



DE VERLOSKUNDIGE AAN HET WOORD

SP 

ZORG DICHTBIJ, MET MEER TIJD EN KEUZEVRJHEID!

DE VERLOSKUNDIGE AAN HET WOORD

**ZORG DICHTBIJ, MET MEER TIJD
EN KEUZEVRIJHEID!**

dr Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP
Renske Leijten, SP-Tweede Kamerlid

november 2014

Publicatie onder verantwoordelijkheid van het Wetenschappelijk
Bureau SP in samenwerking met de SP Tweede-Kamerfractie.

Foto's: Janine van Maris ©

INHOUD

Voorwoord	7
Samenvatting	9
Inleiding	15
Opzet en deelname enquête	19
Resultaten 1 Algemeen	23
Resultaten 2 Verloskundigen eerste lijn	31
Resultaten 3 Verloskundigen tweede lijn	47
Resultaten 4 Dichter bij elkaar brengen eerste en tweede lijn	57
Resultaten 5 Eigen bijdragen	75
Resultaten 6 Veilige en acute zorg	77
Resultaten 7 Marktwerking in de verloskunde	87
Conclusie	89
Aanbevelingen	99
Bijlage 1. Enquêtevragen en antwoorden	105
Bijlage 2. (dreigende) sluitingen ziekenhuizen of afdelingen verloskunde	133
Bijlage 3	139

VOORWOORD

Een mensenleven een goede start geven – dat is het dagelijks werk van de verloskundigen in ons land. Gedurende de zwangerschap begeleiden ze het ongeboren kind en de moeder, maar ook de vader en andere gezinsleden. Ze doen er alles aan om het kind gezond ter wereld te laten komen. Een sterk georganiseerde verloskundige zorg is dus van groot belang. Omdat er in de geboortezorg een aantal actuele zaken speelde en omdat het een onderwerp is dat een paar keer jaar ook in de media-schijnwerpers staat, leek het de SP een goede stap om de verloskundigen zelf aan het woord te laten. Hoe ervaren zij hun werk? Welke zaken zouden ze graag beter zien gaan? Welke trends nemen ze waar en hoe wenselijk zijn die trends? Hoe gaat het samenwerken met andere zorgdisciplines? De beroepsvereniging van de verloskundigen, de Koninklijke Nederlands Organisatie van Verloskundigen (KNOV), was enthousiast over ons voorstel om een uitgebreide enquête te houden en heeft ons geholpen met het formuleren van de vragen en de verspreiding van de vragenlijst. Maar liefst 40 procent van de benaderde verloskundigen heeft de tijd genomen om de vragenlijst in te vullen. En uit de precisie van hun antwoorden – ook bij de open vragen – is op te maken dat verloskundigen hart hebben voor de zwangere vrouw en haar kind.

Het rapport dat voor u ligt is een heel goede momentopname van hoe de verloskundigen zelf denken over hun werk en beroep. Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek, hebben wij aanbevelingen geformuleerd waarvoor wij politieke steun zullen proberen te verwerven. Wij wensen u veel leesplezier

Renske Leijten
SP-Tweede Kamerlid

SAMENVATTING

In samenwerking met de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) heeft het Wetenschappelijk Bureau van de SP een grootschalig onderzoek gehouden onder ruim 1.250 verloskundigen in de eerste en tweede lijn. De belangrijkste conclusies worden hier kort opgesomd:

ZWANGERE MOET KUNNEN BLIJVEN KIEZEN WAAR EN HOE TE BEVALLEN

Zwangere vrouwen in Nederland moeten zelf kunnen blijven kiezen waar en hoe zij gaan bevallen. De thuisbevalling moet daarom een belangrijke plek houden in de geboortezorg. Thuisbevallen geeft meer privacy, ontspanning en rust. Het leidt – zo blijkt uit onderzoek – tot grote tevredenheid. Eerstelijnsverloskundigen kunnen meer bevallingen thuis doen of afmaken in het ziekenhuis. Alleen indien medisch noodzakelijk, moet er verwezen worden naar de tweede lijn.

De negatieve aandacht in de media rond perinatale sterfte en de toegenomen wens tot pijnstilling hebben geleid tot een verschuiving naar ziekenhuisbevallingen en een medicalisering van de zorg. Driekwart van de respondenten vindt dat een slechte ontwikkeling. Vooral de eerstelijnsverloskundigen vinden dat de regie meer bij de eerste lijn moet liggen, ofwel implementatie van het zorgmodel Midwife-Led Continuity of Care (verloskundige is eerste verantwoordelijke en continue factor in het zorgproces), met respect voor elkaars professionaliteit. Tevens moet de eerste lijn wel worden versterkt. Een aantal taken kunnen naar de eerste lijn zoals vormen van pijnbestrijding en CTG-bewaking. Eerstelijnsverloskundigen moeten daarnaast meer in staat gesteld worden bevallingen in het ziekenhuis af te maken. Zwangere vrouwen geven aan graag meer continuïteit van zorg te zien.

ZORG DICHTBIJ DE ZWANGEREN, MET DE MENSELIJKE MAAT

Volgens 60 procent van de respondenten is er in de regio sprake van concentratie van zorg of zijn er plannen hiervoor. Ruim driekwart van de respondenten vindt dat deze concentratie niet ten koste mag gaan van de bereikbaarheid en de keuze voor thuisbevallen. In een aantal regio's is dat echter al wel het geval. Veel respondenten vrezen dat de concentratie leidt tot een toename van gezondheidsrisico's voor moeder en kind. Dit door een toename van het aantal 'bermbaby's', gedwongen thuisbevallingen of gewoon omdat het te lang duurt voordat je in het ziekenhuis bent.

Basale tweedelijnszorg moet dichtbij georganiseerd zijn. Door concentratie wordt de

verloskundige zorg ook te grootschalig, onpersoonlijk en versnipperd: onpersoonlijke bevalfabrieken en lopende band-verloskunde. Veel respondenten willen terug naar kleinschaligheid en de menselijke maat. Zwangeren zijn juist vaak op zoek naar persoonlijke begeleiding en continuïteit.

EERSTE LIJN STERKER MAKEN, IN HET BELANG VAN DE ZWANGERE

Veel eerstelijnsverloskundigen maken lange dagen en ervaren hoge werkdruk. Ze kiezen voor minder cliënten en inkomen om goede kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren. De normpraktijk houdt onvoldoende rekening met de toegenomen taken en de adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. De normpraktijk moet dan ook omlaag. Om de adviezen van de Stuurgroep te kunnen uitvoeren, moet er meer worden vergoed, bijvoorbeeld de preconceptieconsulten en huisbezoeken rond de 34e week. Er is extra tijd nodig om vrouwen uit achterstandswijken beter te bereiken en voor te lichten. Zo moet de tolkentelefoon onmiddellijk terug komen en moet er meer tijd zijn voor Centering Pregnancy (verloskundige zorg aan een groep zwangeren met heel veel inbreng van de zwangeren zelf, ruimte voor het delen van kennis en ervaringen en daardoor beter voorbereid op de bevalling en het ouderschap). Ook kan worden gedacht aan meer aandacht in de opleiding voor achterstandsgroepen.

ERKENNING KLINISCH (TWEDELIJNS-)VERLOSKUNDIGE

De positie van tweedelijnsverloskundigen moet worden erkend als autonome professionaal in de keten en het nieuwe beroepsprofiel moet snel worden geïmplementeerd. Bijna driekwart van de tweedelijnsverloskundigen is voor uitbreiding - en erkenning - van specifieke taken. Er moeten dus ook meer specifieke opleidingseisen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden geregeld worden via een specialistenregister. Klinisch verloskundigen moeten zelfstandig DBC's kunnen openen, net als de verpleegkundig specialist en de arts-assistent. Op die manier wordt taakherschikking en substitutie door de gehele keten beter mogelijk gemaakt.

Ook de tweedelijns verloskundigen ervaren een hoge werkdruk en te weinig tijd voor zwangeren. Er moeten meer tweedelijnsverloskundigen komen, zodat zij niet meer dan twee bevallingen tegelijk hoeven te begeleiden en er meer tijd is voor begeleiding, voorlichting en emotionele ondersteuning tijdens de baring.

BETERE SAMENWERKING, GEEN INTEGRALE BEKOSTIGING

Bijna 60 procent van de respondenten vindt de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn goed. Daarentegen ervaart 26 procent van de respondenten geen gelijke zeggenschap en gelijkwaardigheid in het verloskundige samenwerkingsverband (VSV). 20 procent van de respondenten vindt de overdracht van de zwangere niet optimaal. 23 procent noemt nog andere zaken, zoals te weinig respect voor de eerste lijn en tegenstelde financiële belangen van de eerste en tweede lijn. Ook moet de verbetering van samenwerking tussen eerste en tweede lijn niet leiden tot een afbraak van de eerste lijn. Het verloskundig samenwerkingsverband werkt goed maar moet niet leiden tot meer medicalisering; datzelfde geldt voor de perinatale audits. De samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen kan nog veel beter, bijvoorbeeld door gezamenlijke scholingen

en spreekuren en meer in elkaars keuken kijken. Integrale bekostiging vindt ruim twee derde van de respondenten een slecht idee.

