	<p>Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (Wiegers, T A. Janssen, B M. <i>Monitor verloskundige zorgverlening, rapportage derde meting , najaar 2003</i>, NIVEL 2004) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via <a href="mailto:receptie@nivel.nl">receptie@nivel.nl</a>.</p>
---	--

## **MONITOR VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING**

### **RAPPORTAGE DERDE METING, NAJAAR 2003**

TA. Wiegers  
BM. Janssen

Utrecht, maart 2004



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

ISBN 90-6905-670-4

<http://www.nivel.nl>  
nivel@nivel.nl  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

©2004 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	pagina
1. Achtergrond en vraagstellingen van het project ‘Monitor van de Verloskundige Zorgverlening’	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Vraagstellingen	7
2. Opzet en methode van de derde meting ‘Monitor van de Verloskundige Zorgverlening’.	9
2.1 Opzet en methode	9
2.2 Steekproef en respons	9
3. De beroepsgroep van verloskundigen en de deelnemende praktijken	13
3.1 Samenstelling van de beroepsgroep van verloskundigen	13
3.2 De deelnemende praktijken	15
4. Resultaten derde tijdmeting in verloskundige praktijken	25
4.1 De tijdbesteding van verloskundigen	25
4.2 Werkdruk	33
4.3 Arbeidstevredenheid en wensen ten aanzien van de toekomst	37
5. Het oordeel van de cliënten	41
5.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie	42
5.2 Zwangerschap	43
5.3 Bevalling	45
5.4 Kraambed	48
5.5 Ervaring en oordeel van kraamvrouwen	51
5.6 Totaaloordeel van kraamvrouwen	53
6. De klinisch werkende verloskundigen	55
6.1 Aanvullend onderzoek onder klinisch werkende verloskundigen	55
6.2 Het werk van klinisch verloskundigen in 2003	56
6.3 Afdelingen waar klinisch verloskundigen werken	59
6.4 Aanvullende opleiding en registratie voor klinisch verloskundigen	61
7. Samenvatting en conclusie	65
7.1 Samenvatting	65
7.2 Conclusie	69
8. Gegevensverzameling 2004	73
Literatuur	75
Bijlage I Regionale spreiding deelnemende verloskundige praktijken in 2003	77
Bijlage II Representativiteit van de registratieperiode	79



## Voorwoord

Voor u ligt de derde jaarrapportage in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening. Het eerste in het kader van deze Monitor gepubliceerde rapport was: 'Behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010'. Daarna zijn jaarrapportages verschenen over de metingen in 2001 en 2002.

In deze derde jaarrapportage worden opnieuw de gegevens gepresenteerd die verzameld zijn in verloskundige praktijken, met nadruk op de tijdbesteding. Verder wordt in dit rapport ook verslag gedaan van de gegevensverzameling bij klinisch werkende verloskundigen.

Opnieuw hebben meer dan tweehonderd verloskundigen in eerstelijns verloskundige praktijken meegewerkt aan dit onderzoek door het bijhouden van een tijdregistratie en we willen hen heel hartelijk bedanken voor hun inzet en betrokkenheid. Ook de vele kraamvrouwen die de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd hebben zijn we daarvoor zeer erkentelijk.

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld.

De rol van de begeleidingscommissie is:

- fungeren als platform voor overleg met onderzoekers over de uitvoering van het onderzoek
- de onderzoekers adviseren over uitvoerende aspecten van het onderzoek
- indien nodig fungeren als contactpunt tussen onderzoekers en 'het veld'
- bewaken van de voortgang van het onderzoek
- inhoudelijk bespreken van rapportages, voortvloeiend uit het onderzoek.

In de begeleidingscommissie hebben de volgende personen zitting:

mw. J. Kors, (voorzitter) namens de KNOV  
mw. H. Jonker, namens ZN, tot november 2002  
mw. J. van Duren, namens ZN, vanaf november 2002  
mw. T. de Geus, namens VWS, tot februari 2003  
mw. S. Pomp, namens VWS, vanaf november 2002  
dhr. E. Sietsma, namens de LHV, tot december 2001  
dhr. P. van den Hombergh, vanaf augustus 2002  
dhr. M. Schutte, namens de NVOG  
mw. I. la Haye, namens de LVT, tot maart 2002  
mw. S. Bruijns, namens de LVT, vanaf maart 2002  
dhr. A. Treffers, namens BTN, tot november 2003  
mw. G. van Trier, namens BTN, vanaf november 2003

Utrecht,  
Trees Wiegiers  
Bienke Janssen



# 1 Achtergrond en vraagstellingen van het project ‘Monitor van de Verloskundige Zorgverlening’

## 1.1 Achtergrond

In 2000 heeft het ministerie van VWS, naar aanleiding van de grote onrust die ontstaan was over de hoge werkdruk en het dreigend tekort aan verloskundige zorgverleners, verschillende maatregelen genomen om de eerstelijns verloskundige zorg te bevorderen en de werkdruk van verloskundigen te verlichten. Dit betekent onder andere dat de normpraktijk (dat wil zeggen: het aantal cliënten dat een verloskundige moet begeleiden, vanaf het begin van de zwangerschap tot zes weken na de bevalling, om een norminkomen te verdienen) voor verloskundigen per 1-7-2000 omlaag gegaan is van 150 naar 120 bevallingen (cliënten) per jaar. Ook is het aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen per 1-9-2000 verhoogd van 120 naar 160 en per 1-9-2001 naar maximaal 233 plaatsen per jaar en er is een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundige praktijken opgezet. De ondersteuningsstructuur bestaat uit 5 regiokantoren van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), die aan alle verloskundige praktijken in een bepaalde regio ondersteuning bieden. Door veranderingen in het beleid is in 2004 de subsidie voor deze regiokantoren ingetrokken. Daarvoor in de plaats wordt gewerkt aan een ondersteuningsstructuur voor de gehele eerste lijn. De ontwikkeling van Districts Verloskundige Platforms (DVPs), voor het stimuleren en in stand houden van overleg met vertegenwoordigers van alle verloskundige zorgverleners in de regio, zal een taak worden van deze nieuw op te zetten ondersteuningsstructuur voor de gehele eerste lijn.

Met de genomen maatregelen wordt een verlaging van de werkdruk van verloskundigen beoogd in de verwachting dat dit zal bijdragen aan het in stand houden van het Nederlandse systeem van (eerstelijns) verloskundige zorgverlening. Om te kunnen vaststellen of dit gewenste resultaat gehaald wordt is het van groot belang dat onderzocht wordt hoe de genoemde maatregelen van invloed zijn op de zorgverlening en organisatie in eerstelijns verloskundige praktijken en in de verloskundige keten als geheel, zodat het beleid zo nodig kan worden aangepast of nieuwe maatregelen genomen kunnen worden.

In opdracht van de KNOV en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en gesubsidieerd door het ministerie van VWS heeft het NIVEL een onderzoeksprogramma opgezet om ontwikkelingen in de verloskundige zorg te monitoren, dat wil zeggen: door herhaalde gegevensverzameling zichtbaar te maken wat de invloed van de verschillende maatregelen is op de verloskundige zorgverlening als geheel, en specifiek de eerstelijns verloskundige zorgverlening.

## 1.2 Vraagstellingen

De Monitor van de Verloskundige Zorgverlening is een onderzoek met een looptijd van vijf jaar, waarbij, door herhaalde metingen, antwoord gegeven moet worden op de

vraag of de genomen maatregelen hebben geleid tot de gewenste verbetering van het aanbod, de organisatie en de doelmatigheid van de verloskundige zorg, dat wil zeggen de juiste zorg op de juiste plaats.

In de rapportage over de eerste meting in het kader van dit onderzoek (Wiegers, Coffie 2002) is uitgebreid beschreven wat de vraagstellingen van de Monitor zijn. Deze vraagstellingen zijn vertaald naar drie niveaus in de verloskundige zorgverlening. Het eerste niveau betreft de beroepsgroepen in de (eerstelijns) verloskunde: het aanbod aan verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. Het tweede niveau betreft de praktijkvoering: de organisatie van de verloskundige praktijken, de samenwerking met andere zorgverleners en de tijdbesteding op praktijkniveau. Het derde niveau betreft de zorgverlening zelf: de tijdbesteding van individuele verloskundigen en het oordeel van kraamvrouwen over de verloskundige zorg. 'Doelmatigheid' is niet in één van deze drie niveaus te vangen, maar speelt een rol op alle drie de niveaus in de zorg.

De eerste twee vraagstellingen in deze derde rapportage betreffen het aanbod van verloskundigen in zowel de eerste lijn als de tweede lijn. De volgende twee vraagstellingen betreffen de praktijkvoering van verloskundigen in de eerste lijn en de samenwerking met andere zorgverleners. De laatste twee vraagstellingen richten zich op de zorgverlening zelf: de tijdbesteding van verloskundigen, bijvoorbeeld aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden taken, de ervaren werkdruk en het oordeel van kraamvrouwen over de verloskundige zorg.

1. *Wat is in 2003 het aanbod aan eerstelijns verloskundigen ?*
2. *Wat is in 2003 het aanbod aan klinisch werkende verloskundigen ?*
3. *Hoe ziet de praktijkorganisatie van verloskundige praktijken eruit ?*
4. *Hoe ziet de samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerste lijn en tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn eruit ?*
5. *Wat is de tijdbesteding van eerstelijns verloskundigen, dat wil zeggen: wat is de objectieve (gemeten) werklast; en wat is de subjectieve (ervaren) werkdruk van verloskundigen?*
6. *Wat is het oordeel van cliënten over de ontvangen zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed en in hoeverre kon men ook daar bevallen waar men graag wilde bevallen?*

Vraagstelling 1 wordt beantwoord in hoofdstuk 3 en vraagstelling 2 in hoofdstuk 6. Vraagstellingen 3 en 4 worden beantwoord in hoofdstuk 3. Vraagstellingen 5 en 6 worden beantwoord in achtereenvolgend hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5.

Voor zover mogelijk wordt bij het beantwoorden van de verschillende vraagstellingen niet alleen gekeken naar de gegevens die in 2003 zijn verzameld, maar wordt ook een vergelijking gemaakt met de gegevens die de twee jaren hiervoor, in 2001 en 2002, zijn verzameld.



## 2 Opzet en methode van de derde meting 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'

### 2.1 Opzet en methode

De gegevensverzameling in de Monitor van de Verloskundige Zorgverlening richt zich in eerste instantie op eerstelijns verloskundige praktijken. Daarnaast zijn in 2003 aanvullende gegevens verzameld onder klinisch werkende verloskundigen. Hierover wordt verder in hoofdstuk 6 gerapporteerd.

Er waren op 1 januari 2001 455 eerstelijns verloskundige praktijken. Gekozen is om een steekproef te trekken van ongeveer 75 praktijken, een zesde van alle praktijken, omdat daarmee verschuivingen ter grootte van tenminste 10% in bijvoorbeeld het aantal praktijken, dat meer dan de gewenste tijd besteedt aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden, aangetoond kunnen worden. Dat wil zeggen: als aan het begin van het onderzoek 65% van de praktijken 'te veel' tijd besteedt aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden en dat percentage is aan het eind van het onderzoek teruggelopen tot 55% dan kan die verschuiving met deze steekproef aangetoond worden.

Aan de praktijken is gevraagd om ten minste één jaar, maar liefst langer, zo mogelijk voor de hele duur van het onderzoek, mee te werken. Valt een praktijk eerder af, dan wordt daarvoor in de plaats een vergelijkbare praktijk gezocht, waarbij steeds rekening gehouden wordt met de representativiteit van de steekproef.

Alle gegevens worden schriftelijk verzameld. Voor de tijdregistratie noteren alle verloskundigen in de deelnemende praktijken gedurende drie weken al hun werkzaamheden op tijdschrijf-formulieren. Daarnaast ontvangen ze allemaal een aanvullende vragenlijst met vragen over hun tijdbesteding aan minder frequente werkzaamheden, zoals bijscholing en overleg met andere zorgverleners, enkele beoordelingsschalen over werkervaring en arbeidstevredenheid die ook in eerder onderzoek gebruikt zijn, en enkele vragen over hun wensen ten aanzien van de toekomst. Om gegevens over de praktijk als geheel te verzamelen is een praktijkvragenlijst ontwikkeld, met vragen over omvang en organisatie van de praktijk en samenwerking met andere zorgverleners. Elke praktijk ontvangt verder een aantal cliëntenvragenlijsten, die bedoeld zijn voor cliënten die, ter afronding van de verloskundige zorg, ongeveer zes weken na hun bevalling voor nacontrole op het spreekuur komen.

Alle ingevulde formulieren en vragenlijsten zijn in antwoordenvveloppen teruggestuurd naar het NIVEL, waar ze zijn ingevoerd in een elektronisch gegevensbestand. Analyses zijn uitgevoerd met SPSS-11.5 voor Windows.

### 2.2 Steekproef en respons

#### *Steekproef*

Voor de eerste ronde van gegevensverzameling in verloskundige praktijken was uit het gegevensbestand van de registratie van verloskundigen van het NIVEL een steekproef

getrokken van 76 verloskundige praktijken en een reserve-steekproef van 30 praktijken, beide gestratificeerd naar soort praktijk (solo-, duo- of groepspraktijk) en naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de praktijk.

Alle praktijken uit de hoofdsteekproef zijn in 2001 eerst schriftelijk en vervolgens persoonlijk benaderd met de vraag om aan het onderzoek mee te werken. Wanneer een praktijk liet weten niet aan dat verzoek te kunnen voldoen, werd een praktijk uit de reserve-steekproef benaderd, zodanig, dat de verdeling van de praktijken over de stratificatie variabelen min of meer in evenwicht zou blijven. Uiteindelijk hebben 71 praktijken aan de eerste ronde van dit onderzoek, in 2001, meegedaan. Voor de tweede ronde, in 2002, zijn allereerst deze 71 praktijken gevraagd en 56 van hen (78,9%) hebben opnieuw hun medewerking toegezegd. Ook de praktijken die voor de eerste meting al benaderd waren en toen niet mee konden of wilden werken zijn weer benaderd. Van hen hebben alsnog 5 praktijken hun medewerking toegezegd. In totaal zijn in 2002 117 praktijken benaderd waarvan er uiteindelijk 74 hun medewerking toegezegd hebben.

Voor de derde ronde, in 2003, zijn allereerst de 74 praktijken uit 2002 opnieuw benaderd. Daarvan hebben 56 hun medewerking toegezegd (76%). Er zijn 17 nieuwe praktijken bereid gevonden mee te doen. In totaal zijn in 2003 104 praktijken benaderd. Van de 73 praktijken die dit jaar deelname hebben toegezegd doen 40 praktijken al voor het derde jaar mee. In bijlage I bij dit rapport is de regionale spreiding van de 73 deelnemende praktijken weergegeven.

In tabel 2.1 is de verdeling naar mate van verstedelijking weergegeven van alle praktijken die in 2003 benaderd zijn, van alle praktijken die in 2003 hun medewerking hebben toegezegd en van alle praktijken in Nederland op peildatum 1-1-2003 (gegevens uit de registratie van verloskundigen). Vergeleken met de landelijke cijfers zijn onder de deelnemende praktijken de praktijken in matig verstedelijkte gebieden licht oververtegenwoordigd, terwijl de praktijken in sterk verstedelijkte gebieden licht ondervertegenwoordigd zijn.

Tabel 2.1 Steekproef van verloskundige praktijken die in 2003 benaderd zijn voor deelname aan dit onderzoek (N = 104) en praktijken die in 2003 meewerken (N = 73), vergeleken met de landelijke spreiding van verloskundige praktijken

mate van verstedelijking	benaderd		deelname		landelijk	
	N	%	N	%	N	%
zeer sterk verstedelijkt	15	14,4%	10	13,7%	69	15,4%
sterk verstedelijkt	25	24,0%	15	20,5%	119	26,6%
matig verstedelijkt	28	26,9%	22	30,1%	101	22,5%
weinig verstedelijkt	26	25,0%	18	24,7%	110	24,6%
niet verstedelijkt	10	9,6%	8	11,0%	49	10,9%
totaal	104	100,0%	73	100,0%	448	100,0%

Van de 104 praktijken die zijn benaderd, hebben 31 praktijken (30%) laten weten niet mee te zullen werken. De redenen daarvoor waren net als vorig jaar uiteenlopend. Sommige praktijken lieten weten het te druk te hebben om aan onderzoek mee te kunnen doen, andere gaven aan dat ze het vorig jaar erg veel werk vonden en dat daarom nu een ander dat maar eens moest doen en een aantal praktijken heeft geen reden voor hun afwijzing gegeven.

Met elke deelnemende praktijk was afgesproken dat gedurende een periode van 3 weken alle werkzame verloskundigen, inclusief eventuele waarnemers, een tijdregistratie zouden bijhouden in de vorm van een uitgebreide bureau-agenda en dat zij daarnaast een bijbehorende vragenlijst zouden invullen. De periode van 3 weken kon door de praktijk tot op zekere hoogte zelf bepaald worden. De eerste praktijk begon met registreren in week 31 (28 juli 2003) en de laatste praktijk stopte met registreren aan het eind van week 42 (19 oktober 2003). De totale periode van gegevensverzameling heeft dus twaalf weken geduurd. De registratieperiode, van eind juli tot eind oktober, is over het algemeen de drukste periode van het jaar wat betreft de cliëntgebonden werkzaamheden (zie bijlage II). Daar staat tegenover dat een deel van de niet-cliantgebonden werkzaamheden, zoals vergaderingen, bijscholing en dergelijke, in deze periode vaak minder zijn dan in de rest van het jaar. In deze jaarrapportages wordt daarvoor, indien nodig, gecorrigeerd. In het eindrapport in 2005 zal hierop teruggekomen worden.

### *Respons*

In de 73 deelnemende praktijken hebben tijdens de drie weken van registratie bij elkaar 251 verloskundigen gewerkt. Dat wil zeggen dat in principe 251 verloskundigen een tijdregistratie hebben bijgehouden. Per praktijk diende tevens een vragenlijst over de praktijkorganisatie en samenwerking met andere zorgverleners ingevuld te worden. Ook is afgesproken dat de verloskundigen gedurende de drie weken dat ze met de tijdregistratie bezig zijn, alle kraamvrouwen die op nacontrole op het spreekuur komen een informatiebrief en -folder over het onderzoek en een vragenlijst met antwoordenvolop, geadresseerd aan het NIVEL, meegeven. Twee praktijken zijn vergeten om tijd te registreren en van één praktijk zijn de gegevens niet aangekomen op het NIVEL. Uiteindelijk zijn er gegevens ontvangen vanuit 70 praktijken waar 241 verloskundigen werkzaam waren tijdens de tijdregistratie.

De respons is als volgt: van 69 van de 70 praktijken is de vragenlijst over de praktijkorganisatie ontvangen (99%). Daarnaast hebben we de volledige tijdregistratie en tijdbestedingsgegevens ontvangen van 234 van de 241 verloskundigen (97%). Analyses over tijdbesteding op het niveau van de verloskundigen kunnen dus over 234 personen uitgevoerd worden. Van de 70 praktijken die aan deze tweede meting hebben meegewerkt, zijn van 63 praktijken de gegevens compleet (90%), dat wil zeggen dat van alle tijdens de registratieweken werkzame verloskundigen de tijdregistratie en bijbehorende vragenlijst is ontvangen, evenals de praktijkorganisatie-vragenlijst. In deze 63 praktijken hebben 208 verloskundigen hun tijdbesteding geregistreerd. Over deze 63 praktijken kunnen dus tijdbestedingsanalyses op praktijkniveau uitgevoerd worden.

De beschrijving van de deelnemende praktijken staat in paragraaf 3.2, in paragraaf 4.1

worden de tijdregistratieanalyses gepresenteerd. Van de cliënten van verloskundigen zijn 376 ingevulde vragenlijsten terug ontvangen. Deze gegevens worden in hoofdstuk 5 beschreven.

## 3 De beroepsgroep van verloskundigen

### 3.1 Samenstelling van de beroepsgroep van verloskundigen

De beroepsgroep van verloskundigen bestaat op 1 januari 2003 uit 1.825 praktiserende verloskundigen (Kenens & Hingstman 2003). De meesten van hen, 1.146, zijn werkzaam in een eigen praktijk, 62 zijn in loondienst bij een gezondheidscentrum, bij de Stichting Thuis Bevallende Nederland (STBN) of een vergelijkbare stichting of instelling, 322 zijn klinisch werkzaam, 151 zijn in loondienst bij een zelfstandig gevestigde verloskundige en 144 zijn werkzaam als waarnemer. Het totaal aantal praktiserende verloskundigen is tussen 1980 en 2003 meer dan verdubbeld, van 795 naar 1.825 (tabel 3.1).

Tabel 3.1: Verandering in het aanbod van verloskundigen tussen 1980 en 2003

jaar	zelfstandig gevestigd*		klinisch werkzaam		in loondienst of waarneemster		totaal abs
	abs	%	abs	%	abs	%	
1980	551	69,3	168	21,1	76	9,6	795
1985	625	67,2	164	17,6	141	15,2	930
1990	759	70,1	169	15,6	155	14,3	1.083
1995	907	71,1	188	14,7	181	14,2	1.276
2000	1.089	69,1	240	15,2	247	15,7	1.576
2001	1.148	70,6	249	15,3	230	14,1	1.627
2002	1.175	68,1	290	16,8	261	15,1	1.726
2003	1.208	66,2	322	17,6	295	16,2	1.825

\* inclusief verloskundigen in loondienst van gezondheidscentrum, STBN of vergelijkbare stichting/instelling

Bron: Registratie van verloskundigen, peiling 1991, 1995, 2000, 2001, 2002, 2003

In tabel 3.1 is zichtbaar dat in absolute aantallen de beroepsgroep in alle drie de categorieën is toegenomen, hoewel het percentage zelfstandig gevestigden sinds 2001 aan het afnemen is.

In 1980 waren er 551 zelfstandig gevestigde verloskundigen, van wie er 409 (74%) een solopraktijk hadden en slechts 30 (5%) in een groepspraktijk werkten. Die verhouding is in 2003 drastisch veranderd: van de 1.208 zelfstandig gevestigden werken er nog maar 113 (9%) als solist, terwijl 880 (73%) in een groepspraktijk werkzaam zijn (tabel 3.2).

De groei van de beroepsgroep wordt bepaald door de verhouding tussen instroom en uitstroom. De uitstroom wordt bepaald door het aantal verloskundigen dat het werk

tijdelijk of definitief neerlegt en de instroom wordt bepaald door het aantal verloskundigen dat (op)nieuw op de arbeidsmarkt komt. De instroom is enerzijds afhankelijk van de opleidingscapaciteit en anderzijds van herintreders en de toestroom van in het buitenland opgeleide verloskundigen.

Tabel 3.2: Verandering in het aanbod van zelfstandig gevestigde verloskundigen tussen 1980 en 2003

jaar	aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen						
	werkzaam in solo-praktijk		werkzaam in duo-praktijk		werkzaam in groepspraktijk		totaal abs
	abs	%	abs	%	abs	%	
1980	409	74,2	112	20,3	30	5,4	551
1985	360	56,3	234	36,6	45	7,0	639
1990	287	37,5	288	37,6	191	24,4	766
1995	186	20,5	294	32,4	427	47,1	907
2000	132	12,2	242	22,3	712	65,6	1.086
2001	119	10,4	237	20,6	792	69,0	1.148
2002	109	9,2	238	20,1	837	70,7	1.183
2003	113	9,3	215	17,8	880	72,9	1.208

Bron: Registratie van verloskundigen, peiling 2003

Het aantal studenten dat de opleiding voltooit is de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen, met een duidelijke toename ineens in 1998 (tabel 3.3). De reden daarvoor is de uitbreiding van de opleidingscapaciteit in 1994 van 90 naar 120 plaatsen in het eerste leerjaar. In 1996 kwamen er daarentegen maar enkele verloskundigen van de opleiding. De reden daarvoor was de verlenging van de opleidingsduur van 3 naar 4 jaar met ingang van het studiejaar 1993.

