



Dit rapport is uitgegeven door het Nivel in 2002.

De gegevens mogen met bronvermelding (Monitor verloskundige zorgverlening, T. a. Wiegers, D. Coffie) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie @nivel.nl.

## **MONITOR VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING**

### **RAPPORTAGE EERSTE METING, NAJAAR 2001**

TA Wiegers  
D Coffie

Utrecht, mei 2002

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

TA Wiegiers

Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage eerste meting, najaar 2001 / TA Wiegiers, D.Coffie.

Utrecht: Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg);

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-564-3

Trefw.: verloskundigen, verloskundige zorg, tijdbesteding, werkdruk

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

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



## Voorwoord

Voor u ligt de eerste jaarrapportage in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening. Er zullen er nog vier volgen. Daarnaast wordt over deelaspecten binnen dit onderzoek afzonderlijk gerapporteerd. Het eerste, in voorjaar 2002 in het kader van deze Monitor gepubliceerde rapport is: Wiegiers e.a. (2002) behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010. In deze eerste jaarrapportage wordt uitgebreid aandacht besteed aan de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening die de aanleiding gevormd hebben tot dit onderzoek: de onrust binnen de beroepsgroep, de reactie daarop van de overheid en de stappen die genomen zijn om het Nederlandse systeem en met name de thuisbevalling in stand te houden. De gerapporteerde resultaten betreffen in hoofdzaak de gegevens die in verloskundige praktijken verzameld zijn en kunnen beschouwd worden als een nulmeting, een beschrijving van de uitgangssituatie, waartegen de ontwikkelingen in de komende jaren afgezet kunnen worden. Meer dan tweehonderd verloskundigen hebben aan dit onderzoek meegewerkt en we willen hen heel hartelijk bedanken voor hun inzet en betrokkenheid. Ook de meer dan 600 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

mw. T. de Geus, namens VWS

dhr. E. Sietsma, namens de LHV (tot december 2001)

dhr. M. Schutte, namens de NVOG

mw. I. la Haye, namens de LVT (tot maart 2002)

dhr. A. Treffers, namens BTN

Utrecht, april 2002

Trees Wiegiers

Dayline Coffie



Inhoud	pagina
1. Achtergrond en vraagstellingen van het project 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Beleidsmaatregelen	9
1.3 Vraagstellingen	11
1.4 Gegevensbronnen en meetinstrumenten	14
1.5 Opbouw van dit rapport	15
2. Opzet en methode van de eerste meting 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'.	17
2.1 Deelvraagstellingen	17
2.2 Steekproef en respons	18
2.3 Vergelijking met eerder onderzoek	20
3. Resultaten eerste meting	21
3.1 De beroepsgroep van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen	21
3.2 De deelnemende praktijken	25
3.3 De tijdbesteding van verloskundigen	30
3.4 Werkdruk	37
3.5 Arbeidssatisfactie en wensen ten aanzien van de toekomst	39
3.6 Het oordeel van de cliënten	41
3.7 Concentratie van tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde	46
4. Vergelijking met eerder onderzoek	47
4.1 Vergelijking met het tijdbestedingsonderzoek, zomer 2000	47
4.2 Vergelijking met het Kraamzorgonderzoek van TNO-PG, 2001	49
5. Samenvatting en conclusie	53
6. Gegevensverzameling 2002	57
Literatuur	59
Bijlage I <i>Aandeel van verloskundigen, gynaecologen en huisartsen in de verloskundige zorg in 1998</i>	61
Bijlage II <i>Representativiteit van de registratieperiode</i>	63
Bijlage III <i>Regionale spreiding deelnemende praktijken in 2001 en crisisregio's</i>	65



# 1 Achtergrond en vraagstellingen van het project 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'.

## 1.1 Achtergrond

In de afgelopen jaren is het besef gegroeid dat de verloskundige zorg met grote problemen kampt. Het is steeds duidelijker geworden dat er een tekort is aan verloskundigen. In een onderzoek naar werk en werkdruk in 1993 (Jabaaij e.a. 1994) werd al gesignaleerd dat bijna 40% van de verloskundige praktijken op zoek was naar een extra verloskundige, hetzij als associatie-partner, hetzij als waarnemer. Bij het onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorg in 1999 (Wiegers e.a. 1999) was bijna de helft van alle praktijken op zoek naar een extra verloskundige, maar slaagde er maar niet in die te vinden. Dit bleek veelal tot gevolg te hebben dat veel verloskundigen meer werken dan ze eigenlijk zouden willen of langer blijven doorwerken, terwijl ze eigenlijk zouden willen stoppen. Dat het tekort steeds nijpender is geworden is ook tot uiting gekomen in het feit dat praktijken gesloten zijn, omdat verloskundigen geen opvolger, extra collega of waarnemer hebben kunnen vinden of kunnen betalen (Crébas 1999A). Het gevolg was een hoge werkdruk, vanwege het feit dat de vraag naar verloskundige zorg geen uitstel duldt. Het niveau van de inkomsten stond bovendien volgens de verloskundigen op gespannen voet met de inspanningen die ze daarvoor leveren. De oorzaak hiervan was een in hun ogen te hoge normpraktijk en te lage honorering. Veel verloskundigen klaagden daarom ook over het ontbreken van een juiste balans tussen privé en werk (Wiegers e.a. 1999). Dit komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede en het risico bestaat, dat hierdoor meer zwangeren dan wenselijk is worden doorverwezen naar de tweede lijn.

Daar komt bij dat het aantal huisartsen dat verloskundige zorg verleent de laatste jaren verder teruggelopen is en huisartsen die nog wel verloskundige zorg verlenen met dezelfde soort problemen te maken hebben als verloskundigen: het niet of moeilijk kunnen vinden van waarnemers en vervangers die verloskunde willen en kunnen uitoefenen, het steeds meer moeite hebben met de druk die het verlenen van verloskundige zorg legt op de praktijk en het grote beslag dat het legt op de vrije tijd (Wiegers & Hingstman 1999).

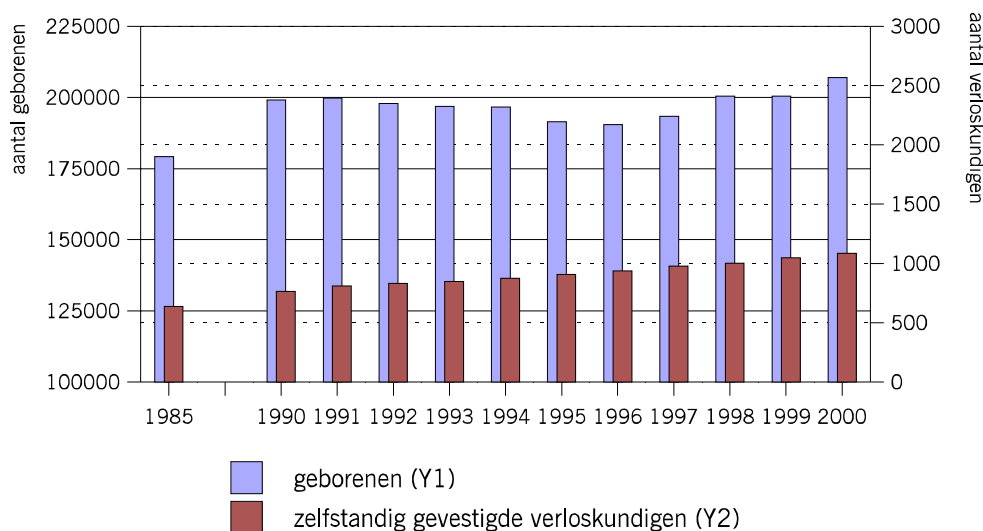
De overheid erkent deze problemen en heeft maatregelen genomen, die er toe moeten leiden dat de eerstelijnsverloskunde wordt versterkt, de werkdruk van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen tot een acceptabel niveau wordt teruggebracht en dat het unieke Nederlandse systeem van verloskundige zorgverlening ook in de toekomst kan blijven functioneren. Hiertoe is in september 1999 door de minister van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) de Stuurgroep Modernisering Verloskunde ingesteld. In deze Stuurgroep (die zichzelf inmiddels heeft omgevormd tot Platform Modernisering Verloskunde) hadden vertegenwoordigers zitting van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), de VVAH (Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen), de NVOG (Nederlandse Vereniging van Obstetrici en Gynaecologen), de NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde), ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en het departement van VWS. Sinds januari 2000 zijn ook de LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) en BTN (Branchebelang Thuiszorg Nederland) hierbij betrokken. In antwoord op kamervragen liet de minister weten dat de taken van de Stuurgroep zouden zijn: het in kaart brengen van de problemen in de verloskunde, het



formuleren van aanbevelingen over oplossingen voor deze problemen en het formuleren van een voorstel voor een convenant tussen de minister en de bij de verloskunde betrokken partijen (Tweede Kamer der Staten Generaal 1999). In augustus 2000 is de Stuurgroep met een eindrapport gekomen waarin een visie is neergelegd over de gewenste toekomstige verloskundige zorgverlening in Nederland, de positionering van de verloskundige zorgverlening in eerste en tweede lijn, de werkomstandigheden van verloskundigen en de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening. In de eindrapportage aan de minister heeft de Stuurgroep maatregelen voorgesteld, zoals: het vergroten van de opleidingscapaciteit van zowel de opleidingen voor verloskundigen als de opleidingen voor huisartsen, het verlagen van de normpraktijk van verloskundigen en het stimuleren van nieuwe vormen van samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en andere bij de verloskundige zorg betrokken hulpverleners. Om na te gaan wat het effect van deze maatregelen is, is het van groot belang, zo stelt de Stuurgroep, om een monitoringssysteem op te zetten, dat op geregelde tijden feedback kan geven en op basis waarvan bijsturing mogelijk is. Het hier beschreven onderzoek beoogt gedurende vijf jaar de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening te monitoren.

De huidige problemen in de verloskundige zorg brengen, niet alleen volgens de verloskundigen zelf, maar ook volgens de Stuurgroep Modernisering Verloskunde, waarin vertegenwoordigers van zowel zorgverleners als overheid en zorgverzekeraars zitting hebben, de thuisbevalling in gevaar. De oorzaken hiervan zijn volgens hen te vinden in uiteenlopende ontwikkelingen in de afgelopen periode, zoals de ontwikkelingen binnen de beroepsgroep zelf, waarbij, onder andere, het werk van verloskundige steeds minder wordt beschouwd als een roeping, maar steeds meer als een gewoon beroep, dat gescheiden kan worden van het privéleven en waarbij een evenwichtige balans tussen werk en privé gevonden moet kunnen worden. Verder is de vraag naar verloskundige zorg de laatste jaren onverwacht toegenomen, is er een tendens ontstaan tot schaalvergroting bij maatschappen van gynaecologen en kinderartsen en loopt het aantal verloskundig actieve huisartsen terug (Stuurgroep Modernisering Verloskunde 2000).

Figuur 1.1: Totaal aantal geborenen en aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen



Bron: CBS en Nivel-registratie van verloskundigen

In figuur 1.1 zijn twee gegevens samengebracht: het totaal aantal kinderen dat tussen 1985 en 2000 in Nederland is geboren (CBS 1999, 2000) en het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen (Kenens & Hingstman 2001). Let wel: de schaalverdeling van beide gegevens is verschillend.

Terwijl het aantal verloskundigen met een eigen praktijk geleidelijk is toegenomen van ruim 600 in 1985 naar ruim 1.000 in 2000, vertoont het aantal geborenen een golfbeweging, met een terugloop van iets minder dan 200.000 kinderen in 1990 naar ruim 190.000 kinderen in 1996, gevolgd door een onverwacht sterke stijging tot ruim 207.000 in 2000.

Het aandeel van de verloskundigen in de totale verloskundige zorg is in de loop van de tijd toegenomen. Weliswaar is het percentage van alle bevallingen dat onder verantwoordelijkheid van een verloskundige plaatsvindt de laatste jaren nauwelijks meer veranderd, dat blijft schommelen rond de 36%, maar het aantal vrouwen dat de zorg begint in de eerste lijn is toegenomen, van ongeveer 70% van alle zwangeren in 1990, naar 81% in 1995 en 83% in 1998. Tegelijkertijd is ook het aantal verwijzingen, zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling, toegenomen (tabel 1.1).

Tabel 1.1: percentage verwijzingen naar de tweede lijn ten opzichte van het aantal zwangeren dat op dat moment in zorg is in de eerstelijns.

	1989	1995	1998
verwezen tijdens de zwangerschap	17,5%	29,3%	33,2%
verwezen tijdens de baring	23,7%	24,4%	28,3%

Bron: SIG Zorginformatie 1996, TNO-PG 2000

Het aantal verloskundigen, werkzaam in de eerste lijn, groeit gestaag. Al jaren is het saldo tussen vestiging en vertrek positief. In 1993 is de opleidingsduur voor verloskundigen met een jaar verlengd, van drie naar vier jaar. Als gevolg hiervan is in 1996 maar een kleine groep verloskundigen nieuw op de arbeidsmarkt gekomen. Daar staat tegenover dat in 1994 de opleidingscapaciteit is uitgebreid van 90 naar 120 plaatsen voor eerstejaars studenten. Sinds 2000 is de opleidingscapaciteit verder uitgebreid.

De meeste verloskundigen (71%) werken in een zelfstandige praktijk (Kenens & Hingstman 2001). Dat wil zeggen dat ze ondernemer zijn, alleen of in een maatschap met collega's. Het inkomen van een zelfstandig gevestigde verloskundige is afhankelijk van de praktijkinkomsten en de praktijkkosten. De praktijkinkomsten zijn gerelateerd aan de hoeveelheid zorg die geleverd wordt, waarbij tot juli 2000 als rekeneenheid een normpraktijk van 150 bevallingen werd gehanteerd. Verloskundigen ontvingen 1099 gulden per cliënt en dit omvatte gemiddeld: een intake en gemiddeld 12 zwangerschapscontroles, begeleiding tijdens de bevalling, ongeveer 5 kraambedvisites en een afsluitende controle op het spreekuur. Na aftrek van de praktijkkosten vormde dat bij 150 bevallingen per jaar het norminkomen. Uit verschillende onderzoeken was echter gebleken dat het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige per jaar rond de 120 ligt (Jabaaij e.a. 1994, Wiegers e.a. 1999). Dat wil zeggen dat een gemiddelde verloskundige niet toekwam aan het norminkomen. Dat heeft enerzijds te maken met het feit dat een deel van de verloskundigen part-time werkzaam is. Uit de gegevens van de registratie van verloskundigen bleek dat in 2000 verloskundigen met een eigen praktijk gemiddeld 0,87 FTE werkten (Hingstman 2000). Omgerekend betekent dit echter dat ook bij full-time werken het norminkomen niet gehaald werd. Naast het part-time werken spelen ook andere factoren een rol, zoals het feit dat de moderne zwangere steeds

mondiger is geworden en hogere eisen stelt aan de begeleiding, waardoor de tijd besteed per zwangere is toegenomen. Ook is in de loop der tijd het takenpakket van de verloskundige steeds verder uitgebreid en gaat er steeds meer tijd zitten in administratieve en organisatorische taken en andere taken die buiten het directe cliënt-contact liggen, zoals overleg en samenwerking. Om toch voldoende inkomsten te verwerven, bijvoorbeeld om een waarnemer te kunnen betalen of om de administratie te kunnen automatiseren, werken veel verloskundigen meer uren dan ze eigenlijk zouden willen. Want ook verloskundigen willen, evenals andere beroepsbeoefenaren, steeds vaker in deeltijd werken. Dit heeft tot gevolg dat er meer verloskundigen nodig zijn om een zelfde hoeveelheid zorg te kunnen verlenen (Crébas 1999B).

Het tekort aan kraamverzorgenden leidt er eveneens toe dat er een groter beroep op verloskundigen gedaan wordt, niet alleen in de kraamperiode maar ook tijdens de bevalling, als er geen kraamverzorgende aanwezig is voor het verlenen van partusassistentie (Wiegers e.a. 1999).

Een andere ontwikkeling die in dit kader genoemd moet worden is het streven van de overheid en de beroepsverenigingen van kinderartsen (NVK) en gynaecologen (NVOG) naar concentratie van zorg in grote regionale ziekenhuizen, met maatschappen van minimaal drie of vier specialisten. Het gevolg hiervan is sluiting van afdelingen Verloskunde en Kindergeneeskunde in kleinere perifere ziekenhuizen, waardoor verloskundigen en huisartsen verder moeten reizen met hun cliënten. Dit kan leiden tot een daling van het aantal thuisbevallingen, omdat uit voorzorg eerder wordt gekozen voor een poliklinische bevalling. Maar het kan ook leiden tot een daling van het aantal eerstelijns bevallingen, omdat vrouwen sneller naar de tweede lijn worden verwezen, omdat zij het risico niet willen nemen van een verwijzing en vervolgens een verplaatsing tijdens de bevalling (Wiegers e.a. 2000).

Tot slot kan genoemd worden dat er, met name in dunbevolkte gebieden, problemen ontstaan in de eerstelijns verloskunde als gevolg van de steeds verdergaande daling van het aantal verloskundig actieve huisartsen. Een voorbeeld daarvan is Noord-Beveland, waar de huisartsen hebben besloten geen bevallingen meer te begeleiden, vanwege het geringe aantal zwangeren in hun regio, waardoor het voor hen niet mogelijk is om hun deskundigheid en vaardigheid op peil te houden (Welling e.a. 1999).

## 1.2 Beleidsmaatregelen

Zoals in het bovenstaande vermeld is, heeft de overheid zich deze problemen aangetrokken en heeft maatregelen genomen om het aanbod aan zorgverleners en de organisatie van de verloskundige zorg te verbeteren. Deze maatregelen zijn gebaseerd op de aanbevelingen die de Stuurgroep Modernisering Verloskunde in een tussenrapportage van 10 maart 2000 en in het eindrapport van augustus 2000 heeft voorgesteld (Stuurgroep Modernisering Verloskunde 2000). Enkele van deze aanbevelingen zijn:

- Verlaging van de normpraktijk van 150 naar 120 bevallingen per jaar.
- Verhoging van de capaciteit van de opleiding tot verloskundige van 120 naar 160 plaatsen.
- Onderzoek naar de gevolgen van de concentratie van klinische kindergeneeskunde en klinische obstetrie voor de thuisbevalling.
- Aan de basis van de zorgverlening door verloskundigen dient een samenwerkingsverband te staan van minimaal 4 FTE verloskundigen.

- Vormgeving van een regionale ondersteuningsstructuur in de vorm van Districts Verloskundige Platforms, die de leden (verloskundige praktijken, verloskundig actieve huisartsen en andere voor de verloskunde relevante beroepsgroepen) ondersteunen bij het kwaliteitsbeleid, de samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen, de administratie, de automatisering, het overleg met derden en de ontwikkeling van een regio-visie.

Op basis hiervan heeft de minister van VWS de normpraktijk voor verloskundigen per 1 juli 2000 verlaagd van 150 naar 120 bevallingen per jaar. Daarbij is niet uitgesloten dat een verdere verlaging zal volgen. Ook de capaciteit van de drie opleidingen voor verloskundigen is uitgebreid van 120 naar 160 plaatsen per september 2000 en naar 200 per september 2001. Bovendien is met ingang van september 2001 een vierde opleiding gestart in Groningen, met nog eens maximaal 40 plaatsen. Verder is begonnen met het ontwikkelen van de regionale ondersteuningsstructuur, in de vorm van enerzijds Districts Verloskundige Platforms en anderzijds regiokantoren, waarmee afzonderlijke praktijken een aantal niet-patiënt-gebonden werkzaamheden uit handen genomen kan worden. Al eerder had de minister een uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor huisartsen toegezegd. In hoeverre daarmee ook het potentieel aantal verloskundig actieve huisartsen zal toenemen, hangt af van de opleidingsinstituten zelf en de aandacht die verloskunde binnen de opleiding tot huisarts krijgt.

De overheidsmaatregelen zijn bedoeld om de werkdruk van verloskundigen te verlagen en daarmee te bevorderen dat verloskundigen met een maatschappelijk aanvaardbare werkweek in staat zijn een norminkomen te verdienen. Daarvoor is tevens een zorgvuldige raming van de toekomstige behoefte aan verloskundige zorgverleners noodzakelijk.

De minister stelde in haar brief aan de Kamer van 28 maart 2000 dat de effecten van het pakket aan maatregelen goed zullen moeten worden gemonitord om te kunnen bepalen of eventueel de uitgangspunten die gehanteerd zijn bij het nemen van bovengenoemde maatregelen dienen te worden bijgesteld (Brief Minister van VWS, maart 2000).

### **1.3 Vraagstellingen van de Monitor Verloskundige Zorgverlening**

Dit onderzoek richt zich op het monitoren van de effecten die de beleidsmaatregelen hebben op het aanbod, de organisatie en de doelmatigheid van de verloskundige zorgverlening. Omdat het niet mogelijk is om van verschillende maatregelen, die tegelijkertijd genomen worden, afzonderlijk het effect te bepalen is het noodzakelijk om een totaalbeeld te vormen van de stand van zaken in de verloskundige zorgverlening om vervolgens na te kunnen gaan welke veranderingen onder invloed van de genomen maatregelen optreden.

