordt aan pre- en postnatale zorg aan vrouwen die niet in de eerste lijn bevallen.

De totale tijdsbesteding per 'bevalling' (= zorgenheid) kan dan als volgt berekend worden (zie tabel 3.1):

- 28,9 uur per week = 1.502,8 uur per jaar (52 weken) = 90.168 minuten werktijd per jaar
- 90.168 minuten voor 79,4 bevallingen = 1.135,6 min. per 'bevalling' (= zorgenheid)
- 72,3% van het werk is cliëntgebonden =  $0,723 \times 1.135,6 = 821,1$  minuten
- het directe cliëntencontact per zorgverlening is berekend op 711,6 minuten
- de overige cliëntgebonden werkzaamheden, dat wil zeggen: de pre- en postnatale zorg voor vrouwen die tijdens de zwangerschap naar de tweede lijn zijn verwezen én de bijkomende cliëntgebonden werkzaamheden, zoals cliëntenoverleg, overdracht en cliëntenadministratie kosten dus 109,5 minuten per 'zorgenheid'.

Om 120 'zorgenheden' te doen, de CTG-norm voor een fulltime functie, is, bij deze tijdbesteding, een werkweek van 43,7 uur per week nodig. Is een werkweek van 40 uur per week het uitgangspunt voor een fulltime functie, dan doet een fulltime werkende verloskundige, uitgaande van de huidige tijdbesteding, 110 'zorgenheden' per jaar.

Tabel 3.1: Cliëntgebonden en niet-cliantgebonden tijdbesteding per 'zorgenheid' (2004):

Directe cliëntenzorg (volledige zorggevallen):	
prenatale zorg: intake (36,3 min)+11x controle (11x15,5 min)+1x echo (1x19,9min)	= 226,7 minuten
natale zorg: baring (278,5 min)	= 278,5 minuten
postnatale zorg: 5x kraambezoek (5x37,9 min)+1afsluitend contact (16,9 min)	= 206,4 minuten
Totaal besteed aan directe cliëntenzorg per volledig zorggeval	= 711,6 minuten
overige cliëntgebonden werkzaamheden (onvolledige zorggevallen + overig)	= 109,5 minuten
cliëntgebonden tijdbesteding per 'zorgenheid' (72,3%)	= 821,1 minuten
niet-cliantgebonden tijdbesteding per 'zorgenheid' (27,7%)	= 314,6 minuten
Totale tijdbesteding per 'zorgenheid'	= 1135,7 minuten

Wordt zowel het aantal uren per week als het aantal 'zorgenheden' als uitgangspunt genomen, dan wordt de berekening als volgt:

Een fulltime werkende verloskundige werkt 40 uur per week en begeleidt in een jaar (52 weken) 120 bevallingen (= 'zorgenheden'). De totale tijdsbesteding per 'zorgenheid' kan dan als volgt berekend worden:

- 40 uur per week = 2.080 uur per jaar (52 weken) = 124.800 minuten werktijd per jaar
- 124.800 minuten voor 120 bevallingen = 1.040 minuten per bevalling / 'zorgenheid'
- 27,7% van het werk is niet-cliantgebonden =  $0,277 \times 1.040 = 288,08$  minuten
- 72,3% van het werk is cliëntgebonden =  $0,723 \times 1.040 = 751,92$  minuten
- het directe cliëntencontact per zorgverlening is berekend op 711,6 minuten
- voor de overige cliëntgebonden werkzaamheden is dus 40,3 minuten per 'zorgenheid' beschikbaar. Dat is ruim een uur minder dan de 109,5 minuten die verloskundigen in werkelijkheid per zorgenheid aan overige cliëntgebonden werkzaamheden besteden.

Het werken met normgetallen is overigens maar een hulpmiddel, want in geen enkele praktijk zal het aantal begeleide bevallingen gelijk zijn aan het aantal volledige zorggevallen, dat wil zeggen: de volledige begeleiding van een vrouw, vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de afsluiting van de zorg, zes weken na de bevalling. De norm van 120 bevallingen/zorgenheden is een rekeneenheid, waarbij de begeleiding van de zwangerschap telt als (ongeveer) 5/15 van een volledige zorgenheid, de

begeleiding van de bevalling als 6/15 en de begeleiding van het kraambed als 4/15, samen 15/15, is één volledige zorgenheid. Wanneer een verloskundige 119 ‘volledige bevallingen’ begeleidt en daarnaast nog 3 zwangerschappen (met verwijzing kort voor de bevalling en verdere begeleiding in de tweede lijn) heeft zij ook het equivalent van 120 bevallingen gedaan. Het zelfde geldt voor 110 ‘volledige bevallingen’ plus 30 zwangerschappen, of 100 ‘volledige bevallingen’ plus 30 zwangerschappen plus 40 losse kraambedden.

Als de cijfers over het aandeel van eerstelijns verloskundigen in het totaal van de verloskundige zorg worden afgerond, komt dat neer op het volgende: driekwart van alle zorg tijdens de zwangerschap, de helft van alle zorg tijdens de baring en tweederde van alle zorg tijdens het kraambed vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundige. Wordt deze verhouding geprojecteerd op de ‘normpraktijk’ van 120 zorgenheden, dan zou een verloskundige een norminkomen kunnen halen met 95 ‘volledige bevallingen’ plus 49 zwangerschappen plus 33 losse kraambedden, met andere woorden: met een praktijk met 144 inschrijvingen (met volledige prenatale zorg), 95 bevallingen en 33 losse kraambedden.

Volgens de tarieven van het CTG verdient een verloskundige een norminkomen als er 120 volledige bevallingen zijn gedeclareerd. De tarieven CTG zijn per 1-1-2005:

Volledige verloskundige zorg bij een thuisbevalling:	775,50	(100%)
Volledige prenatale zorg:	288,50	(37,2%)
Volledige natale zorg:	313,00	(40,4%)
Volledige postnatale zorg:	174,00	(22,4%)

Deeltarieven, bijvoorbeeld bij verwijzing naar de specialist, verschillen iets van bovenvermelde bedragen, maar uitgaande van deze verdeling kan het inkomen (= gemiddeld 57% honorarium + 43% kosten) geschat worden bij verschillende samenstellingen van de praktijk, zoals boven beschreven:

- Declaratie van 120 volledige bevallingen levert een bedrag van € 93.060 op: dit is het normbedrag.
- Declaratie van 110 volledige bevallingen en 30 zwangerschappen levert een bedrag van € 93.960 op.
- Declaratie van 100 volledige bevallingen, 30 zwangerschappen, 40 losse kraambedden levert een bedrag van € 93.165 op.
- Declaratie van 95 volledige bevallingen, 144 inschrijvingen (= 49 extra zwangerschappen met volledige prenatale zorg) en 33 losse kraambedden levert een bedrag op van: € 73.672,50 + € 14.136,50 + € 5.742,00 = € 93.551,00.

Al deze combinaties leveren een bedrag op dat vergelijkbaar is met het normbedrag.

#### *Gewenste tijdbesteding*

De tijd besteed aan directe cliëntenzorg is berekend op basis van de tijdbesteding van verloskundigen, zoals gemeten in de Monitor Verloskundige Zorgverlening. Dat wil niet zeggen dat dit ook de tijd is die men aan de verschillende onderdelen van de cliëntenzorg zou willen besteden, met andere woorden: de tijd die men eigenlijk nodig acht voor een verantwoorde zorgverlening. Vooral omdat de tijdmeting, zeker in de eerste jaren, plaatsvond in een periode van hoge werkdruk en een tekort aan zorgverleners, is dat geen goede indicatie voor de gewenste tijdbesteding per cliënt.

De discrepantie tussen de gewenste en feitelijke tijdbesteding in 2000 werd duidelijk in het NIVEL / Deloitte & Touche Bakkenist rapport uit 2001. In het deelrapport ‘Basistakenpakket verloskunde’ van Deloitte & Touche Bakkenist (2001) werd via werkconferenties met expertgroepen vastgesteld dat aan zorg tijdens de baring gemiddeld vijf en een half uur per cliënt (335 minuten) besteed diende te worden. Dat is bijna het dubbele van wat aan feitelijke tijdbesteding tijdens de baring in dat jaar werd gemeten en nog steeds bijna een uur meer dan wat in 2004 aan feitelijke tijdbesteding tijdens de baring werd gemeten. De tijd besteed aan prenatale en postnatale zorg zoals in 2004 gemeten (zie tabel 3.1) ligt dicht bij de wensen uit 2000 zoals in onderstaande tabel (3.2) aangegeven.

Tabel 3.2: Gewenste cliëntgebonden tijdbesteding per volledige zorgverlening (Deloitte & Touche Bakkenist 2001) en de doorrekening daarvan naar de totale tijdbesteding per ‘zorgenheid’:

prenatale zorg:	= 245,0 minuten
natale zorg:	= 335,0 minuten
postnatale zorg:	= 210,0 minuten
Cliëntgebonden tijdbesteding per volledige zorgverlening	= 790,0 minuten
overig cliëntgebonden werk (onvolledige zorggevallen + overig) (15,4%)	= 121,7 minuten
cliëntgebonden tijdbesteding per ‘zorgenheid’ (72,3%)	= 911,7 minuten
niet-cliëntgebonden tijdbesteding per ‘zorgenheid’ (27,7%)	= 349,3 minuten
Totale tijdbesteding per ‘zorgenheid’	= 1261,0 minuten

Uit de gemeten tijdbesteding (tabel 3.1) blijkt dat aan ‘overige cliëntgebonden werkzaamheden (onvolledige zorggevallen + overig)’ 109,5 minuten, dat is 15,4% van 711,6 minuten directe cliëntenzorg is besteed. Wordt datzelfde percentage gehanteerd bij de gewenste tijdbesteding in tabel 3.2 dan komt daar 121,7 minuten aan ‘overige cliëntgebonden werkzaamheden (onvolledige zorggevallen + overig)’ bij, wat het totaal aan cliëntgebonden werk per ‘zorgenheid’ brengt op 911,7 minuten. Als ook hier een verdeling cliëntgebonden – niet-cliëntgebonden tijdbesteding van 72,3% en 27,7% wordt gehanteerd, dan komt de niet-cliëntgebonden tijdbesteding op 349,3 minuten en de totale tijdbesteding per zorgenheid op 1261,0 minuten.

Om 120 ‘zorgenheden’ te doen, de CTG-norm voor een fulltime functie, is, bij deze tijdbesteding, een werkweek van 48,5 uur per week nodig. Is een werkweek van 40 uur per week het uitgangspunt voor een fulltime functie, dan doet een fulltime werkende verloskundige 99 ‘zorgenheden’ per jaar.

#### *Gemiddelde werktijd*

Uit de tijdregistratie van de Monitor Verloskundige Zorgverlening uit 2004 blijkt dat zelfstandig gevestigde verloskundigen gemiddeld 30 uur per week werkzaam zijn, terwijl vaste waarnemers gemiddeld ruim 22,5 uur werken en wisselend waarnemers gemiddeld 19 uur per week (tabel 3.3).

Tabel 3.3: Gemeten tijdbesteding en gemiddeld aantal gewerkte dagen in de drie registratieweken (21 dagen) naar soort functie van de verloskundigen, in 2004

functie verloskundigen	aantal verloskundigen	gemiddelde tijdbesteding	aantal gewerkte dagen (max 21)	gemiddelde werktijd per week
zelfstandig	200	89 u 45 min	14,57	29 u 55 min
vaste waarnemer	20	67 u 57 min	10,45	22 u 39 min
wisselend waarnemer	9	56 u 56 min	10,33	18 u 59 min
<b>totaal</b>	<b>229</b>	<b>86 u 33 min</b>	<b>14,04</b>	<b>28 u 51 min</b>

Bij de discussies over het nieuwe beroepsprofiel van verloskundigen wordt ook gesproken over een grotere taak voor verloskundigen op het gebied van preconceptie advies en voorlichting, prenatale screening en meer in het algemeen taken op het terrein van 'reproductive health'. Dit zou een toename inhouden van de cliëntgebonden tijdbesteding. Bijvoorbeeld: geschat wordt dat voor algemene voorlichting tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld over de mogelijkheden van prenatale screening, een extra tijd van 20 minuten per cliënt gerekend moet worden (Gezondheidsraad 2001). Deze voorlichting moet elke cliënt, vroeg in de zwangerschap, bereiken en is dus bij uitstek een taak voor de verloskundigen. Voor het bieden van preconceptie advies is nog geen raming gemaakt van de tijd die daarvoor nodig zal zijn en ook is niet in te schatten hoe groot de vraag daarnaar zal zijn. Het maken van 20-weeken-echo's, die nu niet of voornamelijk in de tweede lijn gemaakt worden, kan een taak worden van eerstelijns verloskundigen. Ook wordt er gesproken over de mogelijkheden van taakherschikking en taakdelegatie binnen verloskundige praktijken, bijvoorbeeld door taken over te dragen aan een praktijkassistente of een praktijkmanager. Daarnaast wordt concreet gewerkt aan (regionale) praktijkondersteuning. Het belangrijkste doel hiervan is kwaliteitsverbetering, maar het zou tevens kunnen leiden tot een afname van de niet-clientgebonden tijdbesteding per verloskundige en daarmee een verandering van de gewerkte tijd.

### 3.1.2 *Tweedelijns verloskundigen*

Tweedelijns verloskundigen werken in ziekenhuizen, onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. Hun aandeel in de verloskundige zorg maakt dus deel uit van het aandeel van de gynaecologen. Terwijl gynaecologen verantwoordelijk zijn voor bijna zestig procent van alle bevallingen, wordt een groot deel daarvan in de praktijk begeleid door verloskundigen en assistent-geneeskundigen, al dan niet in opleiding.

Volgens de Monitor arbeidsmarkt gynaecologen, tussenbalans 2003 (2004) waren er per 1-1-2003 259 verloskundigen werkzaam (= 196 FTE) in alle ziekenhuizen samen, waarvan 39 (= 32 FTE) in academische ziekenhuizen, 80 (= 55 FTE) in algemene ziekenhuizen met opleiding gynaecologie en 140 (= 109 FTE) in algemene ziekenhuizen zonder opleiding gynaecologie (dit zijn er overigens 63 minder dan er als klinisch verloskundigen geregistreerd staan in de Verloskundigen Registratie van het NIVEL per



1-1-2003, namelijk 322, maar hierbij zijn ook verloskundigen in dienst van een opleiding meegeteld).

Per 1-1-2003 waren er bij alle ziekenhuizen samen voor 16,0 FTE vervangingsvacatures en voor 54,8 FTE uitbreidingsvacatures voor verloskundigen. Naast gynaecologen en verloskundigen zijn ook AGIO's (assistent-geneeskundigen-in-opleiding) en AGNIO's (assistent-geneeskundigen-niet-in-opleiding) betrokken bij het verlenen van tweedelijns verloskundige zorg, namelijk 249 AGIO's en 205 AGNIO's per 1-1-2003 (Monitor arbeidsmarkt gynaecologen). De AGIO's zijn de assistent-geneeskundigen in opleiding tot gynaecoloog en van hen zal er, bij ongewijzigd opleidingsbeleid, jaarlijks een vergelijkbaar aantal bij de zorg betrokken blijven. De AGNIO's daarentegen zijn assistent-geneeskundigen die niet in opleiding zijn, maar nog wachten op een opleidingsplaats naar hun keuze. Met de verwachte verbetering van de aansluiting van de specialistische opleidingen op de basisopleiding, zal het aantal AGNIO's afnemen. Het is de bedoeling dat hun werkzaamheden op het gebied van de verloskunde worden overgenomen door klinisch verloskundigen en misschien deels door physician-assistants. Omdat AGNIO's niet in opleiding zijn tot gynaecoloog zal een groot deel van hun tijd besteed worden aan verloskunde. Assistent-geneeskundigen in opleiding werken veelal tussen de 41 en 48 uur per week. Het is niet bekend of dat ook geldt voor assistent-geneeskundigen die niet in opleiding zijn. Zou dat zo zijn, dan betekent het verdwijnen van de assistent-geneeskundigen-niet-in-opleiding dat er een vervangingsvraag is van 205 personen met een werkweek tussen 41 en 48 uur, waar aan (deels) zal moeten worden voldaan door tweedelijns verloskundigen.

In 2002 is in het kader van deze behoeftebepaling, nader onderzoek gedaan bij verloskundigen die in het ziekenhuis werken. De klinische verloskundigen werken gemiddeld 27,2 uur per week in het ziekenhuis. In 24 van de 59 ziekenhuizen waar in 2002 verloskundigen werkzaam waren, begeleidden de verloskundigen alleen bevallingen tijdens reguliere werktijden, in de overige 35 ziekenhuizen ook tijdens diensten. In 2000 heeft de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) de nota 'normpraktijk gynaecologie' uitgebracht, waarin uitspraken gedaan zijn over de gewenste omvang en samenstelling van gynaecologiepraktijken. De NVOG zou graag zien dat in alle ziekenhuizen met een afdeling verloskunde/gynaecologie voldoende verloskundigen aanwezig zijn om 24-uurs diensten te draaien (NVOG 2000). Uit de Monitor Verloskundige Zorgverlening, derde meting, blijkt dat klinisch verloskundigen in grote lijnen tevreden zijn met het aantal uren dat ze per week werken, maar dat ze liefst minder of helemaal geen nacht- of weekenddienst hebben. Toch zal dat juist nodig zijn om 24-uurs aanwezigheid van verloskundigen op alle verloskundige afdelingen te kunnen garanderen.

### **3.2 Gynaecologen**

In 2003 zijn er naar schatting 739 gynaecologen in Nederland werkzaam. Uit de Monitor arbeidsmarkt gynaecologen, tussenbalans 2003 (2004) blijkt dat gynaecologen gemiddeld 5 uur per week op de verloskamer werkzaam zijn. Uit een andere vraag blijkt dat gynaecologen gemiddeld 35% van hun tijd besteden aan verloskunde/perinatologie; in

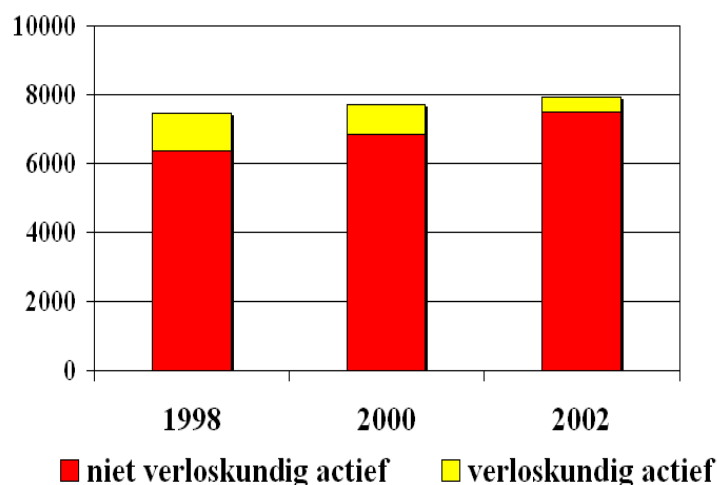
academische ziekenhuizen is dat 48%, in algemene ziekenhuizen zonder opleiding 39% en in algemene ziekenhuizen met opleiding 33%.

Volgens de Monitor arbeidsmarkt gynaecologen kan verwacht worden dat het aantal gynaecologen zal groeien van 739 in 2003 naar 837 in 2010 en, bij ongewijzigd opleidingsbeleid, naar 872 in 2015. Dat is een toename van 18% ten opzichte van 2003. Verder wordt verwacht dat in 2015 het aandeel vrouwen in de beroepsgroep zal zijn opgelopen van 30% in 2003 naar 64%, wat naar verwachting een daling van het gemiddeld aantal gewerkte dagdelen per week tot 8,1 in 2015 tot gevolg zal hebben. Gecombineerd met de nog steeds aanwezige wens naar deeltijdwerk zal dit leiden tot een gemiddeld aantal gewerkte dagdelen per week van 7,4 in 2015. De eerder genoemde toename van 18% van het aantal werkzame gynaecologen zal vrijwel volledig gebruikt worden om deze daling in gemiddelde werktijd op te vangen. Dat betekent, bij ongewijzigd opleidingsbeleid, per saldo geen uitbreiding van de capaciteit van de beroepsgroep van gynaecologen tussen nu en 2015.