Tabel 3.3: Afgestudeerden en verloskundigen met gelijkstelling, naar jaar van diplomering

	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02
afgestudeerden	53	62	59	68	79	9	76	98	102	102	108	98
gelijkstelling	28	21	33	30	48	26	29	25	25	30	23	29
totaal	81	83	92	98	127	35	105	123	127	132	131	127

Bron: Registratie van verloskundigen, meerdere jaren

Het aantal verloskundigen dat met een buitenlands diploma gelijkstelling in Nederland kreeg, dat wil zeggen: de bevoegdheid verkreeg voor het uitoefenen van het beroep van verloskundige, komt over de afgelopen tien jaar gemiddeld op 32 per jaar, met een duidelijke uitschieter in 1995, toen 48 verloskundigen uit het buitenland een gelijkstelling kregen.

Het saldo van instroom en uitstroom bepaalt de verandering in omvang van de beroepsgroep.

In de periode 1980 - 1985 nam het aantal praktiserende verloskundigen toe met gemiddeld 27 personen per jaar, in de daaropvolgende periode van vijf jaar was de toename gemiddeld 30,6 per jaar. Tussen 1990 en 1995 bedroeg de toename gemiddeld 38,6 personen per jaar. In 1996 was de instroom zeer beperkt vanwege de verlenging van de opleidingsduur drie jaar eerder. Tussen 1997 en 2003 nam het aantal praktiserende verloskundigen toe met gemiddeld 78 personen per jaar. Daaruit kan geconcludeerd worden dat de uitbreiding van de opleidingscapaciteit in 1994 van 90 naar 120 plaatsen duidelijk invloed gehad heeft op het aanbod aan verloskundigen.

Tabel 3.4: Verandering in het aantal verloskundige praktijken tussen 1980 en 2003

jaar	solopraktijk		duopraktijk		groepspraktijk		totaal abs
	abs	%	abs	%	abs	%	
1980	409	86,1	56	11,8	10	2,1	475
1985	360	73,3	117	23,8	14	2,9	491
1990	287	58,3	144	29,3	61	12,4	492
1995	186	39,7	147	31,3	136	29,0	496
2000	133	29,4	121	26,7	199	43,9	453
2001	119	26,2	118	25,9	218	47,9	455
2002	110	24,6	118	26,3	220	49,1	448
2003	113	25,2	107	23,9	228	50,9	448

Bron: Registratie van verloskundigen, peiling 2003

Het aantal solopraktijken is tussen 1980 en 2003 sterk teruggelopen, tot nog maar een kwart van alle praktijken, terwijl de helft van alle praktijken in 2003 groepspraktijken zijn van drie of meer verloskundigen (zie tabel 3.4).

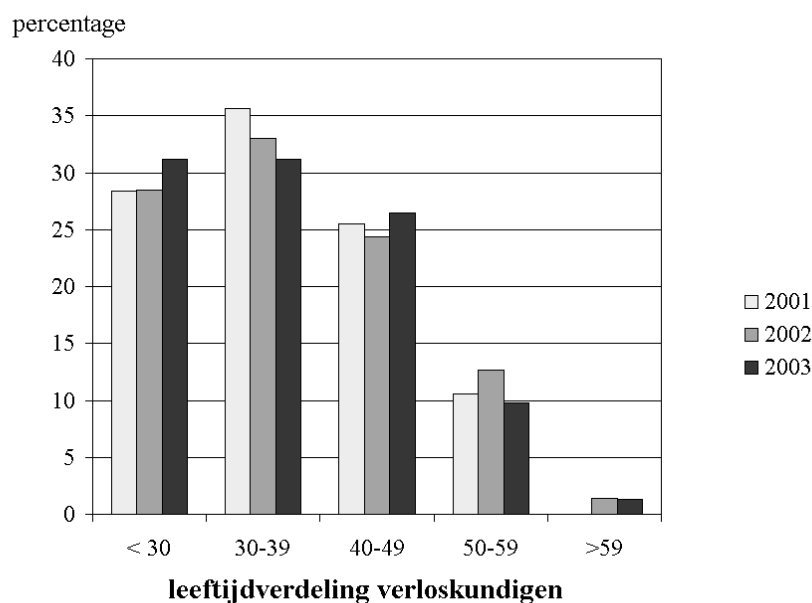
## 3.2 De deelnemende praktijken

### *Aantal verloskundigen*

Zeventig praktijken hebben aan de derde meting van de 'Monitor Verloskundige Zorgverlening' meegewerkt. In deze praktijken waren tijdens de registratieperiode 241 verloskundigen werkzaam. Van 234 van hen zijn alle gegevens ontvangen. De

gemiddelde leeftijd van deze verloskundigen is 37 jaar, de jongste is 21 en de oudste is 62. De gemiddelde leeftijd is niet anders dan vorig jaar en het jaar daarvoor.

Figuur 3.1 Leeftijdverdeling verloskundigen in de steekproeven in 2001, 2002 en 2003



Drieëntachtig procent van de deelnemende verloskundigen werkt als (zelfstandig) gevestigde verloskundige en zeventien procent als waarnemster (zie tabel 3.5).

De meeste verloskundigen zijn in één praktijk werkzaam (194 van de 234 = 82,9%), sommigen (21 = 8,5%) werken ook in een andere praktijk als verloskundige en sommigen hebben naast hun werk als praktiserend verloskundige ook een andere functie, voor gemiddeld 15,3 uur per week. Het zijn vooral zelfstandig gevestigde verloskundigen die er een andere functie of bezigheid naast hebben, zoals bijvoorbeeld docent of bestuurslid.

Tabel 3.5: Functie van deelnemende verloskundigen

werkzaam als verloskundige	in één praktijk	in meerdere praktijken	ook een andere functie	totaal	percentage
zelfstandig gevestigd	172	7	14	193	82,5%
in loondienst	13	5	2	20	8,5%
waarnemer	9	9	3	21	9,0%
<b>totaal</b>	<b>194</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>234</b>	<b>100,0%</b>



### *Praktijkgrootte in 2002*

Van 69 van de 70 deelnemende praktijken is de vragenlijst 'praktijkorganisatie' ontvangen, maar niet alle praktijken hebben de vraag over de praktijkgrootte in 2002 ingevuld, bijvoorbeeld omdat de praktijk pas sinds kort in zijn huidige vorm bestaat. Gevraagd is om uit de LVR-praktijkanalyse van het voorgaande jaar de benodigde cijfers te halen over omvang van de praktijk. De gemiddelde praktijkgrootte in 2002 was 387 inschrijvingen en 252 bevallingen (tabel 3.6). Van die bevallingen werd gemiddeld 34,5 procent tijdens of kort na de baring naar de tweedelijns verwezen. Van de niet-verwezen bevallingen vond gemiddeld 71 procent thuis plaats en 29 procent poliklinisch. Het percentage thuisbevallingen blijkt daarmee lager te zijn dan vorig jaar, toen 75% van de niet-verwezen bevallingen thuis plaatsvonden.

Tabel 3.6: Praktijkgrootte in voorafgaande het jaar: 2002, 2001 en 2000

	2002 (aantal praktijken)	2002 gemiddelde	2001 gemiddelde	2000 gemiddelde
aantal inschrijvingen	(68)	387	362	365
waarvan:				
percentage allochtonen:	(67)	16,1%	17,9%	11%
aantal bevallingen (incl. verwijzingen)	(67)	252	253	266
waarvan:				
verwijzingen durante partu	(67)	87	80	81
van de niet-verwezen bevallingen:				
percentage thuisbevallingen	(67)	71,2%	74,6%	73,7%
percentage poliklinische bevallingen	(67)	28,8%	25,4%	26,3%
aantal kraambedden	(60)	359	333	325
waarvan:				
aantal losse kraambedden	(67)	47	41	40

Gemiddeld blijkt in 2002 het aantal bevallingen in de deelnemende praktijken 35% lager te liggen dan het aantal inschrijvingen. In 2001 was dat 30% en in 2000 28%. De verhouding tussen het aantal bevallingen en het aantal inschrijvingen geeft een indicatie van het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap, hoewel zwangeren ook om andere redenen de verloskundige praktijk kunnen verlaten, bijvoorbeeld vanwege een verhuizing of vanwege een miskraam. Deze verschuiving wijst er op dat het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap in verhouding toeneemt. Het aantal verwijzingen tijdens de bevalling komt op 34,5%. In 2001 was dat 31,6% en in 2000 30,5%. Ook hier is dus sprake van een toename.

De helft van de praktijken (38 = 55,1%) verwacht dat de praktijkgrootte in 2003 vergelijkbaar zal zijn met die in 2002. Minder dan een op de vijf praktijken (13 = 18,8%) verwacht meer inschrijvingen/bevallingen in 2003 en in 17 praktijken (24,6%) verwacht men dat het aantal inschrijvingen/bevallingen minder zal zijn dan in 2002.

### Praktijkorganisatie

In de 70 aan het onderzoek deelnemende praktijken zijn tijdens de registratieperiode 241 verloskundigen werkzaam geweest. Het gemiddeld aantal verloskundigen per praktijk was dus 3,4, dat is hoger dan bij de eerdere metingen. In 2001 waren 221 verloskundigen in 71 praktijken werkzaam (een gemiddelde van 3,1) en in 2002 waren 234 verloskundigen in 74 praktijken werkzaam (een gemiddelde van 3,2).

In 8 praktijken was tijdens de drie registratieweken maar één verloskundige werkzaam, in 16 praktijken waren twee verloskundigen werkzaam en in 46 praktijken waren 3 of meer verloskundigen werkzaam, met een gemiddelde van 4,7. Dat is duidelijk een verdere toename van de omvang van een groepspraktijk ten opzichte van 2001 en 2002 toen het gemiddeld aantal verloskundigen werkzaam in een groepspraktijk 3,8 respectievelijk 4,2 was.

Los van de registratieperiode was de samenstelling van de 69 praktijken die de vragenlijst 'praktijkorganisatie' hebben ingevuld als volgt: 201 zelfstandig gevestigde verloskundigen (80,4%), 25 verloskundigen in dienstverband (10%), 24 waarnemers (9,6%), dat is samen 250 verloskundigen. Landelijk gezien is 76% van alle eerstelijns verloskundigen (alle verloskundigen exclusief de klinisch werkzamen) zelfstandig gevestigd (cijfers uit de verloskundigen registratie, peildatum 1-1-2003). Deze steekproef wijkt wat samenstelling betreft, dus maar heel licht af van het landelijk beeld.

Tabel 3.7: Soort functie en aantal vacatures in praktijken in 2003, 2002 en 2001

functie	2003			2002			2001		
	werkzaam 69 prakt.	vacatures 18 prakt.	%	werkzaam 69 prakt.	vacatures 29 prakt.	%	werkzaam 71 prakt.	vacatures 29 prakt.	%
	N	N	%	N	N	%	N	N	%
zelfstandig gevestigd	201	10	4,8	172	27	15,7	179	22	12,3
in dienstverband	25	0	0	32	2	5,9	24	5	20,8
waarnemer	24	7	29,2	26	13	52,0	20	10	50,0
praktijkassistente/overig	28	3	10,7	30	3	10,0	30	2	6,7
totaal		20			45			39	

Van de 69 praktijken die in 2003 de vraag met betrekking tot vacatures hebben ingevuld, geven 18 praktijken aan bij elkaar 20 vacatures te hebben. Dat zijn meer dan de helft minder vacatures dan er in de 69 praktijken in 2002 waren (tabel 3.7), zowel wat betreft het aantal vacatures als wat betreft het aantal praktijken met vacatures. In 2002 en 2001 gaven 29 praktijken aan vacatures te hebben, in 2003 is dat in nog maar 18 praktijken het geval. Om een vergelijking tussen de verschillende jaren mogelijk te maken is het percentage vacatures berekend ten opzichte van het totaal aantal verloskundigen in een bepaalde functie in de deelnemende praktijken. In alle categorieën, behalve bij de categorie praktijk-assistenten/overig, is het aantal vacatures, in verhouding tot het aantal werkenden, drastisch teruggelopen.

### *Diensten en spreekuren*

De meeste praktijken regelen de diensten binnen de eigen praktijk, 13 van de 69 (19%) hebben een regeling met een of meer buurpraktijken. Vijftig praktijken hebben ingevuld wat in hun rooster het maximale aantal uren bevallingsdienst per verloskundige per week is. De maximale dienst per week is 168 uur (7 x 24 uur) en dat wordt ook 4x genoemd, maar een maximale dienst van 72 uur per week komt, net als in voorgaande jaren, het meest voor (12x).

Gemiddeld wordt in de praktijken vier keer per week spreekuur gehouden, het meest dikwijls op maandag, dinsdag en donderdag. De helft van de praktijken (50,7%) houdt spreekuur op meerdere locaties, niet alleen in de eigen praktijkruimte (als die aanwezig is) maar ook in bijvoorbeeld de ruimte van een gezondheidscentrum of consultatiebureau. Het aantal locaties voor het houden van spreekuren varieert voor die praktijken van twee tot zeven. Achttien praktijken houden spreekuur aan huis, 35 praktijken beschikken over een eigen praktijk/spreekuurruimte, niet aan huis. Zeventien van de 69 praktijken (25%) hebben niet de beschikking over een eigen spreekuurruimte (in 2001 was dat 14%, in 2002 20%), maar houden spreekuur in een gezondheidscentrum of consultatiebureau of vergelijkbare ruimte.

Waarneming tijdens vakantie of ziekte wordt in 50 van de 69 praktijken zoveel mogelijk binnen de praktijk zelf geregeld, meestal met een vaste waarnemer, ofwel het hele jaar door, ofwel tijdens vakantieperiodes. Achttien praktijken regelen de waarneming zo mogelijk met een buurpraktijk, één praktijk heeft de vraag niet ingevuld.

### *Taakverdeling*

Een kwart van de praktijken (n = 17) heeft de beschikking over een echo-apparaat, dat meestal alleen gebruikt wordt voor de eigen cliënten. In de overige praktijken wordt ofwel naar een collega verwezen voor het laten maken van een echo (n = 23), ofwel naar de tweedelijns (n = 22), ofwel naar beide (n = 7).

In 27 van de 69 praktijken (39%) is sprake van een bepaalde vorm van taakverdeling tussen de verloskundigen. In 9 van deze praktijken worden de echo's door één of enkele van de verloskundigen gemaakt, in 9 praktijken doet één van de verloskundigen de financiële administratie, de declaraties of in het algemeen alle praktijktaken, in 4 praktijken is een verloskundige enkel voor de (intake) spreekuren. Eén keer is genoemd dat één van de verloskundigen de overige administratie en het voorraadbeheer doet, één keer dat één verloskundige de roosters maakt en één keer dat één verloskundige specifiek de begeleiding van de assistente op zich neemt. Twee praktijken hebben wel aangegeven dat er sprake is van een onderlinge taakverdeling, maar hebben niet genoteerd wat dat dan is.

### *Praktijkassistentie*

In 36 van de 69 praktijken is niet-verloskundig personeel aanwezig, in 30 praktijken (43,5%) betreft dat een praktijkassistente, voor gemiddeld 21,6 uur per week. Dat is meer dan een jaar geleden, toen in 34,3% van de praktijken praktijkassistentie

aanwezig was voor gemiddeld 20 uur per week. Vijf van deze 30 praktijken, evenals zes praktijken zonder praktijkassistentie, hebben huishoudelijke en/of administratieve hulp, voor gemiddeld 3 uur per week. In één praktijk is een praktijkverpleegkundige aanwezig. Deze verpleegkundige werkt fulltime en heeft een uitgebreid takenpakket: telefoon beantwoorden, patiëntenadministratie, LVR-administratie, overige administratie, afspraken maken en kraamvisites afleggen.

Als al het niet-verloskundig personeel, inclusief meewerkende echtgenoten, meegeteld wordt als praktijkassistentie, dan zijn er 36 praktijken met praktijkassistentie (52,2%), met een gemiddelde werktijd van 20 uur per week. In vergelijking met vorig jaar is het aantal praktijken met assistentie toegenomen van 42,3% in 2001, via 48,6% in 2002 naar 52,2% in 2003 en is de gemiddelde werktijd van de praktijkassistentie toegenomen, namelijk van gemiddeld 19 naar gemiddeld 20 uur per week. Ook is een lichte verschuiving opgetreden in het soort werkzaamheden dat verricht wordt: afspraken maken en spreekuur voorbereiden en opruimen zijn bijvoorbeeld in 2003 vaker een taak van de assistente dan in 2002. (tabel 3.8). Het verschil tussen 2001 en 2002 kan verklaard worden uit het feit dat in 2001 niet gevraagd werd naar ander personeel dan een praktijkassistente.

Tabel 3.8: Werkzaamheden van de praktijkassistentie (praktijkassistenten, administratief medewerkers en verpleegkundigen) naar aantal praktijken waar praktijkassistentie aanwezig is in zomer/najaar 2003, 2002 en 2001

werkzaamheden praktijkassistente	in aantal praktijken			%	%	%
	in 2003	in 2002	in 2001			
telefoon beantwoorden	28	26	27	78	76	90
afspraken maken	30	27	27	83	79	90
patiëntenadministratie	25	24	25	69	71	83
spreekuur voorbereiden en opruimen	24	20	22	67	59	73
overige administratie	20	19	20	56	56	67
spreekuurassistentie	12	14	16	33	41	53
financiële administratie	12	11	12	33	32	40
LVR-administratie	13	10	9	36	29	30
kraamvisites afleggen	1	2	-	3	6	-
andere werkzaamheden *	12	8	4	33	24	13

\* genoemd zijn bijvoorbeeld: informatie geven, klusjes doen en schoonmaken

### *Automatisering*

Van de 69 praktijken zijn er in de zomer / het najaar van 2003 68, dat is 99 procent, in meer of mindere mate geautomatiseerd. Vorig jaar was dat nog 83 procent en het jaar daarvoor 61 procent. (tabel 3.9). Micro-natal wordt vaker gebruikt (40x) dan Orfeus (24x) en drie van de 69 praktijken gebruiken een ander systeem. De ervaringen met de automatisering lopen nog wat uiteen, maar de tevredenheid overheerst. In 34 praktijken is men (voorzichtig) positief: het levert tijdwinst op en is prettig om mee te werken. In 6 praktijken is men vooral nog negatief, het kost nog veel tijd, het is af en

toe lastig en niet altijd overzichtelijk. In 18 praktijken vindt men het nog te vroeg om daar een oordeel over te geven, men is nog aan het oefenen. De overige 10 praktijken hebben geen oordeel over het gebruik van de automatiseringssystemen gegeven.

Uit de antwoorden blijkt, net als vorig jaar, dat elke praktijk ten aanzien van het computergebruik zijn eigen prioriteiten stelt. Slechts twee praktijken melden dat alle genoemde administratieve taken geautomatiseerd zijn. Als er geautomatiseerd is, blijken de LVR-formulieren het meest via de computer gedaan te worden.

Nu zo goed als alle praktijken geautomatiseerd zijn, is het eigenlijk niet nodig meer om onderscheid te maken tussen de geautomatiseerde en alle praktijken. De LVR en de declaraties zijn bijna overal geautomatiseerd.

Tabel 3.9: De mate waarin de praktijk geautomatiseerd is naar aantal praktijken dat geautomatiseerd is in de steekproeven in zomer/najaar 2003, 2002 en 2001

geautomatiseerd zijn werkzaamheden ten aanzien van:	in 68 geautomatiseerde praktijken in 2003	in alle 69 praktijken in 2003	in alle 70 praktijken in 2002	in alle 71 praktijken in 2001
LVR	94%	93%	74%	46%
declaraties	93%	91%	73%	55%
NAW-bestand	81%	80%	66%	44%
zwangerschapskaart	79%	78%	57%	28%
briefwisseling	41%	41%	49%	28%
zwangerschapsverklaring	54%	54%	43%	25%
anders *	4%	4%	9%	3%

\* genoemd zijn in 2003: à terme lijst, folders.

Het NAW-bestand en de zwangerschapskaart zijn ook in meer dan driekwart van de praktijken geautomatiseerd. Gemiddeld worden in de 68 praktijken die op het tijdstip van de meting geautomatiseerd zijn 4,5 van de 7 genoemde taken met de computer verricht, evenals vorig jaar. Het jaar daarvoor was dat nog 3,8.

#### *Samenwerking en overleg binnen de beroepsgroep*

Samenwerking en formeel overleg, zowel binnen de eigen beroepsgroep als met andere zorgverleners, zijn belangrijke aspecten van het werk van een verloskundige. Naast formeel overleg vindt er ook veel informeel overleg plaats, maar dat is niet te kwantificeren.

In tabel 3.10 is de frequentie van het formele overleg binnen de eigen beroepsgroep weergegeven. De opgegeven frequentie is omgerekend naar het aantal keren dat het overleg per jaar plaatsvindt. Omdat de gemiddelde waarden niet erg inzichtelijk zijn, zijn ook de modus (meest genoemde frequentie) en het minimum en maximum gepresenteerd.

Het aantal praktijken dat heeft ingevuld hoe vaak een overleg gehouden wordt verschilt per soort overleg. Op drie na zijn alle praktijken geregeld aanwezig op een

kringbijeenkomst, de andere genoemde overlegsituaties zijn voor minder praktijken van toepassing. Maatschapsoverleg is uiteraard niet aan de orde in solopraktijken. Verder zijn de termen ‘maatschapsoverleg’ en ‘praktijkvergadering’ waarschijnlijk onderling uitwisselbaar in praktijken waar alleen zelfstandig gevestigden werkzaam zijn en geen verloskundigen in dienstverband of waarnemers. Tot slot is het niet helemaal zeker of de termen ‘regiobijeenkomst’ en ‘kringbijeenkomst’ elkaar wel helemaal uitsluiten.

Tabel 3.10: Frequentie van overleg binnen de eigen beroepsgroep in 2003

soort overleg	aantal praktijken	gemiddelde frequentie	modus	minimum	maximum
maatschapsoverleg	57	59,3 x p jr	1 x p wk	2 x p jr	dagelijks
praktijkvergadering	31	38,5 x p jr	1 x p wk	2 x p jr	1x p 2 dg
kringbijeenkomst	66	8,5 x p jr	9 x p jr	2 x p jr	1x p 3 wk
regiobijeenkomst	30	5,6 x p jr	9 x p jr	1 x p jr	9 x p jr

Uit de tabel blijkt dat maatschaps- en praktijkoverleg meestal wekelijks gehouden wordt, terwijl regio- en kringbijeenkomsten meestal eens per zes weken (ongeveer 9 x per jaar) gehouden worden. Er is ook gevraagd hoe lang elk overleg gemiddeld duurt en hoeveel verloskundigen uit de praktijk eraan meedoen. Op grond daarvan kan een schatting gemaakt worden van de tijd die gemiddeld in een praktijk besteed wordt aan overleg binnen de eigen beroepsgroep. Wordt vervolgens rekening gehouden met het totaal aantal verloskundigen in de praktijk en met het aantal praktijken waar het betreffende overleg wel of niet gehouden wordt, dan kan op grond van deze gegevens berekend worden dat een willekeurige verloskundige gemiddeld 84 uur per jaar besteedt aan overleg binnen de eigen beroepsgroep. Hiervan wordt 86% (72,24 uur) besteed aan overleg binnen de eigen praktijk en 14% (11,76 uur) aan overleg met collega-verloskundigen in kring- of regiobijeenkomsten. Vorig jaar was die verdeling 80% om 20%.

Tabel 3.11: Frequentie van overleg met andere zorgverleners in 2003

soort overleg	aantal praktijken	gemiddelde frequentie	modus	minimum	maximum
met gynaecologen	26	9,4 x p jr	1 x p mnd	1 x p jr	wekelijks
met gyn. + kinderartsen	34	7,3 x p jr	1 x p mnd	2 x p jr	maandelijks
met multidisciplinair team (VSV)	20	5,6 x p jr	4 x p jr	4 x p jr	maandelijks
met eerstelijns team	7	8,6 x p jr	2 x p jr	1 x p jr	1 x p 2 wk
met DVP	7	5,3 x p jr	2 x p jr	2 x p jr	maandelijks
met kraamafdeling ziekenhuis	10	2,9 x p jr	2 x p jr	1 x p jr	maandelijks
met kraamcentrum	49	2,5 x p jr	2 x p jr	1 x p jr	10x p jr
met kinderartsen	10	2,1 x p jr	1 x p jr	1 x p jr	4x p jr
met huisartsen	12	1,8 x p jr	1 x p jr	1 x p jr	4x p jr

### *Overleg met andere zorgverleners*

In tabel 3.11 is op vergelijkbare wijze als in tabel 3.10 de frequentie van het formele overleg met andere zorgverleners gepresenteerd. Ook hier geldt dat sommige van de geboden mogelijkheden elkaar kunnen overlappen. In de tabel valt bijvoorbeeld op dat niet alle praktijken hebben aangekruist dat ze overleg hebben met gynaecologen. Dat wil echter niet zeggen dat er géén overleg met gynaecologen is, maar dat dat overleg mogelijk plaatsvindt samen met kinderartsen of in multidisciplinair verband. Het zelfde geldt voor het overleg met kinderartsen.

