



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

**De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en
2022/2027**
Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's

Ronald Batenburg
Inge van der Lee
Trees Wiegers
Lud van der Velden

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-186-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL 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.

Inhoud

Voorwoord	5
Management samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Eerdere ramingsstudies voor de arbeidsmarkt van verloskundigen in Nederland	11
1.2 De blik op de toekomst: het IVA-onderzoek en visies van beroepsverenigingen	12
1.3 Waar staan we nu: enkele cijfers over het huidige verloskundige zorgaanbod	14
1.4 Waar staan we nu: de beleidscontext van het verloskundige zorgaanbod	17
1.5 De focus en vraagstellingen van dit onderzoek	18
1.6 Onderzoeksopzet en leeswijzer van dit rapport	19
2 De verkennende interviews	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Opzet van de verkennende interviews	21
2.3 Resultaten	22
2.3.1 Cliëntontwikkelingen	22
2.3.2 Systeemontwikkelingen	23
2.4 Conclusie	27
2.4.1 Cliëntontwikkelingen	28
2.4.2 Systeemontwikkelingen	28
2.4.3 Tot slot	29
3 De scenario workshops	31
3.1 Inleiding	31
3.2 De scenario workshops voor deze studie	32
3.2.1 Opzet	32
3.2.2 Selectie van de deelnemers	33
3.2.3 Resultaten	33
3.3 Conclusie	43
4 De capaciteitsraming voor verloskundigen 2012-2022/2027	45
4.1 Inleiding	45
4.2 Bepaling van de aanbodparameters	47
4.3 Bepaling van de vraagparameters	49
4.3.1 Inleiding	49
4.3.2 Bepaling van de ‘vaste’ vraagparameters	50
4.3.3 Bepaling van de ‘beleidsrijke’ vraagparameters (de inzet van scenario’s)	52
4.4 Uitkomsten van het ramingsmodel	54
4.5 Conclusie	60

5 Samenvatting en conclusie	63
Literatuur	67
Bijlage A Agenda en ‘draaiboek’ van de workshops	69
Bijlage B Deelnemers aan de workshops	71
Bijlage C De vertoonde PowerPoint slides ter introductie van de workshop	73
Bijlage D Extra statistieken over het arbeidsaanbod van verloskundigen	75

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van een onderzoek naar de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland. De concrete vraag die in dit rapport wordt beantwoord is hoeveel verloskundigen opgeleid zouden moeten worden om evenwicht op de arbeidsmarkt te behouden c.q. te bereiken. Uitgegaan is van verschillende scenario's omtrent ontwikkelingen in de vraag naar de verloskundige zorg tussen nu en 10 à 15 jaar. Het onderzoek is in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) uitgevoerd door het NIVEL, Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld vanuit de KNOV als opdrachtgever, bestaande uit de volgende personen:

- Mieke Aitink,
- Jos Becker Hoff,
- Jolijn Betlem,
- Peter Buisman,
- Rafael van Crimpen,
- Linda Rentes.

We danken de commissie hartelijk voor de constructieve feedback en samenwerking gedurende het gehele onderzoekstraject. Daarnaast hebben vele andere betrokkenen een bijdrage geleverd aan het onderzoek, in de vorm van expertinterviews en deelname aan scenario-workshops. Ook hen danken wij hartelijk voor hun deelname en hun bijdrage aan het onderzoek.

Utrecht, februari/maart 2013

Management samenvatting

In dit rapport wordt een aantal antwoorden gegeven op de simpele doch complexe vraag: hoeveel verloskundigen dienen er in Nederland te worden opgeleid? Hiertoe zijn verschillende deelonderzoeken uitgevoerd, die hier kort worden samengevat.

In de eerste fase van het onderzoek zijn 9 experts geïnterviewd over de belangrijkste ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland, zowel aan de vraag- als de aanbodkant. Hieruit kwam naar voren dat de toekomstige cliënt van de verloskundige steeds meer constante en intensieve zorg vraagt. Ook zal comorbiditeit bijdragen aan een toenemende behoefte aan intensievere en complexere geboortezorg. Dit zal meer ketensamenwerking vergen tussen eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden in de verticale keten en tussen verloskundigen, huisartsen, gemeenten en andere relevante partijen in de horizontale keten.

De tweede fase bestond uit twee scenario-workshops waaraan in totaal 21 professionals deelnamen, breed gerekruteerd uit het veld en beleid van de verloskunde. In deze workshops is een aantal toekomstontwikkelingen rond de verloskunde in Nederland nader benoemd, geclassificeerd, geprioriteerd. Net als in de expertinterviews, was er in de workshops aandacht voor zowel de vraagkant (*'hoe ziet de zwangere over 10 jaar er uit?'*), als de aanbodkant (*'hoe ziet de professionele rol van de verloskundigen in het systeem er over 10 jaar uit?'*). De deelnemers van de twee workshops kwamen tot dezelfde soort toekomstverwachtingen, die wel verschillend gecombineerd werden tot mogelijke scenario's. Ten aanzien van de vraagkant was *overall* de verwachting dat cliënten steeds meer zorg op maat, zorg in de buurt, zorg in samenhang en kwalitatief optimale zorg zullen gaan verwachten. Ten aanzien van de aanbodkant van de arbeidsmarkt, was de voornaamste verwachting dat steeds meer op integratie en samenwerking tussen zorgverleners zal worden ingezet om ontschotting te bereiken. Tegelijkertijd werd onderkend dat dit nog *verwachte* trends zijn, waarvoor minder eenduidige consequenties voor de totale benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland bepaald kunnen worden. Men verwachtte wel dat de genoemde cliëntontwikkelingen eenduidig de vraag naar verloskundigen zal doen toenemen.

Fasen 1 en 2 vormden de beleidsinhoudelijke voorbereidingen voor het derde onderdeel: de capaciteitsraming voor verloskundigen in de komende 10 à 15 jaar, en de daaruit volgende bijstellingen van de jaarlijkse opleidingsinstroom. Verschillende bronnen, statistieken en de bevindingen uit de expertinterviews en scenario workshops zijn als input gebruikt voor de parametersetting ('instelling') van het rekenmodel dat het NIVEL voor capaciteitsramingen hanteert. Er zijn vier zogenaamde beleidsscenario's door-gerekend, waaronder één beleidsarme en drie beleidsrijke. Voor de drie beleidsrijke scenario's is specifiek door-gerekend wat het effect zou zijn als twee veranderingen in het beroepssysteem van de verloskunde zich de komende 10 à 15 jaar zouden doorzetten, namelijk:

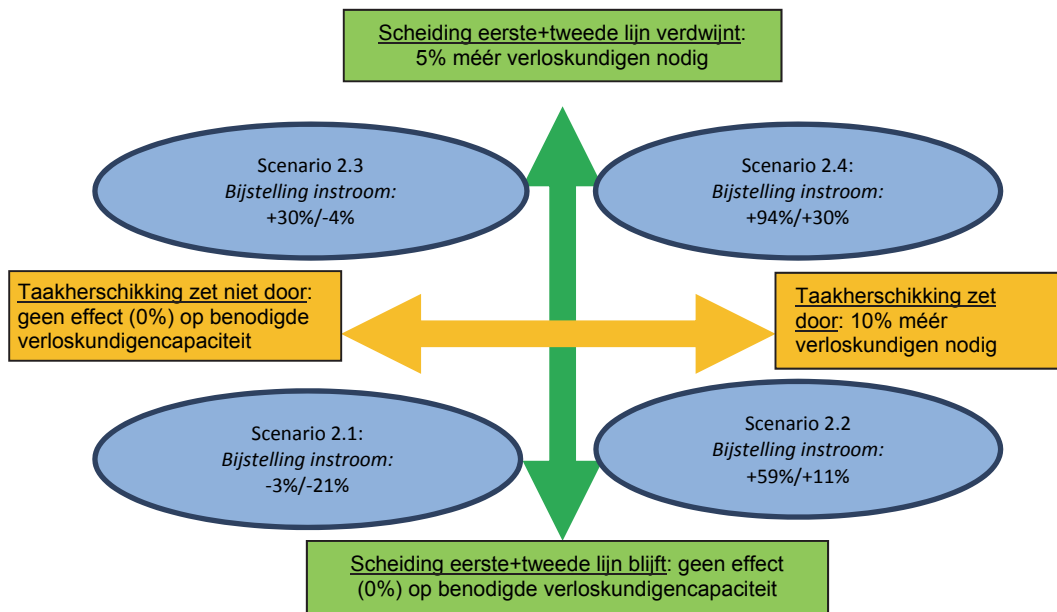
- (1) taakherschikking van gynaecoloog en huisarts naar de verloskundige; en
- (2) het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde, door daadwerkelijke inrichting en realisatie van continue en integrale geboortezorg.

In de drie beleidsrijke scenario's wordt verondersteld dat één van beide, of allebei de systeemveranderingen zich in de komende jaren voordoen. Ten opzichte van het beleidsarme scenario is gemodelleerd dat er in de eerste twee beleidsrijke scenario's alleen een enkelvoudig additioneel effect op de benodigde capaciteit aan verloskundigen zal zijn. In het derde beleidsrijke scenario is er sprake van een meervoudig additioneel effect in termen van méér benodigde verloskundigen. Getalsmatig is ingeschat dat de doorzetting van taakherschikking de benodigde capaciteit met 10% in 10 of 15 jaar zal doen toenemen. Voor het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweede lijn in dezelfde periode is ingeschat dat dit een capaciteitstoename van 5% zal vergen. Het beleidsarme scenario gaat ervan uit dat géén van beide ontwikkelingen zich voordoen (0% dus).

De effecten van de vier beleidsscenario's op de benodigde instroom in de opleiding is vervolgens voor twee perioden doorgerekend. Eén periode waarin er 5 jaren zijn om de bijgestelde opleidingsinstroom te effectueren en te verwerken. En één periode waar hiervoor 10 jaar wordt uitgetrokken. Deze perioden bepalen mede hoeveel bijstelling van de instroom *per jaar* er nodig is. In het geval van een 5-jaarsbijsturingsperiode wordt evenwicht nagestreefd tussen vraag en aanbod in het jaar 2022. In het geval van een 10-jaarsbijsturingsperiode wordt 2027 het evenwichtsjaar.

In de onderstaande Figuur 1 zijn de twee systeemveranderingen als twee dimensies tegen elkaar afgezet, en vormen daarmee een assenkruis waarbinnen de vier beleidsscenario's geplaatst zijn. In de blauwe cirkels staat wat de implicaties zijn voor bijstelling van de opleidingsinstroom per jaar in elk scenario. Het eerste (groei/krimp)percentage betreft de raming wanneer een bijstellingsperiode van 5 jaar wordt gekozen, het tweede (groei/krimp)percentage wanneer een bijstellingsperiode van 10 jaar wordt gekozen. De bijstellingspercentages zijn steeds berekend ten opzichte van de 220 plaatsen binnen de verloskundeopleidingen die thans jaarlijks in Nederland bezet worden.

Figuur 1. Vier beleidsscenario's, gevormd door twee verschillende voorspellingen ten aanzien van taakherschikking en de scheiding eerste en tweede lijn in de verloskunde. Per scenario de benodigde bijstelling van jaarlijkse opleidingsinstroom in percentages t.o.v. 2012 voor een bijstellingperiode van 5/10 jaar



De cijfers in figuur 1 laten zien dat scenario 2.1 (linksonder) en 2.4 (rechtsboven) de 'bandbreedte' van de uitkomsten bepalen, de uitkomsten van de andere twee scenario's 2.2. en 2.3 liggen hier tussenin. Scenario 2.1 is het meest 'conservatieve' scenario, waarin verondersteld wordt dat taakherschikking, noch de scheiding tussen eerste en tweedelijns verloskunde in de komende 10 jaar zullen veranderen. In dit scenario hoeft binnen een bijstellingstermijn van 5 jaar de opleidingsinstroom bijna niet te worden bijgesteld (-3%); bij een bijstellingstermijn van 10 jaar kan het aantal jaarlijks op te leiden verloskundigen zelfs met (-)21% worden teruggebracht. Scenario 2.4 vormt de andere grens van de bandbreedte en is het meest 'veranderlijke' scenario. Hierin wordt uitgegaan van een toekomst waarin zowel taakherschikking doorzet als de 'ontschotting' van de eerste/tweedelijns verloskunde gerealiseerd wordt, hetgeen een sterke verhoging van de instroom zal betekenen. De jaarlijkse instroom in de verloskundeopleidingen zal dan vijf jaar lang bijna moeten verdubbelen (+94%) als evenwicht in 2022 wordt nagestreefd, of, 10 jaar de tijd nemende, (+)30% hoger moeten liggen om in 2027 evenwicht te bereiken. Vergelijking van de scenario's binnen Figuur 1. laat verder zien dat het doorzetten van taakherschikking meer effect zal hebben op toename in de benodigde opleidingsinstroom dan ontschotting (scenario 2.2 en 2.4).

Het geheel overziend, lijken van de vier beleidsrijke scenario's de twee 'uiterste' scenario's (het basisscenario en het meest beleidsrijke scenario) in hun uitkomsten het minst realistisch en uitvoerbaar.

Laten we deze buiten beschouwing, dan zien we dat de gewenste bijstelling van de instroom in de verloskundeopleidingen zou kunnen variëren tussen:

- (1) op korte termijn een verlaging van 5 plaatsen per jaar of een ophoging van de jaarlijkse instroom met 117 plaatsen; dan wel,
- (2) op lange termijn een verlaging van 41 plaatsen per jaar of een ophoging van de jaarlijkse instroom met 22 plaatsen.

Hoe nauwkeurig de cijfermatige uitkomsten van de capaciteitsramingen ook lijken, zij blijven bepaald worden door aannamen, welke gekenmerkt worden door onzekerheden en complexiteit. Dat geldt niet alleen voor de parameterwaarden zélf die ingeschat zijn voor de komende 10 of 15 jaar. Ook is het onzeker in welke tempo of patroon binnen die periode de vraag- en aanbodontwikkelingen zich zullen voltrekken. Het is mogelijk dat die niet ‘rechtlijnig’ zal zijn; en ook onzeker is óf en hoelang deze daarna nog door zullen gaan. Het verdient dan ook aanbeveling de vraag- en aanbodontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor verloskundigen te blijven monitoren. En tevens bronnen te blijven actualiseren om indicatoren voor deze ontwikkelingen zo valide en betrouwbaar mogelijk te kunnen meten én te kunnen extrapoleren c.q. ‘voorspellen’.

Hoeveel verloskundigen er in Nederland moeten worden opgeleid blijft een simpele, maar ook complexe vraag. Met dit onderzoek is het antwoord op die vraag in een aantal varianten beschreven. Het is nu aan beleidsmakers en de *stakeholders* in het veld om deze resultaten in hun doelen en visies te verwerken. Hoe die visies ook kunnen verschillen, een duurzaam evenwicht op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland is van gemeenschappelijk belang. Niet in de laatste plaats voor hen die de verloskunde elke dag in de praktijk brengen en ervaren.

1 Inleiding

De vraag hoeveel verloskundigen er in Nederland jaarlijks moeten worden opgeleid lijkt simpel, maar is complex. Weliswaar zijn er vanuit het veld signalen waarin gesproken wordt over tekorten, maar soms ook over overschotten op de arbeidsmarkt. Het probleem is echter dat deze signalen niet altijd gebaseerd zijn op volledige en betrouwbare gegevens. Daarnaast worden deze signalen vaak niet gerelateerd aan trends in het verleden of in de toekomst. Tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt kunnen tijdelijk of lokaal zijn, en vergen niet altijd een structurele aanpassing van de opleidingsinstroom. Om de vraag ‘hoeveel verloskundigen op te leiden’ te beantwoorden, kortom, is nader onderzoek nodig. Zulk onderzoek bestaat uit een systematische doorrekening van betrouwbare cijfers met behulp van ramingsmodellen waarbij uit wordt gegaan van onderbouwde toekomstvisies. Dit rapport doet verslag van een dergelijk onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is het schetsen en doorrekenen van enkele scenario’s voor de aansluiting van het aanbod aan verloskundigen op de vraag naar verloskundige zorg in 2022 of (om ook naar een iets langere termijn te kijken) in 2027. Zoals in dit rapport zal worden beschreven, dienen hiertoe gegevens verzameld te worden over vraag en aanbod op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland anno 2012. Op basis daarvan wordt berekend wat in de komende jaren de benodigde instroom in de opleiding tot verloskundige moet zijn om in 2022 of 2027 vraag en aanbod in evenwicht te hebben. Daarvoor zal gebruik worden gemaakt van verschillende gegevensbronnen en het rekenmodel voor capaciteitsramingen van het NIVEL. Ten tweede zal een aantal beleidsrijke scenario’s worden opgesteld waarmee verschillende onderdelen binnen het ramingsmodel worden gevarieerd. Hiervoor zullen enkele beleidsoverwegingen die momenteel spelen uitgewerkt worden, evenals een aantal trends over de rol van verloskundigen in de eerste en tweede lijn.

In dit hoofdstuk wordt allereerst de achtergrond geschetst die geleid heeft tot de uitvoering van de huidige capaciteitsraming. Vervolgens worden de vraagstellingen voor dit onderzoek gepresenteerd en wordt kort ingegaan op de manier waarop de gegevens voor de scenario’s verzameld zijn.

1.1 Eerdere ramingsstudies voor de arbeidsmarkt van verloskundigen in Nederland

In het rapport ‘Behoefteraming verloskundigen 2004 -2015’ (Wiegers, van der Velden en Hingstman, 2005) is verslag gedaan van de laatste capaciteitsraming voor verloskundigen, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. De conclusie was toen dat het aantal opleidingsplaatsen naar beneden bijgesteld zou moeten worden om te voorkomen dat er in 2015 te veel verloskundigen zouden zijn. De mate van verlaging van de jaarlijkse instroom in de gezamenlijke opleidingen (destijds 220 per jaar) hing af van beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen die zouden kunnen gaan optreden. Bij een gelijkblijvend takenpakket van de verloskundigen zou de instroom teruggebracht moeten worden naar maximaal 168 eerstejaars. Zouden verloskundigen daarentegen meer

taken krijgen, dan zou de instroom maar naar maximaal 212 eerstejaars teruggebracht moeten worden. In de genoemde studie zijn concreet twee scenario's doorgerekend om in te schatten wat de instroom in de opleiding zou moeten zijn om in 2015 vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Voor elk scenario zijn twee varianten doorgerekend, een maximum variant, waarbij het percentage niet-cliëntgebonden werkzaamheden gemiddeld 27,7% zou zijn en een minimum variant waarbij dat percentage gemiddeld 22,9% zou zijn. In de minimum variant werd er dus rekening mee gehouden dat een verloskundige meer van haar tijd zou kunnen besteden aan cliëntgebonden werkzaamheden dan in de maximum variant. De twee scenario's zijn de volgende:

1. Het zogenaamde basis-scenario (er verandert vanaf 2004 niets wezenlijks aan het takenpakket van de verloskundigen, maar de toename van het aantal klinisch werkende verloskundigen zet door en het aantal verloskundig actieve huisartsen neemt verder af) liet toen zien dat er tussen 2005 en 2010 jaarlijks maximaal 168 en minimaal 133 personen in de opleiding zouden moeten instromen;
2. Het 'taakuitbreidingsscenario' (uitbreiding van taken van zowel eerste- als tweedelijns verloskundigen op het gebied van voorlichting, screening en begeleiding) liet zien dat in die periode de benodigde instroom maximaal 212 en minimaal 174 eerstejaars zou moeten bedragen.

Binnen de studie is tevens getracht een derde scenario door te rekenen waarin het effect van taakherschikking en taakdelegatie binnen de verloskundige keten centraal stond. Ondanks dat er toen vele voorbeelden beschikbaar waren om dit effect te specificeren (verschuiven van taken op het gebied van anti- en preconceptiezorg van huisartsen naar verloskundigen, overdragen van taken van gynaecologen naar klinisch verloskundigen), werden deze als 'nog zo weinig uitgekristalliseerd' beschouwd, dat dit scenario daarom toen niet is gekwantificeerd en doorgerekend.

Na deze ramingsstudie 2004/2005 is het beschikbare aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen in Nederland constant gehouden op 220. Het verschil tussen 220 en 212 bleek niet groot genoeg om de opleidingscapaciteit structureel aan te passen, mede omdat het interne rendement van de opleidingen verder leek af te nemen.

1.2 De blik op de toekomst: het IVA-onderzoek en visies van beroepsverenigingen

Er zijn veel ontwikkelingen binnen de verloskundige zorg gaandedie de toekomst complex en onzeker maken. Zowel uitbreiding van taken van de verloskundige als taakherschikking tussen verloskundigen en andere professionals (gynaecologen, O&G verpleegkundigen, kraamverzorgenden) zijn ontwikkelingen waar op lokaal niveau mee geëxperimenteerd wordt, maar waarbij het inschatten van de omvang en effecten van deze ontwikkelingen op de zorg uiterst complex blijft (Wiegers en Hingstman, 2008; Wiegers en Hukkelhoven, 2011; KNOV, 2011). Daarnaast zijn er ook nieuwe onzekerheden in de verloskundige zorg bijgekomen: mogelijke veranderingen in de organisatie van de geboortezorgketen, mogelijke veranderingen in het zorg- en vergoedingstelsel, de opleidings- en arbeidsmarkt, het centrale en decentrale overheidsbeleid, de rol van zorgverzekeraars, en de houding van burgers en cliënten ten aanzien van bevallingen thuis en in het ziekenhuis.

Een recente studie van het onderzoeksbureau IVA Beleidsonderzoek en Advies, zet een groot aantal van deze ontwikkelingen op een rij en heeft ze vertaald in een strategische verkenning van de verloskundige zorg in Nederland (Roman en van den Wijngaart, 2011). De verloskundige zorg wordt in deze studie als een ‘complex adaptief systeem’ omschreven. Binnen dit systeem wordt de geboortezorgketen gevormd door verloskundige professionals die in samenwerking met elkaar steeds een nieuwe balans moeten vinden. Vanuit deze systeemvisie worden in het IVA-rapport drie toekomstscenario's uitgewerkt:

1. Het 1,5 lijnsverloskundige scenario. Hierin staat volgens de onderzoekers de risicoselectie centraal en de inzet om cliënten – bij ‘midden-risico situaties’ – langer en vaker bij hun ‘eigen’ verloskundige te laten blijven. In dit scenario is substitutie van taken van de tweede naar de eerste lijn de directe inzet, waardoor het aantal benodigde gynaecologen zal afnemen. De voor dit scenario benodigde academisering van de opleiding van verloskundigen wordt als een doelstelling beschouwd die pas op langere termijn gerealiseerd kan worden.
2. Het nieuwe netwerk scenario. In dit scenario werken verloskundigen zo intensief mogelijk samen met zorgprofessionals in het zorg en welzijnsdomein. Het bereik en de inzet van de eerstelijns verloskundige neemt in dit scenario toe. Een direct arbeidsmarktaspect is dat er meer verloskundigen opgeleid zullen moeten worden. Ook de inhoud van de opleidingen zal daarvoor aangepast moeten worden. Hiermee zal de druk op de opleidingen toenemen, maar de onderzoekers achten dit wel op korte termijn haalbaar.
3. Het integrale geboortezorg scenario. Hierin staat volgens de IVA-onderzoekers een optimale samenwerking centraal waarbij alle professionals ‘als één organisatie’ werken. Vanuit een gezamenlijke visie hebben verloskundige professionals gelijkwaardige posities, onder andere doordat de tweede lijn zonder overdracht geconsulteerd kan worden. De arbeidsmarkteffecten van dit scenario betreffen de capaciteit van zowel verloskundigen als gynaecologen, voor beide beroepsgroepen betekent het een verzwaring en uitbreiding van taken.

Het IVA-rapport biedt met deze drie scenario's enkele belangrijke inzichten in mogelijke toekomstontwikkelingen. Het tweede scenario sluit qua terminologie het beste aan bij het rapport van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte, dat spreekt over een ‘goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen’ met ‘verplichte afspraken tussen professionals, zodat de zorg naadloos op elkaar aansluit’ (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009, pag. 59). Deze multidisciplinaire samenwerking heeft sindsdien in beleidsstukken steeds meer de betekenis van integrale zorg gekregen: zorg zonder schotten tussen de verschillende professionals. In 2011 liet de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) een visie verschijnen waarin met zoveel woorden werd gesteld dat de verloskundige zorg in Nederland integraal georganiseerd moet worden (NVOG 2011). Ook in de visie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), uitgebracht in 2012, wordt uitgegaan van een integraal zorgmodel, waarin zorgverleners onderling afspraken maken op basis van gelijkwaardigheid en met behoud van ieders eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Het derde scenario van het IVA sluit goed aan bij deze ontwikkelingen.

Een ontwikkeling op een ander vlak, die zijn weerklank zou kunnen hebben op de toekomstige vraag naar en aanbod van verloskundige zorg, is de toenemende concentratie van de klinische verloskunde. Eind 2012 zijn er nog 91 ziekenhuizen (locaties) met een

afdeling Obstetrie en Gynaecologie (www.nvog.nl). In de afgelopen periode hebben meerdere perifere ziekenhuizen hun verloskunde afdeling gesloten nadat in het kader van een fusie met een nabijgelegen ziekenhuis de verloskunde werd geconcentreerd op één locatie (Vlissingen / Middelburg / Zierikzee, Delfzijl, Oss, Meppel, Dokkum).

1.3 Waar staan we nu: enkele cijfers over het huidige verloskundige zorgaanbod

Aan de aanbodkant van de arbeidsmarkt zien we als belangrijke ontwikkeling dat het aantal praktiserende verloskundigen de laatste 10 jaar sterk is gestegen, met bijna 55% tot 2.692 per 1 januari 2012 (Hingstman, Kenens, van Hassel, 2012). Daarnaast is de samenstelling van de beroepsgroep het afgelopen decennium gewijzigd. De voornaamste verandering is dat het percentage verloskundigen die in een eigen praktijk werkzaam zijn daalde tot 51% van het totaal en het aandeel klinisch verloskundigen steeg tot bijna 28% in 2012. Klinisch verloskundigen werken gemiddeld minder fte dan zelfstandig gevestigden (0,75 versus 0,87 in de peiling van 2012). Hierdoor is de totale capaciteit aan verloskundigen in Nederland minder snel toegenomen dan aan de hand van de sterke stijging van de opleidingsinstroom en het aantal werkzame personen kon worden verwacht. Relevant is daarnaast dat de toekomstige generatie verloskundigen voor het merendeel een eigen praktijk ambieert, maar in de praktijk sneller aan de slag kan als klinisch verloskundige in het ziekenhuis dan in een eigen praktijk (Hingstman, Kenens en Wiegers, 2011). Omdat er nog steeds ziekenhuizen zijn die geen of weinig verloskundigen in dienst hebben zou ook in de komende jaren het aantal klinisch verloskundigen verder kunnen stijgen, maar dat zal echter mede afhangen van de vraag wat hun rol ten opzichte van gynaecologen is en zal worden. Hoewel deze capaciteitsraming niet over gynaecologen gaat, is het niet mogelijk hen helemaal buiten beschouwing te laten. Het aantal geregistreerde gynaecologen is tussen 2000 en 2010 toegenomen van 820 tot 978 (Capaciteitsorgaan, 2010), een toename van bijna 20%. Van die 978 geregistreerde gynaecologen zijn er 900 ook als zodanig werkzaam, maar hoeveel van hen obstetrische zorg verlenen en voor hoeveel procent van hun gewerkte tijd, is niet bekend. Bij de verwachte ontwikkelingen ten aanzien van de toekomstige benodigde capaciteit aan gynaecologen wordt in het genoemde rapport bij de parameter taakherschikking rekening gehouden met een per saldo verandering van -0,3% op jaarbasis. Dat wil zeggen een lichte daling in de vraag naar gynaecologen/obstetrici. De term 'per saldo' wijst naar twee ontwikkelingen die tegengestelde effecten kunnen hebben: enerzijds enige afname door inschakeling van 'meer (erkende) klinische (tweedelijns)verloskundigen en verpleegkundig specialisten' en anderzijds een toename door een mogelijke verschuiving van eerste- naar tweedelijns verloskunde (Capaciteitsorgaan, 2010). Hiermee komen we weer terug bij de toekomstscenario's die in het IVA-rapport zijn geschetst, met name op het punt van taakherschikking. Er is een breed gedragen streven om de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen inhoudelijk en organisatorisch te optimaliseren en er wordt zelfs gekeken naar de mogelijkheden van een integrale bekostiging (KNOV 2012; ministerie van VWS, CZ-3119749, 3/7/2012; NZa, 2012); er bestaat evenwel discussie over waar welke verantwoordelijkheid van de geboortezorg ligt (Wiegers en Hukkelhoven, 2011).