EIGEN BIJDAGEN LEIDEN TOT ONNODIGE MEDISCHE INGREPEN

De eigen bijdragen voor poliklinisch of in een geboortekliniek bevallen moeten worden afgeschaft. Deze leiden tot onnodige medische indicaties, zoals voor pijnbestrijding, om de eigen bijdrage te ontwijken. Eigen bijdragen mogen geen rol spelen in de keuze voor de plek van de bevalling. Dat geldt zeker voor mensen in moeilijke sociale situaties waar je vaker zou willen kiezen voor een poliklinische bevalling. Ook de eigen bijdrage voor kraamzorg kan beter worden afgeschaft. Volgens driekwart van de respondenten krijgen gezinnen met lage inkomens hierdoor te weinig kraamzorg. Kraamzorg is voor veel mensen een noodzakelijke ondersteuning en heeft ook een belangrijke signaleringsfunctie op het gebied van gezondheidsrisico's, ontwikkelingsrisico's of sociale risico's.

STOP MARKTWERKING, GEEN VRIJE PRIJZEN

Driekwart van de respondenten vindt marktwerking in de verloskunde een slecht idee. Marktwerking leidt tot oneigenlijke concurrentie tussen de eerste en tweede lijn, en tot onnodige diagnostiek. De respondenten ervaren daarnaast te veel druk door en macht van de zorgverzekeraars, zowel in het dagelijks werk als in de contracten, het regionale overleg en de kwaliteit. Bijna driekwart van de respondenten is tegen vrije prijzen.

AANBEVELINGEN

Er worden 20 aanbevelingen door de SP gedaan: het versterken van de eerste lijn door een positieve campagne over de kracht van de fysiologie en de gezonde zwangere; het stimuleren van Midwife-led Continuity of Care; betere financiële regelingen; het verlagen van de werkdruk voor eerstelijns- en klinisch verloskundigen en een beter bereik van de achterstandsgroepen; meer bevallingen in de eerste lijn door meer mogelijkheden tot pijnbestrijding en het toepassen van de verlengde arm-constructie; meer tweede-lijnsverloskundigen en erkenning van de tweedelijnsverloskundige; het verbeteren van de samenwerking door gezamenlijke bijscholingen, spreekuren, dossiers en 'kijken in elkaars keuken'; landelijk gestuurde protocollen en onafhankelijke voorzitters in gezamenlijke commissies; geen integrale bekostiging; stoppen met eigen bijdrage polikliniek en kraamzorg; stoppen met marktwerking; geen vrije prijzen; stoppen met concentratie van verloskundige zorg en naar meer kleinschaligheid en menselijke maat.





INLEIDING

De verloskundige in Nederland neemt binnen de geïndustrialiseerde landen in de wereld een bijzondere positie in uitgaande van de basisfilosofie dat zwangerschap en bevalling in het algemeen fysiologische – natuurlijke – gebeurtenissen zijn. De begeleiding van de zwangere kan daarom plaatsvinden in de eerste lijn, door de verloskundige of door de verloskundig actieve huisarts.

De verloskundige zorg in Nederland kenmerkt zich door risicoselectie uitgevoerd door de verloskundigen. De verloskundige is verantwoordelijk voor de prenatale, natale en postnatale zorg voor moeder en kind, en is opgeleid om pathologie te signaleren. Indien er sprake is van pathologie verwijst zij de zwangere en/of het kind tijdig naar de gynaecoloog of de kinderarts.

In 2012 waren er 173.099 zwangeren en startte de begeleiding van de zwangerschap bij 84,7 procent van alle zwangerschappen in de eerste lijn, bij de verloskundige of verloskundig actieve huisarts. Van alle zwangeren startte de bevalling in 51,6 procent van de gevallen onder leiding van de eerstelijnsverloskundige en 48,4 procent startte in de tweede lijn. Uiteindelijk beviel 30,1 procent in de eerste lijn onder begeleiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch. In totaal beviel 69,9 procent in de tweede lijn, een groot deel daarvan onder begeleiding van een klinisch verloskundige. Bij ruim 70 procent van alle bevallingen – zonder medische ingrepen – wordt de zorg verricht door eerstelijns- en klinisch verloskundigen.

BABYSTERFTE IN NEDERLAND

Sterfte rond de geboorte is laag in Westerse, relatief rijke, landen. Nederland behoorde historisch gezien, met name in de jaren zeventig en tachtig van de 20ste eeuw, bij de landen met de laagste perinatale en zuigelingensterfte ter wereld. Nederland heeft deze oorspronkelijke toppositie begin van deze eeuw verloren ten opzichte van het EU-gemiddelde. In 2003 bleek uit de eerste Peristat-studie dat de perinatale sterfte in Nederland het hoogste was van de EU-landen. Voor de tweede Peristat-studie, vijf jaar later, zijn gegevens verzameld voor de toen 25 lidstaten van de Europese Unie (plus Noorwegen) voor het peiljaar 2004. In dat jaar was de sterfte in Nederland gedaald ten opzichte van de vorige periode. De daling in andere landen was echter vaak even sterk of sterker. Uit de nieuwe cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (2012) blijkt dat het

sterftcijfer in 2012 in vergelijking met ruim tien jaar geleden (2001) met 28 procent is gedaald. De meeste sterfte treedt op bij zeer vroeg geboren kinderen, tussen de 22e en de 27e zwangerschapsweek. Dit is 68 procent van de totale sterfte. Het percentage sterfte van voldragen baby's, vanaf 37 weken zwangerschap, is sinds 2001 gedaald van 3,8 naar 2,0 per duizend baby's. Een daling van maar liefst 47 procent.

STUURGROEP ZWANGERSCHAP EN GEBORTE

Naar aanleiding van de Peristat-studie heeft toenmalig minister Klink van VWS de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte ingesteld. De Stuurgroep heeft december 2009 een advies uitgebracht over de inrichting van de zorg rond zwangerschap en geboorte in Nederland. Aan dit advies hebben vertegenwoordigers van cliënten, beroepsgroepen, verzekeraars en relevante koepelorganisaties meegewerkt. Kern van dit advies is dat de kwaliteit van de geboortezorg moet verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere en haar naasten.

De Stuurgroep adviseerde de partijen in de geboortezorg een College Perinatale Zorg (CPZ) op te richten. Het CPZ is op 1 september 2011 van start gegaan en heeft als opdracht de babysterfte in Nederland te verminderen. Het CPZ is een landelijk college waarin alle veldpartijen, die te maken hebben met de perinatale zorg in Nederland, samenwerken.

De KNOV neemt net als andere ketenpartijen in de geboortezorg deel aan het CPZ en heeft een aantal pilots opgezet naar aanleiding van het advies van de Stuurgroep, zoals continue begeleiding tijdens de baring, het 34-weken huisbezoek, het werken met een zorgplan en geboorteplan, Centering Pregnancy (verloskundige zorg aan een groep zwangeren met heel veel inbreng van de zwangeren zelf, ruimte voor het delen van kennis en ervaringen en daardoor beter voorbereid op de bevalling en het ouderschap) en casemanagement. De KNOV is ook gestart met een betere opsporing van foetale groeivertraging. Een ander advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte ging over digitale gegevensuitwisseling in de perinatale zorg. De KNOV en NVOG willen met het PWD (Perinataal Webbased Dossier) zorgen voor een betere gegevensoverdracht en -uitwisseling tussen betrokken zorgverleners in de verloskunde, zodat de communicatie onder meer bij (acute) overdrachtmomenten verbetert.

TAKENPAKKET VERLOSKUNDIGEN

De afgelopen jaren hebben wijzigingen plaatsgevonden in de praktijkvoering van de eerstelijnsverloskundigen. Door de invoering van het onderzoek naar Downsyndroom in 2007 vond een verschuiving plaats van de start van zorg bij de verloskundige van 12 weken naar 8 weken. Door de toenemende vraag van zwangeren naar een zo vroeg mogelijke start van verloskundige zorg, is de aanvang van verloskundige zorg nog verder verschoven naar 5 tot 6 weken. Zwangere vrouwen weten steeds eerder dat ze zwanger zijn en verwachten dus eerder hulp en begeleiding. Hierdoor vindt de begeleiding van een miskraam plaats bij de verloskundige in plaats van bij de huisarts. Ook is door de ontwikkeling van de meldcode meer aandacht en tijd nodig voor zaken als huiselijk geweld en kindermishandeling.