Om het effect (of de invloed) van de maatregelen te kunnen beoordelen en het beleid zo nodig bij te kunnen stellen zijn gegevens nodig op drie verschillende niveaus: op het niveau van de beroepsgroepen (aanbod), op het niveau van de verloskundige praktijkvoering (organisatie) en op het niveau van de zorgverlening zelf (doelmatigheid). In het hier beschreven onderzoek wordt daarom op alle drie de genoemde niveaus gegevens verzameld om de ontwikkelingen te kunnen monitoren.

#### *De beroepsgroep van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen*

Om in de toekomst te kunnen voldoen aan de vraag naar eerstelijns verloskundige zorg is het van belang dat er voldoende zorgverleners worden opgeleid. Het uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen voor zowel verloskundigen als huisartsen zal invloed hebben op het

aanbod aan zorgverleners, maar die invloed zal pas op langere termijn zichtbaar zijn, ten eerste omdat de opleiding tot verloskundige vier jaar duurt en de beroepsopleiding tot huisarts drie jaar. Ten tweede omdat het in eerste instantie gepaard kan gaan met een sterkere uitstroom van zorgverleners die voor hun gevoel al veel langer zijn blijven doorwerken dan ze van plan waren geweest. Ook in 1994 is een uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen doorgevoerd. Te verwachten valt dat deze toename al wel op korte termijn merkbaar zal zijn in het aanbod aan zorgverleners in de komende jaren.

Het verlagen van de normpraktijk zal naar verwachting sneller dan de uitbreiding van de opleidingscapaciteit invloed hebben op het aanbod aan zorgverleners, omdat bijvoorbeeld meer verloskundigen zullen blijven werken of weer als herintreder aan het werk zullen gaan, nu met een minder aantal bevallingen toch een norminkomen verdiend kan worden.

Om de invloed van de verlaging van de normpraktijk in 2000 en de verhoging van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen in 1994 en in 2000 en 2001, evenals de invloed van de uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor huisartsen te kunnen vaststellen en op grond daarvan het beleid zo nodig te kunnen bijstellen, is inzicht nodig in de veranderingen in het aanbod.

De eerste vraagstelling in dit onderzoek richt zich dan ook op het aanbod en luidt daarom:

**1a. Wat is de invloed van het verlagen van de normpraktijk per 1-6-2000 van 150 naar 120 bevallingen en de uitbreiding van de opleiding voor verloskundigen van 90 naar 120 plaatsen in 1994 op het aanbod aan verloskundigen?**

en op de langere termijn:

- b. Wat is de invloed van de uitbreiding van de opleiding voor verloskundigen van 120 naar 160 plaatsen per 1-9-2000 en vervolgens naar maximaal 240 per 1-9-2001 op het aanbod aan verloskundigen?**
- c. Wat is de invloed van de huidige uitbreiding van opleidingsplaatsen voor huisartsen op het aanbod aan verloskundig actieve huisartsen?**

Om vervolgens ook in de toekomst zorg te kunnen dragen voor een voldoende aanbod aan verloskundige zorgverleners is een behoefteaming noodzakelijk, waarbij uitgegaan wordt van de reële behoefte aan zorg en niet van een vooraf vastgestelde normpraktijk en waarbij meerdere scenario's worden uitgewerkt voor de te verwachten behoefte aan verloskundige zorgverleners.

Het *aanbod aan verloskundige zorg* wordt niet alleen bepaald door het aantal beschikbare verloskundige zorgverleners (verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen), maar ook door het aantal beschikbare FTE (full-time-equivalenten). Bij de beschrijving van het aanbod aan verloskundige zorg dient daarom ook rekening gehouden te worden met de werkelijke en gewenste arbeidsduur.

De *behoefte aan verloskundige zorg* wordt bepaald door een combinatie van factoren, zoals: het aantal te verwachten zwangeren, de verdeling daarvan over eerstelijns en tweedelijnszorg en de tijd die per zwangere aan zorgverlening besteed wordt.

De tweede vraagstelling in dit onderzoek luidt daarom:

**2. Wat is de toekomstige behoefte aan verloskundige zorgverleners, zowel in de eerste als in de tweede lijn?**

Een eerste behoefteaming is inmiddels uitgevoerd en gerapporteerd (Wiegers e.a. 2002)

### *De praktijkvoering en samenwerking*

Het omlaag brengen van de normpraktijk van verloskundigen zal ook van invloed zijn op de praktijkvoering, in die zin, dat bij een gelijkblijvende praktijkomvang de praktijkinkomsten toenemen, waardoor de financiële ruimte groter wordt. Dit stelt verloskundigen in staat om hun werkdruk te verlagen, bijvoorbeeld door een extra collega of waarnemer aan te trekken. Het kan ook zijn dat de grotere financiële armslag gebruikt wordt om de praktijkorganisatie te verbeteren, bijvoorbeeld door het aantrekken van extra ondersteuning, zoals een praktijkassistente, of door het (meer) gebruik maken van gestructureerde informatie- en communicatietechnologie, wat ook de werkdruk kan verlagen. Ook is het mogelijk dat verloskundigen er voor kiezen om hun werkdruk te verlagen door minder inschrijvingen te accepteren.

De DistrictsVerloskundige Platforms, waarin verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen en kraamverzorgenden gaan samenwerken, zal naar verwachting een bijdrage leveren aan het verbeteren van de samenhang in de hele keten van verloskundige zorgverlening door een platform te bieden voor overleg en samenwerking, zowel binnen de eerstelijns als tussen eerste en tweede lijn. De regiokantoren moeten een bijdrage gaan leveren aan het verbeteren van de organisatie in verloskundige praktijken en het verminderen van de werkdruk, door een aantal niet-patiënt-gebonden activiteiten op regionaal niveau in plaats van op praktijkniveau te regelen.

De derde vraagstelling van dit onderzoek luidt daarom:

- 3a. Wat is de invloed van verlaging van de normpraktijk en het opzetten van DistrictsVerloskundige Platforms op de samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerste lijn en tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn?**
- b. Wat is de invloed van verlaging van de normpraktijk en het opzetten van regiokantoren op de praktijkorganisatie van verloskundigen, op de uitvoering van het basistakenpakket van verloskundigen en op de werkdruk van verloskundigen?**

### *De zorgverlening*

De aanbevelingen van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde en de naar aanleiding daarvan door de minister genomen maatregelen zijn er op gericht dat het Nederlandse verloskundige systeem, inclusief de mogelijkheid om thuis te bevallen, ook voor de toekomst wordt veilig gesteld. Uitgangspunt van het Nederlandse systeem is dat vrouwen met een ongecompliceerd verlopende zwangerschap en een laag risico op obstetrische complicaties zorg ontvangen van een eerstelijns zorgverlener en thuis bevallen, als zij dat willen. De hoge werkdruk onder verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, de concentratie van de klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde en het tekort aan kraamverzorgenden leidt er toe dat steeds meer gezonde zwangeren noodgedwongen in het ziekenhuis bevallen. Dit leidt tot ondoelmatige zorg, ten eerste omdat ziekenhuiszorg duurder is dan thuiszorg en ten tweede omdat in het ziekenhuis de kans op interventies groter is dan in de thuissituatie. Het verlagen van de werkdruk van verloskundigen en het verbeteren van de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn, zullen er hopelijk toe leiden dat de doelmatigheid van de zorg, dat wil zeggen: de juiste zorg op de juiste plaats, verbetert, in die zin dat een vrouw die thuis wil en mag bevallen, dat ook kan doen en niet door omstandigheden, die niets met haar zwangerschap of baring te maken hebben, gedwongen wordt in het ziekenhuis te bevallen.

Om te kunnen vaststellen of de concentratie van klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde inderdaad de genoemde negatieve invloed heeft op de doelmatigheid van de

verloskundige zorgverlening, zal eerst vastgesteld moeten worden in hoeverre er inderdaad sprake is van dergelijke concentratie.

De vierde vraagstelling van dit onderzoek luidt daarom:

- 4a. In welke mate is er sprake van concentratie van klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde?**
- b. Wat is de invloed van de concentratie van klinische zorg, gecombineerd met het totale pakket aan overheidsmaatregelen op de doelmatigheid van de verloskundige zorgverlening?**

## 1.4 Gegevensbronnen en meetinstrumenten

De volgende gegevensbronnen en meetinstrumenten worden in dit onderzoek gebruikt:

- de jaarlijkse **NIVEL registraties van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen**.

Deze registraties geven inzicht in de ontwikkelingen van de beroepsgroep van verloskundigen wat betreft omvang en spreiding, naar soort praktijk en soort functie. Ook geven ze inzicht in het extern rendement van de opleiding tot verloskundige. Zo nodig kunnen aanvullende vragen aan de registratie formulieren worden toegevoegd.

- de jaarlijkse **NIVEL registratie van pas-afgestudeerde en praktijk zoekende huisartsen**.

Hierin is met ingang van peildatum 1-1-2000 ook gevraagd naar de betrokkenheid bij verloskundige zorgverlening van nieuw gevestigde huisartsen en de wensen op dat gebied van praktijk zoekende huisartsen.

- De voorlopig **éénmalige gegevensverzameling bij gevestigde huisartsen**.

in het kader van de huisartsenregistratie van het Nivel is per 1-1-2001 een éénmalige gegevensverzameling gehouden onder alle werkzame huisartsen (Het ligt in de bedoeling deze gegevensverzameling elke vijf jaar te herhalen). Hierin is onder andere gevraagd of in de praktijk waar de huisarts werkzaam is bevallingen begeleid worden en of de huisarts zelf in 2000 bevallingen heeft begeleid.

- de **Tweede Nationale Studie** naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk.

Dit is een zeer omvangrijk onderzoek waarin bij een steekproef van 100 huisartsenpraktijken informatie verzameld wordt, zowel bij de huisartsen zelf als bij een ruime steekproef uit de patiëntenpopulaties van de deelnemende huisartsen. In de huisartsenenquête zijn vragen opgenomen over de betrokkenheid bij verloskundige zorgverlening en in de patiëntenenquête zijn vragen opgenomen over begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling, plaats van bevalling en ontvangen kraamzorg. De gegevens uit zowel de huisartsenenquête als de patiëntenenquête zullen naar verwachting in het voorjaar van 2002 beschikbaar komen.

- een **werklastmeting**.

Een meetinstrument zoals eerder ontwikkeld voor het onderzoek naar tijdbesteding in verloskundige praktijken (Wiegers e.a. 2001), in de vorm van een dagboek of bureau-agenda waarin de verschillende activiteiten van een verloskundige worden bijgehouden .

De werklastmeting wordt één keer per jaar, door alle verloskundigen in alle deelnemende praktijken ( $\pm$  75 praktijken), uitgevoerd gedurende een periode van drie weken.

- een vragenlijst '**tijdbesteding, arbeidstevredenheid en toekomst**'

Als aanvulling op het bijhouden van de dagelijkse werkzaamheden gedurende drie weken, vullen alle deelnemende verloskundigen ook in hoeveel tijd ze gemiddeld het voorgaande halfjaar besteed hebben aan enkele minder frequent voorkomende werkzaamheden, zoals geregeld overleg met andere zorgverleners of het verzorgen van voorlichtingsbijeenkomsten. In

deze vragenlijst zijn ook twee arbeidssatisfactie-schalen opgenomen. In navolging van het onderzoek van W. Caris-Verhallen (1999) is daarvoor een uitsprakenlijst gebruikt, die is samengesteld uit enerzijds items uit een vragenlijst van Boumans e.a. (1989) en anderzijds items uit een vragenlijst van Ruijter en Stevens (1992). Deze gecombineerde lijst is ook gebruikt in het onderzoek van Arts e.a. naar werken in de gezinszorg (Arts e.a. 1997). Verder zijn vier van de vijf vragen uit de categorie 'arbeidstevredenheid en betrokkenheid bij het werk' uit de NOVA-WEBE toegevoegd (Houtman e.a. 1994), evenals enkele vragen over de gewenste werksituatie over vijf jaar.

– vragenlijst '**praktijkorganisatie en samenwerking**'.

Een aangepaste versie van de vragenlijst 'Praktijkenmerken' uit het onderzoek naar werk en werkdruk onder vrijgevestigde verloskundigen in Nederland uit 1994, aangevuld met vragen gericht op de ontwikkeling van regionale samenwerkingsstructuren. De vragenlijst wordt per praktijk ingevuld.

– **huisartsen-vragenlijst**

Een korte vragenlijst met vragen over de betrokkenheid van de huisarts bij (onderdelen van) de verloskundige zorgverlening en de samenwerking ten behoeve van verloskundige zorgverlening met eerste- en tweedelijns zorgverleners, inclusief de betrokkenheid bij de nieuw op de zetten DVP's. Deze vragenlijst zal op zijn vroegst pas in het tweede jaar van gegevensverzameling gebruikt worden, als de regionale ontwikkeling meer concreet vorm heeft gekregen.

– **cliënten-vragenlijst**

Een nieuw te ontwikkelen vragenlijst, gebaseerd op de vragenlijsten voor de zwangere en voor de kraamvrouw uit het Gelderland-onderzoek uit 1992 (Wiegers & Berghs 1994, Wiegers 1997). In deze vragenlijst komen de volgende aspecten aan de orde: zorg tijdens de zwangerschap en oordeel over de begeleiding, gewenste, geplande en werkelijke plaats van bevallen, zorg tijdens de baring en oordeel over de begeleiding, zorg tijdens de kraamperiode en oordeel over de begeleiding.

Aan alle verloskundigen in de deelnemende praktijken is gevraagd om, gedurende de registratie-periode van drie weken, de cliënten-vragenlijst uit te reiken aan alle cliënten bij wie ze de zorg afsluiten aan het einde van de kraambedperiode, ongeacht of ze zelf de bevalling begeleid hebben of niet. Dat wil zeggen, ook aan de cliënten die klinisch zijn bevallen en voor postnatale zorg terugverwezen zijn naar de verloskundige.

Het onderzoek heeft een looptijd van vijf jaar en omvat een jaarlijkse gegevensverzameling in  $\pm 75$  verloskundige praktijken. De steekproef van huisartsen, voor het verzamelen van informatie met betrekking tot hun betrokkenheid bij verloskundige zorgverlening en hun samenwerking met verloskundigen, is pas in het tweede jaar aan de orde, omdat de regionale samenwerking in de vorm van DistrictsVerloskundige Platforms nog in ontwikkeling is. In 2001 is een eerste behoefteeraming uitgevoerd. Daar is inmiddels afzonderlijk over gerapporteerd (Wiegers e.a. 2002). In 2004 zal opnieuw een behoefteeraming uitgevoerd worden. In 2001 was deze vooral gericht op de beroepsgroep van verloskundigen, in 2004 zal getracht worden de hele verloskundige keten hierin te betrekken, dat wil zeggen: een gecombineerde behoefteeraming voor gynaecologen, (verloskundig actieve) huisartsen en verloskundigen.

De gegevens die verzameld zijn in het kader van de 'Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk' komen in het voorjaar van 2002 beschikbaar. Dat is echter te laat om ze ook in deze eerste rapportage op te kunnen nemen. Analyse van deze gegevens zullen daarom in de rapportage van 2003 worden opgenomen.



## **1.5 Opbouw van dit rapport**

Dit rapport geeft een beschrijving van de resultaten van de eerste meting in het kader van het onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening', gehouden in het najaar van 2001.

In hoofdstuk 2 zal beschreven worden welke (deel)vraagstellingen in deze eerste meting aan de orde zijn geweest en welke meetinstrumenten daarbij gebruikt zijn.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van deze eerste meting gepresenteerd, gevolgd door een vergelijking van de belangrijkste bevindingen in deze eerste meting met resultaten uit eerder onderzoek in hoofdstuk 4. Het rapport wordt afgesloten met een conclusie en een korte vooruitblik op de gegevensverzameling in 2002.



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

### 2.1 Deelvraagstellingen

De Monitor van de Verloskundige Zorgverlening is een vijfjarig onderzoek, waarbij, door herhaalde metingen, antwoord gegeven moet worden op een aantal vragen aangaande het aanbod, de organisatie en de doelmatigheid van de verloskundige zorgverlening. Het is uiteraard niet mogelijk om al na één meting alle vraagstellingen te beantwoorden. Wat na deze eerste meting wel mogelijk is, is het beschrijven van de Ausgangssituatie die voor elk van de vraagstellingen de basis vormt om over enkele jaren te kunnen beoordelen of er veranderingen c.q. verbeteringen hebben plaatsgevonden.

Vraagstellingen 1a, b en c (zie hoofdstuk 1) richten zich op het aanbod aan verloskundige zorgverleners. Na de eerste meting kan een overzicht gegeven worden van het aanbod aan verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, enerzijds aan de hand van cijfers uit de registratie van werkzame verloskundigen en van pas-afgestudeerde verloskundigen (Nivel) en anderzijds aan de hand van de eenmalige informatie-verzameling onder alle gevestigde huisartsen (Nivel).

Het is nog te vroeg om een verband aan te kunnen tonen met de verlaging per 1-6-2000 van de normpraktijk voor verloskundigen. De vergroting van de capaciteit van de opleidingen voor verloskundigen in 1994 zal al wel in de cijfers zichtbaar zijn. De eerste deelvraagstelling van dit onderzoek luidt daarom:

- Wat is het aanbod aan verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen en wat is de invloed geweest van de uitbreiding van de opleiding tot verloskundigen in 1994 van 90 naar 120 plaatsen op het aanbod van verloskundigen?

Vraagstelling 2 (zie hoofdstuk 1) betreft de toekomstige behoefte aan verloskundige zorgverleners. Hierover is apart gerapporteerd (Wiegers e.a. 2002).

Vraagstellingen 3a en b (zie hoofdstuk 1) richten zich op de praktijkvoering en de werkdruk in verloskundige praktijken en op de samenwerking met andere zorgverleners. De resultaten van de eerste meting geven vooral een beschrijving van de situatie, zowel wat betreft de praktijkorganisatie en samenwerking met anderen, als wat betreft de tijdbesteding en werkdruk. Het is nog te vroeg om enige invloed van de verlaging van de normpraktijk in 2000 en van het opzetten van Districts Verloskundige Platforms (DVP's) en regiokantoren te kunnen meten. DVP's en regiokantoren waren tijdens de eerste meting nog bijna nergens operationeel. Wel kan een vergelijking gemaakt worden met het tijdbestedingsonderzoek uit 2000 (Wiegers e.a. 2001). De tweede en derde deelvraagstellingen van dit onderzoek luiden daarom:

- Hoe ziet de samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerste lijn en tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn eruit?
- Hoe ziet de praktijkorganisatie van verloskundige praktijken eruit, hoe verhoudt hun tijdbesteding zich tot het basistakenpakket van verloskundigen en wat is de objectieve (gemeten) en subjectieve (ervaren) werkdruk van verloskundigen?

Vraagstellingen 4a en b (zie hoofdstuk 1) richten zich op de doelmatigheid van de verloskundige zorgverlening, in de zin van: wordt de juiste zorg op de juiste plaats gegeven? De vraag of er daadwerkelijk sprake is van concentratie van klinische kindergeneeskunde en

klinische verloskunde kan beantwoord worden aan de hand van ziekenhuisgegevens, afkomstig van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2001). Met behulp van cliëntengegevens kan vervolgens de vraag beantwoord worden of deze concentratie (als daar sprake van is) invloed heeft op bijvoorbeeld de plaats van bevallen of het tijdstip van verwijzen. De vierde deelvraagstelling van dit onderzoek luidt daarom:

- 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?

## 2.2 Steekproef en respons

Deze eerste ronde van gegevensverzameling heeft zich specifiek gericht op eerstelijns verloskundige praktijken. Uit het gegevensbestand van de registratie van verloskundigen van het Nivel is in eerste instantie een steekproef getrokken van 76 verloskundige praktijken, gestratificeerd naar soort praktijk (solo-, duo- of groepspraktijk) en naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de praktijk. Alle praktijken zijn eerst schriftelijk en vervolgens persoonlijk benaderd met de vraag om aan het onderzoek mee te werken. Wanneer een praktijk liet weten niet mee te werken, werd een andere praktijk, uit een reserve-steekproef benaderd, zodanig, dat de verdeling van de praktijken over de stratificatie variabelen min of meer in evenwicht zou blijven. In tabel 2.1 is de verdeling weergegeven van alle praktijken die benaderd zijn.

Tabel 2.1 Steekproef van verloskundige praktijken (N = 96)

praktijkvorm	Verstedelijking					totaal
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet	
solo-praktijk	3	6	3	9	4	25
duo-praktijk	2	6	5	7	6	26
groepspraktijk	9	14	11	9	2	45
totaal	14	26	19	25	12	96

De indeling naar praktijkvorm is gebaseerd op het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in de praktijk. Deze indeling werd veelal gebruikt als een globale indicatie voor de praktijkgrootte toen vrijwel alle eerstelijns verloskundigen zich zelfstandig vestigden. Met het toenemend aantal verloskundigen in dienstverband in eerstelijns praktijken en de toename van deeltijdwerk, ook bij zelfstandig gevestigden, zegt de praktijkvorm niet zo veel meer over de praktijkgrootte. Bijvoorbeeld, een solopraktijk met een verloskundige in dienstverband kan groter zijn dan of even groot zijn als een duopraktijk waar beide verloskundigen in deeltijd werken. Bij gebrek aan andere indicator wordt de indeling naar praktijkvorm hier nog wel gehanteerd.