### 3.3 Verloskundig actieve huisartsen

Het aantal verloskundig actieve huisartsen neemt gestaag af (zie Figuur 3.2). Van de 7.456 huisartsen en HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts) die in 1998 werkzaam waren in Nederland, waren er naar schatting 1.120 (15%) verloskundig actief. In 2000 waren dat er naar schatting 870 op een totaal van 7.706 werkzame huisartsen en HIDHA's (11%) en in 2002 waren er nog 465 verloskundig actieve huisartsen op een totaal van 7.939 werkzame huisartsen en HIDHA's (6%). Hun aandeel in de verloskundige zorg, dat wil zeggen het percentage van alle bevallingen dat onder verantwoordelijkheid van een huisarts plaatsvindt, is gedaald van bijna 8% in 1998 naar iets meer dan 3% in 2002. Inclusief verwijzingen durante partu was het aandeel van huisartsen in 1998 ruim 10% en in 2002 ruim 4%.

Figuur 3.2: Totaal aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's in Nederland



Tot nu toe was steeds het uitgangspunt dat de vraag naar verloskundig actieve huisartsen voorlopig niet zal verdwijnen, zeker niet in de landelijke gebieden, omdat het voor een verloskundige economisch gezien niet mogelijk is om een zelfstandige praktijk te exploiteren. De grootte van het gebied dat een verloskundige praktijk kan bestrijken wordt immers bepaald door de reistijd die een verloskundige nodig heeft om bij haar cliënt te komen. Als er binnen dat gebied onvoldoende bevallingen zijn, kan een praktijk niet rendabel zijn. Samenwerking met huisartsen of het toevoegen van een nieuwe functie aan de praktijk, zoals bijvoorbeeld een echoscopiecentrum, verandert dat beeld. Om de terugloop van het aantal verloskundig actieve huisartsen te stoppen, bieden sinds 2002 twee huisartsenopleidingen (Leiden en Groningen) een module aan voor huisartsen(-in-opleiding) die zelf verloskundige zorg willen bieden. De module biedt twee keer per jaar plaats aan 24 huisartsen. In 2004 was echter de belangstelling zo gering dat op een van de twee locaties de module niet doorgegaan is. Het is daarom de vraag of men er in zal slagen de terugloop van het aantal huisartsen, dat nog de volledige verloskundige zorg wil verlenen, te stoppen. Van de in 2002 werkzame verloskundig actieve huisartsen verwachtte namelijk 45% dat ze binnen vijf jaar geen verloskundige zorg meer zouden leveren. Dat zou een verdere terugloop van zo'n 200 verloskundig actieve huisartsen in 5 jaar zijn. Met een nieuwe instroom van 40 verloskundig actieve huisartsen per jaar zou die terugloop voorlopig opgevangen kunnen worden, maar gezien de geringe belangstelling voor de module verloskunde in de huisartsenopleiding, wordt dat streven niet gehaald. Het aantal verloskundig actieve huisartsen zal naar verwachting dus verder teruglopen.

### **3.4 Aandeel verschillende zorgverleners**

Om te kunnen berekenen hoeveel verloskundigen de komende jaren moeten worden opgeleid, dient eerst vastgesteld te worden wat hun aandeel is in het totaal van de verloskundige zorgverlening en of daar in de komende jaren een verandering in te verwachten is.

Het aandeel van de verschillende zorgverleners in het totaal van de verloskundige zorg is afgeleid van twee gegevensbronnen: het onderzoek van TNO-PG naar de thuisbevalling in Nederland (2002), gebaseerd op LVR-gegevens over 1995 tot en met 2000 en de Monitor Verloskundige Zorgverlening van het NIVEL, waarin onder meer een onderzoek onder verloskundig actieve huisartsen in 2002 (2003).

Als de verloskundige zorg wordt onderverdeeld in prenatale zorg voor alle zwangeren, zorg tijdens de bevalling (natale zorg) voor alle barenden en postnatale zorg voor alle kraamvrouwen, dan kan op grond van bovenstaande gegevensbronnen het aandeel van de eerstelijns verloskundigen, huisartsen en gynaecologen in elk van die drie onderdelen van de verloskundige zorg berekend worden (zie ook Figuur 3.3). Het gaat hier om het aandeel in de zorg dat onder de verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsgroep valt. Tweedelijns verloskundigen worden hierbij niet apart genoemd, omdat hun aandeel in de zorg valt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. De gepresenteerde cijfers betreffen het jaar 2000.

Betrokkenheid bij prenatale zorg:

eerstelijns verloskundigen	75,5%
huisartsen	9,4%
gynaecologen (zonder verwijzing)	15,1%
gynaecologen (inclusief verwijzingen)	42,6% → 27,5% na verwijzing tijdens zwangerschap

Betrokkenheid bij bevallingen:

eerstelijns verloskundigen	51,2%
huisartsen	6,2%
gynaecologen (inclusief verwijzingen)	59,4% → 16,8% na verwijzing tijdens de baring

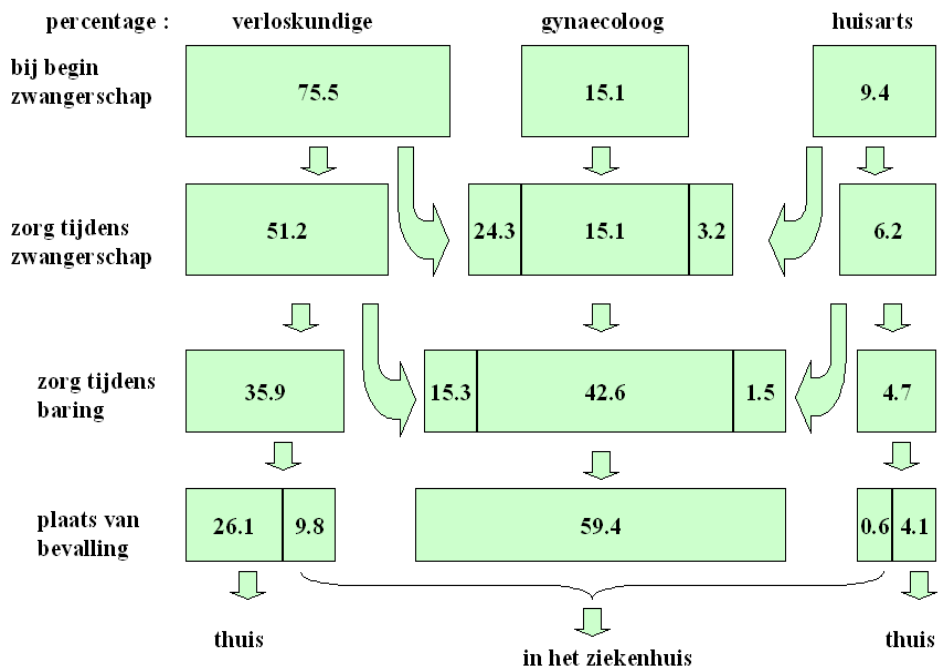
Bevallingen onder verantwoordelijkheid van:

eerstelijns verloskundigen	35,9%
huisartsen	4,7%
gynaecologen	59,4%

Betrokkenheid bij postnatale zorg (geschat, op basis van het aantal 'losse' kraambedden):

eerstelijns verloskundigen	67%
huisartsen	8%
gynaecologen	25%

Figuur 3.3: Verloskundige zorg naar zorgverlener en plaats van bevallen, 2000



Het aandeel van de verschillende beroepsgroepen in de postnatale zorg is geschat, omdat landelijke cijfers niet bekend zijn. De postnatale zorg wordt niet in de LVR geregistreerd. In de Monitor Verloskundige Zorgverlening is aan alle deelnemende praktijken gevraagd naar de omvang van de praktijk, waaronder het aantal kraambedden in het jaar voorafgaande aan de tijdmeting. Vergeleken met het gemiddeld aantal bevallingen per praktijk, inclusief verwijzingen durante partu, blijkt het gemiddeld aantal kraambedden zo'n 30% hoger te liggen. Er van uitgaande dat voor huisartsen hetzelfde geldt, komt dat er op neer dat driekwart van alle kraambedden in de eerste lijn begeleid worden.

Om het aandeel van de eerstelijns verloskundigen in de totale zorg te kunnen berekenen is een weegfactor nodig, die recht doet aan het feit dat de tijd per cliënt voor prenatale zorg niet hetzelfde is als de tijd per cliënt voor zorg tijdens de bevalling of voor postnatale zorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van de verdeling die het CTG hanteert voor het vaststellen van de tarieven.

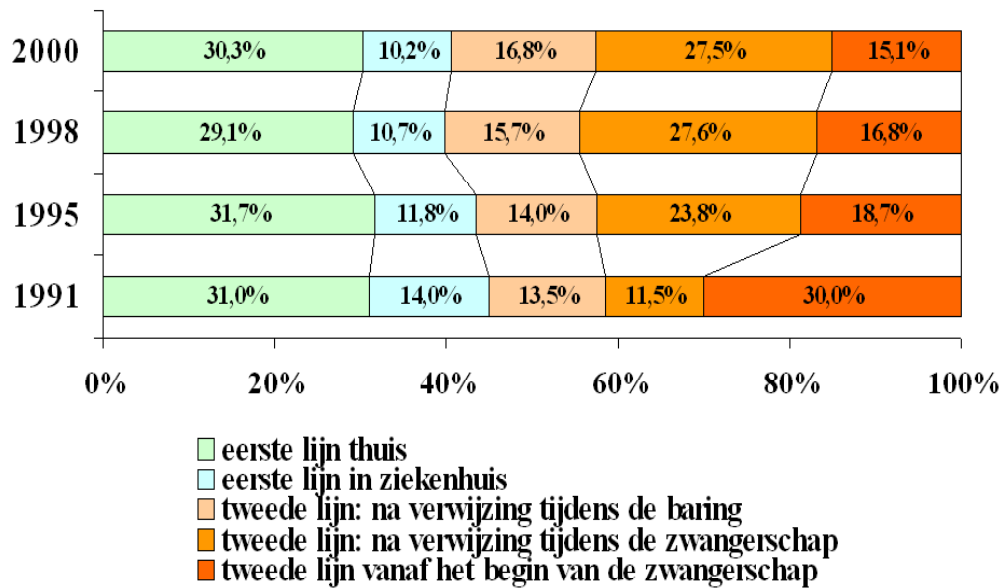
Gebruik makend van de genoemde verdeling komt dit neer op een aandeel van eerstelijns verloskundigen in de totale verloskundige zorg in 2000 van 63,5 procent, uitgaande van een weging van 5/15 voor prenatale zorg, 6/15 voor natale zorg en 4/15 voor postnatale zorg. Het aandeel van huisartsen komt hierbij op 7,7 procent van de totale verloskundige zorg. Volgens dezelfde berekening komt het aandeel van de tweede lijn, vanwege de overlap met de eerste lijn, op 44,6% (tabel 3.4).

Tabel 3.4: Aandeel eerste lijn (verloskundigen en huisartsen) en tweede lijn in de verloskundige zorg

Aandeel in:	weegfactor	verloskundigen	huisartsen	tweede lijn
prenatale zorg (1 int. + gem. 9,3 contr.)	5/15	75,5%	9,4%	42,6%
<i>volledige prenatale zorg</i>		51,2%	6,2%	15,1%
<i>gedeeltelijke prenatale zorg</i>		24,3%	3,2%	27,5%
natale zorg (incl. verw. durante partu)	6/15	51,2%	6,2%	59,4%
postnatale zorg (5 kr.bez. + 1 afsl. contr.)	4/15	67,0%	8,0%	25,0%
Totaal verloskundige zorg	15/15	63,5%	7,7%	44,6%

De verdeling naar plaats van bevallen lijkt de laatste jaren redelijk stabiel met ongeveer 30% thuisbevallingen. Wat wel veranderd is, is het tijdstip van verwijzing (zie Figuur 3.4). In 1991 ging 30% van alle zwangeren al aan het begin van de zwangerschap naar de tweede lijn, 11,5% werd in de loop van de zwangerschap, vóór het begin van de baring, en nog eens 13,5% werd tijdens de baring verwezen. Het resultaat was dat 55% van alle zwangeren uiteindelijk in de tweede lijn beviel. In 2000 ging maar 15,1% al aan het begin van de zwangerschap naar de tweede lijn, terwijl 27,5% in de loop van de zwangerschap werd verwezen en nog eens 16,8% tijdens de baring, met als resultaat dat 59,5% van alle bevallingen in de tweede lijn plaatsvonden. Dit betekent dat in de loop der jaren het aandeel van de verloskundigen in de prenatale zorg is toegenomen.

Figuur 3.4: Zorg tijdens de baring en plaats van bevalling



Bron: Wiegiers TA. Home or hospital birth 1997  
TNO, De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage 1995-2000

### 3.5 Conclusie

Gezien de hier geschetste ontwikkelingen is het aannemelijk dat het aandeel van eerstelijns verloskundigen in de verloskundige zorg de komende jaren zal toenemen, met name door overname van het aandeel van de huisartsen. Een substantiële verschuiving tussen eerste en tweede lijn is op korte termijn niet te verwachten.

## 4 Ontwikkelingen in de zorgvraag

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht geschonken aan ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar verloskundige zorg. Daartoe zal in het kader van het te hanteren 'vraagmodel' (zie hoofdstuk 2) worden gekeken naar ontwikkelingen op demografisch, epidemiologisch, beleidsmatig en vakinhoudelijk gebied die van invloed kunnen zijn op het aantal cliënten en op de vraag naar zorg in de komende tien jaar.

### 4.2 Demografische ontwikkelingen

De vraag naar verloskundige zorg wordt onder meer bepaald door het aantal te verwachten bevallingen. Het CBS maakt om de twee jaar een lange termijn prognose, waarin onder andere een schatting gemaakt wordt van het aantal levendgeborenen in de komende 50 jaar. De meest recente is de bevolkingsprognose 2004-2050 (CBS 2005). Deze CBS-cijfers worden hier gehanteerd als het te verwachten aantal bevallingen. Het aantal bevallingen is echter niet helemaal gelijk aan het aantal levendgeborenen, omdat er enerzijds meerlingen geboren worden, waardoor er meer kinderen zijn dan bevallingen, terwijl anderzijds een klein deel van de kinderen doodgeboren wordt en dus niet wordt meegeteld. Ter vergelijking: in 2002 was het aantal levendgeborenen 202.083, het totaal aantal geborenen (levend- + doodgeborenen na een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken) 203.268 en het totaal aantal geboorten = bevallingen na een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken 199.424. Het aantal levendgeborenen is dus hoger dan het aantal bevallingen, maar omdat miskramen (naar schatting 10% van alle bekende zwangerschappen) niet in deze cijfers zijn inbegrepen, terwijl verloskundigen toch ook in die gevallen zorg verlenen, is in deze berekeningen uitgegaan van het aantal levendgeborenen, waarbij ook meespeelt dat het om prognoses gaat en niet om precieze aantallen.

In de bevolkingsprognose 2004-2050 (CBS 2005) wordt verwacht dat het aantal levendgeborenen, na een hoogtepunt van bijna 207.000 in 2000, zal zijn teruggelopen tot 177.000 in 2012/2013, waarna het weer zal toenemen naar 189.000 in 2030, gevolgd door een nieuwe daling. Een belangrijke onzekerheid in de bevolkingsprognose is het vruchtbaarheidscijfer: er wordt uitgegaan van een stabiel vruchtbaarheidscijfer van 1,75, dat wil zeggen dat er rekening mee gehouden wordt dat ook op de lange termijn vrouwen gemiddeld 1,75 kinderen krijgen. Een toename tot gemiddeld 2,0 of een afname tot gemiddeld 1,5 van dit vruchtbaarheidscijfer zal leiden tot een kwart meer of minder geborenen. Het aantal levendgeborenen (CBS 2005) in 2000 was 206.619, in 2004 was dat 194.000 (nog een voorlopig cijfer). De prognose geeft de volgende getallen: in 2010: 179.000 levendgeborenen, in 2015: 178.000 levendgeborenen en in 2020: 184.000 levendgeborenen.

Voor deze behoeftebeoordeling zal uitgegaan worden van een afname van het aantal levendgeborenen tot 178.000 in 2015.

Naast het aantal te verwachten geboren, zal ook de samenstelling van de bevolking naar verwachting veranderen. Het aandeel niet-westerse allochtonen in de bevolking zal in de komende tien jaar naar schatting toenemen van 10,4% naar 11,8 % (CBS 2005). Achterberg en Kramers (2001) schatten dat in 2000 ongeveer 20 procent van alle geboortes bij allochtone vrouwen plaatsvond. Met de verwachte toename van het aandeel niet-westerse allochtonen in de bevolking zal ook het aandeel in de geboortes bij allochtone vrouwen toenemen. Omdat verder een niet-westerse afkomst, in combinatie met een lage sociaal-economische status, gerelateerd is aan minder gunstige zwangerschapsuitkomsten (Achterberg & Kramers 2001), zal deze verandering mogelijk een toename van de zorgvraag/zorgconsumptie tot gevolg hebben. Tegelijk is een daling te zien in de vruchtbaarheidscijfers van grotere groepen allochtonen en een stijging van de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen uit deze groepen kinderen krijgen. 'Dit duidt op integratie binnen de Nederlandse samenleving, die kan leiden tot sociaal-economische convergentie en tot een beter gebruik van de beschikbare zorg en preventie. Dit zal op zijn beurt weer tot convergentie van de sterfterisico's kunnen leiden.' (Achterberg & Kramers 2001) Er is nog onvoldoende bekend over een eventueel verschil in zorggebruik tussen verschillende etnische groepen, wat betreft de verloskundige zorg, om het voor deze behoefte te kunnen kwantificeren.

### 4.3 Epidemiologische ontwikkelingen

Onder epidemiologische ontwikkelingen kunnen ontwikkelingen met betrekking tot maternale leeftijd, gezondheidsgedrag rond zwangerschap en geboorte, perinatale sterfte, vroeggeboorte en aangeboren afwijkingen gerekend worden. De maternale leeftijd is de leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar kind. Uit epidemiologisch oogpunt is dit aspect relevant, omdat bij een hogere leeftijd van de moeder meer complicaties worden verwacht tijdens de zwangerschap en de bevalling. Dit heeft consequenties voor de vraag naar verloskundige zorgverleners. In 1990 was de maternale leeftijd gemiddeld 29,2 jaar, in 2000 30,7 jaar en in 2003 was die leeftijd opgelopen tot 31,0 jaar. De gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar éérste kind ligt uiteraard iets lager: in 1990 was dat 27,6 jaar, in 2003 toegenomen tot 29,3 jaar. In 2000 was dat 29,1 jaar gemiddeld. Er is dus de laatste jaren nog steeds sprake geweest van een lichte toename, maar de verwachting is dat de gemiddelde leeftijd, tenminste bij de geboorte van het eerste kind, de komende jaren niet verder zal stijgen. Dit aspect zal daarom niet meegenomen worden in de behoefte.