Daarnaast wordt het bijzondere takenpakket van verloskundigen steeds verder uitge-

breid door preconceptiezorg, prenatale screening, echoscopie en in 2014 anticonceptie en pijnstilling. De positieve uitkomsten van de pilots met betrekking tot de adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte leiden tot verdergaande intensivering van de taken van verloskundigen. Een voorbeeld van de uitwerking van een advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is de continue begeleiding van een barende. De vraag is of de huidige normpraktijk (105 zorgeenheden per jaar) voldoende rekening houdt met de gerealiseerde en toekomstige ontwikkelingen, met mogelijk als gevolg een (te hoge) werkdruk in de eerste lijn en tweede lijn. Dit komt niet ten goede aan de zorg voor moeder en kind.

OVERIGE ONTWIKKELINGEN

Een van de ontwikkelingen in de verloskunde is een toenemende medicalisering en protocollering. Hiervoor is een aantal oorzaken aan te wijzen. De aandacht voor perinatale sterfte – o.a. door deelname aan de Perinatale Audit Nederland (PAN) – leidt tot het ontwikkelen van lokale afspraken waarin minder ruimte is voor de fysiologie; gekozen wordt voor een medicaliserende aanpak van de zwangerschap. Ook is bij de zwangeren de laatste jaren een toegenomen behoefte ontstaan aan vormen van pijnbestrijding bij baring en hebben zij – mede door de media-aandacht rondom de babysterfte – een voorkeur voor de (poli)klinische bevalling in plaats van een thuisbevalling.

Een andere ontwikkeling is het opvolgen van een van de Stuurgroep-adviezen, namelijk het ontwikkelen van integrale zorg. Het inrichten van integrale zorg op lokaal niveau betekent intensievere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, waarbij gekeken moet worden naar onderlinge taakherschikking tussen de eerstelijnsverloskundige, de klinisch verloskundige, de gynaecoloog en andere zorgverleners zoals de kraamzorg. Tevens moet er een model van integrale financiering ontwikkeld worden, hoewel de minister in haar brief aan de Kamer heeft aangegeven eerst pilots te willen uitvoeren rondom integrale zorg voordat er wordt overgegaan naar integrale bekostiging.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen op het gebied van concentratie van ziekenhuiszorg waardoor het mogelijk lastiger wordt voor vrouwen om thuis te bevallen. Ook zijn er vragen over de toegankelijkheid (in verband met eigen bijdragen) en bereikbaarheid van verloskundige zorg.

VERLOSKUNDIGEN AAN HET WOORD

De afgelopen jaren is er te vaak over verloskundigen gesproken in plaats van met verloskundigen, zo vindt de SP. Het woord is nu aan de verloskundigen zelf. Het Wetenschappelijk Bureau en de Tweede-Kamerfractie van de SP wil van verloskundigen horen hoe het staat met de verloskundige zorg in Nederland.

Alle bovenstaande ontwikkelingen in de verloskunde vragen veel van verloskundigen. Er is sprake van een structurele daling in de babysterftecijfers. Verloskundigen willen graag met andere zorgverleners hier verder aan werken. Daarbij zijn er wel zorgen over de gevolgen van de vooral onnodige medicalisering op de zorguitkomsten voor moeder en kind. De SP wil weten wat de politiek kan doen om voorwaarden voor goede zorg te creëren.

1 PRN Jaarboek 2012, hoofdstuk 9, NIVEL. Capaciteitsraming 2013.

2 www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-en-levensverwachting-en-daly-s/sterfte-rond-de-geboorte/verschillen-internationaal/

OPZET EN DEELNAME ENQUÊTE

Voor het onderzoek is een enquête opgesteld door het wetenschappelijk bureau van de SP en afgestemd met de KNOV. De vragen gaan over de uitvoering van de adviezen van de Stuurgroep en de werkdruk van verloskundigen; over de positie, taken en verantwoordelijkheden van klinisch verloskundigen; over de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn; en over concentratie van ziekenhuiszorg en de consequenties hiervan voor de verloskundige zorg.

VERSPREIDING

Op 20 februari 2014 is de enquête online gezet. De KNOV heeft de enquête per e-mail verstuurd naar haar 2.563 leden. Volgens het ledenbestand waren dat 1.600 eerstelijnsverloskundigen, 342 tweedelijnsverloskundigen en 621 waarneemsters. Daarnaast is een oproep geplaatst op het algemene deel van de site van de KNOV, zodat ook niet-leden toegang konden vinden tot de enquête. Tevens is een aantal niet-leden (516 klinisch verloskundigen) per post aangeschreven. Op 20 maart is een herinnering per e-mail aan alle leden verzonden en zijn de klinisch verloskundigen nogmaals aangeschreven per post. Op 30 april is de enquête gesloten. In totaal zijn dus 3.079 verloskundigen direct benaderd.

DEELNAME

In totaal hebben 1.254 mensen deelgenomen: 1.032 verloskundigen uit de eerste lijn, 205 verloskundigen uit de tweede lijn (1.237 verloskundigen totaal) en 17 mensen met niet-cliëntgebonden werk.

Aangezien 3.079 verloskundigen direct zijn benaderd, betekent dat een respons van 40 procent.

VERGELIJKBAARHEID

De onderzoeksgroep is vergeleken met de totale groep verloskundigen in Nederland wat betreft geslacht, leeftijd, functie en landelijke spreiding.

Volgens het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) zijn er in 2012 van de 2.692 praktiserende verloskundigen in Nederland 42 mannen (1,6 procent). Onder de deelnemende verloskundigen aan het onderzoek is de verhouding 1.207 vrouwen (98 procent) en 30 mannen (2 procent).

De beroepsgroep verloskundigen wordt gekenmerkt door een vrij jonge leeftijdsopbouw.

Van de verloskundigen is 49 procent jonger dan 35 jaar, en 51 procent is 35 jaar of ouder. In de onderzoeksgroep is niet gevraagd naar leeftijd, wel naar werkervaring: 49 procent heeft 0-10 jaar werkervaring, 51 procent heeft 10 of meer jaar werkervaring. Dit lijkt ongeveer overeen te komen met de landelijke leeftijdsopbouw.

Vervolgens zijn de functies van de onderzoeksgroep vergeleken met de landelijke cijfers (NIVEL, 2012).

Tabel 1. Functies verloskundigen: landelijk en onderzoeksgroep.

	Landelijke cijfers NIVEL ⁶		Onderzoeksgroep	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Eigen praktijk of maatschap	1377	51,2	736	59
In loondienst zelfstandig gevestigde verloskundigen, gezondheidscentrum of anders	229	8,5	95	8
In loondienst ziekenhuis	745	27,7	200	16
Waarnemer (1e en 2e lijn)	341	12,7	206	17
Totaal	2692		1237	

De klinisch verloskundigen (in loondienst ziekenhuis) zijn ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep. Dat heeft er ongetwijfeld mee te maken dat de klinisch verloskundigen minder aangesloten zijn bij de KNOV dan de eerstelijnsverloskundigen, waardoor de eerste groep minder bereikt is met de enquête

Gekeken is ook naar de verdeling naar provincie binnen de onderzoeksgroep in vergelijking met de landelijke verdeling.

Tabel 2. Verdeling naar provincie: landelijk (1 januari 2012) en onderzoeksgroep.

	Landelijke cijfers NIVEL ⁷		Onderzoeksgroep	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Groningen	68	3	34	3
Friesland	93	4	62	5
Drenthe	66	3	34	3
Overijssel	159	6,5	82	6,5
Gelderland	301	13	170	14
Utrecht	203	8,5	136	11
Flevoland	64	2,5	29	2,5
Noord-Holland	401	17	205	16,5
Zuid-Holland	455	19	232	19
Zeeland	42	2	14	1
Noord-Brabant	371	16	182	15
Limburg	132	5,5	57	4,5
Totaal	2.355		1.237	

Deze verdeling naar provincie van de onderzoeksgroep komt dus vrijwel overeen met de verdeling naar provincie van de landelijke groep verloskundigen.

De onderzoeksgroep komt dus wat betreft geslacht, leeftijd, landelijke spreiding en functie vrij goed overeen met de totale groep landelijk verloskundigen. Klinisch verloskundigen zijn wel ondervertegenwoordigd.

ANALYSE

Niet alle respondenten hebben de enquête volledig ingevuld: 924 zijn tot het einde gekomen, dat is 74 procent van de deelnemers. Alle antwoorden zijn in de analyse meegenomen, dus ook van de niet volledig ingevulde enquêtes. Dat betekent dat het totale aantal antwoorden per vraag wisselt, in elke tabel wordt het totale aantal antwoorden vermeld. Naast de gesloten vragen waren er open vragen: er kon vele keren via de keuzemogelijkheid 'anders, namelijk' een reactie worden gegeven op een vraag of er kon een toelichting worden gegeven bij een vraag. Bij de betreffende vragen werden door enkele tientallen tot vele honderden respondenten reacties ingevuld. Alle reacties zijn gelezen en verwerkt. Informatie uit deze reacties is gebruikt bij de analyse van de antwoorden en in de resultaten samengevat. Veel reacties zijn in dit rapport gebruikt als citaat.