In totaal zijn 96 praktijken benaderd, waarvan 22 praktijken (23%) hebben laten weten niet mee te zullen werken. De redenen daarvoor waren uiteenlopend. Sommige praktijken lieten weten het te druk te hebben om aan onderzoek mee te kunnen doen, andere lieten weten al aan ander onderzoek mee te werken of pas aan ander onderzoek te hebben meegewerkt en een aantal praktijken heeft geen reden voor hun afwijzing gegeven. Eén praktijk in de steekproef bleek een tweedelijns praktijk te zijn en kwam op grond daarvan niet in

aanmerking voor deelname. Een enkele praktijk zag af van deelname nadat uitgebreid voorlichting over het onderzoek was gegeven en men de indruk had gekregen dat het te veel werk zou zijn.

Van de 74 praktijken die medewerking hebben toegezegd, hebben 3 praktijken zich tijdens het onderzoek alsnog teruggetrokken, zodat gegevens verzameld zijn in 71 praktijken. In tabel 2.2 is de verdeling naar praktijkvorm en mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de groep van praktijken, die medewerking toegezegd heeft, weergegeven.

Tabel 2.2: Steekproef van praktijken die medewerking hebben toegezegd (N = 74)

praktijkvorm	Verstedelijking					totaal
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet	
solo-praktijk	1	3	2	4	4	14
duo-praktijk	1	6	5	4	6	22
groepspraktijk	7	11	9	9	2	38
totaal	9	20	16	17	12	74

In bijlage III bij dit rapport is de regionale spreiding van deze 71 praktijken weergegeven. Ter vergelijking is in hetzelfde kaartje een overzicht opgenomen van de praktijken/regio's die zich in 2000 en 2001 bij de KNOV-helpdesk hebben gemeld met problemen: dat zijn hier de crisisregio's genoemd. Het kan hierbij om één of meer praktijken uit een zelfde plaats gaan. Uit dit kaartje blijkt dat 10 van 71 aan het onderzoek deelnemende praktijken zich in één van de 32 crisisregio's bevinden. Dit laat zien dat de crisisregio's in de steekproef vertegenwoordigd zijn, zij het niet persé de praktijken die zich met problemen bij de KNOV gemeld hebben.

Met elke praktijk is afgesproken dat gedurende een periode van 3 weken alle werkzame verloskundigen, ook eventuele waarnemers, een tijdregistratie bijhouden in de vorm van een uitgebreide bureau-agenda en een bijbehorende vragenlijst invullen. De periode van 3 weken kon door de praktijk tot op zekere hoogte zelf bepaald worden. De eerste praktijk begon met registreren aan het begin van week 31 (30 juli) en de laatste praktijk stopte met registreren aan het eind van week 42 (21 oktober). De totale registratieperiode heeft dus twaalf weken geduurd. 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 antwoordenvolp meegeven.

Van 70 van de 71 praktijken is de vragenlijst over de praktijkorganisatie ontvangen. Daarnaast hebben we de volledige tijdregistratie en tijdbestedingsgegevens ontvangen van 208 verloskundigen. Analyses over tijdbesteding op het niveau van de verloskundigen kunnen dus over 208 personen uitgevoerd worden.

Tabel 2.3: Representativiteit van de deelnemende praktijken (N = 71) naar praktijkvorm

	aantal praktijken in Nederland (2001)	aantal deelnemende praktijken (2001)
--	--	---

	N	%	N	%
solo-praktijk	119	26,2	12	16,9
duo-praktijk	118	25,9	22	31,0
groepspraktijk	218	47,9	37	52,1
totaal	455	100,0	71	100,0

Van de 71 praktijken die aan deze eerste meting hebben meegewerkt, zijn van 63 praktijken de gegevens compleet, dat wil zeggen dat van alle tijdens de registratieweken werkzame verloskundigen de tijdregistratie-formulieren en de bijbehorende vragenlijst is ontvangen, inclusief de vragenlijst over de praktijkorganisatie. In deze 63 praktijken hebben 186 verloskundigen hun tijdbesteding geregistreerd. Over deze 63 praktijken kunnen dus tijdbestedingsanalyses op praktijkniveau uitgevoerd worden.

Uit bovenstaande tabel (tabel 2.3) blijkt dat het aantal solopraktijken ondervertegenwoordigd is in de steekproef, in vergelijking met het aantal solopraktijken op 1 januari 2001. De verklaring hiervoor is dat van de praktijken die benaderd zijn, vooral solopraktijken van deelname hebben afgezien. Dit blijkt ook uit het feit dat van alle 96 praktijken die benaderd zijn de verdeling wel representatief was, namelijk 26% solopraktijken, 27% duo- en 47% groepspraktijken.

Tabel 2.4: Representativiteit van de deelnemende verloskundigen (N = 193) naar mate van verstedelijking van hun vestigingsplaats

	aantal eerstelijns verloskundigen in Nederland (2001)		aantal verloskundigen in deelnemende praktijken (2001)	
	N	%	N	%
niet stedelijk	90	7,8	25	13,0
weinig stedelijk	228	19,9	39	20,2
matig stedelijk	276	24,0	41	21,2
sterk stedelijk	324	28,2	57	29,5
zeer sterk stedelijk	230	20,0	31	16,1
totaal	1.148	100,0	193	100,0

Uit tabel 2.4 blijkt dat verloskundigen in niet stedelijke gebieden oververtegenwoordigd zijn in de steekproef, terwijl verloskundigen in sterk stedelijke gebieden licht ondervertegenwoordigd zijn.

## 2.3 Vergelijking met eerder onderzoek

Een belangrijk onderdeel van deze Monitor Verloskundige Zorgverlening is de jaarlijkse meting van de tijdbesteding in ongeveer 75 verloskundige praktijken. Dit maakt het mogelijk om veranderingen in de tijd te signaleren bij één en dezelfde groep van verloskundige praktijken. Voor deze eerste meting is een dergelijke vergelijking nog niet mogelijk. Daarom zal op sommige punten een vergelijking gemaakt worden met het tijdbestedingsonderzoek dat in de

zomer van 2000 is uitgevoerd (Wiegers e.a. 2001). Daarbij dient er wel rekening mee gehouden te worden dat beide steekproeven verschillend zijn, niet alleen wat betreft de deelnemende praktijken zelf, maar ook wat betreft de omvang van de steekproeven. Verder zijn aan dit rapport drie bijlagen toegevoegd. Bijlage I beschrijft het aandeel van verloskundigen, gynaecologen en huisartsen in de verloskundige zorg in 1998. Bijlage II gaat in op de representativiteit van de registratieperiode en bijlage III geeft de regionale spreiding van de deelnemende praktijken weer en van de regio's die zich als 'crisispraktijk' hebben gemeld bij de helpdesk van de KNOV.

### 3 Resultaten eerste meting

#### 3.1 De beroepsgroep van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen

##### *De verloskundigen*

De verloskundige beroepsgroep bestaat op 1 januari 2001 uit 1.627 praktiserende verloskundigen (Kenens & Hingstman 2001A). De meesten van hen, 1.148, zijn werkzaam in een eigen praktijk, 249 zijn klinisch werkzaam, 130 als vaste waarnemer en 100 als wisselend waarnemer. Het totaal aantal praktiserende verloskundigen is tussen 1980 en 2001 meer dan verdubbeld, van 795 naar 1.627 (tabel 3.1).

Tabel 3.1: Verandering in het aanbod van verloskundigen tussen 1980 en 2001

	zelfstandig gevestigd		klinisch werkzaam		vaste waarnemerster		wisselend waarnemerster		totaal abs
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
1980	551	69,3	168	21,1	26	3,3	50	6,3	795
1985	625	67,2	164	17,6	46	5,0	95	10,2	930
1990	759	70,1	169	15,6	78	7,2	77	7,1	1.083
1995	907	71,1	188	14,7	112	8,8	69	5,4	1.276
2000	1.086	68,4	245	15,5	128	8,1	119	7,5	1.578
2001	1.148	70,6	249	15,3	130	8,0	100	6,1	1.627

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

De groei van de beroepsgroep is vooral zichtbaar in het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen en het aantal waarnemers. Bij de zelfstandig gevestigden is sinds 1980 een verdubbeling van 551 naar 1.148 opgetreden. Het aantal klinisch werkzame verloskundigen is in de periode van 1980 tot 1990 gelijk gebleven op 168 en daarna toegenomen tot 249 in 2001, een toename van 48 procent. Het aantal waarnemers (vast en wisselend) is toegenomen van 76 in 1980 naar 77 in 1990 en 230 in 2001, een toename van ruim tweehonderd procent.

Tabel 3.2: Verandering in het aanbod van zelfstandig gevestigde verloskundigen tussen 1980 en 2001

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



Bron: Registratie van verloskundigen, peiling 2001

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 2001 drastisch veranderd: van de 1.148 zelfstandig gevestigden werken er nog maar 119 (10%) als solist, terwijl 792 (69%) 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 de toestroom van in het buitenland opgeleide verloskundigen.

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.

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 28 per jaar, met een duidelijke uitschieter in 1995, toen 48 verloskundigen uit het buitenland een gelijkstelling kregen.

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

	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00
afgestudeerden	53	62	59	68	79	9	76	98	102	101
gelijkstelling	28	21	33	30	48	26	28	22	24	19
totaal	81	83	92	98	127	37	104	120	126	120

Bron: Registratie van verloskundigen, peiling 2001

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 38,6 personen per jaar, maar tussen 1995 en 2000 nam het aantal praktiserende verloskundigen toe met 60,4 personen per jaar. Daarbij rekening houdend dat in 1996 maar een klein aantal verloskundigen de opleiding afronden, 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.

Tijdens het werven van verloskundige praktijken voor deelname aan de Monitor, in het voorjaar van 2001, is aan de betrokken praktijken gevraagd wat hun eerste ervaringen waren met de verlaging van de normpraktijk van 150 naar 120 bevallingen per jaar met ingang van juli 2000 (tabel 3.4). Voor veel praktijken was het nog te vroeg om concrete resultaten van de verlaging van de normpraktijk te zien. Met name het aantrekken van een extra

verloskundige is, met de op dat moment zeer krappe arbeidsmarkt, natuurlijk erg moeilijk geweest. Toch is 15 procent van de praktijken daar in geslaagd. De praktijken die aangeven dat de maatregel wel meer financiële armslag heeft opgeleverd, hebben dikwijls nog niet besloten hoe die extra financiële ruimte gebruikt zal gaan worden. Dat niet alle praktijken aangeven dat de maatregel tot extra financiële ruimte geleid heeft, heeft te maken met de aanpassing per 1-1-2001 van de tarieven die de verloskundigen mogen hanteren voor het declareren van de door hen geleverde zorg. In veel gevallen leverde dit het commentaar op dat de financiële ruimte die door de verlaging van de normpraktijk werd geschapen, door de nieuwe tarieven weer helemaal teniet gedaan werd. Beperking van het aantal inschrijvingen en daarmee verminderen van de werktijd was ook als mogelijk antwoord aangeboden, maar is door geen van de praktijken genoemd.

Tabel 3.4: Direct merkbare gevolgen van de verlaging van de normpraktijk in juli 2000

gevolgen, merkbaar in de eerste helft van 2001	percentage*
eigenlijk nog niets veranderd	37%
alleen meer financiële ruimte	34%
een extra verloskundige aangetrokken	15%
de stap genomen tot (verdere) automatisering	8%
extra assistentie aangetrokken	7%
vacature voor een extra verloskundige waarnemer aangetrokken	7%
	3%

\* meerdere antwoorden mogelijk, percentages tellen op tot meer dan 100

#### *De verloskundig actieve huisartsen*

Per 1 januari 2001 zijn er 7,763 praktiserende huisartsen in Nederland (Kenens & Hingstman 2001B). Het is niet precies bekend hoeveel van deze huisartsen verloskundige zorg verlenen. Alleen huisartsen die volledige verloskundige zorg verlenen, dat wil zeggen: zowel prenatale en postnatale zorg verlenen, als ook bevallingen begeleiden, worden gerekend tot de verloskundig actieve huisartsen.

Over het aandeel van huisartsen in de verloskundige zorgverlening zijn geen precieze cijfers voorhanden. Wel is op verschillende manieren te berekenen wat hun aandeel mogelijk zou kunnen zijn. Aan de hand van de cijfers uit het TNO-PG rapport 'De thuisbevalling in Nederland, rapportage 1995-1998' (Offerhaus e.a. 2000), gebaseerd op een koppeling van LVR-1 en LVR-2 gegevens, is berekend dat het aandeel van huisartsen bij bevallingen, inclusief verwijzingen durante partu, in 1998 5,0 procent van alle bevallingen was, dat wil zeggen: bijna 10.000 bevallingen (zie ook bijlage 1). Hierbij is er van uitgegaan dat de verwijzpercentages van huisartsen vergelijkbaar zijn met die van verloskundigen. Het precieze aandeel van huisartsen bij pre- en postnatale zorg is niet te berekenen, maar wordt eveneens geschat op ongeveer 5 procent.

TNO-PG heeft ook over 1999 LVR-1 en LVR-2 gegevens gekoppeld en daar kan uit berekend worden dat het aandeel van de huisartsen in 1999 ongeveer 14 procent van alle bevallingen geweest zou zijn (28.000 bevallingen), inclusief de durante partu verwijzingen (Offerhaus e.a. 2001). Dit zou binnen een jaar bijna een verdriedubbeling van het aandeel van de huisartsen in de verloskundige zorg zijn. Dat is niet geloofwaardig, omdat het aantal verloskundige actieve huisartsen alleen maar afneemt. De auteurs wijten zelf de grote verschillen tussen 1998 en 1999, die zij vinden, aan de verschillende aannames die zij hebben moeten doen

om de beschikbare gegevens te kunnen extrapoleren naar alle bevallingen in Nederland. In een Nivel-onderzoek uit 1999 is, op grond van een steekproef bij huisartsen, een schatting gemaakt van het aantal verloskundig actieve huisartsen en hun aandeel in de verloskundige zorg (Wiegers & Hingstman 1999). Daar werd berekend dat in 1998 16 procent van de huisartsen (uit een representatieve steekproef van 2000 huisartsen) verloskundig actief was, dat wil zeggen zelf bevallingen begeleiden, met een gemiddelde van ongeveer 18 bevallingen per huisarts. Extrapolatie van deze gegevens gaf aan dat zij betrokken waren bij ruim 20.000 bevallingen, inclusief verwijzingen durante partu. Dat komt neer op een aandeel van ongeveer 10 procent van alle bevallingen in 1998. Daarnaast gaf 22 procent van de huisartsen aan prenatale zorg te verlenen ten minste tijdens het eerste trimester van de zwangerschap. Dit komt neer op één of twee prenatale controles per zwangere. Er is niet gevraagd aan hoeveel cliënten deze prenatale zorg tijdens het eerste trimester gegeven wordt, dus het extra aandeel van deze huisartsen in de prenatale zorg is niet te kwantificeren. Toch kan aangenomen worden dat het aandeel van niet-verloskundig actieve huisartsen in de prenatale zorg op dit moment zeer beperkt is, maar het is mogelijk dat dit in de toekomst gaat veranderen, als, door intensievere samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen, huisartsen een grotere rol krijgen in de prenatale zorg. Hoe zich dat zal ontwikkelen en of dat verder zal gaan dan alleen in de regio's waar nu nog door huisartsen bevallingen begeleid worden, is niet te zeggen. Een mogelijk groter aandeel van huisartsen in de prenatale zorg kan daarom op dit moment niet gekwantificeerd worden. Tot slot is gebleken dat slechts 3 procent van de niet-verloskundig actieve huisartsen in de steekproef in de toekomst wel bevallingen zou willen begeleiden, terwijl ongeveer 20 procent van de verloskundig actieve huisartsen daar op korte termijn mee zou willen stoppen. Dit leidde tot de conclusie dat het aandeel van verloskundig actieve huisartsen in het geheel van de verloskundige zorgverlening in de nabije toekomst waarschijnlijk verder zal afnemen.

In het kader van de registratie van huisartsen, die bij het Nivel wordt bijgehouden en waarbij jaarlijks alle pas-afgestudeerde en werkzoekende huisartsen een vragenlijst ontvangen, is in januari 2001 een eenmalige vragenlijst gestuurd aan alle werkzame huisartsen met onder andere vragen over hun betrokkenheid bij verloskundige zorgverlening. Op deze eenmalige vragenlijst (nog niet gepubliceerde gegevens) hebben 6.634 huisartsen gereageerd, dat is een respons van 85 procent. Van deze 6.634 huisartsen hebben 603 (9%) aangegeven zelf bevallingen te hebben begeleid in 2000. Dat is bijna de helft minder dan uit het Nivel-onderzoek uit 1999 naar voren kwam. Er is aan deze huisartsen niet gevraagd hoeveel bevallingen zij begeleid hebben en of ze van plan zijn dat in de toekomst te blijven doen. Maar als er van uitgegaan wordt dat het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundig actieve huisarts ongeveer gelijk gebleven is aan dat in 1998, namelijk 18, dan zouden in 2000 ongeveer 12.575 bevallingen door huisartsen begeleid zijn (inclusief verwijzingen durante partu), wat neerkomt op 6 procent van alle bevallingen in 2000. De beschikbare gegevens over het aandeel van huisartsen in de verloskundige zorg zijn samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 3.5: Aandeel huisartsen in de verloskundige zorg, volgens verschillende bronnen.

Bron:	berekening:	aandeel:
Offerhaus e.a. 2000	extrapolatie LVR-gegevens 1998	5%
Wiegers & Hingstman 1999	extrapolatie steekproefgegevens 1998	10%

Offerhaus e.a. 2001	extrapolatie LVR-gegevens 1999	14%
Nivel 2001	populatiegegevens 2001 + veronderstellingen uit eerder onderzoek	6%

Deze tabel laat zien dat de verschillende berekeningen nogal uiteenlopende resultaten geven. Dat houdt in dat er niet met zekerheid een uitspraak gedaan kan worden over het aandeel van huisartsen in de verloskundige zorgverlening, maar dat het aandeel naar alle waarschijnlijkheid zal liggen tussen de 5 en 10 procent.

In de jaarlijkse vragenlijst aan pas-afgestudeerde en praktijk-zoekende huisartsen wordt sinds 2000 eveneens gevraagd of zij het voorgaande jaar bevallingen begeleid hebben (niet gepubliceerde gegevens). Bovendien is hen gevraagd om hoeveel bevallingen dat ging en of zij in de toekomst ook bevallingen willen begeleiden. In 2001 hebben van de 1.161 aangeschreven pas-afgestudeerde en praktijk-zoekende huisartsen er 1.025 gereageerd, dat is een respons van 88 procent. Net iets meer dan de helft van hen (600) was op 1 januari 2001 inmiddels werkzaam als huisarts. Van hen hebben 152 (25,3%) aangegeven wel zwangerschappen te begeleiden (tijdens het eerste trimester), maar geen bevallingen, terwijl 31 (5,2%) van hen wel bevallingen begeleiden, met een gemiddelde van 11 bevallingen per huisarts. Dit gemiddelde zegt echter niet zo veel, want deze huisartsen waren nog geen jaar werkzaam toen ze de vragenlijst invulden. Van deze 31 verloskundig actieve huisartsen zijn er 13 die aangeven dat ook in de toekomst te willen blijven doen, 8 geven aan dat niet meer te willen en 10 hebben de vraag niet beantwoord. Van de niet-verloskundig actieve huisartsen geven er slechts 15 (3%, evenals in 1998) aan in de toekomst wel bevallingen te willen gaan begeleiden. Bij elkaar geeft 91 procent van deze pas-gevestigde huisartsen aan dat ze in de toekomst geen bevallingen willen begeleiden. Misschien dat het aantal huisartsen in opleiding dat zich in verloskunde zal bekwamen de komende tijd weer iets zal toenemen, aangezien in 2001 zowel in Groningen als in Leiden de huisartsenopleiding is uitgebreid met een module 'Verloskunde voor huisartsen' als aanvulling op en verdieping van het reguliere curriculum waar basiskennis over verloskunde standaard deel van uitmaakt (van Diem e.a. 2001).

## 3.2 De deelnemende praktijken

### *Aantal verloskundigen*

Eenzeventig praktijken hebben aan de eerste meting van de 'Monitor Verloskundige Zorgverlening' meegewerkt. In deze praktijken waren tijdens de registratieperiode 221 verloskundigen werkzaam. Van 208 van hen zijn alle gegevens ontvangen.