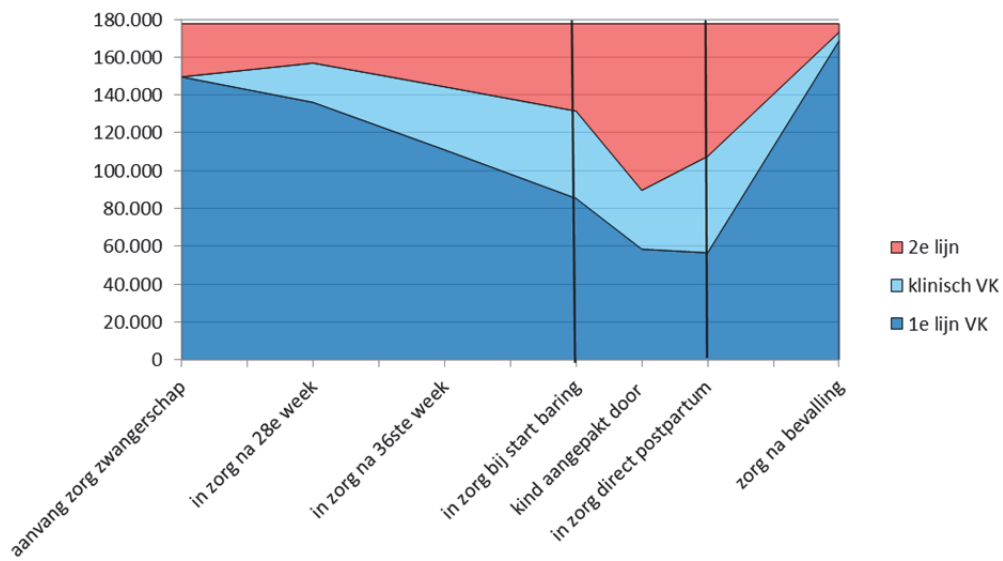
De onderstaande figuren 1.1 en 1.2 geven schematisch weer wat het aandeel is van verschillende zorgverleners in het totaal van de geboortezorg, onderverdeeld naar eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen en 2e lijn. De categorie 2e lijn bestaat uit gynaecoloog, assistent-gynaecoloog, arts-assistent, verpleegkundige of andere persoon. In 2008 is 67% van alle bevallingen in de 2e lijn voltooid en 33% in de 1e lijn. Deze figuren zijn gebaseerd op verschillende bronnen: allereerst PRN-cijfers over 2008 (in zorg tijdens zwangerschap, overdrachten, in zorg tijdens baring), vervolgens ook cijfers uit de PRNinsight over spontane bevallingen in 2e lijn (62% van alle 2e lijns bevallingen) en kind aangepakt door de verloskundige (42% van de spontane bevallingen in de 2^e lijn) (zie ook figuur 4.2 in dit rapport). Dat betekent: in 26% van alle 2e lijns bevallingen is het kind aangepakt door de verloskundige.

Over de verdeling van zorg tussen klinisch verloskundigen en gynaecologen tijdens de zwangerschap en na de bevalling zijn geen gegevens bekend, daarom is uitgegaan van een gelijke verdeling. Wat betreft de zorg na de bevalling is er van uit gegaan dat 95% van alle kraamvrouwen zorg krijgt in de eerste lijn. Hiermee is een beeld geschetst van het aandeel van verloskundigen in de verloskundige zorg in 1e en 2e lijn samen: 84% bij aanvang van de zorg, 74% bij de start van de baring, 50% bij de geboorte van de baby, 61% direct postpartum en 98% in het kraambed. Wanneer alle bevallingen die in een kunstverlossing eindigen (met vacuümpomp of forceps, of met een keizersnede) uit de tabel verwijderd worden en alleen spontane bevallingen bekeken worden, verschuift het beeld enigszins, zie figuur 1.2.

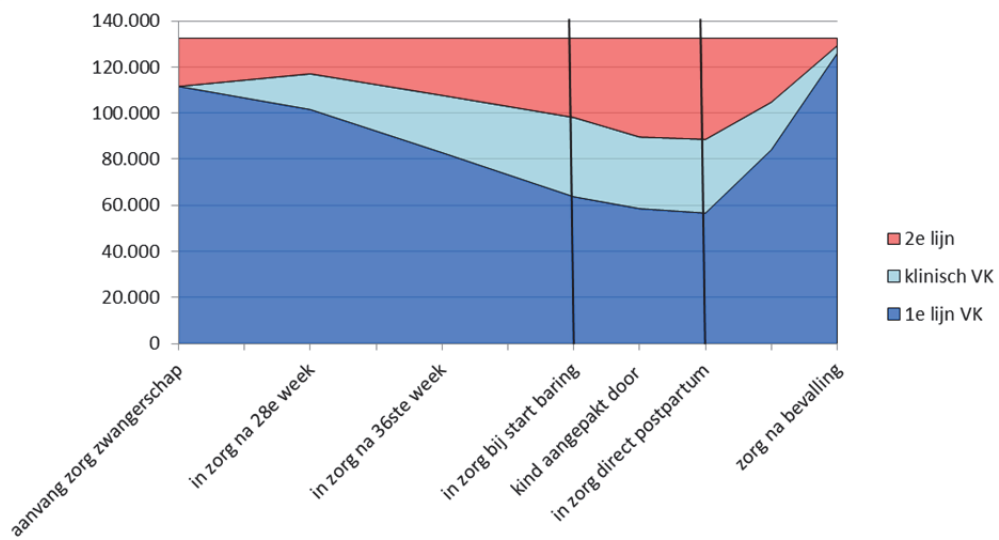
Klinisch verloskundigen begeleiden inmiddels meer dan 50% van de spontane bevallingen in de 2^e lijn en in het jaar waarover deze cijfers gaan (2008) was dat 42%. Om de rest van de figuur (het aandeel van verloskundigen in de pre- en postnatale zorg) te kunnen tekenen, moesten wel enkele aannames gedaan worden, omdat uiteraard niet bekend is hoeveel van de vrouwen die uiteindelijk een kunstverlossing krijgen pas tijdens de baring naar de tweede lijn zijn verwezen of al daarvoor. Daarom zijn de vrouwen die uiteindelijk een kunstverlossing kregen evenredig over de drie groepen verdeeld en vervolgens uit de cijfers verwijderd. Alleen bij de categorie 'kind aangepakt door' en 'in zorg postpartum' zijn voor de eerste lijn de zelfde aantallen als in figuur 1 aangehouden omdat de bevallingen met kunstverlossing dan immers al naar de tweede lijn zijn verwezen. Bij de categorie 'kind aangepakt door' is er nu van uitgegaan dat 42% van de 2e lijns bevallingen is aangepakt door 2e lijns verloskundige (zoals ook is weergegeven in figuur 4.2 van dit rapport: 42% in 2008).

Uit deze figuur blijkt dat van het aandeel van verloskundigen in de verloskundige zorg bij spontane bevallingen in 1e en 2e lijn samen 68% is bij de geboorte van de baby. De andere percentages zijn gelijk aan die in figuur 1.1.

Figuur 1.1: Aandeel verschillende medische zorgverleners in het totaal van de geboortezorg in 2008



Figuur 1.2: Aandeel verschillende medische zorgverleners in de geboortezorg in 2008, exclusief de kunstverlossingen.



1.4 Waar staan we nu: de beleidscontext van het verloskundige zorgaanbod

De beleidscontext rond de organisatie en de arbeidsmarkt van verloskundigen is de laatste jaren complexer geworden door de discussie over de verdergaande medicalisering van de geboortezorg (versus zwangerschap en bevalling als fysiologische gebeurtenissen) en de grote (media)aandacht voor de kwaliteit en organisatie van de verloskundige zorg die is ontstaan na berichten en cijfers rond babysterfte en risico's bij gecompliceerde bevallingen in Nederland (EURO-PERISTAT 2008, Evers 2010). De Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) formuleerde naar aanleiding van de PERISTAT-cijfers voorstellen ter verbetering van de verloskundige zorgketen, waaronder drie normen voor de acute verloskunde: de 15-minutennorm en begeleidings- en bewakingsnormen. Door de minister zijn dit bevallingsnormen genoemd. De 15-minutennorm houdt in dat er 24 uur per dag 7 dagen per week binnen 15 minuten de benodigde medisch specialistische behandeling door een gynaecoloog of een geautoriseerde obstetrisch professional moet kunnen worden gestart. De 15 minuten starten wanneer de gynaecoloog of de obstetrisch professional onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog heeft vastgesteld dat er een potentieel levensbedreigende situatie is ontstaan. De begeleiding- en bewakingsnormen zijn nader gespecificeerd als de 1 op 2 bewaking door gynaecoloog/arts-assistent gynaecologie/klinisch verloskundige en de 1 op 1 begeleiding door obstetrie en gynaecologie verpleegkundigen. Recent is het rapport van KPMG en Plexus verschenen waarin de 24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis op haar 'kwalitatieve, personele en organisatorische consequenties' is onderzocht (KMPG/Plexus, 2012). De auteurs concluderen hierin: *“acute verloskundige zorg heeft ondanks optimale organisatie altijd een kans in zich dat er wachttijd boven de norm ontstaat. (...) Vanuit het oogpunt van kwaliteit is het streven dat in maximaal 1% de 15-minutennorm niet gehaald wordt (...) Om de gestelde 15-minutennorm te effectueren is (re)organisatie van acute verloskundige zorg binnen het ziekenhuis dringend noodzakelijk, meer nog dan de organisatie van bereikbaarheid.”* (p. 6). Gepleit wordt voor een breed pakket van maatregelen in samenhang om de beschikbaarheid van de gynaecoloog binnen de acute zorg en de afstemming in de keten te verbeteren. Een reactie van het Ministerie van VWS op dit rapport, en tevens op rapporten van de Gezondheidsraad (2012), de NVZ en de NVOG (2011), verscheen als brief aan de kamer op 1 maart 2012 (CZ/TSZ-3106339, 1/3/2012). De brief verwoordt een aantal 'dilemma's' die spelen rond het invoeren van normen voor de achtervangfunctie van de Spoedeisende Help (SEH) en acute verloskundige zorg. Het eerste knelpunt dat genoemd wordt is krapte op de arbeidsmarkt. Ziekenhuizen in krimpregio's kampen met een tekort aan medische specialisten en hebben moeite met het werven van verloskundig personeel. Dit probleem versterkt zich omdat in dunbevolkte gebieden specialisten te weinig ervaring opdoen met minder vaak voorkomende behandelingen en ziekenhuizen niet aan de volumevereisten kunnen voldoen. De brief concludeert dat de (nieuwe) normen voor de achtervangfunctie van de SEH en acute verloskundige zorg niet onverkort ingevoerd zullen worden. In plaats daarvan wordt over vijf jaar opnieuw bezien of invoering wenselijk is. Daarnaast is het voorstel om naar meer “alternatieve oplossingen en regionaal maatwerk” te streven en te leren van ervaringen die hiermee in de praktijk al zijn opgedaan. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) kan een sturende rol spelen daar waar onwenselijke tekorten in bepaalde plekken in het land zijn of ontstaan. En tenslotte wordt in de brief aangegeven dat de minister wil kijken naar de functie die kleine ziekenhuizen kunnen blijven vervullen in de acute (verloskundige) zorg, bijvoorbeeld in

de vorm van eerstelijns geboortecentra (met betrekking tot de verloskundige zorg) of tussenvormen tussen een huisartsenpost (HAP) en SEH (met betrekking tot de acute zorg).

1.5 De focus en vraagstellingen van dit onderzoek

Uit het voorgaande volgt de brede en complexe vraag hoe de genoemde ontwikkelingen en omstandigheden de arbeidsmarkt voor verloskundigen in de komende 10 of 15 jaar zullen beïnvloeden. Zullen vraag en aanbod gelijk zijn of blijven groeien, behoudt/bereikt de arbeidsmarkt stabiliteit en welke (opleidings)maatregelen zijn daarvoor nodig? De uitdaging daarbij is om de huidige vraag naar en het aanbod van verloskundigen in Nederland zo valide en betrouwbaar mogelijk te meten en de toekomstige vraag en aanbod vervolgens voor de middellange termijn zo precies mogelijk in te schatten. Om deze uitdaging aan te gaan wordt het rekenmodel van het NIVEL voor capaciteitsramingen (dat ook in 2005 is gebruikt) als uitgangspunt gehanteerd. Zoals hierna wordt uitgelegd, worden in dit model veronderstellingen geformuleerd over de vraag naar en aanbod van een bepaalde beroepsgroep (in dit geval de verloskundigen), waarna afgeleid wordt wat de opleidingscapaciteit moet zijn om vraag en aanbod in de toekomst op elkaar te laten aansluiten.

De eerste twee onderzoeksvragen die we hiervoor kunnen onderscheiden, betreffen het aanbod van de beroepsgroep van verloskundigen, namelijk:

1. Wat is de ontwikkeling geweest in de in- en uitstroom van verloskundigen in Nederland tot 2012, verdeeld naar werkervaring en herkomst diploma, en hoe zal de in- en uitstroom zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
2. Wat is de ontwikkeling geweest in de capaciteit van verloskundige beroepsgroep tot nu toe, zowel wat betreft het (geschatte) aantal fte als de hoeveelheid patiëntgebonden tijd, en hoe zal zich dit op de langere termijn gaan ontwikkelen?

De volgende twee onderzoeksvragen betreffen de vraag naar de verloskundigen in Nederland:

3. Wat is de ontwikkeling geweest in de vraag naar verloskundigen in Nederland tot nu toe, verdeeld naar demografisch en niet-demografische ontwikkelingen in de bevolking en hoe zal de zorgvraag zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
4. Wat is de ontwikkeling geweest in de organisatie van de verloskundige zorg tot nu toe, zoals ontwikkelingen in efficiency, specialisatie en taakherschikking en hoe zal de zorgvraag zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?

De laatste twee vragen betreffen de aansluiting tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt van verloskundigen:

5. Wat is de ontwikkeling geweest in de aansluiting tussen vraag en aanbod van verloskundigen in Nederland tot nu toe, in termen van onvervulde vraag en (tussentijdse) bijstelling van de opleidingscapaciteit?
6. Wat zal de ontwikkeling in de aansluiting tussen vraag en aanbod van verloskundigen in Nederland op langere termijn zijn, uitgaande van een aantal nader te bepalen beleidsrijke toekomstscenario's, en wat zijn de beleidsmatige mogelijkheden om de opleidingscapaciteit op basis van deze scenario's bij te stellen?

1.6 Onderzoekopzet en leeswijzer van dit rapport

Het onderzoek is begonnen met het interviewen van een aantal experts op het gebied van de verloskundige zorg in Nederland. Deze interviews waren verkennend van aard en dienden om ideeën te genereren over de trends die in de huidige verloskunde een belangrijke rol spelen en over ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de beschikbare en benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland. Deze verkennende interviews zijn beschreven in hoofdstuk 2.

Vervolgens zijn twee scenario workshops georganiseerd, waarvan hoofdstuk 3 verslag doet. Deels gebaseerd op de verkennende interviews is een tweetal onderwerpen voorbereid waarop tijdens de workshops dieper in is gegaan om toekomstverwachtingen te formuleren. Het eerste onderwerp betrof de trends die te verwachten zijn rond de cliënt, ‘de zwangere van morgen’. Het tweede onderwerp betrof verwachtingen rond het beroepssysteem, ‘de organisatie van de geboortezorg van morgen’. Beide betreffen ‘grote’ ontwikkelingen die bepalend zijn voor de toekomstige arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland en die een basis vormen om scenario’s te maken die toegepast kunnen worden in het capaciteitsramingsmodel.

Het capaciteitsramingsmodel en de invulling daarvan wordt beschreven in hoofdstuk 4. Hierin vindt de daadwerkelijke doorrekening van de trends aan de aanbod- en vraagkant van de verloskundige arbeidsmarkt plaats. Voor gegevens over het huidige aanbod van verloskundigen is gebruik gemaakt van de beroepenregistratie van verloskundigen van het NIVEL, de BIG-registratie en het CBS. Voor het extrapoleren van deze gegevens om het mogelijke aanbod in 2022 of 2027 te berekenen is daarnaast gebruik gemaakt van rendement- en uitstroomgegevens van de opleidingen voor verloskundigen. Voor informatie over de toekomstige vraag naar verloskundige zorg is gebruik gemaakt van CBS-gegevens (bevolkingsprognose). Scenario’s zijn opgesteld om verschillende verwachtingen ten aanzien van die trends door te kunnen rekenen. Het resultaat is daarom niet één getal, maar een bandbreedte van uitkomsten, lopend van een minimaal tot een maximaal aantal jaarlijks in Nederland op te leiden verloskundigen om in 2022 of 2027 een zo goed mogelijk evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken dan wel te behouden.

Het rapport sluit in hoofdstuk 5 met een samenvatting en conclusie.

2 De verkennende interviews

2.1 Inleiding

In het licht van de vele ontwikkelingen die spelen rond de verloskundige zorg in Nederland is het van belang dit vanuit zoveel mogelijk perspectieven te bezien. Voor het construeren van ‘beleidsrijke scenario’s’ is het van belang om beleid op alle niveaus in kaart te brengen; van de ‘werkvloer’ tot op nationaal niveau, en bezien vanuit cliënten, de beroepsgroep, aanverwante disciplines, verzekeraars en andere stakeholders. Ter voorbereiding van de beleidsrijke scenario’s die binnen de onderhavige capaciteitsraming een plaats gaan vinden is een reeks van verkennende interviews met experts uit het veld opgesteld en uitgewerkt.

In de periode mei - september 2012 zijn negen interviews afgenomen bij deelnemers die verschillende perspectieven representeren op de arbeidsmarkt voor verloskundigen en op de verloskundige keten. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om interviews te houden met vertegenwoordigers van de beroepsvereniging, vertegenwoordigers van de beroepen waarmee verloskundigen in de eerste en tweede lijn samenwerken, verloskundigen zelf, en stakeholders binnen de verloskundige keten. Tabel 1 geeft de achtergrond (functie/positie) van de uiteindelijk geïnterviewde experts weer. Deze indeling komt ook terug bij het bespreken van de resultaten.

Tabel 2.1: Achtergrond van de geïnterviewde experts

Functie/positie	Aantal
Vertegenwoordigers van het beleid	2
Vertegenwoordigers van de opleidingen	2
Vertegenwoordigers van het werkveld	3
Vertegenwoordigers van de wetenschap	2

2.2 Opzet van de verkennende interviews

De belangrijkste vraag is vooraf aan de verkennende interviews werd gecommuniceerd was: *"wat is de ontwikkeling geweest in het verloskundige systeem tot nu toe, zoals ontwikkelingen in efficiency, specialisatie en taakherschikking en hoe zal de zorgvraag zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?"*. Er is geen gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst vanwege de verschillende achtergronden van de experts en omdat het doel van de interviews kwalitatief en verkennend was. Binnen elk interview kwam in ieder geval het doel van het onderzoek aan bod en werd het capaciteitsmodel van het NIVEL verduidelijkt. Daarna vond er een open gesprek plaats. De onderwerpen die gedurende het gesprek aan bod kwamen, werden door de experts zelf aangedragen. De interviews duurden één tot anderhalf uur en werden na toestemming digitaal opgenomen.

2.3 Resultaten

Deze paragraaf vat de verkennende interviews samen met betrekking tot de ontwikkelingen die de toekomstige vraag naar verloskundige zorg gaan bepalen, zoals benoemd/genoemd door de verschillende experts. Allereerst worden de belangrijkste ontwikkelingen besproken die de behoefte van cliënten aan verloskundige zorg in Nederland bepalen in de komende tien jaar. Vervolgens komen de ontwikkelingen in het Nederlandse verloskundig systeem aan bod die een invloed zullen hebben op de behoefte aan verloskundigen. Steeds wordt begonnen met onderwerpen die veel aan de orde zijn geweest tijdens de verkennende interviews en er wordt geëindigd met onderwerpen die door enkelen zijn genoemd. Hierbij dient rekening te worden gehouden met het feit dat als het gaat over ontwikkelingen die weinig zijn genoemd, het niet betekent dat de andere vertegenwoordigers (die deze ontwikkeling niet noemen) niet dezelfde verwachtingen hebben ten aanzien van deze ontwikkelingen.

Voor de onderstaande beschrijvingen en analyses is het principe van de *Constant Comparative Method* toegepast, een methode die afkomstig is uit de kwalitatieve onderzoekstraditie die bekend staat als *Grounded Theory* (vgl. Glaser en Strauss, 1967). Het idee daarbij is dat open ‘materiaal’ verzameld wordt, dat relevant is voor een bepaald onderwerp, waarna dit in meer algemene termen wordt beschreven. In dit geval is interviewmateriaal uitgeschreven, ingedeeld en ‘gecodeerd’, waarna de relevante code/indicator-combinaties door alle interviews heen systematisch met elkaar zijn vergeleken. Door dit voor verschillende items (hier: te verwachten trends in de verloskundige zorg) te doen tot bepaalde conclusies zich stabiliseren, en nieuwe vergelijkingen geen veranderingen meer teweeg brengen in de 'vulling' van de conclusies wordt als het ware een verzadigingspunt (*saturation principe*) bereikt.

2.3.1 Cliëntontwikkelingen

Pijnstilling

In zes van de negen interviews is gesproken over een toename in de vraag naar pijnstilling. Daarbij wordt gemeld dat in de afgelopen tien jaar een enorme toename is te zien, dat de vraag naar pijnstilling in korte tijd is verdrievoudigd is en dat de vraag naar pijnstilling blijft stijgen. Een oorzaak die hiervoor wordt genoemd is de toenemende beschikbaarheid van pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsfase. Een andere genoemde oorzaak is de veranderende acceptatie van pijnstilling, waardoor de drempel om pijnstilling te vragen lager is geworden. Ook worden hogere verwachtingen ten aanzien van verloskundige zorg opgemerkt, wat er voor kan zorgen dat mensen met verminderd vertrouwen beginnen aan een bevalling. Tot slot wordt gezegd dat cliënten veeleisender worden en zelf bepalen dat zij pijnstilling willen.

Citaat van een vertegenwoordiger van het werkveld: *“Pijnstilling is explosief gestegen. De markt is een beetje vrijgegeven. Er is aanbod en een enorme vraag.”*

Plaats van bevalling

Drie experts spreken over een daling in de wens voor thuisbevallingen. Tussen 2007 en 2010 heeft een substantiële voorkeursverandering van thuisbevallen naar eerstelijns poliklinisch plaatsgevonden. De verwachting is er dat deze trend zich gaat voortzetten en dat de wens voor thuisbevallingen waarschijnlijk verder gaat teruglopen. Oorzaken voor deze daling in het percentage thuisbevallingen die worden genoemd zijn velerlei: de komst van geboortecentra, negatieve publiciteit ten aanzien van de babysterfte, de toegenomen vraag naar pijnstilling, ‘de planbare maatschappij’ en de trend dat thuisbevallen minder de norm is geworden dan veertig jaar geleden. Citaat van een vertegenwoordiger van de wetenschap: *“Er is een culturele verschuiving naar het ziekenhuis.”*

Zorg op maat

Als het gaat over de zwangere over tien jaar dan wordt door twee vertegenwoordigers van de wetenschap aangestipt dat cliënten tegenwoordig beter zijn geïnformeerd en de regie grijpen. Cliënten wachten niet op de informatie van de verloskundige over hoe de bevalling gaat verlopen, maar hebben daar zelf ideeën over. Ze worden veeleisender en verwachten meer van medici.

Als gevolg daarvan dient de sector zich te gaan ontwikkelen in de voorkeur van de klant, oftewel een organisatie te worden die hulpvraag-georganiseerd is. Eén expert vertelt dat hij verwacht dat netto de rol van de klinisch verloskundige toeneemt.

Citaat van een vertegenwoordiger van het werkveld: *“Taken dienen beter op elkaar te worden afgestemd, naar zorg op maat. Het is dus nu zo dat klanten in een andere fase behoefte hebben aan andere zorg, een andere professional, een andere expertise.”*

2.3.2 Systeemontwikkelingen

Opleiding

Door acht experts zijn gedurende de interviews uitspraken gedaan over de huidige opleiding van verloskundigen. Allereerst wordt door zeven experts benoemd dat het van belang is om eerstelijns en tweedelijns verloskundigen bekwaam te maken om in een integraal zorgsysteem aan de slag te kunnen. Daarbij verwachten drie experts dat het curriculum tevens aangepast gaat worden om verloskundigen voor te bereiden om de rol als onderzoeker op te pakken. Binnen een aantal regionale consortia is het al één van de criteria dat daar een multidisciplinair team gezamenlijk onderzoek doet. Twee vertegenwoordigers van de opleidingen verwachten dan ook dat het onderzoek binnen twee à drie jaar in het curriculum zit. Daarnaast noemen twee experts het belang van meer aandacht voor samenwerking in de opleiding.

Een vertegenwoordiger van het beleid meent dat *“de roep om een integraal zorgsysteem steeds groter wordt. De voormalige verloskundige uit de eerstelijns moet dan in een team gaan werken. Daar zit een knelpunt. Je wordt opgeleid als een autonome zorgverlener, maar je moet tegelijkertijd in wederzijdse afhankelijkheid in een team samenwerken om tot een teamresultaat te komen.”*

Twee experts spreken over de wijze van opleiden als het gaat over het kunnen leveren van integrale zorg. Eén expert (vertegenwoordiger van het beleid) meent dat het voor de eerstelijns verloskundige goed met bijscholing te doen moet zijn om als integrale verloskundige aan de gang te gaan. Tegelijkertijd gaat de klinisch verloskundige zwaardere

problematiek bedienen waarvoor de huidige opleiding anders ingericht zou moeten worden. De andere expert (vertegenwoordiger van het beleid) heeft het over twee manieren van opleiden: het geven van een extra opleiding aan alle eerstelijns verloskundigen, zodat ze ook tweedelijns taken kunnen doen of het steviger neerzetten van de tweedelijns verloskundigen. Als gevolg van aanpassingen aan de huidige opleiding zal volgens drie experts het opleidingscurriculum van verloskundigen worden uitgebreid en zwaarder worden, zodat verloskundigen uitgerust zijn om die zorg te geven. Dat vraagt dus extra studietijd van de zittende groep verloskundigen in de eerste lijn en de tweede lijn. Een vertegenwoordiger van het werkveld geeft daarbij aan dat *“als de verloskundige goed wil screenen en de patiënt wil voorlichten over welk scenario de patiënt te wachten staat, dan moet zij verstand hebben van pijnstilling, de voor- en de nadelen, uitgebreide informatie geven over de kansen van een thuisbevalling, prenatale diagnostiek.”*

Een tweetal experts meent dat door deze ontwikkelingen een deel van de eerstelijns verloskundigen zal kunnen uitvallen. De kans is groter dat studenten na afronding van de studie geen praktiserend verloskundige zullen worden als de toekomstige studie Verloskunde meer communicatie, wetenschappelijk onderzoek en organisatie gaat omvatten. Dan wordt er immers niet alleen meer opgeleid voor het operationele niveau. Eén expert verwacht desondanks wel dat de meeste nu werkzame verloskundigen zich zullen laten bijscholen, want het zijn ondernemers en op een gegeven moment kiest de cliënt. De andere expert verwacht dat dat door voortijdig uitval van de verloskundige die nu werkzaam is, de instroom in de nieuwe opleiding hoger moet.