6 www.knov.nl/uploads/knov.nl/knov_downloads/889/file/Cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-jan-2012.pdf

7 www.knov.nl/uploads/knov.nl/knov_downloads/889/file/Cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-jan-2012.pdf

RESULTATEN 1 ALGEMEEN

1.1. WERKBELEVING

- Verloskundigen genieten van hun werk: 95 procent van de respondenten ervaart hun werk als positief tot zeer positief.
- Ruim een derde van de respondenten (37 procent) ervaart de afgelopen jaren wel een afname van het plezier in hun werk. Bijna een derde (31 procent) ervaart een toename van het plezier in hun werk, nog eens 31 procent is neutraal.

De negatieve invloed op het plezier in werken komt vooral door de negatieve aandacht voor verloskunde, de hoge werkdruk en het onvoldoende aandacht kunnen geven aan de cliënten

Tabel 3. Het plezier in mijn werk wordt negatief beïnvloed door: (meerdere antwoorden mogelijk). (n=1237)

	Percentage
De negatieve aandacht voor verloskunde	59
Hoge werkdruk	49
Onvoldoende aandacht voor mijn cliënten	30
Anders	44
Geen mening	3

Bij deze vraag werd door 551 mensen 'Anders' ingevuld. Hierbij werden het meest genoemd: de toename van de bureaucratie, de medicalisering van de verloskunde en de veranderde houding van de cliënten. Hieronder een opsomming van de zeven meest voorkomende reacties.

1. Hoge werkdruk vooral vanwege bureaucratie (196 maal).

De tijdsverdeling is opgeschoven naar minder tijd voor de cliënten en meer tijd voor vergaderingen en administratie. Steeds meer tijd gaat op aan bijzaken en organisatie: overleggen, vergaderen, maken van protocollen, werkafspraken, verplichte bijscholing (bijvoorbeeld voor kwaliteitsregister), bijhouden scoringslijsten, digitaal invoeren van van

alles en nog wat, dossiervorming. Er is een overlegstructuur ontstaan onder andere over veranderingen in de zorg en integrale zorg.

Sommige respondenten stellen dat 40 tot 50 procent naar niet-cliëntgebonden zorg gaat (waar dat eerder 10 procent was). Volgens een aantal respondenten is de hoeveelheid administratie verdubbeld en het aantal vergaderingen idem dito.

Naast de bureaucratie worden taakuitbreidingen en nieuwe initiatieven genoemd: dat is prima, volgens de respondenten, maar het kost wel allemaal tijd.

'Het wordt steeds administratiever. Ik heb helemaal niet meer het idee dat ik verloskundige ben maar meer een veredelde secretaresse met een maatschappelijk werkster functie.'

2. Medicalisering en protocollering (121 maal).

Er lijkt een cultuur van angst te ontstaan. Mede daardoor en door een toegenomen wens tot pijnstilling is er een afname van thuisbevalling. Dit kan leiden tot een toename van de medicalisering van de gezonde zwangerschap. Respondenten voelen druk vanuit de tweede lijn en zorgverzekeraars om in het ziekenhuis te bevallen. De autonomie van de verloskundige staat onder druk.

'Waar we ons mee bezig zouden moeten houden, naar mijn idee, is de enorme medicalisering die er is opgetreden, mede ten gevolge van allerlei (regionale) protocollen, die veel verder voeren dan de VIL (verloskundige indicatie lijst). Het verwijspercentage is enorm toegenomen, maar de vraag is of de zorg en de uitkomsten hierdoor verbeterd zijn. De VIL is een heel goede basis. De crux zit 'm in de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, communicatie en begrip voor elkaars uitgangspunten; daarin dient verbetering te komen. Verder staat de keuzevrijheid voor vrouwen in de geboortezorg ook niet hoog op de agenda. Er wordt over hen gesproken en weinig met hen. Over het algemeen blijkt (en dit is wel wetenschappelijk bewezen) dat het overgrote deel van de zwangeren zeer tevreden is over de zorg van de verloskundige. Daarnaast biedt eerstelijnszorg enorm veel mogelijkheden om kosten te besparen. Juist meer diagnostiek in de eerste lijn (dit hebben de huisartsen de laatste jaren nagestreefd en daarvan is bewezen dat het werkt), zodat de zorgkosten binnen de perken blijven.'

Ook de toenemende protocollering heeft volgens respondenten te maken met een angstcultuur. Er is een toename van risicodenken en van defensieve (juridische) verloskunde. Er zijn veel dwingende gezamenlijke protocollen die vooral vanuit ziekenhuizen worden opgelegd. Respondenten vrezen het verlies van hun autonomie. Ervaring en gevoel tellen niet meer. Respondenten vrezen dat ze straks niet meer los van de protocollen kunnen denken: de protocollen voelen aan als een harnas. Er is steeds minder ruimte voor wat vrouwen zelf willen, de keuzevrijheid wordt vastgetimmerd.

'Een mooi voorbeeld is het NVOG/KNOV-protocol voor pijnbehandeling. Zonder kritische reflectie en zonder rekening te houden met werkelijke behoeften van vrouwen worden ze gebruikt. Dat verbaast mij zeer. Autonoom werken door

verloskundigen is geregeld bij wet. Op de wijze die voorzien wordt in het protocol pijnbehandeling (het woordgebruik zegt al veel) bepalen specialisten en geven verloskundigen de vrouwen een zetje om het te gebruiken. Moet andersom.'

3. Veranderde houding van cliënten (85 maal).

Deze generatie vrouwen lijkt veranderd. Vrouwen lijken minder zelfvertrouwen te hebben, zijn onzeker en angstig, er is weinig bereidheid te baren op eigen kracht. Mensen zijn bang gemaakt, soms door onjuiste verhalen of negatieve berichtgeving in de media. Door de negatieve aandacht hebben aanstaande ouders minder vertrouwen in hun lijf, in de geboorte, in hun pijnbeleving en wellicht ook in de verloskundigen en het zorgstelsel. Soms zie je angstige zwangeren die op voorhand voor pijnstilling kiezen en in het ziekenhuis willen bevallen. De angst lijkt te regeren.

Je ziet ook een toename van de wensverloskunde. Meer cliënten (en hun partners) zijn veeleisend, hebben een 'jij rent voor mij'-mentaliteit, en nemen zelf geen verantwoordelijkheid. Zwangeren hebben een probleem en de verloskundigen 'moeten' dat oplossen. Sommige respondenten noemen ook de toename van psychische of sociale problematiek. Er zijn minder zwangeren die gewoon zwanger zijn en gezond leven. Enkele respondenten signaleren dat, als het gaat om de kwetsbare zwangere, er geen goed vervolg is. Je kunt wel vroeg signaleren, maar vervolgens is er een probleem vanwege wachtlijsten of hoge eigen bijdragen.

'Angst regeert. Zowel bij de cliënt als bij de zorgverlener, waardoor het vertrouwen in het normale proces verloren gaat. Terwijl elke verloskundige hulpverlener weet (en ook uit onderzoek blijkt) dat rust, vertrouwen, ontspanning en angstreductie de peilers zijn voor een goede zwangerschapsuitkomst. Als verloskundige probeer je continu de kracht van de vrouw te benadrukken en haar vertrouwen te geven in haar eigen kunnen en het zwangerschaps-/bevallingsproces, maar door een kleine negatieve berichtgeving in de (social) media kan dat volledig verdwijnen en worden er weer beslissingen genomen uit voorzorg, op basis van angst.'

4. Top down beleid (61 maal).

Respondenten voelen vooral een top down-beleid met onvoldoende inbreng van de werkvloer. Er is veel druk van bovenaf voor ontschotting van de eerste en tweede lijn, met integrale zorg als doel. Er is veel focus op verandering zonder zich af te vragen of dat ook verbetering brengt. Eerstelijnsverloskundigen voelen zich in een ondergeschikte positie ten opzichte van de tweede lijn, zorgverzekeraars en politiek. Ze voelen een gebrek aan politieke steun. De kwaliteit dreigt ernstig achteruit te gaan door de bezuinigingen.

'Laat ik voorop stellen dat ik erg veel plezier heb in mijn werk. Wat ik wel zorgwekkend vind, is de discussie over de zogenaamde integrale zorg, terwijl niemand weet hoe die er precies uit zou (dienen) te zien. Ook is hier geen enkele wetenschappelijke verantwoorde onderbouwing voor. Het lijkt weer een verandering, waarvan we dan achteraf kunnen concluderen dat het niet positief bijgedragen heeft aan de geboortezorg.'