Ook bij het overleg met andere zorgverleners is gevraagd hoe lang het betreffende overleg gemiddeld duurt en hoeveel verloskundigen uit de praktijk er per keer aan deelnemen. Ook hierbij is berekend, op grond van het totaal aantal verloskundigen in de praktijk en het aantal praktijken waar het betreffende overleg wel of niet gehouden wordt, hoeveel tijd een verloskundige gemiddeld aan dergelijk overleg besteedt. Op grond van de verzamelde gegevens kan berekend worden dat een willekeurige verloskundige gemiddeld 10 uur per jaar besteedt aan overleg met andere zorgverleners. Hiervan wordt 82% (8,2 uur) besteed aan overleg met zorgverleners in de tweede lijn, dat wil zeggen: gynaecologen, kinderartsen en kraamafdelingen van ziekenhuizen, al dan niet in VSV- of DVP-verband, en 18% (1,8 uur) aan overleg met eerstelijns zorgverleners, huisartsen en kraamcentra, al dan niet in een eerstelijns team.

In 17 van de 69 praktijken heeft men te maken met verloskundig actieve huisartsen, in aantal variërend van 1 tot 20. In de meeste gevallen is er geen geregelde samenwerking, alleen incidenteel overleg. In een praktijk is geregeld overleg met een huisartsgroep en in een andere praktijk is geregeld overleg met verloskundig actieve huisartsen in het kader van multidisciplinair overleg. Met niet-verloskundig actieve huisartsen is eveneens meestal geen geregeld overleg en de helft van de praktijken heeft alleen incidenteel overleg met kinderartsen (tabel 3.12).

Tabel 3.12: Overleg met andere zorgverleners in 2003

	verloskundig actieve huisartsen n=17	huis- artsen n=69	gynae- cologen n=69	kinder- artsen n=69	kraam- zorg n=69
alleen incidenteel overleg	59%	83%	10%	57%	23%
geregeld overleg met sommige	12%	9%	13%	13%	62%
geregeld overleg met groep/maatschap/centrum	-	4%	35%	9%	12%
geregeld overleg in multidisciplinair verband	23%	1%	41%	19%	1%
anders	6%	3%	-	2%	1%

In vergelijking met vorig jaar is het geregeld overleg in multidisciplinair verband met verloskundig actieve huisartsen en met gynaecologen iets toegenomen, maar nog steeds wordt met huisartsen en ook met kinderartsen voornamelijk incidenteel overlegd.

### *Samenwerking met ziekenhuizen en regiokantoren*

Gemiddeld hebben de praktijken te maken met 2 ziekenhuizen: 24 van de 69 praktijken hebben met één ziekenhuis te maken; 25 hebben met twee ziekenhuizen te maken, 15 met drie, drie met 4 ziekenhuizen en twee praktijken hebben met 5 ziekenhuizen te maken.

De gemiddelde aanrijtijd voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 16 minuten (min. 7, max. 35), voor het tweede ziekenhuis 21 minuten (min. 10, max. 40) en voor het derde ziekenhuis 25 minuten (min. 15, max. 40).

Als er een centraal aanmeldpunt voor de ziekenhuizen is voor de praktijken die met meer dan één ziekenhuis te maken hebben, dan is dat bij de verloskundigen in ieder geval nauwelijks bekend. Slechts in twee gevallen is op de vraag daarnaar met ja geantwoord. Meer praktijken (19) geven aan dat er wel bindende afspraken zijn in welk ziekenhuis men altijd terecht kan bij calamiteiten.

In het voorjaar van 2002 zijn de vijf regiokantoren van de KNOV officieel van start gegaan. Het doel van de regiokantoren is om verloskundige praktijken professionele ondersteuning te bieden en adequate hulp te bieden in het geval van een crisis, zoals het helpen vinden van een waarnemer of opvolger, het bevorderen van de samenwerking met gynaecologen en andere beroepsgroepen in de verloskundige keten of het ondersteunen van de kringen. Eén op de vijf praktijken heeft in 2003 laten weten praktische ondersteuning van het regiokantoor gehad te hebben. Daarbij ging het bijvoorbeeld om ondersteuning bij praktijkadministratie of praktijkproblemen, zoals opzetten, uitbreiden of reorganiseren van de praktijk (6x), ondersteuning bij de samenwerking met andere praktijken of bij kring-activiteiten (5x), ondersteuning bij automatisering (2x) ondersteuning van het verloskundig platform of het verloskundig samenwerkingsverband (2x) of ondersteuning voor het organiseren van bijvoorbeeld een cursus of symposium of andere contacten (2x).

Op de vraag of er een DVP in de regio functioneert, geven maar 8 praktijken een positief antwoord, 20 denken van wel, maar weten er het fijne niet van en 39 praktijken laten weten dat er in hun regio geen DVP is.



## 4 Resultaten derde tijdmeting in verloskundige praktijken

### 4.1 De tijdbesteding van verloskundigen

#### *Gemiddelde werktijd per week*

Om de gemiddelde werktijd per week te berekenen zijn twee soorten gegevens gebruikt. Allereerst de tijdregistratie, waarin vastgelegd is wat elke verloskundige in een periode van drie weken aan werkzaamheden verricht en hoeveel tijd zij daaraan besteedt. Daarnaast is informatie gebruikt over werkzaamheden die niet dagelijks of wekelijks voorkomen, maar, over een langere tijd beschouwd, toch een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden vormen.

Alle verloskundigen hebben na het afsluiten van de tijdregistratie een aanvullende vragenlijst ingevuld met achtergrondgegevens, een oordeel over de representativiteit van de registratieperiode, vragen over minder frequent voorkomende werkzaamheden, over arbeidstevredenheid en wensen voor een toekomstige werksituatie. Wat betreft de minder frequent voorkomende werkzaamheden is ingevuld hoeveel tijd daaraan besteed is in het voorgaande half jaar, dus inclusief de registratieperiode, en hoeveel daarvan binnen de registratieperiode viel. Dit onderscheid is gemaakt om te voorkomen dat de tijd besteed aan deze bezigheden dubbel geteld wordt.

In tabel 4.1 zijn de werkzaamheden gerangschikt naar het aantal verloskundigen dat aangegeven heeft tijd besteed te hebben aan de genoemde werkzaamheden.

Tabel 4.1: Tijd besteed aan minder frequent voorkomende werkzaamheden, gemiddeld, gedurende 6 maanden in 2003

soort werkzaamheden:	aantal verloskundigen (totaal = 234)	tijd per verloskundige (uren per half jaar)	95% BI
vakliteratuur etc.	221	21,3 uur	18,4 – 24,2
maatschapoverleg / teamoverleg	209	35,0 uur	31,7 – 38,4
reistijd voor genoemde werkzaamheden	196	19,5 uur	12,5 – 26,4
overleg met andere zorgverleners	195	12,0 uur	9,7 – 14,2
praktijkwerkzaamheden	192	40,5 uur	33,8 – 47,2
kring- of regiobijeenkomsten, KNOV-bijeenkomsten	182	12,1 uur	10,6 – 13,6
deskundigheidsbevordering	175	24,8 uur	16,4 – 33,3
jaaropgaaf, kwaliteitsjaarverslag etc.	144	10,8 uur	8,4 – 13,2
stagebegeleiding	142	18,5 uur	14,8 – 22,1
andere beroepsactiviteiten	69	29,7 uur	24,6 – 49,3
georganiseerde voorlichtingsactiviteiten	57	6,6 uur	5,5 – 7,6
Totaal	234	172,7 uur	155,6 – 189,8

Het gemiddelde van 173 uur per verloskundige voor niet-frequente werkzaamheden ligt iets hoger dan het gemiddelde dat vorig jaar werd gevonden, namelijk 164 uur. Er is in 2003 per verloskundige meer tijd besteed aan deskundigheidsbevordering (25 uur) dan vorig jaar (19 uur) en het jaar daarvoor (15 uur).

Om een betrouwbare schatting te kunnen maken van de tijd die verloskundigen besteden aan minder frequent voorkomende werkzaamheden, moeten verschillende gegevens in samenhang gezien worden. De totale tijd die per half jaar besteed is aan minder frequente werkzaamheden (gemiddeld 173 uur) is per verloskundige omgerekend naar het aantal uren per drie weken. Dit aantal uren per drie weken kan beschouwd worden als de gemiddelde tijdbesteding aan minder frequent voorkomende werkzaamheden. Deze gemiddelde tijdbesteding kan vergeleken worden met de tijd die de verloskundigen volgens eigen opgave tijdens de registratieperiode besteed hebben aan deze minder frequente werkzaamheden (tabel 4.2).

Tabel 4.2: Gemiddelde tijd besteed aan minder frequent voorkomende werkzaamheden per drie weken in 2003

minder frequente werkzaamheden	aantal verloskundigen	gemiddeld per verloskundige	95% BI
gemiddelde tijdbesteding per 3 weken	234	21,8 uur	19,6 - 24,1
opgegeven tijdbesteding in 3 weken	234	16,7 uur	14,2 - 19,2
verschil	234	5,1 uur	3,3 - 6,9

Het verschil tussen de gemiddelde en de opgegeven tijdbesteding aan minder frequente werkzaamheden is 5,1 uur per drie weken per verloskundige, dat komt neer op 1,7 uur, dat is 1 uur en 42 minuten, per verloskundige per week. Dit verschil blijkt bij toetsing significant te zijn. Dat betekent dat de registratieperiode, in ieder geval voor wat betreft de niet-frequente werkzaamheden, niet representatief was, maar rustiger dan normaal. Dit bevestigt het beeld dat de registratieperiode, althans in een deel van de praktijken, een rustige periode geweest is in vergelijking met de rest van het jaar. Het kan echter ook betekenen dat de tijd, die in het voorgaande half jaar besteed is aan niet-frequente werkzaamheden, overschat is. Ondanks die laatste overweging is toch besloten om de geregistreerde tijd te corrigeren en wel met 1,7 uur per verloskundige, per week, of 5,7 uur per praktijk per week (gemiddeld 3,34 verloskundigen per praktijk).

Om de gemiddelde werktijd per verloskundige per week te berekenen is eerst de tijdbesteding per praktijk berekend. De gemiddelde werktijd per praktijk (zie tabel 4.3) is berekend op basis van de geregistreerde werktijd van alle in de praktijk werkzame verloskundigen, de correctie voor niet-frequente werkzaamheden, plus de werktijd van de praktijk-assistente (gemiddeld 20 uur per week in 33 van de 63 praktijken), gemiddeld over alle 63 complete praktijken en geaggregeerd naar praktijkniveau.

Het onderscheid tussen cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden is

gemaakt op basis van wat in de tijdregistratie genoteerd is. Alle werkzaamheden waarbij sprake is van rechtstreeks contact tussen verloskundige en cliënt, zoals spreekuren, (telefonische) consulten en huisbezoeken, zijn uiteraard cliëntgebonden. Daarnaast zijn ook enkele administratieve werkzaamheden, zoals het bijwerken van de cliëntenkaarten of de LVR-gegevens, evenals bepaalde overlegsituaties, gecodeerd als cliëntgebonden werk.

Tabel 4.3: Gemiddelde werktijd in 2003 per praktijk (n = 63) per drie weken en per week (ter vergelijking de percentuele verdeling in 2002 en 2001)

	gemiddelde werktijd per praktijk in uren in 2003			2002	2001
	per drie weken	per week	percentage		
geregistreerde werktijd van verloskundigen	280,6	93,5			
gemiddelde werktijd praktijkassistente	32,0	10,7			
correctie voor niet-frequent werk	17,1	5,7			
Totaal gewerkte tijd per praktijk	329,7	109,9	100%	100%	100%
waarvan:					
cliëntgebonden	214,0	71,3	64,9%	71,6%	70,0%
niet-cliëntgebonden	66,6 + 32,0 + 17,1 = 115,7	38,6	35,1%	28,4%	30,0%
of:					
tijd besteed aan partus	57,0	19,0	17,3%	18,5%	19,4%
overige werkzaamheden	223,6 + 32,0 + 17,1 = 272,7	90,9	82,7%	81,5%	80,6%

Administratieve werkzaamheden en overlegsituaties die op de registratieformulieren niet verder gespecificeerd zijn, zijn als niet-cliëntgebonden beschouwd. De gemiddelde werktijd van het niet-verloskundig personeel in de betreffende praktijken, gerekend als niet-cliëntgebonden werkzaamheden, is gemiddeld over alle praktijken. Vergeleken met de gegevens uit 2002 en 2001 is de tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden op praktijkniveau duidelijk afgenomen na een eerdere lichte toename: nu 64,9% na 71,6% in 2002 en 70,0% in 2001. Ook het onderscheid naar tijd besteed aan bevallingen en tijd besteed aan overige werkzaamheden is op praktijkniveau gebaseerd op de tijdregistratie aangevuld met werkzaamheden van de assistente. In vergelijking met 2001 en 2002 werd in 2003 op praktijkniveau opnieuw relatief iets minder van de totale werktijd besteed aan bevallingen: 17,3% in 2003 tegenover 18,5% in 2002 en 19,4% in 2001 (tabel 4.3).

Na de gemiddelde tijdbesteding per praktijk is vervolgens de tijdbesteding berekend per verloskundige (tabel 4.4). De werktijd van de praktijkassistente is hierbij niet meegenomen, waardoor de verhouding in bijvoorbeeld cliënt-gebonden en niet-cliëntgebonden werkzaamheden iets verschuift.

De 234 verloskundigen van wie de volledige tijdregistratie in het gegevensbestand is opgenomen, hebben gedurende die drie registratieweken gemiddeld 83,7 uur gewerkt, met een minimum van 3,83 uur en een maximum van 220,8 uur in drie weken (dat is per week een minimum van 1,3 uur en een maximum van 73,6 uur). Ter correctie is

per verloskundige gemiddeld 1,7 uur per week aan niet-frequente werkzaamheden toegevoegd. Op individueel niveau wordt gemiddeld een vijfde van de gewerkte tijd besteed aan bevallingen. Dat is niet wezenlijk anders dan in de voorgaande jaren is gevonden.

Tabel 4.4: Gemiddelde werktijd per verloskundige per drie weken en per week in 2003 (n = 234), in 2002 (n = 221) en in 2001 (n = 208)

	gemiddelde werktijd per verloskundige in uren						
	(per 3 weken)	per week	%	per week	%	per week	%
geregistreerde werktijd	(83,7)	27,9		28,8		28,88	
correctie niet-frequent werk	(5,1)	1,7		-		0,83	
totaal gewerkte tijd	(88,8)	29,6	100%	28,8	100%	29,71	100%
waarvan:							
cliëntgebonden	(63,6)	21,2	71,6%	22,2	77,1%	22,13	74,5%
niet-cliëntgebonden	(25,3)	8,4	28,4%	6,6	22,9%	7,58	25,5%
of:							
tijd besteed aan partus	(17,0)	5,7	19,3%	5,8	20,1%	6,15	20,7%
overige werkzaamheden	(71,8)	23,9	80,7%	23,0	79,9%	23,56	79,3%

Gemiddeld is in 2003 krap driekwart van de werktijd van de verloskundigen besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden en ruim een kwart aan niet-cliëntgebonden werk, maar de verhouding is ten opzichte van vorig jaar en het jaar daarvoor wel iets verschoven.

De gemiddelde werktijd van 29,6 uur per week (inclusief bijtelling voor minder frequente werkzaamheden) komt, omgerekend naar full-time-equivalenten (FTE), uitgaande van 1 FTE = 40 uur, neer op gemiddeld 0,74 FTE per verloskundige.

Tabel 4.5: Gemeten tijdbesteding en gemiddeld aantal gewerkte dagen in de drie registratieweken (21 dagen) naar soort functie van de verloskundigen, in 2003

functie verloskundigen	aantal verloskundigen	gemiddelde tijdbesteding	aantal gewerkte dagen (max 21)	gemiddelde werktijd per week
zelfstandig	193	87 u 14 min	14,28	29 u 5 min
vaste waarnemer	20	74 u 39 min	11,00	24 u 53 min
wisselend waarnemer	21	60 u 27 min	9,43	20 u 9 min
totaal	234	83 u 45 min	13,58	27 u 55 min

Zelfstandig gevestigde verloskundigen hebben tijdens de registratieperiode gemiddeld ruim 29 uur per week gewerkt, vaste waarnemers hebben gemiddeld 25 uur per week gewerkt en wisselend waarnemers gemiddeld ruim 20 uur (zie tabel 4.5).

De gemiddelde werktijd voor alle 234 verloskundigen die in 2003 aan de registratie meegewerkt hebben was tijdens de registratieweken 27,9 uur per week, dat is 27 uur en 55 minuten. De spreiding is echter groot, variërend van 1,3 uur per week tot 73,6 uur per week. De gemiddelde geregistreerde werktijd is bijna een uur minder dan wat vorig jaar en het jaar daarvoor gemeten is, namelijk 28 uur en 48 minuten in 2002 en 28 uur en 53 minuten in 2001. Als afzonderlijk gekeken wordt naar de verschillende functies zijn de verschillen met vorig jaar klein, de grootste verschillen zijn te vinden bij de gewerkte tijd van de waarnemers. De zelfstandig gevestigde verloskundigen hebben dit jaar gemiddeld bijna 2 uur per week minder gewerkt dan vorig jaar in de registratieperiode, de vaste waarnemers hebben dit jaar bijna 3,5 uur per week meer gewerkt dan vorig jaar en de wisselend waarnemers hebben gemiddeld bijna 1,5 uur per week meer gewerkt dan vorig jaar (niet in tabel).

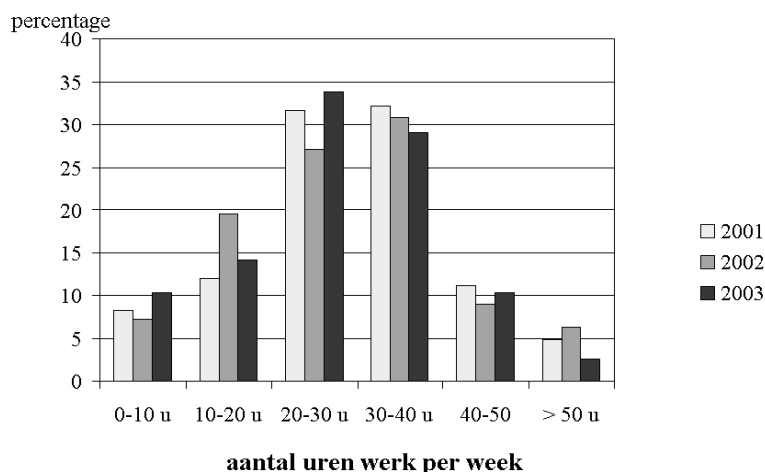
In tabel 4.6 wordt, wat betreft de gemiddelde geregistreerde tijdbesteding, een onderscheid gemaakt naar de mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de praktijk. Voor deze berekening (zoals voor elke berekening op praktijkniveau) is alleen uitgegaan van de complete praktijken, waar alle verloskundigen de tijdregistratie hebben ingevuld. Immers, het is niet bekend of de verloskundigen van wie de tijdregistratie ontbreekt, juist veel meer of veel minder uren gewerkt hebben dan de verloskundigen van wie de tijdregistratie wel aanwezig is. Dit betekent wel dat de berekende gemiddelde werktijd voor de 208 verloskundigen in deze analyse iets anders uitvalt dan de berekende gemiddelde werktijd voor alle 234 verloskundigen in het onderzoek. De verdeling laat zien dat verloskundigen in matig verstedelijkte plaatsen gemiddeld iets meer uren per week werken dan de anderen, maar de verschillen zijn niet erg groot.

Tabel 4.6: Gemiddelde geregistreerde werktijd per verloskundige naar soort praktijk en naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats, in 2003 (alleen complete praktijken)

mate van verstedelijking	aantal praktijken (%)	aantal verloskundigen (%)	gemiddelde werktijd per verloskundige per week
zeer sterk	6 ( 9,5%)	28 (13,5%)	28 u 59 m
sterk	11 (17,5%)	41 (19,7%)	28 u 23 m
matig	20 (31,7%)	74 (35,6%)	27 u 28 m
weinig	18 (28,6%)	46 (22,1%)	30 u 5 m
niet	8 (12,7%)	19 ( 9,1%)	26 u 23 m
totaal	63 (100,0%)	208 (100,0%)	28 u 20 m

In figuur 4.1 zijn de geregistreerde gegevens over het gemiddeld aantal gewerkte uren per week in de afgelopen drie jaar bij elkaar gezet.

Figuur 4.1: Spreiding van gemiddelde geregistreerde werktijd van verloskundigen in 2003, 2002 en 2001.



#### *Aantal bevallingen*

Uit de analyse van de tijdregistratie is gebleken dat verloskundigen gemiddeld 20 procent van hun tijd besteden aan het begeleiden van bevallingen. Er is uit de tijdregistratie echter niet op te maken hoeveel bevallingen een verloskundige begeleid heeft, omdat ze meerdere keren bij dezelfde barende langs geweest kan zijn. In de vragenlijst, die na afsluiting van de tijdregistratie ingevuld diende te worden, is daarom gevraagd aan te geven bij hoeveel bevallingen de verloskundige betrokken is geweest, hoeveel ze zelf heeft begeleid en hoeveel ze heeft overgedragen naar een gynaecoloog of naar een collega-verloskundige. Van de 208 verloskundigen in de complete praktijken hebben 195 ingevuld hoeveel bevallingen ze begeleid hebben tijdens de drie registratieweken, namelijk totaal 1002. Hiervan zijn er in ieder geval 107 overgedragen aan of door een collega en zijn dus dubbel geteld, omdat die collega dezelfde bevalling ook geregistreerd heeft. Dit betekent dat er 895 bevallingen waren, begeleid door 195 verloskundigen in 63 praktijken. Dat is een gemiddelde van  $(895/195=)$  4,6 bevallingen per verloskundige of een gemiddelde van  $(895/63=)$  14,2 bevallingen per praktijk gedurende drie weken. Hiervan is 29,9% tijdens de baring overgedragen naar de tweedelij.

In de vorige metingen in 2002 en 2001 is ook gevraagd hoeveel bevallingen de verloskundigen begeleid hadden. In 2001 kwam het totaal aantal bevallingen op 956 in 61 praktijken, begeleid door 179 verloskundigen. Dat is een gemiddelde van

(957/61=) 15,7 bevallingen per praktijk of (956/179=) 5,3 bevallingen per verloskundige tijdens de drie registratieweken. In 2002 kwam het totaal aantal bevallingen op 850 in 65 praktijken, begeleid door 180 verloskundigen. Dat is een gemiddelde van (850/65=) 13,1 bevallingen per praktijk of (950/180=) 4,7 bevallingen per verloskundige in de drie registratieweken. Deze cijfers kunnen vergeleken worden met de opgave die de praktijken gedaan hebben over het aantal bevallingen in het voorgaande jaar (volgens LVR-gegevens). In tabel 3.5 is al aangegeven dat het gemiddeld aantal bevallingen (inclusief verwijzingen tijdens de baring) in 2001 in de deelnemende praktijken 253 was en vorig jaar 252. Dat komt voor 2002 neer op gemiddeld (252/52\*3=) 14,5 bevallingen per praktijk in drie weken en (14,5/3,3=) 4,4 bevallingen per verloskundige in drie weken. Gemiddeld werd 29,9% daarvan tijdens de baring naar de tweede lijn verwezen.