Citaat van een vertegenwoordiger van het werkveld: *“Ik denk zeker dat een stukje van de eerstelijns verloskundigen zou uitvallen.”*

Als het gaat over de academisering van de verloskundige opleiding, dan noemt één vertegenwoordiger van het werkveld dat een bredere basis aan kennis nodig is (een Bachelor en verschillende Masters) als de verloskundige mee wil in een complexe multidisciplinaire zorg. Over tien jaar zou het kunnen dat verloskundigen anders opgeleid zijn met een ander beroepsprofiel/competentieprofiel. Twee experts (vertegenwoordigers van de wetenschap) menen dat door het ‘academiseren’ van de opleiding Verloskunde het ook beter te rechtvaardigen is dat verloskundigen nieuwe verantwoordelijkheden aan kunnen. Echter merkt één vertegenwoordiger van het beleid ook op dat *“de minister geen academisering van de verloskundige opleiding wil.”*

Integraal zorgaanbod

Zeven van de negen experts spreken over ontwikkelingen rond integrale verloskundige zorg in Nederland. Zij verwachten dat de huidige strikte scheiding tussen de eerstelijns en de tweedelijns gaat verschuiven door de komst van een integraal model. Met de komst van een integraal model zou er volgens vijf experts een ‘nieuwe’ eerstelijns verloskundige en een ‘nieuwe’ klinisch verloskundige kunnen ontstaan. Vijf experts omschrijven de ‘nieuwe’ eerstelijns verloskundigen als een verloskundige die weliswaar in de eerstelijns gaat werken, maar ook in het grijze overgangsgebied de gewone baringen (bijvoorbeeld bij groen vruchtwater en pijnstilling) gaat leiden. De groep die de integrale verloskundige gaat bedienen wordt opgerekt. Drie experts noemen hierbij dat de nieuwe eerstelijns

verloskundige taken gaat overnemen van de tweedelijns verloskundige, omdat de groep die pijnstilling nodig heeft steeds groter wordt. De verloskundige die nu eerstelijns zorg levert, begeleidt dan ook langer de zwangere, ook al zou dat in een klinische setting zijn. De klinisch verloskundige werkt in een ziekenhuis en bedient de groep die onder de controle is van de gynaecoloog. De ‘nieuwe’ klinisch verloskundige begeleidt de complexere gevallen en de gevallen die vanuit de geïntegreerde verloskundige komt met meerdere problemen. De groep met ernstige pathologie zal altijd in een volledig klinische setting blijven, waarin verloskundigen zullen werken die nog meer afweten van de pathologie dan de integrale verloskundige.

Citaat van een vertegenwoordiger van de opleiding: *“Een hele grote groep cliënten zal in dat integrale model terecht komen.”*

Eén expert (vertegenwoordiger van het beleid) meldt dat de overgang naar een integraal systeem waarschijnlijk in het begin meer tijd gaat kosten, want zorgverleners moeten elkaar beter leren kennen en nieuwe manieren van werken moeten ingebed worden in de dagelijkse praktijk. Dat hoeft echter niet te betekenen dat in zijn totaliteit meer tijd aan de cliënt gespendeerd wordt dan nu het geval is, maar dat wordt anders ingedeeld: parallelle acties in plaats van serieel. Het aantal verloskundigen hoeft dus niet heel erg te veranderen. Alleen de taken van die verloskundigen zullen anders worden. Twee experts menen dat eerstelijns en tweedelijns verloskundigen het wat drukker gaan krijgen. Een deel van de bevallingen dat nu doorverwezen wordt naar het ziekenhuis, wordt dan teruggebracht bij de integrale verloskundige. De klinisch verloskundigen schuiven iets meer op naar patiënten met een hoger risico. Daarin nemen zij taken over van de gynaecologen. En de gynaecoloog gaat zich nog wat meer toespitsen op de pathologische kant van het verhaal. Eén vertegenwoordiger van het beleid benadrukt dat een deel van de taken binnen de taakuitbreiding al gedaan wordt door de tweedelijns verloskundigen, alleen hebben ze daar nog geen verantwoordelijkheden voor. Dus het levert niet per se meer taken op voor tweedelijns verloskundigen. In een aantal ziekenhuizen zullen er wel extra plaatsen zijn voor verloskundigen als de taken worden vastgelegd. Dat zal in sommige regio’s waarschijnlijk eerder leiden tot meer taken voor de eerstelijns verloskundige. Het lijkt een vertegenwoordiger van het werkveld niet logisch dat de integrale verloskundige taken gaat overnemen van de gynaecologen, want het zijn beiden professionals met eigen vaardigheden en die zijn aanvullend, niet concurrerend. Daarnaast meent deze expert dat: *“als er genoeg gynaecologen zijn, het is ook niet nodig is dat andere professionals taken overnemen van de gynaecoloog.”*

Tenslotte spreken twee experts in dit verband nog over het integrale tarief. Eén vertegenwoordiger van het beleid geeft aan dat integrale bekostiging van de verloskundige keten niet wordt geadviseerd voor dit moment, maar voor de toekomst. Eén vertegenwoordiger van het werkveld verwacht ook dat er voorlopig nog geen integraal tarief voor de zorg komt.

Citaat van een vertegenwoordiger van het beleid: *“Je kan pas een integraal tarief hanteren, als je het ook gaat hebben over een integraal zorgaanbod.”*

Taakuitbreiding

Drie van de negen experts hebben gesproken over een toenemende rol van de eerstelijns verloskundige in de *public health*, de publieke gezondheidszorg. Zij zien een toename in de cumulatie van problemen de laatste jaren. In de toekomst zullen er vaker cliënten zijn die zwanger zijn en niet één probleem hebben, maar meerdere problemen (jong zwanger, schulden, roken, relatie die niet goed zit, in het verleden depressief, etc.), waardoor de zorgvraag toeneemt. Dat betekent voor de rol van de eerstelijns verloskundige dat ze (ter preventie) steeds meer moeten netwerken in de eerste lijn (huisartsen, eerstelijns psychologen) en met externe begeleiders (maatschappelijk werkers). Dit heeft met name consequenties voor het spreekuur, maar ook in het onderhouden van het netwerk en overleg. En omdat 80% van de zwangeren begint in de eerste lijn, vindt de verzwaren met name in de eerste lijn plaats. Deze drie experts zeggen dat in het kader van de public health het één van de aanbevelingen is om verloskundigen een huisbezoek te laten maken rond 34 weken. De verzwaren komt waarschijnlijk deels op het bord van de verloskundige en deels op het bord van de kraamzorg. Het kan bijvoorbeeld in de vorm van een consult bij iemand thuis met aanvullende vragen in plaats van een consult bij de verloskundige. Of de kraamzorg stelt extra vragen. *“De kans dat dit wordt ingevoerd is vrij groot,”* aldus een vertegenwoordiger van het werkveld.

Zoals eerder aangegeven noemen drie van de negen experts het doen van onderzoek (bijvoorbeeld in een multidisciplinair team) en het toepassen van wetenschappelijke kennis als een taakuitbreiding. Verloskundigen moeten zelf hun vakinhoud kunnen ontwikkelen en de rol van onderzoeker op zich kunnen nemen. Een andere taakuitbreiding waarover wordt gesproken (door twee van de negen experts) is pijnstilling. Daarbij wordt de toepassing van lachgas in geboortecentra (aan ziekenhuizen vast) en de steriele waterinjectie genoemd. Het mogen toepassen van lachgas in geboortecentra kan er toe leiden dat er minder zal worden verwezen naar het ziekenhuis. Werden cliënten met een pijnstillingsvraag eerder doorverwezen naar het ziekenhuis, dan zal door de beschikbaarheid van pijnstilling in geboortecentra voor een deel van de cliënten geen verdere pijnstilling nodig zijn. Voor de waterinjectie geldt dat de bevoegdheid van de eerstelijns verloskundigen aangepast dient te worden. Medio 2013 wordt de bevoegdheid van de eerstelijns verloskundigen aangepast en uitgebreid, wat betekent dat de eerstelijns verloskundige meer taken zal krijgen. Ook zijn volgens één expert de *screeningen* op aandoeningen in de afgelopen jaren meer tijd gaan kosten hetgeen in de aankomende tien jaar kan gaan toenemen met de komst van vaktechnische ontwikkelingen. Hierdoor kunnen dan meer aandoeningen worden gevonden. Dat betekent dat het counsellen van cliënten in de eerste lijn meer tijd gaat kosten. In het ziekenhuis gaat het de tweedelijns verloskundige meer tijd kosten om de patiënten voor te bereiden op het consult met de klinisch geneticus. Tot slot zijn andere taakuitbreidingen die door één expert gemeld worden een spiraaltje plaatsen en advisering bij orale anticonceptie. Een vertegenwoordiger van het beleid geeft daarbij aan dat *“er nog wel een aantal eisen zijn; bijvoorbeeld richtlijnen voor samenwerking met de huisarts voor die anticonceptievraagstukken.”*

Taakherschikking

Taakherschikking als gevolg van het integrale zorgaanbod in Nederland is besproken onder het kopje ‘integraal zorgaanbod’. Als het gaat om andere taakherschikking (dus niet als gevolg van het integrale zorgaanbod), dan wordt door één expert uit het werkveld genoemd dat de gynaecologen meer een superviserende regisserende rol krijgen en de klinisch verloskundigen een meer operationele rol krijgen. De verschuiving betreft dus vooral de rol van de klinisch verloskundigen. Tien jaar geleden werd nog geen tien procent van de klinische bevallingen door de verloskundigen gedaan. In 2010 werd de helft van de klinische bevallingen door de verloskundige gedaan. Dit is een trend die zich gaat voortzetten binnen de verloskamers en op de echoafdeling, de verpleegafdeling en de polikliniek, omdat verloskundigen relatief goedkope krachten zijn. Daarnaast noemt één vertegenwoordiger van het onderzoek dat er in het kader van taakherschikking ook anders gedacht kan worden over het feit dat bij een thuisbevalling er één verloskundige en één kraamverzorgende aanwezig zijn.

Concentratie

Eén vertegenwoordiger van het beleid geeft aan dat er geluiden zijn dat het aantal ziekenhuizen een stuk kleiner gaat worden de komende tijd, wat zou kunnen betekenen dat er meer eerstelijns verloskundigen nodig zijn. In de regio's waar een ziekenhuis met een verloskundige afdeling verdwijnt, zijn vaak meer eerstelijns verloskundigen nodig; *“de reistijden worden langer en ze moeten verder reizen als een bevalling wel in het ziekenhuis plaats vindt en ze gaan mee.”*

Informatie-uitwisseling

Eén vertegenwoordiger van het beleid verwacht dat door digitale uitwisseling minder contactmomenten tussen zorgverleners nodig zijn. Eén administratie voor allebei, in plaats van één administratie voor de verloskundige en één voor de gynaecoloog, zal worden opgezet in de periode van tien jaar. Deze vertegenwoordiger van het beleid verwacht dat: *“vrijwel overal in Nederland is het dan meer een regel, dan een uitzondering.”*

Reguliere uren

Eén expert vertelt dat het erop lijkt dat verloskundigen steeds vaker de prioriteit leggen bij een combinatie van werk met familie en als gevolg daarvan een beperkter aantal werkuren beschikbaar zijn dan nu het geval is. Deze vertegenwoordiger van de wetenschap verwacht dat *“als verloskundigen in de toekomst meer reguliere uren willen werken, dan zijn er meer verloskundigen nodig.”*

2.4 Conclusie

Negen verkennende interviews zijn afgenomen bij experts die verschillende perspectieven op de arbeidsmarkt voor verloskundigen hebben. Gesproken is met drie vertegenwoordigers van het werkveld, twee vertegenwoordigers van het beleid, twee vertegenwoordigers van de opleidingen en twee vertegenwoordigers van de wetenschap. Gegeven deze spreij-

ding van achtergronden en perspectieven, is uit de interviews via de *Constant Comparative Method* een aantal algemene trends te extraheren die genoemd zijn als invloedfactoren van de toekomstige arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland. We benoemen en beschrijven deze hieronder als cliëntontwikkelingen en systeemontwikkelingen.

2.4.1 Cliëntontwikkelingen

Drie soorten cliëntontwikkelingen zijn genoemd gedurende de verkennende interviews. Ten aanzien van de cliënt verwacht men dat de vraag naar pijnstilling gaat toenemen. De overheersende verwachting is dat de toename van de vraag naar pijnstilling in de afgelopen tien jaar gaat doorzetten. De tweede cliëntontwikkeling die men verwacht is een daling in de wens voor thuisbevallen en een toename in de wens voor poliklinisch bevallen. Tot slot verwacht men dat cliënten meer veeleisend worden. Cliënten zullen steeds beter geïnformeerd raken en zullen steeds vaker de regie grijpen. Als gevolg daarvan dient de verloskundige sector meer in te spelen op de wensen van cliënten. De experts hebben geen concrete uitspraken gedaan over wat de gevolgen zijn van deze cliëntontwikkelingen voor de toekomstige behoefte aan verloskundigen, maar de tendens is dat de vraag naar verloskundigen zal toenemen.

2.4.2 Systeemontwikkelingen

Gedurende de verkennende gesprekken met de experts is gesproken over acht systeemontwikkelingen. Het algemene beeld dat allereerst naar voren komt uit de interviews is een verschuiving naar het integraal aanbieden van verloskundige zorg en de daarbij behorende taakherschikkingen. De wijze waarop de experts spraken over het integraal zorgaanbod was afhankelijk van hun achtergrond; zo spraken de vertegenwoordigers uit het werkveld over de nieuwe invulling van de huidige functies (een 'nieuwe' eerstelijns en een 'nieuwe' tweedelijns verloskundige) en spraken de vertegenwoordigers van de opleiding over de consequenties voor de opleiding Verloskunde. Ten aanzien van de huidige opleiding verwacht men dat deze zal worden aangepast om eerstelijns en tweedelijns verloskundigen bekwaam te maken om in een integraal zorgsysteem te werken. Meer aandacht zal onder andere worden besteed aan de wetenschap (onderzoek) en samenwerking. Twee experts melden hierbij dat door deze verzwaring en uitbreiding, de instroom in de nieuwe opleiding Verloskunde hoger moet. Daarnaast verwacht men ten aanzien van het aanbodsysteem, dat de eerstelijns verloskundige in toenemende mate een rol zal spelen in de public health door een cumulatie van problemen onder cliënten. In het kader van de public health is een huisbezoek rond de 34 weken door de verloskundigen een aanbeveling en de kans dat dit wordt ingevoerd wordt als vrij groot geschat. Ook verwacht men dat het toepassen van wetenschappelijk onderzoek een taakuitbreiding zal zijn. Vertegenwoordigers van de opleiding menen dat het onderzoek ook onderdeel gaat zijn van de huidige opleiding. Tot slot verwachten twee experts dat de taken van eerstelijns verloskundigen zal worden uitgebreid met de toepassing van lachgas in geboortecentra en met de toepassing van de steriele waterinjectie. Voor een aantal onderwerpen geldt dat deze slechts door één vertegenwoordiger zijn aangehaald en in mindere mate relevant zijn. Systeemontwikkelingen die steeds door één expert zijn genoemd zijn de concentratie van de verloskundige zorg, een gezamenlijk informatie-uitwisseling systeem, de wens van verloskundigen om reguliere uren te werken en een aantal taakuitbreidingen (screeningen en daarvoor benodigde counseling, spiraaltje en advies orale anticonceptie).

2.4.3 Tot slot

Vooraf cliënt- en systeemontwikkelingen zijn volgens de experts van invloed op vraag en aanbod van verloskundigen. Beide hebben een eigenstandige invloed maar hangen ook met elkaar samen. Zo komt uit de verkennende interviews verschillende malen naar voren dat een systeemontwikkeling zoals integraal zorgaanbod met name ook voortkomt uit cliëntontwikkelingen. De toekomstige cliënt vraagt constante en intensieve zorg, waaronder pijnstilling, wat betekent dat dit ook binnen het systeem van de eerstelijns verloskunde een rol gaat spelen. Andersom merken experts op dat de beschikbaarheid van pijnstilling is toegenomen en het beleid hieromtrent aan het veranderen is, met als gevolg dat de vraag ernaar ook kán toenemen. Een ander voorbeeld is dat een toename van comorbiditeit leidt tot een intensievere en complexere geboortezorg, en meer eisen stelt aan ketensamenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgende. Dit werkt door in het opleidingssysteem waarin verloskundigen kundig en bekwaam gemaakt moeten worden om nieuwe taken die hiermee samenhangen op zich te kunnen nemen.

3 De scenario workshops

3.1 Inleiding

‘Voorspellen is moeilijk, vooral als het om de toekomst gaat’. Deze uitspraak wordt vaak aangehaald als men voor de complexe opgave staat toekomstverwachtingen te formuleren of, vaker nog, wanneer men terug kijkt naar verwachtingen of voorspellingen die niet of heel anders uit zijn gekomen. De complexiteit en onzekerheid van het doen van toekomstanalyses is in zekere zin van alle tijden. Ze kan echter voor een deel beteugeld worden door experts specifiek de opdracht te geven om voor een bepaald onderwerp ‘in de toekomst te kijken’, zo goed mogelijk op te tekenen welke redeneerwijzen zij voor hun toekomstanalyses hanteren en dit zo veel mogelijk met bronnen te ondersteunen die enige vorm van extrapolatie toelaten. In het vorige hoofdstuk is deze strategie toegepast door experts vanuit verschillende perspectieven individueel en onafhankelijk van elkaar te consulteren. In dit hoofdstuk bespreken wij de resultaten van een andere methode, waarin experts juist bij elkaar worden gebracht en op dezelfde tijd en plaats worden geconsulteerd, de methode van scenario workshops.

Over scenario workshops is reeds het nodige geschreven en zijn ook modellen en ‘richtlijnen’ gepubliceerd, ook voor onderwerpen en experts binnen de publieke sector, alhoewel het hierbij niet om heel ‘harde’ (toetsbare) of *evidence based* richtlijnen gaat. We hebben voor deze studie een aantal aanbevelingen aangehouden die zijn ontwikkeld binnen de traditie van zogenaamde participatieve beleidsontwikkeling (vgl. Bongers, 2000; Mayer, 1997; Ester, Geurts en Vermeulen, 1997). Dit betekent dat voor de scenarioworkshops verschillende experts worden uitgenodigd om vrij – maar wel gestructureerd, interactief, participatief en vaak ook computerondersteund – hun visie te geven op één of meerdere toekomstontwikkelingen. Deze toekomstontwikkelingen worden van te voren slechts globaal omschreven en ingeleid tijdens de workshops met enige feiten en cijfers uit (voor)onderzoek. Het groepsproces van de scenario workshops wordt door de *facilitators* en de agenda gestuurd in een volgorde die gaat van ‘divergentie’ naar ‘convergentie’. In het begin wordt de deelnemers gevraagd zo breed mogelijk trends, verwachting, hoofd- en deelvragen te genereren (divergentie), waarna deze *long lists* van ideeën zoveel mogelijk geclusterd worden om enkele te doordenken (convergentie). In deze tweede stap hoeft niet zozeer volledig consensus bereikt te worden maar wel is het doel te specificeren en te concretiseren, bijvoorbeeld door in te gaan op de vraag wat de kans is dat een bepaalde trend zich in een bepaald tempo gaat ontwikkelen, welke varianten en combinaties van de trends te bedenken zijn, wat de gevolgen zijn, et cetera.

In veel gevallen wordt aangeraden scenario workshops te houden op relatief ‘neutraal’ terrein, zeker als het gaat om experts met verschillende achtergronden, belangen en dus visies op de toekomst. Tevens is de zaal waarin de workshops worden gehouden belangrijk. Zo kan een zaal met software en PC’s waarin men als groep ideeën en oordelen collectief kan invoeren de traditionele groepsdiscussie zinvol ondersteunen. Voor deze studie kon gebruik worden gemaakt van de elektronische vergaderzaal van de Universiteit

Utrecht (zie www.cs.uu.nl/beleidslab). In deze zaal zijn 14 plekken ingericht aan een U-vormige vergadertafel met op elke plek een PC, (beweegbaar) scherm, toetsenbord en muis. Hiermee kunnen deelnemers met de PC werken maar ook met elkaar discussiëren als de schermen omlaag worden geduwd. Aan het hoofd van de vergadertafel is een plek ingericht voor plenaire presentatie op het beamer-scherm, kan de vergadersoftware worden bediend en optioneel microfoons en camera's. Dit is ook de natuurlijke plek voor de *facilitators* van de workshops. Voor bepaalde onderdelen van de workshop werd gebruik gemaakt van de softwareapplicatie *ThinkTank* (voorheen *GroupSystems*). Dit *groupware*-pakket is in de VS ontwikkeld en wordt door onderzoeks- en adviesbureaus gebruikt om groepen te ondersteunen in het maken van collectieve inschattingen, ordeningen en besluitvorming (zie bijv. Batenburg en Bongers, 2001). Met ondersteuning van het systeem werden de deelnemers gevraagd trends en factoren collectief in te typen. Doordat men tijdens de elektronische brainstorm de input van andere ziet (anoniem overigens) worden dubbellingen voorkomen, maar inspireren deelnemers elkaar ook. Tevens is het systeem ingezet om de gegenereerde *long list* van collectief ingevoerde ideeën vervolgens te categoriseren (aggregeren) en prioriteren/scoren. Bij dat laatste kan ervoor gekozen worden om een lijst van trends door de experts op één of op meerdere dimensies te laten beoordelen (de multicriteria-methode). Doordat het systeem het collectieve resultaat direct na stemming zichtbaar maakt in termen van gemiddelden (maar ook in standaarddeviaties rond de gemiddelden als indicator voor de mate van consensus binnen de groep) wordt de discussie hierover gericht en gestructureerd gevoerd. Tevens kan het effect zijn dat het 'commitment' van de groep met 'uitkomsten' groter is, vergeleken met een 'normale' discussie- en stemronde tijdens vergaderingen.

3.2 De scenario workshops voor deze studie

3.2.1 Opzet

De workshops voor deze studie bouwden voort op de twee hoofdonderwerpen van de expertinterviews, namelijk (1) ontwikkelingen die spelen in de maatschappij en aan de kant van de cliënt ('de' zwangere in Nederland), en (2) ontwikkelingen die spelen in de organisatie van het verloskundige systeem ('de' positie van de verloskundige). Voor beide onderwerpen was de opzet om deelnemers eerst in de breedte te laten brainstormen om daarna alle genoemde trends en ontwikkelingen te aggregeren en samen te vatten. Aan het einde van de workshop was de inzet om de belangrijkste trends uit beide domeinen op elkaar te betrekken, en 'combinatiescenario's' te creëren, gevisualiseerd als assenkruizen (zie paragraaf 3.2.3). De twee workshops zijn binnen een periode van 3 weken in oktober 2012 gehouden. Beide workshops kenden een zelfde opzet en variatie aan achtergrond van de deelnemers. Hierdoor kunnen de uitkomsten van beide workshops goed vergeleken worden, op trends en scenario's die breed en consistent benoemd worden. Deze analyses worden vervolgens gebruikt om de concrete scenario's te maken die in de capaciteitsramingen zullen worden gebruikt. Bijlage A. geeft de agenda en het draaiboek van de scenario workshops weer.

3.2.2 *Selectie van de deelnemers*

Een eerste ontwerpkeuze voor de scenario workshops bestond uit de selectie van deelnemers. Uitgangspunt was personen uit te nodigen die verschillende perspectieven hebben op trends in het verloskundig systeem en de zwangere als cliënt van de verloskundige. Door een variatie in achtergrond te organiseren wordt voorkomen dat *group think* optreedt tijdens de workshops (Janis, 1982; 't Hart, 1998), het mechanisme dat de deelnemers teveel en te snel convergeren in hun mening, visie of verwachting omdat ze vanuit eenzelfde belang en standpunt redeneren. Voor het inschatten van toekomstontwikkelingen die door verschillende actoren en factoren worden beïnvloed is dus ook belangrijk verschillende invalshoeken bij de discussie in de workshop te betrekken. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om vertegenwoordigers van de beroepen te vragen waarmee verloskundigen in de eerste en tweede lijn samenwerken. Daarom zijn vertegenwoordigers uitgenodigd van de NVOG namens de gynaecologen, van de Actiz/BTN namens de kraamverzorgers, en van de LHV/NHG namens de huisartsen. Ook is besloten om personen uit te nodigen die verantwoordelijk zijn voor de verloskundeopleidingen, bestuurders van zorginstellingen waarin verloskundigen werkzaam zijn, zorgverzekeraars, en beroepsbeoefenaars zelf: de eerste en tweedelijns verloskundigen, kraamverzorgenden en O&G verpleegkundigen. Tenslotte zijn vertegenwoordigers van de cliënten, de public health sector, de IGZ en VWS uitgenodigd.

Niet iedereen die via de mail werd uitgenodigd voor de workshop op één van de twee van te voren geplande data in oktober (steeds een woensdagmiddag) kon ook deelnemen om agenda-technische redenen. Naast een standaard-mailing vanuit het NIVEL zijn personen ook persoonlijk uitgenodigd en geworven door de onderzoekers en deelnemers van de begeleidingscommissie. Rekening is gehouden met een maximum van 15 deelnemers per workshop. Dit aantal werd in beide gevallen gehaald, maar door afzeggingen op de dag zelf of de dag ervoor kwam het uiteindelijke aantal deelnemers voor de eerste workshop uit op 9, en voor de tweede workshop op 12. De namen van de workshop-deelnemers zijn opgenomen in Bijlage B.

3.2.3 *Resultaten*

Ontwikkelingen aan de cliënt-kant van de geboortezorg

Na presentatie van het doel, agenda en kader van de workshop, en een korte voorstelronde, werd de deelnemers gevraagd aan de eerste (computerondersteunde) brainstorm-ronde deel te nemen. Na een korte uitleg van het elektronische vergadersysteem ThinkTank was de vraag aan alle deelnemers:

“Wat zijn volgens u de belangrijkste ontwikkelingen in de komende 10 jaar die de behoefte van cliënten aan verloskundige zorg in Nederland zullen bepalen?”

Bij deze vraag werd benadrukt om trends te noemen die betrekking hebben op de cliënt, zijnde ‘de zwangere over 10 jaar’, en dit in korte bewoordingen van maximaal 2 à 3 verschillende ontwikkelingen toe te voegen aan de digitale brainstorm-lijst. Alle invoer was anoniem, maar de deelnemers konden wel elkaars antwoorden zien en de lijst zien ‘groeien’. De deelnemers kregen maximaal 10 minuten om ideeën in te typen, daarna werd het systeem afgesloten.

Vervolgens werd de *long list* van ontwikkelingen centraal besproken, ter plekke ontdebeld en samengenomen in categorieën (geaggregeerd). Voor deze plenaire discussie werd ruim de tijd genomen zodat voor iedereen duidelijk is wat onder de ontwikkelingen wordt verstaan. De *long list* werd hiermee terug gebracht tot een *short list*.

In de **eerste** workshop werd tot een indeling van 7 soorten cliëntontwikkelingen gekomen. Alle ideeën konden gecategoriseerd worden, alhoewel er ook discussie was over de 'juiste' plaats van bepaalde ideeën en het feit dat de categorieën elkaar deels overlaptten. In enkele gevallen werd een idee onder twee categorieën geplaatst. De categorieën werden in samenspraak met de deelnemers betiteld met een zo kort mogelijk 'label'. De 7 categorieën staan hieronder genoemd en worden kort met enkele citaten uit de ingevoerde ideeën toegelicht. Ze staan in volgorde van het aantal ideeën dat onder de betreffende categorie is geschaard. Dit geeft enige indicatie van het 'gewicht' van de categorie, maar niet noodzakelijk; het indiceert ook dat er sprake is van een inhoudelijk brede categorie.

1. 'ZORG OP MAAT' (9 ideeën; aandacht, erkenning en zorg op maat, zorg dichtbij huis, rekening houdend met leefstijl, diabetes, aanspraak kunnen maken op het hele pakket, dichtbij huis, goed voorbereide zwangere zal meer zelf leiding in de hand nemen en meer zelf de zorg rondom haar zwangerschap en geboorte kunnen organiseren, "maakbare zorg" geen pijn, elke vraag direct beantwoord).
2. 'AUTONOMIE' (8 ideeën; de cliënt is leidend, zorg centreert zich om de cliënt, behoud van keuzevrijheid m.b.t. plaats controles en bevalling, zorgverlener, pijnstilling modus partus, zwangeren willen eigen keuzes maken op basis van alle informatie die er is, cliënten zijn steeds eisender, trend naar medicalisering, alle mogelijke onderzoek dat er is, regie houden over eigen bevalling).
3. 'DIAGNOSTIEK' (5 ideeën; meer screening om er zeker van te zijn dat zwangerschap goed verloopt, geruststelling, risico's uitsluiten, meer vraag naar evt. risico's op afwijkingen, genetische counseling).
4. 'VEILIGHEID' (4 ideeën; primair veilige zorg is gebaseerd op laatste wetenschappelijke inzichten, niet alleen medisch maar ook psychologisch, meer screening, begeleiding).
5. 'PLAATS VAN BEVALLING' (4 ideeën; zwangeren willen meer klinisch bevallen, bevallen in 'medische setting' met trend naar geboortecentra, er zal een groep blijven dat zeer bewust voor de thuisbevalling zal blijven kiezen, zwangere wil care en cure, maar ook keuzevrijheid over de plaats van de bevalling).
6. 'VERLENGDE GEBOORTEZORG' (3 ideeën; meer vraag naar sociale begeleiding direct na de bevalling, nazorg met name bij een traumatisch ervaren zwangerschap/bevalling, meer vraag naar evt. risico's op afwijkingen).
7. 'INFORMATIE' (1 idee; meer gebruik van sociale media, daar zal de zwangere een deel van haar zorgvraag op afstemmen).