Een aantal respondenten vreest voor hun beroep.

'Het College Perinatale Zorg neemt verloskundigen niet serieus, zij focussen eenzijdig op ziekenhuizen en gynaecologen. Zij omarmen (een enge visie op) shared care en zogenaamde integrale zorg. Ik ben niet tegen samenwerking met 2e lijn, maar breek de 1e lijn niet af.'

5. Onvoldoende samenwerking eerste en tweede lijn (56 maal).

Samenwerking aan de ene kant, concurrentie aan de andere kant. Dat gaat slecht samen. In plaats van om samenwerking en goede zorg lijkt het soms eerder te gaan om macht en geld. Een aantal respondenten noemen de samenwerking moeizaam of stroef. De tweede lijn overheerst, wil alles overleggen, wil soms zelfs meekijken in het dossier bij een eerste-lijnsbevalling in het ziekenhuis.

'Toenemen van gedoe. Stennismakerij en niet respectvolle omgang tussen beroepsgroepen. Geen dialoog. We gaan steeds verder weg van waar het echt om gaat: zorg verlenen. De andere belangen krijgen voorrang.'

6. Marktwerking en macht zorgverzekeraars (52 maal).

Zorgverzekeraars willen meer kwaliteit voor minder geld. Ze leggen steeds meer dingen op, waardoor de tijd voor de cliënt minder wordt. Er worden vanuit de zorgverzekeraars allemaal maatregelen in het leven geroepen waardoor de zorg moet verbeteren. Als het erop aan komt gaat dit allemaal om het goedkoper maken van de zorg en dit gaat soms wel eens ten koste van de kwaliteit van zorg. Bij steeds meer zorgverzekeraars gaat het om geld in plaats van om zorg.

'Toename van verplichtingen die de zorgverzekeraars in hun contracten stellen. We worden meer een marionet van de zorgverzekeraar dan dat we onze eigen praktijkvoering kunnen inrichten.'

7. Ziekenhuissluiting (15 maal).

Ook het sluiten van ziekenhuizen of verloskundige afdelingen wordt een aantal malen genoemd.

'Afgelopen jaar is het Ruwaard van Putten ziekenhuis gesloten voor acute zorg, waaronder de verloskunde. Dit heeft tot gevolg dat wij met onze zwangeren / barenden naar omliggende regio's moeten. Op zich is dit geen grote afstand, maar vanwege de verkeersdrukte, slechte ontsluitingswegen, wegwerkzaamheden welke nog t/m 2015 duren, en overbelaste verlosafdelingen in de ziekenhuizen waar wij naar uitwijken, heeft dit wel grote gevolgen. Het gaat om mensenlevens en in de verloskunde zelfs om twee levens en dat beseffen deze vrouwen maar al te goed.'

1.2. OMVANG WERKWEEK

De deelnemende verloskundigen werken heel veel uren. Veel respondenten geven aan veel meer dan 40 uur te werken. Hieronder volgt een tabel met een vergelijking van de omvang van de gemiddelde werkweek van de verloskundigen landelijk en de verloskundigen in onze onderzoeksgroep.

Tabel 4. Hoeveel uur (Fte) werkt u officieel per week? Vergelijking landelijk (januari 2012) en onderzoeksgroep.

Fte	Verloskundigen landelijk ⁸		Onderzoeksgroep	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
<0,2	16	0,9	2	-
0,2-0,4	43	2,5	5	-
0,4-0,6	137	7,9	59	5
0,6-0,8	418	24,1	167	15
0,8-1	325	18,7	249	22
1*	799	46	120	11
>1			533	47
Totaal	1.738		1.135	

*1 Fte is 36 uur.

77 procent van de respondenten maakt overuren. 49,5 procent doet dat regelmatig en 27,5 procent doet dat zelfs constant. Voor de respondenten die constant overuren maken, is het gemiddeld aantal overuren voor 56 procent tien uur of meer per week.

Tabel 5. Ik maak constant overuren, namelijk per week gemiddeld: (n=331)

	Aantal	Percentage
2-10 uur	145	44
10-20 uur	126	38
20-30 uur	30	9
> 30 uur	30	8





RESULTATEN 2 VERLOSKUNDIGEN EERSTE LIJN

2.1. TIJDSBESTEDING

Veel taken nemen meer tijd in beslag. In tabel 6 staat de top acht van taken waarbij de tijdsbesteding toeneemt.

Tabel 6. Taken waarvan de tijdsbesteding toeneemt: (meer antwoorden mogelijk). (n=964)

	Percentage
Vorbereiding bevalling en geboorteplan	88,5
Continue begeleiding bevalling	79
Aanvullende zorg bij vrouwen met lage sociaal economische status	66
Combinatietest en echoscopisch onderzoek	63
Miskramen	57
Vroegsignalering	55
Opsporen huiselijk geweld	40
Kraamvisites, nazorg	37

Ook begeleiding zwangerschapsafbreking (18 procent), preconceceptiezorg (16,5 procent) en aanvullende zorg bij besneden vrouwen (9,5 procent) worden regelmatig genoemd.

Ruim 25 procent van de respondenten noemt overige factoren ('Anders'). Dit gaat vooral over administratie, het opstellen van protocollen, vergaderen, niet-cliënt-gebonden taken en extra voorlichting en tijdsbesteding vanwege steeds mondiger wordende vrouwen.

'Veel telefoon. Cliënten zijn snel ongerust, hebben op internet gelezen, hebben gehoord dat... Worden door anderen aangespoord om toch maar even hun verloskundige te bellen. Ook administratieve registratie is toegenomen.'

2.2. WERKDruk

- Volgens driekwart van de respondenten (76,5 procent) is de werkdruk toegenomen.
- 49 procent kan de hoeveelheid werk niet altijd aan en 5 procent kan de hoeveelheid werk zelfs nauwelijks aan.

Voor de groep respondenten met toegenomen werkdruk en de groep die aangeeft het werk niet altijd of nauwelijks aan te kunnen, is de werkdruk kennelijk te hoog. Hen is gevraagd naar de reden van de te hoge werkdruk.

Tabel 7. Redenen te hoge werkdruk: (meerdere antwoorden mogelijk). (n=457)

	Percentage
Toename vergaderingen i.v.m. regionale ontwikkelingen	92
Toename aanvullende en bijzondere taken	72
Toename medische verslaglegging (ZiZo-indicatoren/ verantwoording)	71
Toename sociale problemen onder cliënten	71
Toename eisen met betrekking tot bijscholing/ kwaliteitsregister	61
Toename eisen n.a.v. Stuurgroep	54
Het intensief begeleiden van de barende door de verloskundige	52
Toename bureaucratie	51
Toename basistaken	46
Toename deelname aan wetenschappelijk onderzoek	38
Toename gezondheidsproblemen cliënten	22
Slecht functioneren zorgverleners elders in de zorg	11
Anders	8

330 respondenten gaven een toelichting. De vijf meest voorkomende toelichtingen worden hier opgesomd:

1. Niet-cliëntgebonden taken, zoals administratie en vergaderingen.

'Vroeger was je alleen verloskundige, nu ben je meer ondernemer. Er is concurrentie, er zijn veel meer protocollen, vergaderingen, bureaucratie. Je moet oppassen dat je je autonomie en zelfstandigheid niet verliest. Er komt steeds meer medicalisatie. De mentaliteit van de cliënten is veranderd. Je bent nu ook vaak maatschappelijk werkster erbij. De macht van de verzekeraars is erg groot, zij eisen steeds meer van je. En dat alles moet je er zo maar even bij doen. Als daar een goede compensatie tegenover zou staan dan kun je extra mensen inhuren en de taken meer verdelen.'

2. Mondigheid, veeleisendheid en angst van cliënten, evenals de toename van sociale problemen.

'Steeds meer sociale problematiek. Eerder was er nauwelijks een zwangere met schulden, nu nog wel eens een zonder. Vroeger had ik altijd bloemen in de kamer van dankbare cliënten. Tegenwoordig zijn er klachten en koop ik zelf de bloemen, niet dat het daarom gaat, maar toch...'

3. Marktwerking verhoogt de werkdruk.

'Verder zorgt marktwerking in de zorg voor concurrentie in plaats van bundeling en samenwerking. Door concurrentie-dreigingen worden praktijken bijvoorbeeld gedwongen om spreekuur op diverse locaties te houden in verband met angst voor vrije vestiging. Meerdere locaties kost meer geld aan huur, meer tijd om te bemannen en is minder effectief in zorg.'