Tachtig procent van de deelnemende verloskundigen is werkzaam als zelfstandig gevestigde verloskundige en elf procent is in dienstverband werkzaam. De overigen waren in de registratieperiode als waarnemer werkzaam (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6: Functie van deelnemende verloskundigen

werkzaam als verloskundige	in één praktijk	in meerdere praktijken	ook een andere functie	totaal	percentage
zelfstandig gevestigd	147	7	13	167	80,3%

verloskundige in dienstverband	19	2	2	23	11,1%
vaste waarnemer	3	4	1	8	3,8%
wisselend waarnemer	5	4	1	10	4,8%
<b>totaal</b>	<b>174</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>208</b>	<b>100,0%</b>

De meeste verloskundigen zijn alleen in één praktijk werkzaam (174 van de 208 = 83,7%), sommigen (17 = 8,2%) zijn ook in een andere praktijk als verloskundige werkzaam en evenzoveel hebben naast hun werk als praktiserend verloskundige ook een andere functie, voor gemiddeld 9,86 uur per week. Het zijn vooral zelfstandig gevestigde verloskundigen die er een andere functie naast hebben, zoals docent, echoscopist, bestuursfunctie of redactiewerk.

#### *Praktijkgrootte in 2000*

Eén praktijk heeft de vragenlijst 'praktijkorganisatie' niet teruggestuurd. Van 70 van de 71 deelnemende praktijken zijn 71 vragenlijsten 'praktijkorganisatie' ontvangen, omdat in één praktijk twee vragenlijsten zijn ingevuld. De reden hiervoor is dat de praktijk die werd benaderd op dat moment al intensief samenwerkte met de buurpraktijk, met de bedoeling om samen één praktijk te gaan vormen, maar over het voorgaande jaar geen gezamenlijke gegevens kon leveren. Tegelijkertijd was het niet mogelijk om de dagelijkse werkzaamheden van beide praktijken zo uit elkaar te houden dat slechts de geselecteerde praktijk aan het onderzoek zou meewerken. Beide praktijken hebben daarom meegewerkt. Voor de gegevens over 2000 zijn ze beschouwd als twee praktijken, terwijl ze voor de tijdregistratie als één praktijk gelden.

De gemiddelde praktijkgrootte in 2000 was 365 inschrijvingen en 266 bevallingen (tabel 3.7). Van die bevallingen werd ongeveer 30 procent naar de tweedelijns verwezen. Van de niet-verwezen bevallingen vond gemiddeld 74 procent thuis plaats en 26 procent poliklinisch. Eén praktijk heeft geen gegevens over 2000 geleverd, omdat ze pas halverwege dat jaar als nieuwe praktijk zijn gaan functioneren. Verder heeft één praktijk het aantal bevallingen in 2000 en één praktijk het aantal losse kraambedden niet vermeld, hebben twee praktijken het percentage allochtonen en het aantal verwijzingen durante partu niet ingevuld en hebben drie praktijken het totaal aantal kraambedden niet ingevuld. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde praktijkgrootte van de deelnemende praktijken, met vermelding van het aantal praktijken dat de betreffende gegevens heeft ingevuld.

Tabel 3.7: Praktijkgrootte (in 2000)

	aantal praktijken	gemiddelde	95% betrouwbaar- heids-interval
<b>aantal inschrijvingen</b>	<b>70</b>	<b>365</b>	<b>331 - 399</b>
<i>waarvan:</i>			
<i>percentage allochtonen:</i>	68	11%	8,7% - 13,9%
<b>aantal bevallingen (incl. verwijzingen)</b>	<b>69</b>	<b>266</b>	<b>243 - 290</b>
<i>waarvan:</i>			
<i>verwijzingen durante partu</i>	68	81	73 - 90
<i>van de niet-verwezen bevallingen:</i>			
<i>percentage thuisbevallingen</i>	69	73,7%	69,0% - 78,4%
<i>percentage poliklinische bevallingen</i>	69	26,3%	21,6% - 31,0%

<b>aantal kraambedden</b>	<b>66</b>	<b>325</b>	<b>291 - 359</b>
<i>waarvan:</i>			
<i>aantal losse kraambedden</i>	69	40	34 - 46

Gemiddeld blijkt het aantal bevallingen 27 procent lager dan het aantal inschrijvingen. De verhouding tussen het aantal bevallingen en het aantal inschrijvingen geeft een indicatie van het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap, hoewel zwangeren ook om een andere reden de verloskundige praktijk kunnen verlaten, bijvoorbeeld vanwege een verhuizing of vanwege een miskraam. Ongeveer de helft van de praktijken (32 = 45,1%) verwacht dat de praktijkgrootte in 2001 vergelijkbaar zal zijn met die in 2000. Eén op de drie praktijken (23 = 32,4%) verwacht meer inschrijvingen/bevallingen in 2001 en de overigen (15 = 21,1%) verwachten dat het aantal inschrijvingen/bevallingen in 2001 minder zal zijn dan in 2000.

#### *Praktijkorganisatie*

Aan de 71 praktijken die aan deze eerste meting hebben meegewerkt, waren volgens de registratiegegevens, peiling 2000 (Hingstman 2001) 193 verloskundigen verbonden, gemiddeld 2,72 per praktijk. Medio 2001 waren er, volgens eigen opgave, 223 verloskundigen verbonden aan diezelfde 71 deelnemende praktijken, gemiddeld 3,14 verloskundigen per praktijk. Dat is een toename van 30 verloskundigen in 71 praktijken binnen anderhalf jaar. Deze toename is deels te verklaren door het feit dat enkele praktijken in de steekproef in de tussentijd zijn samengegaan met praktijken die geen deel uit maakten van de steekproef. In totaal werken er medio 2001 179 zelfstandig gevestigden, 24 verloskundigen in dienstverband, 12 vaste waarnemers en 8 wisselende waarnemers in de 71 deelnemende praktijken. Als deze aantallen onderverdeeld worden naar de soort praktijk (solo-, duo-, of groepspraktijk per 1-1-2000) op basis waarvan de praktijken geselecteerd zijn, dan blijkt duidelijk dat er in anderhalf jaar tijd flinke veranderingen zijn opgetreden. Tabel 3.8 geeft hier een overzicht van.

Tabel 3.8: Praktijksamenstelling (medio 2001) naar soort praktijk (peiling 2000)

	solo- praktijken <i>n</i> = 12	duo- praktijken <i>n</i> = 22	groeps- praktijken <i>n</i> = 37	totaal <i>n</i> = 71
zelfstandig gevestigde verloskundigen	15	39	125	179
verloskundigen in dienstverband	3	9	12	24
vaste waarnemers	1	3	8	12
wisselend waarnemers	-	2	6	8

De 12 praktijken die in 2000 als solopraktijk geregistreerd stonden, blijken in ieder geval niet allemaal meer solopraktijk te zijn. Immers, er zijn 15 zelfstandig gevestigde verloskundigen in die 12 praktijken werkzaam. Daarnaast zijn er in de 22 als duo-praktijk geregistreerde praktijken geen 44 maar 39 zelfstandig gevestigde verloskundigen werkzaam. Bij nadere beschouwing is gebleken dat in sommige gevallen een praktijk met één zelfstandig gevestigde verloskundige en een vaste waarnemer of een verloskundige in dienstverband gerekend is tot de duo-praktijken. Het verschil kan echter ook samenhangen met de aanwezigheid van vacatures: 29 van de 71 praktijken (41%) laten weten een vacature te hebben, tot een totaal van 39 vacatures (tabel 3.9).

Tabel 3.9: Vacatures (medio 2001) naar soort praktijk (peiling 2000)

	solo- praktijken <i>n</i> = 4	duo- praktijken <i>n</i> = 8	groeps- praktijken <i>n</i> = 17	totaal <i>n</i> = 29
zelfstandig gevestigde verloskundigen	3	4	15	22
verloskundigen in dienstverband	1	3	1	5
vaste waarnemers	-	-	3	3
wisselend waarnemers	-	2	5	7
praktijkassistenten	-	-	2	2
totaal	4	9	26	39

In de 71 aan het onderzoek deelnemende praktijken zijn tijdens de registratieperiode 221 verloskundigen werkzaam geweest. Het gemiddeld aantal verloskundigen per praktijk was 3,1. In 8 praktijken was tijdens die drie weken maar één verloskundige werkzaam, in 15 praktijken waren twee verloskundigen werkzaam en in 48 praktijken waren 3 of meer verloskundigen werkzaam, met een gemiddelde van 3,8. Dit is niet hetzelfde als de indeling in solo- duo- en groepspraktijken, omdat hierbij ook de waarnemers zijn inbegrepen, die incidenteel of voor een langere periode in een bepaalde praktijk werkzaam zijn, terwijl in praktijken waar verloskundigen voor elkaar waarnemen tijdens vrije dagen en vakantie, het feitelijk aantal werkende verloskundigen ook kan afwijken van de standaardsituatie.

Gemiddeld wordt in de praktijken 5 keer per week spreekuur gehouden, op maandag, dinsdag en donderdag dikwijls twee keer op een dag, soms zelfs drie keer. Tweederde van de praktijken 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. Tien van de 71 praktijken hebben niet de beschikking over een eigen spreekuurruimte.

Waarneming tijdens vakantie of ziekte wordt in ruim de helft (N=39) van de 71 praktijken zoveel mogelijk binnen de praktijk zelf geregeld, waarbij alleen incidenteel een beroep wordt gedaan op een waarnemer van buiten. Elf van de 71 praktijken doen een beroep op een vaste waarnemer tijdens vakantieperiodes, 17 praktijken regelen de waarneming meestal met een buurpraktijk, de overige praktijken hebben geen vaste waarnemingsregeling, maar laten het afhangen van de situatie.

#### *Praktijkassistentie en automatisering*

In 30 van de 71 praktijken is praktijkassistentie aanwezig, voor gemiddeld 18 uur per week. In tabel 3.10 is weergegeven welke werkzaamheden de assistentes doorgaans verrichten.

De meest genoemde werkzaamheden van de assistente zijn: telefoon beantwoorden en afspraken maken. In vergelijking met het tijdbestedingsonderzoek uit 2000 (Wiegiers e.a. 2001) is het percentage praktijken met praktijkassistentie niet veranderd (42%), evenmin als de gemiddelde werktijd van de praktijkassistentes. Wel is het aantal werkzaamheden dat door assistentes verricht wordt toegenomen. Behalve de financiële en de overige administratie (voorraadbeheer, bestellingen etc.) worden alle genoemde werkzaamheden in 2001 vaker door de assistente verricht dan in 2000. In de 30 praktijken met een praktijkassistenten worden gemiddeld 5,4 van de 9 genoemde werkzaamheden door de assistente uitgevoerd.

Tabel 3.10: Werkzaamheden van de praktijkassistenten naar aantal praktijken waar praktijkassistentie aanwezig is in 2001 en 2000

werkzaamheden praktijkassistente	in aantal praktijken in 2001	% in 2001	% in 2000
telefoon beantwoorden	27	90	83
afspraken maken	27	90	72
patiëntenadministratie	25	83	67
spreekuur voorbereiden en opruimen	22	73	56
overige administratie (voorraadbeheer, bestellingen, etc.)	20	67	67
spreekuurassistentie (meten, wegen, etc.)	16	53	22
financiële administratie	12	40	44
LVR-administratie	9	30	22
andere werkzaamheden *	4	13	39

\* genoemd zijn bijvoorbeeld: bloedonderzoek, automatisering

Van de 71 praktijken zijn er 43, dat is 61 procent, in meer of mindere mate geautomatiseerd. In het onderzoek in de zomer van 2000 bleek dat voor 71 procent van de praktijken het geval te zijn. Dit is opvallend, want de verwachting is dat het aantal praktijken dat gebruik maakt van automatisering alleen maar zal toenemen. De oorzaak kan liggen bij de verschillende samenstelling van de steekproeven uit beide onderzoeken. Het ligt immers niet voor de hand dat praktijken die een jaar geleden wel (een deel van) hun werkzaamheden geautomatiseerd hadden, dat nu niet meer hebben (tabel 3.11).

Tabel 3.11: De mate waarin de praktijk geautomatiseerd is naar aantal praktijken dat geautomatiseerd is in 2001 en 2000

geautomatiseerd zijn werkzaamheden ten aanzien van:	in geautomatiseerde praktijken	in alle praktijken in 2001	in alle praktijken in 2000
declaraties	91%	55%	67%
LVR	77%	46%	62%
NAW-bestand	72%	44%	43%
zwangerschapskaart	47%	28%	10%
briefwisseling	47%	28%	n.b.
zwangerschapsverklaring	42%	25%	n.b.
anders *	5%	3%	12%

\* genoemd zijn: boekhouding, nog mee bezig.

In 2000 viel 'zwangerschapsverklaring' ook in de categorie 'anders'

n.b. = niet bekend, werd in 2000 niet naar gevraagd

Uit de antwoorden blijkt dat elke praktijk ten aanzien van het computergebruik zijn eigen prioriteiten stelt en dat geen enkel onderdeel van de administratie in alle praktijken geautomatiseerd is. Als er geautomatiseerd is, blijken de declaraties het meest via de computer gedaan te worden. Gemiddeld worden in de 43 praktijken die in meer of mindere mate geautomatiseerd zijn 3,8 van de 7 genoemde taken met de computer verricht.

### *Samenwerking en overleg*

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 3.12 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 één 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. Verder is het niet helemaal zeker of de termen 'regiobijeenkomst' en 'kringbijeenkomst' elkaar wel helemaal uitsluiten.

Uit de tabel blijkt dat maatschaps- en praktijkoverleg meestal wekelijks gehouden wordt. Als er regiobijeenkomsten gehouden worden is de frequentie daarvan meestal eens per maand, terwijl kringbijeenkomsten in de meeste gevallen één keer per kwartaal gehouden worden.

Tabel 3.12: Frequentie van overleg binnen de eigen beroepsgroep

soort overleg	aantal praktijken	gemiddelde frequentie	modus	minimum	maximum
maatschapsoverleg	52	73,3 x p jr	1 x p wk	4 x p jr	dagelijks
praktijkvergadering	22	34,7 x p jr	1 x p wk	2 x p jr	wekelijks
kringbijeenkomst	70	8,1 x p jr	4 x p jr	2 x p jr	2-wekelijks
regiobijeenkomst	23	5,1 x p jr	1 x p mnd	1 x p jr	maandelijks

In tabel 3.13 is op vergelijkbare wijze 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 in multidisciplinair verband. Het zelfde geldt voor het overleg met kinderartsen.

Tabel 3.13: Frequentie van overleg met andere zorgverleners

soort overleg	aantal praktijken	gemiddelde frequentie	modus	minimum	maximum
met huisartsen	13	2,5 x p jr	1 x p jr	1 x p jr	maandelijks
met gynaecologen	53	9,1 x p jr	1 x p mnd	2 x p jr	wekelijks
met kinderartsen	14	8,3 x p jr	2 x p jr	1 x p jr	wekelijks
met kraamcentrum	40	2,3 x p jr	2 x p jr	1 x p jr	6-wekelijks
met kraamafdeling ziekenhuis	15	4,3 x p jr	1 à 2 x p jr	1 x p jr	maandelijks
met multidisciplinair team (VSV)	24	8,1 x p jr	1 x p mnd	2 x p jr	2-wekelijks
met eerstelijns team	6	2,8 x p jr	2 x p jr	1 x p jr	6-wekelijks
met DVP	9	9,8 x p jr	1 x p mnd	4 x p jr	maandelijks

Vierentwintig van de 71 praktijken nemen deel aan een multidisciplinair overleg. Als we er van uitgaan dat in het multidisciplinair team zowel gynaecologen, als kinderartsen, als huisartsen, als kraamverzorgenden vertegenwoordigd zijn, betekent dat toch dat een flink aantal van deze praktijken géén geregeld overleg hebben met kinderartsen (maximaal 24 + 14 = 38) en géén geregeld overleg hebben met huisartsen (maximaal 24 + 13 = 37). Als er

wel geregeld overleg met verschillende disciplines afzonderlijk is, dan is de frequentie daarvan laag, meestal één of twee keer per jaar. Een enkele keer is aangegeven dat niet in een multidisciplinair team, maar wel met gynaecologen en kinderartsen gezamenlijk overlegd wordt.

### 3.3 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 de verloskundigen in een periode van drie weken aan werkzaamheden verrichten en hoeveel tijd zij daaraan besteden. 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 drie weken van tijdregistratie een aanvullende vragenlijst ingevuld met achtergrondgegevens, een oordeel over de representativiteit van de registratieperiode, vragen over minder frequent voorkomende werkzaamheden, arbeidstevredenheid en ideeën over de toekomst. 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 tijdens de registratieperiode dubbel geteld wordt.

In tabel 3.14 zijn de werkzaamheden gerangschikt naar het aantal verloskundigen dat aangegeven heeft tijd besteed te hebben aan de genoemde werkzaamheden. Zestien verloskundigen hebben aangegeven dat ze pas sinds kort in hun huidige praktijk werkzaam zijn en dus op bovenstaande vragen geen antwoord konden geven.

Tabel 3.14: Tijd besteed aan minder frequent voorkomende werkzaamheden, gedurende 6 maanden

soort werkzaamheden:	aantal verloskundigen	tijd per verloskundige (uren per half jaar)	95% BI
vakliteratuur etc.	177	28 uur	21 - 34
reistijd voor genoemde werkzaamheden	169	15 uur	11 - 20
maatschapoverleg / teamoverleg	166	45 uur	40 - 49
kring- of regiobijeenkomsten, KNOV-bijeenkomsten	162	14 uur	12 - 16
overleg met andere zorgverleners	158	11 uur	9 - 12
deskundigheidsbevordering	145	15 uur	13 - 18
praktijkwerkzaamheden	144	46 uur	39 - 53
jaarpoging, kwaliteitsjaarverslag etc.	128	9 uur	7 - 11
stagebegeleiding	108	26 uur	19 - 34
andere beroepsactiviteiten	54	33 uur	16 - 50
georganiseerde voorlichtingsactiviteiten	48	6 uur	5 - 7

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 is omgerekend naar een gemiddelde tijd per drie weken. Deze gemiddelde tijd per drie weken, die beschouwd kan worden als de te verwachten tijdbesteding aan minder frequent voorkomende werkzaamheden, kan vergeleken worden met de tijd die de verloskundigen volgens eigen opgave tijdens de registratieperiode besteed hebben aan de minder frequent voorkomende werkzaamheden (tabel 3.15).

Tabel 3.15: Gemiddelde tijd besteed aan minder frequent voorkomende werkzaamheden per drie weken

minder frequente werkzaamheden	aantal verloskundigen	gemiddeld per verloskundige	95% BI
verwachte tijdbesteding in 3 weken	192	20,1 uur	18,2 - 22,0
opgegeven tijdbesteding in 3 weken	192	17,6 uur	15,5 - 19,7
verschil	192	- 2,5 uur	0,6 - 4,3

Uit de berekeningen blijkt dat gemiddelde te verwachten tijdbesteding aan minder frequente werkzaamheden hoger ligt dan de vermelde tijdbesteding aan minder frequente werkzaamheden. Dit bevestigt het beeld dat de registratieperiode tenminste in een deel van de praktijken een rustige periode geweest is in vergelijking met de rest van het jaar, wat de verloskundigen ook zelf al in meerderheid hadden aangegeven (zie bij *werkdruk*, tabel 3.21). Het kan echter ook betekenen dat de tijd, die in het voorgaande half jaar aan de minder frequent voorkomende werkzaamheden besteed is, overschat wordt.

Het verschil tussen de te verwachten en de opgegeven tijdbesteding aan minder frequente werkzaamheden is 2,5 uur per drie weken per verloskundige. Omdat een meerderheid van de verloskundigen heeft aangegeven dat de registratieperiode rustiger was dan normaal, is er voor gekozen om de geregistreerde tijd te corrigeren op basis van de geschatte gemiddelde tijdbesteding aan minder frequent voorkomende werkzaamheden. Dat betekent dat, bij het berekenen van de gemiddelde werktijd van verloskundigen, de geregistreerde tijd gemiddeld met 2,5 uur vermeerderd dient te worden om de geregistreerde werktijd representatief te laten zijn voor het hele voorgaande half jaar.

Om de gemiddelde werktijd per verloskundige per week te berekenen wordt eerst de tijdbesteding per praktijk berekend. De gemiddelde werktijd per praktijk (zie tabel 3.16) is berekend op basis van de geregistreerde werktijd, plus de bijkomende werktijd voor niet-frequente werkzaamheden, plus de werktijd van de praktijkassistente, geaggregeerd naar praktijkniveau.

Tabel 3.16: Gemiddelde werktijd per praktijk (N = 63) **per drie weken** en **per week**

	gemiddelde werktijd per praktijk in uren per drie weken	gemiddelde werktijd per praktijk in uren per week	percentage
geregistreerde werktijd	262,52	87,51	
bijstelling:			
extra niet-frequente werkzaamheden	6,23	2,08	
tijd praktijkassistentie	20,81	6,94	

Totaal gewerkte tijd per praktijk		289,56	96,53	100%
<i>waarvan:</i>				
<i>cliëntgebonden</i>		202,68	67,56	70,0%
<i>niet-cliëntgebonden</i>	$59,84 + 6,23 + 20,81 = 86,88$		28,97	30,0%
<i>of:</i>				
<i>tijd besteed aan partus</i>		56,05	18,68	19,4%
<i>overige werkzaamheden</i>	$206,47 + 6,23 + 20,81 = 233,51$		77,85	80,6%

Het onderscheid tussen cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden 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 werkzaamheden. Administratieve werkzaamheden en overlegsituaties die op de registratieformulieren niet verder gespecificeerd zijn, zijn als niet-cliëntgebonden werkzaamheden beschouwd. Vervolgens is gecorrigeerd voor de minder frequente werkzaamheden en voor de werktijd van de praktijkassistente, beide gerekend als niet-cliëntgebonden werkzaamheden. Vergeleken met de gegevens uit 2000 is de tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden op praktijkniveau relatief toegenomen: nu 70 procent tegenover 66 procent in 2000.