Tabel 4.7: Aantal bevallingen per praktijk en per verloskundige, volgens meting in 2003, 2002 en 2001 en volgens opgave van praktijkgrootte in 2002 en 2001 (LVR-cijfers)

gemiddeld aantal bevallingen	2003	registratie		opgave praktijkgrootte	
		2002	2001	2002	2001
per 3 weken					
per praktijk	14,2	13,1	15,7	14,5	14,6
per verloskundige	4,6	4,7	5,3	4,4	4,4
verwijspercentage	29,9%	29,2%	29,9%	29,9%	31,7%

Tabel 4.7 laat het gemiddeld aantal bevallingen zien in de drie achtereenvolgende jaren: voor 2003 het aantal bevallingen gedurende de drie weken van registratie en voor 2002 en 2001 ook het aantal bevallingen per drie weken, berekend op basis de LVR-cijfers over het aantal bevallingen in het hele jaar.

Uit de vergelijking blijkt dat in 2002 het aantal bevallingen tijdens de drie registratieweken, zowel per praktijk als per verloskundige, iets lager lag dan de jaarcijfers, omgerekend naar aantal bevallingen per drie weken. Dit wijst er op dat het, wat het aantal bevallingen betreft, tijdens de registratieperiode niet drukker was dan gemiddeld over het hele jaar. Voor de registratie in 2003 kan die vergelijking pas gemaakt worden als de jaarcijfers over 2003 van de LVR bekend zijn.

Vorig jaar en het jaar daarvoor werd op basis van de gegevens uit de registratie de schatting gemaakt dat een verloskundige in 2001 gemiddeld 92,6 bevallingen per jaar begeleidde (77% van een normpraktijk) en in 2002 gemiddeld 81,9 (68% van een normpraktijk). Op basis van de cijfers uit de registratie van 2003 kan een nieuwe schatting gemaakt worden. Uitgaande van 895 bevallingen door 195 verloskundigen in een periode van 3 weken, komt het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige in 2003 (52 weken) op 79,6. Dat is 66 procent van een normpraktijk van 120 bevallingen.

### *Tijd besteed aan directe cliëntenzorg*

De tijd besteed aan directe cliëntenzorg omvat prenatale zorg, zorg tijdens de bevalling en postnatale zorg. Een deel van de administratieve werkzaamheden en een deel van het overleg wordt weliswaar gerekend tot de cliëntgebonden zorg, maar vindt niet direct in contact met de cliënt plaats en wordt daarom hier buiten beschouwing gelaten. Bij de prenatale zorg kan onderscheid gemaakt worden in een 'intake' of eerste contact en een aantal vervolcontacten. Bij die vervolcontacten kan één of meer keer een echo gemaakt zijn. Bij de postnatale zorg kan onderscheid gemaakt worden in kraambezoeken bij de kraamvrouw thuis en een afsluitend spreekuurcontact, ongeveer zes weken na de bevalling.

Tabel 4.8: Aantal contacten en tijd besteed aan directe cliëntenzorg per cliënt, in minuten

werkzaamheden	meting 2003			meting 2002	meting 2001
	aantal	tijd	totale tijd	totale tijd	totale tijd
intake	1	34,3	34,3	34,7	32,9
prenatale controle (spreekuur)	11	15,3	168,3	167,2	150,7
waarvan gemiddeld 1x echo	1	18,1	18,1	18,7	17,5
baring (incl. reistijd)	1	227,9	227,9	223,9	192,7
kraambezoek (incl. reistijd)	5	37,6	188,0	192,5	190,8
afsluitend contact (spreekuur)	1	15,8	15,8	15,6	16,4
Totaal			652,4	652,6	601,0

Per onderdeel is berekend hoeveel tijd er gemiddeld aan directe cliëntenzorg besteed wordt door verloskundigen. Het gemiddeld aantal kraambezoeken per cliënt is net als vorig jaar gesteld op 5, hoewel uit de cliëntenvragenlijsten blijkt dat het gemiddeld aantal bezoeken van de verloskundige, bij cliënten die thuis zijn bevallen of bij cliënten die in het ziekenhuis zijn bevallen, maar dezelfde dag weer naar huis zijn gegaan, gedaald is tot 4,1. Zowel uit de cijfers van dit jaar als uit die van vorige jaren blijkt dat het gemiddeld aantal prenatale controles nog steeds 12 is.

De totale tijd besteed aan directe cliëntenzorg per cliënt komt daarmee in deze meting op 652 minuten, dat is 10 uur en 52 minuten (zie tabel 4.8). Dat is op een minuut na hetzelfde als gemeten in 2002. Tijdens de tijdregistratie in 2001 was dat 10 uur en 1 minuut. De totale tijd, besteed aan directe cliëntenzorg per volledige zorgverlening, dat wil zeggen, een cliënt die vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de afsluiting van het kraambed bij de verloskundige in zorg blijft, is dus, in vergelijking met de meting uit 2002, hetzelfde gebleven. De verschillen met de resultaten van de meting van 2002 zijn minimaal en betreffen slechts enkele minuten.

### *Tijd besteed aan bereikbaarheid en beschikbaarheid*

Het grootste deel van de tijdbesteding van verloskundigen bestaat uit geplande tijd die



besteed wordt aan het houden van spreekuren, het afleggen van huisbezoeken, het bijwonen van verschillende soorten van overleg, het bijhouden van de administratie en dergelijke. Daarnaast moet een verloskundige beschikbaar zijn voor werkzaamheden die niet gepland kunnen worden, zoals het begeleiden van bevallingen en het verlenen van (spoed)consulten. Uit tabel 4.4 is al gebleken dat gemiddeld 20 procent van de tijd van een verloskundige wordt besteed aan het begeleiden van bevallingen. In principe is in elke praktijk 24 uur per dag, zeven dagen per week een verloskundige bereikbaar en beschikbaar. Een verloskundige in een solopraktijk moet zelf continu, dat wil zeggen 168 uur per week, beschikbaar zijn, tenzij er een regeling is getroffen met een buurpraktijk. Als meer verloskundigen in een praktijk samenwerken, kan de beschikbaarheidsdienst onderling verdeeld worden en hoeft niet elke verloskundige 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar te zijn.

De 208 verloskundigen in de 63 praktijken die alle tijdregistratieformulieren ingevuld hebben, hadden bijna allemaal voor kortere of langere periode dienst, gemiddeld voor 149 uur gedurende drie weken, dat is 49,7 uur per week. Het minimum aantal uren dienst is 0 omdat 11 van de 208 verloskundigen in de betreffende drie weken géén dienst gehad hebben. Het maximum is 504 uur in drie weken, dat is 168 uur per week, dat is dus continu, 7 x 24 uur. Natuurlijk zijn dat niet allemaal gewerkte uren, maar het is ook geen vrije tijd.

Diensttijd en gewerkte tijd overlappen elkaar voor een deel. Bevallingen en kraambezoeken worden veelal gedaan door de verloskundige die dienst heeft, terwijl de spreekuren vaak gedaan worden door de verloskundige die geen dienst heeft. Gemiddeld valt voor de 208 verloskundigen, in de 63 praktijken waarvan de gegevens volledig zijn, 56 procent van al het werk binnen de dienst en 44 procent erbuiten. Dus: uitgaande van de gemiddelde gewerkte tijd van de verloskundigen in de complete praktijken van 27,9 uur per week, valt 15,6 uur (56%) binnen de dienst en 12,3 uur (44%) buiten de dienst. Met een gemiddelde van 49,7 uur dienst per week, kan geconcludeerd worden dat de verloskundigen in deze praktijken gemiddeld 62 uur per week direct bij hun werk betrokken zijn.

Van alle geregistreerde werkzaamheden van de 208 verloskundigen in de complete praktijken vond, net als voorgaande jaren, 80 procent overdag plaats, dat wil zeggen tussen 8 uur 's morgens en 6 uur 's avonds en 20 procent 's avonds of 's nachts.

## 4.2 Werkdruk

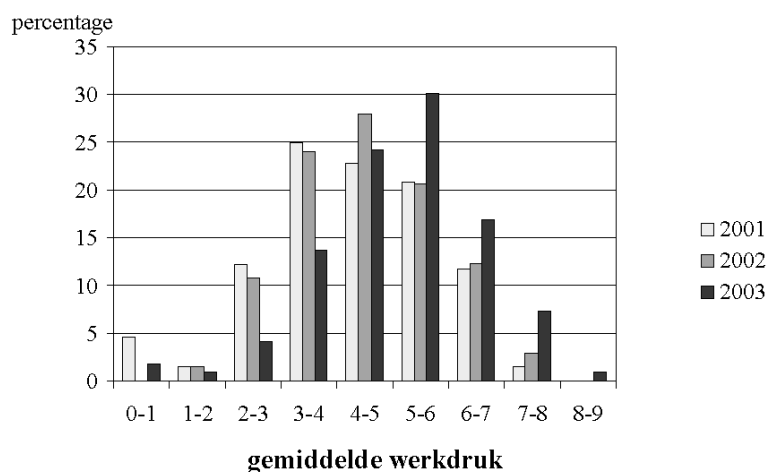
'Werkdruk' heeft verschillende betekenissen en kan dus ook op verschillende manieren gemeten worden. De 'objectieve werkdruk' wordt in dit onderzoek uitgedrukt in het aantal gewerkte uren per dag of per week. Dat hebben de verloskundigen dagelijks genoteerd en is in de voorgaande paragraaf uitgebreid beschreven. De 'subjectieve werkdruk' wordt niet zozeer bepaald door het aantal uren dat gewerkt wordt, maar door de 'drukte' tijdens die uren, door de tijdstippen waarop men moet werken of door de mate waarin een werkdag 'versnipperd' is. Ook deze subjectieve werkdruk hebben de verloskundigen dagelijks aangegeven op hun tijdregistratie formulieren. Daarnaast is in de bijbehorende vragenlijst nog op een

andere manier gevraagd naar de ervaren werkdruk. Evenals voorgaande jaren is de schaal: 'Ervaren werkdruk' van Ruijter en Stevens (1992) voorgelegd. Ook is, evenals voorgaande jaren, gevraagd in hoeverre de periode van drie weken, waarin men de werktijd registreerde, representatief was voor de werkdruk in de praktijk. Tot slot is dit jaar ook gevraagd of en in welke mate de combinatie van arbeidstaken en zorgtaken problemen oplevert.

### *Subjectieve werkdruk*

Tijdens de tijdregistratie hebben de verloskundigen, voor iedere dag dat ze werkzaam waren, aangegeven wat de subjectieve werkdruk die dag was. Hiervoor is een VAS gebruikt, een Visueel Analoge Schaal, dat wil zeggen een rechte lijn waarop elk gewenst punt aangekruist kan worden. De uiterste waarden op deze schaal waren links: 'zeer rustige werkdag' en rechts: 'zeer drukke werkdag'. Als instructie was gegeven dat een kruisje in het midden van de lijn betekende dat de dag als een normale werkdag werd beschouwd. Het aangekruiste punt op de lijn is omgezet in een waarde tussen 0 en 10. De waarde 5,0 betekent een 'normale' werkdag. Vervolgens is per verloskundige berekend wat de gemiddelde ervaren werkdruk was.

Figuur 4.2: Gemiddelde werkdruk van verloskundigen tijdens de registratieperiode in 2001, 2002 en 2003



In figuur 4.2 is de spreiding van de subjectieve werkdruk weergegeven, niet alleen van de meting in 2003 maar ook van beide eerdere metingen. De gemiddelde ervaren werkdruk voor alle verloskundigen samen in 2003 was 5,10, met een standaarddeviatie van 1,43 en een 95% betrouwbaarheidsinterval van 5,06 tot 5,14. Dit betekent dat, over het geheel genomen, de ervaren werkdruk normaal was. Het is wel iets hoger dan

in voorgaande jaren: in 2002 was het gemiddelde 4,5 en in 2001 was dat 4,3. Dit komt wel, net als in voorgaande jaren, overeen met het oordeel van de verloskundigen over de representativiteit van de registratieperiode (tabel 4.9).

Tabel 4.9: Was de registratieperiode representatief voor de werkdruk in de praktijk in 2003? (ter vergelijking zijn de percentages uit 2002 en 2001 toegevoegd)

	2003		%	%
	aantal verloskundigen	percentage		
nee, normaal is het drukker	103	44,0	48,4	54,8
ja, de registratieperiode was representatief	96	41,0	38,0	37,5
nee, normaal is het rustiger	12	5,1	5,0	2,4
dat weet ik niet	22	9,4	6,8	3,8
niet ingevuld	1	0,4	1,8	1,4
<b>totaal</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Voor minder dan de helft van de verloskundigen was de praktijk normaal drukker en was de registratieperiode dus relatief rustig, terwijl bijna evenveel verloskundigen de registratieperiode wel representatief vonden. Slechts een enkeling vond dat de registratieperiode drukker was dan normaal en sommigen konden dat niet beoordelen, bijvoorbeeld omdat ze nog maar pas in de betreffende praktijk werkzaam waren.

Naast de dagelijkse registratie van de ervaren werkdruk is in de begeleidende vragenlijst ook een set van vragen opgenomen in de vorm van vijf uitspraken die samen de schaal: 'Ervaren werkdruk' van Ruijter en Stevens (1992) vormen. De antwoordmogelijkheden liepen van 1 = 'helemaal mee eens' tot 5 = 'helemaal niet mee eens'.

In tabel 4.10 zijn deze vijf uitspraken vermeld, met hun gemiddelde schaalscore en het aantal verloskundigen dat elke vraag beantwoordt. De gemiddelde score op de schaal voor ervaren werkdruk is 2,34, dat is dus iets minder dan het midden van de schaal (waarde 3). De ervaren (subjectieve) werkdruk, zoals in de dagelijkse tijdregistratie genoteerd, correleert met de ervaren werkdruk zoals gemeten met de hier getoonde schaal (Spearman's  $\rho=0,32$   $p<0,001$ ).

De meest voor de hand liggende verwachting is dat er een samenhang is tussen het aantal gewerkte uren van een verloskundige (de objectieve werkdruk) en de ervaren (subjectieve) werkdruk. Deze samenhang wordt ook gevonden: de gemiddelde score op de ervaren werkdruk is zowel gecorreleerd met het totaal aantal gewerkte uren per verloskundige ( $r=0,13$   $p=0,049$ ) als met het aantal gewerkte uren per dag ( $r=0,13$   $p=0,046$ ). De ervaren werkdruk is ook gecorreleerd met het aantal gewerkte dagen ( $r=0,16$   $p=0,018$ ).

Tabel 4.10: Ervaren werkdruk (2003)\*

uitspraken:	aantal verloskundigen	score
Gemiddelde schaalscore	228	2,34
1. Ik heb voldoende tijd voor de cliënt om goede zorg te kunnen verlenen	232	2,34
2. De hoeveelheid tijd die ik besteed aan administratief werk is redelijk en ik weet zeker dat de cliënten er niet onder te lijden hebben	230	2,53
3. Ik heb genoeg mogelijkheden om problemen betreffende cliënten te bespreken met collega's	232	2,01
4. Ik heb voldoende tijd beschikbaar voor directe cliëntenzorg	233	2,15
5. Ik denk niet dat ik beter zou functioneren als het minder druk was	233	2,63

\* 1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens

Cronbach's alpha = 0,82

#### *Combinatie arbeids- en zorgtakentaken*

Op de vraag in hoeverre de combinatie van arbeidstaken en zorgtaken problemen oplevert, geeft 43% aan geen problemen te ondervinden, 51% zegt enigszins problemen te hebben met die combinatie en 6% zegt er veel problemen mee te hebben (zie tabel 4.11).

Tabel 4.11 Problemen met de combinatie van taken voor verloskundigen met en verloskundigen zonder een gezin

Leefsituatie	verloskundigen met gezin		verloskundigen zonder gezin		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
geen problemen	28	23,9	70	62,5	98	42,8
enigszins problemen	79	67,5	38	33,9	117	51,1
veel problemen	10	8,5	4	3,6	14	6,1
<b>totaal</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 34,8$ ,  $p < 0,001$

Van de verloskundigen is driekwart samenwonend of gehuwd en heeft de helft ingevuld dat er thuiswonende kinderen zijn. Een kwart van de verloskundigen heeft de vraag naar thuiswonende kinderen niet ingevuld. Als we aannemen dat de vraag niet ingevuld is omdat hij niet van toepassing is, dan heeft 51% van de verloskundigen in deze steekproef een gezin en 49% niet. Het aantal kinderen varieert van 1 tot 6 met een gemiddelde van 2,1.

Zoals te verwachten, hebben vooral verloskundigen met thuiswonende kinderen problemen met de combinatie van arbeidstaken en zorgtaken, maar er is geen correlatie met het aantal thuiswonende kinderen.

In de vragenlijst werd ruimte geboden om een toelichting te geven op de problemen

die men ervaart. Daar zijn heel verschillende antwoorden opgeschreven, maar een groot deel gaat toch over het feit dat het lastig is om van alles rondom de kinderen te regelen. Ook is vaak opgemerkt dat de scheiding tussen privé en werk onduidelijk is, dat men werktaken in privé-tijd uitvoert en daarom onvoldoende tijd heeft voor het gezin. Vooral ook de onregelmatigheid van het werk wordt als oorzaak van de problemen gezien, omdat het veel flexibiliteit vraagt van het hele gezin, omdat het problemen geeft met het onderhouden van sociale contacten en omdat het vermoeiend is.

### 4.3 Arbeidstevredenheid en wensen ten aanzien van de toekomst

#### *Arbeidstevredenheid*

Naast de vijf uitspraken over ervaren werkdruk is aan alle deelnemende verloskundigen ook gevraagd om op zeven uitspraken te reageren die samen de schaal: ‘algemene werkvoldoening’ van Boumans e.a. (1989) vormen. Deze schaal is, samen met de schaal ‘Ervaren werkdruk’ ook gebruikt in het onderzoek van Arts e.a. naar werken in de gezinsverzorging (Arts e.a. 1997) en door Caris-Verhallen in een onderzoek naar werken in de ouderenzorg (Caris-Verhallen 1999).

Tabel 4.12: Algemene werkvoldoening (2003)\*

uitspraken:	aantal verloskundigen	gemiddelde	
		score	
Gemiddelde schaalscore	223	1,93	
1. Het werk dat ik hier doe is erg zinvol voor me.	233	1,72	
2. Mijn werk geeft mij veel voldoening	233	1,68	
3. Over mijn huidige werk ben ik enthousiast	233	1,85	
4. Mijn huidige werk geeft mij een goede kans te laten zien wat ik waard ben	231	2,00	
5. Het laatste jaar is mijn werk interessanter geworden	226	2,77	
6. Ik vind mijn werk eentonig	233	4,21	
7. Mijn werk is van dien aard dat het waard is om je er voor in te spannen	232	1,61	

\* 1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens

Cronbach's alpha = 0,87

Er waren per uitspraak opnieuw vijf antwoordmogelijkheden, variërend van 1 = ‘helemaal mee eens’ tot 5 = ‘helemaal niet mee eens’. In tabel 4.12 zijn de zeven uitspraken vermeld die samen de ‘algemene werkvoldoening-schaal’ vormen, met hun gemiddelde score en het aantal verloskundigen dat de vraag beantwoordt heeft. Daarnaast is een totaalscore berekend, waarbij de antwoorden op uitspraak 6 omgedraaid zijn (dat wil zeggen: 5 = 1, 4 = 2), omdat dit de enige negatief geformuleerde uitspraak is. De gemiddelde score op de schaal voor algemene werkvoldoening is 1,93.

Werkvoldoening en ervaren werkdruk zijn met elkaar gecorreleerd ( $r=0,33$   $p<0,001$ ) wat wil zeggen dat de werkvoldoening groter is als de werkdruk minder is.

Naast deze arbeidstevredenheidschaal zijn nog vier vragen uit de categorie ‘arbeidstevredenheid en betrokkenheid bij het werk’ uit de NOVA-WEBB (Houtman e.a. 1994) aan de verloskundigen voorgelegd. De resultaten hiervan staan in tabel 4.13.

Tabel 4.13: Betrokkenheid bij het werk in 2003, 2002 en 2001

positief geantwoord op onderstaande vragen:	2003 (n=234)	2002 (n=221)	2001 (n=208)
Heeft u er de afgelopen maanden wel eens over gedacht om ander werk te zoeken?	30,6%	36,8%	34,8%
Heeft u het afgelopen jaar daadwerkelijk geprobeerd ander werk te krijgen?	4,3%	5,9%	7,5%
Heeft u meestal plezier in uw werk?	97,8%	99,1%	97,5%
Alles in overweging nemende, vindt u dat u goed zit met uw werk?	93,9%	91,8%	91,9%

Op de eerste drie vragen kon met ‘ja’ of ‘nee’ geantwoord worden. De vierde vraag was enigszins anders gesteld dan in deze tabel staat, namelijk: ‘Alles in overweging nemende, vindt u dat u goed, redelijk, matig of niet goed zit met uw werk?’ De antwoorden hierop zijn samengevoegd tot een tweedeling om de vereenvoudigde vraag te beantwoorden. De antwoorden ‘goed’ (64,2%) en ‘redelijk’ (29,7%) zijn samengevoegd tot ‘ja’ en de antwoorden ‘matig’ (6,0%) en ‘niet goed’ (0,0%) tot ‘nee’.

Uit de antwoorden in tabel 4.13 blijkt dat verloskundigen, net als beide voorgaande jaren, heel erg betrokken zijn bij hun werk. Hoewel 31 procent van de verloskundigen er wel eens over gedacht heeft om ander werk te zoeken, heeft nog geen 5 procent daar werkelijk stappen toe ondernomen. Deze percentages zijn lager dan in 2002 en 2001. En, nog iets vaker dan in 2002 en 2001 heeft zo goed als iedereen, alles in overweging nemende, een positief oordeel over de werksituatie.

#### *Toekomst*

Om, mede in verband met het maken van een behoefteraming voor verloskundigen, enig inzicht te krijgen in de wensen van de huidige groep werkzame verloskundigen ten aanzien van de nabije toekomst, zowel wat betreft de soort functie als de werktijd, als ook de inhoud van de functie, is gevraagd hoe men zou willen dat de werksituatie er over vijf jaar uitziet (tabel 4.14).

De meeste verloskundigen willen (ook) over vijf jaar als zelfstandig gevestigde werkzaam zijn. Slechts enkelen willen dan in een ziekenhuis werkzaam zijn en een aantal denkt dan niet meer als verloskundige werkzaam te zijn. Het percentage verloskundigen dat in dienst bij een zelfstandige praktijk of bij een gezondheids-

centrum werkzaam wil zijn is relatief laag, gezien de verwachting dat bij een dienstverband het aantal te werken uren beter te regelen is dan in een zelfstandige praktijk.

Tabel 4.14: Gewenste functie over 5 jaar (in 2003, 2002 en 2001)

	2003		2002		2001	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
zelfstandig gevestigde verloskundige	153	66%	143	65%	141	71%
verloskundige in dienstverband						
in 1 <sup>e</sup> lijnspraktijk of gezondheidscentrum	14	6%	18	8%	13	7%
verloskundige in dienst van ziekenhuis	3	1%	3	1%	6	3%
waarnemer	4	2%	5	2%	4	2%
niet meer werkzaam	7	3%	12	5%	5	2%
anders, bijvoorbeeld:						
geen voorkeur of een combinatie						
van bovenstaande functies	50	22%	40	18%	30	15%
totaal	231	100%	221	100%	199	100%

Het merendeel van de verloskundigen (62% in 2001, 76% in 2002, 64% in 2003) blijkt part-time te willen werken (zie tabel 4.15), voor gemiddeld 25,3 uur per week.

Als alleen gekeken wordt naar de zelfstandig gevestigde verloskundigen, wil een veel groter percentage dan vorig jaar over vijf jaar (nog steeds) fulltime werkzaam zijn: 31% tegenover 16% vorig jaar. Degenen die over vijf jaar parttime werkzaam willen zijn (66%) willen dat voor gemiddeld 25,5 uur per week. Dat is 3 uur meer dan vorig jaar werd ingevuld, namelijk gemiddeld 22,5 uur, maar nog steeds 6 uur minder dan in 2001 werd ingevuld, namelijk 31,4 uur per week.