De **tweede** workshop leverde 6 categorieën van cliëntontwikkelingen op, die ook na de elektronische brainstorm collectief op basis van alle ingevoerde ideeën werden geconstrueerd en betiteld. Wederom in volgorde van het aantal ideeën, worden deze 6 categorieën hieronder beschreven en aan de hand van enkele geciteerde ideeën toegelicht.

1. 'ACTIEVERE ZWANGERE' (16 ideeën; de cliënt krijgt meer macht, claimcultuur, zorgplan in eigen beheer, zoekt digitaal naar informatie, e-consult, zwangere wil goed geïnformeerd zijn, zelfde info vanuit alle geledingen, de zwangere is op de hoogte van wat kwalitatief goed zorg is, deze zorg is geëvalueerd, is evidence based, keuze voor thuis/ klinisch in veilige omgeving).
2. 'INTEGRALE ZORG EN SAMENWERKING' (14 ideeën; zwangeren zijn meer gericht op adviezen voor de zwangerschap, integrale geboortezorg, begeleiding van zwangerschap, bevalling en kraambed, team van zorgverleners, communicatie tussen lijnen, zorgpad, afgestemd op de zorgbehoefte van de zwangere, zorg in samenhang, continu begeleid worden, de klant wil integrale zorg ervaren).
3. 'KLANT-DIFFERENTIATIE' (8 ideeën; diversiteit binnen de groep zwangeren neemt toe, in de randstedelijke gebieden, in omgang met zwangerschap, t.a.v. leeftijd van eerste bevalling, thuis bevallen versus klinisch bevallen, vraag naar pijnstilling, "veiligheid" door gynaecoloog en kinderarts in nabijheid).
4. 'BASISZORG DICHT BIJ HUIS' (6 ideeën; zwangere wil toegankelijke en bereikbare zorg, zorg in de buurt en 7 x 24 uur indien nodig acute verloskundige zorg, zwangerschapsbegeleiding bij high risk situaties ook in de buurt georganiseerd, public health).
5. 'KWALITEIT' (5 ideeën; de zwangere wil primair kwalitatief goede zorg, continuïteit van zorg, heeft een grote informatiebehoefte, is mondig t.a.v. de kwaliteit van de zorg).
6. 'FINANCIEN BEKOSTIGING' (2 ideeën; de zwangere vraagt bewustwording omtrent zorguitgaven, de zorg wordt steeds duurder, behoefte aan kwalitatief goede basiszorg, screening e.d.).

Zowel binnen als tussen de workshops kan aanzienlijke overlap geconstateerd worden wat betreft de cliëntontwikkelingen die de experts zien en verwachten. Kijken we 'door de ooghalen' naar rode draden, dan vormt zich het beeld van de steeds beter geïnformeerde, meer kwaliteit, maatwerk en continuïteit eisende zwangere in Nederland, die de komende 10 jaar een groter beroep zal gaan doen op de geboortezorg in Nederland. Enkele experts verwachten dat zwangeren steeds meer in ziekenhuizen of geboortecentra zullen willen bevallen, maar hierover lijkt binnen de workshops geen overeenstemming te bestaan. Wel beamen alle experts dat zwangeren keuze voor plaats van bevalling willen hebben en dat deze wens (soms ook 'eis' genoemd) steeds sterker wordt.

In beide workshops zijn vervolgens de 7, respectievelijk 6 geconstrueerde categorieën van cliëntontwikkelingen ook nog elektronisch in stemming gebracht. De opdracht was:

“Geef met een cijfer van 1 tot 10 aan hoezeer deze ontwikkeling volgens u invloed heeft op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland”.

In de eerste workshop werd gevraagd de invloed van de cliëntontwikkelingen op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in het algemeen in te schatten; in de tweede workshop werd de deelnemers gevraagd de cliëntontwikkelingen te scoren naar hun mogelijke positieve dan wel negatieve invloed op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland. Deze bijstelling bleek zinvol nadat in de eerste workshop

bij enkelen de vraag naar voren kwam over de ‘richting’ van de invloed die gevraagd werd in te schatten.

Het resultaat van de elektronische stemronde in de eerste workshop staat in Tabel 3.1. Hieruit blijkt dat de experts het eens zijn over de invloed van de trends die samengevat zijn onder de categorie ‘zorg op maat’ en ‘verlengde geboortezorg’. Uit de discussie na de stemming bleek dat dit naar verwachting van de deelnemers een relatief sterke en positieve invloed zal hebben op het aantal benodigde verloskundigen, door uitbreiding en vernieuwing van het takenpakket. Over de invloed van de trends die onder ‘plaats van bevalling’ werden benoemd waren de experts het minder eens. Minder thuisbevallingen kan tot minder benodigde eerstelijns verloskundigen leiden, maar tot meer benodigde tweedelijns verloskundigen. Als per bevalling in Nederland een zelfde capaciteit aan verloskundige zorg nodig blijft, maakt de plaats van bevalling weinig uit. Het kan evenwel zo zijn dat voor bevallingen in het ziekenhuis per saldo minder verloskundige capaciteit nodig is dan voor bevallingen in de eerste lijn. Daarover bestaat vooralsnog veel onzekerheid. Tenslotte was er in de eerste workshop verschil van mening rond de mogelijke invloed gebruik van sociale media (Hyves, Twitter, Facebook), de categorie ‘informatie’. Het kan extra tijd en inzet vergen van verloskundigen om hierop in te spelen en extra vragen of zorg die hieruit voort komt. Het kan aan de andere kant ook tijd en zorg besparen als daarmee allerlei vragen afgevangen worden die zwangeren anders aan verloskundigen hadden gesteld.

Tabel 3.1: Stemronde eerste workshop: beoordeling van de 7 geconstrueerde categorieën cliëntveranderingen, op hun verwachte invloed op de vraag naar verloskundigen over 10 jaar (gesorteerd op gemiddelde score)

Cliëntontwikkelingen	N	Gemiddelde score*	Standaard deviatie
1. Zorg op maat	8	7,8	1,6
2. Verlengde geboortezorg	9	7,4	1,6
3. Diagnostiek	10	6,2	1,8
4. Informatie	9	5,9	2,1
5. Veiligheid	9	5,7	2,1
6. Autonomie	10	4,9	2,0
7. Plaats van bevalling	10	4,8	2,5

* Itemscore loopt van 0 (‘geen enkele invloed’) tot 10 (‘zeer veel invloed’).

Het resultaat van de elektronische stemronde in de tweede workshop staat in de onderstaande Tabel 3.2. De categorieën zijn vaker beoordeeld op hun positieve invloed op het aantal benodigde verloskundigen in Nederland dan op hun mogelijk negatieve invloed. Ook liggen de gemiddelden voor de dimensie ‘meer verloskundigen’ wat hoger dan voor de dimensie ‘minder verloskundigen’. Het is echter in vergelijking met de eerste workshop minder uitgesproken wat de invloed van de trend-categorieën is.

De cliëntontwikkelingen die betiteld zijn als ‘basiszorg dicht bij huis’ krijgen relatief de meeste impact toegedicht; 6,1 op de schaal voor ‘meer verloskundigen nodig’. Er zijn echter ook deelnemers die als gevolg van deze ontwikkelingen juist verwachtten dat er minder verloskundigen nodig zullen zijn (maar waarbij deze invloed als relatief laag wordt ingeschat; 4,8).

De categorie ‘actieve zwangere’ heeft duidelijk een hogere score op de dimensie ‘meer verloskundigen nodig’ dan op de omgekeerde dimensies. Voor de categorie ‘integrale zorg en samenwerking’ geldt echter het omgekeerde, en verwachtte men gemiddeld dat de negatieve invloed op het aantal benodigde verloskundigen (5,8) groter is dan de positieve invloed van deze cliënt ontwikkelingen (4,3). Bij deze resultaten dient echter bedacht te worden dat de onenigheid onder de deelnemers wat hoger ligt (af te lezen aan de standaarddeviaties) en het om kleine aantallen stemmen gaat.

Tabel 3.2: Stemronde tweede workshop: beoordeling van de 6 geconstrueerde categorieën cliëntveranderingen, op hun verwachte positieve, dan wel negatieve invloed op de vraag naar verloskundigen over 10 jaar (gesorteerd op gemiddelde score)

Cliëntontwikkelingen	N	Gemiddelde score*	Standaard deviatie
Involed: meer verloskundigen nodig			
1. Basiszorg dicht bij huis	7	6,6	2,4
2. Actieve zwangere	7	5,1	3,1
3. Integrale zorg en samenwerking	7	4,3	2,1
4. Klant-differentiatie	5	3,8	2,7
5. Financiën bekostiging	4	3,5	1,9
6. Kwaliteit	11	3,4	2,6
Involed: minder verloskundigen nodig			
• Integrale zorg en samenwerking	5	5,8	3,0
• Basiszorg dicht bij huis	4	4,8	2,5
• Kwaliteit	6	4,5	3,2
• Klant-differentiatie	2	3,0	2,8
• Actieve zwangere	5	2,6	1,8
• Financiën bekostiging	2	2,5	2,1

* Itemscore loopt van 0 (‘geen enkele invloed’) tot 10 (‘zeer veel invloed’).

Ontwikkelingen aan de systeem-kant van de geboortezorg

Het tweede hoofdonderdeel van de workshop-bijeenkomst betrof de vraag welke veranderingen men verwacht in het systeem van de geboortezorg in Nederland. Analoog aan de discussie over de cliëntontwikkelingen werd aan de deelnemers de vraag voorgelegd:

“Welke ontwikkelingen ziet u de komende 10 jaar die het aanbod-systeem van verloskundige zorg in Nederland voornamelijk zullen bepalen?”

Gebruik makend van het elektronisch vergadersysteem werd men uitgenodigd in ongeveer 5 minuten ideeën in te voeren, zo kort en krachtig mogelijk geformuleerd. Ook hierna werd de *long list* van ideeën collectief besproken en ingedeeld in categorieën die gemeenschappelijk werden betiteld.

De eerste workshop leverde 8 categorieën op waaronder de genoemde systeemontwikkelingen geschaard konden worden. In volgorde van aantallen ideeën per categorie waren dat:

1. 'TAAKDIFFERENTIATIE' (10 ideeën; uitbreiding takenpakket en taakdifferentiatie, meer taakherschikking van gynaecoloog naar verloskundigen, meer aandacht voor preventie, meer voorlichting, integrale verloskundige geven low en medium risk zorg, klinisch verloskundige geven verloskundige zorg bij hoog risico cliënten, meer subspecialisatie, verloskundigen en O&G-verpleegkundigen werken samen)
2. 'ZORGGROEP EN INTEGRALE SAMENWERKING' (9 ideeën; schotten tussen eerste en tweede lijn vervagen, verloskundige werken in multidisciplinaire teams zowel horizontaal als verticaal, zorgpaden vragen om andere organisatie van zorg, casemanager, geïntegreerde zorg, samenwerkingsverbanden)
3. 'FINANCIERING' (6 ideeën; verhoging eigen bijdrage, integrale bekostiging van geboortezorg, kostenbesparing, middelen zullen steeds doelmatiger moeten worden besteed)
4. 'ONDERZOEK' (4 ideeën; aanhaking bij academisch opgeleide professionals, zelf onderzoek verrichten, onderzoek maakt veel meer deel uit van de dagelijkse praktijk)
5. 'BREDE SAMENWERKING NULDE-EERSTE LIJN' (3 ideeën; intensievere samenwerking over alle lijnen van zorg, verloskundige hebben ook grote rol in public health)
6. 'PLAATS VAN BEVALLING' (2 ideeën; keuze plaats bevalling blijft, meer geboortecentra).
7. 'ELECTRONISCH PATIENTEN DOSSIER' (1 idee; efficiëntere omgang met patiëntgegevens door technologische ontwikkelingen)
8. 'NIET-CLIËNTGEBONDEN UREN' (1 idee; overleg e.d.)

De output van de brainstorm in de tweede workshop bestond eveneens uit 8 categorieën van ideeën met betrekking tot systeemontwikkelingen die de komende 10 jaar te verwachten zijn. In volgorde zijn dit:

1. 'ONTSCHOTTING ZORG' (15 ideeën; risicosignalering, casusmanagement, zorgpaden, toegroeien naar 1 organisatie, zorg integraal bieden, minder verwijzingen en overdrachten, integrale zorg rond zwangerschap en geboorte, van preconceptiezorg, prenatale begeleiding, bevalling tot en met de kraamzorg en anticonceptie, geen onderscheid meer tussen 1e en 2e lijn maar zwangere krijgt zorg naar persoonlijke behoefte en noodzaak, ontschotting van de zorg, verdwijnen van 'kostenprikkel')
2. '(NIEUWE) TAAKDEFINITIE' (6 ideeën; verloskundige verleent basiszorg dichtbij huis, eerstelijns verloskundige heeft regie- en verwijfsfunctie en klinisch verloskundige heeft coördinatiefunctie binnen het ziekenhuis, gynaecoloog als specialist alleen voor hoog-risicozwangeren, verloskundig beroepsprofiel)
3. 'TAAKVERBREDING' (5 ideeën; generalist met specialisatie, meer betrokkenheid van publieke gezondheidszorg, high risk situaties om gynaecoloog te ontlasten, signalerende functie m.b.t. sociale omgeving, specialisatie van verloskundigen begint al in de opleiding)

4. ‘ONTSCHOTTING BEROEPSGROEPEN’ (3 ideeën; eerstelijns verloskundigen en klinisch verloskundigen groeien naar elkaar toe, een verloskundige die zowel voor thuis als klinisch en dus academisch opgeleid)
5. ‘BEKOSTIGING’(3 ideeën; terugkeer van de ‘klassenzorg’, integrale bekostiging)
6. ‘CONCENTRATIE/CENTRALISATIE’ (3 ideeën; poliklinische bevallingen gaan op in bevallingen in gezamenlijke geboortecentra, concentratie verloskundige zorg in 62 of minder klinieken)
7. ‘TECHNOLOGIE’ (2 ideeën; EPD, zorg op afstand, e-health)
8. ‘NORMEN’(1 idee; invoering bevallingsnormen: 24/7, 15 minuten norm 1 op 1 begeleiding en 1 op 2 bewaking)

Er zijn op metaniveau twee rode draden uit beide brainstormsessies te destilleren. Ten eerste is dat de verwachting dat de taken van de verloskundigen in de komende jaar uitgebreid zullen worden; binnen de eerste lijn richting preventie, voorlichting (*public health*), en binnen de tweede lijn richting high risk bevallingen en ter ontlasting van de gynaecoloog. De tweede rode draad betreft samenwerking en ontschotting, zowel tussen beroepsgroepen als tussen het verloskundige domein in de eerste en tweede lijn, maar ook de nulde lijn. In minder mate worden beleidsontwikkelingen als context genoemd die de vraag naar verloskundigen kunnen beïnvloeden, zoals financiering, normen en concentratie.

In beide workshops zijn vervolgens ook weer de geconstrueerde categorieën van systeemontwikkelingen elektronisch in stemming gebracht. De opdracht was wederom:

“Geef met een cijfer van 1 tot 10 aan hoezeer deze ontwikkeling volgens u invloed heeft op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland”.

Hierbij werd in de eerste workshop de invloed van de systeemontwikkelingen op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in het algemeen ingeschat, en in de tweede workshop werd het onderscheid gemaakt naar de mogelijke positieve dan wel negatieve invloed op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland. De stemming in de eerste workshop leverde het volgende resultaat op (Tabel 3.3).

Tabel 3.3: Stemronde eerste workshop: beoordeling van de 6 geconstrueerde categorieën systeemveranderingen, op hun verwachte invloed op de vraag naar verloskundigen over 10 jaar (gesorteerd op gemiddelde score)

Systeemontwikkelingen	N	Gemiddelde score*	Standaard deviatie
1. Taakdifferentiatie	9	7,4	1,6
2. Brede samenwerking nulde en eerste lijn	9	7,1	1,2
3. Zorggroep en integrale samenwerking	9	7,0	1,2
4. Onderzoek	9	5,9	2,1
5. Financiering	9	5,4	2,7
6. Plaats van bevalling	8	2,9	1,3

* Itemscore loopt van 0 (‘geen enkele invloed’) tot 10 (‘zeer veel invloed’)

Een duidelijk onderscheid is te zien tussen de eerste drie categorieën en de andere drie wat betreft de door de deelnemers verwachte invloed op de benodigde capaciteit aan verloskundigen. De verwachte ontwikkelingen rond ‘onderzoek’, ‘financiering’ en ‘plaats van bevalling’ zijn secundair vergeleken bij de hiervoor benoemde rode draden namelijk verbreding en integratie van de rol van de verloskundige in het geboortezorg systeem, in termen van ‘taakdifferentiatie’ en ‘samenwerking’. De standaarddeviaties geven aan dat men het onderling redelijk eens was over deze invloedsscores. Over het algemeen verwachtten de deelnemers van de eerste workshop dat deze ontwikkelingen ‘netto’ tot een grotere behoefte aan verloskundigen in de toekomst zullen leiden.

De tweede workshop leverde uiteraard een breder beeld aangezien de deelnemers werd gevraagd om de categorieën (indien van toepassing) op twee dimensies te scoren. Tabel 3.4 laat de resultaten zien.

Tabel 3.4: Stemronde tweede workshop: beoordeling van de 8 geconstrueerde categorieën systeemveranderingen, op hun verwachte positieve, dan wel negatieve invloed op de vraag naar verloskundigen over 10 jaar (gesorteerd op gemiddelde score)

Systeemontwikkelingen	N	Gemiddelde score*	Standaard deviatie
Invloed: meer verloskundigen nodig			
1. Ontschotting beroepsgroepen	4	4,5	3,1
2. Taakverbreding verloskundigen	9	4,2	2,1
3. Normen	10	4,0	2,5
4. Technologie	1	4,0	0
5. Ontschotting zorg	7	3,3	2,3
6. Bekostiging	7	3,0	1,3
7. Concentratie/centralisatie	3	3,0	2
8. (Nieuwe) taakdefinitie	9	2,9	1,6
Invloed: minder verloskundigen nodig			
1. Bekostiging	3	5,0	4,6
2. Ontschotting zorg	5	4,2	1,6
3. Concentratie/centralisatie	8	3,1	1,4
4. Ontschotting beroepsgroepen	4	2,8	2,4
5. Technologie	8	2,6	2
6. (Nieuwe) taakdefinitie	4	2,0	2
7. Normen	1	1,0	0
8. Taakverbreding verloskundigen	0	0	0

* Itemscore loopt van 0 (‘geen enkele invloed’) tot 10 (‘zeer veel invloed’)

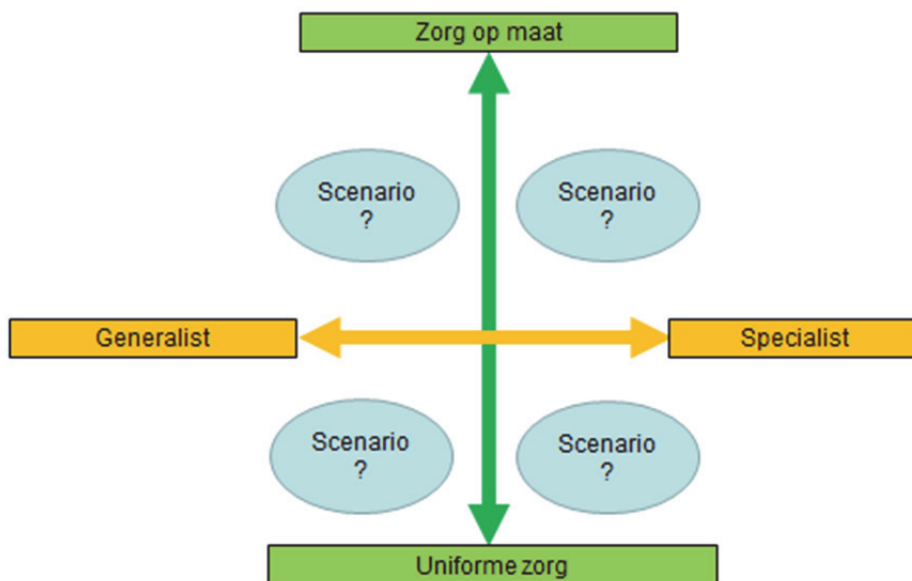
Net zoals bij de cliëntontwikkelingen het geval was, zijn de verwachtingen in de tweede workshop diffuser wat betreft de richting van de invloed van de geclassificeerde (systeem)ontwikkelingen. Er wordt over het algemeen een matige invloed aan de systeemontwikkelingen toegekend. Voor enkele categorieën is de score op de schaal ‘minder verloskundigen nodig’, hoger dan de score op de schaal ‘meer verloskundigen nodig’ (‘ontschotting zorg’). Er zijn echter meer categorieën waar het omgekeerde geldt, zoals ‘ontschotting beroepsgroepen’ en ‘taakverbreding verloskundigen’. Deze worden dus beoordeeld als *drivers* voor meer benodigde verloskundigen in Nederland. Aan

bekostiging, normen en centralisatie wordt relatief weinig invloed toegedicht, hetgeen in lijn is met de analyse van de *long lists* uit de brainstorm in beide workshops.

De ontwikkelingen aan de cliënt- en systeemkant van de geboortezorg gecombineerd
Het laatste onderdeel van de workshops bestond uit een (korte) discussie over mogelijke combinaties van de cliënt- en systeemontwikkelingen die als meest invloedrijk werden gezien. Hiermee kan de toekomstvisie verbreed worden, en ook doordacht worden hoe cliënt- en systeemontwikkelingen op elkaar inwerken. Versterken cliënt- en systeemontwikkelingen elkaar of juist niet? En zijn de mogelijke combinaties van beide ontwikkelingen samen te vatten in scenario's die mogelijk gebruikt kunnen worden in de capaciteitsramingen?

In de eerste workshop bleken de verwachtingen naar meer zorg op maat als meest waarschijnlijke en invloedrijke cliëntontwikkeling, en die naar specialisatie van de verloskunde als meest waarschijnlijke en invloedrijke systeemontwikkeling. Getekend als dimensies en haaks op elkaar geplaatst, leverde dit het onderstaande 'assenkruis'-figuur 3.1 op, dat plenair met de deelnemers is besproken.

Figuur 3.1: Het assenkruis zoals besproken in de eerste workshop: zorg op maat versus uniforme zorg als voornaamste cliëntontwikkeling, gecombineerd met generalisatie versus specialisatie als voornaamste systeemontwikkeling



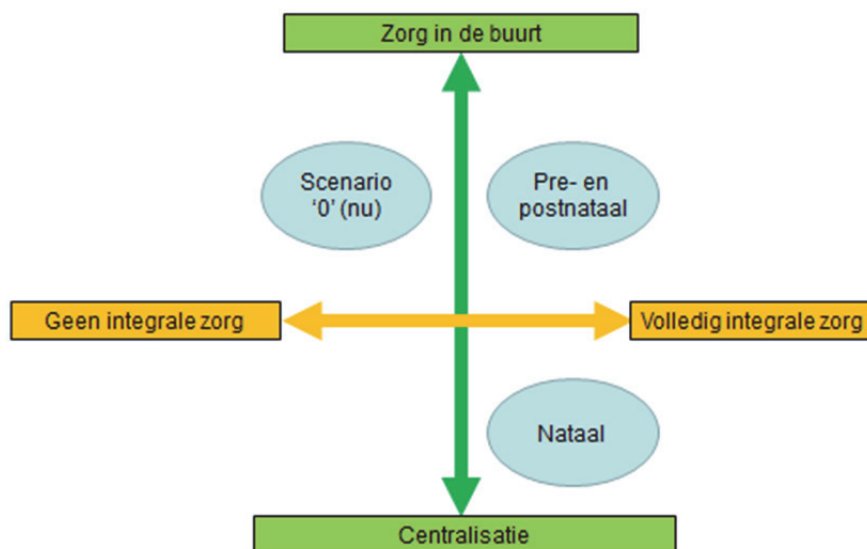
Binnen de groep deelnemers ontstaat naar aanleiding van Figuur 3.1 de discussie of het scenario in de linker bovenhoek in feite de meest gewenste situatie is; de bredere basis verloskundige die steeds meer mogelijkheden zal krijgen. Vóór deze situatie pleit dat verloskundigen meer in een rol komen waarin zij generieke informatie aan de cliënt moeten bieden. Dit betekent dat meer generalistisch verloskundigen nodig zijn, want het aandachtgebied van de verloskundige wordt groter ("van preconceptie zorg/voorlichting

tot de bevalling”). Continuïteit vergt geïntegreerde zorg, maar er is een grens aan het aantal partijen dat samenwerking effectief kan organiseren. Ook de cliënt wil ketenzorg die ‘behopbaar is’; het is niet wenselijk om te veel verschillende gezichten te zien tijdens de zwangerschap.

Dat het scenario linksboven in Figuur 3.1 niet perse bewaarheid hoeft te worden, wordt echter ook aangegeven. Het segment van ‘zuiver eerstelijns verloskundigen’ is al kleiner geworden, en het laag risicogebied wordt ook kleiner door de vele screeningsmogelijkheden. Ook zou het kunnen dat andere beroepsgroepen juist taken van de verloskundige gaan overnemen, zoals *public health counselors* voor de preconceptiezorg. Een andere ontwikkeling is dat veel verloskundigen op een latere leeftijd andere paden kiezen. Door taakdifferentiatie zouden verloskundigen behouden kunnen worden, maar dit werkt weer in tegen de trend naar generalisatie. Een andere deelnemer brengt in dat generalistisch werkende verloskundigen meer te maken krijgen met de wetten ten aanzien van werktijden. Werktijden van vrijgevestigde verloskundige verschillen immers van de werktijden en bereikbaarheidsnormen van een klinisch verloskundige in loondienst.

Tijdens de tweede workshop wordt als meest waarschijnlijke en invloedrijke cliëntontwikkeling de trend naar ‘zorg in de buurt’ gekozen, en als meest waarschijnlijke en invloedrijke systeemontwikkeling ‘volledig integrale zorg’. Dat beide ontwikkelingen niet hetzelfde hoeven te verlopen voor de verschillende fasen van de geboortezorg wordt daarbij meegewogen. Zo wordt voor de pre- en postnatale zorg verwacht dat zorg in de buurt een waarschijnlijker trend is dan voor natale zorg. Dit wordt verbeeld in het assenkruis, Figuur 3.2. Hierbij wordt aangegeven dat de meest wenselijke situatie zou zijn dat zowel de prenatale, postnatale als de natale zorg in de buurt van de cliënt wordt aangeboden.

Figuur 3.2: Het assenkruis zoals besproken in de tweede workshop: zorg in de buurt versus centralisatie als voornaamste cliëntontwikkeling, gecombineerd met volledig versus geen integrale zorg als voornaamste systeemontwikkeling



In de groepsdiscussie wordt aangegeven dat natale zorg in de buurt wel een lastig scenario is in termen van haalbaarheid; het is op korte termijn wellicht geen realistisch (toekomst)plaatje. Natale zorg wordt eerder centraler georganiseerd als op het platteland ziekenhuizen hun geboortezorg niet meer kunnen aanbieden en zij niet aan de bereikbaarheid- en capaciteitsnormen kunnen voldoen. Hierdoor moet er in die gebieden een steeds grotere afstand naar het ziekenhuis worden afgelegd, een probleem dat in de Randstad niet speelt. Daarnaast spelen andere factoren een rol bij het al dan niet sluiten van een ziekenhuis(afdeling). Rond deze dimensie is dus nog veel onzekerheid. Het is belangrijk dat er een goede definitie en invulling komt van de begrippen 'centralisatie' en 'zorg in de buurt' en de randvoorwaarden hiervoor.

3.3 Conclusie

In oktober 2012 zijn twee succesvolle scenario workshops gehouden met vertegenwoordigers van verschillende organisaties die actief zijn in de geboortezorgketen in Nederland. Zo zijn praktiserende eerste en tweedelijns verloskundigen uitgenodigd, zorgprofessionals en beleidsmakers van/voor de kraamverzorgenden, gynaecologen, O&G verpleegkundigen, zorgverzekeraars, het Ministerie en de publieke gezondheidszorg. In gemengde samenstelling hebben deze personen een aantal toekomstontwikkelingen benoemd, geclassificeerd, geprioriteerd en in samenhang besproken.

De toekomstverwachtingen hadden enerzijds betrekking op de vraag naar verloskundige zorg ('hoe ziet de zwangere over 10 jaar er uit?'), anderzijds op het aanbod van verloskundige zorg ('hoe ziet de professionele rol van de verloskundigen in het systeem er over 10 jaar uit?').