Ook het onderscheid naar tijd besteed aan bevallingen en tijd besteed aan overige werkzaamheden is gebaseerd op de tijdregistratie en vervolgens gecorrigeerd voor de minder frequente werkzaamheden en de werkzaamheden van de assistente. In vergelijking met 2000 is de tijd besteed aan bevallingen nu naar verhouding iets meer: op praktijkniveau nu 19,4 procent van de totale werktijd, tegenover 18,1 procent in 2000 (tabel 3.16).

Tabel 3.17: Gemiddelde werktijd per verloskundige (N = 208) **per drie weken en per week**

	gemiddelde werktijd per verloskundige in uren		
	per 3 weken	per week	percentage
geregistreerde werktijd	86,63	28,88	
bijtelling:			
extra niet-frequente werkzaamheden	2,5	0,83	
totale werktijd per verloskundige	89,13	29,71	100%
<i>waarvan:</i>			
<i>cliëntgebonden</i>	66,39	22,13	74,5%
<i>niet-cliëntgebonden</i>	$20,24 + 2,5 = 22,74$	$6,75 + 0,83 = 7,58$	25,5%
<i>of:</i>			
<i>tijd besteed aan partus</i>	18,44	6,15	20,7%
<i>overige werkzaamheden</i>	$68,19 + 2,5 = 70,69$	$22,73 + 0,83 = 23,56$	79,3%

De 208 verloskundigen van wie de volledige tijdregistratie in het gegevensbestand is opgenomen, hebben gedurende die drie registratieweken gemiddeld 86,63 uur gewerkt, met een minimum van 5,5 uur en een maximum van 226,5 uur (dat is per week een minimum van 1,8 uur en een maximum van 75,5 uur). Daar komt een correctie van gemiddeld 2,5 uur per

3 weken bij (50 minuten per week). Daarmee komt de gemiddelde werktijd van de deelnemende verloskundigen op 89,13 uur in drie weken. Driekwart van de werktijd is besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden en een kwart aan niet-clientgebonden werk (zie tabel 3.17). Op praktijkniveau (tabel 3.16) was die verdeling iets anders: 70 om 30 procent, omdat daar ook de werktijd van de praktijkassistente is meegeteld.

Tabel 3.18: Gemeten tijdbesteding en aantal gewerkte dagen in de drie registratieweken (21 dagen) naar soort functie van de verloskundigen

functie verloskundigen	aantal verloskundigen	gemiddelde tijdbesteding	aantal gewerkte dagen (max 21)	gemiddelde werktijd per week
zelfstandig gevestigd	167	91 u 28 min	14,57	30 u 29 min
in dienstverband	23	74 u 25 min	11,91	24 u 48 min
vaste waarnemer	8	69 u 38 min	10,88	23 u 13 min
wisselend waarnemer	10	47 u 37 min	8,30	15 u 52 min
<b>totaal</b>	<b>208</b>	<b>86 u 38 min</b>	<b>13,84</b>	<b>28 u 53 min</b>

In de tabellen 3.18 en 3.19 wordt, wat betreft de gemiddelde geregistreerde tijdbesteding, een onderscheid gemaakt naar de functie van de verloskundigen en naar soort praktijk en mate van verstedelijking van de plaats van vestiging. De bijtelling van 2,5 uur per 3 weken wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat die niet naar functie of naar soort praktijk gedifferentieerd kan worden, maar mogelijk wel zal verschillen. De gemiddelde gewerkte tijd van alle deelnemende verloskundigen gedurende de drie registratieweken, dus exclusief de bijtelling van 2,5 uur, is 86 uur en 38 minuten per verloskundige, dat is 28 uur en 53 minuten per verloskundige per week. Voor de zelfstandig gevestigden komt de gemiddelde werktijd per week op 30 uur en 29 minuten, voor de verloskundigen in dienstverband op 24 uur en 48 minuten, voor de vaste waarnemers komt de gemiddelde werktijd op 23 uur en 13 minuten en voor de wisselend waarnemers op 15 uur en 52 minuten per week. Van de 21 registratiedagen hebben de verloskundigen gemiddeld 14 dagen gewerkt, met een gemiddelde werktijd van 6 uur en 10 minuten per dag.

Tabel 3.19: Gemiddelde werktijd per verloskundige naar soort praktijk en naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats, in 2001 (alleen complete praktijken)

	aantal praktijken (%)	aantal verloskundigen (%)	gemiddelde werktijd per verloskundige per week
soort praktijk			
solopraktijk	12 (19%)	20 (11%)	33 u 35 m
duo-praktijk	18 (29%)	44 (24%)	28 u 5 m
groepspraktijk	33 (52%)	122 (66%)	29 u 17 m
<b>totaal</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>186 (100%)</b>	<b>29 u 38 m</b>
.....			
mate van verstedelijking			
zeer sterk	6 (9%)	25 (13%)	28 u 42 m
sterk	17 (27%)	51 (27%)	28 u 56 m
matig	13 (21%)	40 (22%)	31 u 12 m

weinig	15 (24%)	43 (23%)	30 u 28 m
niet	12 (19%)	27 (15%)	28 u 13 m
totaal	63 (100%)	186 (100%)	29 u 38 m

---

De verdeling naar soort praktijk laat zien dat verloskundigen in solopraktijken gemiddeld meer uren per week werken dan verloskundigen in duo- of groepspraktijken. De verdeling naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de praktijk laat zien dat verloskundigen in matig verstedelijkte plaatsen gemiddeld iets meer uren per week werken dan de anderen.

Om te bepalen hoeveel FTE de verloskundigen gemiddeld werken, is het zinvol om alleen uit te gaan van de praktijken waarvan van alle verloskundigen de tijdregistratie ontvangen is. 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. Als alleen gekeken wordt naar de 186 verloskundigen in de 63 complete praktijken, dan komt de gemiddelde geregistreerde werktijd op 29,64 uur per week. Met de bijtelling van 0,83 uur per week voor niet-frequente werkzaamheden komt de gemiddelde werktijd voor verloskundigen op 30,47 uur per week. Omgerekend naar full-time-equivalenten (FTE), er van uitgaande dat 1 FTE = 40 uur, komt dat op gemiddeld 0,76 FTE per verloskundige.

De 208 verloskundigen hebben in de drie registratieweken gemiddeld 5,74 bevallingen per persoon begeleid. Om na te gaan in hoeverre dit representatief is voor de normale drukte in de praktijk, moet dit cijfer op praktijkniveau bekeken worden. Van de 63 praktijken waarvan alle vragenlijsten ontvangen zijn, hebben 61 praktijken gegevens geleverd over het aantal bevallingen in 2000. Het gemiddeld aantal bevallingen per praktijk in 2000 (zie tabel 3.7) komt voor die 61 praktijken op 265,6, dat is 15,3 bevallingen per periode van 3 weken. De 179 verloskundigen in deze 61 praktijken hebben gezamenlijk gedurende drie weken 1.070 bevallingen begeleid, dat is 17,5 bevallingen per praktijk. Van die 1.070 bevallingen zijn er 114 overgedragen aan een collega of deels buiten de registratieperiode gevallen. Deze 114 bevallingen zijn dus mogelijk dubbel geteld. Wordt daarvoor gecorrigeerd, dan komt het totaal aantal bevallingen op 956, dat is een gemiddelde van 15,7 bevallingen per praktijk. Op grond hiervan kan geconcludeerd worden dat de registratieperiode, met gemiddeld 15,7 bevallingen per praktijk, representatief geweest is voor de gemiddelde drukte van 15,3 bevallingen per praktijk per drie weken.

Omdat het aantal bevallingen tijdens de registratieperiode als representatief voor de gemiddelde praktijkomvang van deze praktijken beschouwd mag worden, kan op basis hiervan ook berekend worden wat het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige per jaar in deze praktijken is. Uitgaande van 956 bevallingen door 179 verloskundigen in een periode van drie weken, komt het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige per jaar (52 weken) op 92,6. Dat is 77 procent van een normpraktijk van 120 bevallingen. Dit komt overeen met de gemiddelde werktijd per verloskundige van 0,76 FTE.

#### *Cliëntgebonden werktijd per cliënt*

De cliëntgebonden werkzaamheden van een verloskundige zijn onder te verdelen in prenatale zorg, zorg tijdens de bevalling en postnatale zorg. Administratie en overleg ten behoeve van de cliëntgebonden zorg zijn hierbij 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. Per onderdeel is berekend hoeveel tijd er gemiddeld aan besteed wordt door verloskundigen. De totale cliëntgebonden werktijd per cliënt komt in dit onderzoek op 601 minuten, dat is 10 uur en 1 minuut (zie tabel 3.20). Tijdens het tijdbestedingsonderzoek in 2000 was dat 10 uur en 37 minuten. De totale tijd, besteed aan cliënt-contacten 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 is gebleven, is dus, in vergelijking met het onderzoek uit 2000, licht afgenomen. De gemiddelde tijd per bevalling is ten opzichte van 2000 toegenomen, terwijl de tijd besteed aan prenatale controles en aan kraambezoeken is afgenomen. In deze berekening is het gemiddeld aantal prenatale controles op 12 en het gemiddeld aantal kraambezoeken op 6 gesteld, omdat daar in 2000 ook van uit was gegaan. Op grond van de cliëntenvragenlijsten is geschat dat elke cliënt gemiddeld twee echo's krijgt. De gemiddelde tijd per echo is 17,5 minuten. Omdat echter maar in een beperkt deel van de praktijken de verloskundigen zelf echo's maken, wordt de extra tijd per echo één keer per cliënt meegeteld. Uit de vragenlijst die door cliënten is ingevuld (zie paragraaf 3.6), blijkt dat het aantal prenatale controles, bij cliënten die alleen bij de verloskundige geweest zijn, gemiddeld 11,7 was, met een modus (dat wil zeggen: meest genoemd aantal) van 12. Het aantal kraambezoeken aan cliënten die niet naar de tweedelijns verwezen zijn komt gemiddeld op 4,5 met een modus van 4. Dat komt dus niet overeen met de 'standaard-zorg' van 6 kraambezoeken.

Tabel 3.20: Cliëntgebonden werktijd per cliënt

werkzaamheden	aantal	tijd (min)	totale tijd (min)	onderzoek 2000	
				tijd	totale tijd
intake	1	32,9	32,9	31,3	31,3
prenatale controle (spreekuur)	11	13,7	150,7	14,8	177,6
waarvan gemiddeld 1x echo	1	17,5	17,5	-	-
baring (incl. reistijd)	1	192,7	192,7	174,7	174,7
kraambezoek (incl. reistijd)	6	31,8	190,8	39,7	238,2
afsluitend contact (spreekuur)	1	16,4	16,4	14,8	14,8
Totaal			601,0		636,6

In het deelonderzoek naar het basistakenpakket van verloskundigen van Deloitte & Touche (Wiegers e.a. 2001) werd als wenselijke prenatale zorg een intake en 10 prenatale controles beschreven en als wenselijke postnatale zorg 5 kraambezoeken en een afsluitend spreekuurcontact. Uit de nu gevonden cijfers blijkt dat in de praktijk nog steeds 12 prenatale controles als standaard wordt gehanteerd, terwijl het aantal kraambezoeken in veel gevallen teruggebracht is tot 4.

#### *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 3.17 is al gebleken dat gemiddeld bijna 21 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.

Tabel 3.21: Tijd besteed aan bevallingsdienst per verloskundige per drie weken, naar soort praktijk

bevallingsdienst	aantal verloskundigen	gemiddelde (in uren)	minimum (in uren)	maximum (in uren)
in 'solo'-praktijken	20	291,6	86,5	504,0
in 'duo'-praktijken	44	202,3	0,0	504,0
in groepspraktijken	122	136,1	0,0	413,0
Totaal	186	168,5	0,0	504,0

De 186 verloskundigen in de 63 praktijken die alle tijdregistratieformulieren ingevuld hebben, hadden bijna allemaal voor kortere of langere periode dienst, gemiddeld voor 168,5 uur gedurende drie weken, dat is 56,2 uur per week (tabel 3.21). Het minimum aantal uren dienst is 0 omdat 6 van de 186 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.

Meestal valt de tijd besteed aan bevallingen en de tijd besteed aan kraambezoeken binnen de dienst, terwijl de spreekuren veelal buiten de dienst vallen. In geval van de solist valt alle gewerkte tijd binnen de dienst. In tabel 3.21 wordt het gemiddeld aantal uren dienst per verloskundige getoond. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar het soort praktijk, maar de termen 'solo' en 'duo' zijn tussen aanhalingstekens gezet, omdat dit niet persé het aantal verloskundigen in de praktijk weergeeft. Uit deze tabel blijkt dat in grotere praktijken de verloskundigen minder lange diensten draaien of minder vaak dienst hebben dan in kleinere praktijken. Naast bevallingsdienst kunnen verloskundigen ook nog achterwacht hebben. Dat betekent meestal dat ze opgeroepen kunnen worden als de verloskundige die dienst heeft 'dubbel zit' en dus eigenlijk op twee plaatsen tegelijk moet zijn. Omdat niet alle verloskundigen hun periodes van achterwacht consequent hebben opgeschreven worden die gegevens verder niet geanalyseerd.

Als de gegevens uit tabel 3.18 en tabel 3.21 gecombineerd worden, ontstaat het beeld van een gemiddelde verloskundige, die per week 29 uur werkzaam is en 56 uur dienst heeft. Stel dat de helft van de gewerkte tijd binnen de dienst valt, dan is een gemiddelde verloskundige 70 uur per week bij haar werk betrokken.

#### *Verdeling werkzaamheden over dag en nacht*

Als de geregistreeerde werkzaamheden van alle 208 verloskundigen verdeeld worden in enerzijds werkzaamheden overdag, dat wil zeggen: tussen 8 uur 's morgens en 8 uur 's avonds en anderzijds werkzaamheden 's avonds en 's nachts, dan blijkt dat 88 procent van



alle werkzaamheden overdag plaatsvindt en 12 procent 's avonds of 's nachts.

### 3.4 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.

De gemiddelde ervaren werkdruk voor alle verloskundigen samen was 4,28, met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 4,07 tot 4,49. Dit betekent dat, over het geheel genomen, de ervaren werkdruk iets lager was dan normaal. Dit komt overeen met het oordeel van het merendeel van de verloskundigen dat de registratieperiode minder druk was dan normaal.

In tabel 3.22 is het oordeel van de verloskundigen over de registratieperiode weergegeven. Voor iets meer dan de helft van de verloskundigen was de registratieperiode rustiger dan normaal, terwijl ruim een derde van de verloskundigen de registratieperiode wel representatief vond. Slechts een enkeling vond de registratieperiode drukker dan normaal en sommigen konden dat niet beoordelen, bijvoorbeeld omdat ze nog maar pas in de betreffende praktijk werkzaam waren.

Tabel 3.22: Was de registratieperiode representatief voor de werkdruk in de praktijk?

	aantal verloskundigen	percentage
nee, normaal is het drukker	114	54,8
ja, de registratieperiode was representatief	78	37,5
nee, normaal is het rustiger	5	2,4
dat weet ik niet	8	3,8
niet ingevuld	3	1,4
totaal	208	100,0

Naast de dagelijkse registratie van de ervaren werkdruk is daarover ook in de begeleidende vragenlijst een aantal 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'.

Tabel 3.23: Ervaren werkdruk

uitspraken:	aantal verloskundigen	gemiddelde score
-------------	-----------------------	---------------------

Gemiddelde schaalscore	191	2,63
1. Ik heb voldoende tijd voor de cliënt om goede zorg te kunnen verlenen	201	2,69
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	192	2,72
3. Ik heb genoeg mogelijkheden om problemen betreffende cliënten te bespreken met collega's	198	2,26
4. Ik heb voldoende tijd beschikbaar voor directe cliëntenzorg	199	2,40
5. Ik denk niet dat ik beter zou functioneren als het minder druk was	200	3,00

Cronbach's alpha = 0,81

In tabel 3.23 zijn deze vijf uitspraken vermeld, met hun gemiddelde en de schaalscore en het aantal verloskundigen dat elke vraag beantwoord heeft. De gemiddelde score op de schaal voor ervaren werkdruk is 2,63, dat is dus iets minder dan 'gemiddeld' (score 3). De ervaren werkdruk, zoals in de dagelijkse tijdregistratie genoteerd, correleert met de ervaren werkdruk zoals gemeten in de vragenlijst (Spearman's rho=0,17 p=0,025).

De meest voor de hand liggende verwachting is dat er een samenhang is tussen het aantal gewerkte uren van een verloskundige en de ervaren werkdruk. Deze samenhang wordt ook ten dele gevonden: de gemiddelde score op de ervaren werkdruk is wel gecorreleerd met het totaal aantal gewerkte uren per verloskundige (r=0,17 p=0,02) maar niet met het aantal gewerkte uren per dag.(r=0,09 p=0,22). Het aantal gewerkte uren per dag is wel gecorreleerd met de mate van werkvoldoening (zie onder) (r=0,15 p=0,04) in die zin, dat de werkvoldoening groter is als er meer uren per dag gewerkt worden.

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

#### *Arbeidstevredenheid*

Aan alle deelnemende verloskundigen is gevraagd om op een twaalfstal uitspraken te reageren die samen een beeld geven van de mate waarin men tevreden is over het werk. Zeven van de twaalf uitspraken vormen samen de schaal: 'algemene werkvoldoening' van Boumans e.a. (1989). De overige vijf uitspraken vormen de schaal: 'Ervaren werkdruk' van Ruijter en Stevens (1992) die in de voorgaande paragraaf gepresenteerd is. Deze schalen zijn 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).

Er waren per uitspraak vijf antwoordmogelijkheden, variërend van 1 = 'helemaal mee eens' tot 5 = 'helemaal niet mee eens'. In tabel 3.24 zijn de zeven uitspraken vermeld die samen de 'algemene werkvoldoening-schaal' vormen, met hun gemiddelde score en het aantal verloskundigen dat de vraag beantwoord 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 1,97.

Werkvoldoening en ervaren werkdruk zijn sterk met elkaar gecorreleerd (r=0,37 p<0,001) wat wil zeggen dat de werkvoldoening groter is als de werkdruk minder is.

Tabel 3.24: Algemene werkvoldoening

gemiddelde

uitspraken:	aantal verloskundigen	score
Gemiddelde schaalscore	191	1,97
1. Het werk dat ik hier doe is erg zinvol voor me.	200	1,75
2. Mijn werk geeft mij veel voldoening	199	1,71
3. Over mijn huidige werk ben ik enthousiast	198	1,87
4. Mijn huidige werk geeft mij een goede kans te laten zien wat ik waard ben	199	2,09
5. Het laatste jaar is mijn werk interessanter geworden	198	2,90
6. Ik vind mijn werk eentonig	200	4,14
7. Mijn werk is van dien aard dat het waard is om je er voor in te spannen	200	1,64

Cronbach's alpha = 0,83

Naast deze arbeidstevredenheidschaal zijn nog vier vragen uit de categorie 'arbeidstevredenheid en betrokkenheid bij het werk' uit de NOVA-WEBBA (Houtman e.a. 1994) aan de verloskundigen voorgelegd. De resultaten hiervan staan in tabel 3.24. 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' (61,8%) en 'redelijk' (30,2%) zijn samengevoegd tot 'ja' en de antwoorden 'matig' (7,5%) en 'niet goed' (0,5%) tot 'nee'.

Uit de antwoorden in tabel 3.25 blijkt dat verloskundigen heel erg betrokken zijn bij hun werk. Hoewel 35 procent van de verloskundigen er wel eens over gedacht heeft om ander werk te zoeken, heeft nog geen 8 procent daar werkelijk stappen toe ondernomen. En zo goed als iedereen heeft, alles in overweging nemende, een positief oordeel over de werksituatie.

Tabel 3.25: Betrokkenheid bij het werk (N = 208)

	ja	niet ingevuld
Heeft u er de afgelopen maanden wel eens over gedacht om ander werk te zoeken?	34,8%	7
Heeft u het afgelopen jaar daadwerkelijk geprobeerd ander werk te krijgen?	7,5%	7
Heeft u meestal plezier in uw werk?	97,5%	10
Alles in overweging nemende, vindt u dat u goed zit met uw werk?	91,9%	10

### *Toekomst*

Om, mede in verband met het maken van een behoefteanalyse 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, alsook de inhoud van de functie, is gevraagd hoe men zou willen dat de werksituatie er over vijf jaar uitziet (tabel 3.26).