Tabel 4.15: Gewenste werksituatie over 5 jaar, met betrekking tot werktijd en diensten

	alle verloskundigen			zelfstandig gevestigden		
	2003	2002	2001	2003	2002	2001
full-time	33,0%	18,2%	34,7%	30,9%	16,1%	31,3%
part-time	63,5%	75,7%	62,3%	66,0%	77,9%	65,6%
niet meer werkzaam	3,5%	6,1%	3,1%	3,1%	6,0%	3,2%
werkzaam:						
met wisselende diensten	88,6%	86,4%	67,4%	89,6%	92,9%	64,5%
geen onregelmatige diensten	11,4%	13,6%	32,6%	10,4%	7,1%	35,5%

Als we ervan uit gaan dat de 59 verloskundigen die hebben aangegeven fulltime te willen werken, daar 40 uur per week mee bedoelen, en als we uitgaan van een gemiddelde gewenste werktijd van 25,5 uur per week voor de 126 verloskundigen die parttime willen werken, dan komt de gewenste gemiddelde werktijd voor alle 185 zelfstandig gevestigde verloskundigen op  $(59 \times 40 + 126 \times 25,5) / 185 = 30,1$  uur per week per verloskundige. Dat is ruim 4 uur per week meer dan de schatting van vorig jaar (25,9 uur per week). Hierbij is overigens de dienst niet inbegrepen. Er is uitdrukkelijk gevraagd naar het gewenst aantal uren werk per week, dienst niet meegerekend. Het maximum aantal uren dat men per dienst zou willen, loopt uiteen van 1 uur per keer tot 168 uur per keer, met een gemiddelde van 36 uur. Een dienst van maximaal 24 uur wordt het meest genoemd, namelijk door de helft van alle verloskundigen die deze vraag hebben ingevuld. Maximaal acht diensten per maand wordt door bijna een kwart (22,1%) van de verloskundigen genoemd, terwijl bijna de helft liefst minder dan acht diensten per maand heeft. Om een rooster te kunnen opstellen waarbij elke verloskundige maximaal 8 keer per maand (is 2x per week) 24 uur dienst heeft, zijn tenminste vier verloskundigen nodig.

Tot slot is ook aan de verloskundigen gevraagd tot op welke leeftijd men verwacht als verloskundige werkzaam te zullen zijn. De antwoorden op deze vraag lopen sterk uiteen: van 35 jaar tot 88 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop men denkt te stoppen met de verloskundige werkzaamheden is 57 jaar.



## 5 Het oordeel van de cliënten

Volgens de gegevens van de tijdregistratie zijn er in de deelnemende praktijken in de onderzoeksperiode 612 kraamvrouwen op nacontrole geweest. Aan de verloskundigen is gevraagd bij deze nacontrole de kraamvrouwen een vragenlijst mee te geven met daarin vragen over hun zwangerschap, hun bevalling en hun kraambed. Aan het einde van de vragenlijst konden cliënten op- of aanmerkingen maken over onderwerpen die zij in de vragenlijst niet kwijt konden. Deze opmerkingen zullen waar dat van toepassing is gebruikt worden ter illustratie van de resultaten van de vragenlijst.

De respondenten in dit onderzoek vormen nadrukkelijk geen representatieve afspiegeling van alle kraamvrouwen in Nederland. Het betreft hier een selecte groep vrouwen die voornamelijk in de eerste lijn in zorg geweest zijn en bij wie de zorg ook in de eerste lijn wordt afgesloten. Dat wil zeggen dat er geen vrouwen met ernstige pathologie aan dit onderzoek hebben meegewerkt.

### *Respons*

De kraamvrouwen konden de vragenlijst anoniem naar het NIVEL terugsturen. In totaal zijn er 376 ingevulde cliëntenvragenlijsten uit 56 verloskundige praktijken bij het NIVEL binnen gekomen. Aannemende dat alle 612 kraamvrouwen die in de onderzoeksperiode op nacontrole zijn gekomen een vragenlijst hebben ontvangen komt dit neer op een respons van 61,4%. Echter, drie praktijken, met samen 35 nacontroles tijdens de registratieperiode, hebben laten weten vergeten te zijn om de vragenlijsten uit te delen en uit vier praktijken met samen nog 28 nacontroles zijn helemaal geen vragenlijsten terug ontvangen. Er van uit gaande dat in die vier praktijken de vragenlijsten ook vergeten zijn en dat alle 549 overige kraamvrouwen die in de onderzoeksperiode op nacontrole zijn gekomen wel een vragenlijst hebben ontvangen, dan komt dit neer op een respons van 68,5%.

Het aantal cliëntenvragenlijsten dat in het kader van deze derde meting is binnengekomen ligt lager dan in 2001 en 2002 toen er respectievelijk 610 en 526 vragenlijsten ingevuld en geretourneerd zijn. Dit wordt door twee dingen veroorzaakt. Ten eerste blijkt dat het percentage deelnemende praktijken waarvan vragenlijsten binnen zijn gekomen bij deze meting lager dan voorgaande jaren. Van vijf praktijken die deze meting aan het onderzoek hebben meegewerkt is bekend dat zij niet structureel iedere cliënt na zes weken op nacontrole laten komen en ten minste drie en misschien wel zeven praktijken hebben vergeten de vragenlijsten uit te delen. Ten tweede is ook het aantal cliëntenvragenlijsten dat gemiddeld per praktijk is binnengekomen minder dan de voorgaande twee jaren. In 2001 kwamen er per praktijk nog 9,5 vragenlijsten binnen. In 2002 waren dat er 8,1 per praktijk. Bij deze meting ligt dat gemiddelde op 6,7 per praktijk. Een duidelijke verklaring voor beide constatering ontbreekt, maar het lijkt er op dat steeds meer praktijken er toe overgaan om kraamvrouwen niet meer standaard naar de nacontrole te laten komen,

maar alleen als de verloskundige of de kraamvrouw zelf daar aanleiding toe ziet. Gezien de achtergrondkenmerken van de respondenten is er echter geen reden om aan te nemen dat de steekproef van dit jaar afwijkt van voorgaande jaren (zie ook tabel 5.1).

## 5.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

### *Achtergrondgegevens*

Alle vrouwen die de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd hebben zijn bevallen tussen eind april en september 2003. De gemiddelde leeftijd van de kraamvrouwen is 30,7; de jongste cliënt was 20 jaar op het moment van de geboorte van haar kind en de oudste 42. Respondenten die in verwachting waren van hun eerste kind zijn met hun 29,4 jaar gemiddeld 2,5 jaar jonger dan de respondenten die hun tweede of volgende kind verwachtten. Verder blijkt uit tabel 5.1 dat 46% van de respondenten haar eerste kind heeft gekregen. Bijna de helft, 43,7% is hoog opgeleid. Als gewenste plaats om te bevallen geeft 72 procent van de ondervraagden aan dit het liefst thuis te doen, 22 procent geeft de voorkeur aan een bevalling in het ziekenhuis of kraamhotel en de overigen hadden geen specifieke voorkeur voor een plaats.

Tabel 5.1      Achtergrondgegevens van de cliënten

Respondentkenmerken	2003	2003	2002	2001
	n	%	%	%
Gemiddelde leeftijd	367	30,7	31,5	31,0
Leeftijd in categorieën				
- ≤ 20	1	0,3	0	0,2
- 21-25	38	10,4	7,3	9,4
- 26-30	133	36,2	30,3	33,8
- 31-35	152	41,4	48,0	45,8
- ≥ 36	43	11,7	14,4	10,8
Hoeveelste kind				
- 1e	173	46,1	47,6	48,9
- 2e	153	40,8	38,6	36,3
- 3e	40	10,7	10,9	12,3
- ≥ 4e	9	2,4	2,9	2,9
Hoogst genoten opleiding				
- LBO / MAVO / VMBO / MBO / HAVO	192	53,8	53,9	60,5
- VWO / HBO / WO	159	43,7	44,3	35,3
- Overig	13	3,6	1,8	4,2
Gewenste plaats van bevallen				
- thuis	269	71,7	75,1	72,9
- ziekenhuis/ kraamhotel	81	21,6	19,4	19,7
- geen voorkeur	25	6,7	5,5	7,4

Voor zover mogelijk zijn een aantal van deze achtergrondkenmerken vergeleken met de gegevens die bekend zijn uit een TNO-PG onderzoek naar de thuisbevalling in Nederland (Offerhaus et al., 2002). In dat onderzoek zijn onder andere kenmerken van zwangeren die de zorg bij de verloskundigen beginnen in de periode 1995-2000 uit LVR1 en LVR2 gegevens verzameld. De gemiddelde leeftijd van de zwangeren in 2000 lag iets lager (29,9 jaar) dan die van de vrouwen die de cliëntenvragenlijst 2003 ingevuld hebben. Dit zou verklaard kunnen worden door de algemene trend dat vrouwen steeds later kinderen krijgen (zie CBS cijfers, in: statline.cbs.nl). De verdeling tussen vrouwen die hun eerste of hun tweede of volgende kind verwachtten komt in beide onderzoeken overeen.

### *Betaald werk*

Eennegentig procent van de respondenten had voor de zwangerschap een betaalde baan van gemiddeld 27,5 uur per week. Kraamvrouwen die in verwachting waren van hun eerste kind werkten gemiddeld 34,5 uur per week tegen gemiddeld 21,0 uur voor vrouwen die hun tweede of volgend kind verwachtten. Zeven procent van de werkende cliënten heeft deze baan vanwege de zwangerschap opgezegd en bijna de helft van de respondenten gaat na zwangerschapsverlof minder uren werken. Het aantal uren dat zij minder gaan werken is voor vrouwen met één kind 13,5 uur per week en voor vrouwen met twee of meer kinderen 7,1 uur. Voor de overigen (44%) verandert er aan het aantal te werken uren niets. De overgrote meerderheid van deze laatste groep (83%) zijn kraamvrouwen die al één of meerdere kinderen hebben.

In de meting van vorig jaar bleef 81% van de respondenten na de zwangerschap werken en het jaar daarvoor was dat 75%. In beide metingen ging iets meer dan de helft van hen na het verlof minder uren werken.

## **5.2 De zwangerschap**

### *Prenatale controles en echo's*

Gemiddeld hebben de cliënten die voor dit onderzoek een vragenlijst hebben ingevuld 12,0 prenatale controles gehad, inclusief gemiddeld 2,5 echo's (zie tabel 5.2). Op één respondent na zijn alle kraamvrouwen bij een verloskundige onder controle geweest. In de vorige meting was het gemiddeld aantal prenatale controles 12,1 en het gemiddeld aantal echo's 2. Het jaar daarvoor was dat respectievelijk 12,3 en 2.

Bijna tweederde van de kraamvrouwen heeft tijdens de zwangerschap alleen een verloskundige bezocht. In 30% van de zwangerschappen zijn cliënten naast de verloskundige ook bij een gynaecoloog geweest. Gemiddeld bezochten zij de gynaecoloog 2,5 keer.

Kraamvrouwen die hun eerste kind verwachtten gaan tijdens hun zwangerschap gemiddeld bijna één keer vaker op controle bij een hulpverlener dan de respondenten die hun tweede of volgende kind verwachtten ( $p = .013$ ). Voor de eerste groep vrouwen is het gemiddeld aantal bezoeken 12,5 ten opzichte van gemiddeld 11,6 bezoeken voor cliënten bij wie het een tweede of volgend kind betreft.

Tabel 5.2 Begeleiding tijdens de zwangerschap, aantal echo's, totaal aantal prenatale controles en aantal prenatale controles bij de verloskundige

	n	%	aantal echo's gemiddeld	totaal bezoek gemiddeld	bezoek verloskundige gemiddeld	totaal bezoek mediaan
Alle kraamvrouwen	375	100	2,5	12,0	11,0	12
Alleen verloskundige	240	64,0	2,1	11,3	11,3	11
Verloskundige en gynaecoloog	115	30,7	3,2	13,2	10,8	13
Verloskundige en huisarts	10	2,7	2,2	11,6	9,3	12
Verloskundige, huisarts en gynaecoloog	9	2,4	3,4	15,4	9,0	15
Huisarts en gynaecoloog	1	0,3	-	12,0	0,0	12

#### *Groepsvoorlichting en zwangerschapsgym*

Ter voorbereiding op de bevalling en de kraamperiode hebben 50 kraamvrouwen (13,3%) een vorm van groepsvoorlichting bijgewoond (vorig jaar 16,7%). Onder hen waren er 44 die hun eerste kind verwachtten. In het grootste deel van de gevallen werd de voorlichting gegeven door de thuiszorg, een ziekenhuis of een verloskundige. Ook bij lactatiekundigen werden cursussen gevolgd.

Evenals vorig jaar maakt voor zes op de tien respondenten zwangerschapsgym deel uit van de voorbereiding op de bevalling. Ook de zwangerschapsgym blijkt door cliënten die hun eerste kind verwachtten meer bijgewoond te zijn dan door vrouwen die in verwachting waren van hun tweede of volgende kind; van de vrouwen die hun eerste kind verwachtten blijkt ruim driekwart een vorm van zwangerschapsgym te hebben gevolgd ten opzichte van 45 procent van de kraamvrouwen bij wie hun tweede of volgende kind geboren werd. Ook respondenten van wie de hoogste genoten afgeronde opleiding VWO, HBO of WO is blijken significant vaker deel te nemen aan een vorm van zwangerschapsgym dan de kraamvrouwen met als hoogst genoten opleiding VMBO/MAVO, HAVO of LBO/MBO ( $p = .011$ ).

Het overgrote gedeelte van de deelnemers aan de zwangerschapsgym (60%) volgt de gym die gegeven wordt door de thuiszorg. Daarnaast is ook yoga een relatief veel gevolgde vorm van zwangerschapsgym (45 cliënten) gevolgd door gym gegeven door fysiotherapeuten (23 cliënten).

#### *Oordeel over de zwangerschap*

Voor de overgrote meerderheid van de respondenten (80%) is de zwangerschap een prettige tot zeer prettige ervaring geweest. Bij 80% van de ondervraagden was er sprake van een (vrijwel) probleemloze zwangerschap. Om een idee te krijgen van het algemene beeld van de cliënten ten aanzien van de zwangerschap is een gemiddelde van beide aspecten samen berekend met 5,0 als het meest positieve oordeel en 1,0 als het meest negatieve. Het berekende gemiddelde van de schaal was 4,16 (s.d. 0.88;

mediaan 4,50). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,73.

Naast een beoordeling van de zwangerschap op zich is aan de kraamvrouwen gevraagd hoe zij de begeleiding ervaren hebben van de hulpverlener waarmee zij het meest te maken hebben gehad tijdens hun zwangerschap. Zij konden dit aangeven aan de hand van acht met elkaar samenhangende aspecten, te weten prettig, ondersteunend, vertrouwd, bezig, kundig, persoonlijk, autoritair en ongeduldig. De antwoordcategorieën varieerden van (1) heel - tot (5) helemaal niet - gevolgd door de acht aspecten.

Voor de analyse van de acht aspecten gezamenlijk zijn waarden zo gecodeerd dat in alle gevallen de waarde 5 het meest positieve oordeel over de begeleiding is en de waarde 1 het meest negatieve. Per respondent is vervolgens ook een gemiddelde score van de acht aspecten berekend. Deze scores varieerden van minimaal 2,0 tot maximaal 5,0 met een gemiddelde van 4,52 (s.d. 0.54; mediaan 4.75). Hieruit kan opgemaakt worden dat respondenten overwegend positief zijn over de begeleiding die zij tijdens de zwangerschap van hun hulpverlener gekregen hebben. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,83.

### 5.3 De bevalling

#### *Plaats van de bevalling*

Ruim de helft van de vrouwen in het onderzoek (55%) is thuis bevallen, de overigen bevielen in het ziekenhuis. Vorig jaar en het jaar daarvoor was dat ongeveer net zo: 56% en 53% respectievelijk.

Ongeveer driekwart (74,6%) van de bevallingen heeft plaatsgevonden op de plek van de voorkeur van de kraamvrouw. In de meting van 2002 was dat 71%. Een oorzaak van het niet kunnen bevallen op de plek waar men het liefste zou willen kan zijn dat dat om medische redenen niet mogelijk is of omdat de verloskundige geen thuisbevallingen wil of kan begeleiden. De plaats van bevalling die de verloskundige en de kraamvrouw van te voren afspreken kan daarom afwijken van hetgeen de kraamvrouw wenst. Hiervan was sprake bij 11 respondenten (3,2%). Daarnaast zijn er ook verschillen te vinden in de afgesproken plaats en de plaats waar de bevalling daadwerkelijk plaatsgevonden heeft, bijvoorbeeld als gevolg van een verwijzing naar de tweede lijn tijdens de bevalling. Dit is aangegeven in tabel 5.4.

Tabel 5.4 Afgesproken en werkelijke plaats van de bevalling

Afgesproken plaats van bevallen	werkelijke plaats van bevallen		
	Thuis	ziekenhuis	totaal
Thuis	195	78	273
ziekenhuis	9	90	99
geen afspraak gemaakt	4	0	4
totaal	208	168	376

In 76,6% van de gevallen kwam de plaats die van te voren was afgesproken om te bevallen overeen met de plek waar de bevalling daadwerkelijk plaats vond. Vrouwen die in verwachting waren van hun tweede of volgende kind hadden vaker de wens om thuis te bevallen ( $p = .012$ ) en zijn ook daadwerkelijk vaker thuis bevallen ( $p = .000$ ) dan vrouwen die hun eerste kind verwachtten. De opmerkingen die cliënten naderhand over thuis bevallen maken zijn vaak positief:

*'Ik hoop voor Nederlandse vrouwen dat de mogelijkheid blijft bestaan om thuis te bevallen.'*

*'Thuis bevallen is echt bijzonder, vooral met de andere kinderen erbij.'*

Ook een aantal vrouwen die liever in het ziekenhuis wilden bevallen, maar uiteindelijk hun kind toch thuis hebben gekregen zijn daar over te spreken:

*'Ik had de voorkeur voor een ziekenhuis bevalling, maar ben door omstandigheden thuis bevallen. Ik heb dit (achteraf) als heel prettig ervaren. De volgende bevalling wordt hopelijk ook weer een thuis bevalling.'*

Vijfenvoertig procent van de bevallingen vond in het ziekenhuis plaats. Deze kraamvrouwen kunnen in het ziekenhuis bevallen zijn omdat ze dat graag wilden of omdat ze in de tweede lijn moesten bevallen.

#### *Bevallen in de tweede lijn*

Om een zo reëel mogelijk beeld te krijgen van hoeveel respondenten er in de tweede lijn zijn bevallen is naar een viertal aspecten gekeken: 1) de gegevens die vrouwen zelf geven met betrekking tot een verwijzing, 2) de aanwezigheid van de gynaecoloog tijdens de baring, 3) het ondergaan hebben van een medische ingreep tijdens de baring 4) de plaats waar de bevalling werkelijk heeft plaats gevonden.

Naar eigen zeggen heeft 45 procent van de kraamvrouwen op enig moment in de zwangerschap of tijdens de bevalling te maken gehad met de gynaecoloog. Van deze groep respondenten zegt 53 procent tijdens de zwangerschap minimaal een keer contact met een gynaecoloog gehad te hebben, maar voor de bevalling weer naar de verloskundige te zijn terugverwezen. Het percentage vrouwen dat naar eigen zeggen in de tweede lijn bevallen is komt daarmee op 21 procent.

Daarnaast is aan de kraamvrouwen gevraagd welke hulpverlener(s) er tijdens de partus aanwezig waren. Het blijkt dat in driekwart van de bevallingen de eigen verloskundige in ieder geval aanwezig was. In 27,4 procent van de bevallingen is in ieder geval een gynaecoloog of arts-assistent aanwezig geweest. Er van uitgaande dat gynaecologen en/of arts-assistenten alleen tweedelijns bevallingen begeleiden worden de bevallingen waar zij bij aanwezig waren daartoe gerekend.

Overigens hebben een zestal bevallingen zonder begeleiding van een hulpverlener plaatsgevonden. Een van de cliënten droeg daar de volgende reden voor aan:

*'De reden dat de verloskundige te laat was, was omdat de bevalling onverwacht snel verliep. Onze dochter is onder de douche geboren en we konden de verloskundige niet meer op tijd bellen. Ze arriveerde vijf minuten na de geboorte en heeft alles verder keurig afgehandeld en begeleid.'*

Als derde onderdeel van het bepalen of een kraamvrouw wel of niet in de tweede lijn bevallen is, is gekeken naar de soort ingrepen die tijdens de partus uitgevoerd zijn. Wanneer er gebruik is gemaakt van een verlostang of vacuüm set of als het kind door middel van een keizersnede ter wereld is gekomen wordt er vanuit gegaan dat de bevalling in de tweede lijn plaats heeft gevonden. In 10,4 procent van het totaal aantal bevallingen is er van minstens één van deze medische ingrepen sprake geweest.

Tot slot het aspect 'de werkelijke plaats van de bevalling'. In sommige gevallen was van te voren afgesproken dat vrouwen in het ziekenhuis in de tweede lijn zouden bevallen, maar is het kind vanwege bijvoorbeeld een te vlot verlopende bevalling toch niet in het ziekenhuis, maar thuis ter wereld gekomen. Hiervan was sprake bij twee kraamvrouwen. Daarnaast gaven twee cliënten aan vlak na de thuisbevalling naar de gynaecoloog te zijn verwezen omdat de placenta niet wilde komen. Deze vier cliënten worden niet in het percentage cliënten dat bevallen is in de tweede lijn meegenomen.

Combineren we de vier gegevens dan blijkt dat 111 van de 376 respondenten in de tweede lijn bevallen zijn. Dit komt overeen met een percentage van 29,5%. In 2002 was dit percentage 32,5% en in 2001 32,7%. Van het totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis was 33,9% van de respondenten niet verwezen en 66,1% wel.

In tabel 5.3 is weergegeven hoe vaak ingrepen zijn voorgekomen bij de kraamvrouwen die thuis zijn bevallen, bij de groep die zonder verwijzing in het ziekenhuis is bevallen en bij de groep die in de tweede lijn is bevallen. Ook het percentage ingrepen in de totale groep is vermeld.

Tabel 5.3 Verloop van de bevalling

Plaats van bevalling	thuis n = 208	ziekenhuis niet verwezen n = 57	ziekenhuis verwezen n = 111	allen n = 376
Verloop van bevalling				
zonder ingrepen	57%	39%	12%	41%
ingeknipt	14%	26%	55%	28%
gehecht	40%	54%	65%	50%
pijnbestrijding	1%	4%	20%	7%
zelf iets tegen pijn gedaan	-	-	1%	-
opwekking/ versterking van de weeën	1%	18%	45%	17%
verlostang of vacuümset gebruikt	-	-	31%	9%
keizersnede	-	-	5%	2%

#### *Oordeel over de bevalling*

Aan de hand van zes aspecten, te weten zwaar, chaotisch, vlot, positief, prettig en volgens het boekje, hebben kraamvrouwen aangegeven hoe zij terugkijken op hun bevalling. Net als bij het oordeel over de begeleiding tijdens de zwangerschap waren de antwoordcategorieën een vijfpuntschaal met als antwoordmogelijkheden (1) zeer-tot (5) helemaal niet- gevolgd door de zes aspecten. Ook in dit geval zijn waarden zo gecodeerd dat 1 de meest negatieve waarde aangeeft en 5 de meest positieve. De gemiddelde score van de schaal was 3,91, variërend van minimaal 1,0 tot maximaal 5,0 (s.d. 0,90; mediaan 4,17). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in Cronbach's alpha = 0,83.

Op dezelfde manier als het beoordelen van de begeleiding van hulpverleners tijdens de zwangerschap is aan cliënten gevraagd hun oordeel over de begeleiding tijdens de bevalling te geven. Ook hiervoor zijn de aspecten prettig, ondersteunend, vertrouwd, bezig, kundig, persoonlijk, autoritair en ongeduldig gebruikt.

Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de partus is 4,53. De gemiddelde minimumscore is 1,63 en de maximumscore 5 (s.d. 0,61; mediaan 4,75). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de Cronbach's alpha = 0,85. Uit deze cijfers kan opgemaakt worden dat respondenten ook tevreden zijn over de begeleiding van de hulpverleners tijdens de bevalling.

## **5.4 Het kraambed**

#### *Vertrek uit ziekenhuis*

Van de vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen is bijna de helft (49%) uiterlijk de dag na de bevalling naar huis gegaan, gemiddeld 20 uur na de bevalling. Eenderde van de respondenten kon op de dag van de bevalling het ziekenhuis al verlaten. Zij gingen gemiddeld 4,5 uur na de bevalling naar huis. De overige 18 procent van de cliënten heeft minimaal twee dagen in het ziekenhuis gelegen met een maximaal verblijf van zeven dagen. In de meting van 2002 was dat respectievelijk 44%, 33% en 22%, in 2001 was dat 45%, 32% en 25%.

#### *Zorg tijdens kraambed*

Verloskundigen komen gemiddeld 3,8 kraambezoeken afleggen bij de cliënten thuis. Bij vrouwen die thuis zijn bevallen of de dag van de bevalling naar huis zijn gegaan ligt dit gemiddelde iets hoger, namelijk op 4,1 bezoeken. In de meting van 2002 kwam het gemiddelde op respectievelijk 4,1 en 4,3 en in de meting van 2001 was dat 4,3 en 4,5.

Alle 376 kraamvrouwen geven aan dat ze professionele kraamzorg ontvangen hebben. Eén cliënt laat weten na een ziekenhuisbevalling haar kraamtijd in een kraamhotel doorgebracht te hebben. Een deel van de cliënten (17%) gaf aan dat de kraamzorg niet was geweest zoals ze het graag gewild hadden. De meest frequent genoemde redenen



daarvoor zijn te vinden in tabel 5.5. Daarnaast werd de aanwezigheid van een leerling kraamverzorgende door vijf cliënten ook als niet prettig ervaren.

Tabel 5.5 Top drie redenen waarom gekregen kraamzorg niet was zoals gewenst

Reden	Aantal keer genoemd
Liever meer kraamzorg ontvangen	22
(Veel) verschillende kraamverzorgsters gehad	16
Kraamverzorgster functioneerde slecht	8

Vervolgens is gevraagd in hoeverre het aantal uren en dagen kraamzorg dat de kraamvrouwen daadwerkelijk kregen, overeen kwam met hetgeen met het kraamcentrum van te voren afgesproken was. In driekwart van de gevallen bleken de afspraken die gemaakt waren ook uitgevoerd te zijn, een op de vijf vrouwen heeft minder uren en/of dagen kraamzorg gekregen dan afgesproken en de overige vier procent van de cliënten heeft meer kraamzorg gekregen dan vooraf was overeen gekomen. Bij twee respondenten was er van te voren niets over het aantal uren kraamzorg afgesproken. Bij de ene respondent kwam dat omdat het kraambureau niet had teruggebeld om afspraken te maken en bij de andere respondent was men er niet aan toegekomen vanwege een vroeggeboorte. Zij heeft wel beperkte couveusenazorg ontvangen, maar geen reguliere kraamzorg. Redenen waarom er minder zorg is ontvangen dan was afgesproken zijn opgenomen in tabel 5.6.

Tabel 5.6 Top drie redenen waarom gekregen kraamzorg niet was zoals afgesproken

Reden	Aantal keer genoemd
Vakantieperiode	29
Personeelstekort vanwege drukte en/ of ziekte	26
Ziekenhuis verblijf kraamvrouw/ baby	16

Dat soms de kraamzorg te weinig uren aanwezig is kan een stempel op de kraamperiode van de cliënt drukken:

*'Het was een boel pas en meetwerk om thuis de zorg te krijgen die wij verwachtten. Kraambezoek moest worden afgebeld of moest ik zelf bedienen omdat er bijvoorbeeld niemand was. Mijn zoontje van 1,5 jaar oud kon gelukkig door familie opgevangen worden zodat hij toch naar buiten kon.'*

Redenen voor het ontvangen van meer zorg dan was afgesproken waren dat er toch voldoende bezetting was (5 keer genoemd) en dat er een medische noodzaak voor was (5 keer genoemd).

### *Borstvoeding*

Acht op de tien vrouwen (81%) is begonnen met het geven van borstvoeding. Op het moment van het invullen van de vragenlijst doet 62 procent van de kraamvrouwen dat nog steeds. Zij zijn van plan dat te doen tot hun kind gemiddeld zes en een halve maand oud is. De bevindingen van de voorgaande jaren zijn vergelijkbaar: in de meting van 2002 was 80% van de kraamvrouwen begonnen met borstvoeding en gaf 61% dat na ongeveer zes weken nog steeds, in 2001 was 79% van de kraamvrouwen met borstvoeding begonnen en gaf 59% na zes weken nog steeds borstvoeding.

Aan zowel de cliënten die gestopt zijn met het geven van borstvoeding, als aan kraamvrouwen die daar bij dit kind niet mee zijn begonnen, is gevraagd welke redenen zij daarvoor hadden.

Tabel 5.7 Top vijf redenen om geen borstvoeding te (blijven) geven

Reden	Aantal keer genoemd
Het wilde niet goed lukken/ te weinig voeding/ was te pijnlijk	45
Het geven van flesvoeding is praktischer/ borstvoeding geven is te lastig	32
Medische redenen bij moeder (gebruik medicatie, borstoperatie ondergaan etc)	14
Borstvoeding gaf problemen bij de baby	13
Gestopt met borstvoeding geven toen ik weer ging werken	8

De meest genoemde redenen om geen borstvoeding te (blijven) geven waren dat het niet goed wilde lukken en dat door een aantal respondenten het geven van flesvoeding als praktischer werd ervaren.

Bij de opmerkingen die cliënten in de vragenlijst gemaakt hebben komt het onderwerp borstvoeding een aantal keer aan de orde. Uit die opmerkingen blijkt dat voor hen met name de begeleiding bij de borstvoeding heel belangrijk is. De verloskundigen kunnen daarin volgens hen een belangrijke rol spelen:

*'Graag had ik wat meer begeleiding gehad in de borstvoeding. Na het kraambed loopt de borstvoeding wat terug en komen er regeldagen waardoor de onzekerheid toeslaat. Je weet dan niet direct bij wie je kunt aankloppen voor vragen.'*

*'Dat ik mijn verloskundige nog steeds mag bellen met vragen over borstvoeding is voor mij heel belangrijk en dat waardeer ik zeer. Bij mijn eerste kindje is de borstvoeding namelijk mislukt.'*

Er is geen significant verschil gevonden tussen het wel of niet geven van borstvoeding en pariteit. Wel zijn kraamvrouwen die op het moment van het invullen van de vragenlijst nog borstvoeding gaven en die van hun tweede of volgend kind bevallen zijn van plan ruim een maand langer borstvoeding te geven dan cliënten bij wie het eerste kind geboren is. Bij de eerst genoemde groep ligt het gemiddelde van het aantal maanden dat de planning is om borstvoeding te geven op 6,9 en bij kraamvrouwen die hun eerste kind verwachtten op 5,8 maanden ( $p = .006$ ). Gemiddeld probeert de eerst genoemde groep, dat wil zeggen, de vrouwen die hun tweede of volgende kind kregen, ook langer borstvoeding te geven alvorens te stoppen ( $p = .030$ ).

#### *Oordeel over de kraamperiode*

De meeste cliënten oordelen dat zij hun kraamperiode als positief en niet deprimerend hebben ervaren, maar zij zijn iets minder positief over de pijn die zij nog hadden gedurende die periode en ze ervaren die periode als relatief vermoeiend. Zo'n tien procent van de respondenten gaf aan dat voor hen het kraambed (helemaal) niet was meegevallen. Nemen we alle vijf de aspecten van de schaal voor het oordeel over de kraambedperiode samen dan is de gemiddelde score 4,0 met een minimumscore van 1,2 en maximumscore van 5,0 (s.d 0,74; mediaan 4,2). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,77.

Het oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding van de verloskundige tijdens het kraambed is gemiddeld 4,57 (s.d. 0,5; mediaan 4,75), met de meest positieve waarde van 5,0 en de meest negatieve waarde van 2,38. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,82.

## **5.5 Ervaring en oordeel van kraamvrouwen**

Sommige achtergrondkenmerken van kraamvrouwen blijken van invloed te zijn op hoe cliënten de zwangerschap, de bevalling en het kraambed ervaren en hoe zij oordelen over de begeleiding van hun hulpverlener(s). Per achtergrondkenmerk zijn deze oordelen per groep respondenten systematisch weergegeven. De schalen lopen van een tot vijf waarbij 1,0 het meest negatieve oordeel vertegenwoordigt en 5,0 het meest positieve. De achtergrondkenmerken waar naar gekeken is zijn pariteit en opleidingsniveau.

Daarnaast is ook gekeken naar verschillen tussen de ervaringen en oordelen van cliënten die thuis en cliënten die in het ziekenhuis zijn bevallen. Over het geheel genomen zijn de vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen minder positief dan de vrouwen die thuis zijn bevallen. Maar aangezien er zich, bij cliënten die in de tweede lijn zijn bevallen, vaker complicaties voordoen tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling dan bij kraamvrouwen die in de eerste lijn zijn bevallen, is het logisch dat zij minder positief oordelen over hun ervaringen in deze periode. Hetzelfde geldt voor hun oordeel over de begeleiding van de hulpverlener(s): ook hierover zijn zij over het algemeen minder tevreden. Om een goede vergelijking te maken tussen de ervaringen en oordelen van vrouwen die thuis en vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen

kunnen daarom alleen de eerstelijns bevallingen in de berekening meegenomen worden. Gezien het kleine aantal eerstelijns ziekenhuis-bevallingen (n=57) in vergelijking met het aantal thuisbevallingen (n=208) is het niet goed mogelijk goede uitspraken over de gemeten verschillen te doen. Dit is de reden waarom een tabel hierover ontbreekt.

#### *Verschil naar pariteit*

Uit tabel 5.8 blijkt dat vrouwen die hun eerste kind verwachtten negatiever zijn over hun ervaringen tijdens de bevalling en het kraambed dan vrouwen die in verwachting waren van hun tweede of volgend kind. Er zijn geen significante verschillen aangetoond tussen de twee groepen bij de ervaring van de zwangerschap op zich.

Het oordeel over de begeleiding van de hulpverlener tijdens de zwangerschap, de bevalling en de kraamtijd varieert niet of nauwelijks tussen een eerste of volgende zwangerschap.

Tabel 5.8 Ervaring en oordeel\* van kraamvrouwen, onderscheiden naar pariteit

	Eerste kind (n)	Volgend kind (n)	Totaal (n)	P
<b>Hoe zwangerschap, bevalling en kraambed ervaren?</b>				
Ervaring zwangerschap	4,24 (155)	4,08 (181)	4,16 (338)	.097
Ervaring bevalling	3,59 (165)	4,19 (190)	3,91 (356)	.000
Ervaring kraambed	3,74 (170)	4,22 (196)	4,00 (367)	.000
<b>Oordeel over de begeleiding van hulpverlener</b>				
Begeleiding tijdens zwangerschap	4,49 (167)	4,55 (190)	4,52 (358)	.334
Begeleiding tijdens bevalling	4,51 (166)	4,55 (195)	4,53 (362)	.587
Begeleiding tijdens kraambed	4,57 (167)	4,58 (194)	4,57 (362)	.791

\* 1,0 is de meest negatieve waarde en 5,0 is de meest positieve waarde

#### *Verschil naar opleidingsniveau*

Cliënten met een VWO, HBO en/of WO opleiding zijn negatiever over hun ervaringen tijdens bevalling en het kraambed dan de overige kraamvrouwen. Ook in deze analyse is bij de ervaringen tijdens de zwangerschap geen significant verschil tussen beide groepen aangetoond.

Wel zijn de hoger opgeleide zwangeren over het algemeen kritischer als het gaat over de begeleiding die zij in alle fasen van de zwangerschap van hun hulpverlener(s) gekregen hebben dan de wat minder hoog opgeleide respondenten. Hoger opgeleiden vinden bovendien hun hulpverlener gedurende alle contacten die zij met elkaar hebben baziger overkomen dan dat lager opgeleiden dat vinden.

Tabel 5.9 Ervaring en oordeel\* van kraamvrouwen, onderscheiden naar opleidingsniveau

	lbo/mavo/havo/ mbo (n)	vwo/hbo/wo (n)	Totaal (n)	P
<b>Hoe zwangerschap, bevalling en kraambed ervaren?</b>				
Ervaring zwangerschap	4,15 (181)	4,20 (146)	4,16 (338)	.627
Ervaring bevalling	4,03 (190)	3,79 (154)	3,91 (356)	.014
Ervaring kraambed	4,14 (198)	3,84 (157)	4,00 (367)	.000
<b>Oordeel over begeleiding van hulpverlener</b>				
Begeleiding tijdens zwangerschap	4,58 (191)	4,45 (158)	4,52 (358)	.022
Begeleiding tijdens bevalling	4,61 (197)	4,45 (155)	4,53 (362)	.016
Begeleiding tijdens kraambed	4,63 (196)	4,51 (156)	4,57 (362)	.025

\* 1,0 is de meest negatieve waarde en 5,0 is de meest positieve waarde

## 5.6 Totaaloordeel van kraamvrouwen

Uit de algemene opmerkingen die door kraamvrouwen gemaakt zijn blijkt dat er bij hen een grote waardering bestaat voor het werk dat verloskundigen leveren. Met name het geduld dat zij hebben en de persoonlijke aandacht die gegeven wordt blijken door de ondervraagden belangrijk gevonden te worden:

*'Ondanks de enorme werkdruk geven de verloskundigen je het gevoel dat ze alle tijd voor je hebben. Ik vind dat erg knap.'*

*'Bij een kamertemperatuur van 40 graden begeleidde mijn verloskundige op die dag drie bevallingen. Toch had ik het gevoel dat ze alleen met mij bezig was. Ze had geen haast en ze verloor haar geduld niet. Alle lof voor haar.'*

*'Mijn verloskundigen zijn prettige, kundige mensen die veel steun hebben geboden tijdens de kraamperiode. Vooral omdat dat een emotionele tijd is en ik me regelmatig onzeker voelde is dat aspect voor mij het belangrijkste geweest.'*



## 6 De klinisch werkende verloskundigen

### 6.1 Aanvullend onderzoek onder klinisch werkende verloskundigen

#### *Achtergrond*

Volgens de Registratie van Verloskundigen, die bij het NIVEL wordt bijgehouden, zijn er op de peildatum 1 januari 2003 322 verloskundigen als klinisch verloskundige werkzaam. Dat is 17,6% van alle werkzame verloskundigen op 1 januari 2003. In 1980 waren 168 van de toen 795 werkzame verloskundigen (21,1%) als klinisch verloskundige werkzaam. Omdat in de jaren die daarop volgden het totaal aantal praktiserende verloskundigen naar verhouding veel sneller toenam dan het aantal klinisch werkende verloskundigen, daalde het percentage klinisch werkende verloskundigen tot 14,3% in 1997. Sindsdien is het aantal klinisch werkende verloskundigen echter snel gestegen, van 194 in 1997 tot 322 in 2003. Deze stijging had te maken met de krapte in de hele verloskundige keten, die enkele jaren geleden zichtbaar werd. In de 'Nota Normpraktijk Gynaecologie 2000' van de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) pleitten de gynaecologen voor een 24-uurs bezetting van de verloskamers door tweedelijns verloskundigen en/of assistent-geneeskundigen. In het eindrapport van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde (2000) werd daar op aangesloten en werd er van uit gegaan dat er in de toekomst veel meer verloskundigen in ziekenhuizen zouden gaan werken. Een van de aanbevelingen was het ontwikkelen van speciale scholingsmogelijkheden en duidelijk omschreven taakgebieden voor verloskundigen in ziekenhuizen.

De functie van klinisch verloskundige is door deze ontwikkelingen aan het veranderen en dit komt ook tot uiting in de ontwikkeling van een aanvullende opleiding tot tweedelijns verloskundige. Het is de bedoeling dat gekwalificeerde tweedelijns verloskundigen een andere, ruimere bevoegdheid krijgen dan eerstelijns verloskundigen, dat ze zelfstandig bevallingen met een verhoogd risico begeleiden, waarbij het bewaken van de fysiologie en bevorderen van een zo natuurlijk mogelijk verloop van de bevalling voorop blijft staan.

In het kader van de behoefte voor de gehele verloskundige keten, die als onderdeel van deze Monitor Verloskundige Zorgverlening gepland staat voor eind 2004, begin 2005, is het van belang om beter inzicht te krijgen, niet alleen in de aantallen klinisch werkende verloskundigen, maar ook in het aantal FTE (full-time equivalenten), de huidige situatie en de wensen van klinisch werkende verloskundigen ten aanzien van werktijden en taken en hun opvattingen over de nieuwe aanvullende opleiding en eventuele veranderingen in hun bevoegdheden.

#### *Methode*

Voor de gegevensverzameling onder klinisch werkende verloskundigen zijn alle

ziekenhuizen benaderd waar volgens de Registratie van Verloskundigen van het NIVEL verloskundigen werkzaam zijn. Om het verzoek tot deelname aan dit onderzoek niet aan een (anonieme) afdeling, maar aan een persoon te richten, is door de KNOV een lijst met namen beschikbaar gesteld van contactpersonen van de contactgroep van klinisch werkende verloskundigen. Ook heeft de KNOV in het maandelijks bulletin voor haar leden het onderzoek aangekondigd en klinisch werkende verloskundigen, die geen vragenlijst van het NIVEL hadden ontvangen, opgeroepen zich zelf bij het NIVEL te melden. Dit heeft tot één reactie geleid. In totaal zijn aan 73 ziekenhuislocaties 73 afdelingsvragenlijsten en 381 vragenlijsten voor individuele verloskundigen gestuurd. Na eerst een schriftelijk en vervolgens een telefonisch rappel, zijn aan verschillende afdelingen nieuwe vragenlijsten toegestuurd.

#### *Respons*

Van de 73 ziekenhuislocaties die benaderd zijn, lieten er 3 weten geen verloskundigen in dienst te hebben, alleen echoscopisten. Van de overige 70 ziekenhuislocaties zijn er 5 die, ook na herhaald verzoek, uiteindelijk niets teruggestuurd hebben. Dit houdt in dat uit 65 van de 70 ziekenhuislocaties (93%) ten minste één reactie is ontvangen.

Er zijn 54 ingevulde afdelingsvragenlijsten ontvangen en 279 vragenlijsten van individuele verloskundigen. Op twee van de 54 locaties zijn wel verloskundigen werkzaam, maar geen klinisch werkende verloskundigen. Het betreft twee ziekenhuizen die een eerstelijns praktijk onderdak verlenen. De daar werkzame verloskundigen zijn niet in dienst van het ziekenhuis of van de maatschap van gynaecologen, maar hebben hun eigen eerstelijns maatschap of zijn in dienst van de STBN (Stichting Thuis Bevallende Nederland). Deze twee praktijken zijn daarom verder buiten beschouwing gelaten. De respons komt daarmee op 52 afdelingsvragenlijsten (74,3%) en 266 vragenlijsten van klinisch werkende verloskundigen.

## **6.2 Het werk van klinisch verloskundigen in 2003**

### *Achtergrond*

Van 266 klinisch werkende verloskundigen uit 63 ziekenhuizen is een ingevulde vragenlijst ontvangen. De gemiddelde leeftijd van deze verloskundigen is 41 jaar, variërend van 22 tot 62 jaar en 97% is vrouw. Ruim een kwart van hen (27,6%) is in het buitenland opgeleid, de meesten in België (76%) en in Engeland (17%). Vrijwel iedereen (98%) is in loondienst, meestal bij het ziekenhuis, een enkele keer bij de maatschap van gynaecologen.

De meeste verloskundigen (228 = 85,7%) zijn alleen als verloskundige in het ziekenhuis werkzaam, twee zijn daarnaast ook docent aan een opleiding, 24 (9%) hebben daarnaast ook een andere verloskundige functie, zoals verloskundige in een 1<sup>e</sup> lijns praktijk, voor gemiddeld 14,4 uur per week. Zes hebben, naast hun functie als verloskundige in het ziekenhuis, ook een niet-verloskundige functie, voor gemiddeld 13,5 uur per week. Zes hebben de vraag niet ingevuld.



### *Takenpakket en bevoegdheden*

Twaalf van de respondenten (4,6%) die de vraag naar hun functie en takenpakket hebben ingevuld, hebben aangekruist dat ze een functie hebben als eerstelijns verloskundige, 26 (10%) zijn zowel eerstelijns als tweedelijns verloskundige, 216 (82,8%) zijn tweedelijns verloskundige en zeven (2,7%) hebben een andere functie opgegeven, zoals echoscopist, derdelijns verloskundige of manager. Natale zorg, zorg tijdens de bevalling, hoort voor 90% van de verloskundigen tot hun takenpakket, prenatale zorg voor 64% en postnatale zorg voor 60% (zie tabel 6.1). Verder blijkt dat de helft van de verloskundigen ook onderwijs in het takenpakket heeft. Onder het kopje 'anders' is genoemd: administratie, stagebegeleiding, voorlichting en bestuurlijk werk, maar ook het plaatsen van een IUD, thuismonitoring van zwangeren en uitwendige versie.

Tabel 6.1 Takenpakket van klinisch verloskundigen

Taken van klinisch verloskundigen	%	n
prenatale zorg	64,4%	170
natale zorg	90,2%	238
postnatale zorg	58,3%	154
Echografie	38,6%	102
prenatale diagnostiek en counseling	9,1%	24
Management	9,5%	25
Onderzoek	10,2%	27
Onderwijs	50,4%	133
Anders	6,4%	17

In verband met de nieuwe opleiding tot tweedelijns verloskundige werd aan de klinisch verloskundigen gevraagd in hoeverre, volgens hen, hun werk in het ziekenhuis verschilt van het werk van een eerstelijns verloskundige. Maar 10 verloskundigen (4%) geven aan dat er (feitelijk) geen verschil is, 239 (90%) geven aan dat ze ruimere bevoegdheden hebben dan een eerstelijns verloskundige, op grond van verworven bekwaamheid. Een paar verloskundigen geven aan dat het om een heel ander soort functie gaat, dat de inhoud van het beroep anders is omdat het om een heel andere populatie gaat, bijna altijd met medische indicatie, omdat het een klinische setting is, omdat het teamwork is, of omdat het (mede) gaat om het geven van onderwijs en supervisie.

De ruimere bevoegdheden die door de verloskundigen zijn aangekruist zijn: het interpreteren van een CTG (95,8%), het aanbrengen van een caput elektrode (94,1%), het inbrengen van een infuus (92,5%) en het onderkennen en begeleiden van pathologie tijdens de baring (92,1%). Daar is door de verloskundigen nog van alles aan toegevoegd, zoals: intra-uteriene drukmeting, echoscopie en prenatale diagnostiek, inzetten en/of uitvoeren van beleid bij pathologische baringen, inleiden, het thuis begeleiden van risico-zwangeren, bloedonderzoek, vacuümextracties, het interpreteren

van lab-uitslagen. Daarnaast zijn ook niet-verloskundige taken genoemd, zoals zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, het maken van protocollen, interdisciplinair overleg, management, onderzoek, onderwijs en voorlichting.

#### *Huidige en gewenste werktijd*

De klinisch verloskundigen werken gemiddeld 27,2 uur per week in het ziekenhuis. Gevraagd is om de werktijd per week onder te verdelen in de gemiddelde tijd die men per week werkzaam is op de verloskamer, op de afdeling verloskunde/gynaecologie maar niet op de verloskamer (bijvoorbeeld voor coördinerende taken), op de polikliniek of in de buitendienst.

De meeste tijd wordt doorgebracht op de verloskamer, gemiddeld 21 uur per week, gevolgd door de polikliniek, gemiddeld 10 uur per week. Slechts een enkeling werkt in de buitendienst, voor gemiddeld bijna 9 uur per week (zie tabel 6.2).