Na een brede brainstorm de groepsdiscussie steeds verder getrechterd naar een beperkt aantal ontwikkelingen die als meest invloedrijk en waarschijnlijk kunnen worden beschouwd voor de benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland in de nabije toekomst. De deelnemers van de twee workshops kwamen deels tot een zelfde soort verwachtingen. Ten aanzien van de cliënt verwacht men dat deze steeds meer zorg op maat, zorg in de buurt, zorg in samenhang en kwalitatief optimale zorg eist. Ten aanzien van het aanbodsysteem verwacht men dat steeds meer op integratie en samenwerking tussen zorgverleners zal worden ingezet waarmee ontschotting kan worden bereikt. In de ene workshop was men evenwel zekerder over de invloed die deze ontwikkelingen zouden kunnen hebben op de vraag naar verloskundigen in de toekomst. Cliëntontwikkelingen zullen de vraag naar verloskundigen waarschijnlijk doen toenemen, maar onzekerder is of ontschotting en integratie binnen de verloskundige keten dezelfde invloed zal hebben. Dit zal mede afhangen van aanverwante ontwikkelingen zoals de bereidheid van verloskundigen om zelfstandig en generalistisch te werken, de centralisatie van klinische geboortezorg in ziekenhuizen voor de minder stedelijke gebieden en de mogelijke groei van geboortecentra.

In het volgende hoofdstuk komen de conclusies van dit onderdeel van het onderzoek terug in de scenario's die de capaciteitsramingen bepalen.

4 De capaciteitsraming voor verloskundigen 2012-2022/2027

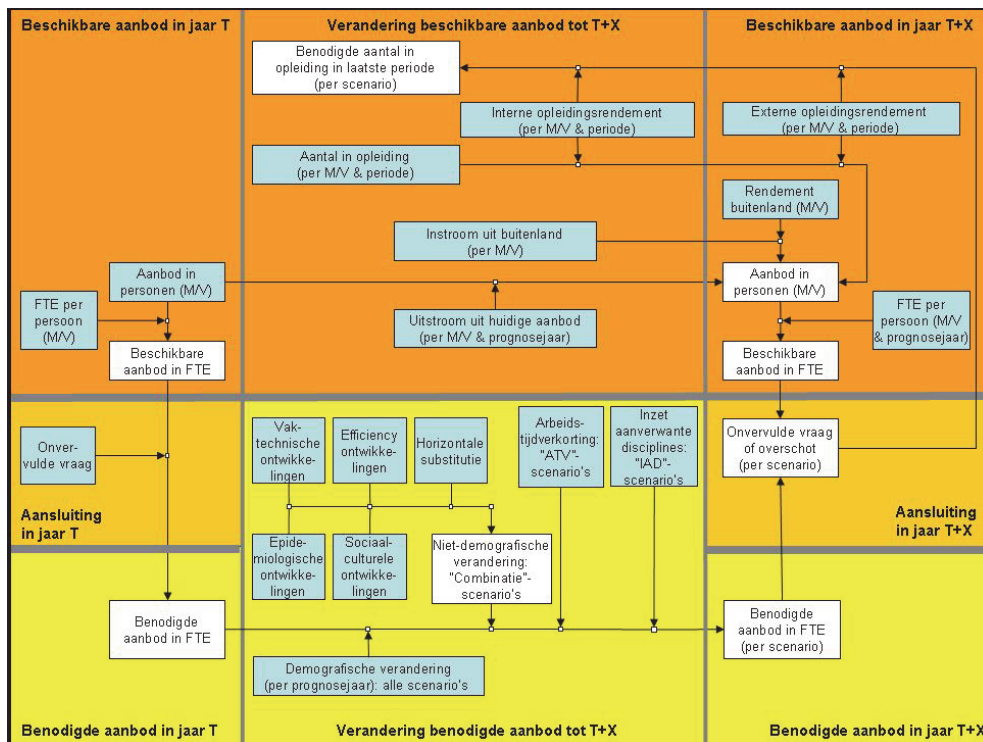
4.1 Inleiding

Sinds 1999 heeft het NIVEL, in opdracht van en in samenwerking met het Capaciteitsorgaan, een rekenmodel ontwikkeld om capaciteitsramingen van artsen en (para)medische beroepen in Nederland uit te voeren. Binnen de geboortezorg is het model onder andere toegepast voor verloskundigen (Wiegers, van der Velden en Hingstman, 2005) en gynaecologen (Van Greuningen, Batenburg en Hansen, 2010). Op deze plaats volgt een korte toelichting van het capaciteitsramingsmodel. Daarna volgt de specifieke invulling van het model voor de beroepsgroep en arbeidsmarkt van verloskundigen in Nederland.

Figuur 4.1 geeft een visuele weergave van het rekenmodel. Het model kent twee soorten indelingen:

1. Ten eerste wordt het model opgedeeld in twee lagen, zijnde het “beschikbare aanbod” van een bepaalde beroepsgroep (de bovenste helft van de figuur) en het “benodigde aanbod” van een bepaalde beroepsgroep (de onderste helft van de figuur, ook wel de vraag naar de diensten van beroepsgroep).
2. Ten tweede wordt het model opgedeeld in drie kolommen, zijnde “het heden” (jaar T, de linkerkant van de figuur), “de toekomst” (jaar T+X, de rechterkant van de figuur), en wat daartussen gaat veranderen (verandering tussen jaar T en T+X, het midden van de figuur).

Figuur 4.1. Afbeelding van het NIVEL-rekenmodel voor capaciteitsramingen



De volgende stappen leggen de werking van het rekenmodel kort uiteen:

1. Voor een beroepsgroep (in dit geval alle (gediplomeerde) verloskundigen) wordt met het rekenmodel eerst bepaald hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich in het heden tot elkaar verhouden (het vlak “aansluiting in jaar T” in de figuur). Dit leidt tot een schatting van het totaal aantal verloskundigen in 2012, en hoeveel FTE's¹ er dan in 2012 ‘te veel’ of ‘te weinig’² zijn.
2. Daarna wordt voor een bepaald prognosejaar geschat hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich zullen ontwikkelen tot aan “jaar T+X”. Dat prognosejaar wordt doorgaans bepaald door het aantal jaar dat het kost om een beroepsbeoefenaar op te leiden plus een aantal jaren dat het kost op de opleidingscapaciteit bij te stellen. De uitkomst van rekenmodel (zie onderstaande stap 3) is primair gericht op een bepaling van het aantal op te leiden personen om vraag en aanbod van een beroepsgroep in de toekomst in evenwicht te brengen c.q. te houden. Uitgaande van het projectiejaar T+X:
 - a. ... worden aan de bovenkant van de figuur de belangrijkste factoren geschat die de ontwikkeling van de beschikbare capaciteit tussen T en T+X bepalen, basaal te verdelen in factoren die instroom in de beroepsgroep bepalen (m.n. personen die de opleiding tot het beroep hebben afgerond en hun ‘rendement’ c.q. kans dat zij ook de beroepsgroep instromen en daarin werkzaam blijven), en factoren die uitstroom in de beroepsgroep bepalen (m.n. uittrede door pensionering);
 - b. ... worden aan de onderkant van de figuur de belangrijkste factoren geschat die de ontwikkeling van de benodigde capaciteit tussen T en T+X bepalen, basaal te verdelen in factoren die de vraag naar (de diensten van) de beroepsgroep verhogen (m.n. groei van patiënten, aandoeningen en ziekten van de patiëntengroep die de beroepsgroep bedient, door demografische en niet-demografische ontwikkelingen), en factoren die deze vraag verlagen dan wel verhogen (m.n. efficiency, taakherschikking naar andere beroepsgroepen).
3. Tenslotte wordt met het rekenmodel bepaald hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich in jaar T+X tot elkaar verhouden (het vlak “aansluiting in jaar T+X” in de figuur). Uit dit verschil (in FTE) wordt vervolgens afgeleid hoeveel personen (meer of minder) in de periode tussen T en T+X opgeleid zouden moeten worden, om in jaar T+X evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. In deze studie wordt in eerste instantie een planningshorizon van 10 jaar aangehouden. Met het model wordt doorgerekend wat de instroom in de opleiding verloskunde per jaar zal moeten zijn om tussen 2012 en 2022 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Binnen deze 10 jaar kan voor de huidige verloskundigen in opleiding de instroom niet meer worden bijgesteld; dit is een periode die zo lang is als de nominale opleidingsduur, 4 jaar. Daarnaast moet rekening worden gehouden met het feit dat eventuele aanpassing van de opleidingsinstroom niet *a la minute* kan plaats vinden. Het zal naar schatting minstens één jaar vergen voordat bijstelling van de instroom geëffectueerd kan worden, omdat (1) gewacht moet worden tot het nieuwe instroommoment zich aandient en (2) er bestuurlijk-organisatorisch maatregelen genomen moeten worden. Dit is uiteraard wel afhankelijk van de mate van instroombijstelling. Van de 10-jaars

¹ Full Time Equivalenten, waarmee rekening gehouden wordt met de gemiddelde werkweek van de werkzame personen.

² De woorden ‘te veel’ en ‘te weinig’ zijn in zekere zin normatief; vaak wordt een bepaalde ruimte tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt onontkoombaar of juist wenselijk geacht.

planningshorizon die we in eerste instantie aanhouden blijft dus maximaal en ‘netto’ een periode van vijf jaar over (10 jaar minus 4 jaar opleiding en 1 jaar voorbereiding) waarin de instroom in de opleiding daadwerkelijk bijgesteld kan worden. Omdat deze vijf jaar relatief kort is, met name omdat de verloskunde-opleiding sterk afhankelijk is van stageplaatsen die ook bijgesteld zouden moeten worden, zal voor deze studie in tweede instantie een iets langere planningshorizon worden aangehouden, namelijk 15 jaar. Daarmee wordt het ramingsmodel doorgerekend voor de periode 2012-2027, en zouden de opleidingen niet 5 maar 10 jaar als periode hebben om bijstelling van de opleidingsinstroom te effectueren. We komen hier in paragraaf 4.4 met de resultaten van de ramingen op terug.

4. In deze studie maken we expliciet gebruik van de zogenaamde beleidsrijke scenario's waarin voor een aantal factoren uit het model verschillende schattingen worden gehanteerd. Dit betreft met name de factoren waarover de nodige onzekerheid bestaat wat betreft de toekomst, het centrale onderwerp van de expert interviews en scenario workshops die in de vorige hoofdstukken zijn beschreven. Ook dit wordt hieronder geconcretiseerd, in paragraaf 4.3 bij de bepaling van de vraagparameters.

4.2 Bepaling van de aanbodparameters

De eerste stap in het toepassen van het rekenmodel voor de verloskundigen in Nederland, is het specificeren van het huidige en toekomstige aanbod aan verloskundigen in Nederland op “T” (2012) en “T+X” (2022 of 2027). De betreffende aanbodparameters die in de bovenkant van het model (zie Figuur 4.1 hierboven) staan, worden hieronder ingevuld.

- Wat betreft het **aantal werkzame verloskundigen** dat actief is op 1/1/2012, kan uitgegaan worden van 2.692. Dit is afgeleid van de NIVEL-registratie. We gaan ten behoeve van de capaciteitsraming uit van verloskundigen als één beroepsgroep, maar houden daarbij wel rekening dat deze in feite uit verschillende groepen is samengesteld wat betreft de ‘werkzame positie’. Bijlage D geeft hiervan een nadere beschrijving.
- Het **aandeel vrouwen** bij de op 1/1/2012 actieve verloskundigen volgens de NIVEL-registratie is 98,4%. Omdat het aandeel mannen zo klein is en in de toekomst niet veel zal veranderen omdat ook het aandeel mannen in opleiding gering is, zal verder geen expliciet onderscheid gemaakt worden in parameterwaarden voor mannen en vrouwen. Dit betekent dat voor de huidige en toekomstige FTE's per verloskundige, de uitstroom in de komende 15 jaar, of de toekomstige rendementen van de opleiding geen verschil wordt gemaakt tussen de mannen en de vrouwen.
- Het **huidige aantal FTE** per verloskundige kan volgens de NIVEL-registratie geschat worden 0,78 FTE. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat zelfstandig gevestigde verloskundigen 0,87 FTE werken in 2012, dat verloskundigen in loondienst in de eerste lijn 0,78 FTE werken, waarnemers 0,50 FTE en klinisch verloskundigen 0,75 FTE.
- Het **toekomstige aantal FTE** per verloskundige kan eveneens geschat worden 0,78 FTE. Bij de voorspelling van het toekomstige aanbod blijkt weliswaar dat de verhou-

ding tussen de omvang van het aantal verloskundigen per werkzame status enigszins kan veranderen, maar deze veranderingen blijken te gering om het gemiddelde aantal FTE te beïnvloeden.

- Het **percentage uitstroom** uit de huidige groep actieve verloskundigen, kan volgens de NIVEL-registratie geschat worden op 16% in de eerstkomende 5 jaar, 32% in 10 jaar, en 46% in 15 jaar. Daarbij wordt uitgegaan van handhaving in de komende 15 jaar van de door- en uitstroompatronen naar werkzame status en periode sinds afstuderen zoals te zien zijn in de afgelopen 5 jaar. In Bijlage D is een nadere beschrijving van de uitstroomtrends binnen de verloskundige beroepsgroep in Nederland te vinden.
- Voor wat betreft **de instroom** geldt dat er rekening gehouden moet worden met het aantal verloskundigen dat in opleiding is in Nederland op 1/1/2012, het aantal dat vanaf 1/1/2012 nog zal instromen in de opleiding in Nederland en het aantal dat vanaf 1/1/2012 nog zal instromen vanuit het buitenland plus de aandelen daarvan die een bepaalde werkzame status zullen hebben in de diverse prognosejaren. Bijlage D geeft ook nadere statistieken betreffende de instroom.
- Voor wat betreft het **aantal verloskundigen dat nog in opleiding zal komen**, wordt uitgegaan van 220 personen per jaar. Dat komt neer op een handhaving van de huidige instroom van ongeveer 100 per jaar voor Amsterdam en Groningen samen en een instroom van ongeveer 60 per jaar voor Rotterdam en van eveneens 60 per jaar voor Maastricht.
- Voor het **interne rendement** van de opleiding verwachten we dat deze in de periode 2012-2022 minimaal 64% zal bedragen. Van elke 100 personen die instromen zal dus een aantal van 64 personen de opleiding uiteindelijk succesvol afronden. Zowel voor Maastricht als voor Rotterdam kon nagegaan worden welk deel van de instroom van de jaren 2004, 2005 en 2006 inmiddels gediplomeerd is. Voor Rotterdam bleek dit 64% en voor Maastricht 65%. Voor Amsterdam/Groningen kon op basis van de voorhanden zijnde gegevens alleen gekeken worden naar het rendement van het instroomjaar 2005. Voor zowel Rotterdam en Amsterdam/Groningen zijn ook gegevens beschikbaar over het rendement van enerzijds de propedeusefase en anderzijds de hoofdfase. Voor Amsterdam/Groningen blijkt het rendement van de propedeusefase na 2 jaar ongeveer 80% te zijn. Voor de hoofdfase blijkt het rendement eveneens ongeveer 80% te zijn na minstens 2 jaar. Dat komt overeen met een totaal rendement van 64% ($0,8 * 0,8 = 0,64$). Voor Rotterdam geldt dat het rendement van de propedeusefase na 2 jaar 68% is, terwijl het rendement in de hoofdfase ongeveer 97% is na minimaal 2 jaar. Dat komt neer op een totaal rendement van 66%³.
Bij handhaving van een instroom van 220 per jaar vanaf het jaar 2012 en een intern rendement van 64%, komen er vanaf 2016 jaarlijks 141 gediplomeerde verloskundigen van de opleiding. Voor wat betreft het aantal dat al in opleiding is, wordt uitgegaan van

³ Overigens streven alle opleidingen naar verhoging van het interne rendement. Voor Amsterdam/Groningen is het streven dat het rendement in de propedeuse fase vanaf het jaar 2014 meer dan 80% wordt en voor de hoofdfase 85%. Dat geeft een totaal rendement van minimaal 72%. Voor Rotterdam is het streven dat het rendement voor de propedeusefase 75% wordt. Bij een rendement van 97% in de hoofdfase levert dat een totaal rendement van 73% op.

790 personen. Daarvan zal waarschijnlijk 80% de opleiding succesvol afronden in de komende 4 jaar. Een deel van de uitval heeft bij hun immers al plaats gevonden.

- Voor wat betreft het aantal dat **uit het buitenland** zal instromen, wordt uitgegaan van 33 personen per jaar. Dat komt overeen met het aantal dat in de periode 2007-2011 jaarlijks is ingestroomd. Een instroom van 33 per jaar is wat lager dan in de periode 2002-2006 het geval was. Toen was er sprake van een instroom van 48 per jaar. Maar een instroom van 33 per jaar komt wel vrijwel precies overeen met wat er in zowel de periode 1992-1996 als 1997-2001 jaarlijks is ingestroomd.
- Wat betreft het zogeheten **externe rendement** wordt op basis van de NIVEL-registratie uitgegaan van 85% die actief zullen zijn na zowel 1 jaar als 5 jaar, 80% die actief zullen zijn na 10 jaar en 67% die actief zullen zijn na 15 jaar. Deze aannames zijn afgeleid van de situatie op 1/1/2012 zoals is aangetroffen voor de voorgaande cohorten.

4.3 Bepaling van de vraagparameters

4.3.1 Inleiding

De tweede stap in het toepassen van het rekenmodel voor de verloskundigen in Nederland, is het specificeren van het huidige en toekomstige behoefte aan verloskundigen in Nederland op “T” (2012) en “T+X” (2022 of 2027). Ook in deze paragraaf zullen de betreffende vraagparameters die onderdeel uitmaken van de onderkant van het model (zie Figuur 4.1 hierboven) hieronder worden ingevuld.

Voor het bepalen van een aantal van deze parameters maken we gebruik van de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken. Daarin hebben we met interviews en met scenario workshops de vraagtrends voor de verloskunde in Nederland in kaart gebracht. Deze worden vervolgens op deze plaats vertaald in concrete cijfers. Het getal dat bij elke vraagparameter aan de orde is, betreft het percentage groei of krimp in het aantal benodigde verloskundigen in Nederland in de komende 10 à 15 jaar, specifiek (en alléén) als gevolg van die parameter (eerder ook factor, trend of ontwikkeling genoemd). Deze percentages worden ‘gelijkelijk’ verdeeld verondersteld over de 10- of 15-jaarsperiode. Schatten we bijvoorbeeld in dat als gevolg van de parameter ‘Epidemiologie’ het aantal verloskundigen redelijk zal toenemen – zeg met 10% tussen 2012 en 2022 – dan houdt dit in feite een jaarlijkse groei van het aantal benodigde verloskundigen van 1%. Kijken we naar de schattingen van de verschillende vraagparameters die in het verleden voor capaciteitsramingen zijn gehanteerd, dan variëren deze over het algemeen tussen de 0% (geen verandering) en 5% tot 10% daling of stijging van de benodigde capaciteit in 10 jaar, dus 0,5% tot 1% verandering per jaar in die 10-jaarsperiode.

Hieronder wordt de definitie van elke vraagfactor eerst kort weergegeven, waarna de numerieke inschatting beargumenteerd wordt. We doen dit ten eerste voor de vraagparameters die we – net als de aanbodparameters – op één ‘vaste’ waarde kunnen inschatten. En ten tweede voor twee vraagparameters waar meerdere inschattingen voor mogelijk zijn, omdat deze naar de toekomst toe zeer onzeker zijn, én afhankelijk zijn van beleids- en veldontwikkelingen in de verloskunde. Daarmee geven we invulling aan wat wel

‘beleidsrijk ramen’ wordt genoemd, en maken we concrete scenario’s zoals ook in de workshops met de experts besproken zijn (zie vorige hoofdstuk).

4.3.2 Bepaling van de ‘vaste’ vraagparameters

Onvervulde vraag

Parameter in het ramingsmodel welke aangeeft in hoeverre vraag en aanbod in het basisjaar op elkaar aansluiten, waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent het aanbod van een bepaalde beroepsgroep in het eerste bijstellingsjaar zal moeten toe- of afnemen om het actuele verschil tussen de benodigde en beschikbare capaciteit te overbruggen. Dit verschil en deze aansluiting kan worden geïndiceerd door de omvang van wachtlijsten en vacatures die in relatieve zin aangeven hoeveel van de reële zorgvraag thans blijft liggen door een gebrek aan capaciteit.

Er zijn anno 2012 geen signalen van tekorten of wachtlijsten. Lokaal of regionaal zijn er wel verschillen, en er zijn berichten dat waarnemers moeite hebben waarneemopdrachten te vinden, maar hierover bestaan geen harde cijfers of indicatoren. We schatten deze factor dan ook in op 0%.

Demografische ontwikkelingen

Demografische vraagparameter in het ramingsmodel waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van verandering in de omvang van de bevolking en haar samenstelling naar leeftijd en geslacht in relatie tot hun zorggebruik.

De meest actuele CBS-prognose (van 13/12/2012) voor het aantal levendgeborenen in het jaar 2012 is namelijk 175.779 (Statline, geraadpleegd op 18/1/2013). In 2011, wat het meest recente jaar is waarvoor het feitelijk aantal levendgeborenen kan worden vastgesteld, ging het overigens om 180.060 levendgeborenen. Ook 5 jaar terug (in 2007) was het aantal levendgeborenen ongeveer 180 duizend (181.336). Tien jaar terug was er sprake van een wat hoger aantal: 202.083. In 1997 waren er 192.443 levendgeborenen en in 1992 196.734. De meest recente geboortepiek was in 2000 met 206.619 levendgeborenen.

Het aantal levendgeborenen in 2017 is volgens de laatste prognose (december 2012) ruim 181 duizend (181.209). Dat komt neer op een toename met 3,6% in de komende 5 jaar. Voor 2022 wordt een aantal van 186.907 levendgeborenen voorzien, wat neerkomt op een groei van 6,3% in 10 jaar. Voor 2027 is de prognose 189.679 levendgeborenen en dus een groei van 7,9%. Omdat het aantal levendgeborenen direct gerelateerd is aan het aantal zwangerschappen, mag op basis van demografische ontwikkelingen dus verwacht worden dat de vraag naar verloskundige zorg zal groeien met 6,3% in de komende 10 jaar en 7,9% in de komende 15 jaar.

Epidemiologische ontwikkelingen

Eén van de vijf niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van veranderingen in het vóórkomen en de verspreiding van ziekten onder de bevolking, in relatie tot leeftijd, geslacht, besmettingsbronnen, voeding, et cetera.

Uit de literatuur en ook uit de interviews en workshop discussies komt naar voren dat er steeds meer (potentiële) ziekten en aandoeningen van moeder en kind kunnen worden opgespoord en er wordt verwacht dat dit zich zal doorzetten. Met name diabetes, obesitas en psychische problematiek worden genoemd als epidemiologische ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de zorgvraag rond zwangerschap en geboorte. De inschatting is dat dit de complexiteit van de zorgvraag per bevalling doet toenemen en daarmee het aantal benodigde verloskundigen, en wel met naar schatting 5% in 10 of 15 jaar.

Sociaal culturele ontwikkelingen

Eén van de vijf niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende mondigheid van patiënten of verschillen tussen sociale groepen in relatie tot zorggebruik.

Uit de voorgaande hoofdstukken kwam als zeer duidelijke trend naar voren dat ‘de zwangere van de toekomst’ een goed geïnformeerde en veeleisende cliënt zal zijn. Verwacht wordt dat vrouwen meer eisen zullen gaan stellen aan hoe te bevallen, meer maatwerk verlangen, meer begeleiding en betere (keten)samenwerking. De vraag naar pijnbestrijding is een specifieke sociaal-culturele ontwikkeling die meerdere experts zien als sterk opkomende trend – ook al is er volop discussie over de wenselijkheid ervan. Daarbij hoort ook de trend naar meer behoefte aan risicoanalyse en screening. De inschatting is dan ook dat dit (boven op de epidemiologische en andere) ontwikkelingen de *work load* per cliënt van de verloskundige zal doen toenemen, met naar schatting 10% in 10 of 15 jaar

Technologische ontwikkelingen

Eén van de niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van 'harde' technologie (nieuwe apparaten) en/of 'zachte' technologie waarmee de arbeidsproductiviteit en organisatorische efficiency van de beroepsgroep beïnvloed wordt.

Als binnen de verloskunde het gebruik van scans en tests toeneemt en ook de toenemende vraag naar pijnstilling, dan kan dit een extra impuls geven aan verdere technologische ontwikkelingen op deze gebieden. Dat geldt voor technologie (apparatuur, medicatie, hulpmiddelen) die binnen ziekenhuizen en geboorteklinieken worden gebruikt, maar ook in de thuissituatie, zoals (zorg)monitoring op afstand. Tevens wordt door technologische ontwikkelingen op het terrein van internet en sociale media de cliënt steeds meer in staat gesteld om zelf informatie te vergaren. Dit zou de behoefte aan voorlichting die eerder door verloskundigen werd gegeven kunnen verminderen, maar ook nieuwe vragen voor de verloskundige kunnen betekenen. Het ‘netto’ effect van technologische ontwikkelingen is dat het werk van de verloskundigen waarschijnlijk verder verbreed wordt. Maar in acht genomen dat deze ontwikkelingen door de experts en in de workshops niet als belangrijkste werden genoemd, verwachten we dat deze factor de zorgvraag met slechts 1% in 10 of 15 jaar zal doen toenemen.

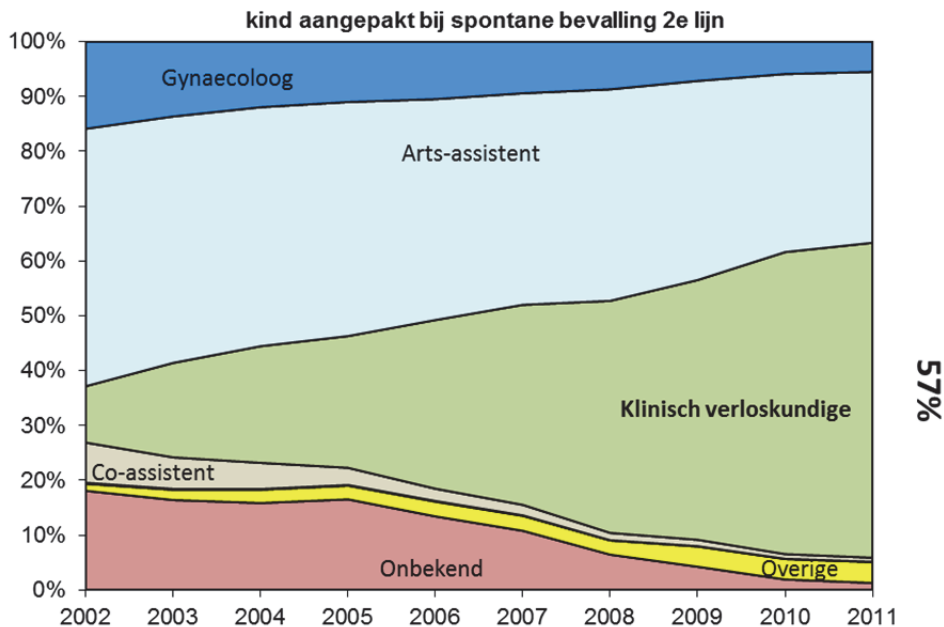
4.3.3 Bepaling van de 'beleidsrijke' vraagparameters (de inzet van scenario's)

Inzet aanverwante disciplines (taakherschikking)

Eén van de niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van verschuiving van taken naar lager opgeleide beroepsgroepen. Voorbeelden zijn verschuivingen van taken van artsen naar NP's, PA's, POH's of gespecialiseerde verpleegkundigen.

In veel bronnen, en ook in de verkennende interviews, wordt aangegeven dat de klinisch verloskundigen steeds meer taken hebben overgenomen van de gynaecoloog en de arts-assistent tijdens steeds meer (*mid risk*) baringen. Het is de vraag of deze trend zich de komende jaren zal doorzetten. Dit zal mede afhankelijk zijn van hoe de gynaecologen zich in de taakverdeling binnen de baringszorg zullen opstellen en welke beleidsmaatregelen worden genomen om taakherschikking juridisch en praktisch te bevorderen. VWS lijkt hier wél sterk op in te zetten. Daarnaast zou het in het kader van continuïteit wenselijk zijn dat bij elke bevalling een verloskundige aanwezig is, ook bij alle tweede en derdelijns bevallingen. Dit betekent niet dat verloskundigen al het werk van gynaecologen moeten/kunnen overnemen; maar wel dat de gynaecoloog erbij geroepen wordt als dat nodig is, terwijl de verloskundige de centrale zorgverlener blijft. Een relevant cijfer is dat in de tweede/derde lijn nog maar ruim 40% van de kinderen 'aangepakt wordt' door een ander dan een verloskundige, en dat dit in de afgelopen jaar sterk is veranderd. De onderstaande figuur die gebaseerd is op de PRN-cijfers is hiervoor illustratief:

Figuur 4.2: Spontane bevallingen in de Nederlandse ziekenhuizen, naar accoucheur (De Neef en Franx, 2011)



Een andere verwachting is dat de eerstelijns verloskundige meer taken kan gaan uitvoeren op het terrein van preventie, anticonceptie en sociale hulpverlening. Daar staat echter tegenover dat de publieke gezondheidszorg en huisarts zich meer kan profileren rond preventie en voorlichting, in lijn met de ingezette trend tot meer zorg in de buurt.