4. Veel respondenten werken vanwege de werkdruk parttime, of praktijken nemen minder cliënten aan.

'Ik besteed net zoveel tijd aan administratie/vergaderen/bijbscholing als aan cliëntenzorg. Dit was bijvoorbeeld 10 jaar geleden absoluut heel anders. Toen had ik veel meer tijd voor de cliënt. Wij hebben in onze praktijk maatregelen genomen, zodat we meer tijd voor onze cliënten hebben, maar dat betekent dat we er financieel op achteruit zijn gegaan (minder mensen onder zorg, meer tijd bij het spreekuur, iemand die los de visites loopt (buiten de dienst om)). Werkt veel prettiger, maar betekent een behoorlijke financiële strop. Maar als we het niet zo zouden doen, zou ik allang overspannen zijn geraakt.'

5. Sommigen kiezen zelf een uitweg, bijvoorbeeld door een eigen bijdrage te vragen. Dat betekent wel een tweedeling in de zorg.

'Vanwege alle bovenstaande ontwikkelingen hebben mijn collega's en ik ervoor gekozen een praktijk te beginnen met meer tijd en aandacht voor cliënten. Ruim een uur per zwangerschapsconsult en we blijven er bij vanaf het begin van de baring, ongeacht hoe die verloopt en of we nog steeds de medische verantwoordelijke zorgverlener zijn of niet. Om deze zorg te kunnen bieden vragen we een eigen bijdrage. Dat betekent dat we voornamelijk hoog opgeleide cliënten hebben die hier bewust voor kiezen en/of het kunnen betalen. Alhoewel we cliënten die het niet kunnen betalen ook wel in zorg nemen, is het voor ons nog steeds een onwenselijke situatie om extra geld te moeten vragen. Want cliënten die het niet kunnen betalen, zullen ons toch minder snel benaderen. Dat zorgt voor ongelijkheid van zorg (inequity). We willen echter ook niet meer de 'lopende band'-zorg geven die in de reguliere praktijk gangbaar is. Door onze nieuwe manier van werken en doordat we allen 'caseloadverloskunde' bieden (1-op-1 zorg, elke zwangere heeft haar eigen vroedvrouw) heeft onze praktijk beduidend minder overdrachten en nagenoeg geen traumatische baringen. Daarnaast hebben we ook tijd om meer en meer te werken vanuit 'positieve gezondheid' (salutogenese) en preventie in plaats van alleen maar gericht te zijn op risicoselectie en klachten.'

2.3. VEREISTE KWALITEIT VAN ZORG

- Slechts 21 procent van de ondervraagde verloskundigen is van mening dat ze altijd de vereiste kwaliteit van zorg kan bieden. 66 procent zegt dit meestal te kunnen en 13 procent zegt dit soms wel en soms niet te kunnen.
- 65 procent van de respondenten zegt meer tijd nodig te hebben voor de continue begeleiding van de zwangere. 55 procent zegt meer tijd nodig te hebben om de zwangere voor te bereiden op de geboorte.

183 respondenten gaven een toelichting. De vier meest voorkomende toelichtingen worden hier opgesomd:

1. Veel respondenten (100) geven aan dat er tijdens de spreekuren te weinig tijd en aandacht gegeven kan worden aan de voorbereiding op de geboorte. Het zou goed zijn hier extra huisbezoeken en praatavonden voor te organiseren. Meer tijd is ook nodig voor begeleiding en voorlichting (bijvoorbeeld uitleg screening en pijnbestrijding), in het bijzonder bij sociale problematiek (lage SES, tieners, vrouwen die de taal niet kennen, psychische problematiek).

'Voorlichting over allerlei zaken (leefstijl, ouderschap, borstvoeding, bevalling etc.). Juist in de zwangerschap kun je enorme veranderingen bewerkstelligen in leefstijl. Dit valt allemaal onder preventieve zorg en betaalt zich op latere leeftijd uit in betere gezondheidsuitkomsten. Ook de voorbereiding op het ouderschap, waarmee je een kind een betere basis in het leven biedt, zou veel uitgebreider kunnen. En wanneer je de leefstijl van ouders weet te verbeteren, dan hebben de kinderen ook daar weer voordeel van. Overigens zou ik ook graag meer tijd (lees financiële vergoeding) voor continue begeleiding krijgen, wij vangen dat nu zelf op door onder de norm te werken en hier zelf inkomen op in te leveren.'

Onder meer het wegnemen van angsten, een afhankelijke opstelling of de veeleisendheid van zwangere vrouwen kosten veel extra tijd.

'Met name de voorbereiding op de bevalling, de mensen bewust maken dat zwanger zijn en bevallen een natuurlijk proces is, kost meer tijd. Ook het stimuleren van het geven van borstvoeding, het praten rond huilgedrag van een baby en 's nachts wakker zijn, kost veel tijd.'

2. Nogal wat respondenten (circa 40) merken op dat continue begeleiding tijdens de bevalling niet altijd haalbaar is. In kleine praktijken kun je niet overal tegelijk zijn: bevalling, huisbezoeken, telefoons. Verloskundigen blijven ook veel vaker erbij in het ziekenhuis, zeker als het daar erg druk is en de barende onvoldoende aandacht krijgt. Sommige vrouwen willen ook graag dat je er bij blijft. Hier is echter geen tarief voor.

'Continu begeleiden – een rode waas komt voor mijn ogen. Als ik zie hoe dat vorm gegeven wordt in het ziekenhuis en hoe deze eis aan ons wordt gesteld, muteer ik

tot razende. Eén-op-één in het ziekenhuis is namelijk een epiduraal, tenzij er weinig te doen is en de mensen daar tijd en zin voor hebben...'

3. Tientallen respondenten merken op dat zij zelf vrije tijd inleveren om goede zorg te kunnen blijven bieden; de overuren gaan ten koste van het eigen welbevinden en dat van het gezin.

'De zorg voor de cliënt komt niet zozeer in de knel, omdat ik daar altijd 100 procent voor ga. Het is de zorg voor jezelf en je eigen sociale leven dat door de toegenomen werkdruk in de knel komt. Je bent nooit klaar.'

4. Tientallen respondenten wijzen er op dat vooral neventaken – zoals vergaderingen, overleg, administratie, afstemming, nascholing en wetenschappelijk onderzoek – in de knel komen.

2.4. NORMPRAKTIJK

De normpraktijk is vastgesteld op 105 zorgeenheden per fulltime verloskundige per jaar. De respondenten is gevraagd naar het aantal Fte en zorgeenheden per praktijk. Hieruit kan het aantal zorgeenheden per Fte worden berekend.

Deze vragen zijn niet zo goed ingevuld. Niet altijd was duidelijk hoeveel Fte totaal in de praktijk zat. Soms wordt gerekend in procenten. Ook is bij respondenten niet altijd duidelijk hoeveel 1 Fte is. De vragen zijn door 870 respondenten ingevuld, maar slechts bij 618 respondenten bruikbaar. Ook bij deze respondenten is niet geheel duidelijk of iedereen hetzelfde verstaat onder 1 Fte (36 uur). Daarom kan van de antwoorden alleen een globale indruk gegeven worden.

Tabel 8. Aantal zorgeenheden per fulltime verloskundige per jaar. (n=618)

	Aantal	Percentage
90 (gewenste normpraktijk) of minder	251	41
91 tot en met 104	182	29
105 (normpraktijk)	44	7
106 tot en met 119	107	17
120 (oude normpraktijk) of meer	34	6

70 procent van de respondenten hanteert dus een aantal zorgeenheden onder de normpraktijk, 7 procent zit op de normpraktijk en 23 procent zit erboven. Dat betekent dat de meeste respondenten kiezen voor minder cliënten en dus minder inkomen. Dit lijkt alles te maken te hebben met het kunnen blijven leveren van kwaliteit en tegengaan van hoge werkdruk. Dat blijkt ook uit vele antwoorden op de open vragen.

'Uiteindelijk gaat het natuurlijk allemaal om keuzes die je maakt. Zoals eerder aangegeven werken wij onder de norm, zodat wij onze cliënten goed kunnen begeleiden. Wij geven kosteloos vier informatie-avonden (over de eerste helft van

de zwangerschap, de bevalling en twee avonden over het ouderschap en borstvoeding). Dit doen wij in onze 'eigen tijd'.

Aanpassing normpraktijk

- De werkdruk is hoger dan ingeschat tijdens de laatste aanpassing van de normpraktijk, zegt 74 procent van de ondervraagde verloskundigen; 4 procent is het hiermee oneens.
- De huidige normpraktijk houdt onvoldoende rekening met de toegenomen aanvullende en bijzondere taken, zegt 89 procent van de ondervraagde verloskundigen; 3 procent is het hiermee oneens.
- De huidige normpraktijk houdt onvoldoende rekening met toekomstige ontwikkelingen in verband met de adviezen van de Stuurgroep, zegt 85 procent van de ondervraagde verloskundigen; 3 procent is het hiermee oneens.