Tabel 6.2: Gemiddelde huidige en gewenste werktijd van klinisch verloskundigen

Tijdbesteding	huidig aantal		gewenst	
	n	upw	n	aantal upw
Totaal aantal uren per week	261	27,2	253	27,2
op de verloskamer	230	21,4	228	19,0
op de afdeling verloskunde/gynaecologie	91	8,1	85	7,6
op de polikliniek	113	9,8	166	9,0
in de buitendienst	19	8,7	25	9,0

Om er achter te komen of de huidige tijdbesteding overeenkomt met de wensen van de verloskundigen, is ook gevraagd om in te vullen hoeveel uur per week men het liefst op de verschillende plekken werkzaam zou willen zijn. Hierbij kon tegelijk aangegeven worden of men meer of minder uren per week wilde werken en of men een andere verdeling van de werkzaamheden wenste, bijvoorbeeld meer tijd op de polikliniek of minder tijd op de afdeling. Veel verloskundigen hebben aangegeven tevreden te zijn met hun huidige tijdbesteding, zowel wat betreft het aantal uren als wat betreft de verdeling van de werkzaamheden. In tabel 6.2 zijn de huidige en de gewenste uren per week naast elkaar gezet, steeds met het aantal verloskundigen dat aangegeven heeft op die plek werkzaam te (willen) zijn. Het totaal aantal uren per week blijkt in beide gevallen niet verschillend te zijn, wel zou men gemiddeld zo'n twee uur per week minder op de verloskamer willen werken. Wat echter vooral opvalt is dat veel meer verloskundigen op de polikliniek zouden willen werken, dan nu het geval is.

Ook wat betreft de avond-, nacht- en weekenddiensten is gevraagd hoe dat op dit moment geregeld is en hoe men dat het liefst zou hebben (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3: Huidige en gewenste regeling van de avond-, nacht- en weekenddienst

Dienst	huidig aantal n	aantal uren	aantal keer per mnd	n	gewenst aantal uren	aantal keer per mnd
avonddienst	179	8,6	4,9	100	8,2	4,4
nachtdienst	151	9,5	4,5	85	9,2	3,6
weekenddienst	129	17,4	1,7	71	17,2	1,5

Gemiddeld blijkt men iets minder uren per week dienst te willen hebben en iets minder vaak per maand, maar die verschillen zijn niet groot. Het grootste verschil blijkt te zitten in het aantal verloskundigen dat af wil van de diensten buiten kantoor tijden. Terwijl tweederde van de klinisch verloskundigen regelmatig avonddienst heeft, heeft maar ruim eenderde bij de gewenste tijdbesteding avonddienst ingevuld. Ook bij de nachtdienst en weekenddienst is het aantal verloskundigen dat die diensten wil draaien maar ruim half zo groot als het aantal dat nu regelmatig nacht- en/of weekenddienst heeft.

### 6.3 Afdelingen waar klinisch verloskundigen werken

#### *Samenstelling verloskundig team*

Van de 70 ziekenhuizen in het onderzoek hebben 54 de afdelingsvragenlijst teruggestuurd, waarbij bleek dat het in twee ziekenhuizen om een eerstelijns praktijk ging. Deze zijn bij de analyse buiten beschouwing gelaten.

Allereerst is gevraagd om aan te geven uit hoeveel personen en uit welke medische disciplines het verloskundig team bestaat. Niet iedereen heeft die vraag volledig ingevuld, zodat de totale aantallen niet zoveel zeggen, maar het geeft wel een globaal overzicht van de medische samenstelling van de verloskundige teams (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4: Medische samenstelling verloskundige teams

Discipline	aantal zkh	totaal	gemiddeld	min	max
gynaecologen-obstetici	50	343	6,9	3	17
arts-assistenten	32	239	7,5	1	20
verloskundigen in dienst van het ziekenhuis	49	303	6,2	1	30
verloskundigen in dienst van maatschap gynaecologen	3	6	2,0	1	4
andere medici	7	17	2,4	1	6

Een verloskundig team bestaat uit tenminste 3 gynaecologen en een verloskundige. Het totaal aantal verloskundigen, werkzaam in deze ziekenhuizen, is bijna net zo veel als het totaal aantal gynaecologen: 332 gynaecologen en 309 verloskundigen. In drie ziekenhuizen zijn verloskundigen in dienst van de maatschap van gynaecologen, in alle andere ziekenhuizen zijn ze in dienst van het ziekenhuis. In geen van de ziekenhuizen vormen de verloskundigen een eigen maatschap of zijn ze in dienst van een stichting die los staat van het ziekenhuis. Arts-assistenten zijn in lang niet alle ziekenhuizen op de verloskunde afdeling aanwezig. Als andere medici worden fertiliteitsartsen (3x), co-assistenten (3x) en een echoscopist genoemd.

In ruim de helft van de ziekenhuizen (n = 28) zijn meer gynaecologen (gemiddeld 7,1) dan verloskundigen (gemiddeld 3,0) aanwezig. In ongeveer eenderde van de ziekenhuizen (n = 17) zijn meer verloskundigen (gemiddeld 11) dan gynaecologen (gemiddeld 6,7) aanwezig en in een op de tien ziekenhuizen (n = 5) zijn evenveel verloskundigen als gynaecologen (gemiddeld 6,4) aanwezig. In 23 ziekenhuizen zijn de verloskundigen niet 's nachts aanwezig, maar alleen overdag, meestal tussen 8 uur 's morgens en 5 à 6 uur 's avonds, soms tot 11 uur 's avonds. In 11 ziekenhuizen draaien de verloskundigen samen met arts-assistenten een 24-uurs dienst en in 17 ziekenhuizen draaien de verloskundigen zelf een 24-uurs dienst. De samenwerking met vrijgevestigde verloskundigen en (verloskundig actieve) huisartsen wat betreft ruimte en apparatuur beperkt zich in de meeste gevallen tot het gezamenlijk gebruik van de verloskamers (in 87% van de ziekenhuizen). Gezamenlijk gebruik van echoapparatuur of van de polikliniek of spreekuurruimte van het ziekenhuis gebeurt maar af en toe, in 2 van de ziekenhuizen (4%). Slechts in 1 ziekenhuis wordt regelmatig door de afdelingsverloskundigen geassisteerd bij poliklinische bevallingen onder verantwoordelijkheid van een vrijgevestigde verloskundige of huisarts. In 24 ziekenhuizen gebeurt dat sporadisch, in 27 ziekenhuizen nooit.

#### *Taken afdelingsverloskundigen*

In 10 van de 51 ziekenhuizen, waarvoor deze vraag is ingevuld, worden door de afdelingsverloskundigen zowel eerstelijns als tweedelijns bevallingen begeleid, waarvan in één geval ook buiten het ziekenhuis, in de overige 41 ziekenhuizen worden door de afdelingsverloskundigen alleen tweedelijns bevallingen begeleid. In totaal werden er in de 43 ziekenhuizen waarvoor deze vraag ingevuld is in 2002 ruim 57.500 bevallingen begeleid, met een gemiddelde van ruim 1.300, een minimum van 615 en een maximum van 2.200. Het blijkt heel moeilijk te zijn om te achterhalen hoeveel van die bevallingen feitelijk door verloskundigen zijn begeleid, omdat dat niet apart geregistreerd wordt. In de meeste ziekenhuizen (63%) verwacht men dat het aantal bevallingen in 2003 vergelijkbaar zal zijn met dat in 2002, in 29% van de ziekenhuizen verwacht men dat het aantal zal toenemen en in 8% verwacht men dat het zal afnemen. Een verwachte toename van het aantal bevallingen heeft volgens de respondenten te maken met bevolkingsgroei of beleid van de afdeling of met afspraken die gemaakt zijn in het Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV), bijvoorbeeld over uitbreiding van de capaciteit van de verloskamers of uitbreiding van het verloskundig team. Een verwachte afname van het aantal bevallingen wordt

toegeschreven aan een geboortedaling in de regio of het weer opstarten van de eerstelijns verloskundige praktijk in de buurt.

De helft van de ziekenhuizen (27x) heeft een of meer vacatures voor verloskundigen, meestal ter uitbreiding van het team (24x), soms ook ter vervanging van vertrekkende verloskundigen (7x). In driekwart van de ziekenhuizen, dus ook in sommige van de ziekenhuizen waar op het moment van het invullen van de vragenlijst geen vacatures waren, verwacht men in de nabije toekomst een uitbreiding van het team, 4x met eerstelijns verloskundigen, 35x met tweedelijns verloskundigen.

### *Soorten overleg*

Net als bij de eerstelijns verloskundigen is gevraagd naar de verschillende soorten van overleg, zowel binnen de afdeling als met andere zorgverleners. Zoals uit tabel 6.5 blijkt, zijn de verschillen tussen de afdelingen erg groot, bijvoorbeeld wat betreft het teamoverleg: dit varieert van dagelijks tot 4 x per jaar. Ook het overleg met zorgverleners buiten de eigen afdeling varieert sterk. Overleg met huisartsen of met de kraamzorg, buiten het multidisciplinair overleg om, komt nauwelijks voor.

Tabel 6.5: Frequentie van overleg binnen de afdeling verloskunde en met andere zorgverleners in 2003

soort overleg	aantal afdelingen	gemiddelde frequentie	modus	minimum	maximum
<b>binnen de afdeling:</b>					
teamoverleg	47	47 x p jr	1 x p mnd	4 x p jr	dagelijks
patiëntenbespreking	50	233 x p jr	dagelijks	2 x p jr	dagelijks
na- of bijscholing	35	24 x p jr	1 x p mnd	1 x p jr	dagelijks
<b>met andere zorgverleners:</b>					
multidisciplinair team / VSV	30	10 x p jr	1 x p mnd	4 x p jr	1 x p wk
met DVP	2	8 x p jr	8 x p jr	3 x p jr	maandelijks
alleen met huisartsen	1	2 x p jr	2 x p jr	2 x p jr	2 x p jr
alleen met 1elijns verloskundigen	29	12 x p jr	1 x p mnd	2 x p jr	wekelijks
alleen met kinderartsen	34	41 x p jr	1 x p wk	2 x p jr	2 x p wk
alleen met kraamzorg	2	3 x p jr	2 x p jr	2 x p jr	3 x p jr

Dertig van de eenenvijftig (59%) verloskundige afdelingen waarvoor de vraag is ingevuld participeren in een Verloskundig SamenwerkingsVerband. Verloskundig actieve huisartsen maken in 10 gevallen (33,3%) daar deel van uit, kraamcentra maar in 3 gevallen (10%) en kinderartsen in 14 gevallen (46,7%).

#### 6.4 **Aanvullende opleiding en registratie voor klinisch verloskundigen**

In de afdelingsvragenlijst is de vraag gesteld of men verloskundigen in het team zou aanraden om de opleiding tot tweedelijns verloskundige te volgen. De overgrote meerderheid, namelijk 81%, zegt daar ja op. In de toelichting die daarbij gegeven kon worden is onder andere genoemd dat het vooral aangeraden zal worden aan verloskundigen met weinig ervaring, dat het een positief effect zal hebben op de kwaliteit van het werk, op de arbeidssatisfactie en op het loopbaanperspectief van medewerkers. Verder wordt opgemerkt dat de opleiding van de huidige medewerkers te zeer gericht is op de 1<sup>e</sup> lijn en dat men hoopt met deze opleiding meer kennis van pathologie te verkrijgen. Aan de andere kant wordt er ook twijfel geuit over de nieuwe opleiding, wordt er op gewezen dat de huidige medewerkers ruime ervaring hebben en dat de eigen ziekenhuisopleiding voldoende is. Verder wordt er op gewezen dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk moeten zijn.

Op de vraag of men in de toekomst ook verloskundigen, die de opleiding tot tweedelijns verloskundige gevolgd hebben, in het team zou willen opnemen, antwoordt ook bijna iedereen positief (92%). Als toelichting wordt genoemd dat uitbreiding van de kennis altijd welkom is en één keer wordt genoemd dat afronding van die opleiding een minimale eis zal worden.

Aan de individuele verloskundigen is gevraagd of ze van plan zijn de opleiding tot tweedelijns verloskundige te volgen en daar een toelichting bij te geven. Eén reden om het niet te doen werd vooraf gegeven, namelijk dat men al allerlei bij- en nascholing gevolgd had, andere redenen konden zelf toegevoegd worden. Bijna de helft (46,6%) heeft aangegeven die opleiding wel te willen volgen en de belangrijkste reden die daarvoor gegeven is, is dat men graag verder bijgeschoold wil worden, omdat bijleren altijd belangrijk is en het leerzaam en nuttig is. Van de opleiding verwacht men meer theoretische ondersteuning, meer kennis van de pathologie en een betere aansluiting tussen theorie en praktijk. Wel wordt soms een slag om de arm gehouden: men wil de opleiding eventueel volgen als er een mogelijkheid is voor vrijstellingen of als het ziekenhuis daartoe de gelegenheid biedt.

Een derde van de verloskundigen heeft aangekruist niet van plan te zijn de opleiding te volgen, omdat men al allerlei bij- en nascholing heeft gevolgd, bijvoorbeeld op het gebied van echoscopie (69,7%) of ctg-bewaking (75,3%). Ruim een derde (37%) heeft om andere redenen aangegeven niet van plan te zijn de opleiding tot tweedelijns verloskundige te gaan volgen. Genoemd werd bijvoorbeeld dat men al lang klinisch werkzaam is en voldoende ervaring heeft, intern voldoende geschoold is of in het buitenland al grotendeels in de 2<sup>e</sup> lijn is opgeleid. Ook wordt genoemd dat men niet in de 2<sup>e</sup> lijn wil blijven werken, binnenkort stopt met werken of prioriteit geeft aan een ander soort opleiding.

Tot slot is aan alle klinisch werkende verloskundigen gevraagd of zij van mening zijn dat er een aparte registratie van tweedelijns verloskundigen moet komen, vergelijkbaar met de echo-registratie. Tweederde van de respondenten is daar voorstander van (67,7%), twee op de tien zijn daar geen voorstander van (22,2%) en de overigen twijfelen of hebben geen antwoord op de vraag gegeven (10,2%). De meest genoemde toelichting is dat tweedelijns verloskundige een duidelijke vorm van specialisatie is, een aparte functie, met een eigen verantwoordelijkheid, die om een aparte registratie

vraagt. Daarnaast wordt genoemd dat het de duidelijkheid bevordert en dat daarmee vastgelegd is wat de bevoegdheden zijn, waardoor een betere bewaking van de kwaliteit mogelijk is. Ook wordt genoemd dat door de erkenning van tweedelijns verloskundige als specialisme de extra vaardigheden en verantwoordelijkheden gehonoreerd worden. Door verloskundigen die geen voorstander zijn van een aparte registratie wordt als reden daarvoor genoemd dat werkervaring voldoende is en dat de verloskundige zelf verantwoordelijk is voor het op peil houden van kennis en vaardigheden. Aparte registratie heeft volgens sommigen van hen geen toegevoegde waarde.





## 7 Samenvatting en conclusie

### 7.1 Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van de derde meting in het kader van het onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'. Deze derde meting heeft gegevens opgeleverd over 234 verloskundigen, werkzaam in 70 verloskundige praktijken. Van 63 van deze praktijken, met samen 208 verloskundigen, zijn alle gevraagde gegevens ontvangen. Daarnaast zijn gegevens gebruikt uit andere bronnen, zoals de bij het NIVEL bijgehouden registraties van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen. Ook is een aanvullende gegevensverzameling gehouden onder klinisch werkende verloskundigen. De registratiegegevens en de aanvullende gegevensverzameling zijn gebruikt om een antwoord te geven op de eerste twee onderzoeksvragen.

#### *1. Wat is in 2003 het aanbod aan eerstelijns verloskundigen ?*

Volgens de Verloskundige Registratie is het aanbod aan verloskundigen per 1 januari 2003: 1.825, waarvan 1.208 zelfstandig gevestigden, 322 klinisch werkzamen en 295 waarnemers. Uit deze registratiecijfers is ook gebleken dat het aanbod aan verloskundigen sinds 1980 meer dan verdubbeld is, waarbij vanaf 1998 het jaarlijks aantal afgestudeerden flink is toegenomen. Dit is te danken aan het verruimen van de opleidingscapaciteit met ingang van 1994 van 90 naar 120 plaatsen. Het gevolg van de verruiming van de opleidingscapaciteit van 120 naar 160 plaatsen in 2000 en van 160 naar 233 plaatsen in 2001 zal pas in 2004 en 2005 zichtbaar worden.

#### *2. Wat is in 2003 het aanbod aan klinisch werkende verloskundigen ?*

Op basis van de respons van 52 verloskundige afdelingen met gemiddeld 5,9 klinisch werkende verloskundigen kan geschat worden dat er in 2003 ruim 400 klinisch werkende verloskundigen zijn. Dat betekent dat niet alle klinisch werkende verloskundigen zijn opgenomen in de registratie van verloskundigen die door het NIVEL wordt bijgehouden.

Om meer inzicht te krijgen in de inhoud en omvang van het werk van klinisch verloskundigen is een schriftelijke vragenlijst gestuurd aan alle afdelingen verloskunde/gynaecologie waarvan, vanuit de registratie, bekend was dat er verloskundigen werkzaam waren. Ook zijn, via die afdelingen verloskunde/gynaecologie, vragenlijsten toegestuurd aan alle individuele klinisch werkende verloskundigen.

De klinisch verloskundigen zijn gemiddeld 41 jaar oud en zijn voor ruim een kwart in het buitenland opgeleid. Ze werken gemiddeld 27 uur per week, waarvan 21 uur op de verloskamer. De meesten zijn tevreden met het aantal uren dat ze nu werken, maar zouden wel liever minder diensten draaien.

In de verloskundige praktijken die aan deze derde meting hebben meegewerkt zijn per praktijk gegevens verzameld over de omvang, samenstelling en organisatie van de praktijk en de samenwerking met andere zorgverleners. De gegevensverzameling in de

verloskundige praktijken is gebruikt om antwoord te geven op de volgende twee vraagstellingen.

### *3. Hoe ziet de praktijkorganisatie van verloskundige praktijken eruit ?*

De 69 verloskundige praktijken die de vragenlijst 'praktijkorganisatie' hebben ingevuld zijn medio 2003 als volgt samengesteld: 201 zelfstandig gevestigde verloskundigen (80%), 25 verloskundigen in dienstverband (10%), 24 waarnemers (10%), samen 250 verloskundigen (gemiddeld 3,6 verloskundigen per praktijk). De gemiddelde omvang van de deelnemende praktijken wat betreft aantallen cliënten was 387 inschrijvingen en 252 bevallingen in 2002. In 33 van de 69 praktijken is niet-verloskundig personeel aanwezig, in 36 praktijken (44%) is dat een praktijkassistente, voor gemiddeld 22 uur per week. Daarnaast gaat het om huishoudelijke hulp, om administratieve hulp of om een verpleegkundige. Het percentage verloskundige praktijken dat (een deel van) de administratie heeft geautomatiseerd is toegenomen van 61% in 2001 en 83% in 2002 naar 99% in 2003. Dit heeft ongetwijfeld te maken met de afspraak die gemaakt is met zorgverzekeraars dat alle declaraties vanaf 2003 geautomatiseerd aangeleverd dienen te worden en met het feit dat de KNOV veel energie gestoken heeft in het invoeren van de automatisering en de ondersteuning daarbij.

In een kwart van de praktijken zijn vacatures en het aantal vacatures is lager dan in 2001 en 2002. Gemiddeld wordt vier keer per week spreekuur gehouden, soms twee of drie keer op een dag. In een klein aantal praktijken worden nog diensten gedraaid van 168 uur achter elkaar, dat wil zeggen een volle week, maar een dienst van maximaal 72 uur komt het meest voor.

### *4. Hoe ziet de samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerste lijn en tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn eruit ?*

Samenwerking binnen de eerste lijn betreft, naast samenwerking binnen de eigen praktijk, zowel samenwerking met collega-verloskundigen in buurpraktijken als samenwerking met huisartsen en kraamcentra. Het meest frequent genoemde overleg van verloskundigen is het overleg binnen de eigen praktijk, het maatschapoverleg of de praktijkvergadering, met meestal een frequentie van 1 keer per week. De formele samenwerking met collega-verloskundigen in andere praktijken blijkt vooral op kringniveau plaats te vinden, met een meest genoemde frequentie van overleg van 9 keer per jaar, dat wil zeggen: om de zes weken. Wat betreft de andere zorgverleners in de eerste lijn, blijkt er in meer praktijken overleg met een of meer kraamcentra te zijn dan met huisartsen of een eerstelijns team, terwijl de gemiddelde frequentie van overleg met een eerstelijns team beduidend hoger ligt.

Samenwerking met tweedelijns zorgverleners betreft de samenwerking met gynaecologen en kinderartsen, al dan niet in de vorm van een multidisciplinair team, een Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV) of een DistrictsVerloskundig Platform (DVP) en samenwerking met de kraamafdeling van het ziekenhuis. Het meest frequent gehouden overleg is dat met gynaecologen, afzonderlijk of samen met kinderartsen, namelijk ongeveer 1 keer per 6 weken. Maar 10 van de 69 praktijken hebben geregeld overleg met de kraamafdeling van het ziekenhuis of met kinderartsen,

ook heeft minder dan de helft geregeld overleg in het kader van een multidisciplinair team, VSV of DVP.

In de deelnemende praktijken zijn per verloskundige gedetailleerde gegevens verzameld over tijdbesteding gedurende drie weken, de soort werkzaamheden die verricht worden, de duur ervan en het tijdstip waarop de werkzaamheden verricht worden. Ook zijn per verloskundige gegevens verzameld over de ervaren werkdruk, de representativiteit van de registratieperiode en over de tijd die per half jaar besteed wordt aan minder frequent voorkomende werkzaamheden.

Daarnaast is door de verloskundigen in de meeste deelnemende praktijken een vragenlijst uitgereikt aan cliënten die tijdens de registratieperiode van de praktijk op het spreekuur kwamen voor een nacontrole, ongeveer zes weken na hun bevalling. De gegevensverzameling onder individuele verloskundigen en onder cliënten is gebruikt om antwoord te geven op de laatste twee vraagstellingen.

*5. Wat is de tijdbesteding van eerstelijns verloskundigen, dat wil zeggen: wat is de objectieve (gemeten) werklast; en wat is de subjectieve (ervaren) werkdruk van verloskundigen?*

De gemiddelde werktijd voor alle verloskundigen die aan de registratie meegewerkt hebben (n = 234) was 29,6 uur per week, dat is 29 uur en 36 minuten (inclusief correctie van 1,7 uur per week voor niet-frequente werkzaamheden). Deze gemiddelde tijd is ruim een half uur meer dan wat vorig jaar gemeten is, namelijk 28 uur en 53 minuten. De verloskundigen hadden gemiddeld 49,7 uur per week dienst.

Voor solo-werkende verloskundigen valt in principe alle gewerkte tijd binnen de bereikbaarheidsdienst, omdat een solo-werkende verloskundige 24 uur per dag, 7 dagen per week dienst heeft. Voor de niet solo-werkende verloskundigen valt een deel van de werkzaamheden, zoals in veel gevallen de spreekuren, buiten de bereikbaarheidsdienst. Gemiddeld valt voor de 208 verloskundigen in de praktijken waarvan de tijdregistratie compleet is 56 procent van al het werk binnen de dienst en 44 procent erbuiten (was vorig jaar 60 om 40%). Dat betekent dat een gemiddelde verloskundige ongeveer 62 uur per week direct bij haar werk is betrokken (was vorig jaar 66 uur per week).

De tijd besteed aan directe cliëntenzorg voor een cliënt die van het begin van de zwangerschap tot aan het afsluitend contact zes weken na de bevalling bij de verloskundige praktijk in zorg is gebleven, is berekend aan de hand van de tijdregistratie per onderdeel en het gemiddeld aantal pre- en postnatale contacten dat naar voren komt uit de cliëntenvragenlijst. De totale tijd besteed aan directe cliëntenzorg per cliënt komt op 652,4 minuten. Hiervan is 220,7 minuten besteed aan prenatale zorg, 227,9 minuten aan zorg tijdens de baring en 203,8 minuten aan postnatale zorg. Dit is op alle drie de onderdelen van de directe cliëntenzorg vrijwel gelijk aan de cijfers van vorig jaar en een toename ten opzichte van 2001. De verdeling cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden blijkt 72 om 28 procent te zijn. In 2002 was dit 77 om 23 procent terwijl in de tijdregistratie in de eerste meting een verhouding van 75 versus 25 procent gevonden was.