Tabel 3.26: Gewenste functie over 5 jaar

	aantal	percentage
zelfstandig gevestigde verloskundige	141	70,9%
verloskundige in dienstverband		
in zelfstandige praktijk of gezondheidscentrum	13	6,5%
verloskundige in dienst van ziekenhuis	6	3,0%
waarnemer	4	2,0%
niet meer werkzaam	5	2,5%
anders, bijvoorbeeld:		
geen voorkeur of een combinatie van bovenstaande functies	30	15,1%
<b>totaal</b>	<b>199</b>	<b>100%</b>

Bijna driekwart van alle verloskundigen wil (ook) over vijf jaar als zelfstandig gevestigde werkzaam zijn. Slechts 6 van de 199 willen dan in een ziekenhuis werkzaam zijn en 5 van de 199 willen niet meer als verloskundige werkzaam zijn. Ook het percentage verloskundigen dat in dienst bij een zelfstandige praktijk of bij een gezondheidscentrum 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. Het merendeel van de verloskundigen (62%) blijkt namelijk part-time te willen werken (zie tabel 3.27).

Als alleen gekeken wordt naar de zelfstandig gevestigde verloskundigen, wil 65 procent over vijf jaar part-time werkzaam zijn en wel gemiddeld 31,4 uur per week. Als we ervan uit gaan dat de 49 verloskundigen die aangeven full-time te willen werken, daar 40 uur per week mee bedoelen, dan komt de gewenste gemiddelde werktijd voor zelfstandig gevestigde verloskundigen op  $(49 \times 40 + 103 \times 31,4) / 152 = 34,2$  uur per week per verloskundige.

Het is niet zinvol om de toekomstige gewenste werktijd van verloskundigen in dienstverband en van waarnemers uit te rekenen, vanwege het kleine aantal respondenten in die categorieën.

Tabel 3.27: Gewenste werktijd over 5 jaar

	alle verloskundigen		zelfstandig gevestigden	
	aantal	percentage	aantal	percentage
full-time, inclusief wisselende diensten	52	26,5%	34	21,7%
full-time, maar met vaste werktijden	16	8,2%	15	9,6%
part-time, inclusief wisselende diensten	76	38,8%	64	40,8%
part-time, maar met vaste werktijden	46	23,5%	39	24,8%
niet meer werkzaam	6	3,1%	5	3,2%
<b>totaal</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>	<b>157</b>	<b>100%</b>

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: één verloskundige wil niet langer dan tot haar 30<sup>ste</sup> als verloskundige werkzaam blijven, een andere verloskundige wil tot haar 80<sup>ste</sup> doorgaan. Een kwart geeft aan tot haar vijftigste en ruim een kwart geeft aan tot haar zestigste te willen doorgaan. De gemiddelde leeftijd waarop men denkt te stoppen met de verloskundige werkzaamheden is 56 jaar. Ter vergelijking: uit

de registratie van verloskundigen, peiling 2001 (Kenens & Hingstman 2001A) blijkt dat slechts 7 procent van de praktiserende verloskundigen 55 jaar of ouder is. Op grond van de registratiegegevens is het daarom te verwachten dat veel verloskundigen het werk eerder neer zullen leggen dan men nu aangeeft te zullen doen.

### 3.6 Het oordeel van de cliënten

Volgens de tijdregistratie-gegevens zijn tijdens de onderzoeksperiode in de deelnemende praktijken 708 kraamvrouwen op nacontrole geweest. In principe hebben al deze cliënten van de verloskundige een vragenlijst ontvangen, die ze, anoniem, terug konden sturen naar het Nivel. Een enkele verloskundige heeft echter laten weten dat ze de cliëntenvragenlijst vergeten is. Daar staat tegenover dat men in een enkele praktijk ook na de periode van tijdregistratie nog cliëntenvragenlijsten aan kraamvrouwen heeft meegegeven.

Bij het Nivel zijn 610 ingevulde cliëntenvragenlijsten binnengekomen uit 64 praktijken. Er van uitgaande dat er ongeveer 700 vragenlijsten zijn uitgedeeld, is dat een respons van 87 procent.

De gemiddelde leeftijd van de kraamvrouwen is 31 jaar, met als jongste een kraamvrouw van 17 jaar en als oudste een kraamvrouw van 43 jaar. Achtenveertig procent van de vrouwen is bevallen van haar eerste kind, 52 procent van haar tweede of volgende kind. De meeste vrouwen in het onderzoek hebben een mavo/havo of mbo-diploma (53%), tien procent heeft een vbo-diploma, ongeveer één op de vier (27%) heeft een vwo of hbo-diploma, zes procent heeft een universitair diploma en de overigen (4%) hebben de vraag niet volledig ingevuld. Driekwart van de vrouwen heeft een betaalde baan en blijft na de geboorte van haar baby werken, in ruim de helft van de gevallen (54%) voor minder uren dan voor het zwangerschapsverlof.

#### *Zwangerschap*

Gemiddeld hebben de cliënten die voor dit onderzoek een vragenlijst hebben ingevuld 12,3 prenatale controles gehad, inclusief gemiddeld twee echo's. Bijna allemaal (603 van de 610) zijn ze bij een verloskundige onder controle geweest, sommigen (31 van de 610) zijn ook bij de huisarts onder controle geweest en ruim een kwart van alle cliënten (161 van de 610 = 26,4%) is voor één of meer prenatale controles bij een gynaecoloog geweest. Niet iedereen heeft ingevuld hoeveel prenatale controles zij gehad heeft, daarom is in tabel 3.28 tweemaal een N vermeld.

Tabel 3.28: Begeleiding tijdens de zwangerschap en aantal prenatale controles

	N	in zorg (%)	controles ingevuld N (%)	gemiddeld aantal controles	mediaan	
alle kraamvrouwen	608		508	12,3	12	
alleen bij de verloskundige	427	(70,2)	354	(69,1)	11,7	12
alleen bij gynaecoloog	5	(0,8)	5	(1,0)	5,8	6
bij verloskundige + huisarts	20	(3,3)	19	(3,7)	12,4	12
bij verloskundige + gynaecoloog	145	(23,8)	120	(23,6)	14,0	14
bij verloskundige + huisarts + gynaecoloog	11	(1,8)	10	(2,0)	16,4	16,5

De meeste zwangeren (73%) wilden graag thuis bevallen, één op de vijf (20%) had voorkeur voor een ziekenhuisbevalling of (3x) voor een bevalling in een kraamhotel. De overigen hadden geen duidelijke voorkeur. Bijna allemaal (89%) hebben ze met de verloskundige een afspraak gemaakt over de plaats van bevallen die overeen kwam met hun eigen voorkeur. Als de vrouwen zonder een duidelijke voorkeur vooraf buiten beschouwing gelaten worden is de overeenstemming tussen de voorkeur en de afspraak die met de verloskundige gemaakt is zelfs 96 procent. Twintig vrouwen lieten weten dat ze hadden afgesproken om in het ziekenhuis te bevallen, omdat de verloskundige geen thuisbevalling wilde of kon begeleiden. Acht van hen hadden overigens al een voorkeur voor het ziekenhuis, zeven hadden thuis willen bevallen en vijf hadden geen voorkeur.

De kraamvrouwen konden op een vijfpuntsschaal, lopend van heel - (=1) tot helemaal niet - (=5) aan de hand van acht kwalificaties (prettig, ondersteunend, vertrouwd, bazig, kundig, persoonlijk, autoritair en ongeduldig) aangeven hoe zij de begeleiding tijdens de zwangerschap beoordeelden. Een waarde van 3 geeft dus een neutraal oordeel weer. De acht items vormen samen een beoordelingsschaal, waarbij de negatieve kwalificaties (bazig, autoritair en ongeduldig) in waarde omgedraaid zijn, zodat alle positieve oordelen een lage waarde en alle negatieve oordelen een hoge waarde krijgen.

Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de zwangerschap is 1,4 (s.d. 0,5; mediaan: 1,25), met een meest positieve waarde van 1,0 en een meest negatieve waarde van 3,9. Het oordeel is dus overwegend positief. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,83. Het oordeel over de begeleiding tijdens de zwangerschap blijkt gecorreleerd te zijn met het aantal zwangerschapscontroles in die zin, dat bij meer controles het oordeel positiever is (Spearman's rho = 0,15, p=0,001)

### Bevalling

Iets meer dan de helft van de vrouwen in het onderzoek (53%) is thuis bevallen, de overigen bevielen in het ziekenhuis of (2x) in een kraamhotel. Vijfenzestig procent van de vrouwen die thuis wilden bevallen is inderdaad thuis bevallen. Daarentegen is 17 procent van de vrouwen, die in het ziekenhuis wilden bevallen, toch thuis bevallen. Volgens eigen zeggen is 25 procent van de vrouwen vóór de bevalling en 14 procent tijdens de bevalling naar de gynaecoloog verwezen. Eén op de vijf vrouwen die naar de gynaecoloog is verwezen, is vóór de bevalling weer terugverwezen naar de verloskundige en is thuis bevallen. Negenendertig procent van de vrouwen heeft een natuurlijke bevalling, zonder ingrepen, gehad. Bij de overige vrouwen zijn één of meer ingrepen geweest. In onderstaande tabel (tabel 3.29) is weergegeven hoe vaak ingrepen zijn voorgekomen bij de groep die thuis is bevallen, bij de groep die zonder verwijzing in het ziekenhuis is bevallen en bij de groep die naar de gynaecoloog is verwezen. Ook staat het percentage ingrepen in de totale groep vermeld.

Tabel 3.29: Verloop van de bevalling

plaats van bevalling:	thuis	ziekenhuis niet verwezen	ziekenhuis verwezen	allen
verloop van de bevalling	n = 323	n = 86	n = 199	n = 608
natuurlijk, zonder ingrepen	55%	37%	15%	39%
ingeknipt	19%	28%	52%	31%
gehecht	43%	52%	64%	51%
pijnbestrijding	-	9%	19%	8%

opwekking / versterking van de weeën	2%	13%	40%	16%
verlostang of vacuümset gebruikt	-	-	35%	12%
keizersnede	-	-	7%	2%

Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de bevalling is 1,5 (d.s.0,7; mediaan: 1,25), met een meest positieve waarde van 1,0 en een meest negatieve waarde van 4,8. Ook over de begeleiding tijdens de bevalling is het oordeel dus positief. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,89.

Omdat ongeveer één op de drie vrouwen in de tweedelij is bevallen en dus (ook) met de gynaecoloog te maken heeft gehad, is gevraagd voor wie de bovengenoemde beoordeling gold: de verloskundige of de gynaecoloog. In 77 procent van de gevallen betrof te beoordeling de verloskundige, in 20 procent van de gevallen betrof het de gynaecoloog en in 2 procent betrof het beide. De niet-verwezen vrouwen oordelen positiever over de begeleiding tijdens de bevalling dan de wel-verwezen vrouwen: 1,3 versus 1,7 ( $t = 6,34$ ,  $p < 0,001$ ).

### *Kraambed*

Van de vrouwen die in het ziekenhuis (of kraamhotel) zijn bevallen, is bijna de helft (45%) de volgende dag naar huis gegaan, gemiddeld 20 uur na de bevalling. Bijna één op de drie (32%) is dezelfde dag nog naar huis gegaan, gemiddeld 5 uur na de bevalling. De overigen (25%) zijn gemiddeld 3 en een halve dag na de bevalling naar huis gegaan.

De verloskundige legt gemiddeld 4,3 kraambezoeken af bij de kraamvrouw thuis. Bij vrouwen die in de eerstelij zijn bevallen, thuis of in het ziekenhuis, is het gemiddeld aantal kraambezoeken 4,5 (tabel 3.30).

Zo goed als alle vrouwen in het onderzoek hebben kraamzorg gehad. Slechts tien vrouwen lieten weten geen kraamzorg te hebben gehad en vier vrouwen hebben de vraag niet ingevuld. Voor drie van de vier kraamvrouwen was de kraamzorg ook zoals ze die graag hadden gewild en zoals die met het kraamcentrum was afgesproken. Elf procent liet weten per dag minder uren zorg te hebben gekregen dan was afgesproken en negen procent liet weten minder dagen kraamzorg te hebben gekregen dan was afgesproken. Vier procent van de vrouwen gaf aan zowel minder uren als minder dagen zorg te hebben gekregen dan was afgesproken. De meest genoemde redenen dat de kraamzorg niet was zoals was afgesproken waren personeelstekort bij het kraambureau (95x genoemd) en de vakantieperiode (26x genoemd). Ook het verblijf in het ziekenhuis van de kraamvrouw zelf is een aantal keer (15x) als reden genoemd dat de kraamzorg niet was zoals afgesproken.

Tabel 3.30: Gemiddeld aantal kraambezoeken door verloskundige

	alle kraamvrouwen		in de eerste lijn bevallen	
	N	gemiddelde	N	gemiddeld
in de eerste week na de bevalling	597	3,47	401	3,75
in de tweede week na de bevalling	313	1,33	206	1,33
in de derde week na de bevalling	37	0,81	21	0,76
in de vierde week na de bevalling	18	0,56	11	0,28
in de vijfde week na de bevalling	18	0,94	12	0,67
totaal	601	4,26	402	4,52

Meer dan driekwart van de kraamvrouwen, 79 procent, is begonnen met borstvoeding geven.

Na ongeveer zes weken (op het moment van het invullen van de vragenlijst) geeft nog 59 procent van de kraamvrouwen borstvoeding en is van plan dat te blijven doen tot de baby gemiddeld 6 maanden oud is. Twintig procent van de kraamvrouwen is na gemiddeld vier weken gestopt met het geven van borstvoeding en ruim twintig procent heeft helemaal geen borstvoeding gegeven. De meest genoemde redenen om geen borstvoeding (meer) te geven waren: 'het wilde niet goed lukken' of 'het was pijnlijk', en 'het is te lastig', 'flesvoeding is handiger' of 'slechte ervaring de vorige keer'.

Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens het kraambed is 1,4 (s.d. 0,5; mediaan: 1,25), met een meest positieve waarde van 1,0 en een meest negatieve waarde van 4,1. Ook over de begeleiding tijdens het kraambed is, evenals bij de zwangerschap en de bevalling, het oordeel dus overwegend positief. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,83.

### Algemeen

Alvorens de mogelijke samenhang te bespreken tussen achtergrondkenmerken van de groep kraamvrouwen in dit onderzoek en het verloop van en hun oordeel over de begeleiding tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed, dient er duidelijk op gewezen te worden dat deze onderzoeksgroep niet representatief is voor alle kraamvrouwen in Nederland. Het betreft hier een populatie die overwegend maar niet uitsluitend een eerstelijns populatie is, die vaker dan gemiddeld een ongestoorde zwangerschap en bevalling heeft doorgemaakt en die vaker dan gemiddeld zelf heeft kunnen kiezen waar de bevalling zou plaatsvinden. Wat deze kraamvrouwen gemeen hebben is dat ze allemaal voor de begeleiding van het kraambed in zorg zijn geweest bij een verloskundige. Er is daarom weinig vergelijkingsmateriaal voorhanden om de gegevens uit dit onderzoek aan te spiegelen. In het onderzoek van Offerhaus e.a. (2000 en 2001) wordt een beschrijving gegeven van een eerstelijns populatie, uitgaande van vrouwen die in de eerste lijn aan de bevalling zijn begonnen en al dan niet naar de gynaecoloog zijn doorverwezen. De populatie van kraamvrouwen in dit onderzoek is meer een dwarsdoorsnede van een verloskundige praktijk. Alleen cliënten die na verwijzing naar de tweedelijns helemaal niet terugkeren bij de verloskundige komen in deze populatie niet voor. Daarom worden hier alleen enkele samenhangen binnen dit gegevensbestand gepresenteerd.

In tabel 3.31 wordt de leeftijd van de kraamvrouwen in verband gebracht met enkele andere gegevens. Iets minder dan de helft van de vrouwen, 48 procent, beviel van haar eerste kind, 52 procent beviel van haar tweede of volgende kind. Bijna driekwart van alle zwangeren (73%) wilde graag thuis bevallen en iets meer dan de helft (53%) is ook thuis bevallen.

Tabel 3.31: Gemiddelde leeftijd kraamvrouwen

	gemiddelde leeftijd	N	t	p
alle kraamvrouwen	31,0	603		
bij geboorte eerste kind	29,9	288	6,3	0,000
bij geboorte tweede of volgend kind	32,0	311		
wilde graag thuis bevallen	30,7	435	2,8	0,005
wilde niet thuis bevallen	31,7	164		
is thuis bevallen	31,0	320	0,1	0,922
is niet thuis bevallen	31,0	281		

De vrouwen die hun eerste kind kregen zijn gemiddeld 2 jaar jonger dan de vrouwen die een



tweede of volgende kind kregen. De vrouwen die thuis wilden bevallen zijn gemiddeld 1 jaar jonger dan de vrouwen die niet thuis wilden bevallen. Wat betreft de uiteindelijke plaats van bevallen, thuis of in het ziekenhuis, is er geen verschil in leeftijd tussen de twee groepen. Van de vrouwen die ingedeeld zijn in de categorie: 'wilde niet thuis bevallen' waren er overigens 44 die geen duidelijke voorkeur hadden voor de plaats van bevallen en 3 hadden voorkeur voor een kraamhotel.

Tabel 3.32: enkele uitkomsten naar hoogste afgesloten opleiding

	vbo/mavo/havo/mbo	vwo/hbo/wo	chi <sup>2</sup>	p
alle kraamvrouwen	381 (65%)	206 (35%)		
betaalde baan:	380 (100%)	206 (100%)		
ja	271 (71%)	182 (88%)	22,2	0,000
nee, opgezegd wegens zwangerschap	42 (11%)	8 (4%)		
nee, al eerder gestopt met werken	67 (18%)	16 (8%)		
voorkeur voor plaats van bevalling:	379 (100%)	204 (100%)		
thuis	268 (71%)	157 (77%)	3,72	0,156
in het ziekenhuis of kraamhotel	78 (21%)	37 (18%)		
geen voorkeur	33 (9%)	10 (5%)		
borstvoeding:	379 (100%)	203 (100%)		
ja, nog steeds	200 (53%)	146 (72%)	23,00	0,000
eerste weken wel, nu niet meer	81 (21%)	34 (17%)		
nee, helemaal niet	98 (26%)	23 (11%)		

In tabel 3.32 wordt de samenhang getoond tussen de hoogste afgeronde opleiding van de kraamvrouwen en het hebben van een betaalde baan, de voorkeur voor de plaats van bevallen en het wel of niet geven van borstvoeding. Hieruit blijkt dat hoger opgeleide vrouwen vaker een betaalde baan hebben en ook na de bevalling blijven werken. De voorkeur voor een thuisbevalling of een bevalling in het ziekenhuis hangt niet significant samen met de hoogte van de opleiding maar het geven en ook het blijven geven van borstvoeding wel. Hoger opgeleide vrouwen beginnen vaker aan borstvoeding en geven het minder snel op.

### 3.7 Concentratie van tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft op 9 juli 2001 een uitvoeringstoets inzake tweedelijnsverloskunde uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Bouwcollege constateert hierin dat het aantal ziekenhuislocaties met tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde tussen 2001 en 2005 zal afnemen van 115 naar 99, enerzijds samenhangend met de tendens tot schaalvergroting van ziekenhuisorganisaties en anderzijds met de tendens tot schaalvergroting van tweedelijns verloskundige praktijken. In deze uitvoeringstoets concludeert het Bouwcollege: "Hoewel in het jaar 2005 het aantal ziekenhuislocaties met tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde zal afnemen van 115 naar 99 zal, op basis van de tot dusver bekende projecten, ook in 2005 voor ruim 98% van de bevolking de tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde binnen drie kwartier te bereiken zijn." (College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2001).

Er is volgens het Bouwcollege dus wel sprake van concentratie van tweedelijns verloskunde

en kindergeneeskunde in de komende jaren, waarbij de afdeling verloskunde en kindergeneeskunde op één locatie van een ziekenhuis met meerdere locaties geconcentreerd wordt. Maar deze concentratie zal in 10 van de 16 gevallen een ziekenhuis betreffen met twee locaties binnen één stad. In de overige gevallen betreft het ziekenhuizen met locaties in twee steden. Voor de bereikbaarheid van de tweedelijns zorg zal dit dan ook slechts in beperkte mate betekenis hebben.

Toch is het niet zo dat er helemaal geen reden tot zorg is. Tweede Kamer-lid Buijs van het CDA meldde onlangs in het dagblad Trouw (de Vries 2002) dat in de omgeving van Vlissingen thuisbevallingen feitelijk niet meer mogelijk zijn, omdat de kindergeneeskunde in het plaatselijke ziekenhuis verdwijnt. Ook in onze steekproef kwam het voor dat vrouwen in het ziekenhuis bevielen, niet omdat ze dat zelf graag wilden, maar omdat de verloskundige geen thuisbevalling kon of wilde begeleiden. Dit is een aspect dat in de komende jaren zorgvuldig gemonitord moet worden omdat het direct te maken heeft met de doelmatigheid van de verloskundige zorg, dat wil zeggen: de juiste zorg op de juiste plaats.