Tabel 9. Om goede zorg te kunnen blijven bieden: (meer antwoorden mogelijk). (n=964)

	Percentage
Moet de normpraktijk omlaag	79
Moet er meer ondersteunend personeel komen	27
Anders	17
Hoeft er niets te veranderen	4

Niet iedereen vindt het omlaag brengen van de normpraktijk een goed idee.

'Het is wel van belang dat we voldoende ervaring blijven houden. Daarom is zomaar de normpraktijk verlagen geen optie.'

Door 163 respondenten is 'Anders' ingevuld. De belangrijkste zaken die daarbij naar voren kwamen, worden hieronder opgesomd:

1. Het vak van verloskundige moet behouden blijven en meer gerespecteerd worden. Een uitbreiding van het takenpakket en meer bevoegdheden in de tweede lijn zouden ertoe leiden dat de zorg voor meer barenden behouden kan blijven. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn moet beter. De zorgverzekeraar moet er buiten blijven.

'De zorgverzekeraar moet stoppen met bepalen wat we de zwangeren mogen bieden; de overheid moet dat bepalen naar aanleiding van de wensen van de zwangeren (nu is er bijvoorbeeld een beperking op het aantal echo's, we krijgen voor 11 controles betaald, maar een zwangere heeft er tegenwoordig wel 20 of meer, de telefoontjes nog niet eens meegerekend).'

2. De druk van niet-patiëntgebonden taken moet omlaag, zoals vergaderingen, administratie en verslaglegging. Informatie-systemen moeten beter op elkaar aansluiten, en protocollen moeten beter worden afgestemd. Een aantal respondenten ziet graag meer hulp bij organisatie, strategie en bestuurskundige en juridische kwesties, bijvoorbeeld van de KNOV.

'Er moet meer ondersteuning (projectleiders/financiering) komen om ontwikkelingen in werkveld/regio te bewerkstelligen.'

2.5. GEZONDE EN VEILIGE ZWANGERSCHAP

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft een aantal adviezen gegeven. Aan de verloskundigen uit de eerste lijn is gevraagd in hoeverre zij deze adviezen reeds uitvoeren.

Preconceptiezorg

- 43 procent van de respondenten geeft voorlichting en doet preconsulten, 9 procent geeft alleen voorlichting via flyers en 15 procent doet niets aan preconceptiezorg omdat de tijd ontbreekt.

33 procent (298 respondenten) vult 'Anders' in. De meesten geven wel voorlichting en bieden consulten aan (via de website). Vaak beperkt zich dat tot consulten aan het einde van het kraambed of consulten op verzoek van vrouwen. Er wordt echter heel weinig om gevraagd. Dit komt volgens de respondenten ook omdat ze het niet actief promoten, alleen op de website wordt deze mogelijkheid vermeld. De tijd en de middelen ontbreken om het meer op de kaart te zetten. Bovendien zou het te veel tijd kosten als veel vrouwen er gebruik van maken, omdat het niet wordt vergoed. Dat is ook een reden waarom de belangstelling onder vrouwen laag is, zeker onder de groep die het juist nodig heeft.

'In onze nieuwe vorm van prenatale zorg, de Centering Pregnancy, wordt aan lifestyle voorlichting gedaan, ook voor volgende zwangerschappen. In deze groeps-sessie komen meerdere onderwerpen diepgaander aan de orde dan bij de oude manier van controles. Helaas ziet de zorgverzekeraar reden dit initiatief, waarbij veel facetten van betere uitkomsten van zwangerschap aan de orde komen, nog niet als ondersteuning waardig. Spijtig, omdat preventie/kennis voor zwangeren en de toekomst van hun kinderen belangrijk is. Van preconceptie-consulten wordt amper gebruik gemaakt, daar de meeste dames hier niet voor verzekerd zijn.'

- 82 procent van de respondenten vindt voorlichting via folders onvoldoende, 7 procent vindt dit wel voldoende en 11 procent heeft daar geen mening over.
- 95 procent van de respondenten vindt dat de preconceptieconsulten vergoed zouden moeten worden, 3 procent vindt het onderdeel van de standaardzorg, maar dan moet het standaardtarief wel omhoog vinden de meesten. 1 procent ziet meer in gastlessen op middelbare scholen en 1 procent heeft geen mening.

'Het is onderdeel van de standaard zorg, net zoals counseling en de termijnecho, maar ook hier moet nu apart voor gedeclareerd worden. Het mooiste zou zijn als het standaard zorgtarief omhoog gaat en niet meer overal apart voor gedeclareerd wordt.'

Casemanager

- De helft van de respondenten (50,5 procent) werkt met een casemanager. Op eigen initiatief (17,5 procent), naar aanleiding van het advies van de stuurgroep (30,5 procent) of via de pilot van de KNOV (2,5 procent). Nog eens 15 procent werkt nog niet zo, maar wil dat in de toekomst wel. 17,5 procent gaat dat niet doen.

17 procent (156 respondenten) vult 'Anders' in. Drie veel gegeven antwoorden worden hieronder opgesomd:

1. De helft van deze respondenten geeft aan dat casemanagers vooral worden in gezet bij specifieke doelgroepen, zoals vrouwen met een lage sociaal-economische status, met sociale of psychosociale problemen, tienerzwangerschappen, of indien een casemanager nodig blijkt tijdens de zwangerschap.

'Iedere zwangere met problematiek (sociale problematiek, tienerzwangerschap e.d.) krijgt bij ons wel een EVA (Eerste Verloskundig Aanspreekpunt), die zij ook vaker in de zwangerschap/kraambed ziet en die in de gaten houdt of alle zorg goed verloopt. Voor iedere zwangere is het zeer lastig in te plannen in onze praktijkorganisatie.'

2. Een veertigtal respondenten geeft aan dat dit niet nodig is vanwege de kleinschaligheid van de praktijk (1 tot 3 verloskundigen).

'We hebben een kleine praktijk waarin wij alle zwangeren kennen. In onze praktijk is een casemanager niet van toepassing. In bijzondere gevallen maken wij wel gebruik van een casemanager.'

3. Een klein aantal van de respondenten gelooft meer in het samen begeleiden of gedeelde casemanagers. In de praktijk is een casemanager ook niet altijd haalbaar, bijvoorbeeld vanwege de inroostering, zeker in grote praktijken.

'We maken voor elke cliënte een apart zorgpad met daarop de acties die verricht moeten worden. De verloskundige die haar bij de intake heeft gezien en bijzonderheden opmerkt, bespreekt deze tijdens ons cliëntenoverleg dat eens per week plaatsvindt.'

Zorgplan

- 62 procent van de respondenten werkt met een zorgplan, soms vanuit de blauwdruk van de KNOV, meestal vanuit een eigen opzet. 21 procent wil gaan werken met een zorgplan en 11 procent gaat dat niet doen.

6 procent (100 respondenten) heeft 'Anders' ingevuld. Een aantal respondenten werkt alleen met een zorgpad of met een geboortepan (allebei onderdeel van een zorgplan). Sommige respondenten geven aan dat zij alles bespreken en in dossiers vastleggen. Een tiental respondenten maakt een zorgplan alleen op aanvraag of indicatie.

Tabel 10. Mening over zorgplan: (meerdere antwoorden mogelijk). (n=913)

	Percentage
Zorgt voor betere planning en heldere afspraken	59
Zorgt voor betere aansluiting op individuele zorgvragen van zwangeren	42
Een deel van de cliënten heeft hier behoefte aan	38
Het is zeer tijdrovend	17,5
Anders	8,5
Geen mening	7,5

Bij 'Anders' zijn de meeste reacties positief. De vier meest gegeven reacties worden hieronder weergegeven:

1. Respondenten vinden dat cliënten hierdoor meer betrokken worden en zelf meer controle krijgen over het geheel.

'Geeft cliënten de uitnodiging te denken over wat zij willen en belangrijk vinden, dat komt het hele proces ten goede.'

2. Een zorgplan is goed voor de communicatie en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Een zorgplan voorkomt ook dat zaken worden vergeten en is een goed afvinklijstje, zo merkt een aantal respondenten op.

'Zorgt voor een duidelijke structuur en overzicht met de zekerheid dat alles mooi getimed is, aan bod komt en niks vergeten wordt in de zwangerschap.'

3. Andere respondenten vinden het zorgplan te tijdrovend en te weinig zorg op maat.

'Te veel gestandaardiseerd en te weinig aansluiting bij de cliënt. Die voelt zich een invulformulier in plaats van een persoon waar aandacht voor is.'

4. Enkele respondenten wijzen er op dat het geen oplossing is voor het echt probleem.

'Kan goed en slecht gebruikt worden, maar is geen oplossing van het probleem (namelijk een tekort aan individuele en persoonlijke zorg in de verloskunde).'