Deze redeneringen afwegende, leent deze factor zich voor een **variabele** bepaling, in de vorm van een tweetal scenario-varianten:

- In de **eerste variant** zullen eerstelijns en tweedelijns verloskundige dezelfde taken blijven doen als ze nu doen en niet meer of minder uitwisselen met aanverwante disciplines. Dit zal de vraag naar verloskundigen in de komende 10 of 15 jaar dus niet veranderen (0%).
- In de **tweede variant** zullen de trends zich doorzetten dat zowel de eerstelijns als tweedelijns verloskundige taken overnemen van gynaecologen, artsen werkzaam bij de GGD'en en huisartsen. Als we deze trends als het ware extrapoleren dan zal de vraag naar verloskundigen toenemen, met naar schatting 10% in 10 of 15 jaar.

Horizontale substitutie (verhouding eerste-tweedelijns)

Eén van de niet-demografische vraagparameters in het ramingsmodel waarmee doorberekend wordt met hoeveel procent de behoefte aan een bepaalde beroepsgroep jaarlijks zal toe- of afnemen, als gevolg van verschuiving van werk tussen twee vergelijkbaar hoog opgeleide beroepsgroepen. Voorbeelden zijn verschuivingen van de eerste naar de tweede lijn, of binnen de tweede lijn van een moeder- naar deelspecialisme, of van snijdend naar beschouwend specialisme.

Over de huidige en gewenste verhouding tussen het verloskundig werk en de positie van de verloskundigen in de eerste en tweede lijn is veel discussie. Deze discussie werd ook prominent gevoerd in de scenario workshops (de 'systeemkant' genoemd in hoofdstuk 3) en kwam ook aan bod kwam in alle verkennende interviews. De scenario-workshops noch de expertinterviews gaven eenduidig aan welk 'netto' effect het veranderen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskundigen zou betekenen voor de totale toekomstige vraag naar 'de' verloskundigen in de komende 10 jaar. De discussie is complex, verschillende trends en verwachtingen lopen door elkaar heen.

Zo is er de verwachting dat de integratie tussen eerste en tweedelijns verloskundige zorg overvleugeld wordt als het aantal thuisbevallingen verder zal afnemen, er strengere risicoselectie zal zijn en er meer geboortecentra ontstaan. De geboortezorg zal dan verder verschuiven naar de tweede lijn en verloskundigen zullen meer voor de klinische setting moeten worden opgeleid.

Andere verwachtingen zijn dat de tijd juist nu rijp is voor integrale geboortezorg waarbij de 'waterscheiding' tussen eerste en tweedelijns verloskundigen zal verdwijnen. Continue afstemming en roulatie van verloskundige capaciteit tussen eerste en tweede lijn optimaliseert de samenwerking tussen alle zorgverleners binnen de verloskundige keten. Hiermee zal het streven naar continuïteit tussen zwangerschapszorg en baringszorg een grote vlucht gaan nemen.

Daarnaast maken nog andere trends en factoren de discussie complexer, zoals de financiering van de verloskundige zorg. Een belangrijke vraag is welk vergoedingsbeleid zorgverzekeraars gaan voeren met betrekking tot locatie en inhoud van de verloskundige taken en werkzaamheden; en hoe dit mogelijk de verhouding tussen eerste

en tweedelijns geboortezorg gaat veranderen. Ook de wijze waarop het verloskundig onderwijssysteem zal kunnen mee veranderen met verschuivingen in het beroepssysteem door deze factor ‘horizontale substitutie’ is een factor van belang.

Alle bovenstaande beschouwingen afwegende, is ervoor gekozen om voor deze factor ‘twee scenario-varianten te definiëren:

- In de **eerste variant** zal intramuralisering verder doorzetten en zullen steeds meer verloskundigen in de tweede lijn werkzaam zijn en daarvoor opgeleid worden. Voor de benodigde capaciteit kan dat aan de ene kant als effect hebben dat er meer verloskundigen nodig zijn omdat in de tweede lijn er relatief wat meer parttime en volgens vaste arbeidstijden en werkroosters gewerkt wordt. Daar staat echter tegenover dat de eerstelijns verloskundigen die in dit scenario een steeds kleinere groep zwangeren bedienen, mogelijk meer uren en fte zullen gaan werken. Ondanks dat de scheiding tussen eerste en tweede lijn in dit scenario eerder groter dan kleiner wordt rond de geboortezorg, blijven verloskundigen ook actief in de zwangerschapszorg, kraamzorg en preventie. We verwachten dan ook dat ‘netto’ in dit scenario de algehele vraag naar verloskundigen in de komende 10 of 15 jaar niet zal veranderen, een verandering dus van 0%.
- In de **tweede variant** is er wel sprake van een systeemverandering in de richting van opheffing van de scheiding tussen eerste en tweede lijn, continuïteit en integrale geboortezorg. Verloskundigen zullen in dit scenario voor zowel de eerste als tweede lijn als één beroepsgroep opgeleid worden; en ook niet meer gescheiden vervolgoopleidingen en bijscholingen volgen. De grenzen tussen eerste en tweede lijn als werkdomen verdwijnen en daarmee ook de discussies over taakverdeling binnen het verloskundige systeem. Het model van integrale zorg en continue begeleiding betekent bijstelling van het onderwijs- en beroepssysteem. Verloskundigen zullen meer in teamverband gaan werken, ketengewijs en ‘transmuraal’. Dit vergt van alle verloskundigen meer inspanningen per bevalling en cliënt, en meer tijd aan case-management-achtige taken en aan niet-clieëntgebonden taken. Dit betekent meer benodigde tijd en capaciteit aan verloskundigen, zeker in de komende 10 jaar waarin de systeemverandering zich zal voltrekken. In deze scenario-variant is een ander effect dat verloskundigen die thuisbevallingen begeleiden vaker geboortezorg in de tweede lijn gaan doorbegeleiden. Hierdoor is er meer capaciteit nodig is om continue bereikbaarheid en beschikbaarheid van verloskundigen in de eerste lijn te blijven garanderen. In deze scenario-variant verwachten we dus dat horizontale substitutie de algehele vraag naar verloskundigen in de komende 10 of 15 jaar doet stijgen, en wel met naar schatting 5%.

4.4 Uitkomsten van het ramingsmodel

Het rekenmodel, zoals beschreven in paragraaf 4.1 en voorzien van de parameterwaarden zoals hiervoor in paragraaf 4.2 en 4.3 ingeschat, laat de volgende uitkomsten zien.

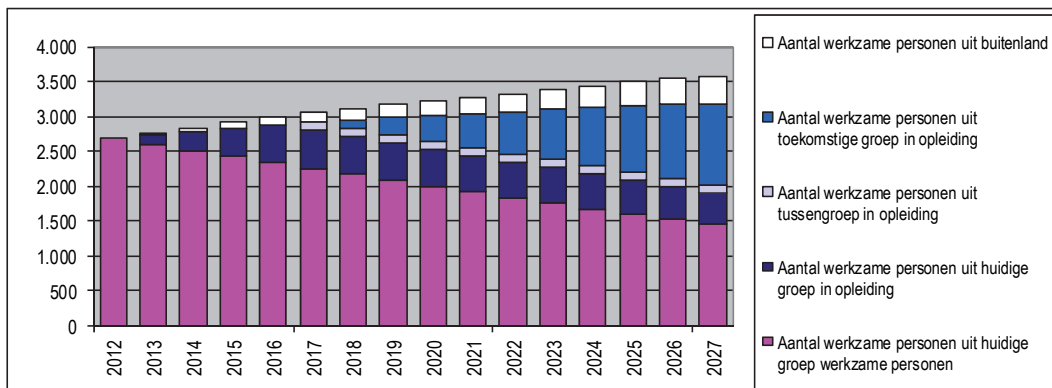
*Veranderingen in het **beschikbare** aanbod*

In het model is doorberekend dat er in 2012 een **beschikbaar** aanbod van in totaal 2.100 FTE aan verloskundigen is. Omdat de onvervulde vraag op 0% is geschat, is die 2.100

FTE ook het benodigde aanbod in 2012 (zie linkerkolom in Figuur 4.1). Het aanbod van verloskundigen zal volgens het rekenmodel met 24% gaan groeien tot 2.600 FTE in 2022 als de huidige (mogelijke) instroom van 220 per jaar in de komende periode wordt gehandhaafd. Voor 2027 wordt bij deze aanname een groei met 33% verwacht tot 2.799 FTE.

In personen uitgedrukt gaat het om een groei van 2.692 verloskundigen in 2012 naar 3.333 personen in 2022 en 3.588 in 2027. Deze geprognosticeerde omvang van verloskundige beroepsgroep in Nederland wordt in Figuur 4.3 gevisualiseerd. In die figuur is ook min of meer zichtbaar dat het aandeel van de in de toekomst nog op te leiden verloskundigen in 2022 veel kleiner is dan in 2027. In 2022 bestaat bij een instroom van 220 personen per jaar 'slechts' 18% van alle verloskundigen uit mensen die vanaf 2014 worden opgeleid. In 2027 is dat daarentegen 32%. Aanpassing van de instroom heeft daarom in 2022 een kleiner effect dan in 2027.

Figuur 4.3: Beschikbaar aanbod van verloskundigen in personen geprognosticeerd voor 2012-2022/2027 naar herkomst



Veranderingen in het **benodigde** aanbod

Het model rekt vervolgens door hoe tussen 2012 en 2022 of 2027 het **benodigde** aanbod aan verloskundigen zal veranderen door de verschillende vraagontwikkelingen die in de vorige paragraaf 4.3 uiteen zijn gezet. Voor alle vraagparameters zijn groeipercentages over de komende 10 of 15 jaar ingeschat, waarbij voor de vraagparameters 'inzet aanverwante disciplines' en 'horizontale substitutie' elk twee verschillende varianten zijn ingeschat.

Een aantal scenario's kan nu geconstrueerd worden door deze vraagparameters met elkaar te combineren. Op die manier wordt het benodigd aanbod aan verloskundigen in 2022 en 2027 niet op één getal geschat, maar op een bandbreedte van schattingen. Dit biedt concreet inzicht in de gevolgen van verschillende toekomstverwachtingen en inschattingen. De scenario's worden 'opgebouwd' door met steeds meer vraagontwikkelingen rekening te houden en door combinaties van varianten op te stellen.

Hieronder worden zes scenario's beschreven die zijn doorgerekend. De eerste twee scenario's bestaan uit de inschatting van de benodigde capaciteit aan verloskundigen in 2022 en 2027, op basis van twee set van vraagparameters:

Scenario 0: hierin wordt alléén rekening wordt gehouden met:

- o een toename van de benodigde capaciteit aan verloskundigen van 6,3% of 7,9% als gevolg van demografische ontwikkelingen;

Scenario 1: hierin wordt rekening gehouden met:

- o 6,3% of 7,9% toename van de benodigde capaciteit als gevolg van demografische ontwikkelingen (als in scenario 1), maar ook met
- o 16% toename als gevolg van epidemiologisch ontwikkelingen (+5%), sociaal-culturele ontwikkelingen (+10%) en technologische ontwikkelingen (+1%).

Voor de volgende vier scenario's wordt Scenario 1 als basis genomen en de factoren 'inzet aanverwante disciplines (taakherschikking)' en 'horizontale substitutie (verschuiving eerste en tweede lijn)' hieraan toegevoegd. Voor beide zijn hiervoor in paragraaf 4.3 twee varianten gedefinieerd, welke gecombineerd vier sub-scenario's opleveren namelijk:

Scenario 2.1:

- o 0% verandering door inzet aanverwante disciplines (verloskundigen nemen niet meer taken over van andere disciplines, scenario-variant 1);
- o 0% verandering door horizontale substitutie (scheiding eerste-tweede lijn verloskundigen blijft, scenario-variant 1).

Scenario 2.2:

- o +10% verandering door inzet aanverwante disciplines (verloskundigen nemen meer taken over van andere disciplines, scenario-variant 2);
- o 0% verandering door horizontale substitutie (scheiding eerste-tweede lijn verloskundigen blijft, scenario-variant 1).

Scenario 2.3:

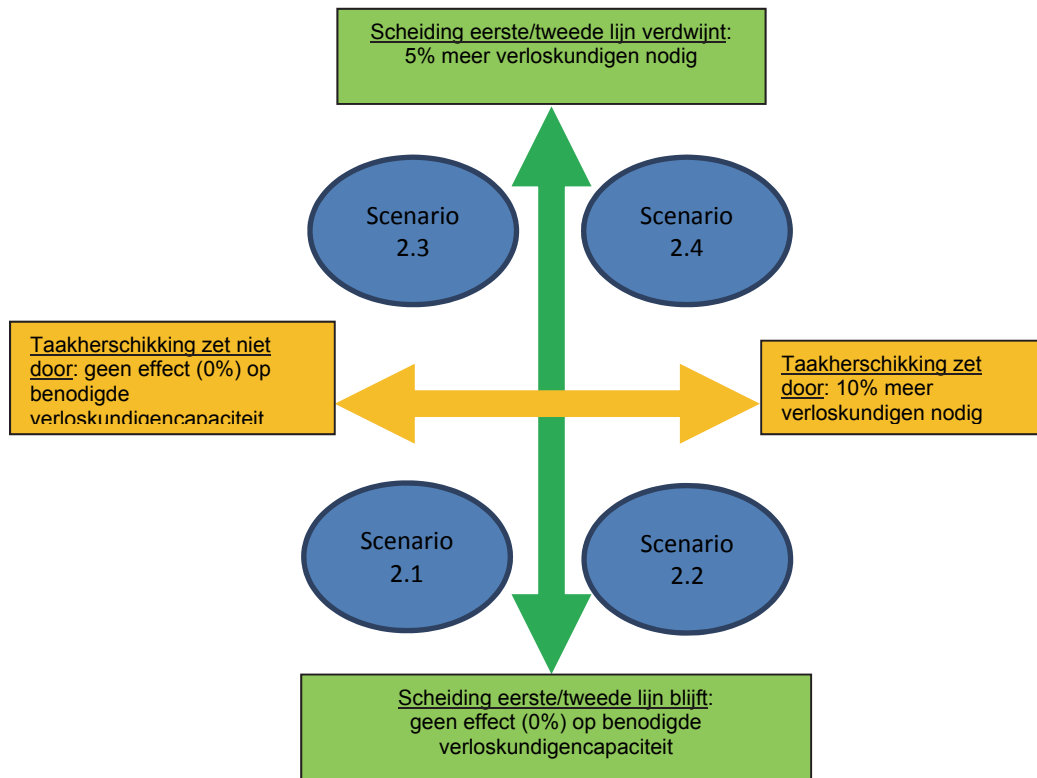
- o 0% verandering door inzet aanverwante disciplines (verloskundigen nemen niet meer taken over van andere disciplines, scenario-variant 1);
- o 5% verandering door horizontale substitutie (scheiding eerste-tweede lijn verloskundigen verdwijnt, scenario-variant 2).

Scenario 2.4:

- o +10% verandering door inzet aanverwante disciplines (verloskundigen nemen meer taken over van andere disciplines, scenario-variant 2);
- o 5% verandering door horizontale substitutie (scheiding eerste-tweede lijn verloskundigen verdwijnt, scenario-variant 2).

In de onderstaande Figuur 4.4 zijn deze vier sub-scenario's nog eens in een assenkruis afgebeeld, zoals dat ook gebeurd is aan het einde van de scenario workshops (zie paragraaf 3.2.3).

Figuur 4.4: De vier sub-scenario's, twee varianten waarin de factoren inzet aanverwante disciplines en horizontale substitutie worden gecombineerd



Tabel 4.1 toont nu de eindberekeningen van het ramingsmodel. In de eerste plaats is dat de schatting van de benodigde capaciteit aan verloskundigen op basis van de zes verschillende scenario's, in absolute aantallen FTE, voor 2022 en in 2027. Hierop gebaseerd, berekent het model de benodigde instroom in de opleiding per jaar om evenwicht te bereiken tussen de beschikbare en benodigde capaciteit in 2022 en 2027.

Te zien is dat scenario 0, de basisvariant – waarin alleen de demografische ontwikkelingen in de vraag naar verloskundigen zijn verdisconteerd – een flink lagere jaarlijkse benodigde instroom in de opleiding zou betekenen, namelijk van 220 naar 47 c.q. 92 plaatsen per jaar. Worden in scenario 1 ook de epidemiologisch, sociaal-culturele en technologische ontwikkelingen meegenomen, dan impliceert de groei in het benodigde aanbod dat de opleidingsinstroom ongeveer gelijk zou kunnen blijven (215 in plaats van 220 per jaar), maar dat deze bij een langere planningstermijn lager kan zijn, namelijk 179 personen per jaar.

Sub-scenario 2.1 is gelijk aan scenario 1, omdat beide vraagontwikkelingen op 0%, oftewel geen verandering bovenop scenario 1 inhouden. Andere uitkomsten zien we in het geval van de drie beleidsrijke sub-scenario's. De drie sub-scenario's 2.2, 2.3 en 2.4 laten zien dat het meenemen van de ontwikkelingen in inzet aanverwante disciplines (taakherschikking) en/of horizontale substitutie (scheiding eerste en tweede lijn), het benodigde aanbod aan verloskundigen snel doet stijgen. Hierdoor is in de meeste varianten een hogere jaarlijkse opleidingsinstroom nodig.

De grootste verhoging van de benodigde instroom wordt berekend voor scenario 2.4, waarin zowel horizontale substitutie als inzet aanverwante disciplines hun verwachte effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan verloskundigen. Met een planningshorizon van 10 jaar, maar slechts een bijstellingsperiode van 5 jaar, is een verhoging van de instroom van 220 naar 408 per jaar benodigd. Het is de vraag of de verloskundeopleidingen in Nederland in staat zouden zijn deze bijna verdubbeling van de instroom in de korte periode tussen 2014 en 2018 te realiseren. Bij een langere bijstellingsperiode gaat het om een verhoging naar 279 te vervullen opleidingsplaatsen per jaar, wat nog altijd een toename van 30% van de huidige instroom 220 per jaar betekent.

De twee andere scenario's 2.2 en 2.3 laten zien wat het effect is van respectievelijk het doorzetten van taakherschikking en het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde. In het eerste geval (alleen het 'taakherschikkingseffect') is een toename van 117 dan wel 22 te vervullen opleidingsplaatsen nodig om evenwicht te bereiken. In het tweede geval (alleen het 'eerste/tweedelijns-effect') is een verhoging van de instroom van 59 plaatsen in 5 jaar nodig, maar in 10 jaar zou de instroom 8 plaatsen per jaar lager kunnen zijn. Het is dus duidelijk dat het additionele effect van doorzettende taakherschikking groter is dan van het verdwijnen van de scheiding eerste/ tweede lijn, maar dit hangt natuurlijk direct samen met het verschil in ingeschatte impact (+10% versus +5%).

Tabel 4.1: Uitkomsten van de zes scenario's in termen van verandering van het benodigde aanbod tussen 2012 en 2022 en tussen 2012 en 2027, en verandering in de benodigde instroom in de opleiding tussen 2014 en 2018 en tussen 2014 en 2023 (uitgaande van een opleidingsinstroom van 220 plaatsen in 2012)

	Planningshorizon 10 jaar		Planningshorizon 15 jaar	
	Benodigd aanbod in 2022	Benodigde opleidingsinstroom 2014-2018	Benodigd aanbod in 2027	Benodigde opleidingsinstroom 2014-2023
Scenario 0: 'basisvariant' (+6,3% of 7,9% groei in benodigde capaciteit door demografische ontwikkelingen)	2.232 FTE	47 / jaar	2.266 FTE	92 / jaar
Scenario 1: als scenario 0, plus groei in benodigde capaciteit door epidemiologisch ontwikkelingen (+5%), sociaal-culturele ontwikkelingen (+10%) en technologische ontwikkelingen (+1%)	2.589 FTE	215 / jaar	2.628 FTE	179 / jaar
Scenario 2.1: als scenario 1, geen groei in benodigde capaciteit door taakherschikking, geen groei door scheiding eerste-tweede lijn	2.589 FTE	215 / jaar	2.628 FTE	179 / jaar
Scenario 2.2: als scenario 1, plus +10% groei in benodigde capaciteit door taakherschikking, geen groei door scheiding eerste-tweede lijn	2.848 FTE	337 / jaar	2.891 FTE	242 / jaar
Scenario 2.3: als scenario 1, geen groei in benodigde capaciteit door taakherschikking, plus +5% groei door verdwijnen scheiding eerste-tweede lijn	2.725 FTE	279 / jaar	2.766 FTE	212 / jaar
Scenario 2.4: als scenario 1, plus +10% groei in benodigde capaciteit door taakherschikking, plus +5% groei door verdwijnen scheiding eerste-tweede lijn	2.998 FTE	408 / jaar	3.043 FTE	279 / jaar

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is het sluitstuk van dit onderzoek gepresenteerd, de capaciteitsraming voor verloskundigen in 2022 en 2027. Na beschrijving van het rekenmodel is eerst gespecificeerd hoe het beschikbare aanbod aan verloskundigen in Nederland zich in de komende 10 à 15 jaar zal ontwikkelen. Op basis van gegevens uit de beroepsregistratie van het NIVEL zijn de aanbodparameters berekend voor 2012, en zijn aanvullende gegevens gebruikt over het rendement en de instroom van de verloskundeopleidingen in Nederland. Als we het beschikbare aanbod aan verloskundigen doorrekenen naar de nabije toekomst dan zal het aantal werkzame verloskundigen stijgen naar 3.333 in 2022 en 3.588 in 2027. Daarbij is wel uitgegaan van continuering van de huidige opleidingsinstroom van 220 personen per jaar. Juist dit cijfer wordt met deze capaciteitsraming ‘geproblematiseerd’ en voor de toekomst (of: een aantal mogelijke toekomsten) berekend.

De volgende stap die daartoe in dit hoofdstuk is gezet, betreft het berekenen van het benodigde aanbod aan verloskundigen in Nederland. Daartoe zijn een groot aantal ontwikkelingen in het rekenmodel gedefinieerd die de vraag naar verloskundige zorg in Nederland de komende jaren kunnen gaan bepalen. Op basis van de uitkomsten van de scenario workshops en de expertinterviews is ingeschat hoe groot de getalsmatige impact van elk van die vraagontwikkelingen op de benodigde verloskundecapaciteit kan zijn. Om met de onzekerheid van deze inschattingen om te gaan zijn zes verschillende scenario’s gemaakt die elk uit een andere combinatie van de vraagontwikkelingen bestaan. Hiermee wordt een ‘bandbreedte’ gecreëerd wat betreft de mogelijke toekomstige behoefte aan verloskundigen over 10 à 15 jaar, en de daarvoor benodigde instroom in de opleidingen. En is tevens berekend wat de gevolgen zijn als bepaalde vraagontwikkelingen in de nabije toekomst wel of niet zullen optreden.

De uitkomst van de capaciteitsramingen is zowel gericht op een planningshorizon van 10 jaar als van 15 jaar. Dat lijkt lang, maar binnen beide perioden is netto maximaal 5 respectievelijk 10 jaar beschikbaar om **in de praktijk** de opleidingsinstroom bij te stellen; inclusief eventueel aanpassing van docenteninzet, faciliteiten, stageplaatsen en andere organisatorisch/bestuurlijke zaken.

De capaciteitsramingen zijn eerst uitgevoerd voor het ‘conservatieve’ scenario waarin verondersteld wordt dat alleen demografische ontwikkelingen de benodigde capaciteit aan verloskundigen zal bepalen. Dit scenario toegepast geeft als uitkomst dat de instroom in de verloskundeopleidingen de komende 10 en 15 jaar 60% tot 80% lager kan zijn dan nu het geval is. Worden daarbij andere ontwikkelingen aan de cliëntkant betrokken dan verandert de uitkomst. Epidemiologische en met name sociaal-culturele ontwikkelingen rond zwangerschap en geboorte (toenemende vraag naar informatie, begeleiding en pijnbestrijding) zullen naar verwachting de *case load* voor verloskundigen doen toenemen. Uit dit scenario komt naar voren dat de huidige opleidingsinstroom van 220 op korte termijn gehandhaafd kan blijven, dan wel op de iets langere termijn wat lager kan zijn. Vervolgens zijn drie ‘beleidsrijke’ scenario’s opgesteld waarin – **bovenop** de eerder genoemde vraagontwikkelingen – de capaciteitseffecten van veranderingen in het verloskundig systeem in Nederland zijn ingeschat. Twee dimensies van zulke systeemverandering zijn beredeneerd: (1) taakherschikking van gynaecoloog en huisarts naar de

verloskundige en (2) slechting van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde door continue en integrale geboortezorg. Als alleen het effect van taakherschikking binnen de beleidsrijke scenario wordt doorgerekend, zal de opleidingsinstroom op korte termijn (binnen 5 jaar) 60%, op langere termijn (binnen 10 jaar) 22% hoger moeten zijn. Het scenario waarin alleen het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde wordt doorgerekend, heeft alleen effect op een verhoging van de opleidingsinstroom op korte termijn van +30%. In het ‘meest beleidsrijke’ scenario – waarin zowel het taakherschikkingseffect als het effect van het opheffen van de scheiding eerste- en tweede lijn wordt doorgerekend – zijn de gevolgen voor de opleidingsinstroom groot. Wordt evenwicht in het jaar 2022 nagestreefd, dan zal in de vijf jaar van 2014 tot en met 2018 de jaarlijkse instroom bijna moeten verdubbelen. Wordt evenwicht nagestreefd voor het jaar 2027, dan moet in de tien jaar van 2014 tot en met 2023 de instroom jaarlijks 30% hoger liggen om in dit scenario evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. In vergelijking met de andere beleidsrijke scenario’s lijkt deze variant praktisch niet erg realistisch en haalbaar.

Het geheel overziend, lijken van de zes doorberekende scenario’s de twee ‘uiterste’ scenario’s (het basisscenario en het meest beleidsrijke scenario) in hun uitkomsten het minst realistisch en uitvoerbaar. Laten we deze buiten beschouwing, dan zien we dat de gewenste bijstelling van de instroom in de verloskundeopleidingen zou kunnen variëren tussen:

- (1) op korte termijn een **verlaging** van 5 plaatsen per jaar of een **ophoging** van de jaarlijkse instroom met 117 plaatsen; dan wel,
- (2) op lange termijn een **verlaging** van 41 plaatsen per jaar of een **ophoging** van de jaarlijkse instroom met 22 plaatsen.

De bandbreedte tussen de scenario-uitkomsten is vooral groot als op korte termijn de bijstelling in de opleidingsinstroom gerealiseerd zou moeten worden. In relatieve termen gaat het dan om bijstellingen van de opleidingsinstroom tussen de -3% en +59% binnen 5 jaar. Op de wat langere termijn zien we dat de bandbreedte van bijstelling rond de huidige instroom van 220 half zo groot is, namelijk tussen de -21% en +11% per jaar.

5 Samenvatting en conclusie

In dit rapport zijn de resultaten beschreven van een onderzoek dat antwoord geeft op de simpele doch complexe vraag: hoeveel verloskundigen dienen er in Nederland te worden opgeleid? In de route naar het antwoord op deze vraag zijn verschillende deelonderzoeken uitgevoerd, die hier kort worden samengevat.

Ten **eerste** is via een interviewronde een aantal experts binnen en buiten de verloskunde gevraagd welke ontwikkelingen spelen op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland, zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant. Hieruit kwam naar voren dat de toekomstige cliënt van de verloskundige steeds meer constante en intensieve zorg vraagt, waarbij in het bijzonder de toenemende vraag naar pijnstilling werd genoemd. Ook zal co morbiditeit bijdragen aan een toenemende behoefte aan intensievere en complexere geboortezorg, meer ketensamenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgende.