## 4 Vergelijking met eerder onderzoek

### 4.1 Vergelijking met het tijdbestedingsonderzoek, zomer 2000

#### *Praktijkorganisatie*

Van de 71 praktijken in dit onderzoek hebben 30 een praktijkassistente, dat is 42 procent. Ook in het onderzoek in 2000 (Wiegers e.a. 2001) had 42 procent van de praktijken een praktijkassistente. De gemiddelde werktijd van de praktijkassistente is, zowel in het onderzoek uit 2000 als in het huidige onderzoek, 18 uur per week. Wat wel verschilt met het eerdere onderzoek is het aantal taken dat door de assistenten verricht wordt (zie tabel 3.10). In het huidige onderzoek worden de verschillende taken vaker door de assistenten verricht dan in 2000. Daarentegen is de mate van automatisering van de praktijk in het huidige onderzoek lager dan in het onderzoek uit 2000 (zie tabel 3.11). In dit onderzoek is 61 procent van de praktijken in meer of mindere mate geautomatiseerd, terwijl dat in het eerdere onderzoek voor 71 procent van de praktijken het geval was. Als er geautomatiseerd is, dan betreft dat vaker dan in 2000 het NAW-bestand (naam-adres-woonplaats van cliënt), de briefwisseling, de zwangerschapskaart en de zwangerschapsverklaring en minder vaak de declaraties en de LVR.

Het aantal vacatures is in het huidige onderzoek relatief hoger dan in het vorige: in 29 van de 71 praktijken (41%) waren er op het moment van invullen van de vragenlijsten één of meer vacatures. In het eerdere onderzoek betrof dat 15 van de 43 praktijken (35%).

#### *Gemiddelde werktijd per week*

De gemiddelde tijdbesteding per verloskundige per week ligt in dit onderzoek lager dan in het tijdbestedingsonderzoek uit 2000 (Wiegers e.a. 2001). Een mogelijke verklaring hiervoor is de verschillende samenstelling van de beide steekproeven.

In het onderzoek in de zomer van 2000 hebben 43 praktijken meegewerkt, waarvan 13 (30,2%) solopraktijken, 10 (23,3%) duo-praktijken en 20 (46,5%) groepspraktijken met in totaal 102 verloskundigen. In dat onderzoek werd op grond van de registratiegegevens gedurende één week een gemiddelde werktijd per verloskundige gevonden van 38 uur en 44 minuten per week. Nu wordt, op grond van de registratie van 186 verloskundigen gedurende drie weken, een gemiddelde werktijd per verloskundige gevonden van 29 uur en 38 minuten per week (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1: gemiddelde werktijd per verloskundige per week in 2001 en in 2000

soort werkzaamheden	onderzoek 2001 (N = 186) gemiddelde werktijd per week	onderzoek 2000 (N = 102) gemiddelde werktijd per week
totaal geregistreerde werktijd	29 uur 38 min	38 uur 44 min
waarvan: cliëntgebonden	22 uur 53 min	31 uur 7 min
niet-cliantgebonden	6 uur 45 min	7 uur 37 min

Omdat de verdeling naar soort praktijk, over de 63 complete praktijken in het huidige onderzoek, duidelijk anders is dan in 2000 het geval was, met naar verhouding veel minder

solopraktijken (12 = 19%) en meer duo-praktijken (18 = 28,6%) en groepspraktijken (33 = 52,4%), is bij de berekening van de gemiddelde werktijd ook gekeken naar de soort praktijk waarin men werkzaam is. De verwachting daarbij is, dat verloskundigen in een solo- of duo-praktijk gemiddeld langere werkweken maken dan verloskundigen in een groepspraktijk en dat de verdeling naar soort praktijken dus invloed zal hebben op het berekende gemiddelde. In onderstaande tabel zijn daarom de gegevens uit beide onderzoeken naast elkaar gezet.

Tabel 4.2: gemiddelde werktijd per verloskundige naar soort praktijk en naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats, in 2001 en in 2000

	onderzoek 2001			onderzoek 2000		
	aantal praktijken (%)	aantal verloskundigen (%)	gemiddelde werktijd per verloskundige	aantal praktijken (%)	aantal verloskundigen (%)	gemiddelde werktijd per verloskundige
soort praktijk						
solopraktijk	12 (19%)	20 (11%)	33 u 35 m	13 (30%)	18 (18%)	40 u 1 m
duo-praktijk	18 (29%)	44 (24%)	28 u 5 m	10 (23%)	16 (19%)	39 u 27 m
groepspraktijk	33 (52%)	122 (66%)	29 u 17 m	20 (47%)	68 (67%)	38 u 7 m
<b>totaal</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>186 (100%)</b>	<b>29 u 38 m</b>	<b>43 (100%)</b>	<b>102 (100%)</b>	<b>38 u 44 m</b>
.....						
mate van verstedelijking						
zeer sterk	6 (9%)	25 (13%)	28 u 42 m	6 (14%)	17 (17%)	40 u 52 m
sterk	17 (27%)	51 (27%)	28 u 56 m	11 (26%)	35 (34%)	39 u 26 m
matig	13 (21%)	40 (22%)	31 u 12 m	10 (23%)	24 (23%)	44 u 31 m
weinig	15 (24%)	43 (23%)	30 u 28 m	10 (23%)	18 (18%)	38 u 7 m
niet	12 (19%)	27 (15%)	28 u 13 m	6 (14%)	8 (8%)	41 u 32 m
<b>totaal</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>186 (100%)</b>	<b>29 u 38 m</b>	<b>43 (100%)</b>	<b>102 (100%)</b>	<b>38 u 44 m</b>

De veronderstelling dat verloskundigen in solopraktijken langere werkweken maken dan verloskundigen in duo- of groepspraktijken wordt door de gegevens uit beide jaren ondersteund. Ook is duidelijk dat in het onderzoek van 2001 het aandeel van (gemiddeld meer uren werkende) solisten kleiner is dan in het onderzoek van 2000. Als onderscheid gemaakt wordt naar de mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de praktijk, dan blijkt dat, zowel in 2001 als in 2000, verloskundigen in de matig verstedelijkte gebieden gemiddeld de meeste uren per week werkzaam zijn. De onderlinge verschillen zijn echter niet groot. Wat wel opvalt is dat over de hele linie de gemiddelde werktijd in 2001 beduidend lager is dan in 2000. Dit kan natuurlijk betekenen dat verloskundigen het in 2001 minder druk hebben gehad dan in 2000. Het kan ook betekenen dat de registratieperiode niet representatief is geweest voor de drukte in de rest van het jaar. De verloskundigen zelf wijzen daar ook op met de constatering van 55 procent van hen dat het normaal drukker is dan het in de registratieperiode geweest is (zie tabel 3.21). Overigens vond ook in het onderzoek van 2000 50 procent van de verloskundigen dat de registratieperiode rustiger was dan normaal, terwijl, evenals nu, 38 procent de registratieperiode wel representatief vond. Het is ook mogelijk dat juist de praktijken waar zich de afgelopen jaren de grootste problemen hebben voorgedaan niet in dit onderzoek zijn vertegenwoordigd. Een overzicht van de praktijken en/of regio's die zich, gedurende 2000 en 2001, met problemen gemeld hebben bij de help-desk van de KNOV, is daarom opgenomen in bijlage III, waar ook de regionale spreiding van de

steekproef in opgenomen is. Hieruit blijkt wat ook al zichtbaar werd bij de bespreking van de representativiteit van de steekproef, namelijk dat praktijken die grote problemen (gehad) hebben, niet of nauwelijks aan dit onderzoek hebben meegewerkt.

Deze bevindingen moeten consequenties hebben voor de komende gegevensverzameling in 2002. Dat betekent dat er selectief geworven zal worden onder solopraktijken om alsnog aan het onderzoek mee te gaan doen. Daarnaast zal bij de werving van nieuwe praktijken nog meer nadruk gelegd worden op het feit dat ook van praktijken waar het druk is medewerking nodig is. In het onderzoek van 2000 hadden de deelnemende praktijken weinig keus: alle registraties moesten binnen drie weken plaatsvinden, tussen 24 juli en 13 augustus. In 2001 konden de praktijken zelf bepalen in welke periode het best geregistreerd kon worden, binnen een totale tijdsperiode van drie en een halve maand, beginnend op 30 juli en eindigend op 21 oktober. Bij de nieuwe registratie zal zoveel mogelijk vastgehouden worden aan de eerder gekozen periode.

#### *Cliëntgebonden werkzaamheden*

In het hier gepresenteerde onderzoek is de verdeling tussen cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden per verloskundige 75 versus 25 procent. In het tijdbestedingsonderzoek uit 2000 was de verhouding 66 versus 34 procent. In het deelonderzoek van Deloitte & Touche Bakkenist werd geconstateerd dat, als aan alle voorwaarden voor praktijkondersteuning en automatisering zou zijn voldaan, het deel van de werktijd dat aan niet-clientgebonden werkzaamheden besteed zou moeten worden, teruggebracht zou kunnen worden tot 21 procent (Wiegers e.a. 2001).

In tabel 3.19 is de cliëntgebonden werktijd per cliënt gepresenteerd. Aan volledige prenatale zorg wordt gemiddeld 3 uur en 21 minuten besteed, aan zorg tijdens de bevalling gemiddeld 3 uur en 13 minuten en aan postnatale zorg gemiddeld 3 uur en 27 minuten. In vergelijking met het onderzoek uit 2000 wordt meer tijd besteed aan de bevalling en minder aan pre- en postnatale zorg. De tijdbesteding aan de drie onderdelen van zorgverlening is echter nog lang niet wat in het onderzoek van Deloitte & Touche Bakkenist berekend werd als gewenste tijdbesteding om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren (Wiegers e.a. 2001). In tabel 4.3 zijn de drie berekeningen: twee keer gemeten en een keer gewenste tijdbesteding, naast elkaar gezet. Zowel de tijd besteed aan prenatale zorg, als de tijd besteed aan bevallingen blijft nog ver achter bij de gewenste tijdbesteding.

Tabel 4.3: Cliëntgebonden werktijd per cliënt, gemeten en gewenste tijdbesteding

	Onderzoek 2001	Onderzoek 2000	
	gemeten	gemeten (Nivel)	gewenst (DTB)
Prenataal	200,7 minuten	208,9 minuten	245 minuten
Nataal	192,7 minuten	174,7 minuten	335 minuten
Postnataal	207,2 minuten	253,0 minuten	210 minuten
Totaal	600,6 minuten	636,6 minuten	790 minuten

Het feit dat de verhouding tussen cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden is veranderd, is uiteraard ook zichtbaar in de relatieve werktijd die aan bevallingen besteed wordt. In tabel 4.4 is op praktijkniveau de tijd besteed aan bevallingen uitgedrukt in een percentage van de volledige werktijd per praktijk. Hieruit blijkt dat ruim een vijfde van de

werktijd per praktijk besteed wordt aan bevallingen.

Tabel 4.4: Relatieve werktijd besteed aan partus

	onderzoek 2001		onderzoek 2000	
	minuten	%	minuten	%
Tijd besteed aan partus per praktijk	1116	21,2%	1212	18,1%
totale werktijd	5245	100%	6705	100%

Dit is een lichte toename ten opzichte van 2000, toen 18 procent van de werktijd per praktijk besteed werd aan bevallingen.

## 4.2 Vergelijking met het Kraamzorgonderzoek van TNO-PG, 2001

### *Representativiteit van de cliëntenpopulatie*

In het tijdbestedingsonderzoek uit 2000 (Wiegiers e.a. 2001) is geen informatie verzameld bij cliënten van verloskundigen. Er is daarom gezocht naar een andere vergelijkingsbron. LVR-gegevens, zoals bewerkt door TNO-PG (Offerhaus e.a. 2000, 2001) zijn hiervoor minder geschikt, omdat de daar gepresenteerde gegevens ofwel betrekking hebben op de volledige verloskundige zorgverlening, dat wil zeggen: eerste- en tweedelijnszorg samen, ofwel alleen betrekking hebben op een eerstelijns populatie, dat wil zeggen: vrouwen die bij het begin van de bevalling in zorg zijn in de eerste lijn. De onderzoekspopulatie in dit onderzoek verschilt in die zin van een eerstelijns populatie, dat hierin ook vrouwen zijn vertegenwoordigd die al voor de bevalling naar de tweedelijns zijn verwezen en pas voor de zorg tijdens het kraambed zijn terugverwezen naar de verloskundige. De afsluiting van de zorg, ongeveer zes weken na de bevalling, was dan ook het aangrijpingspunt om cliënten van verloskundigen bij dit onderzoek te betrekken. Voor een enigszins vergelijkbare onderzoekspopulatie is daarom gekeken naar een onderzoek onder kraamvrouwen. TNO-PG is op dit moment bezig met een uitgebreid onderzoek naar kraamzorg: 'Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek' (Herschderfer e.a. 2002). Hierin wordt aan zowel kraamvrouwen, als kraamverzorgenden en verloskundigen gevraagd welke kraamzorg wordt geleverd dan wel ontvangen en hoe die zorg wordt gewaardeerd. Inhoudelijk is dus geen vergelijking mogelijk, maar het ligt wel in de verwachting dat de populatie vergelijkbaar is omdat op een vergelijkbaar moment (aan het begin of het eind van de kraamperiode) door de zelfde hulpverlener (verloskundige) medewerking voor het onderzoek gevraagd is. Het eindrapport van dat onderzoek wordt verwacht in het voorjaar van 2002, maar enkele achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie van kraamvrouwen zijn al wel bekend. De omvang van de onderzoekspopulatie is van vergelijkbare grootte: 600 kraamvrouwen.

Om vergelijking mogelijk te maken zijn enkele gegevens uit het Nivel-onderzoek anders gegroepeerd (zie tabel 4.5). De indeling naar opleidingsniveau is niet helemaal vergelijkbaar, omdat er een verschillende clustering gehanteerd is.

Wat betreft de leeftijdsverdeling zijn beide onderzoekspopulaties goed vergelijkbaar. In het TNO-onderzoek is het percentage hoger opgeleiden (HBO / Universiteit) iets hoger dan in het Nivel-onderzoek. De verdeling naar pariteit is duidelijk verschillend: veel meer vrouwen die van hun eerste kind zijn bevallen in het Nivel-onderzoek. Ook de plaats van bevalling is

duidelijk verschillend: in het TNO-onderzoek veel meer thuisbevallingen en opvallend veel minder verwijzingen tijdens de bevalling.

Tabel 4.5: Vergelijking populatie Nivel-onderzoek (2001) en TNO-PG-onderzoek (2001)

	Nivel		TNO-PG	
	N	%	N	%
<i>Leeftijd</i>				
jonger dan 25 jaar	39	6,5%	26	5%
25 - 29 jaar	160	26,5%	163	29%
30 - 34 jaar	302	50,1%	284	50%
35 jaar of ouder	102	16,9%	88	16%
<i>Opleiding</i>				
HBO / Universiteit	182	31,0%	HBO / Universiteit 195	35%
VWO	24	4,1%	HAVO / VWO / MBO 228	41%
MAVO / HAVO	85	14,5%		
MBO	236	40,2%	VBO / MAVO 120	21%
VBO / anders	60	10,2%	Anders 16	3%
<i>Pariteit</i>				
eerste kind	291	48%	238	42%
tweede of volgende kind	315	52%	327	58%
<i>Plaats van bevalling</i>				
thuis	323	53,1%	381	66%
ziekenhuis (niet verwezen)	86	14,1%	56	10%
ziekenhuis (ingestuurd)	125	20,6%	61	11%
ziekenhuis (vóór de partus verwezen)	74	12,2%	73	13%

Deze verschillen zouden te maken kunnen hebben met de manier waarop cliënten voor beide onderzoeken geworven zijn. In het Nivel-onderzoek is aan de verloskundigen gevraagd om gedurende een periode van drie weken aan elke kraamvrouw die voor afsluiting van de zorg, dus ongeveer zes weken na de bevalling, op het spreekuur komt een vragenlijst te overhandigen. In het TNO-onderzoek is aan de verloskundigen gevraagd om één of twee cliënten, direct na hun bevalling, te vragen aan het onderzoek mee te werken. Zwangeren die tijdens de bevalling naar de tweede lijn zijn verwezen (en dat zijn relatief vaker vrouwen die hun eerste kind krijgen) hadden dus minder kans om voor het TNO-onderzoek gevraagd te worden.





## 5 Samenvatting en conclusie

Dit rapport beschrijft de resultaten van de eerste meting in het kader van het onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'. De vraagstellingen van het onderzoeksproject, zoals beschreven in hoofdstuk 1, kunnen na een eerste meting nog niet beantwoord worden. Daarom zijn in hoofdstuk 2 enkele deelvraagstellingen geformuleerd, waar in deze conclusie op terug gekomen wordt.

Deze eerste meting heeft gegevens opgeleverd over 208 verloskundigen, werkzaam in 71 verloskundige praktijken. Van 63 van deze praktijken, met samen 186 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 en huisartsen. Deze registratiegegevens zijn gebruikt om een antwoord te geven op de eerste deelvraagstelling van dit onderzoek:

- Wat is het aanbod aan verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen en wat is de invloed geweest van de uitbreiding van de opleiding tot verloskundigen in 1994 van 90 naar 120 plaatsen op het aanbod van verloskundigen?

Het aanbod aan verloskundigen is per 1 januari 2001 1.627, waarvan 1.148 zelfstandig gevestigden, 249 klinisch werkzamen en 230 waarnemers. Uit de 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 duidelijk te danken aan het verruimen van de opleidingscapaciteit met ingang van 1994 van 90 naar 120 plaatsen.

Het aanbod aan verloskundig actieve huisartsen is moeilijker vast te stellen. De meest recente gegevens, afkomstig van de eenmalige vragenlijst aan alle werkzame huisartsen, in het kader van de registratie van huisartsen, laten zien dat ongeveer 9 procent van alle huisartsen verloskundig actief is, dat wil zeggen: zelf bevallingen begeleid. Gegevens uit de registratie van pas-afgestudeerde en praktijk-zoekende huisartsen wijzen erop dat het aantal verloskundig actieve huisartsen in de nabije toekomst verder zal afnemen.

Een antwoord op de tweede deelvraagstelling, die in deze rapportage aan bod komt, is gezocht aan de hand van de gegevens die op praktijkniveau geleverd zijn met behulp van de vragenlijst 'praktijkorganisatie'. Deze deelvraagstelling luidde:

- 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 maatschapsoverleg, 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 4 keer per jaar. Wat betreft de andere zorgverleners in de eerste lijn, blijkt er vaker overleg met een of meer kraamcentra te zijn, namelijk in 40 van de 71 praktijken, dan met huisartsen of een eerstelijns team, wat maar in 13 respectievelijk 9 van de 71 praktijken formeel plaatsvindt. De frequentie van overleg met kraamcentra, huisartsen of eerstelijns team is overigens niet hoog, meestal 1 à twee keer per

jaar.

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 binnen een multidisciplinair team, VSV of DVP, namelijk in de meeste gevallen 1 keer per maand. Lang niet alle praktijken hebben geregeld overleg met kinderartsen en met de kraamafdeling van het ziekenhuis, ook niet als er van uitgegaan wordt dat deze deel uit maken van een multidisciplinair team, VSV of DVP.

Voor het beantwoorden van de derde deelvraagstelling zijn gegevens gebruikt uit de vragenlijst 'praktijkorganisatie' en uit de tijdregistratie van de verloskundigen. Deze vraagstelling luidde:

- Hoe ziet de praktijkorganisatie van verloskundige praktijken eruit, hoe verhoudt hun tijdbesteding zich tot het basistakenpakket van verloskundigen en wat is de objectieve (gemeten) en subjectieve (ervaren) werkdruk van verloskundigen?

Wat betreft de praktijkorganisatie: 42 procent van de praktijken beschikt over een praktijk-assistente, met een gemiddelde werktijd van 18 uur per week en 61 procent van de praktijken maakt gebruik van automatisering voor bepaalde administratieve handelingen.

De gemiddelde werktijd van de verloskundigen, gedurende de tijdregistratie (tabel 3.18), was 28 uur en 53 minuten per week, terwijl een verloskundige gemiddeld 56 uur per week dienst had. Voor solo-werkende verloskundigen valt 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. Als er, op grond daarvan, van uit gegaan wordt dat voor alle verloskundigen gemiddeld ongeveer de helft van de gewerkte tijd binnen de dienst valt en de helft er buiten, dan is een gemiddelde verloskundige ongeveer 70 uur per week bij haar werk betrokken.

In het basistakenpakket van verloskundigen (deelonderzoek Deloitte & Touche Bakkenist, Wiegers e.a. 2001) is berekend dat de totale cliëntgebonden tijd per cliënt, uitgaande van de gewenste kwaliteit van zorg, 790 minuten zou moeten bedragen, waarbij 245 minuten besteed worden aan prenatale zorg, 335 minuten aan zorg tijdens de bevalling en 210 minuten aan postnatale zorg. De tijdregistratie tijdens deze eerste meting laat zien dat die gewenste tijdbesteding niet gehaald wordt: de totale cliëntgebonden tijd per cliënt komt op 601 minuten, waarbij 201 minuten besteed wordt aan prenatale zorg, 193 minuten aan zorg tijdens de bevalling en 207 minuten aan postnatale zorg. Ten opzichte van het tijdbestedingsonderzoek uit 2000 is de tijd besteed aan zorg tijdens de bevalling wel toegenomen, maar komt nog niet in de buurt van de gewenste tijdbesteding. De tijd besteed aan postnatale zorg is ten opzichte van het eerdere onderzoek afgenomen met gemiddeld bijna 10 minuten per kraambezoek en komt nu wel vrijwel overeen met de gewenste tijd.