Gezondheidsgedrag rond zwangerschap en geboorte betreft de inname van foliumzuur door vrouwen die zwanger willen worden, roken, voeding en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap, de vraag naar prenatale screening en de vraag naar pijnbestrijding. Door het tijdig innemen van voldoende foliumzuur wordt de kans op aangeboren afwijkingen zoals spina bifida (open ruggetje, neuralebuisdefect) verkleind, roken tijdens de zwangerschap kan leiden tot groeiachterstand en ook voeding en alcohol kunnen invloed hebben op de ontwikkeling van de foetus. Om dit gedrag te beïnvloeden is voorlichting nodig, tijdens maar zeker ook vóór de zwangerschap. De toegenomen (technische) mogelijkheden voor prenatale screening leiden tot een toegenomen vraag daarnaar. Of de vraag naar pijnbestrijding zodanig zal toenemen dat een merkbare verschuiving van eerste



naar tweedelijns zorg zal optreden, is op dit moment niet te zeggen. Wel is duidelijk dat gezondheidsgedrag op verschillende manieren consequenties kan hebben voor de vraag naar verloskundige zorgverleners.

De perinatale sterfte (sterfte rondom de geboorte) bij een zwangerschapsduur van 28 weken of meer is tussen 1996 en 2003 gedaald van 8,4 naar 7,4 per 1000 geboren, maar moet volgens sommigen nog verder dalen, gezien de discussie die los barstte na publicatie in 2003 van vergelijkende cijfers uit het EU-project PERISTAT (Buitendijk e.a. 2003). Verdere terugdringing van de perinatale sterfte is niet een kwestie van meer zorgverleners op zich, maar vooral een kwestie van keuzes maken. Vroegdiagnostiek en als gevolg daarvan het eventueel afbreken van de zwangerschap is één mogelijkheid om perinatale sterfte te verminderen, maar daarvoor moeten ethische keuzes gemaakt worden, die door zowel de aanstaande ouders als de zorgverleners gedragen worden. De mogelijkheden voor vroegdiagnostiek en de vraag ernaar, in vervolg op prenatale screening, neemt toe en daarom zijn meer zorgverleners nodig, zowel voor de voorlichting erover als voor de uitvoering ervan.

Voor deze behoefteeraming zullen alleen de aspecten voorlichting en prenatale screening in de berekeningen meegenomen worden, omdat daarover inmiddels uitgewerkte ideeën bestaan, die kwantificering mogelijk maken. De overige (gedrags)aspecten worden buiten beschouwing gelaten, omdat ze vooralsnog niet te kwantificeren zijn.

#### **4.4 Beleidsmatige ontwikkelingen**

Beleidsmatige ontwikkelingen zijn ontwikkelingen die door beleid, van de overheid of de zorgverzekeraars of van de beroepsgroepen zelf, geïnitieerd worden en die consequenties kunnen hebben voor de vraag naar verloskundige zorg en verloskundige zorgverleners. Beleidsmatige ontwikkelingen zijn niet zozeer van invloed op het aantal cliënten dat behoefte heeft aan verloskundige zorgverlening, zoals demografische en epidemiologische ontwikkelingen, als wel op de verdeling van cliënten over de verschillende beroepsgroepen binnen de verloskundige zorg en op de verdeling van de werkzaamheden van verschillende zorgverleners, wat op zich natuurlijk wel effect heeft op de vraag naar verschillende zorgverleners.

De omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg is al enige tijd geleden door de overheid in gang gezet, maar is nog volop gaande. Onderdeel daarvan is de versterking van de eerstelijns zorg, waarbij samenwerking en onderlinge afstemming van de zorg gevraagd wordt van verschillende zorgaanbieders. Het accent ligt daarbij op samenwerking in de regio, geholpen door een Regionale Ondersteunings Structuur voor de gehele eerste lijn (ROS). Deze ondersteuning is in de meeste regio's nog in opbouw, nadat een speciaal voor verloskundigen opgezette regionale ondersteuning weer is stopgezet. Het belangrijkste doel van de nieuwe regionale ondersteuning is verbetering van de kwaliteit van zorg. De verwachting bij het opzetten van de eerdere ondersteuning, de KNOV-regiokantoren, dat het tevens zou leiden tot vermindering van de werkdruk van eerstelijns zorgverleners, met name wat betreft de niet-cliëntgebonden werkzaamheden, is bij de nieuwe ondersteuningsstructuur geen expliciete doelstelling.

Naast samenwerking binnen de eerste lijn krijgt ook de samenwerking binnen de verloskundige keten steeds meer aandacht. Deze ontwikkeling is niet nieuw, want al in

1987 werd gepleit voor het organiseren van de zorg in ‘verloskundige samenwerkingsverbanden’ (VSV’s) waarin verloskundigen, huisartsen en gynaecologen hun zorg op elkaar afstemmen en in verschillende regio’s bestond toen al een dergelijke vorm van samenwerking. De afgelopen 15 jaar heeft er niet veel vooruitgang in die ontwikkeling gezeten. Pas de laatste tijd, nu de aandacht is verschoven naar vraaggestuurde zorg, krijgt deze samenwerkingsvorm een hogere prioriteit. De VSV’s richten zich vooral op inhoudelijke samenwerking, cliëntgericht en zorggericht. Daarnaast wordt door de betreffende beroepsgroepen gewerkt aan het opzetten van Districts Verloskundige Platforms (DVP’s), gericht op beleidsmatige samenwerking. Van deze ontwikkelingen wordt, net als bij de samenwerking binnen de eerste lijn, met name een verbetering van de kwaliteit van zorg verwacht.

Een andere beleidsmatige ontwikkeling, die samenhangt met de omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg en de daarmee toegenomen nadruk op kwaliteit van zorg, maar die net zo goed voortkomt uit de tekorten aan zorgverleners de laatste jaren, is de ontwikkeling op het gebied van taakherschikking en taakdelegatie. Bij taakdelegatie wordt de uitvoering van bepaalde taken (bijvoorbeeld administratieve taken) aan iemand anders overgelaten, maar blijft degene die de taken delegeert zelf verantwoordelijk voor het resultaat, bij taakherschikking worden taken anders verdeeld over verschillende beroepsgroepen, waarbij ook de verantwoordelijkheden verschuiven. Dit kan eventueel leiden tot een nieuwe beroepsgroep, die tussen twee bestaande beroepsgroepen in komt en taken van beide overneemt, zoals de nurse-practitioner of de physician-assistant. De ontwikkeling die nu gaande is rond de tweedelijns verloskundigen lijkt die richting op te gaan: er komt een aparte opleiding voor klinisch verloskundige, als vervolg op de reguliere opleiding tot verloskundige. De klinisch verloskundige verwerft daarmee extra kennis en krijgt op grond daarvan extra verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die tot nu toe zijn voorbehouden aan gynaecologen.

Deze ontwikkeling zal uiteraard op termijn gevolgen hebben voor de vraag naar zorgverleners uit de verwante beroepsgroepen, maar op dit moment is nog niet in te schatten of er in de toekomst plaats is voor nurse-practitioners en physician-assistants in de klinische verloskunde en wat die plaats precies gaat inhouden. Voor de behoefte-raming is deze ontwikkeling dus nog niet te kwantificeren.

De invloed van het beleid van zorgverzekeraars op de vraag naar verloskundige zorg is eveneens niet goed aan te geven. De komende stelselwijziging geeft zorgverzekeraars een grotere verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Er zullen op individuele basis overeenkomsten gesloten moeten worden tussen verzekeraars en zorgverleners, wat bijvoorbeeld voor verloskundige praktijken betekent dat ze inzichtelijk moeten maken dat hun prijs-kwaliteit-verhouding goed is. Ook wordt van verloskundige praktijken verwacht dat ze praktijkplannen maken op basis waarvan over de vergoeding van de praktijkkosten zal worden beslist. Deze ontwikkelingen zullen naar verwachting wel enige consequenties hebben voor de tijd die verloskundigen moeten besteden aan niet-clientgebonden werkzaamheden.

## 4.5 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Tot slot wordt er binnen de beroepsgroep van verloskundigen gepraat over uitbreiding van het takenpakket met onder andere preconceptie advies, voorlichting over prenatale screening en uitvoering van standaard twee echo's in de zwangerschap.

Voorlichting over prenatale screening dient aan iedere zwangere geboden te worden en zal vroeg in de zwangerschap, dus meestal in de eerste lijn, moeten plaatsvinden. Op basis van een rapport van de Gezondheidsraad wordt geschat dat voorlichting over prenatale screening 20 minuten cliëntgebonden tijd per zwangere zal vragen (Gezondheidsraad 2001).

Wat betreft de prenatale screening zelf geldt op dit moment dat deze alleen aangeboden mag worden aan zwangeren van 36 jaar of ouder. De Gezondheidsraad heeft echter voorgesteld de screening aan alle zwangeren aan te bieden. Het RIVM gaat er van uit dat 50% van degenen die de screening krijgen aangeboden er ook gebruik van zal maken (Hoogendoorn 2004). Uitvoering van de NT-meting naar het syndroom van Down (de nekplooi-meting) zal naar schatting 30 minuten cliëntgebonden tijd per zwangere kosten (voorlopig geschatte tijdsinvestering: 20 minuten echo + 10 minuten overig) en een nog niet in te schatten hoeveelheid niet-clientgebonden tijd (voor bijscholing, overleg e.d.). Het standaard aanbieden van een tweede-trimester-echo wordt in het Verloskundig Vademecum van 2003, in navolging van de Gezondheidsraad (2001), bepleit door de gezamenlijke beroepsgroepen, betrokken bij de verloskundige zorgverlening (CVZ 2003). Uitvoering van een tweede-trimester-echo zal naar schatting eveneens 30 minuten cliëntgebonden tijd per zwangere vragen en een nog niet in te schatten hoeveelheid niet-clientgebonden tijd.

Uitbreiding van taken op het gebied van anticonceptie en preconceptiezorg is een wens van de beroepsgroep, maar realisering daarvan vergt een verandering van het beroepsbeeld: van zorg rondom zwangerschap en bevalling naar zorg voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Een deeltaak op dat gebied is voorstelbaar, omdat verloskundigen op het moment van het afsluiten van de zorg in hun consult niet alleen zouden kunnen terugkijken, maar ook met de cliënt zouden kunnen vooruitkijken naar een mogelijke volgende zwangerschap en daarbij zowel anticonceptie- als preconceptie-advies zouden kunnen geven. De vraag is echter of vrouwen ook los van een feitelijke zwangerschap naar een verloskundige zouden willen gaan voor anticonceptie- of preconceptieadvies. Als deze ontwikkelingen doorzetten zullen ze consequenties hebben voor de tijd die verloskundigen aan cliëntgebonden werkzaamheden besteden. Alleen wat betreft de voorlichting, prenatale screening en tweede trimester echo zijn de ontwikkelingen inmiddels zover dat de daarvoor benodigde tijdsinvestering gekwantificeerd kan worden. Deze aspecten zullen dan ook in de behoefte-raming meegenomen worden.

## 4.6 Conclusie

Demografische, epidemiologische, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben allemaal in meer of mindere mate invloed op de toekomstige vraag naar verloskundige zorg, maar slechts enkele ervan zijn op dit moment concreet genoeg om in de berekening van de behoefte-raming mee te kunnen nemen.



## **5 Ontwikkelingen in het zorgaanbod**

### **5.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk staan de ontwikkelingen in het zorgaanbod centraal. Hierbij wordt alleen uitgebreid gekeken naar de verloskundigen. Uit een eerdere behoefteanalyse voor gynaecologen (v.d.Velden e.a. 2004) is al gebleken dat geen uitbreiding van de capaciteit van de beroepsgroep van gynaecologen tussen nu en 2015 wordt verwacht. Wat betreft de verloskundig actieve huisartsen wordt er van uitgegaan dat zij in 2015 geen rol van betekenis meer zullen spelen in de verloskundige zorgverlening.

In dit hoofdstuk zullen eerst de ontwikkelingen in de opleiding voor verloskundigen besproken worden. Daarna zal de ontwikkeling in het aantal werkzame verloskundigen aan de orde komen.

### **5.2 Relevante ontwikkelingen in de opleiding**

De opleiding voor verloskundigen is een vierjarige HBO, onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. De instroom in de beroepsgroep vanuit de opleiding wordt enerzijds bepaald door het aantal opleidingsplaatsen per jaar voor nieuwe studenten en anderzijds door het interne en externe rendement van de opleiding.

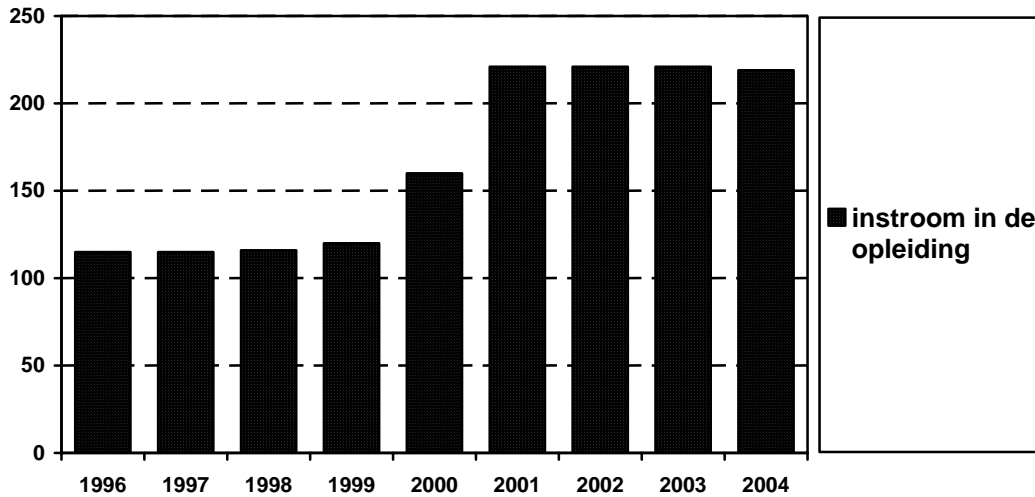
#### **5.2.1 Instroom in de opleiding**

Het aantal studenten dat per jaar met de opleiding verloskunde is begonnen, is gestegen van 115 á 120 in de periode 1996 tot en met 1999, via 160 in het jaar 2000, tot 220 per jaar in de periode 2001 tot en met 2004 (zie Figuur 5.1). Overigens is ook met deze bijna-verdubbeling van het aantal beschikbare opleidingsplaatsen het aantal aanmeldingen nog steeds beduidend groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Er blijven dus geen opleidingsplaatsen onbezet.

Voor het jaar 2005 wordt opnieuw een instroom van 220 nieuwe studenten verwacht. In de berekeningen voor het aanbod in 2015 “bij ongewijzigd beleid”, is dat aantal van 220 per jaar ook meegenomen voor de jaren 2006 tot en met 2010. Daarnaast is ter illustratie ook nog berekend hoe groot het aanbod aan verloskundigen in 2015 zal zijn als vanaf 2005 de instroom weer wordt verlaagd tot het aantal van 120 per jaar waarvan eind jaren negentig sprake was. Daarmee wordt zichtbaar gemaakt hoe afhankelijk het aanbod in 2015 is van de omvang van de instroom in de opleiding, die vanaf nu gerealiseerd gaat worden. Wat de optimale instroom in de opleiding vanaf nu zal zijn, moet overigens afgeleid worden van de scenario's rond vraag én aanbod die in hoofdstuk 6 gepresenteerd

gaan worden. In het onderhavige hoofdstuk wordt dus alleen gekeken hoe het aanbod zich zal gaan ontwikkelen, gegeven een bepaalde instroom.

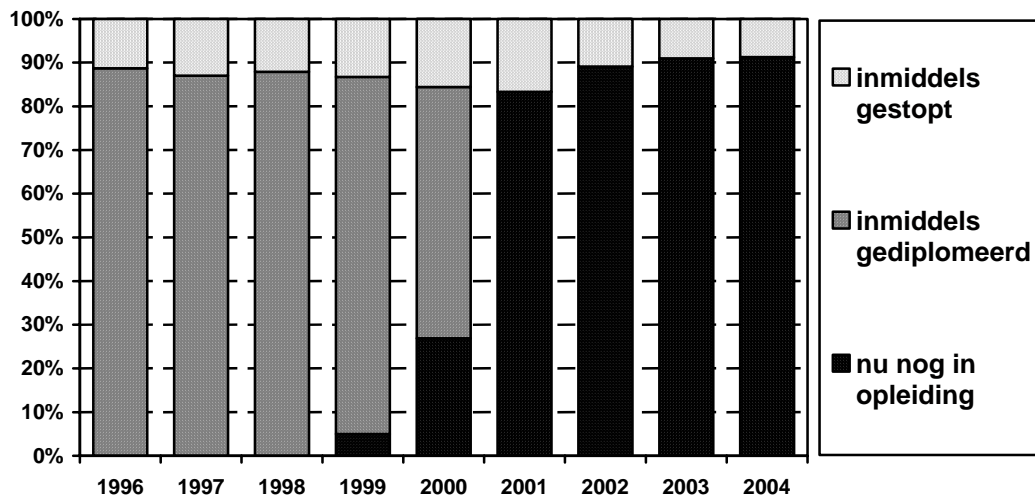
Figuur 5.1: Aantal nieuwe studenten verloskunde in de periode 1996-2004



### 5.2.2 Intern rendement van de opleiding

Het interne rendement van de opleiding bepaalt hoeveel gediplomeerden beschikbaar zijn vanuit een bepaald instroomcohort. Voor de jaren 1996 tot en met 1998 kan inmiddels volledig vastgesteld worden welk deel van de instroom het diploma heeft behaald en welk deel dus ongediplomeerd de opleiding heeft verlaten. Van deze groepen zit namelijk inmiddels niemand meer in de opleiding. Het interne rendement blijkt 87% á 89% te zijn geweest en de uitval was dus 11% á 13% (zie Figuur 5.2).

Figuur 5.2: Opleidingsstatus in 2004 van studenten die tussen 1996 en 2004 met de opleiding begonnen zijn



Dit interne rendement is overigens hoger dan in de vorige raming werd verwacht. Op basis van informatie die toen door de opleidingsinstellingen was aangeleverd, werd toen verwacht dat het interne rendement 82,5% zou zijn. Inmiddels is dus gebleken dat 88% de afgelopen jaren de opleiding succesvol heeft afgesloten.

Voor de groep studenten die in 1999 is begonnen, geldt dat nog een klein deel momenteel bezig is met de opleiding. Als deze kleine groep (van 5%) alsnog het diploma zal behalen, dan zal van het cohort 1999 uiteindelijk ook zo'n 87% gediplomeerd zijn. Hoger dan 87% intern rendement kan het niet worden, omdat inmiddels wel al 13% voortijdig met de opleiding is gestopt.

#### *Intern rendement voor huidige verloskundigen in opleiding*

Een iets hogere voortijdige uitstroom van inmiddels respectievelijk 16% en 17% is te zien voor degenen die in 2000 en 2001 zijn begonnen met de opleiding. Daarbij is tevens te zien dat van het cohort 2000 inmiddels bijna 60% het diploma heeft behaald. Van het cohort 2001 heeft nog niemand het diploma behaald. Formeel kan dat ook niet, omdat de instroom van 2001 gegeven de opleidingsduur van 4 jaar pas in 2005 het diploma zal behalen. Duidelijk is wel dat het interne rendement voor de cohorten van 2000 en 2001 niet hoger kan worden dan 84%. Dat is dus vrijwel conform de in de vorige raming geformuleerde verwachting van 82,5%.

Van de cohorten die in 2002 tot en met 2004 zijn ingestroomd, is inmiddels ongeveer 10% voortijdig vertrokken. Het interne rendement kan dus zeker niet hoger worden dan 90%. Omdat tot nu toe is gebleken dat de uitval niet alleen in het eerste leerjaar plaatsvindt, maar ook in de latere jaren, zal de uitval waarschijnlijk gaan oplopen. Voor 2002 is nu (2,5 jaar na de instroomdatum) een uitval van 11% geconstateerd. Dit kan waarschijnlijk oplopen tot 15% of zelfs tot de oorspronkelijk verwachte 17,5%. Voor 2003 is de uitval na 1,5 jaar 9%. Deze zal waarschijnlijk ook nog oplopen tot minimaal 15%. Voor 2004 is de uitval na een half jaar reeds 8%. Deze zal waarschijnlijk ook oplopen tot minimaal 15% of zelfs 17,5%.