De werkdruk van verloskundigen is op twee manieren bekeken. De objectieve

werkdruk wordt uitgedrukt in het gemiddeld aantal uren werk per week. In deze tweede meting komt de gemiddelde gewerkte tijd per week per verloskundige op 29 uur en 36 minuten. Dat is een half uur meer dan vorig jaar.

Het aantal gewerkte uren en het aantal begeleidde bevallingen kan op twee manieren in verband gebracht worden met de normpraktijk van 120 bevallingen. Als de normpraktijk als uitgangspunt gehanteerd wordt, kan berekend worden in hoeverre de verloskundigen in dit onderzoek daar (gemiddeld!) aan voldoen. Als het aantal bevallingen en de geregistreerde werktijd als uitgangspunt gehanteerd worden, kan berekend worden hoe groot, op grond van deze praktijkervaring, de normpraktijk zou moeten zijn.

De gemiddelde werktijd van 29,6 uur per week komt, omgerekend naar full-time-equivalenten (FTE), uitgaande van 1 FTE = 40 uur, neer op gemiddeld 0,74 FTE per verloskundige. Uitgaande van 895 bevallingen door 195 verloskundigen in een periode van drie weken, komt het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige per jaar (52 weken) op 79,6. Dat is 66 procent van een normpraktijk van 120 bevallingen. Als een fulltime (= 40 uur per week) werkende verloskundige verondersteld wordt een normpraktijk te draaien (= 120 bevallingen), dan kan van een verloskundige die 0,74 FTE werkt verwacht worden dat ze 88,8 bevallingen per jaar begeleidt.

De subjectieve werkdruk is op twee manieren gemeten. Ten eerste is dagelijks tijdens de tijdregistratie op een VAS (visueel analoge schaal) aangegeven hoe druk de dag geweest is. De gemiddelde ervaren werkdruk, op een schaal van 0-10, was 5,1, dat wil zeggen: normaal. Ten tweede is na afloop van de registratieperiode aan de hand van een uitsprakenlijstje met vijf uitspraken een indruk gegeven over de ervaren werkdruk in het algemeen. Op een schaal van 1 tot 5 komt de gemiddelde score hierbij op 2,34, dat wil zeggen: iets rustiger dan normaal (normaal = 3). Op de subjectieve werkdrukmetingen blijkt de gemiddelde score dus op of onder het midden van de schaal te liggen, dat wil zeggen dat de ervaren werkdruk vrijwel normaal is.

*6. Wat is het oordeel van cliënten over de ontvangen zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed en in hoeverre kon men ook daar bevallen waar men graag wilde bevallen?*

In de cliëntenvragenlijst zijn gegevens verzameld over zwangerschap, bevalling en kraambed, de ervaringen van de kraamvrouw en over het oordeel van de kraamvrouw met betrekking tot de begeleiding die zij tijdens die verschillende periodes heeft gekregen. Het oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed is gemeten op een beoordelingsschaal met acht items en een score-mogelijkheid van 1 tot 5. Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de zwangerschap is 4,52, met een meest positieve waarde van 5,0 en een meest negatieve waarde van 2,0. Het oordeel is dus overwegend positief. Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de bevalling is 4,53, met een meest positieve waarde van 5,0 en een meest negatieve waarde van 1,63. Ook over de begeleiding tijdens de bevalling is het oordeel dus overwegend positief. Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens het kraambed is 4,573, met een meest positieve waarde van 5,0 en een meest negatieve waarde van 1,38. Ook over de begeleiding tijdens het

kraambed is, evenals bij de zwangerschap en de bevalling, het oordeel dus overwegend positief.

Voor zo goed als alle vrouwen kwam de afspraak met de verloskundige over de plaats van bevallen overeen met hun eigen voorkeur. Vrouwen die geen voorkeur hebben aangegeven (n=25) zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Dat betekent dat vrijwel iedereen daar kon bevallen waar men zelf graag wilde bevallen. Er waren echter wel enkele vrouwen die lieten weten dat hun afspraak met de verloskundige om in het ziekenhuis te bevallen te maken had met het feit dat de verloskundige geen thuisbevalling kon of wilde begeleiden.

## 7.2 Conclusie

Deze derde meting in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening laat zien dat de gemiddelde werktijd per week per verloskundige in het najaar van 2003 vergelijkbaar is met wat in de twee voorgaande jaren was gemeten. De gemiddelde verloskundige in dit onderzoek is tussen de 29 en 30 uur per week aan het werk en heeft gemiddeld 50 uur dienst. Omdat deze twee activiteiten elkaar voor een groot deel overlappen kan de daaraan bestede tijd niet zomaar bij elkaar opgeteld worden, maar moet met de overlap rekening gehouden worden. Dat betekent dat de gemiddelde verloskundige ongeveer 62 uur per week direct bij haar werk betrokken is.

Deze meting was een derde in een reeks van vier metingen. Conclusies over effecten van de genomen maatregelen op de verloskundige zorgverlening zijn daarom nog niet aan de orde. Wel laten deze resultaten vijf conclusies toe:

- er zijn grote verschillen tussen verloskundigen onderling;
- er is een verschuiving in de verhouding cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden;
- de automatiseringsgraad sterk toegenomen;
- de wens naar part-time werk is ten opzichte van vorig jaar afgenomen;
- het aantal postnatale contacten neemt af.

### *Verschillen tussen verloskundigen onderling*

De gemiddelde verloskundige bestaat niet. Steeds weer valt op dat de verschillen tussen verloskundigen onderling erg groot zijn. Er zijn bijvoorbeeld verloskundigen die maar op enkele van de registratiedagen gewerkt hebben, maar er zijn ook verloskundigen die alle 21 dagen gewerkt hebben. Er zijn verloskundigen die tijdens de drie registratieweken geen dienst gehad hebben, maar er zijn ook verloskundigen die de volle drie weken dienst hadden. De gemiddelde werkdag van een verloskundige in dit onderzoek is ruim zes uur, maar er zijn verloskundigen die gemiddeld ruim tien uur per dag werken. Er zijn verloskundigen die tijdens de drie registratieweken geen bevallingen gedaan hebben, maar er is ook een verloskundige die in die drie weken 18 bevallingen had. Ook de ervaren werkdruk varieert sterk tussen de verloskundigen onderling: er zijn verloskundigen die een gemiddelde werkdruk ervaren van 2 of minder (op een schaal van 0 tot 10), maar er zijn ook verloskundigen die een

gemiddelde werkdruk ervaren van meer dan 7 op dezelfde schaal. Uit de gepresenteerde gemiddelden mag daarom niet zonder meer de conclusie getrokken worden dat voor alle verloskundigen de problemen van nog maar enkele jaren geleden zijn opgelost. Er zijn nog steeds praktijken waar de werkdruk hoog is en er zijn nog steeds praktijken waar de verloskundigen gemiddeld meer dan 40 uur per week werken, de bereikbaarheidsdienst niet meegerekend. Ondanks deze grote onderlinge verschillen mag, ook gezien de antwoorden op de vragen naar werkbeleving, arbeidstevredenheid en algemene werkvolvoening, de conclusie getrokken worden dat de verloskundigen in dit onderzoek over het geheel genomen tevreden zijn met hun werk.

#### *Verhouding cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden*

De verhouding cliëntgebonden / niet-cliantgebonden werkzaamheden is in alle beroepsgroepen een graadmeter voor de mate waarin een zorgverlener zich met zijn eigenlijke taak, het zorg verlenen, kan bezig houden. Dat er tijd besteed moet worden aan niet-cliantgebonden werkzaamheden spreekt voor zich, maar het streven is om dat zo beperkt mogelijk te houden. De verwachting is dat, als gevolg van de maatregelen van de overheid en de ontwikkelingen op het gebied van praktijkondersteuning, deze verhouding zal verschuiven in de richting van meer cliëntgebonden werk. In deze derde meting is de verhouding cliëntgebonden - niet-cliantgebonden werkzaamheden ten opzichte van voorgaande jaren, zowel op praktijkniveau als op individueel verloskundig niveau, echter verschoven in de richting van meer niet-cliantgebonden werkzaamheden.

Wat verder opvalt in vergelijking met de eerdere gegevens is dat de tijd besteed aan directe cliëntenzorg, die vorig jaar met bijna een uur per cliënt is toegenomen, dit jaar niet verder veranderd is.

#### *Automatisering en ondersteuning*

De automatiseringsgraad is vrijwel volledig, met name wat betreft de LVR en de declaraties. In 2003 meldt een op de vijf praktijken dat ze het afgelopen jaar daadwerkelijk ondersteuning gehad hebben van hun regiokantoor. Het jaar daarvoor was dat een op de drie. De nieuwe bezuinigingen die aan onder andere beroepsorganisaties als de KNOV zijn opgelegd, hebben tot gevolg dat de regiokantoren in 2004 worden opgeheven. Daarvoor in de plaats wordt gewerkt aan een regionale ondersteuningsstructuur voor de gehele eerste lijn. Dat betekent dat eerst met andere beroepsgroepen, zoals huisartsen, overlegd moet worden wat de mogelijkheden en de wensen zijn.

#### *Gewenste werktijd*

De wens naar part-time werk blijkt ten opzichte van vorig jaar iets te zijn afgenomen en er zijn in vergelijking met vorig jaar minder vacatures in de deelnemende praktijken. Het aantal verloskundigen dat liefst part-time wil werken is afgenomen tot

64 procent van alle verloskundigen en omgerekend komt de gewenste gemiddelde werktijd voor zelfstandig gevestigde verloskundigen uit op ongeveer 25 uur per week, diensten niet meegerekend. Het aantal verloskundigen dat de in de toekomst liever geen onregelmatige diensten meer heeft is onder zelfstandig gevestigden iets toegenomen, maar onder alle verloskundigen iets afgenomen. Dit wijst er op dat de diensten steeds beter geregeld worden en dat meer verloskundigen daar tevreden mee zijn.

#### *Postnatale zorg*

Bij de berekening van de tijd besteed aan directe cliëntenzorg werd aanvankelijk voor de postnatale zorg uitgegaan van standaard zes kraambezoeken en een afsluitend spreekuurcontact, ongeveer zes weken na de bevalling. Op basis van resultaten uit de eerste cliëntenvragenlijst is dat veranderd in standaard vijf kraambezoeken en een afsluitend spreekuurcontact. Uit de cliëntenvragenlijsten van 2003 blijkt dat het aantal kraamvisites na een eerstelijns bevalling, thuis of in het ziekenhuis, tot gemiddeld 4,1 is teruggelopen. In de vorige meting was dat 4,3 en in de eerste meting 4,5.

Daarnaast blijkt uit de tijdregistratie-gegevens dat steeds minder vrouwen zes weken na de bevalling voor een nacontrole naar het spreekuur komen. Terwijl de gemiddelde praktijkomvang van de deelnemende praktijken vrijwel gelijk blijft ( $\pm 250$  bevallingen per jaar), neemt het aantal nacontroles in de drie registratieweken af: gemiddeld 10 per praktijk in 2001, 9,6 in 2002 en 8,7 in 2003. In de voorbereiding voor de gegevensverzameling laten praktijken ook steeds vaker weten niet meer elke kraamvrouw voor een nacontrole terug te laten komen.

Dit betekent enerzijds dat het gemiddeld aantal contacten voor postnatale zorgverlening geleidelijk aan verminderd en de vraag is of dat een bewuste keus is en zo ja, of dat een goede keus is. Het betekent anderzijds dat het aantal cliënten dat voor dit onderzoek benaderd kan worden steeds kleiner wordt en dat de representativiteit van de cliëntengroep in dit onderzoek verder verminderd is. In hoofdstuk 5 is al aangegeven dat de groep kraamvrouwen in het onderzoek niet representatief is voor alle Nederlandse kraamvrouwen, maar, omdat alleen kraamvrouwen die op nacontrole komen een vragenlijst overhandigd krijgen, is de groep respondenten mogelijk ook niet meer representatief voor de eerstelijns populatie.





## 8 Gegevensverzameling 2004

Voor de gegevensverzameling in 2004 zullen allereerst alle praktijken, die in 2003 hebben meegewerkt, gevraagd worden opnieuw mee te werken. Ook praktijken die eerder benaderd zijn maar, om wat voor reden dan ook, niet hebben meegewerkt, worden opnieuw om medewerking gevraagd. Daarnaast zullen enkele nieuwe praktijken benaderd worden, om de representativiteit van de steekproef te waarborgen. In principe zal de gegevensverzameling hetzelfde verlopen als in 2001, 2002 en 2003 het geval was: aan de praktijken zal gevraagd worden in dezelfde periode te gaan registreren als zij het afgelopen jaar gedaan hebben, de periode is opnieuw drie weken en van alle verloskundigen, ook incidentele waarnemers die tijdens die drie weken in de praktijk werkzaam zijn, wordt gevraagd hun tijd te registreren. Elke tijdregistratie wordt gevolgd door een vragenlijst met aanvullende vragen, onder andere over minder frequent voorkomende werkzaamheden. Informatie over de praktijkorganisatie wordt opnieuw op praktijkniveau gevraagd. Ook zal opnieuw gevraagd worden een cliëntenvragenlijst mee te geven aan cliënten die voor de afsluiting van de kraamperiode op het spreekuur komen.

In 2003 is aanvullende informatie verzameld over klinisch werkende verloskundigen. In 2004 zal een begin gemaakt worden met een nieuwe behoefteanalyse voor verloskundige zorgverleners. De eerder verzamelde gegevens over verloskundig actieve huisartsen en over klinisch werkende verloskundigen zullen hier onderdeel van uitmaken.



# LITERATUUR

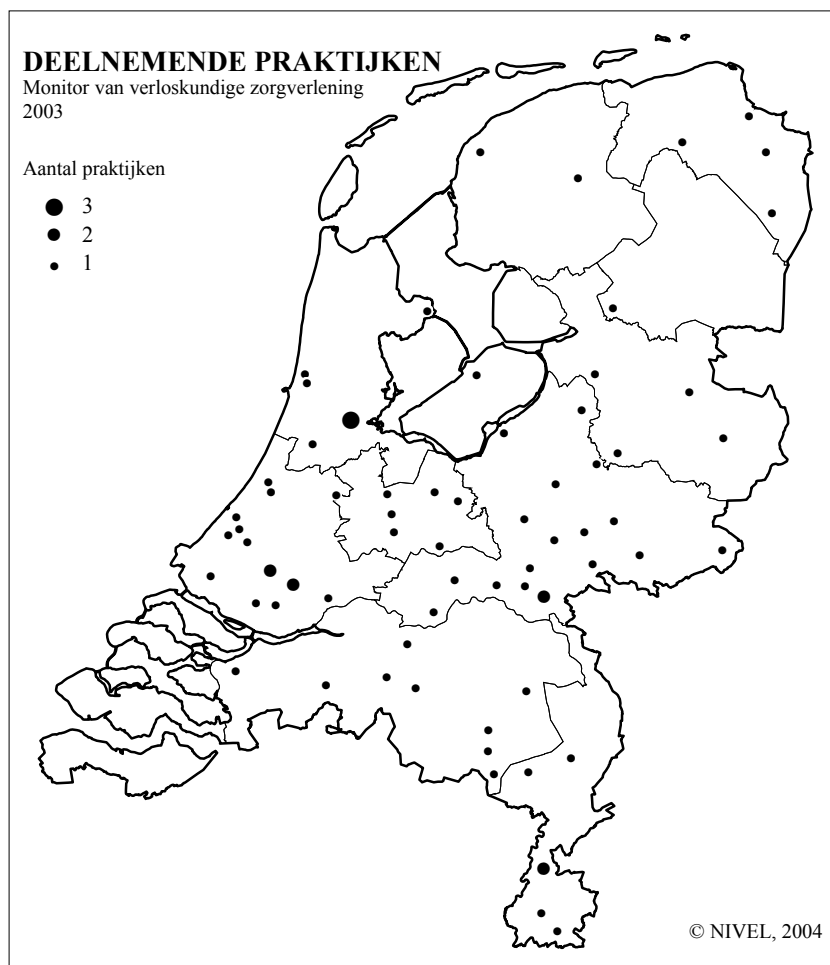
- Arts S, Kersten H, Kerkstra A. (1997) Werken in de gezinsverzorging. LCVV, NIVEL, De Tijdstroom, Utrecht
- Boumans NPG, Landeweer JA, Houtem JHM. (1989) Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen: Factor- en betrouwbaarheidsanalyse van een meetinstrument. Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 67: 199-203
- Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 28 maart 2000 (CSZ/EZ-2058556)
- Caris-Verhallen WMCM.(1999) Nurse-patient communication in elderly care. Utrecht, Nivel (proefschrift)
- CBS maandcijfers in statline.cbs.nl, meerdere jaren
- Herschderfer KC, Sneeuw KCA, Buitendijk SE (2002) Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Leiden, TNO- Preventie en Gezondheid. (TNO-rapport PG/JGD/2002.089)
- Houtman ILD, Bloemhoff A, Dhondt S, Terwee C. (1994) WEBA en NOVA-WEBA in relatie tot gezondheid en welbevinden van werknemers. NIPG-publicatienummer 94.003, TNO Leiden.
- Kenens R, Hingstman L. (2003) Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2003. Utrecht, NIVEL
- NVOG. Nota Normpraktijk Gynaecologie 2000. september 2000, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE. (2002) De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage: 1995-2000. Leiden, TNO- Preventie en Gezondheid. (TNO-rapport PG/JGD 2001.235)
- Ruijters RFM, Stevens FJC. (1992) Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. Verpleegkunde 2: 106-114
- Stuurgroep Modernisering Verloskunde (2000) Eindrapport: Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21<sup>e</sup> eeuw.
- Wiegiers T, Berghs G. (1994) Bevalllen ..... thuis of poliklinisch ? Utrecht, Nivel

- Wiegers TA. (1997) Home or hospital birth. A prospective study of midwifery care in the Netherlands. Utrecht, Nivel (proefschrift)
- Wiegers T, Hingstman L, Zee J van der. (2000) Thuisbevalling in gevaar: overheid pakt personeelsproblemen aan. Medisch Contact 55;701-704
- Wiegers TA, Coffie D, Hartings RCP, Kuperus KJ (2001) Tijdbesteding in verloskundige praktijken / Basistakenpakket verloskunde. Situatie zomer 2000. Utrecht, Nivel / Leusden, Deloitte & Touche Bakkenist
- Wiegers TA, Velden LFJ van der, Hingstman L. (2002) Behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010. Utrecht, NIVEL
- Wiegers TA, Coffie D. (2002) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage eerste meting, najaar 2001. Utrecht, NIVEL
- Wiegers TA, Coffie D. (2003) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage tweede meting, najaar 2002. Utrecht, NIVEL

## Bijlage I

Regionale spreiding van deelnemende verloskundige praktijken in 2003

Figuur A: Deelnemende verloskundige praktijken in 2003



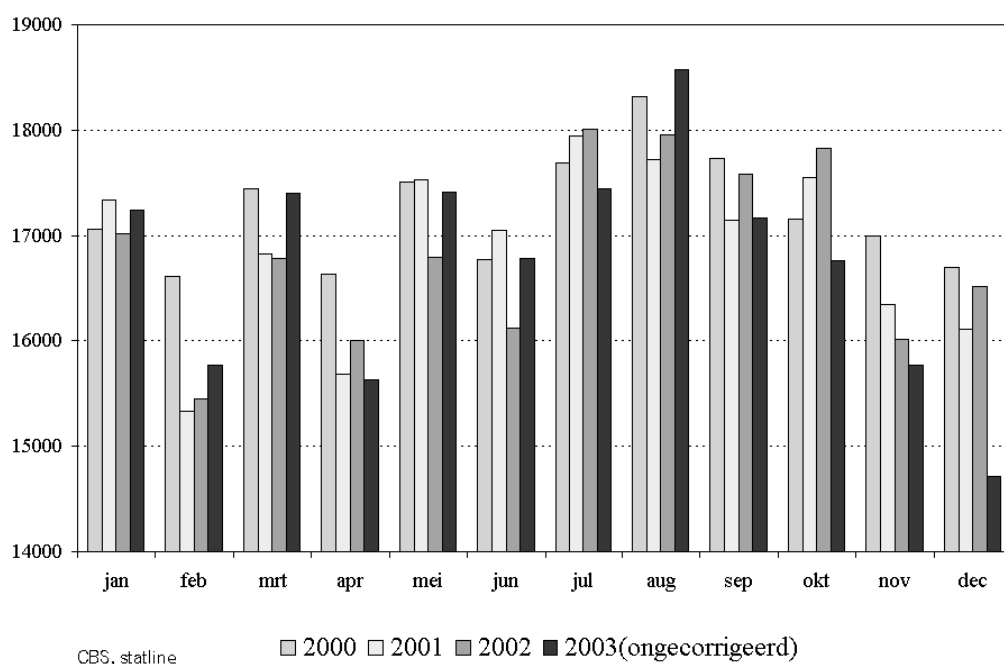


## Bijlage II

### Representativiteit van de registratieperiode

De tijdregistratie in het kader van dit onderzoek vindt steeds in het najaar plaats. Om na te gaan in hoeverre de registratieperiode representatief is voor het aantal bevallingen gedurende het hele jaar, zijn voor de jaren 2000 tot en met 2003 de maandcijfers over aantallen levendgeborenen van het CBS in onderstaande figuur bij elkaar gezet. Er is van afgezien om nog meer jaren in de figuur op te nemen, omdat dat geen extra informatie meer toevoegt, terwijl de figuur er wel onoverzichtelijker van zou worden. Wat vooral uit de figuur naar voren komt is dat er een duidelijke regelmaat zit in de spreiding van geboortes over een jaar, met relatief weinig geboortes in het (vroeg) voorjaar en relatief veel geboortes in de zomer.

Figuur B: Aantal levendgeborenen, maandcijfers 2000 - 2003 (bron: [www.CBS.nl](http://www.CBS.nl))



Uit de figuur blijkt dat over het algemeen de meeste kinderen geboren worden in de maanden juli of augustus, namelijk in 2001 en 2002 in juli en in 2000 en 2003 in augustus (voor 2003 betreft het overigens nog voorlopige cijfers). Het laagste maandelijkse aantal geboortes is in februari, omdat februari een korte maand is.

Ook in de jaren voorafgaand aan 2000 valt de piek in het aantal levendgeborenen meestal in juli of augustus. In onderstaande tabel is voor de jaren 1995 tot en met 2002 het gemiddeld aantal levendgeborenen per maand, het maandelijks gemiddelde voor de drie maanden augustus, september en oktober (de periode waarin de registratie plaatsvindt) en het verschil tussen beide gemiddelden gepresenteerd.

Tabel A: gemiddeld aantal levendgeborenen (bron: CBS)

	over 12 maanden		over aug - sept - okt		verschil
	totaal	per maand	per maand		
1995	190.513	15.876	16.407	+ 531	
1996	189.521	15.793	16.507	+ 714	
1997	192.443	16.037	16.311	+ 274	
1998	199.408	16.617	17.634	+ 1.017	
1999	200.445	16.703	17.323	+ 620	
2000	206.619	17.218	17.735	+ 517	
2001	202.603	16.884	17.476	+ 592	
2002	202.083	16.840	17.792	+ 952	
2003 (ongecorrigeerd)	200.689	16.724	17.506	+ 782	

Hieruit blijkt dat steeds in de maanden augustus, september en oktober per maand naar verhouding meer kinderen geboren worden dan gemiddeld over het hele jaar.

Aangenomen mag worden dat het percentage bevallingen in de eerste lijn en het percentage verwijzingen tijdens de bevalling in deze maanden in principe niet anders zal zijn dan in andere maanden. Dat betekent dat onze registratieperiode voor veel verloskundigen, voor wat betreft de cliëntgebonden werkzaamheden, in een relatief drukke tijd van het jaar valt.

Omdat het aantal geboortes per maand jaarlijks op ongeveer dezelfde manier fluctueert, is het belangrijk om de tijdregistratie zoveel mogelijk in steeds dezelfde periode te laten plaatsvinden.