Ten **tweede** zijn twee scenario-workshops georganiseerd met vertegenwoordigers die breed uit het verloskundige veld zijn gerekruteerd. In deze workshops zijn, voortbouwend op de expertinterviews, een aantal toekomstontwikkelingen benoemd, geclassificeerd, geprioriteerd en in samenhang besproken. De toekomstverwachtingen hadden enerzijds betrekking op de vraag naar verloskundige zorg ('hoe ziet de zwangere over 10 jaar er uit?'), anderzijds op het aanbod van verloskundige zorg ('hoe ziet de professionele rol van de verloskundigen in het systeem er over 10 jaar uit?'). Interessant genoeg kwamen de deelnemers van de twee workshops tot een zelfde soort verwachtingen en mogelijke scenario's. Ten aanzien van de cliënt verwachtte men, kortweg gezegd, dat deze steeds meer zorg op maat, zorg in de buurt, zorg in samenhang en kwalitatief optimale zorg eist. Ten aanzien van het aanbodsysteem verwachtte men samengevat dat steeds meer op integratie en samenwerking tussen zorgverleners zal worden ingezet waarmee ontschotting kan worden bereikt. Men verwachtte dat de genoemde cliëntontwikkelingen de vraag naar verloskundigen zullen doen toenemen. Men was echter onzekerder of ontschotting en integratie binnen de verloskundige keten dezelfde invloed zal hebben.

In het **derde** onderdeel is de daadwerkelijke capaciteitsraming uitgevoerd. Verschillende bronnen, statistieken en de bevindingen uit de expertsinterviews en scenario workshops vormden input voor de parametersetting ('instelling') van het NIVEL ramingsmodel. Om niet tot één cijfermatige bepaling van de gewenste instroom in de verloskundeopleiding in Nederland voor de periode 2012-2022/2027 te komen, maar juist ook om met verschillende toekomstverwachtingen rekening te houden, zijn een aantal scenario's doorgerekend. Daarvan zijn er vier als "beleidsscenario" zijn aan te merken, waaronder een beleidsarme en drie beleidsrijke. Dit zijn scenario's waarin is ingeschat wat het effect zou zijn als twee veranderingen in het beroepssysteem van de verloskunde zich zouden doorzetten, namelijk:

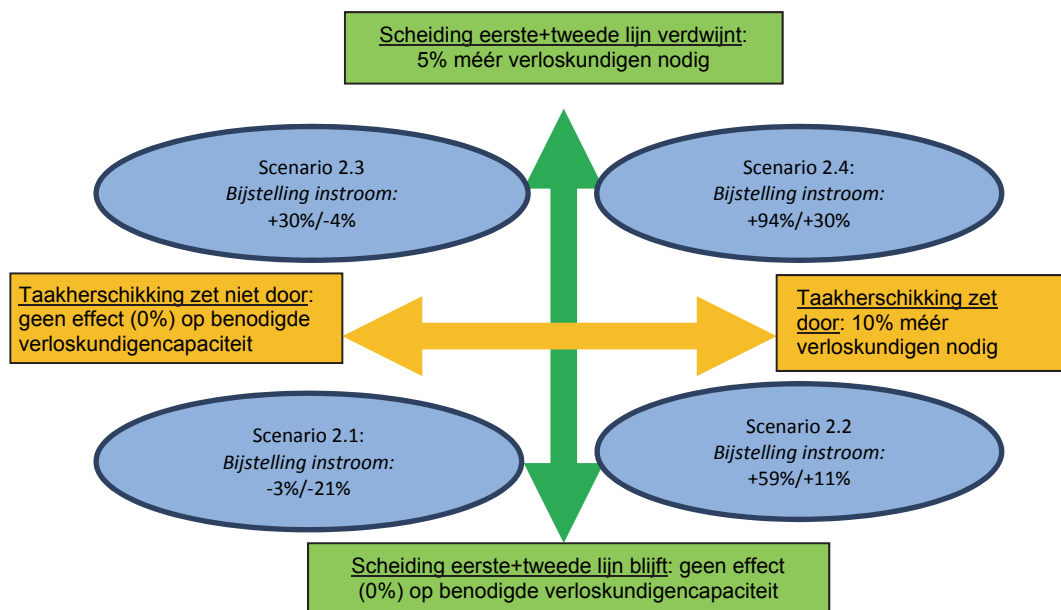
(1) taakherschikking van gynaecoloog en huisarts naar de verloskundige, en

- (2) het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde, door de inrichting van continue en integrale geboortezorg.

Het beleidsarme scenario gaat ervan uit dat geen van beide ontwikkelingen zich voordoet. In de drie beleidsrijke scenario's wordt verondersteld dat één van beide of allebei de systeemveranderingen zich in de komende jaren voordoen. In het eerste geval hebben zij geen (additioneel) effect op de benodigde capaciteit aan verloskundigen, in het laatste geval uiteraard wel, en daarvoor is ingeschat dat de doorzetting van taakherschikking de benodigde capaciteit met 10% in 10 of 15 jaar zal toenemen, en het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweede lijn een toename van 5% in 10 of 15 jaar zal vergen. De effecten van de vier beleidsscenario's op de benodigde instroom in de opleiding is voor twee perioden doorgerekend. Eén periode waarin er 5 jaren zijn om de bijgestelde opleidingsinstroom te effectueren en te verwerken, én een periode waar hiervoor 10 jaar wordt uitgetrokken. Deze perioden bepalen mede hoeveel bijstelling van de instroom per jaar er nodig is. In het geval van een 5-jaarsbijsturingsperiode wordt evenwicht nagestreefd tussen vraag en aanbod in het jaar 2022. In het geval van een 10-jaarsbijsturingsperiode wordt 2027 het evenwichtsjaar.

In de onderstaande Figuur 5.1 zijn de twee systeemveranderingen als twee dimensies tegen elkaar afgezet, en vormen daarmee een assenkruis waarbinnen we de vier beleidsscenario's kunnen plaatsen. In de scenario-cirkels staat tevens wat de implicaties zijn voor bijstelling van de opleidingsinstroom per jaar na doorrekening in het capaciteitsramingsmodel; eerst wanneer een bijstellingsperiode van 5 jaar wordt gekozen, daarnaast wanneer een bijstellingsperiode van 10 jaar wordt gekozen. De bijstellingscijfers zijn uitgedrukt in percentages meer of minder instroom ten opzichte van de 220 opleidingsplaatsen die thans jaarlijks bezet worden.

Figuur 5.1: Vier beleidsscenario's, gevormd door twee verschillende voorspellingen ten aanzien van taakherschikking en de scheiding eerste en tweede lijn in de verloskunde. Per scenario de benodigde bijstelling van jaarlijkse opleidingsinstroom in percentages t.o.v. 2012 voor een bijstellingsperiode van 5/10 jaar



De figuur laat ten eerste zien dat scenario 2.1 linksonder en 2.3 rechtsboven de bandbreedte van de beleidsscenario-uitkomsten bepalen. Zal taakherschikking, noch de scheiding tussen eerste en tweedelijns verloskunde in de komende 10 jaar veranderen (scenario 2.1), dan hoeft binnen een korte bijstellingstermijn de opleidingsinstroom bijna niet te worden bijgesteld (-3%); op middellange bijstellingstermijn kan het aantal jaarlijks op te leiden verloskundigen zelfs met 21% worden teruggebracht. Scenario 2.4 daarentegen laat zien dat een toekomst waarin zowel taakherschikking doorzet als de ‘ontschotting’ van de eerste/tweedelijns verloskunde, een grote verhoging van de instroom vergt. De jaarlijks instroom in de verloskunde-opleidingen zal dan namelijk vijf jaar lang bijna moeten verdubbelen als evenwicht in 2022 wordt nagestreefd, of, 10 jaar de tijd nemende, 30% hoger moeten liggen om in 2027 evenwicht te bereiken. Figuur 5.1. laat ook zien dat van het doorzetten van taakherschikking relatief de meeste toename in de benodigde opleidingsinstroom wordt verwacht (scenario 2.2 en 2.4).

Hoe nauwkeurig deze uitkomsten van de capaciteitsramingen ook lijken, zij blijven gekenmerkt worden door tal van onzekerheden en door complexiteit. Zo is in de ramingen en scenario's geen inschatting gemaakt van het tempo of patroon waarin de vraag- en aanbodontwikkelingen zich zullen voltrekken. Die is waarschijnlijk niet ‘rechtlijnig’ en ook onzeker is hoelang deze door zullen gaan. Het verdient dan ook aanbeveling deze ontwikkelingen te blijven monitoren en te blijven werken aan de indicatoren om deze zo valide en betrouwbaar mogelijk te kunnen meten én te ‘voorspellen’.

Terugkomend op wat in de inleiding van dit rapport gesteld is: de vraag hoeveel verloskundigen er in Nederland opgeleid moeten worden opgeleid lijkt simpel, maar is complex. Het antwoord is met dit onderzoek in een aantal varianten beschreven. Een groot aantal ontwikkelingen binnen de verloskundige zorg is daartoe in kaart gebracht, geselecteerd, en daarna op hun gevolgen voor de arbeidsmarkt en de benodigde opleidingsinstroom doorgerekend. Het is nu aan de stakeholders in het verloskunde veld om deze resultaten verder in hun beleid en visie te verwerken. Hoe die visies ook kunnen verschillen, een duurzaam evenwicht op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland is een gemeenschappelijk belang voor alle partijen – niet te vergeten voor hen die verloskunde elke dag in de praktijk brengen en ervaren.

Literatuur

- Batenburg, R.S, en Bongers, F.J. (2001) The role of GSS in participatory policy analysis; A field experiment. *Information & Management*, 39(1), p. 15-30.
- Bongers, F. (2000) Participatory policy analysis and group support systems. Dissertatie Katholieke Universiteit Brabant.
- Capaciteitsorgaan (2010) Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: medisch en klinisch technologische specialisten. Utrecht, Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen
- EURO-PERISTAT, SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT (2008). European Perinatal Health Report. 2008.
- Evers A.C.C., Brouwers H.A.A., Hukkelhoven C.W.P.M., Nikkels P.G.J., Boon J., Egmond-Linden A.van, Hillegersberg J., Snuif Y.S., Sterken-Hooisma S., Bruinse H.W., and Kwee A. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 341:c5639 doi:10.1136/bmj.c5639.
- Ester, P., Geurts, J. en Vermeulen, M. (Red.) *De makers van de toekomst*. Tilburg; Tilburg University Press.
- Gezondheidsraad (2012) *De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk*. Den Haag; Gezondheidsraad.
- Greuningen, M. van, Batenburg, R., Hansen, J. (2010) *De arbeidsmarkt voor gynaecologen in Nederland: stand van zaken in 2009, met een behoefteeraming voor 2027*. Utrecht; NIVEL.
- Hingstman, L., Kenens, R.J. Hassel D. van (2012) *Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2012*. Utrecht; NIVEL.
- Hingstman, L., Kenens, R., Wiegers, T. (2011) Sterke groei aantal klinisch werkende verloskundigen. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 36 (2011) 10, p. 11-14.
- IGZ (2011) *Verloskunde in ziekenhuizen in november 2011*; Den Haag; Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- KMPG/Plexus (2012) *24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis. Kwalitatieve, personele en organisatorische consequenties in beeld*. Utrecht; KMPG/Plexus
- KNOV (2012) *Nieuwe balans in de verloskundige zorg*. Utrecht; KNOV.
- Liefhebber, S., Dam, C. van, Waelput, A. (2005) *Beroepsprofiel verloskundige*. Bilthoven; KNOV/NIZW.
- Ministerie van VWS (2012) *Voortgangsbrief zwangerschap en geboorte, CZ-3119749, 3 juli 2012*
- NVOG (2001) *Integrale verloskundige zorg in Nederland. Een stap verder. Visie NVOG*. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; Utrecht
- NVZ/NVOG (2011) *Definities 24/7 acute verloskunde en andere normen voor de ziekenhuizen uit het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte*. Utrecht; Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- NZa (2012) *Advies Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking*. Utrecht; Nederlandse Zorgautoriteit
- Roman, B., Wijngaart. M. van den (2011) *Naar een nieuwe balans in de geboortezorg Strategische verkenning van optimalisatiemogelijkheden van de verloskundige zorg tijdens preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamperiode* Tilburg; IVA.
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht; Stuurgroep zwangerschap en geboorte
- Wiegers, T., Hukkelhoven, C. (2011) De rol van klinisch verloskundigen bij bevallingen in de tweede lijn. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 36 (2011) 5, p. 17-21.
- Wiegers, T.A., Hingstman, L. (2008) Het veranderende takenpakket van verloskundigen: nieuwe cijfers over tijdbesteding aan specifieke taken. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 33 (2008) 3, p. 19-24.
- Wiegers, T.A., Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L. (2005) *Behoefteeraming verloskundigen 2004-2015*. Utrecht; NIVEL.
- www.nvog.nl/voorlichting/Ziekenhuizen+met+een+afdeling+Obstetrie+en+Gynaeco/default.aspx

Bijlage A Agenda en ‘draaiboek’ van de workshops

13:00-13:15

Inloop met koffie, thee en (voor wie wil) broodjes, melk, fruit

13:15 – 13:30

- Welkom en presentatie van het doel en agenda van de workshop
- Korte presentatie van het kader van de workshop, het capaciteitsramingsonderzoek verloskundigen (zie Bijlage C voor de gepresenteerde slides)
- Voorstelronde (wie, functie, organisatie, link met het thema, verwachting van de workshop)

13:30 – 14:15

Eerste brainstorm-ronde met het elektronische vergadersysteem (i.c. de ThinkTank-software).

- De eerste vraag aan alle deelnemers is: “Wat zijn volgens u de belangrijkste ontwikkelingen in de komende 10 jaar die de behoefte van cliënten aan verloskundige zorg in Nederland zullen bepalen?” Deze vraag wordt kort toegelicht aan de hand van 1 slide waarop een aantal trends als voorbeeld staan die we uit de verschillende expertinterview hebben opgepikt. Benadrukt wordt dat men trends noemt die betrekking hebben op de cliënt, zijnde ‘de zwangere over 10 jaar.
- Elke deelnemer kan in korte bewoordingen maximaal 2 à 3 verschillende ontwikkelingen toevoegen aan de brainstorm-lijst door deze in het kader [demonstreren] in te typen en toevoegen. Deze oefening gebeurt anoniem, maar men kan wel elkaars antwoorden zien en de lijst zien ‘groeien’. Men krijgt maximaal 10 minuten om ideeën in te typen, daarna wordt het systeem afgesloten.
- Vervolgens wordt de *long list* van ontwikkelingen centraal via de beamer besproken, ontdebeld en daar waar mogelijk worden ontwikkelingen samengenomen en geaggregeerd. Voor deze plenaire discussie wordt de tijd genomen zodat voor iedereen duidelijk is wat onder de ontwikkelingen wordt verstaan. De *long list* wordt hiermee terug gebracht tot een *short list*.
- De *short list* wordt vervolgens elektronisch in stemming gebracht. De opdracht is: “geef met een cijfer van 1 tot 10 aan hoezeer deze ontwikkeling volgens u invloed heeft op de benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland”.
- De gemiddelden en standaarddeviaties per ontwikkeling worden gepresenteerd zodra alle stemmen binnen zijn. Plenaire bespreking van de uitkomst van de stemming. Welke ontwikkelingen worden gemiddeld als het meest invloedrijk beoordeeld? Over welke ontwikkelingen is consensus, over welke is er minder consensus?
- Op basis van de discussie en kiezen we gezamenlijk twee ontwikkelingen die gemiddeld zeer belangrijk worden gevonden, maar waar ook onzekerheid over is of deze echt plaats zullen vinden. Deze trends vormen de meest interessante contrasten om scenario’s op te baseren.

14:15 – 14:30

- Korte pauze, koffie/thee schenken, ‘stoom afblazen’
- Peilen: bevalt het systeem en de discussie tot nu toe, ruimte voor een onderling ‘buzz-moment’.

14:30 – 15:15

Tweede brainstormronde met het elektronische vergadersysteem om het volgende inhoudelijke discussiepunt bij de kop te pakken. Zelfde opzet als hiervoor, maar nu met de vraag: “Welke ontwikkelingen ziet u de komende 10 jaar in het aanbod-systeem van verloskundige zorg in Nederland voornamelijk zullen bepalen? Ook nu wordt weer aan de hand van 1 slide een aantal trends als voorbeeld genoemd. En wordt benadrukt dat het gaat om trends die bepalen hoe het systeem van verloskundige zorg er over 10 jaar uit zal zien in termen van verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Ook nu gaan we van *long list* naar *short list*, wordt de *short list* in stemming gebracht en worden twee ontwikkelingen uitgekozen om in scenario's te verwerken.

15:15 – 15:30

Tweede pauze. De onderzoekers maken ‘achter de schermen’ maximaal 4 scenario's, door in een (voorbereide) PowerPointslide de twee uitgekozen ‘cliënt’-trends uit de eerste brainstorm te ‘kruisen’ met de twee uitgekozen ‘systeem’-trends uit de tweede brainstorm. Binnen elk assenkruis ontstaan vier vlakken die 4 mogelijke scenario's representeren.

15:30 – 16:15

- Presentatie van de vier assenkruizen en de bijbehorende scenario's.
- Open en plenaire discussies over de contrasten van de scenario's die met de 4 assenkruizen worden gegenereerd.
- Bepaling welk assenkruis nu het meeste contrast oplevert en het meest aantrekkelijk is om voor een capaciteitsraming van verloskundigen door te rekenen.

16:15-16:30

- Afsluiting. Evaluatie van de workshop, procesmatig, inhoudelijk. Wat was goed, wat verdient verbetering?
- Dank aan alle deelnemers; uitdelen declaratieformulieren voor reiskosten indien gewenst.

Bijlage B Deelnemers aan de workshops

Workshop 1	Workshop 2
1. Cornel Kirpestein (IRIS)	1. Peter Buisman (KNOV)
2. Jeroen van Dillen (UMC St Radboud)	2. Guid Oei (NVOG, Máxima Medical Centre)
3. Joyce Kors (AVAG)	3. Ernie van der Weg (GGD Rotterdam-Rijnmond)
4. Leonie Smeijer (Bernhoven)	4. Marja Huizer (CPZ, directeur Geboortehotels/Kraamzorg Rotterdam)
5. Heleen Kool (Verloskundig centrum Zeist)	5. Katja van Groesen (Verloskundig centrum Sneek)
6. Vera op den Drink (NZA)	6. Marijke van der Veer (UMCN St. Radboud)
7. Ageeth Rosman (AMC)	7. Evelien Cellissen (Hogeschool Rotterdam)
8. Yolanda Hering (Zuwe Hofpoort Ziekenhuis)	8. Corine Verhoeven (Máxima Medical Centre)
9. Marielle Jambroes (AMC)	9. Hans van der Berg (Menzis)
	10. Hans Reinold (Careyn Kraamzorg)
	11. Margret Hink (VWS)
	12. Laura Jansma (Vakblad kraamzorg)

Bijlage C De vertoende PowerPoint slides ter introductie van de workshop

Scenario workshop
 Vraagtrends voor een beleidsrijke raming van verloskundigen in Nederland


Ronald Batenburg
 Inge van der Lee
 Trees Wiegers
 Iris de Putter

NIVEL/KNOV, Utrecht, 17 oktober 2012



Agenda


- Introductie
- Brainstorm #1: welke verloskundige zorg vraagt de cliënt over 10 jaar?
- Brainstorm #2: hoe ziet de verloskundige systeem er over 10 jaar uit?
- Pauze
- Scenario's op basis van brainstorm 1 en 2: hoe waarschijnlijk en wenselijk zijn ze?
- Afsluiting



Voorstelronde: wie zijn wij, wie bent u?

Wij zijn het NIVEL:

- Doet sinds 1985 wetenschappelijk en maatschappelijk relevant onderzoek naar/voor de zorg
- Is een onafhankelijke stichting
- Thans bijna 200 medewerkers en omzet 16 miljoen



Wie bent u ?

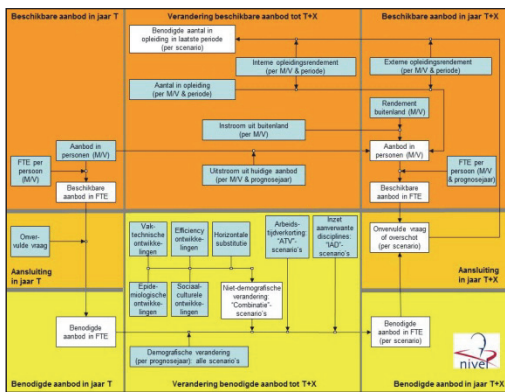


Kader van deze workshop

- Na 2001 en 2005: een nieuwe capaciteitsraming voor verloskundigen in Nederland, anno 2012
 - Wat is de aansluiting tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt voor verloskundigen, nu en over 10 jaar?
 - Welke instroom in de opleiding tot verloskundige is nodig om de aansluiting te optimaliseren, nu en over 10 jaar?

Hoe werkt een capaciteitsraming?

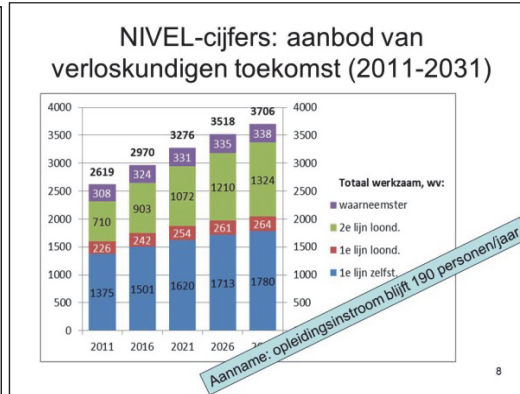
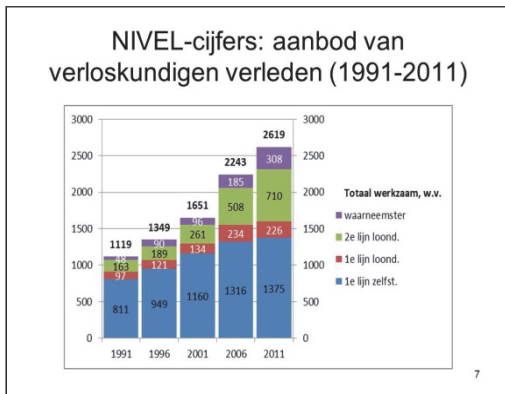
4



Wat weten we wel, wat weten we niet?

- Gegevens over de huidige en toekomstige aanbod van verloskundigen zijn relatief precies te modelleren ...
 - Behalve de toekomstige instroom in de opleiding!
- Gegevens over de huidige en toekomstige vraag naar verloskundigen zijn veel minder precies te modelleren ...
 - Vandaar expert-inschattingen
 - Vandaar scenario's om verschillende, *mogelijke* vraagontwikkelingen te definiëren

6



Doel van deze workshop

Zicht op:

- Hoe gaat de vraag naar verloskundige zorg zich ontwikkelen, en welke invloed heeft dat op de toekomstige behoefte aan verloskundigen in Nederland?

Twee 'krachten':

- Hoe gaat de toekomstige vraag veranderen door de cliënt; wat wil de zwangere over 10 jaar?
- Hoe gaat de toekomstig vraag veranderen door het systeem; wie doet wat in de verloskundige keten over 10 jaar?



'Digitale' brainstorm #1

Vraag:

- Hoe gaat de toekomstige vraag veranderen door 'de cliënt'?
- Wie is de zwangere over 10 jaar?
- Wat wil de zwangere over 10 jaar?

Opdracht:

- Noem verwachte vraag-ontwikkelingen, verwachte vraag-trends
- Type ze kort en krachtig in 1 regel in het 'kader' onderin
- Voer maximaal 2 à 3 ontwikkelingen/trends in
- Ontwikkelingen/trends kunnen de vraag naar verloskundigen zowel doen stijgen als dalen

Aan u nu het 'woord'!



'Digitale' brainstorm #2

Vraag:

- Hoe gaat de toekomstige vraag veranderen door 'het systeem'?
- Wat kan en doet de verloskundige over 10 jaar?
- Welke positie heeft de verloskundige binnen de keten over 10 jaar?

Opdracht:

- Noem verwachte systeem-ontwikkelingen, verwachte systeem-trends
- Type ze kort en krachtig in 1 regel in het 'kader' onderin
- Voer maximaal 2 à 3 ontwikkelingen/trends in
- Ontwikkelingen/trends kunnen de vraag naar verloskundigen zowel doen stijgen als dalen

Aan u nu het 'woord'!



De meest relevante ontwikkelingen en trends door u genoemd

• Vraag-ontwikkelingen en trends:

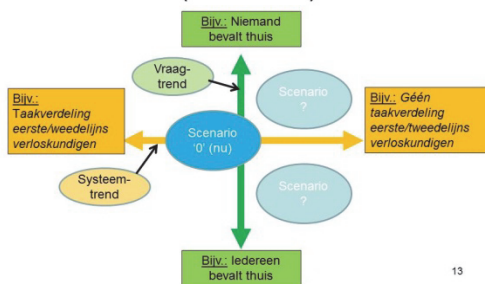
- ...
- ...
- ...

• Systeem-ontwikkelingen en trends:

- ...
- ...
- ...

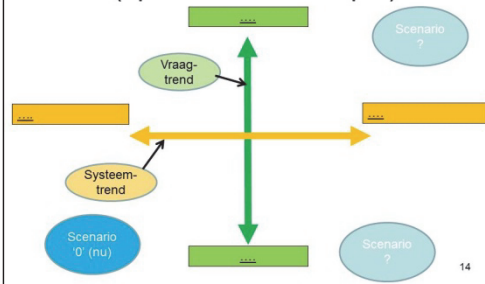
12

Van trends naar scenario's (voorbeeld)



13

Van trends naar scenario #1 (op basis van uw input)



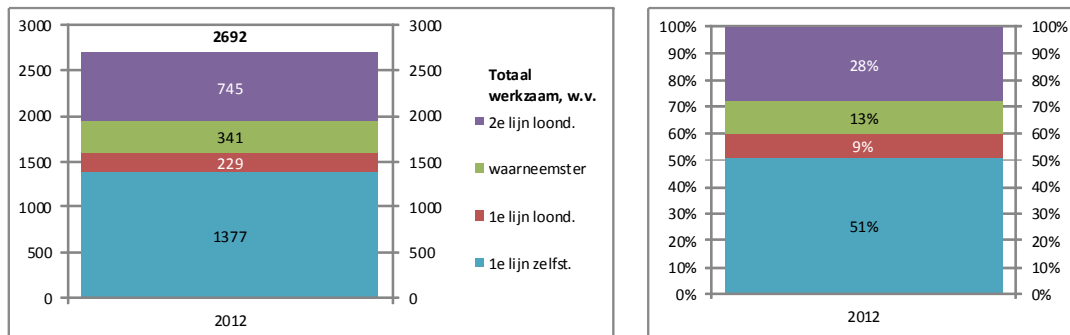
14

Bijlage D Extra statistieken over het arbeidsaanbod van verloskundigen

Aantal actieve verloskundigen naar werkzame status in 2012

Op 1 januari 2012 waren er in Nederland 2.692 verloskundigen actief. Een groot aantal daarvan (1.377, dat is 51%) was werkzaam als zelfstandig gevestigd verloskundige in een eerstelijns verloskundepraktijk. Er waren ook nog 229 (9%) verloskundigen werkzaam in loondienst in een eerstelijns verloskundepraktijk en 341 (13%) waren werkzaam als waarneemster in een eerstelijns verloskundepraktijk. Bij elkaar waren er dus ongeveer 1.950 verloskundigen actief in de eerste lijn en dat was 72% van alle verloskundigen. In de tweede lijn werkten 745 verloskundigen (28%) in loondienst van een afdeling verloskunde in een ziekenhuis.

Figuur D1: Aantal (links) en het aandeel (rechts) werkzame verloskundigen per jaar, naar werkzame status op 1/1/2012



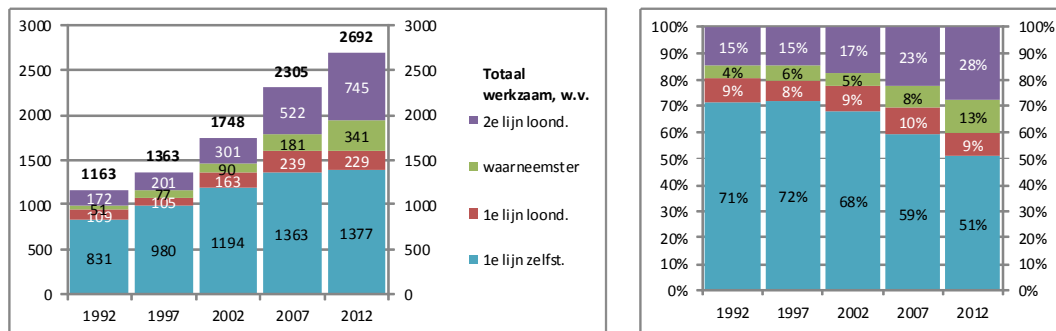
Ontwikkeling in aantal actieve verloskundigen naar werkzame status tot nu toe

Het totaal aantal werkzame verloskundigen is in de afgelopen 20 jaar sterk gegroeid, van 1.163 actieve verloskundigen in 1992 naar 2.692 in 2012. In deze 20 jaar is het aantal actieve verloskundigen met 131% gestegen. In de eerste 5 jaar, dus van 1992 tot 1997 steeg het aantal met 17%. In 2002 was er inmiddels sprake van een groei met 50% ten opzichte van 1992. De toename was het sterkst in de periode tussen 2002 en 2007. In 2007 was het aantal verloskundigen 98% groter dan 15 jaar daarvoor.