Voor de cohorten die in de afgelopen jaren zijn ingestroomd en nu nog (grotendeels) in opleiding zijn (de cohorten 2000 tot en met 2004), kan het interne rendement met redelijke zekerheid op ongeveer 82,5% worden ingeschat.

#### *Intern rendement voor toekomstige verloskundigen in opleiding*

Het is vooral de vraag of dit ook voor de komende cohorten (2005 en volgend) zo zal blijven. Het beleid van de opleidingsinstellingen is sinds 2004 namelijk gewijzigd. Tegenwoordig wordt aan leerlingen die onvoldoende studieresultaat hebben, eerst een waarschuwing gegeven en vervolgens een bindend negatief studieadvies. Dit gebeurde vroeger niet. Voor de opleidingsinstellingen is dit reden om voor de toekomst een lager rendement te verwachten dan tot nu toe, waarbij gedacht wordt aan 72%. Dit duidelijk lagere rendement wordt daarbij niet alleen verwacht vanwege het gewijzigde beleid inzake de studieadviezen. Er wordt ook gewezen op de grotere instroom, waardoor er minder (zelf)selectie is geweest bij de toelating tot de opleiding. Bovendien is het curriculum gewijzigd. Wij stellen voor om voor de nieuwe cohorten rekening te houden met een opleidingsrendement van ten minste 72% en ten hoogste 82,5%.

### *Jaar van afstuderen*

Enigszins complicerend bij de prognoses is het feit dat een relatief groot deel van de leerlingen geen 4, maar 5 jaar over de opleiding doet. Een klein deel doet er zelfs 6 jaar over. In het jaar 1998 zijn bijvoorbeeld 116 nieuwe studenten aangenomen in de opleiding. Bij een opleidingsduur van 4 jaar, zouden deze in het jaar 2002 hun diploma kunnen behalen. Gegeven het feit dat 14 studenten (12%) voortijdig de opleiding hebben verlaten, zou dus een aantal van 102 nieuwe gediplomeerde verloskundigen verwacht mogen worden per 1 januari 2003. Na 4 jaar waren echter “pas” 84 van hen gediplomeerd. Na 5 jaar, dus per 1 januari 2004, waren nog eens 14 van hen gediplomeerd. In de loop van het jaar 2004 zijn nog eens een viertal studenten alsnog afgestudeerd, waarmee het uiteindelijke interne rendement opliep tot 88%.

Voor het cohort 2000 is in Figuur 5.2 te zien dat precies vier jaar na de instroom pas 60% is gediplomeerd. Van degenen die toen nog met de opleiding bezig waren, zal het grootste deel in 2005 het diploma behalen. Een klein deel zal, net als het geval was voor bijvoorbeeld het cohort 1999, na 6 jaar het diploma behalen.

In feite zou in het rekenmodel rekening gehouden kunnen worden met dergelijke fenomenen, maar dat compliceert de berekeningen nogal. Daarbij geldt dat de uitkomst niet veel anders wordt. Er is enerzijds sprake van een beperkt aantal mensen die pas na de prognosedatum het diploma behalen vanuit de laatste cohorten die relevant zijn (met name het cohort dat in 2010 start en in 2014 het diploma zou kunnen behalen, maar dat dit dus voor een deel pas na 1-1-2015 zal doen). Anderzijds zijn er een paar mensen die nu nog het diploma zullen behalen, waar in het rekenmodel geen rekening mee wordt gehouden. Dit betreft dan met name de mensen van het cohort 2000 die pas in 2005 of 2006 hun diploma zullen behalen. Deze twee groepen zullen elkaar in het algemeen ongeveer compenseren.

### **5.2.3 Extern rendement van de opleiding**

Het externe rendement bepaalt hoeveel van de gediplomeerden na verloop van tijd ook daadwerkelijk als verloskundige werkzaam zijn. Daarbij geldt dat het niet om één cijfer gaat waarmee tot uitdrukking gebracht kan worden welk deel zal gaan werken. Er moet daarentegen gewerkt worden met een specificatie die in principe varieert met het aantal jaren dat verstreken is sinds het afstuderen. De verloskundigen die in 2005 het diploma behalen, zullen in 2015 inmiddels bijna 10 jaar geleden zijn afgestudeerd. Zij hebben dus zo'n 10 jaar lang de kans gelopen op uitstroom. De groep die in 2014 het diploma zal behalen, heeft in 2015 echter nog geen jaar op de arbeidsmarkt rondgelopen en heeft dus een veel kortere tijd de kans gelopen op uitstroom. Overigens gaat het niet puur om de kans op uitstroom, maar tevens om de kans op eventuele herintreding. Het externe rendement gaat namelijk om het percentage dat na verloop van tijd werkt. Als daarbij geconstateerd wordt dat in twee opeenvolgende jaren steeds 90% werkzaam is, dan hoeft dat nog niet te betekenen dat in beide jaren precies de zelfde mensen werkzaam zijn. Het gaat dus niet om alle wisselingen die van jaar op jaar plaatsvinden.

In het rekenmodel is het op de eerste plaats mogelijk om te specificeren welk deel van de gediplomeerden meteen na afstuderen niet werkzaam zal zijn. Vervolgens kan voor de periode van 1 tot 5 jaar na afstuderen opgegeven worden welk deel er per jaar zal

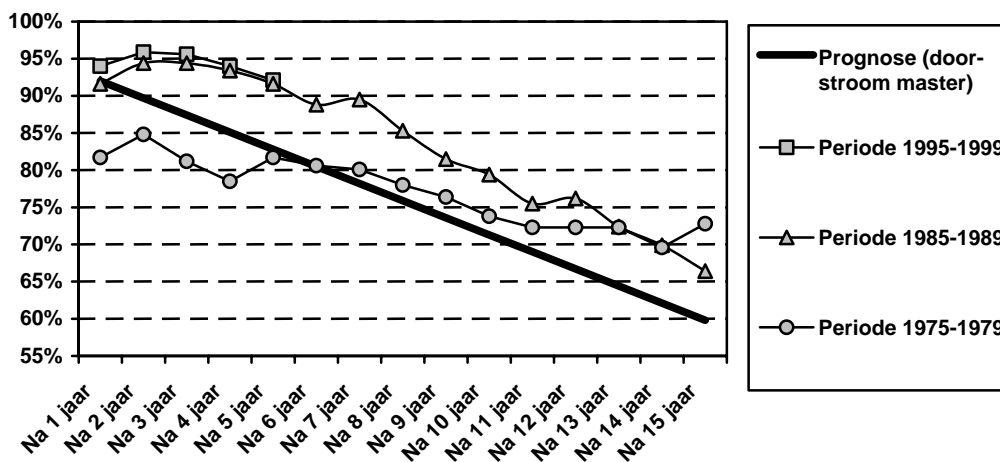


uitstromen. Dit kan eveneens opgegeven worden voor de periode van 6 tot 10 en van 11 tot 15 jaar na afstuderen. De gegevens zijn afkomstig uit de NIVEL-registratie van verloskundigen.

In Figuur 5.3 is te zien dat het aandeel werkzame verloskundigen na 1 tot 5 jaar na afstuderen vrijwel gelijk is voor zowel de gediplomeerden van de periode 1985-1989 als voor degenen die in de periode 1995-1999 hun diploma hebben behaald. Twee jaar na het afstuderen is ongeveer 95% werkzaam. Dit is overigens ook het geval geweest voor degenen die tussen 1990 en 1994 hun diploma hebben behaald en die niet in de grafiek zijn opgenomen. Het is ook het geval voor degenen die tussen 2000 en 2002 hun diploma hebben behaald en eveneens niet in de grafiek zijn opgenomen.

Na twee jaar loopt het extern rendement voor degene die tussen 1985 en 1989 zijn gediplomeerd langzaam af naar ongeveer 90% na 6 jaar, 85% na 8 jaar en 80% na 10 jaar. Dit zelfde patroon is overigens ook opgetreden voor degenen die tussen 1990 en 1994 zijn afgestudeerd. Voor de groep gediplomeerden van de jaren 1975-1979, is te zien dat het aandeel werkzame verloskundigen na 1-10 jaren duidelijk lager was dan voor de groep die tussen 1985 en 1989 of tussen 1995 en 1999 het diploma heeft behaald.

Figuur 5.3: Ontwikkeling extern rendement in de afgelopen decennia en prognose voor de toekomst (rekening houdend met een extra uitstroom in verband met doorstroom naar nieuwe master-opleidingen): aandeel gediplomeerde verloskundigen dat werkzaam is na 1-15 jaar na afstuderen



Voor de situatie na 13 á 14 jaar na afstuderen, is te zien dat de groep die tussen 1985 en 1989 was afgestudeerd, vrijwel een zelfde percentage werkzame verloskundigen laat zien als de groep die tussen 1975 en 1979 het diploma heeft behaald. Terwijl het externe rendement op de kortere termijn (1-10 jaar) dus duidelijk is verbeterd, is het externe rendement op de iets langere termijn (11-15 jaar) ongeveer gelijk gebleven.

Als de beroepsdeelname in de toekomst niet verandert, zou voor de komende jaren in het model rekening gehouden moeten worden met een extern rendement van 96% direct na afstuderen en dus een uitval van 4%. Voor de eerste 5 jaar na afstuderen moet uitgegaan worden van een uitval van 1% per jaar. Daarmee wordt dus uitgegaan van een aandeel werkzame gediplomeerden van 90% na 6 jaar. Voor de volgende 5 jaar zou uitgegaan moeten worden van een uitval van 2,4% per jaar. Daarmee wordt dus uitgegaan van een aandeel werkzame gediplomeerden van 78% na 11 jaar. In de periode van 10 tot 15 jaar na afstuderen zal de uitval eveneens ongeveer 2,4% per jaar zijn en daarmee zal er 16 jaar na afstuderen nog sprake zijn van 66% werkzame gediplomeerden.

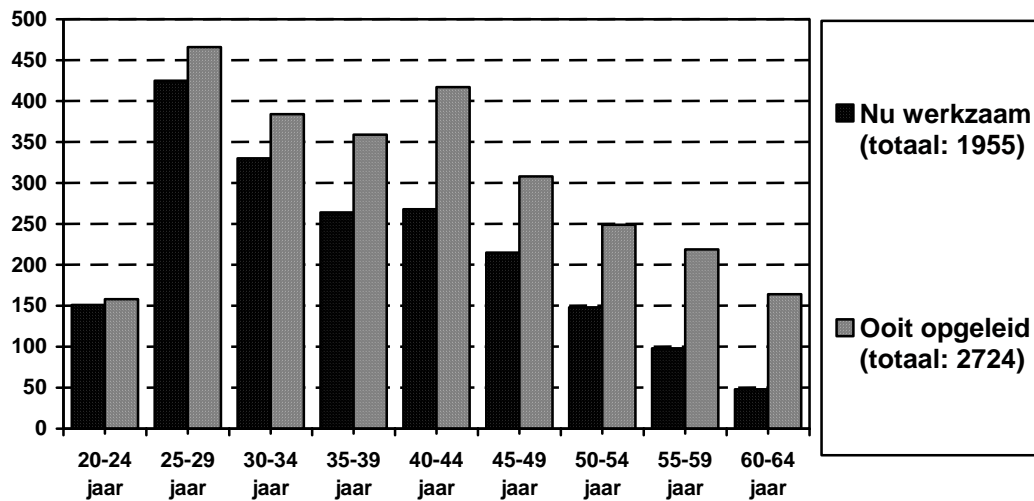
Omdat er nieuwe mogelijkheden zijn gekomen voor doorstroming naar vervolgopleidingen (HBO- en WO-masters), wordt door de opleidingsinstellingen verwacht dat het externe rendement van de opleiding fors lager zal worden. De doorstroom naar de nieuwe vervolgopleidingen wordt op wellicht 15% geschat. Deze doorstroom zal niet direct na afstuderen plaatsvinden, maar gedurende de eerste jaren na afstuderen. Dat zou betekenen dat het externe rendement direct na afstuderen lager moet zijn dan 96%, maar tegelijkertijd duidelijk hoger 85%. Wij zijn nu uitgegaan van 92%. Vervolgens mag opnieuw verwacht worden dat er met het verstrijken van de tijd een dalende lijn is te zien in het externe rendement, die nu echter in de eerste jaren wat sterker zal dalen dan vroeger het geval was. In plaats van een daling met 1,2% in de eerste 5 jaar is daarom gerekend met een daling met 2,3% per jaar. Na 6 jaar is daarmee nog maar 80,5% beschikbaar in plaats van 90%. Daarna zal de uitstroom nog steeds 2,3% per jaar bedragen. Uiteindelijk wordt voor de situatie na 16 jaar uitgegaan van 57,5% werkzame gediplomeerden in plaats van 66%.

Omdat we per 1-1-2015 zowel een aantal gediplomeerden hebben van 2014 (dus 1 jaar na afstuderen), als gediplomeerden van 2013 en eerder (dus 2 of meer jaar na afstuderen), moet er een samengesteld rendementscijfer komen. Voor de verloskundigen die nu reeds in opleiding zijn, gaat het dan om het rendementscijfers voor de cohorten 2000 tot en met 2004, die in 2015 minimaal 7 en maximaal 11 jaar op de arbeidsmarkt zijn. Gemiddeld gaat het dan grofweg om de situatie 9 jaar na afstuderen. Op basis van de hierboven beschreven aannames over de extra uitstroom die ontstaat door de master-opleidingen, zal het rendement voor de cohorten 73,6% zijn. Voor de komende cohorten van de jaren 2005 tot en met 2010, die in 2015 minimaal 1 en maximaal 6 jaar op de arbeidsmarkt zullen zijn, gaat het om een extern rendement van 86,3% na grofweg 3,5 jaar.

### **5.3 Ontwikkelingen in de beroepsgroep**

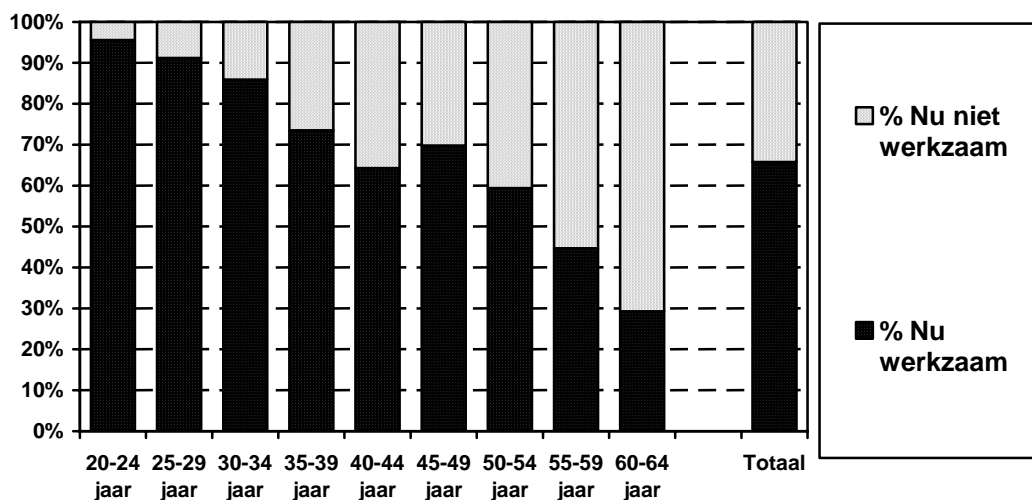
In Figuur 5.4 is per leeftijdsgroep te zien hoeveel verloskundigen er per 1-1-2004 werkzaam waren en hoeveel verloskundigen er op dat moment ooit waren opgeleid. Dat laatste gegeven laat zien hoeveel verloskundigen er per leeftijdsgroep werkzaam zouden zijn als er geen uitstroom zou plaatsvinden. In totaal gaat het om 1955 verloskundigen die per 1-1-2004 werkzaam waren en 2724 ooit opgeleide verloskundigen van maximaal 64 jaar.

Figuur 5.4: Omvang van de per 1-1-2004 werkzame en ooit opgeleide verloskundigen, naar leeftijd



Door het aantal werkzame verloskundigen te vergelijken met het aantal ooit opgeleide verloskundigen, zoals in Figuur 5.5 gebeurt, kan bepaald worden welk deel van de verloskundigen nog werkzaam is. Per leeftijdsgroep is in principe een afnemend aandeel nog steeds werkzaam. Van de mensen die op 1-1-2004 nog geen 25 jaar zijn, is 96% werkzaam. Daarna loopt het aandeel werkzame verloskundigen af tot 91% bij de 25-29 jarigen, 86% bij de 30-34 jarigen, 74% bij de 35-39 jarigen en 64% bij de 40-44-jarigen. Opvallend is dat van de 45-49 jarigen een wat groter aandeel van 70% werkzaam is. Dit komt door het herintreden van verloskundigen. Voor de 50-54-jarigen is vervolgens te zien dat er weer een wat kleiner aandeel nog werkzaam is, namelijk 59%. Van de 55-59 jarigen is nog maar 45% werkzaam en bij de 60-64 jarigen gaat het om 29%.

Figuur 5.5: Werkzame status in 2004 van verloskundigen, naar leeftijd



Als het aandeel werkzame verloskundigen per leeftijdscategorie constant blijft, dan kunnen we voorspellen dat van degenen die nu reeds zijn opgeleid, over 5 jaar nog 1709 mensen werkzaam zullen zijn. Ten opzichte van de 1955 werkzame verloskundigen van 1-1-2004 gaat het dan om een uitstroom van 48 personen per jaar. Hierbij gaat het overigens niet om de totale uitstroom, maar om het saldo van in- en uitstroom dat verwacht mag worden. Dit is dus vergelijkbaar met hetgeen eerder vermeld werd ten aanzien van het externe rendement van de opleiding. Als van een bepaalde leeftijdsgroep in twee opeenvolgende jaren steeds precies 90% werkzaam is, hoeft dat dus niet te betekenen dat precies dezelfde verloskundigen werkzaam zijn. Het gaat uiteindelijk om het saldo van herintreders (de instroom) en degenen die tijdelijk of definitief stoppen met werken (de uitstroom). Illustratief is in dit verband wat er waarschijnlijk gaat gebeuren met degenen die in 2004 40-44 jaar waren en in 2009 dus 45-49 jaar zullen zijn. Als het aandeel werkzame verloskundigen per leeftijdscategorie constant blijft, en er dus bijvoorbeeld over 5 jaar wederom van degenen die dan 45-49-jaar zijn 69,8% werkzaam zal zijn, dan kunnen we voorspellen dat van degenen die nu 40-44 jaar zijn, straks nog 291 mensen werkzaam zullen zijn. Dat is meer dan de 215 werkzame verloskundigen die in 2004 zijn gevonden in de groep van 40-44 jaar. Voor de groep die nu 40-44 jaar is, wordt dus een instroom verwacht die groter is dan de uitstroom!