De verdeling cliëntgebonden en niet-cliantgebonden werkzaamheden zou volgens het basistakenpakket 79 versus 21 procent moeten zijn. In de tijdregistratie in deze eerste meting van de 'Monitor Verloskundige Zorgverlening' is een verhouding gevonden van 75 versus 25 procent. Dit is een verbetering ten opzichte van de verhouding van 66 versus 34 procent die in het tijdbestedingsonderzoek van 2000 gevonden werd.

De werkdruk van verloskundigen kan op twee manieren bekeken worden. De objectieve werkdruk wordt uitgedrukt in het gemiddeld aantal uren werk per week. In deze eerste meting komt de gemiddelde gewerkte tijd per week per verloskundige op 28 uur en 53 minuten.

Voor alleen de zelfstandig gevestigden komt de gemiddelde werkweek op 30 uur en 29 minuten. Dat is ruim 8 uur minder dan uit het tijdbestedingsonderzoek van 2000 naar voren kwam. Het is ook minder dan men zou willen werken, gezien de door zelfstandig gevestigden gewenste gemiddelde werktijd over vijf jaar van 34,2 uur per week. Als alleen gekeken wordt naar de 186 verloskundigen in de 63 complete praktijken, dan komt de gemiddelde werktijd per verloskundige op 30,47 uur per week. Omgerekend naar full-time-equivalenten (FTE), uitgaande van 1 FTE = 40 uur, komt dat op gemiddeld 0,76 FTE per verloskundige. Omdat het aantal bevallingen tijdens de registratieperiode als representatief voor de gemiddelde praktijkomvang beschouwd mag worden, kan op basis hiervan ook berekend worden wat het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige per jaar is. Uitgaande van 956 bevallingen door 179 verloskundigen in een periode van drie weken, komt het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige per jaar (52 weken) op 92,6. Dat is 77 procent van een normpraktijk van 120 bevallingen. Dit komt overeen met de gemiddelde werktijd per verloskundige van 0,76 FTE.

De subjectieve werkdruk is op twee manieren gemeten. Ten eerste dagelijks tijdens de tijdregistratie, als oordeel over de afgelopen dag. Aangegeven op een lijnstuk van 10 centimeter, met een minimumwaarde van 0 en een maximumwaarde van 10, kwam de gemiddelde score uit op 4,3, dat wil zeggen: iets rustiger dan normaal. Ten tweede na afloop van de registratieperiode, in de vorm van een uitsprakenlijstje met vijf uitspraken over de ervaren werkdruk in het algemeen. Op een schaal van 1 tot 5 komt de gemiddelde score hierbij op 2,6. Op beide subjectieve werkdrukmetingen blijkt de gemiddelde score dus onder het midden van de schaal te liggen, dat wil zeggen dat de ervaren werkdruk iets minder dan normaal is.

De laatste deelvraagstelling in deze eerste meting is beantwoord met behulp van de cliënten-vragenlijst. De vraagstelling was:

- 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?

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 scoremogelijkheid van 1 tot 5. Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de zwangerschap is 1,4, met een meest positieve waarde van 1,0 en een meest negatieve waarde van 3,9. Het oordeel is dus overwegend positief. Het oordeel over de begeleiding tijdens de zwangerschap blijkt gecorreleerd te zijn met het aantal zwangerschapscontroles in die zin, dat bij meer controles het oordeel positiever is. Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de bevalling is 1,5, met een meest positieve waarde van 1,0 en een meest negatieve waarde van 4,8. Ook over de begeleiding tijdens de bevalling is het oordeel dus overwegend positief. Vrouwen die niet naar de tweede lijn verwezen zijn oordelen positiever over de begeleiding tijdens de bevalling dan vrouwen die wel verwezen zijn. Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens het kraambed is 1,4, met een meest positieve waarde van 1,0 en een meest negatieve waarde van 4,1. 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 (96%) kwam de afspraak met de verloskundige over de plaats van bevallen overeen met hun eigen voorkeur. Dat betekent dat vrijwel iedereen daar kon bevallen waar men zelf graag wilde bevallen. Er waren echter twintig 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.

In deze eerste rapportage ligt de nadruk op de tijdbesteding van verloskundigen. In de komende jaren zal in toenemende mate aandacht besteed gaan worden aan de organisatorische aspecten van de verloskundige zorg, omdat op dat vlak de meeste ontwikkelingen gaande zijn. De tijdbesteding op zich zal echter ook onderwerp van onderzoek blijven.

Wat betreft de tijdbesteding in 2001 is de conclusie uit deze eerste meting dat zowel de objectieve als de subjectieve werkdruk van de verloskundigen in dit onderzoek lager is dan werd verwacht. Daarbij moet wel de aantekening gemaakt worden dat de onderzoekspopulatie niet helemaal een goede afspiegeling blijkt te zijn van de eerstelijns verloskundige beroepsgroep. Zoals uit tabel 2.3 is gebleken zijn solopraktijken ondervertegenwoordigd in de steekproef. Dit gegeven is ongetwijfeld van invloed op de gemiddelde werktijd van verloskundigen, zoals voor deze steekproef berekend is. Maar dat neemt niet weg dat, ook als hiermee rekening gehouden wordt door de gemiddelde werktijd uit te splitsen naar soort praktijk, zoals in tabel 4.2 is gedaan, de uitkomst veel lager is dan in het tijdbestedingsonderzoek van 2000 is gemeten. Hiervoor zijn verschillende verklaringen te geven. De eerste mogelijke verklaring is dat het daadwerkelijk rustiger is geworden in de verloskundige praktijken. Dit kan nog niet met zekerheid bevestigd of ontkend worden, omdat de totaalcijfers over aantallen inschrijvingen en bevallingen in verloskundige praktijken in 2001 nog niet bekend zijn. Wel is bekend dat het totaal aantal levendgeborenen in 2001 lager was dan het jaar daarvoor, namelijk 201.461, tegenover 206.619 in 2000 (CBS maandcijfers in statline.cbs.nl, dd. 20-2-2002). Een tweede mogelijke verklaring is dat de praktijken waar het wèl erg druk is, niet aan het onderzoek hebben meegewerkt en dat de steekproef dus vooral een afspiegeling is van de rustige praktijken. Een deel van de praktijken die van deelname hebben afgezien, liet ook weten dat de reden daarvoor was dat het te druk was. Uiteraard is dit niet te verifiëren omdat niet bekend is hoe druk de niet-deelnemende praktijken zijn. Het feit dat solopraktijken in de steekproef ondervertegenwoordigd zijn, terwijl de gemiddelde werktijd per verloskundige in solopraktijken hoger is dan in ander praktijken, ondersteunt deze verklaring. Uit de jaarlijkse registratie van verloskundigen, blijkt echter ook dat het aantal solopraktijken snel vermindert, wat de noodzaak om rekening te houden met het verschil in gemiddelde werktijd tussen solisten en andere verloskundigen sterk verkleint. Wel is nagegaan in hoeverre deelnemende praktijken gevestigd zijn in een regio waar zich problemen voordeden. Hiertoe is bij de KNOV nagevraagd uit welke regio praktijken zich bij de helpdesk met problemen gemeld hadden. Gebleken is dat er enige mate van overlap bestaat: 10 van de 71 deelnemende praktijken zijn gevestigd in één van de zogenaamde crisisregio's. Een derde mogelijke verklaring is dat de registratieperiode voor veel van de praktijken rustiger geweest is dan normaal. Dat is ook wat meer dan de helft van de verloskundigen heeft ingevuld en wat geconcludeerd mag worden uit de score op de subjectieve werkdruk. Daar staat tegenover dat ook in het onderzoek in 2000 de helft van de verloskundigen van mening was dat het normaal drukker was in de praktijk dan in de registratieperiode. Een berekening van het gemiddeld aantal bevallingen per praktijk in de registratieperiode en in het voorgaande jaar laat zien dat de drie registratieweken, voor deze praktijken in ieder geval, als representatief beschouwd mogen worden .

### *Conclusie*

Deze eerste meting in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening laat zien dat de gemiddelde werktijd per week per verloskundige in het najaar van 2001 duidelijk korter is dan in de zomer van 2000 was gemeten. Alhoewel er verschillen aan te wijzen zijn tussen de

steekproef van 2000 en die van 2001, zijn beide steekproeven voldoende representatief om het gevonden verschil als reëel te kunnen beschouwen. De eerste conclusie uit dit onderzoek moet dan ook zijn dat het ten opzichte van 2000 daadwerkelijk minder druk is geworden voor de gemiddelde verloskundige. De vervolgmetingen zullen moeten laten zien of deze verbetering in de werksituatie van verloskundigen blijvend is of niet.

## **6 Gegevensverzameling 2002**

Voor de gegevensverzameling in 2002 zullen allereerst alle praktijken, die in 2001 hebben meegewerkt, gevraagd worden opnieuw mee te werken. Ook alle praktijken die in 2001 wel benaderd zijn, maar, om wat voor reden dan ook, niet hebben meegewerkt, wordt 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 het geval was: 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 alle verloskundigen, ook incidentele waarnemers die tijdens die drie weken in de praktijk werkzaam zijn, moeten hun tijd 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.

## 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, dd. 20-2-2002

CBS (2000) **Vademecum gezondheidsstatistiek 2000**.

CBS (1999) **Vademecum gezondheidsstatistiek 1999**

College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2001) **Uitvoeringstoets inzake tweedelijns verloskunde**. Cbz/nr.ut503

Crébas A. (1999A) Het tekort aan verloskundigen: een chronisch en structureel probleem (I). **Tijdschrift voor Verloskundigen 24; 659-664**.

Crébas A. (1999B) Het tekort aan verloskundigen: een chronisch en structureel probleem (II). **Tijdschrift voor Verloskundigen 24; 752-755**.

Diem MTh van, Baarveld F, Schuling J, Springer MP (2001) Rol voor verloskundigen in de nieuwe module verloskunde voor huisartsen. **Tijdschrift voor Verloskundigen 26; p. 958-9**

Herschderfer KC, Sneeuw KCA, Buitendijk SE (2002) **Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek**. Leiden, TNO- Preventie en Gezondheid. (TNO-rapport PG/JGD/2002.089)

Hingstman L. (2000) **Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2000**. Utrecht, NIVEL

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**.

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

Kenens R, Hingstman L. (2001A) **Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2001**. Utrecht, NIVEL

Kenens R, Hingstman L. (2001B) **Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2001**.

Utrecht, NIVEL

Offerhaus PM, Anthony S, van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE. (2000) **De thuisbevalling in Nederland. Rapportage 1995-1998.** Leiden, TNO- Preventie en Gezondheid. (TNO-rapport PG/JGD/2000.032)

Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE.(2001) **De thuisbevalling in Nederland. Rapportage 1995-1999.** Leiden, TNO- Preventie en Gezondheid. (TNO-rapport PG/JGD/2001.049)

Ruijters RFM, Stevens FJC. (1992) Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. **Verpleegkunde 2: 106-114**

SIG Zorginformatie (1996) **Verloskunde in Nederland. Grote lijnen 1989 - 1993.** Utrecht, SIG Zorginformatie

Stuurgroep Modernisering Verloskunde (2000) **Eindrapport: Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21<sup>e</sup> eeuw.**

Tweede Kamer der Staten-Generaal, vragen en antwoorden 473 (dec. 1999) Vragen van het lid ARIB (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over een tekort aan verloskundigen. **Collage**

Vries B. de (2002) Spoedeisende hulp voor velen te ver. **Trouw, 16 januari 2002**

Welling BJM, Delnoij DMJ, Hutten JBF, Kwartel AJJ van der, Smit RLC (1999) **Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999, ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies.** Utrecht, NIVEL/NZi

Wiegers T, Calsbeek H, Hingstman L. (1999) **Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerstelij.** Utrecht, NIVEL

Wiegers T, Hingstman L. (1999) **Inventarisatie 'Verloskundig actieve huisartsen'.** Utrecht, NIVEL

Wiegers T, Hingstman L, Zee J van der. (2000) Thuisbevalling in gevaar: overheid pakt personeelsproblemen aan. **Medisch Contact 55;701-704**

Wiegers T, Berghs G. (1994) **Bevallen ..... 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 TA, Coffie D, Hartings RCP, Kuperus KJ (2001) **Tijdbesteding in verloskundige praktijken / Basistakenpakket verloskunde. Situatie zomer 2000.** Utrecht, Nivel / Leusden, Deloitte & Touche Bakkenist

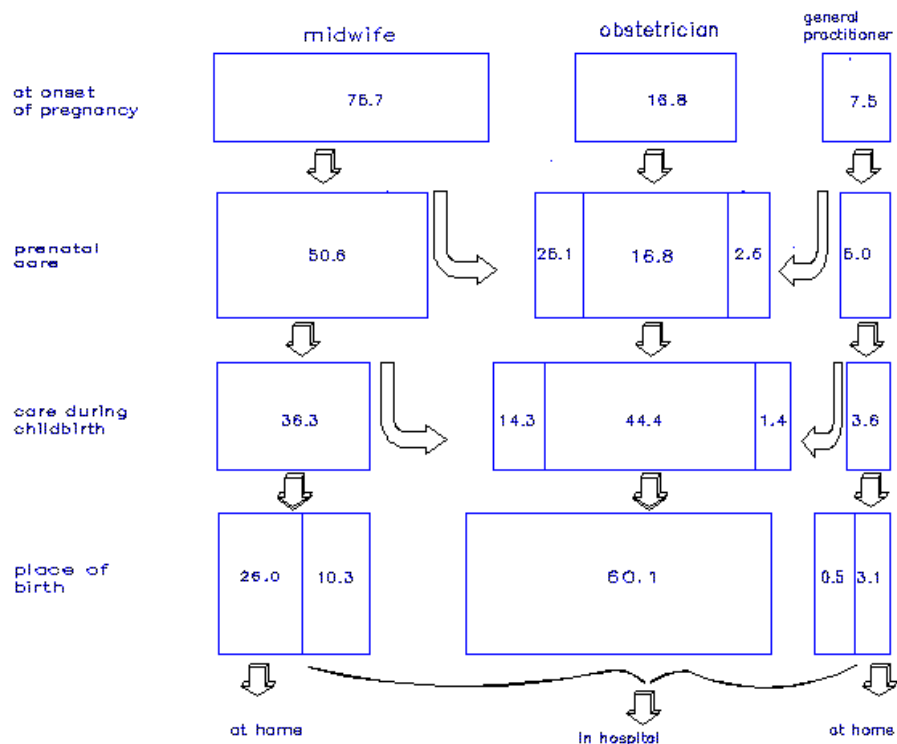
Wiegers TA, Velden LFJ van der, Hingstman L. (2002) **Behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010.** Utrecht ,Nivel

## Bijlage I

### Aandeel van verloskundigen, gynaecologen en huisartsen in de verloskundige zorg in 1998

Onderstaande figuur is gebaseerd op de cijfers over het aantal bevallingen in de eerste en de tweede lijn, onderverdeeld naar soort hulpverlener (verloskundige, huisarts of gynaecoloog), zoals door TNO-PG gepresenteerd in hun rapport uit 2000 (Offerhaus e.a. 2000).

Figuur A: Verloskundige zorg naar zorgverlening en plaats van geboorte in 1998.



Bron: TNO-PG 2000

In 1998 was driekwart van alle zwangeren (75,7%) aan het begin van de zwangerschap in zorg bij een eerstelijns verloskundige. Nog geen tien procent van de zwangeren (7,5%) was in zorg bij een huisarts en de overigen waren vanaf het begin van hun zwangerschap bij een gynaecoloog onder controle. Door verwijzingen van verloskundigen en huisartsen naar de gynaecoloog, groeit het aantal zwangeren in zorg bij de tweede lijn tot ruim 44 procent bij aanvang van de baring. Door verwijzing tijdens de baring groeit het aantal vrouwen dat uiteindelijk in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog bevalt tot 60 procent van alle vrouwen die bevallen. Van de 40 procent die wel in de eerste lijn bevallen, bevalt bijna driekwart (72,9%) thuis. Dezelfde gegevens, behalve over de plaats van de geboorte, staan in tabel A (volgende pagina).



Tabel A: Betrokkenheid van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen bij verloskundige zorgverlening in 1998

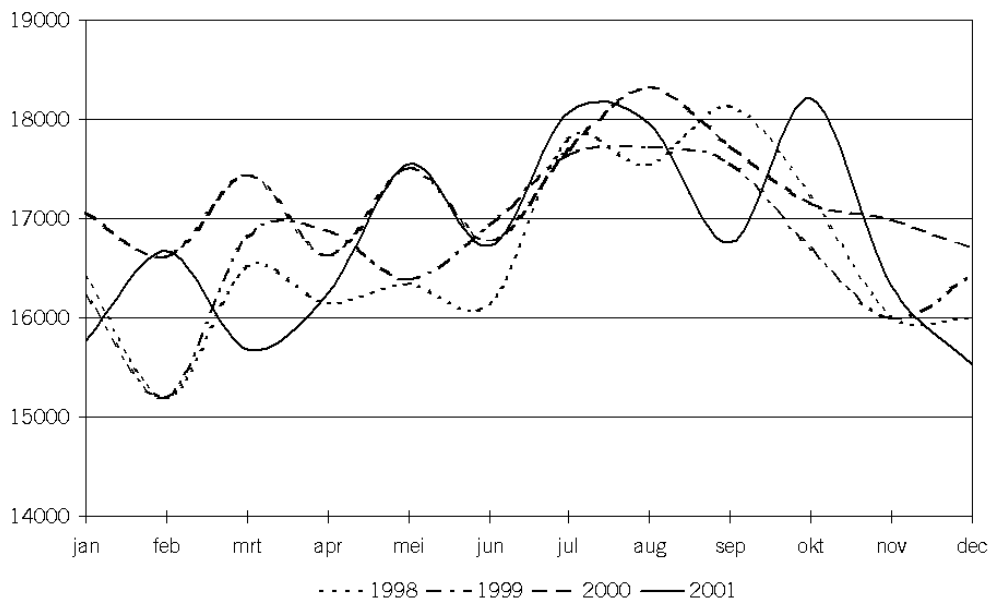
Betrokkenheid bij prenatale zorg:	totaal	exclusief verwijzingen
verloskundigen	75,7%	51,0%
huisartsen	7,5%	5,0%
gynaecologen	44,0%	16,8%
betrokkenheid bij bevallingen:	totaal	exclusief verwijzingen
verloskundigen	51,0%	36,3%
huisartsen	5,0%	3,6%
gynaecologen	60,1%	44,0%
bevallingen onder verantwoordelijkheid van:	totaal	
verloskundigen	36,3%	
huisartsen	3,6%	
gynaecologen	60,1%	

## 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 1998 tot en met 2001 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.

Figuur B: Aantal levendgeborenen, maandcijfers 1998 - 2001 (bron: www.CBS.nl)



Uit bovenstaande figuur blijkt dat over het algemeen de meeste kinderen geboren worden in de maanden juli, augustus en september. Het jaar 2001 is daarop een uitzondering, want toen werden in oktober de meeste kinderen geboren. In 1998 was dat in september, in 1999 en 2000 in augustus. Het laagste maandelijkse aantal geboortes is meestal in februari, omdat februari een korte maand is. Ook op dit punt is 2001 echter een uitzondering, december laat het laagste aantal van dat jaar zien.

Ook in tegenstelling tot andere jaren vertoont de maand september in 2001 een duidelijke dip in het aantal levendgeborenen vergeleken met de voorgaande en volgende maand. Deze dip viel midden in de registratieperiode van de eerste meting van het onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening'. Dit kan mee gespeeld hebben in het oordeel van veel van de verloskundigen dat de registratieperiode rustiger was dan normaal.

In 2000 lag daarentegen een piek in het aantal geboortes in augustus, juist tijdens de

registratieperiode van het onderzoek 'Tijdbesteding in verloskundige praktijken'.

Ook in de jaren voorafgaand aan 1998 valt de piek in het aantal levendgeborenen meestal in juli of augustus. In onderstaande tabel is voor de jaren 1995 tot en met 2001 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 B: gemiddeld aantal levendgeborenen (bron: CBS)

	over 12 maanden per maand	over aug - sept - okt per maand	verschil
1995	15.876	16.407	+ 531
1996	15.793	16.507	+ 714
1997	16.037	16.311	+ 274
1998	16.617	17.634	+ 1.017
1999	16.703	17.323	+ 620
2000	17.218	17.735	+ 517
2001	16.788	17.643	+ 825

Hieruit blijkt dat over het algemeen in de maanden augustus, september en oktober naar verhouding meer kinderen geboren worden dan in de andere maanden van het jaar.

Aangenomen mag worden dat het percentage bevallingen in de eerstelijns 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.

### Bijlage III

Regionale spreiding van deelnemende praktijken in 2001 en crisisregio's