Ten opzichte van 5 jaar eerder (het jaar 2007), waren er in 2012 vrijwel evenveel verloskundigen werkzaam in de eerste lijn als zelfstandige of in loondienst. De gestage groei van het aantal zelfstandige verloskundigen en verloskundigen in loondienst in de eerste lijn zoals te zien was in de periode vanaf 1992 tot aan 2007, lijkt dus gestopt te zijn. Wel waren er in 2012 meer waarneemsters actief dan in 2007, waardoor het totaal aantal verloskundigen dat actief is in de eerste lijn toch nog gegroeid is in de afgelopen 5 jaar. In 2012 waren er veel meer verloskundigen werkzaam in de tweede lijn dan in 2007. Die groei was eerder ook al te zien - vooral tussen 2002 en 2007 - en heeft zich in de afgelopen 5 jaar dus doorgezet. In absolute aantallen is het aantal verloskundigen dat

werkzaam is in de tweede lijn gegroeid van 172 in 1992 naar 745 in 2012. Het aandeel verloskundigen dat werkzaam is in de tweede lijn is daarbij gegroeid van 15% naar 28%.

Figuur D2: Ontwikkeling tot nu toe van het aantal (links) en het aandeel (rechts) werkzame verloskundigen per jaar, naar werkzame status op 1/1 van de jaren 1992, 1997, 2002, 2007 en 2012

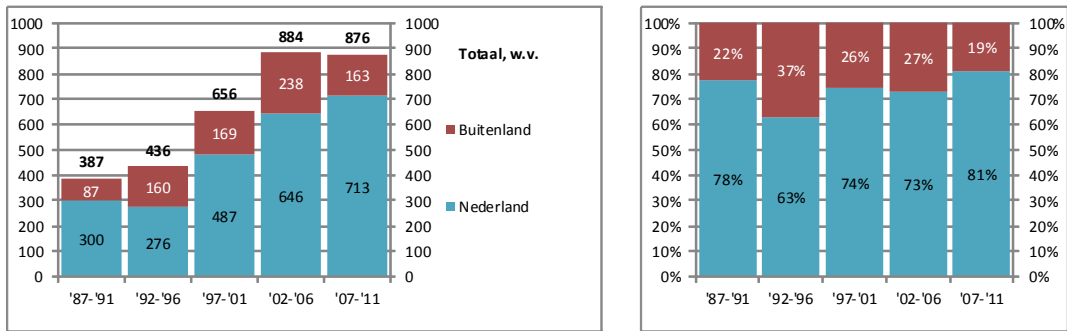


Aantal nieuwe verloskundigen naar instroomperiode en herkomst

Als het totaal aantal nieuwe verloskundigen van de afgelopen 25 jaar wordt bekeken naar herkomst, dan ontstaat een beeld van het aantal verloskundigen dat per 5-jaarperiode is opgeleid in Nederland of is ingestroomd vanuit het buitenland. In de periode 2007 t/m 2011 zijn bijvoorbeeld 876 verloskundigen voor het eerst erkend. Daarvan waren er 713 (81%) in Nederland opgeleid en 163 (19%) in het buitenland. In de 5 jaar daarvoor, dus van 2002 t/m 2006, was de instroom vrijwel even hoog, namelijk 884. Maar het aantal dat in Nederland was opgeleid lag met 646 iets lager dan de instroom van 713 vanuit de Nederlandse opleiding in de periode 2007-2011. De instroom uit het buitenland in 2002-2006 was met 238 juist wat hoger dan instroom van 163 uit het buitenland in 2007-2011. Van 1997 t/m 2001 zijn in totaal 656 verloskundigen opgeleid in Nederland of ingestroomd vanuit het buitenland. In de afgelopen 10 jaar zijn dus duidelijk meer verloskundigen ingestroomd dan in de 5 jaar daarvoor. Dat geldt des te sterker voor de periode van 1992 t/m 1996 en de periode van 1987 t/m 1991 waarin ongeveer 400 verloskundigen per 5 jaar instroomden.

Het aandeel van de totale instroom dat in Nederland is opgeleid, was in een aantal 5-jaarperioden ongeveer 75%. Voor de periode 1992-1996 was het echter slechts 63% en voor de afgelopen 5 jaar (2007-2011) was het relatief hoog met 81%.

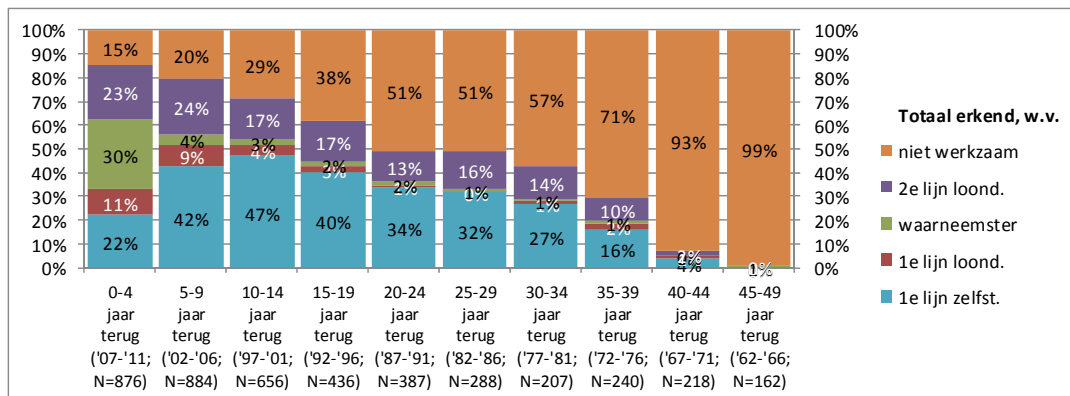
Figuur D3: Ontwikkeling tot nu toe van het aantal (links) en het aandeel (rechts) nieuw erkende verloskundigen per 5 jaar, naar herkomst



Aandeel verloskundigen naar werkzame status op 1/1/2012 en instroomperiode

Als het totaal aantal ooit erkende verloskundigen per 5-jaarsinstroomperiode wordt bekeken naar de relatieve verdeling wat betreft de werkzame status per 1/1/2012, dan is te zien dat er van de 876 verloskundigen die in de afgelopen 5 jaar voor het eerst erkend zijn er 22% zelfstandig gevestigd was per 1/1/2012, 11% was in loondienst in de eerste lijn, 30% was waarnemer, 23% werkte in de tweede lijn en 15% was niet actief. Van de 884 verloskundigen die in 2002 t/m 2006 zijn ingestroomd en op 1/1/2012 dus 5-9 jaar geleden waren ingestroomd, was 42% zelfstandig gevestigd, 9% was in loondienst in de eerste lijn, 4% was waarnemer, 24% was werkzaam in de tweede lijn en 20% was niet actief. Voor de oudere cohorten is een steeds verder toenemend aandeel te zien dat niet (meer) actief is.

Figuur D4a: Aandeel ooit erkende verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012

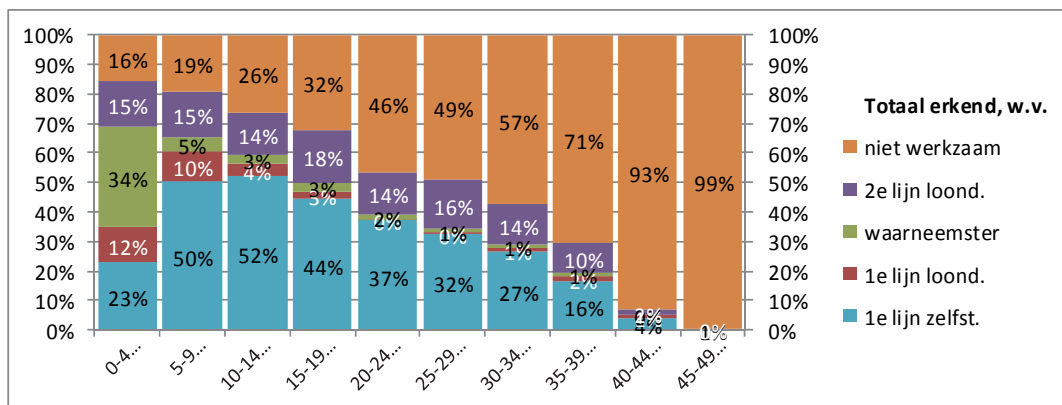


De huidige werkzame status naar instroomperiode blijkt te verschillen tussen de verloskundigen die in Nederland zijn opgeleid en degenen die in het buitenland zijn opgeleid.

Uit Nederland

Omdat het grootste deel van de verloskundigen in Nederland is opgeleid, lijkt de verdeling van de in Nederland opgeleide verloskundigen naar huidige werkzame status en instroomperiode (Figuur D4b) sterk op die van alle verloskundigen (Figuur D4a). Dat geldt in ieder geval voor degenen die meer dan 30 jaar geleden zijn opgeleid. Maar voor degenen die in de afgelopen 25 jaar zijn opgeleid, zijn enkele verschillen te zien. Zo is het aandeel dat werkzaam is in de eerste lijn als zelfstandig gevestigd verloskundige na 5-9 jaar 50% voor degenen die in Nederland zijn opgeleid (zie de onderste balk in de tweede kolom van links in figuur D4b), terwijl het 42% is voor de gehele instroom (zie de onderste balk in de tweede kolom van links in figuur D4a).

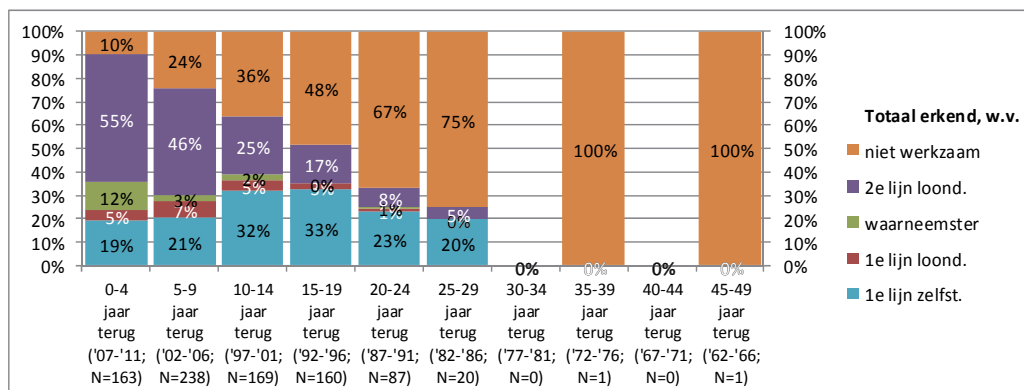
Figuur D4b: Aandeel ooit erkende verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012: uit Nederland



Uit Buitenland

Dat de huidige werkzame positie naar instroomperiode voor de buitenlandse instroom afwijkt van de Nederlandse instroom, blijkt uit een vergelijking van figuur D4c met D4b. Het aandeel dat niet werkzaam is, is voor alle instroomperiodes hoger bij de buitenlandse instroom, behalve voor de meest recente instroom. Het aandeel dat in de tweede lijn werkt, is voor de buitenlandse instroom (veel) hoger dan voor de Nederlandse instroom.

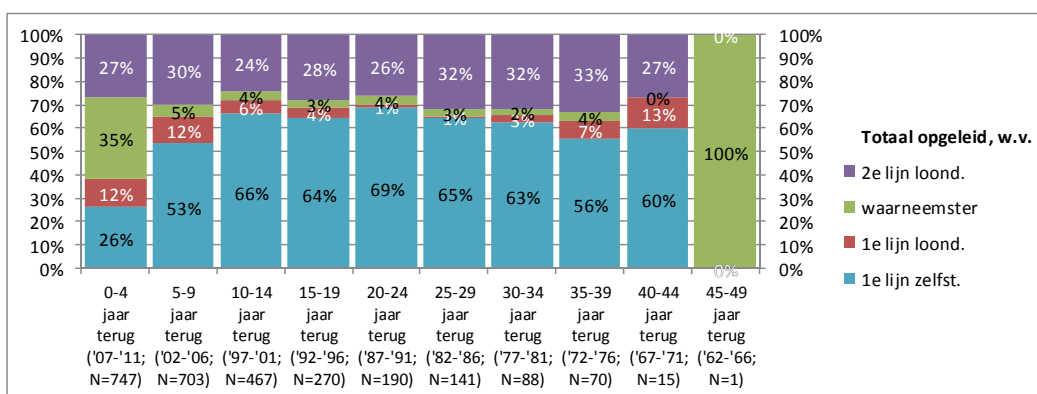
Figuur D4c: Aandeel ooit erkende verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012: uit Buitenland



Aandeel nu werkzame verloskundigen naar werkzame status op 1/1/2012 en instroomperiode

In de volgende figuur wordt alleen voor de nu (nog) werkzame verloskundigen getoond welk deel een bepaalde werkzame status heeft. Grofweg geldt nu dat de verdeling van de actieve verloskundigen over de werkzame status voor alle cohorten die al meer dan 10 jaar geleden zijn opgeleid aan elkaar gelijk zijn: ongeveer 65% is zelfstandig werkzaam in de eerste lijn, 5% is in loondienst in de eerste lijn, 3% is waarneemster en 27% is werkzaam in de tweede lijn. De verloskundigen die in 2002 t/m 2006 zijn ingestroomd, wijken daar enigszins van af: het aandeel zelfstandigen is met 53% duidelijk wat kleiner dan de 65% voor de oudere cohorten, en het aandeel van 12% in loondienst in de eerste lijn is duidelijk wat groter dan de 5% voor de oudere cohorten. Degenen die in 2007 t/m 2011 zijn ingestroomd, vertonen de grootste afwijking: van hen is slechts 26% zelfstandig en 35% is werkzaam als waarneemster.

Figuur D5a: Aandeel nu werkzame verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012

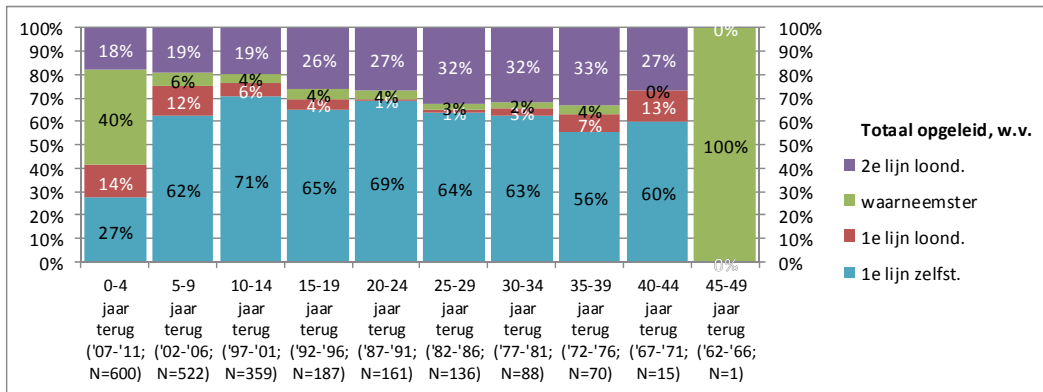


Uiteraard verschilt de huidige werkzame status naar instroomperiode ook weer tussen de werkzame verloskundigen die in Nederland zijn opgeleid en degenen die in het buitenland zijn opgeleid.

Uit Nederland

Parallel aan de verschillen tussen de figuren D4a en D4b, zijn er ook enkele verschillen tussen de figuren D5a en D5b. Van bijvoorbeeld alle werkzame verloskundigen die 0-4 jaar geleden zijn ingestroomd is 27% werkzaam in de tweede lijn, terwijl dit bij de in Nederland opgeleide werkzame verloskundigen 18% is.

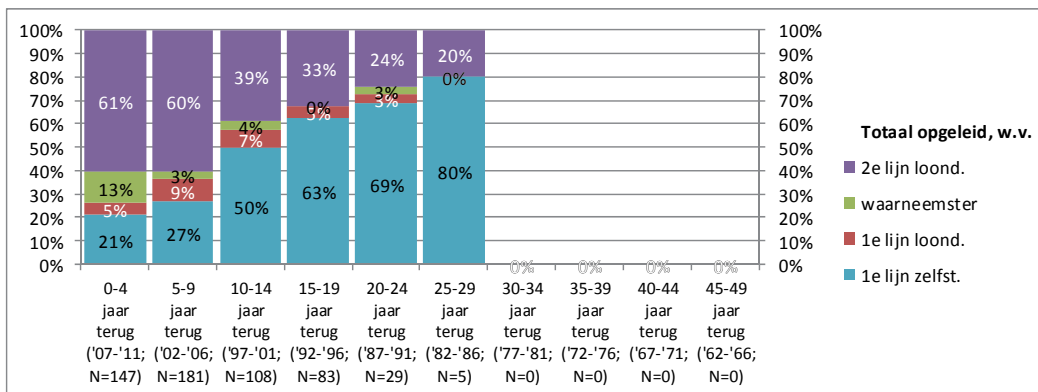
Figuur D5b: Aandeel nu werkzame verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012: uit Nederland



Uit Buitenland

Van de instroom uit het buitenland die momenteel werkzaam is als verloskundige in Nederland, is een veel groter deel werkzaam in de tweede lijn. Bij de in het buitenland opgeleide werkzame verloskundigen is 0-4 en 5-9 jaar na instroom ongeveer 60% werkzaam in de tweede lijn, terwijl dit voor de Nederlandse instroom voor ongeveer 19% van de werkzame verloskundigen geldt.

Figuur D5c: Aandeel nu werkzame verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012: uit Buitenland



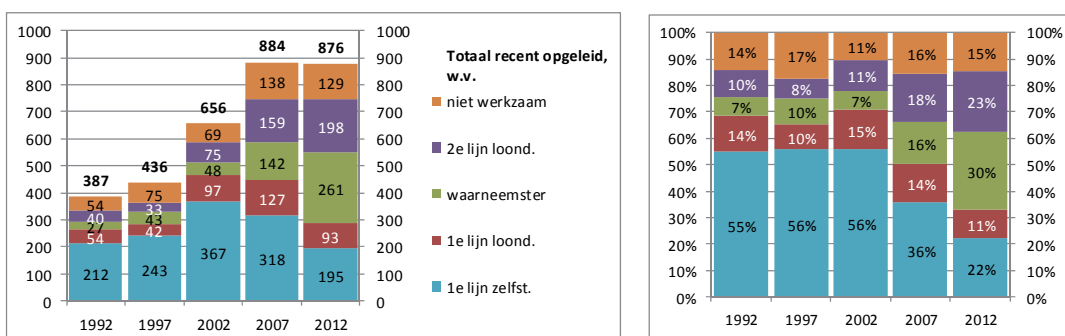
Aandeel recent ingestroomde verloskundigen naar werkzame status en instroomperiode

Opvallend in Figuur D5a is dat de huidige verdeling over de 1^e en 2^e lijn voor alle cohorten ongeveer 72% versus 27% is. De verschillen tussen de cohorten in de huidige verdeling betreft alleen de huidige verdeling over functies binnen de 1^e lijn. De vraag is nu of dat cohort- of leeftijdseffecten zijn: hebben de meest recent ingestroomde cohorten een andere verdeling omdat ze anders zijn dan de voorgaande generaties of hebben ze een andere verdeling omdat ze nog relatief jong zijn? In het geval van leeftijdseffecten mag verwacht worden dat de meest recente cohorten over een aantal jaar alsnog gaan lijken op de eerdere cohorten. Om hier een uitspraak over te kunnen doen, kan gekeken worden hoe de werkzame positie van de oudere cohorten waren vlak na de instroom. Daartoe zijn voor de cohorten 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001, 2002-2006 en 2007-2011 de posities bepaald op respectievelijk 1/1/1992, 1/1/1997, 1/1/2002, 1/1/2007 en 1/1/2012 (dat wil zeggen: steeds na 1 tot 5 jaar na afstuderen).

De cohorten 1987-1991, 1992-1996 en 1997-2001, lijken sterk op elkaar in hun verdeling over de werkzame status op respectievelijk 1/1/1992, 1/1/1997 en 1/1/2002. Voor alle drie de cohorten geldt dat vlak na de instroomperiode ongeveer 56% zelfstandig gevestigd was, ongeveer 13% was in loondienst, 8% was waarnemer, 10% was werkzaam in de tweede lijn en 14% was niet actief. Daarna is een trend ontstaan waarbij steeds minder verloskundigen als snel zelfstandig gevestigd waren (van ongeveer 55%, via 36% naar 22%) en veel meer verloskundigen eerst nog langere tijd werken als waarnemer (van 8% via 16% naar 30%). Ook is het aandeel dat werkzaam is in de tweede lijn toegenomen (van 10%, via 18% naar 23%).

Het lijkt er dus sterk op dat er sprake is van cohorteffecten. De jongste generatie verloskundigen maakt een andere entree op de arbeidsmarkt dan de eerdere generaties. Voor de toekomst wordt daarom alleen rekening gehouden met de in-, door-, en uitstroomkansen zoals in de afgelopen 5 jaar zijn geconstateerd en niet met een middeling over langere perioden.

Figuur D6: Ontwikkeling van het aantal (links) en aandeel (rechts) recent ingestroomde verloskundigen per periode van de 1^e erkenning, naar werkzame status per 1/1/2012

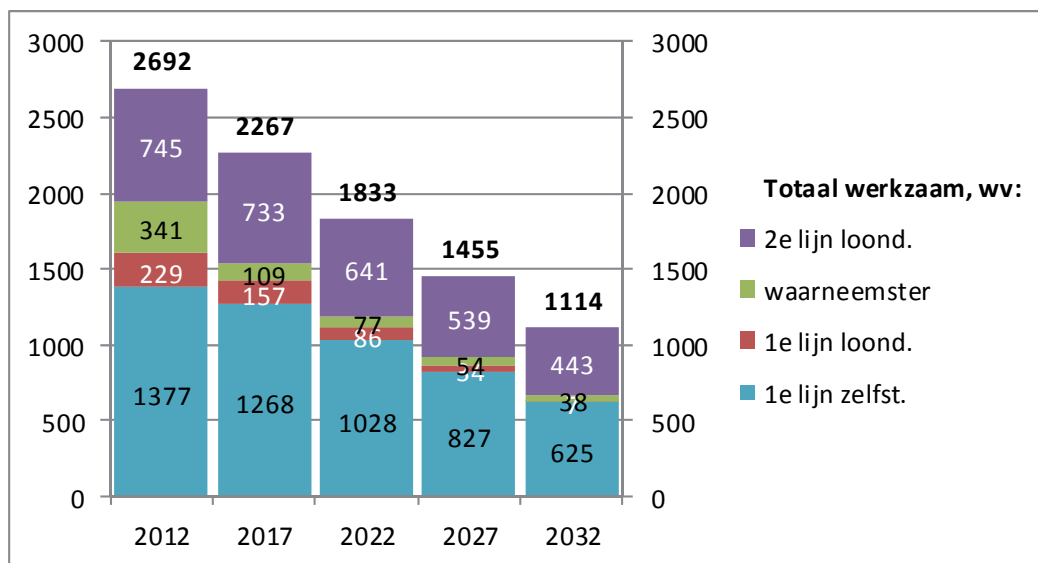


Toekomstige aantal actieve verloskundigen, zonder nieuwe instroom

Als de door- en uitstroompatronen van verloskundigen van de afgelopen 5 jaar ook in de komende 20 jaar blijven gelden, dan zal het aantal van bijna 2.700 actieve verloskundigen in 2012 afnemen tot een aantal van 1.114 dat in 2032 nog steeds actief zal zijn. Dat betekent dat van de nu werkzame verloskundigen er in 2032 naar verwachting nog 41% werkzaam zal zijn.

Voor de uitstroom wordt in feite voorspeld dat deze 16% zal zijn in de eerstkomende 5 jaar, 32% in 10 jaar, 46% in 15 jaar en 59% in 20 jaar.

Figuur D7: Ontwikkeling vanaf nu van het aantal werkzame verloskundigen per jaar, naar werkzame status op 1/1 van elk jaar: zonder nieuwe instroom

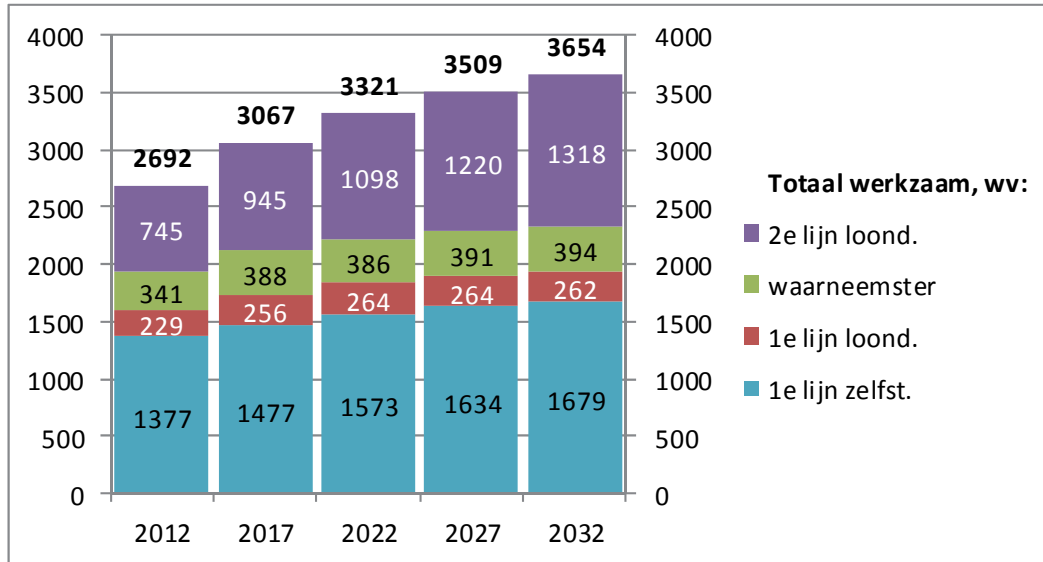


Toekomstige aantal actieve verloskundigen, inclusief nieuwe instroom

Als niet alleen de door- en uitstroompatronen van verloskundigen van de afgelopen 5 jaar in de komende 20 jaar blijven gelden, maar ook de instroompatronen, dan zal het aantal verloskundigen gaan groeien van bijna 2.700 actieve verloskundigen in 2012 naar ongeveer 3.650 actieve verloskundigen in 2032.

Dat zou neerkomen op een groei van 23% in 10 jaar en 36% in 20 jaar. De groei van het aantal eerstelijns verloskundigen zal dan ongeveer 14% zijn in 10 jaar en 18% in 20 jaar, terwijl het aantal tweedelijns verloskundigen met 47% zal groeien in 10 jaar en met 77% in 20 jaar.

Figuur D8: Ontwikkeling vanaf nu van het aantal werkzame verloskundigen per jaar, naar werkzame status op 1/1 van elk jaar: met nieuwe instroom gelijk aan instroom van afgelopen 5 jaar (220 per jaar in opleiding met 64% intern rendement en 33 per jaar uit buitenland)



Als het interne rendement zo hoog komt te liggen als het streven (72% in plaats van 64%), dan zal het aantal verloskundigen groeien naar 3.867 in 2032 in plaats van 3.654. Dat zou neerkomen op een groei van 27% in 10 jaar en 44% in 20 jaar. De groei van het aantal eerstelijns verloskundigen zal dan ongeveer 20% zijn in 10 jaar en 25% in 20 jaar, terwijl het aantal tweedelijns verloskundigen met 51% zal groeien in 10 jaar en met 86% in 20 jaar.

Figuur D9: Ontwikkeling vanaf nu van het aantal werkzame verloskundigen per jaar, naar werkzame status op 1/1 van elk jaar: met nieuwe instroom gelijk aan instroom van afgelopen 5 jaar, maar met een hoger intern rendement (220 per jaar in opleiding met 72% intern rendement en 33 per jaar uit buitenland)