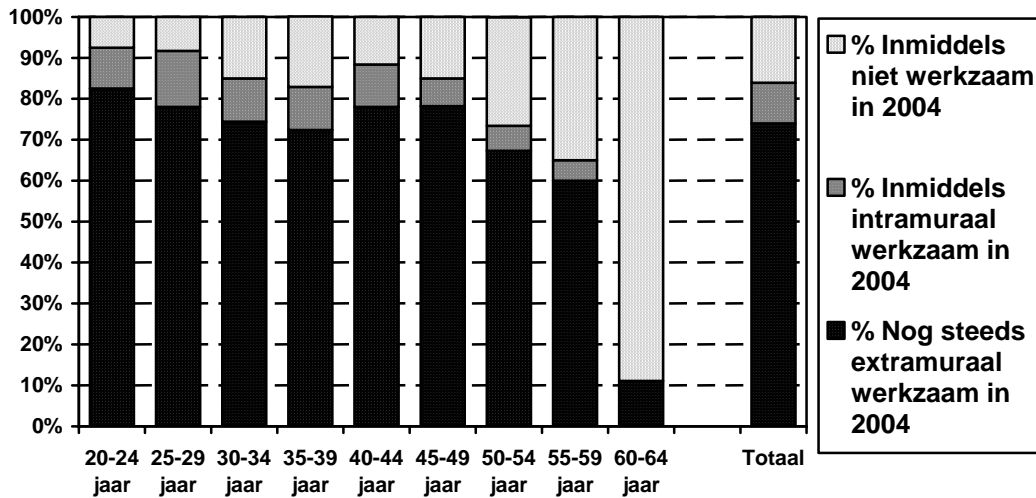
Voor de volgende 5 jaar wordt een uitstroom verwacht van 54 personen per jaar. Daarna zal het iets terug lopen naar 52 personen per jaar.

### **5.3.1 Beschrijving aanbod 2004 vanuit aanbod 1999 en instroom 1999-2003**

#### *Doorstroom vanuit de eerste lijn*

Van de 1290 verloskundigen die op 1-1-1999 actief waren in de eerste lijn, was vijf jaar later 74% nog steeds actief in de eerste lijn (zie Figuur 5.6). Bijna 10% was inmiddels actief in de tweede lijn. Het gaat dan om 128 verloskundigen die de overstap van eerste naar de tweede lijn hebben gezet. Dit betreft vooral mensen die in 1999 25-44 jaar waren. Maar van degenen die in 1999 45-49 jaar waren, heeft toch ook nog altijd 6% de overstap naar de tweede lijn gezet. Een aantal van 208 personen van degenen die in 1999 actief waren, was in 2004 inmiddels niet meer actief als verloskundige. Het gaat dan om een aandeel van 16% die na vijf jaar niet meer actief waren. Dit "uitstroom"-percentage verschilt sterk per leeftijdsgroep. Van degenen die in 1999 jonger waren dan 30 jaar, is ongeveer 8% niet meer actief in 2004. Van de groep die in 1999 30-49 jaar was, is ongeveer 15% vijf jaar later niet meer actief. Daarbij zijn nog wel kleine, maar opvallende verschillen te zien tussen enerzijds de groep van 35-39, waarvan 17% inmiddels niet meer actief was, en de groep van 40-44 jaar, waarvan vijf jaar later 12% niet meer actief was. Vanaf 50 jaar stijgt de uitstroom duidelijk met de leeftijd. Van de groep die in 1999 50-54 jaar was, is vijf jaar later 27% niet meer actief. Voor degenen die 55-59 jaar waren, is 35% niet meer actief na vijf jaar. Van de groep die in 1999 60-64 jaar was, is zelfs 89% niet meer actief na vijf jaar.

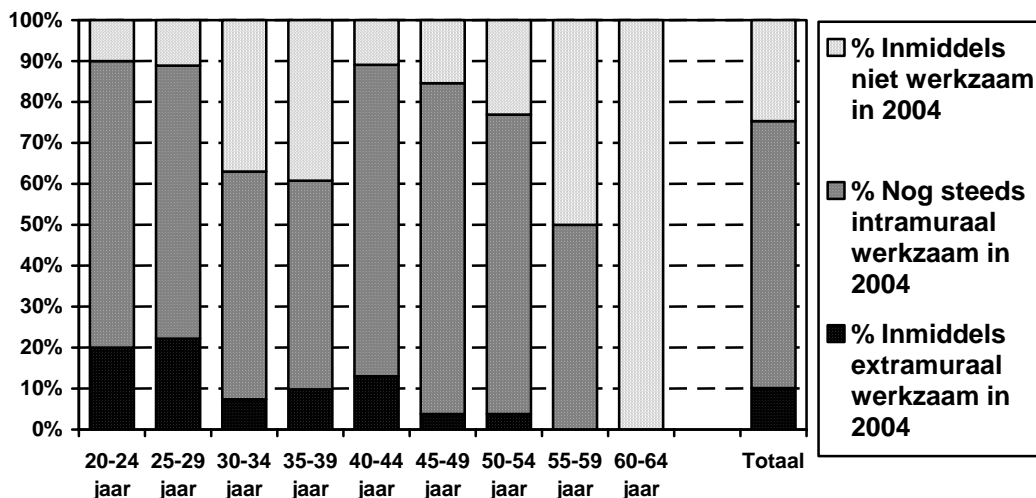
Figuur 5.6: Werkzame status in 2004 van de 1290 verloskundigen die in 1999 extramuraal werkzaam waren, naar leeftijd in 1999



*Doorstroom vanuit de tweede lijn*

Van de 227 verloskundigen die in 1999 actief waren in de tweede lijn, was vijf jaar later 65% nog steeds actief in de tweede lijn (zie Figuur 5.7). Ongeveer 10% was inmiddels actief in de eerste lijn. Het gaat daarbij om 23 personen. De overstap naar de eerste lijn is vooral gedaan door mensen die in 1999 nog geen 45 jaar waren. Een kwart van degenen die in 1999 actief waren in de tweede lijn, namelijk 56 van 227 personen, waren in 2004 inmiddels in het geheel niet meer actief als verloskundige. Dat is dus duidelijk wat hoger dan de 16% die inmiddels niet meer actief waren als verloskundigen van degenen die in 1999 in de eerste lijn actief waren.

Figuur 5.7: Werkzame status in 2004 van de 227 verloskundigen die in 1999 intramuraal werkzaam waren, naar leeftijd in 1999

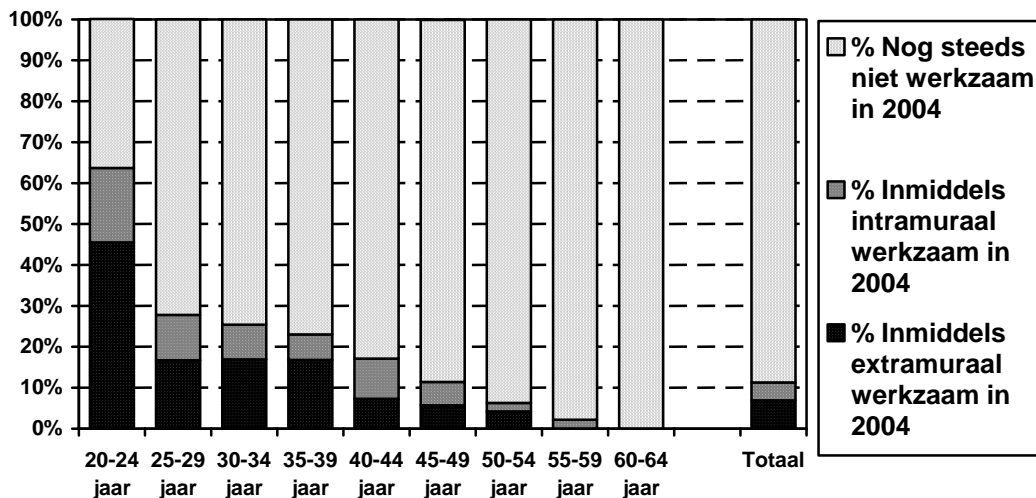


Een opvallend hoge “uitstroom” is te zien bij degenen die in 1999 30-39 jaar waren. Van hen was ongeveer 38% niet meer actief in 2004. Bij degenen met dezelfde leeftijd die in 1999 in de eerste lijn werkten, was daarentegen slechts 16% in het geheel niet meer actief in 2004. Voor de oudere groepen zijn de uitstroombpercentages voor degenen die in de eerste of tweede lijn werkten meer vergelijkbaar.

#### *Instroom vanuit de arbeidsreserve*

Het aanbod in 2004 wordt niet alleen bepaald door degenen die in 1999 actief waren in de eerste of tweede lijn, maar ook door degenen die in 1999 wel al waren opgeleid, maar op dat moment niet werkzaam waren. Vanuit deze groep zijn 55 verloskundigen in 2004 terug te vinden als werkzaam in de eerste lijn en 35 als werkzaam in de tweede lijn. Voor degenen die in 1999 20-24 jaar waren en toen niet werkzaam waren, is gebleken dat 46% in 2004 inmiddels in de eerste lijn werkzaam is en 18% in de tweede lijn (zie Figuur 5.8). Tegelijkertijd is 36% nog steeds niet als verloskundige werkzaam. Van degenen die in 1999 25-39 jaar waren, is 17% na vijf jaar terug te vinden in de eerste lijn en ongeveer 9% in de tweede lijn. Bijna driekwart van degenen die in 1999 25-39 jaar waren en op dat moment niet werkzaam waren, is dus ook na vijf jaar niet als verloskundige werkzaam.

Figuur 5.8: Werkzame status in 2004 van de 664 verloskundigen die in 1999 niet werkzaam waren, naar leeftijd in 1999

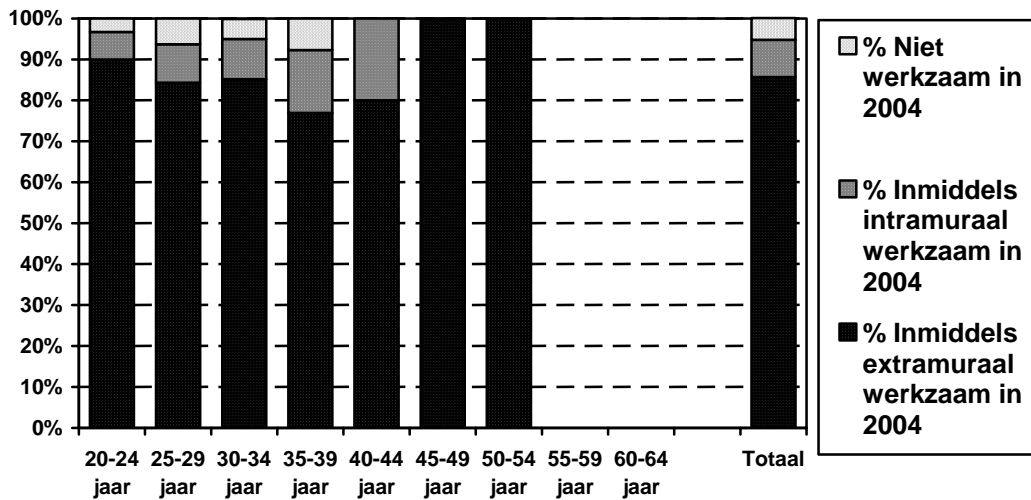


Het aanbod in 2004 wordt tenslotte ook nog bepaald door degenen die na 1-1-1999 hun diploma hebben behaald of na 1-1-1999 vanuit het buitenland zijn ingestroomd.

#### *Instroom vanuit de opleiding*

Van de 495 verloskundigen die in de periode 1999 tot en met 2003 hun diploma hebben behaald aan een Nederlandse opleiding, waren er 424, oftewel 86%, werkzaam in de eerste lijn per 1-1-2004 (zie Figuur 5.9). Ongeveer 9% (namelijk 45 personen), waren werkzaam in de tweede lijn. Ongeveer 5% was niet als verloskundige werkzaam per 1-1-2004.

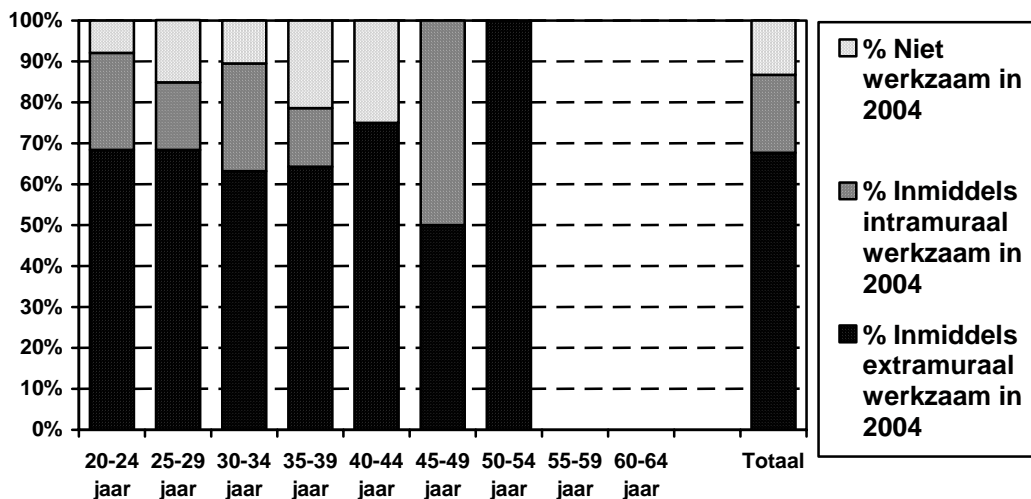
Figuur 5.9: Werkzame status in 2004 van de 495 verloskundigen die in de periode 1999 tot en met 2003 in Nederland zijn opgeleid, naar leeftijd in 2004



*Instroom vanuit het buitenland*

Van de 158 personen die in de periode 1999 tot en met 2003 vanuit het buitenland in zijn gestroomd, waren er per 1-1-2004 107 (68%) actief in de eerste lijn en 30 (19%) actief in de tweede lijn (zie Figuur 5.10). Van de instroom vanuit het buitenland was 13% niet actief als verloskundige per 1-1-2004.

Figuur 5.10: Werkzame status in 2004 van de 158 verloskundigen die in de periode 1999 tot en met 2003 in het buitenland zijn opgeleid, naar leeftijd in 2004



### 5.3.2 *Beschrijving aanbod 2015 vanuit aanbod 2004 en instroom 2005-2014*

De ontwikkeling van de groep verloskundigen die potentieel beschikbaar is voor werk, staat in onderstaande tabel (Tabel 5.1). Het een en ander is ook grafisch weergegeven (zie Figuur 5.11).

#### *Doorstroom vanuit degenen die nu reeds zijn opgeleid en instroom vanuit degenen die nu reeds met de opleiding zijn begonnen*

Van de groep van verloskundigen die per 1-1-2004 actief waren (1955 personen), zullen er in 2010 nog 1656 actief willen zijn en in 2015 zijn dat er 1384. Vervolgens wordt rekening gehouden met een groep van 732 personen die in 2010 actief willen zijn en die per 1-1-2004 reeds met de opleiding bezig waren én degenen die in de loop van 2004 ook nog met de opleiding zijn begonnen. Van deze groep zullen per 1-1-2015 nog 631 personen actief willen zijn. Als vanaf nu niemand meer zou worden opgeleid en er ook vanuit het buitenland niemand zou komen, dan zijn er per 1-1-2010 dus  $1656 + 732 = 2387$  verloskundigen die actief zullen willen zijn. Ten opzichte van 2004 is dat een groei met 432 personen en dus met iets meer dan 22%. Per 1-1-2015 zullen er zonder extra instroom vanuit de opleiding of het buitenland  $1384 + 631 = 2015$  personen actief willen zijn. Dat zou een groei met slechts 3% zijn ten opzichte van 2004.

#### *Instroom vanuit degenen die nog met de opleiding moeten beginnen*

Per 1-1-2010 zullen ook nog een aantal personen actief zijn van diegenen die in 2005 met de opleiding zullen beginnen. Als in 2005 220 personen met de opleiding beginnen, dan zullen er in 2010 nog eens 146 verloskundigen extra ter beschikking zijn. Voor de situatie per 1-1-2015 zijn niet alleen degenen van belang die in 2005 in de opleiding instromen, maar ook degenen die vanaf 2006 tot en met 2010 instromen in de opleiding. Als er in die jaren eveneens 220 mensen per jaar met de opleiding zullen beginnen, dan zijn er per 1-1-2015 in totaal 820 beschikbaar vanuit de lichteningen van 2005 tot en met 2010. Als er vanaf nu geen instroom vanuit het buitenland zal zijn, zal het aantal verloskundigen dat actief wil zijn oplopen van 1955 per 1-1-2004 tot 2533 per 1-1-2010 (wat een groei van 30% is) en tot 2836 per 1-1-2015 (wat een groei van 45% is).

#### *Instroom vanuit het buitenland*

Voor de instroom vanuit het buitenland geldt dat er per 1-1-2010 6 jaren van belang zijn: de instroom gedurende de jaren 2004 tot en met 2009. Als er in de jaren sprake is van 10 mensen die per jaar instromen, dan zijn er per 1-1-2010 51 personen extra te beschikking. Als er in de jaren 2010 tot en met 2014 wederom 10 mensen per jaar vanuit het buitenland komen, dan zijn er per 1-1-2015 82 personen die actief willen zijn en vanuit het buitenland komen. Ten opzichte van de aantallen verloskundigen uit de andere drie groepen, gaat het dan om relatief kleine aantallen. Maar voor 2015 geldt wel dat de instroom in het buitenland ongeveer 3% extra aanbod geeft ten opzichte van 2004. Zonder instroom vanuit het buitenland zou het aanbod met 45% stijgen, meer met een instroom van 10 mensen per jaar vanuit het buitenland, gaat het om 49% groei.



Tabel 5.1: Ontwikkeling aanbod van verloskundigen in de periode 2004-2010-2015, bij een instroom van 220 per jaar in de opleiding bij een dalend intern rendement en een ten opzichte van vroeger relatief laag extern rendement

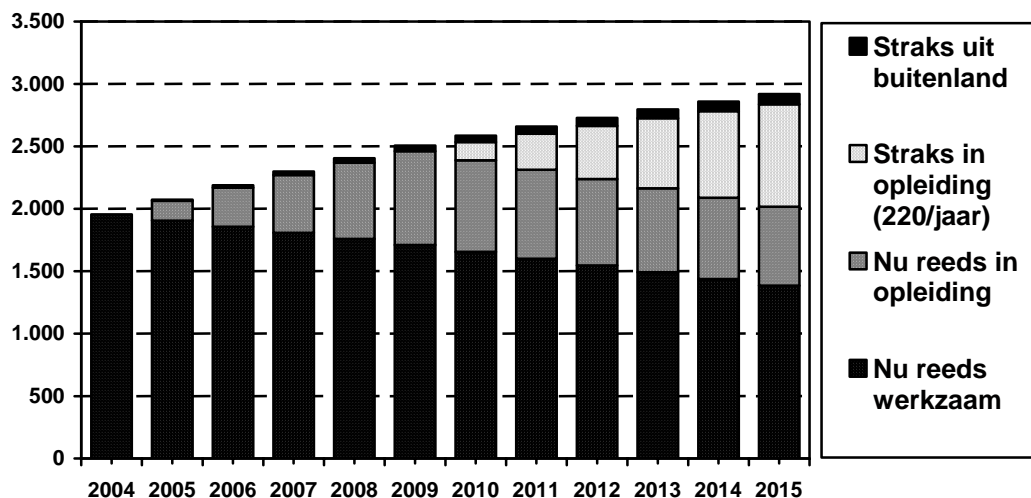
	Werkzaam in 2004	Werkzaam in 2010	Werkzaam in 2015
Nu reeds werkzaam (per 1-1-2004)	1955	1656	1384
Nu reeds in opleiding (per 1-1-2004 plus instroom 2004)		732	631
<i>Subtotaal</i> (zonder nieuwe instroom)		2387	2015
Straks in opleiding (bij 220 per jaar) (instroom 2005 en 2006-2010)		146	820
<i>Subtotaal</i> (zonder instroom uit buitenland)		2533	2836
Straks uit buitenland (bij 10 per jaar) (instroom 2004-2009 en 2010-2014)		51	82
<b>Totaal</b>	<b>1955</b>	<b>2584</b>	<b>2918</b>

*Intern rendement: 82,5% voor de huidige groep in opleiding en 72% voor de toekomstige groep*

*Extern rendement 2015: 73,6% voor de huidige groep en 86,3% voor de toekomstige groep*

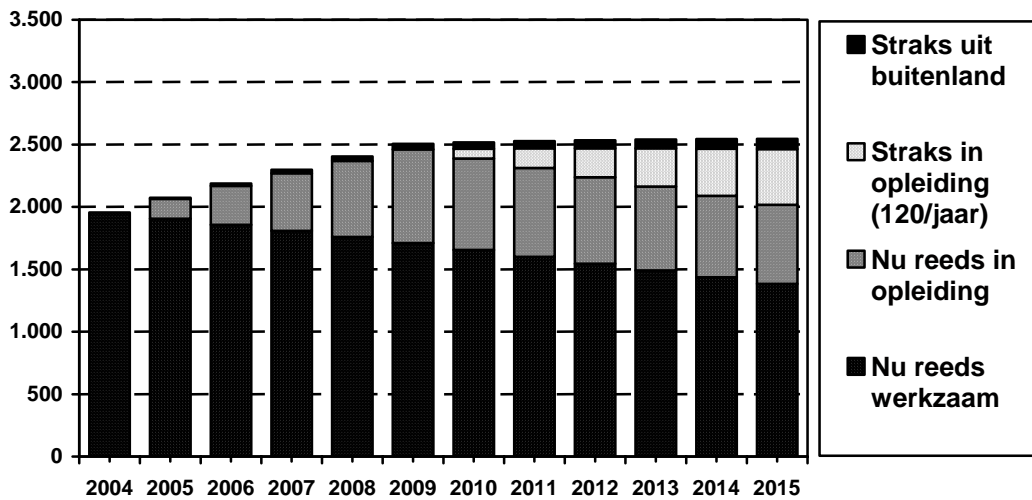
Als vanaf 2005 de instroom in de opleiding per jaar gemiddeld 220 blijft, dan zal het aantal verloskundigen vanaf het jaar 2010 verder blijven stijgen (zie Figuur 5.11). In het jaar 2015 zal dan sprake zijn van 49% groei.

Figuur 5.11: Totale omvang van de groep werkzame verloskundigen en de opbouw naar huidige status, bij een instroom van 220 per jaar in de opleiding, bij een dalend intern rendement en een ten opzichte van vroeger relatief laag extern rendement



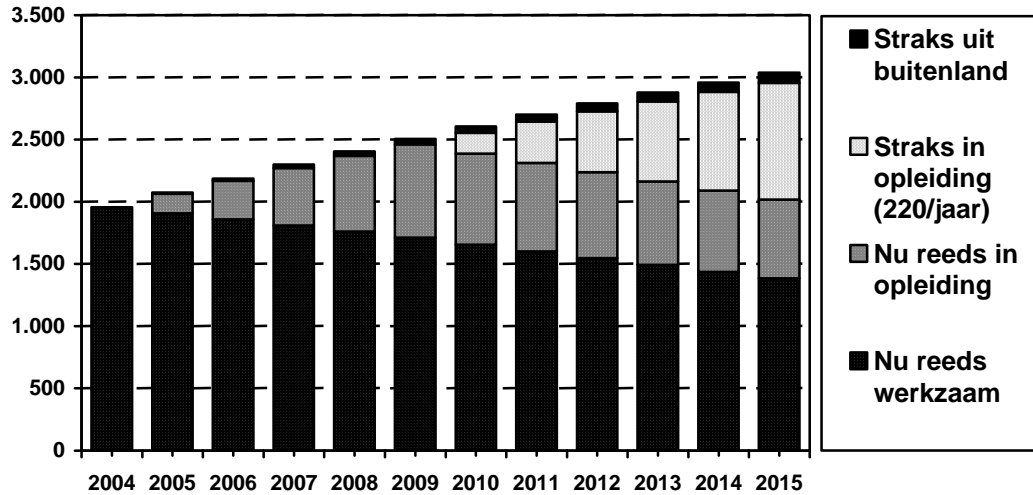
Als vanaf 2005 de instroom in de opleiding per jaar weer terug gebracht wordt tot gemiddeld 120, dan zal het aantal verloskundigen vanaf het jaar 2010 nauwelijks meer verder gaan stijgen (zie Figuur 5.12). In het jaar 2015 zal dan geen sprake zijn van 49% groei, maar “slechts” van 31%.

Figuur 5.12: Totale omvang van de groep werkzame verloskundigen en de opbouw naar huidige status, bij een instroom van 120 per jaar in de opleiding, bij een dalend intern rendement en een ten opzichte van vroeger relatief laag extern rendement



Als het interne rendement van de opleiding niet daalt tot 72%, zoals in de voorgaande figuren is aangenomen, maar voor de komende cohorten 82,5% blijft, dan zal het aanbod groeien tot 3038 personen (zie Figuur 5.13). Ten opzichte van het aantal van beschikbare 2918 personen in 2015 bij een instroom van 220 per jaar en dalend intern rendement (zie Tabel 5.1 en/of Figuur 5.11), is dit een relatief klein verschil.

Figuur 5.13: Totale omvang van de groep werkzame verloskundigen en de opbouw naar huidige status, bij een instroom van 220 per jaar in de opleiding, bij een constant intern rendement (van 82,5%), maar wel een ten opzichte van vroeger relatief laag extern rendement



#### 5.4 Conclusie

Het aanbod aan verloskundigen zal in de eerstkomende jaren sterk gaan stijgen. Het gaat dan om een groei van 32% tussen het jaar 2004 en 2010. Deze groei kan door bijstelling van de opleidingscapaciteit niet tot nauwelijks meer worden veranderd. Hierbij is er al rekening mee gehouden dat minder studenten dan voorheen hun diploma behalen en dat minder gediplomeerden dan voorheen willen gaan werken. De groei zal minder groot zijn dan voorspeld als de uitstroom van degenen die nu reeds zijn opgeleid groter wordt. Na 2010 zal het aantal verloskundigen waarschijnlijk blijven toenemen. Alleen bij een forse reductie van de instroom in de opleiding naar ongeveer 120 per jaar zal er sprake zijn van een stabilisering van het aantal verloskundigen na 2010. Bij een handhaving van de huidige 220 per jaar in de komende periode, zal de groei na 2010 in de zelfde orde van grootte liggen als de groei die tot 2010 verwacht mag worden.



## 6 Vergelijking tussen vraag en aanbod in 2015

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden prognoses gepresenteerd voor de situatie per 1 januari 2015. Daartoe zijn enkele scenario's opgesteld, die verschillen voor wat betreft de gehanteerde veronderstellingen over de groei in de zorgvraag en de ontwikkelingen in het aanbod. De resultaten geven aan hoe groot het aantal verloskundigen moet zijn dat vanaf januari 2005 per jaar in de opleiding dient in te stromen om de zorgvraag en zorgaanbod in 2015 op elkaar te laten aansluiten. In de bijlage is een nulscenario uitgewerkt, uitgaande van een complete status-quo: alles, behalve het aantal geboortes, blijft zoals het is.

### 6.2 Scenario 1: Basisscenario

In het basisscenario wordt de bestaande situatie geëxtrapoleerd, waarbij uitgegaan wordt van de kwalitatieve eisen die aan de beroepsgroep gesteld mogen worden en waarbij rekening gehouden wordt met veranderingen waar de beroepsgroep zelf weinig invloed op heeft, zoals demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in andere beroepsgroepen. Uitgaan van de kwalitatieve eisen die aan de beroepsgroep gesteld mogen worden houdt in dat rekening gehouden wordt met het feit dat de beroepsgroep van verloskundigen de afgelopen jaren onder grote druk heeft gestaan, vanwege het tekort aan zorgverleners, niet alleen verloskundigen zelf, maar ook kraamverzorgenden, waardoor structureel minder tijd bij cliënten werd doorgebracht dan vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg wenselijk was. Om te voorkomen dat deze kwalitatief minder sterke aspecten van de beroepsuitoefening door blijven werken in de berekening, wordt niet zonder meer de huidige tijdbesteding van verloskundigen doorgerekend, maar wordt uitgegaan van de als kwalitatief wenselijk geachte tijdbesteding voor cliëntgebonden werkzaamheden, zoals vastgesteld door Deloitte & Touche Bakkenist in 2000, gecombineerd met de huidige tijdbesteding aan overige werkzaamheden, zoals gemeten in 2004 (zie de bespreking hiervan in hoofdstuk 3).

Voor het basisscenario wordt daarom van de volgende veronderstellingen uitgegaan:

- *demografische ontwikkelingen*: het verwachte aantal levendgeborenen in 2015 is 178.000, dat is 8% lager dan in 2004 (194.000). Verwacht wordt dat het aandeel van niet-westerse allochtonen in de totale bevolking met 1% zal toenemen van 10,4% in 2005 naar 11,8% in 2015 (CBS 2005). Verondersteld wordt dat de zorg aan allochtonen meer tijd vergt dan de zorg aan autochtonen, maar daar zijn (nog) geen betrouwbare cijfers over voorhanden. Daarom wordt vooralsnog aangenomen dat dit aspect voldoende is meegenomen door uit te gaan van de gewenste cliëntgebonden tijdbesteding.
- *tijdbesteding per 'zorgenheid'*: de gewenste tijdbesteding per 'zorgenheid' is 1261,0 minuten, dat is 11% meer dan de feitelijke, gemeten tijdbesteding per 'zorgenheid' in 2004 (1135,7 minuten). De gewenste tijdbesteding 2000 (DTB

2001) is: cliëntgebonden tijdbesteding 911,7 minuten, niet-cliantgebonden tijdbesteding 349,3 minuten (zie tabel 3.2 op pag. 23).

- *de gemiddelde werktijd*: een zelfstandig gevestigde verloskundige werkt gemiddeld 30 uur per week, zoals vastgesteld in 2004 (zie tabel 3.3 pag. 24). Het aantal FTE per zelfstandig gevestigde verloskundige = 0,75, 1 FTE is een werkweek van 40 uur. Vaste waarnemers werken gemiddeld ongeveer 22,5 uur per week en wisselend waarnemers gemiddeld 19 uur per week. Worden de twee groepen waarnemers samen genomen, dan is de gemiddelde werktijd per week voor waarnemers 21,5 uur, dat is 0,54 FTE per waarnemer.
- *de verhouding zelfstandigen – waarnemers*: een verhouding van FTE waarnemers per FTE zelfstandig gevestigden van 1 : 5,5. Deze verhouding weerspiegelt de verhouding zoals per 1 januari 2004 geregistreerd is.
- *klinisch werkende verloskundigen*: een toename van het aantal klinisch werkzame verloskundigen van 245 in 2000 naar 645 in 2015, conform de wens van de NVOG voor 24-uurs bezetting van alle verloskamers. In de vorige behoefte­raming (2001) was deze toename ook al opgenomen. Nog steeds is het niet mogelijk om deze gewenste uitbreiding preciezer te kwantificeren. In 2004 is het aantal klinisch werkende verloskundigen al opgelopen naar 384, een verdere toename met 261 naar 645 leidt tot een benodigde groei van het aantal klinisch werkende verloskundigen van 68% van het huidige aantal van 384.
- *Verloskundig actieve huisartsen*: Er wordt rekening gehouden met het verdwijnen van de verloskundig actieve huisartsen. In 2000 hadden verloskundig actieve huisartsen nog een aandeel in het totaal van de verloskundige zorg van bijna 8% en waren betrokken bij ruim 6% van alle bevallingen (zie tabel 3.4 op pag. 29). Naar schatting waren ze in 2002 nog maar bij 4% van alle bevallingen betrokken (Wieg­ers 2003). Als alle verloskundige zorg van huisartsen wordt overgenomen door verloskundigen, dan wordt het aandeel van verloskundigen bij de prenatale zorg  $75,5\% + 9,4\% = 84,9\%$ , bij de zorg tijdens bevallingen  $51,2\% + 6,2\% = 57,4\%$  en bij de postnatale zorg  $67\% + 8\% = 75\%$ .

Voor alle scenario's geldt:

Het aantal uren per FTE zelfstandig gevestigde verloskundige per week is:	40,0
Het aantal uren per FTE zelfstandig gevestigde verloskundige per jaar (46 weken):	1.840,0
Het gemiddeld aantal uren per zelfst. gev. verloskundige (0,75 FTE) per jaar:	1.380,0
Het gemiddeld aantal uren per zelfst. gev. verloskundige per week (46 weken):	30,0

**Basisscenario A:** Verondersteld wordt dat de verhouding cliëntgebonden – niet-cliantgebonden werkzaamheden gelijk blijft aan de verhouding zoals in 2004 gemeten: 72,3% versus 27,7%.

**Basisscenario B:** Verondersteld wordt dat, als gevolg van de goed functionerende Regionale Ondersteunings Structuren (ROSSen), het percentage tijd besteed aan niet-cliantgebonden werkzaamheden zal dalen van 27,7% naar 22,9%. Gekozen is voor 22,9% omdat dit het laagste percentage voor niet-cliantgebonden werkzaamheden is dat in de Monitor Verloskundige Zorgverlening is gemeten, namelijk in 2002.

Op grond van bovenstaande uitgangspunten is uitgerekend hoeveel cliënten bij eerstelijns

verloskundigen in zorg zijn tijdens de verschillende fasen van de zorg en hoeveel tijd door alle verloskundigen samen aan die zorg besteed wordt (tabel 6.1).

Tabel 6.1: Totaal in zorg bij verloskundige praktijken in 2015 (basisscenario):

	aantal cliënten	aantal contacten per cliënt	Aantal minuten per contact	totaal aantal contacten	Aantal (contact-) uren
prenatale zorg					
intake	151.122	1,0	45	151.122	113.342
controle	151.122	10,0	20	1.511.220	503.740
natale zorg					
baring	102.172	1,0	335	102.172	570.460
postnatale zorg					
kraambezoek	133.500	6,0	30	801.000	400.500
afsluitende controle	133.500	1,0	30	133.500	66.750
<b>Basisscenario A:</b>					
Totaal aantal zorguren (cliëntgebonden werkzaamheden) in 2015:					1.654.792
Niet-cliëntgebonden werkzaamheden: 27,7% van de totale werktijd:					633.994
Totaal aantal te werken uren:					2.288.786
<b>Basisscenario B:</b>					
Totaal aantal zorguren (cliëntgebonden werkzaamheden) in 2015:					1.654.792
Niet-cliëntgebonden werkzaamheden: 22,9% van de totale werktijd:					491.501
Totaal aantal te werken uren:					2.146.293

Het totaal aantal zorguren (in minuten), gedeeld door de cliëntgebonden tijd besteed per volledige zorgverlening (790 minuten), geeft in het basisscenario:  
 het hypothetisch aantal ‘volledige zorgverleningen’ in 2015: 125.680  
 Het verwachte aantal baringen door eerstelijns verloskundigen in 2015 is: 102.172  
 ‘Volledige-zorg-equivalent’ van verwacht aantal onvolledige zorggevallen: 23.508

Het totaal aantal te werken uren, gedeeld door het aantal uren per FTE verloskundige per jaar, geeft het aantal FTE zelfstandig gevestigde verloskundigen dat in 2015 nodig is, evenals het aantal personen met gemiddelde werktijd van 0,75 FTE (= 30,0 uur per week) per persoon (tabel 6.2 en tabel 6.3). Het benodigd aantal waarnemers wordt berekend, uitgaande van een verhouding van 1 waarnemer op 5,5 zelfstandig gevestigde verloskundigen en 0,54 FTE per waarnemer. Het benodigd aantal klinisch werkende verloskundigen, met een gemiddelde werktijd van 0,86 FTE per persoon, is vastgesteld op 645.

Tabel 6.2: Benodigd aantal verloskundigen in 2015 in FTE en in personen (**scenario A**)

	in FTE	in personen
Benodigd aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 2015	1.243,9	1.659
Benodigd aantal waarnemers in 2015 (geschat 1 : 5,5)	226,2	419
Benodigd aantal klinisch werkzame verloskundigen (+68%)	438,6	645
Totaal benodigd aantal verloskundigen in 2015:	1.908,7	2.722

Tabel 6.3: Benodigd aantal verloskundigen in 2015 in FTE en in personen (**scenario B**)

	in FTE	in personen
Benodigd aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 2015	1.166,5	1.555
Benodigd aantal waarnemers in 2015 (geschat 1 : 5,5)	212,1	393
Benodigd aantal klinisch werkzame verloskundigen (+68%)	438,6	645
<b>Totaal benodigd aantal verloskundigen in 2015:</b>	<b>1.817,2</b>	<b>2.593</b>

Om vervolgens te kunnen bepalen hoeveel verloskundigen er in de komende 6 jaar aan de opleiding moeten beginnen om aan deze vraag naar verloskundigen in 2015 te kunnen voldoen (tabel 6.4), moet rekening gehouden worden met het aantal verloskundigen dat in 2015 beschikbaar zal zijn van degenen die in 2005 werkzaam zijn, hoeveel in 2015 beschikbaar zullen zijn van het aantal dat nu in opleiding is en hoeveel in de komende jaren vanuit het buitenland in het beroep zullen instromen (zie ook tabel 5.1).

Tabel 6.4: De benodigde jaarlijkse instroom 2005-2010 in het basisscenario

	<b>scenario A</b>	<b>scenario B</b>
In 2015 beschikbaar van degenen die al werkzaam zijn in 2005:	1.384	1.384
Vanuit de opleiding 2001 t/m 2004 (intern rendement 82,5%):	631	631
Vanuit buitenland 2004 t/m 2014 (10 pjr 74,8% rendement na gem.6 jaar):	82	82
<b>Totaal beschikbaar in 2015 (als er niemand meer zou worden opgeleid):</b>	<b>2.097</b>	<b>2.097</b>
<b>Totaal benodigd (zie tabel 5.2 en tabel 5.3):</b>	<b>2.722</b>	<b>2.593</b>
<b>Tekort:</b>	<b>625</b>	<b>496</b>
Jaarlijkse instroom (6 lichteningen, intern rendement 72%, extern rendement na gemiddeld 3,5 jaar 86,3%)	<b>168</b>	<b>133</b>

### 6.3 Scenario 2: Taakuitbreiding

Bij het taakuitbreidingsscenario wordt, bovenop het basisscenario, rekening gehouden met een uitbreiding van taken van zowel eerste- als tweedelijns verloskundigen in de komende tien jaar op het gebied van voorlichting, screening en begeleiding, aansluitend op de te verwachten epidemiologische en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

In het taakuitbreidingsscenario wordt uitgegaan van de volgende taken:

- voorlichting over prenatale screening aan alle zwangeren zal 20 minuten cliënt-gebonden tijd per zwangere vragen (Gezondheidsraad 2001) en zal vroeg in de zwangerschap moeten plaatsvinden. Dat betekent een toename van 20 minuten tijdbesteding per zwangere.



- uitvoering van de NT-meting naar het syndroom van Down kost naar schatting 30 minuten cliëntgebonden tijd per zwangere (voorlopig geschatte tijdsinvestering: 20 minuten echo + 10 minuten overig) en een nog niet in te schatten hoeveelheid niet-clientgebonden tijd (voor bijscholing, overleg e.d.). Er van uitgaande dat 50% van de zwangeren van dit aanbod gebruik wil maken (RIVM 2004) en dat 85% van die 50% de meting door een verloskundige wil laten doen, dan betekent dit een toename van 30 minuten tijdbesteding per zwangere voor 42,5% van de zwangeren in zorg bij de verloskundige.
- Het standaard aanbieden van een tweede-trimester-echo wordt al in het Verloskundig Vademecum van 2003 bepleit door de gezamenlijke beroepsgroepen, betrokken bij de verloskundige zorgverlening (CVZ 2003). Uitvoering van een tweede-trimester-echo zal naar schatting eveneens 30 minuten cliëntgebonden tijd per zwangere vragen en een nog niet in te schatten hoeveelheid niet-clientgebonden tijd. Er van uitgaande dat 80% van de zwangeren hier gebruik van wil maken en 80% daarvan dit bij de verloskundige wil laten doen, dan betekent dit een toename van 30 minuten tijdbesteding per zwangere voor 64% van de zwangeren in zorg bij de verloskundige.

Uitbreiding van taken op het gebied van anticonceptie en preconceptiezorg is een wens van de beroepsgroep, maar het is nog te onzeker of die wens vervuld zal worden om in dit scenario op te nemen. Een (bescheiden) taak op dat gebied is voorstelbaar, omdat verloskundigen op het moment van het afsluiten van de zorg in hun consult niet alleen zouden kunnen terugkijken, maar ook met de cliënt zouden kunnen vooruitkijken naar een mogelijke volgende zwangerschap en daarbij zowel anticonceptie- als preconceptieadvies zouden kunnen geven. Of vrouwen ook los van een feitelijke zwangerschap naar een verloskundige zouden willen stappen voor anticonceptie- of preconceptieadvies is zeer de vraag en omdat er nog geen ervaring mee is, is dit heel moeilijk te kwantificeren. We wagen toch een poging. Uitgaande van ongeveer 200.000 zwangerschappen per jaar waarvan 46% eerste zwangerschappen (= 92.000) en ervan uitgaande dat misschien 10% van de vrouwen die (voor het eerst) zwanger willen worden (= afgerond 10.000) belangstelling heeft voor bedoelde zorg en dat driekwart van hen (= 7.500) daarvoor een beroep doet op de verloskundige en er van uitgaande dat uitgebreide counseling op dit gebied 60 minuten tijd per vrouw vraagt, dan komt dit neer op een tijdsinvestering van verloskundigen van  $\pm 7.500 \times 60$  minuten = 7.500 uur per jaar. Vanwege het speculatieve karakter hiervan wordt deze berekening vooralsnog niet in het scenario opgenomen.

Voor alle scenario's geldt:

Het aantal uren per FTE zelfstandig gevestigde verloskundige per week is:	40,0
Het aantal uren per FTE zelfstandig gevestigde verloskundige per jaar (46 weken):	1.840,0
Het gemiddeld aantal uren per zelfst. gev. verloskundige (0,75 FTE) per jaar:	1.380,0
Het gemiddeld aantal uren per zelfst. gev. verloskundige per week (46 weken):	30,0

**Taakuitbreidingsscenario A:** Verondersteld wordt dat de verhouding cliëntgebonden – niet-clientgebonden werkzaamheden blijft gelijk aan de verhouding zoals in 2004 gemeten: 72,3% versus 27,7%.

**Taakuitbreidingsscenario B:** Verondersteld wordt dat, als gevolg van de goed functionerende Regionale Ondersteunings Structuren (ROSSen), het percentage tijd besteed aan niet-clientgebonden werkzaamheden zal dalen van 27,7% naar 22,9%.

Gekozen is voor 22,9% omdat dit het laagste percentage voor niet-cliëntgebonden werkzaamheden is dat in de Monitor Verloskundige Zorgverlening is gemeten, namelijk in 2002.

Op grond van bovenstaande uitgangspunten is opnieuw uitgerekend hoeveel cliënten bij eerstelijns verloskundigen in zorg zijn tijdens de verschillende fasen van de zorg en hoeveel tijd door alle verloskundigen samen aan die zorg besteed wordt (tabel 5.5).

Tabel 6.5: Totaal in zorg bij verloskundige praktijken in 2015 (taakuitbreidingsscenario):

	aantal cliënten	aantal contacten per cliënt	aantal minuten per contact	totaal aantal contacten	Aantal (contact-) uren
<b>Prenatale zorg</b>					
intake	151.122	1,0	45	151.122	113.342
controle	151.122	10,0	20	1.511.220	503.740
voorlichting	151.122	1,0	20	151.122	50.374
screening	151.122	0,425	30	64.227	32.113
2 <sup>e</sup> trimester echo	151.122	0,64	30	96.718	48.359
<b>natale zorg</b>					
baring	102.172	1,0	335	102.172	570.460
<b>postnatale zorg</b>					
kraambezoek	133.500	6,0	30	801.000	400.500
afsluitende controle	133.500	1,0	30	133.500	66.750

**Taakuitbreidingsscenario A:**

Totaal aantal zorguren (cliëntgebonden werkzaamheden) in 2015: 1.785.638

Niet-cliëntgebonden werkzaamheden: 27,7% van de totale werktijd: 684.124

Totaal aantal te werken uren: 2.469.762

**Taakuitbreidingsscenario B:**

Totaal aantal zorguren (cliëntgebonden werkzaamheden) in 2015: 1.785.638

Niet-cliëntgebonden werkzaamheden: 22,9% van de totale werktijd: 530.365

Totaal aantal te werken uren: 2.316.003

Het totaal aantal zorguren (in minuten), gedeeld door de cliëntgebonden tijd besteed per volledige zorgverlening (790 minuten + 20 + 12,8 + 19,2 = 842 minuten), geeft in het taakuitbreidingsscenario:

het hypothetisch aantal 'volledige zorgverleningen' in 2015: 127.243

Het verwachte aantal baringen door eerstelijns verloskundigen in 2015 is: 102.172

'Volledige-zorg-equivalent' van verwacht aantal onvolledige zorggevallen: 25.071

Het totaal aantal te werken uren, gedeeld door het aantal uren per FTE verloskundige per jaar, geeft het aantal FTE zelfstandig gevestigde verloskundigen dat in 2015 nodig is, evenals het aantal personen met gemiddelde werktijd van 0,75 FTE (= 30,0 uur per week) per persoon (tabel 6.6 en tabel 6.7). Het benodigd aantal waarnemers wordt berekend, uitgaande van een verhouding van 1 waarnemer op 5,5 zelfstandig gevestigde verloskundigen en 0,54 FTE per waarnemer. Het benodigd aantal klinisch werkende verloskundigen, met een gemiddelde werktijd van 0,68 FTE per persoon, is vastgesteld op 645.

Tabel 6.6: Benodigd aantal verloskundigen in 2015 in FTE en in personen (**scenario A**)

	in FTE	In personen
Benodigd aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 2015	1.342,3	1.790
Benodigd aantal waarnemers in 2015 (geschat 1 : 5,5)	244,0	452
Benodigd aantal klinisch werkzame verloskundigen (+68%)	438,6	645
<b>Totaal benodigd aantal verloskundigen in 2015:</b>	<b>2.024,9</b>	<b>2.887</b>

Tabel 6.7: Benodigd aantal verloskundigen in 2015 in FTE en in personen (**scenario B**)

	in FTE	In personen
Benodigd aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 2015	1.258,7	1.678
Benodigd aantal waarnemers in 2015 (geschat 1 : 5,5)	228,9	424
Benodigd aantal klinisch werkzame verloskundigen (+68%)	438,6	645
<b>Totaal benodigd aantal verloskundigen in 2015:</b>	<b>1.926,2</b>	<b>2.747</b>

Om vervolgens te kunnen bepalen hoeveel verloskundigen er in de komende 6 jaar aan de opleiding moeten beginnen om aan deze vraag naar verloskundigen in 2015 te kunnen voldoen (tabel 6.8), moet rekening gehouden worden met het aantal verloskundigen dat in 2015 beschikbaar zal zijn van degenen die in 2005 werkzaam zijn, hoeveel in 2015 beschikbaar zullen zijn van het aantal dat nu in opleiding is en hoeveel in de komende jaren vanuit het buitenland in het beroep zullen instromen (zie ook tabel 5.1).

Tabel 6.8: De benodigde jaarlijkse instroom 2005-2010 in het taakuitbreidingsscenario

	<b>Scenario A</b>	<b>scenario B</b>
In 2015 beschikbaar van degenen die al werkzaam zijn in 2005:	1.384	1.384
Vanuit de opleiding 2001 t/m 2004 (intern rendement 82,5%):	631	631
Vanuit buitenland 2004 t/m 2014 (10 pjr 74,8% rendement na gem.6 jaar):	82	82
<b>Totaal beschikbaar in 2015 (als er niemand meer zou worden opgeleid):</b>	<b>2.097</b>	<b>2.097</b>
<b>Totaal benodigd (zie tabel 5.6 en tabel 5.7):</b>	<b>2.887</b>	<b>2.747</b>
<b>Tekort:</b>	<b>790</b>	<b>650</b>
Jaarlijkse instroom (6 lichteningen, intern rendement 72%, extern rendement na gemiddeld 3,5 jaar 86,3%)	<b>212</b>	<b>174</b>

Als de extra tijdbesteding aan pre- en anticonceptiezorg van totaal 7.500 uur per jaar nog aan het scenario wordt toegevoegd, dan leidt dat tot een kleine verhoging van de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding naar van 212 naar 214 in scenario A en van 174 naar 177 in scenario B.

#### 6.4 Scenario 3: Taakherschikking en taakdelegatie

Taakherschikking en taakdelegatie binnen de verloskundige keten houden beide in dat taken van de ene beroepsgroep naar de andere beroepsgroep verschuiven. Bij taakherschikking verschuiven ook de verantwoordelijkheden van de ene naar de andere beroepsgroep, bij taakdelegatie blijft de verantwoordelijkheid bij degene die delegeert, maar wordt de uitvoering aan de ander overgelaten. Taakherschikking en taakdelegatie kan binnen de eerste lijn of binnen de tweede lijn plaatsvinden. Er kan ook een verschuiving van eerste naar tweedelijns optreden, of andersom.

Een voorbeeld van taakherschikking binnen de eerste lijn is:

- het verschuiven van taken op het gebied van anti- en preconceptiezorg van huisartsen naar verloskundigen. Dit onderdeel van de zorg is tot nu toe geen taak van verloskundigen, ook is niet bekend hoeveel tijd huisartsen aan deze taak besteden en of ze dat zouden willen overdragen aan verloskundigen. Wat er tot nu toe geboden wordt aan preconceptiezorg, zoals genetisch counselen, gebeurt niet in de eerste maar in de tweede of derde lijn. Voor zover deze taken tot nu toe nog niet in de eerste lijn worden uitgevoerd, betreft het eerder een taakuitbreiding dan een taakherschikking.

Een voorbeeld van taakdelegatie binnen de eerste lijn is:

- binnen verloskundige praktijken (meer) taken overlaten aan praktijkassistenten en praktijkmanagers.

Een voorbeeld van taakherschikking binnen de tweede lijn is:

- het overdragen van taken van gynaecologen naar klinisch verloskundigen of physician-assistants. Met de nieuwe opleiding voor klinisch verloskundigen krijgen deze verloskundigen meer bevoegdheden in het begeleiden van zwangeren en barenden met een verhoogd risico op complicaties. Daarmee zouden zij bepaalde taken van gynaecologen kunnen overnemen. Gynaecologen zijn echter huiverig in het loslaten van bevoegdheden en willen liever zelf de eindverantwoordelijkheid houden. In hoeverre er dus werkelijk sprake zal zijn in de nabije toekomst van taakherschikking binnen de tweede lijn, is erg de vraag. Daar komt nog bij dat de ontwikkelingen rond de DBC's (diagnose-behandel-combinaties) er toe zullen leiden dat gynaecologen nog minder geneigd zullen zijn om taken te delegeren of over te dragen. De gynaecoloog zal namelijk lijfelijk aanwezig moeten zijn om een DBC te kunnen declareren. Wordt het werk gedelegeerd aan een verloskundige, dan wordt het gerekend als ziekenhuiskosten en niet als specialistenkosten.

Een voorbeeld van taakdelegatie binnen de tweede lijn is:

- Als verloskundigen zich straks kunnen specialiseren tot klinisch verloskundige, met uitgebreide kennis van pathologie, en als er straks physician-assistants en nurse-practitioners zijn opgeleid, die op de afdeling verloskunde/gynaecologie werkzaam zullen zijn, dan zullen gynaecologen misschien (een deel van) de begeleiding van zwangeren en barenden met een verhoogd risico aan hen overlaten, mits zij zelf de eindverantwoordelijkheid houden (en de DBC kunnen declareren).

Taakherschikking van de eerste naar de tweede lijn is in principe niet mogelijk, want de eerste lijn heeft geen bevoegdheden om over te dragen naar de tweede lijn, die de tweede lijn niet al heeft. Wat wel mogelijk is, is een verschuiving van de zorgvraag van de eerste naar de tweede lijn:

- Meer en eerdere verwijzingen naar de tweede lijn om andere redenen dan (dreigende) complicaties. Een ontwikkeling die in de toekomst een sterkere rol zal gaan spelen is

de voortschrijdende marktwerking. Het huidige systeem is duur in gevallen dat een zwangere van de eerste naar de tweede lijn wordt verwezen. Dit kan er toe leiden dat ook laag-risico-zwangeren al vanaf het begin van de zwangerschap naar de tweede lijn gaan en gynaecologen zich dus meer dan nu gaan bezig houden met fysiologie in plaats van pathologie. De verwachte toename van de vraag om pijnbestrijding en dan met name epidurale pijnbestrijding, zal mogelijk ook leiden tot een verschuiving van bevallingen van de eerste naar de tweede lijn.

Een voorbeeld van taakherschikking van de tweede naar de eerste lijn is:

- de prenatale screening vaker in de eerste lijn laten plaats vinden. Hoewel steeds meer eerstelijns verloskundigen zelf of samen met buurpraktijken een echoapparaat aanschaffen, zich scholen tot echoscopist en zelf (termijn)echo's aanbieden aan hun cliënten, vindt nog steeds het merendeel van de echo's in de tweede lijn plaats. Overigens is ook dit geen zuiver voorbeeld van taakherschikking, want ook nu zijn verloskundigen bevoegd om prenatale screening (counseling en echoscopie) aan te bieden, mits ze bekwaam zijn. Er is dus eerder sprake van taakuitbreiding dan van taakherschikking, want het gaat vooral om een nieuwe taak: screening van de gehele populatie.

Met name de ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking en mogelijke verschuiving van verantwoordelijkheden zijn nog zo weinig uitgekristalliseerd, dat het niet mogelijk is deze te kwantificeren. Deze ontwikkelingen kunnen daarom nog niet tot een scenario worden uitgewerkt.

## 6.5 Conclusie

De afgelopen jaren was de instroom in de opleidingen tot verloskundige 220 eerstejaars per jaar. Beide hier uitgewerkte scenario's komen tot een lagere jaarlijkse instroom in de komende 6 jaar om in 2015 een evenwicht te bereiken tussen de vraag naar verloskundige zorg en het aanbod aan verloskundige zorgverleners. Om te voorkomen dat er in 2015 te veel verloskundigen zijn, zal de opleidingscapaciteit dus verminderd moeten worden. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de scenario's nog eens bij elkaar gezet.

Tabel 6.9: Jaarlijks aantal eerstejaars plaatsen in de gezamenlijke opleidingen tot verloskundigen tussen 2005 en 2010, volgens de gepresenteerde scenario's

	Aandeel niet- cliëntgebonden werkzaamheden	Aandeel niet- cliëntgebonden werkzaamheden
	27,7%	22,9%
Scenario 1: Basisscenario	168	133
Scenario 2: Taakuitbreiding	212	174
Scenario 3: Taakherschikking en –delegatie	?	?

In het basisscenario, waarbij het takenpakket van de verloskundigen hetzelfde blijft als het nu is, maar de tijdsbesteding van verloskundigen aan cliëntgebonden zaken meer conform de eigen kwaliteitseisen gebracht is, de verloskundige zorg van huisartsen door verloskundigen is overgenomen en het aantal klinisch werkende verloskundigen conform de wens van de gynaecologen is uitgebreid, wordt de instroom in de opleidingen teruggebracht van 220 naar 168 eerstejaars als het percentage niet-cliantgebonden werkzaamheden gelijk blijft op 27,7% van de totale werktijd. Wordt dat percentage teruggebracht naar 22,9% van de totale werktijd dan is een jaarlijkse instroom van 133 studenten voldoende om aan de vraag naar verloskundigen in 2015 te voldoen.

In het taakuitbreidingsscenario, zoals hier uitgewerkt, wordt de instroom teruggebracht van 220 naar 212 eerstejaars per jaar bij een gelijkblijvend percentage niet-cliantgebonden werkzaamheden en naar 174 bij een verlaging van dat percentage naar 22,9%. De extra tijd die de verloskundigen volgens dit scenario zullen besteden aan cliëntgebonden zorg is echter nog op schattingen gebaseerd en in de praktijk zal moeten blijken of de daarvoor ingecalculerde tijd realistisch is en of de inschatting van het gebruik van de nieuwe diensten van de verloskundigen juist geweest is.

Bij het derde voorgestelde scenario, rondom taakherschikking en taakdelegatie, blijken de factoren die daarin een rol zouden kunnen spelen nog te ongedifferentieerd om op basis daarvan een aanvaardbare inschatting van veranderde tijdsinvesteringen te maken.

Bij de uitgewerkte scenario's is nog wel een kritische kanttekening te maken. In beide scenario's is rekening gehouden, conform de informatie vanuit de opleidingen, met een dalend intern rendement van de opleidingen, van 82,5% op dit moment, naar 72% voor de komende jaren. Dat wil zeggen dat verwacht wordt dat van de komende lichtingen studenten maar 72% uiteindelijk het diploma zal halen, in tegenstelling tot de 82,5% nu. Zonder deze daling, dus als het intern rendement van de opleidingen de komende jaren gelijk zou blijven aan wat het nu is, dan zouden er in het basisscenario (versie A) jaarlijks geen 168 maar 146 studenten moeten instromen om aan de vraag in 2015 te kunnen voldoen. In het taakuitbreidingsscenario (versie A) zouden in dat geval geen 212 maar 186 studenten jaarlijks moeten instromen.

## 7 Slotbeschouwing

In het voorgaande hoofdstuk zijn twee scenario's uitgewerkt, beide met twee varianten, voor de benodigde instroom in de opleiding voor verloskundigen in de komende zes jaren om in 2015 aan de vraag naar verloskundigen te kunnen voldoen. Er is daarbij uitgegaan van veronderstellingen over de komende ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening, die deels goed onderbouwd zijn, maar ook deels niet.

Het *verwachte aantal bevallingen* in 2015, namelijk 178.000, is gebaseerd op de bevolkingsprognose van het CBS. Het CBS gaat hierbij uit van een constant blijvend vruchtbaarheidscijfer van 1,75, dat wil zeggen: een gemiddelde van 1,75 kinderen per vrouw, als meest waarschijnlijke ontwikkeling. Een kleine verandering in het vruchtbaarheidscijfer kan echter grote gevolgen hebben voor het aantal bevallingen. Daarom is het niet zinvol om voor een berekening als in dit rapport te ver vooruit te kijken. Het CBS stelt elke twee jaar de lange termijn bevolkingsprognose bij. De hier gebruikte prognose is de meest recente, van begin 2005 (CBS 2005).

In het onderzoeksproject 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening' is de afgelopen vier jaar onderzocht wat *de gemiddelde tijdbesteding* is van eerstelijns verloskundigen. Het onderzoek begon op een moment dat de krapte in de zorg op een hoogtepunt was en het tekort aan verloskundigen heel duidelijk was. De weerslag daarvan op de tijdbesteding van verloskundigen was het duidelijkst zichtbaar in de discrepantie tussen de werkelijk bestede tijd per cliënt en de tijd die men, om kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen, zou willen besteden aan een cliënt. In het dubbel-rapport van het NIVEL en Deloitte & Touche Bakkenist van 2001 is dat helder beschreven. De daar genoemde gewenste tijd per cliënt lag 24% hoger dan de feitelijke tijd die per cliënt besteed werd. De resultaten van de Monitor in de afgelopen vier jaar laten zien dat, met het geleidelijk opheffen van het tekort aan verloskundigen (door een grotere instroom vanuit de opleiding, maar ook door het teruglopen van het aantal bevallingen per jaar), de feitelijke tijdbesteding steeds dichterbij de gewenste tijdbesteding is gekomen. Uit de meting van 2004 blijkt dat, wat betreft de directe cliëntenzorg, het grootste verschil tussen feitelijke en gewenste tijdbesteding vooral nog ligt in de tijd besteed aan de baring, met een gewenste tijd van 335 minuten per baring en een feitelijke tijdbesteding van 278,5 minuten. In 2000 en 2001 lag de gemiddelde tijdbesteding nog onder de 200 minuten per baring.

Voor de *gemiddelde werktijd* van zelfstandig gevestigde verloskundigen is uitgegaan van 30 uur per week, conform de bevindingen in de Monitor van 2004, zowel wat de gemeten werktijd als wat de gewenste werktijd betreft. De gemiddelde werktijd hangt waarschijnlijk wel samen met de leeftijd van de verloskundigen en het aantal jaren dat men al werkzaam is, want van alle verloskundigen in de praktijken die aan de Monitor meewerkten wilden in 2004 maar een op de drie fulltime werkzaam zijn, terwijl van de vierdejaars studenten verloskunde zestig procent er voor kiest om fulltime te gaan werken. Na hun dertigste verwachten de meeste studenten wel parttime te zullen gaan

werken, ongeveer 30 uur per week. Dit patroon is overigens ook al terug te zien in de uitstroomcijfers van de afgelopen jaren en er is daarom in de scenario's rekening mee gehouden.

De *verhouding waarnemer - zelfstandig gevestigde* van 1 op 5,5 is gebaseerd op de peiling van de Registratie van verloskundigen van 1-1-2004. Het is goed mogelijk dat in de toekomst deze verhouding zal verschuiven naar meer waarnemers ten opzichte van de zelfstandig gevestigden, bijvoorbeeld omdat de beroepsgroep verjongt (vanwege de sterk toegenomen opleidingscapaciteit en dus een sterk toegenomen instroom van jongeren). In een jongere beroepsgroep zullen meer zwangerschappen voorkomen en dus meer waarnemers nodig zijn. Er is ook een andere reden waarom die verhouding kan gaan verschuiven: nu de krapte op de arbeidsmarkt vrijwel voorbij is zal het voor pas afgestudeerden minder makkelijk worden om snel een eigen plek te vinden en zullen meer van hen waarschijnlijk enige tijd als waarnemer blijven werken.

Omdat de toekomstige vraag naar *klinisch werkende verloskundigen* sterk samenhangt met andere ontwikkelingen, zoals de nieuw gestarte opleiding voor tweedelijns verloskundigen en eventuele taakherschikking en taakdelegatie in de tweede lijn, is in deze behoefteanalyse alleen uitgegaan van de schatting van de NOVG uit 2000 en is niet geprobeerd een nieuwe onderbouwing daarvan te maken. Als eenmaal duidelijk is hoe de nieuwe opleiding voor tweedelijns verloskundigen zich ontwikkelt, zowel wat betreft in- en uitstroom als wat betreft extra kwalificaties en als de wensen en mogelijkheden op het gebied van taakherschikking en taakdelegatie verder uitgekristalliseerd zijn, zou opnieuw gekeken moeten worden naar de behoefte aan tweedelijns verloskundigen, zodat ook voor hen een optimale opleidingscapaciteit berekend kan worden.

De veronderstelling dat er over tien jaar vrijwel geen *verloskundig actieve huisartsen* meer zullen zijn is gebaseerd op de snelle terugloop van het aantal huisartsen dat nog volledige verloskundige zorg verleende tussen 1998 en 2002. In 1998 begeleidde nog ongeveer 16% van alle huisartsen zelf bevallingen (Wiegers & Hingstman 1999), in 2000 was dat nog 11% en in 2002 was dat teruggelopen naar 6% van wie bovendien bijna een op de drie verwachtte binnen vijf jaar te zullen stoppen met het begeleiden van bevallingen (Wiegers 2003). Voor verloskundigen daarentegen zal het makkelijker worden om zich te vestigen in een streek met relatief weinig bevallingen, vooral als ze niet streven naar een fulltime functie, of als ze hun praktijk een streekfunctie kunnen geven, bijvoorbeeld op het gebied van echoscopie.

De veronderstelling dat *het aandeel niet-clientgebonden werkzaamheden* in de totale werktijd van eerstelijns verloskundigen de komende jaren gelijk zal blijven aan wat in 2004 gemeten is, is onvoldoende onderbouwd om als vast gegeven in de scenario's mee te nemen. Daarom is steeds een tweede variant doorgerekend, met een lager aandeel niet-clientgebonden werkzaamheden, uitgaande van de veronderstelling dat de verdere ontwikkeling van de regionale ondersteuning daar aanleiding toe zal geven. Ook deze veronderstelling is echter verre van zeker. De regiokantoren van de KNOV hadden expliciet ondersteuning bij de praktijkvoering, met als doel het verminderen van de werkdruk van verloskundigen door ondersteuning bij niet-clientgebonden taken (KNOV



2001), in hun taakomschrijving staan. De nieuwe regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijns (ROS-sen) hebben die taak niet. De ROS heeft als functie de totstandkoming en instandhouding van de geïntegreerde eerste lijn, waarbij waarborgen van continuïteit, kwaliteitsimplementatie, bevorderen van geïntegreerd beleid, afstemmen met aanpalende sectoren en facilitaire ondersteuning van samenwerking hoofdthema's zijn (LVG 2004). Bedrijfsmatige ondersteuning maakt daar geen deel van uit. Het terugdringen van het aandeel niet-cliëntgebonden werkzaamheden in de totale werktijd van verloskundigen is daarom niet een vanzelfsprekend gevolg van de inspanningen van de ROS-sen.

De extra veronderstellingen rond *prenatale screening* die ten grondslag liggen aan het taakuitbreidingsscenario zijn gebaseerd op verwachtingen, omdat het in veel gevallen om nieuwe taken gaat waarbij niet vooraf duidelijk te zeggen is hoeveel tijd er precies mee gemoeid zal zijn. De Gezondheidsraad heeft als voorbeeld gesteld dat voorlichting over mogelijkheden van prenatale screening 20 minuten per zwangere zal kosten. Bij gebrek aan andere onderbouwing is dat getal in de berekening hier overgenomen. Wat betreft het uitvoeren van echo's blijkt uit de Monitor van 2004 dat gemiddeld 20 minuten besteed wordt aan een standaardecho. Mede op grond daarvan is van de veronderstelling uitgegaan dat voor een NT-meting of een tweede-trimester-echo 30 minuten per cliënt nodig zal zijn. De berekening van de tijd die het zal kosten als verloskundigen taken op zich nemen op het gebied van preconceptie en anticonceptiezorg is voorlopig nauwelijks onderbouwd.

De veronderstellingen rond *taakherschikking en taakdelegatie* zijn nog veel minder zeker en daarom is niet geprobeerd om op grond daarvan een scenario door te rekenen.

Er is een nul-scenario doorgerekend (zie bijlage), uitgaande van een complete status-quo, dat wil zeggen dat er in het werk van de verloskundigen niets verandert ten opzichte van de situatie in 2004.

De discussies binnen de verloskundige zorgketen over taken en verantwoordelijkheden zijn op dit moment in volle gang. De verwachting is dat er de komende jaren van alles gaat veranderen. Daarom kan een raming voor over tien jaar al snel achterhaald zijn. Belangrijke uitgangspunten in het taakuitbreidingsscenario zijn gebaseerd op schattingen en aannames, omdat een cijfermatige onderbouwing nog ontbreekt. Veronderstellingen in het taakherschikkings-scenario kunnen om die reden helemaal nog niet gekwantificeerd worden. Het is daarom zeer aan te bevelen om de ontwikkelingen de komende tijd te blijven monitoren, zodat er voor een volgende behoefte-raming een cijfermatig onderbouwing voorhanden is voor de nieuwe taakonderdelen van de verloskundigen in de eerste lijn. Ook de ontwikkelingen in de tweede lijn verdienen het om nauwkeurig gevolgd te worden, niet alleen in verband met de toekomstige vraag naar tweedelijns verloskundigen maar ook in het kader van de behoefte-raming van gynaecologen. Verloskundige zorg is ketenzorg en een goede afstemming van de verschillende betrokken beroepsgroepen is van groot belang om blijvend een hoge kwaliteit van zorg te kunnen garanderen en tegelijkertijd te blijven werken aan versterking van de eerstelijns verloskunde en het in stand houden van de thuisbevalling als keuzemogelijkheid voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap.



## Literatuur

- Buitendijk S., Zeitlin J., Cuttini M., Langhoff-Roos J., Bottu J. (2003) Indicators of fetal and infant health outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 111 S66-S77.
- CBS (2005) Allochtonenprognose 2004-2050: belangrijkste uitkomsten. *Bevolkingstrends*, 1<sup>e</sup> kwartaal 2005: 32-41.
- CBS (2005) Bevolkingsprognose 2004-2050: maximaal 17 miljoen inwoners. *Bevolkingstrends*, 1<sup>e</sup> kwartaal 2005: 15-18.
- CVZ (2003) *Verloskundig Vademecum 2003*. Diemen, College voor zorgverzekeringen
- Gezondheidsraad (2001) *Prenatale screening. Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie*. Den Haag
- Hoogendoorn M., Hamberg – van Reenen H.H., van Genugten M.L.L., de Wit G.A., Schielen P.C.J.I. (2004) *Vergelijking van kosten en effecten van prenatale screeningsmethoden voor Down syndroom en neuralebuisdefecten*. Bilthoven, RIVM.
- Kenens R., Hingstman L. (2001) *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Utrecht, NIVEL.
- KNOV (2001). *Ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Naar vijf districtskantoren voor verloskundigen en een integraal perspectief verloskunde*. Bilthoven, KNOV
- LVG (2004). *Strategische visie regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn*. LVG april 2004, [www.lvg.org](http://www.lvg.org)
- NVOG (2000). *Nota Normpraktijk Gynaecologie 2000*. september 2000, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE. (2002) *De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage: 1995-2000*. Leiden, TNO- Preventie en Gezondheid. (TNO-rapport PG/JGD 2001.235)
- Ross – van Dorp C. (2003) *Kabinetsstandpunt prenatale screening*. Kamerstuk 21-11-2003
- Ross – van Dorp C. (2004) *Standpunt prenatale screening (2)*. Kamerstuk 7-6-2004
- Stuurgroep Modernisering Verloskunde (2000) *Eindrapport: Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21<sup>e</sup> eeuw*.
- Velden LFJ van der, Vugts CJ., Hingstman L. (2004) *Monitor arbeidsmarkt gynaecologen. Behoefteraming 2001-2015: tussenbalans 2003*. Utrecht, NIVEL
- Wiegiers TA (2003) *Steeds minder huisartsen verloskundig actief*. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46 (8): 432-4.
- Wiegiers TA, Coffie D, Hartings RCP, Kuperus KJ (2001) *Tijdbesteding in verloskundige praktijken / Basistakenpakket verloskunde. Situatie zomer 2000*. Utrecht, Nivel / Leusden, Deloitte & Touche Bakkenist
- Wiegiers TA, Velden LFJ van der, Hingstman L. (2002) *Behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010*. Utrecht, NIVEL

- Wiegers TA, Coffie D. (2002) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage eerste meting, najaar 2001. Utrecht, NIVEL
- Wiegers TA, Coffie D. (2003) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage tweede meting, najaar 2002. Utrecht, NIVEL
- Wiegers TA, Janssen BM. (2004) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage derde meting, najaar 2003. Utrecht, NIVEL
- Wiegers TA, Janssen BM. (2005) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage vierde meting, najaar 2004. Utrecht, NIVEL

## Bijlage: nulscenario

Het nulscenario is het extrapoleren van de bestaande situatie, zonder rekening te houden met de kwalitatieve eisen die aan de beroepsgroep gesteld mogen worden. De enige factoren die een rol spelen zijn factoren waar de beroepsgroep als zodanig weinig invloed op heeft, zoals demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in andere beroepsgroepen.

Voor het nulscenario wordt daarom van de volgende veronderstellingen uitgegaan:

- demografische ontwikkelingen: het verwachte aantal levendgeborenen in 2015 is 178.000, dat is 8% lager dan in 2004 (194.000).
- tijdbesteding per 'zorgenheid': de feitelijke tijdbesteding zoals gemeten in 2004 is 1135,7 minuten: cliëntgebonden tijdbesteding 821,1 minuten, niet-clientgebonden tijdbesteding 314,6 minuten (zie tabel 3.1 op pag. 21).
- de gemiddelde werktijd van een zelfstandig gevestigde verloskundige, zoals vastgesteld in 2004 is 30 uur per week (zie tabel 3.3, pag. 24). Het aantal FTE per zelfstandig gevestigde verloskundige = 0,75, 1 FTE is een werkweek van 40 uur, de gemiddelde werktijd per week voor waarnemers 21,5 uur, d.w.z. het aantal FTE per waarnemer = 0,54.
- een verhouding van FTE waarnemers per FTE zelfstandig gevestigden van 1 : 5,5. Dit weerspiegelt de verhouding zoals per 1 januari 2004 geregistreerd.
- een toename van het aantal klinisch werkzame verloskundigen van 245 in 2000 naar 645 in 2015, conform de wens van de NVOG voor 24-uurs bezetting van alle verloskamers.

Voor alle scenario's geldt:

Het aantal uren per FTE zelfstandig gevestigde verloskundige per week is:	40,0
Het aantal uren per FTE zelfstandig gevestigde verloskundige per jaar (46 weken):	1.840,0
Het gemiddeld aantal uren per zelfst. gev. verloskundige (0,75 FTE) per jaar:	1.380,0
Het gemiddeld aantal uren per zelfst. gev. verloskundige per week (46 weken):	30,0

**Nulscenario A:** de verloskundig actieve huisartsen houden hetzelfde aandeel in de verloskundige zorg als in 2000 (zie tabel 3.4 op pag. 29). Het aandeel van de eerstelijns verloskundigen blijft gelijk: prenatale zorg 75,5%, natale zorg 51,2%, postnatale zorg 67,0%.

**Nulscenario B:** de verloskundig actieve huisartsen verdwijnen. Het aandeel van de eerstelijns verloskundigen wordt: prenatale zorg 84,9%, natale zorg 57,4%, postnatale zorg 75,0%.

Op grond van bovenstaande uitgangspunten is uitgerekend hoeveel cliënten bij eerstelijns verloskundigen in zorg zijn tijdens de verschillende fasen van de zorg en hoeveel tijd door alle verloskundigen samen aan die zorg besteed wordt (tabel B.1 en tabel B.2).

Tabel B.1: Totaal in zorg bij verloskundige praktijken in 2015 (**nulscenario A**):

	aantal cliënten	aantal contacten per cliënt	aantal minuten per contact	totaal aantal contacten	Aantal (contact-) uren
prenatale zorg					
intake	134.390	1,0	36,3	134.390	81.306
controle	134.390	10,0	15,5	1.343.900	347.174
natale zorg					
Baring	91.136	1,0	278,5	91.136	423.023
postnatale zorg					
kraambezoek	119.260	6,0	37,9	715.560	451.995
afsluitende controle	119.260	1,0	16,9	119.260	33.592
Totaal aantal zorguren (cliëntgebonden werkzaamheden) in 2015:					1.337.090
Niet-cliëntgebonden werkzaamheden: 27,7% van de totale werktijd:					512.274
Totaal aantal te werken uren:					1.849.364

Tabel B.2: Totaal in zorg bij verloskundige praktijken in 2015 (**nulscenario B**):

	aantal cliënten	aantal contacten per cliënt	Aantal minuten per contact	totaal aantal contacten	Aantal (contact-) uren
prenatale zorg					
intake	151.122	1,0	36,3	151.122	91.429
controle	151.122	10,0	15,5	1.511.220	390.399
natale zorg					
baring	102.172	1,0	278,5	102.172	474.248
postnatale zorg					
kraambezoek	133.500	6,0	37,9	801.000	505.965
afsluitende controle	133.500	1,0	16,9	133.500	37.603
Totaal aantal zorguren (cliëntgebonden werkzaamheden) in 2015:					1.499.644
Niet-cliëntgebonden werkzaamheden: 27,7% van de totale werktijd:					574.552
Totaal aantal te werken uren:					2.074.196

Het totaal aantal zorguren (in minuten), gedeeld door de cliëntgebonden tijd besteed per volledige zorgverlening (711,6 minuten), geeft:	<b>scenario A</b>	<b>scenario B</b>
het hypothetisch aantal ‘volledige zorgverleningen’ in 2015:	112.739	126.446
Verwacht aantal baringen door 1 <sup>e</sup> lijnsverloskundigen in 2015 is:	91.136	102.172
‘Volledige-zorg-equivalent’		
van verwacht aantal onvolledige zorggevallen:	21.603	24.274

Het totaal aantal te werken uren voor eerstelijns verloskundigen in 2015, gedeeld door het aantal uren per FTE verloskundige per jaar, geeft het aantal FTE zelfstandig gevestigde verloskundigen dat in 2015 nodig is, evenals het aantal personen, uitgaande van een gemiddelde werktijd van 0,75 FTE (= 30,0 uur per week) per persoon (tabel B.3 en tabel B.4). Het aantal waarnemers dat in 2015 nodig is, is berekend uitgaande van een

verhouding van 1 waarnemer op 5,5 zelfstandig gevestigde verloskundigen en een gemiddelde werktijd per waarnemer van 0,54 FTE per persoon. Het benodigd aantal klinisch werkende verloskundigen, met een gemiddelde werktijd van 0,68 FTE per persoon, is vastgesteld op 645.

Tabel B.3: Benodigd aantal verlosk. in 2015 in FTE en in personen (**nulscenario A**):

	in FTE	in personen
Benodigd aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 2015	1.005,1	1.341
Benodigd aantal waarnemers in 2015 (geschat 1 : 5,5)	182,7	338
Benodigd aantal klinisch werkzame verloskundigen (+68%)	438,6	645
<b>Totaal benodigd aantal verloskundigen in 2015:</b>	<b>1.626,4</b>	<b>2.324</b>

Tabel B.4: Benodigd aantal verlosk. In 2015 in FTE en in personen (**nulscenario B**):

	in FTE	in personen
Benodigd aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 2015	1.127,3	1.503
Benodigd aantal waarnemers in 2015 (geschat 1 : 5,5)	205,0	380
Benodigd aantal klinisch werkzame verloskundigen (+68%)	438,6	645
<b>Totaal benodigd aantal verloskundigen in 2015:</b>	<b>1.770,9</b>	<b>2.528</b>

Om vervolgens te kunnen bepalen hoeveel verloskundigen er in de komende 6 jaar aan de opleiding moeten beginnen om aan deze vraag naar verloskundigen in 2015 te kunnen voldoen (tabel B.5), moet rekening gehouden worden met het aantal verloskundigen dat in 2015 beschikbaar zal zijn van degenen die in 2005 werkzaam zijn, hoeveel van het aantal dat die nu in opleiding is en hoeveel in de komende jaren vanuit het buitenland in het beroep zullen instromen (zie ook tabel 5.1).

Tabel B.5: De benodigde jaarlijkse instroom 2005-2010 in het nulscenario:

	<b>Scenario A</b>	<b>Scenario B</b>
In 2015 beschikbaar van degenen die al werkzaam zijn in 2005:	1.384	1.384
Vanuit de opleiding 2001 t/m 2004 (intern rendement 82,5%):	631	631
Vanuit buitenland 2004 t/m 2014 (10 pjr 74,8% rendement na gem.6 jaar):	82	82
<b>Totaal beschikbaar in 2015 (als er niemand meer zou worden opgeleid):</b>	<b>2.097</b>	<b>2.097</b>
<b>Totaal benodigd (zie tabel B.3 en tabel B.4):</b>	<b>2.324</b>	<b>2.528</b>
<b>Tekort:</b>	<b>227</b>	<b>431</b>
Jaarlijkse instroom (6 lichten, intern rendement 72%, extern rendement na gemiddeld 3,5 jaar 86,3%)	<b>61</b>	<b>116</b>