Prenatale huisbezoeken

- 11,5 procent van de respondenten werkt met prenatale huisbezoeken rond de 34e week, 17 procent doet dit alleen op indicatie en 10 procent in samenwerking met de kraamzorg. 18,5 procent van de respondenten wil deze huisbezoeken wel gaan doen, al dan niet in samenwerking met de kraamzorg.

Tabel 11. Werken met prenatale huisbezoeken rond de 34e week: (n=907)

	Percentage
Ja, zelf of doorgedaan na pilot KNOV	11,5
Alleen op indicatie	17
In samenwerking met kraamzorg	10
Nee, wil het wel gaan doen	18,5
Nee, wel meegedaan aan pilot KNOV	1
Nee, past niet in onze praktijkorganisatie	41
Anders	1

41 procent werkt niet met prenatale huisbezoeken vaak vanwege tijdgebrek en omdat deze niet worden vergoed; in een aantal gevallen ook omdat men de meerwaarde niet ziet, bijvoorbeeld omdat men het overbodig vindt in de (hoogopgeleide) populatie.

'Wij nemen deel aan een externe groep van buurtwerkers, consultatiebureau, politie etc. waar zorgwekkende situaties besproken worden, en alleen deze mensen worden in verband met tijdgebrek bezocht.'

Tabel 12. Mening over huisbezoeken: (meer antwoorden mogelijk) (n=913)

	Percentage
Is een goed middel om sociale indicaties voor meer begeleiding en verwijzing op te sporen	66
Het is zeer tijdrovend	67
Is een goed middel om te beoordelen waar de bevalling kan worden uitgevoerd	39
Is een goed middel om de zwangere voor te bereiden op de bevalling	27
Anders	16

142 respondenten hebben 'Anders' ingevuld. Twee veel gegeven reacties worden hieronder opgesomd:

1. Veel van deze respondenten (65 ofwel 6 procent van totaal) vinden dat deze huisbezoeken prima door de kraamzorg kunnen worden uitgevoerd, overbodig zijn of alleen zinvol bij probleemgezinnen, gezinnen met lage sociaal-economische status of bij twijfel over thuisbevalling. Wat betreft dat laatste zijn er enkele kritische noten.

'Ik wil dit pas gaan doen als er ook uniforme richtlijnen zijn wanneer iemand wel thuis mag bevallen gezien de woonsituatie, en dat onze cliënten geen poliklinische bevalling zelf hoeven te betalen indien ze niet thuis mogen bevallen vanwege woonsituatie.'

2. Een aantal respondenten benadrukt nog eens het belang van deze huisbezoeken.

'Het is voornamelijk zeer waardevol voor de cliënt. Sinds wij dit hebben ingevoerd gaan cliënten met meer vertrouwen in hun lichaam, in zichzelf en in ons de baring in. Dit zorgt ook voor betere uitkomsten en minder pathologie en doorverwijzingen binnen onze praktijk.'

2.6. RISICOSELECTIE EN ZORG AAN ZWANGEREN IN ACHTERSTANDSSITUATIES

- 74 procent van de respondenten ervaart soms of regelmatig problemen met risicoselectie; voor 24 procent is dat nooit het geval.

340 respondenten geven een toelichting. De vijf meest gehoorde toelichtingen worden hieronder weergegeven:

1. Risicoselectie is een belangrijk onderdeel van het vak.

'Hiervoor zijn wij opgeleid en getraind. Het overgrote deel van de Nederlandse vrouwen is gewoon gezond, ook al wil de tweede lijn iedereen anders doen geloven.'

2. Er is veel overleg onderling en indien nodig met andere disciplines, zoals de gynaecologen. Dat gaat in het algemeen goed, hoewel patiënten soms te snel worden overgenomen, wat ervoor zorgt dat respondenten zich soms minder vrij voelen om te overleggen.

'De ernst van risico's verschuift: wat we vijf jaar geleden nog geen serieus risico vonden, wordt nu als een relevant risico gezien en is reden tot verwijzing.'

3. Protocollen kunnen verschillen per ziekenhuis en per regio. Soms zitten gynaecologen niet op één lijn. De verloskundige indicatielijst (VIL) is niet altijd toereikend, kan tot medicalisering leiden en is verouderd, volgens een aantal respondenten.

'De VIL is erg gedateerd (11 jaar oud). Het is hoog tijd voor nieuwe landelijke afspraken in plaats van steeds wisselende afspraken per ziekenhuis.'

4. Risicoselectie en richtlijnen staan ook nogal eens op gespannen voet met de wensen van de cliënten. Ook kunnen cliënten zeer veeleisend zijn.

'De richtlijnen om risicoselectie mee uit te voeren, zijn steeds meer verworden tot 'spoorboekjesverloskunde'. Een toenemend aantal cliënten wil als individu benaderd worden en kiest steeds vaker voor 'informed refusal'. Ofwel, men weigert zich te confirmeren aan landelijke en regionale protocollen. Dit brengt ons als zorgverleners in een onmogelijke spagaat om zowel tegemoet te komen aan de rechten van de cliënte (vastgelegd in de WGBO) als aan onze eigen juridische veiligheid indien we afwijken van deze richtlijnen.'

5. Het is niet altijd makkelijk de situatie goed in beeld te krijgen. Cliënten vertellen niet alles en er is onvoldoende tijd; er kan bovendien een taalbarrière zijn. Aanvullende onderzoeken (verslavingsproblematiek) worden niet altijd vergoed. Er is soms een probleem met mensen zonder papieren. Sociale indicaties haal je er niet altijd uit.

*'Het is soms moeilijk om alle informatie boven water te krijgen door taalbarrières (tolkentelefoon wordt niet meer vergoed).'*¹

Tijd voor opsporing, begeleiding en verwijzing

Tabel 13. Tijd en mogelijkheden om zwangeren met een psychosociale indicatie op te sporen, te begeleiden en te verwijzen: (n=875)

	Percentage
Voldoende	11
Onvoldoende voor opsporing	12
Onvoldoende voor begeleiding en verwijzing	56
Onvoldoende voor opsporing, begeleiding en verwijzing	6
Anders	14
Niet van toepassing	1

Vooraf voor begeleiding en verwijzing zijn dus volgens meer dan de helft van de respondenten onvoldoende tijd en mogelijkheden.

Uit beantwoording van mensen die 'Anders' invullen (120) blijkt dat vooral de begeleiding en verwijzing knelpunten zijn. De meest voorkomende reacties worden hieronder opgesomd.

1. Er is onvoldoende tijd en expertise voor begeleiding. Dan moet verwezen worden naar andere disciplines, waar soms wachtlijsten zijn.

'Ik zou wel meer tijd willen om te begeleiden, een huisbezoek is fijner om uitgebreid te kunnen praten met iemand. Tijd hiervoor ontbreekt regelmatig.'

2. Mensen kunnen ook zaken verbloemen en dan kom je er soms pas laat achter. Bij verwijzing kunnen eigen bijdragen een belemmering zijn.

'Wel voor opsporing. Verwijzen en begeleiden zijn in de praktijk lastig omdat de doelgroep vaak armlastig is. Verwijzing brengt vaak extra kosten mee die door de mensen niet betaald kunnen worden.'

3. Uit de antwoorden wordt ook duidelijk dat de meeste respondenten dit zo belangrijk vinden dat zij extra werken of extra lange consulten doen. Veel respondenten merken op dat dat kan omdat zij met hun praktijk onder de norm werken.

'Mensen hebben er recht op, dus opsporen en verwijzen is geen probleem maar een must. En daarnaast krijgen ze in de prenatale consulten ook extra tijd per consult en daarnaast soms ook extra consulten. Dit 'zit dan in de normale prenatale zorg' ondank ruime verdubbeling van tijdsbesteding. Door ruim onder de norm te werken kan je dat bieden (weer zonder tegemoetkoming in de kosten).''

Opsporen sociale indicatie

De respondenten zien veel mogelijkheden voor het vroegtijdig opsporen van sociale indicaties, die duiden op een noodzaak tot meer begeleiding en zorg.

Tabel 14. Sociale indicaties vroegtijdig opsporen: (n=868)

	Percentage
Nauwer contact huisarts en verloskundige	35
Huisbezoeken	17
Meer aandacht sociale indicatie in VSV	12
Verhogen contact met wijkverpleging	7
Verhogen contact lokale steunpunten zoals buurtnetwerk	6
Meer betrokkenheid verloskundigen in wijken bijvoorbeeld open spreekuren in buurthuizen	4
Anders	14
Geen mening	5

'Anders' is ingevuld door 122 respondenten. Respondenten merken vooral op dat ze meer tijd zouden moeten hebben tijdens het spreekuur maar bijvoorbeeld ook voor huisbezoeken, zodat er meer tijd is om een vertrouwensband op te bouwen. Verder is een goede samenwerking belangrijk met huisartsen, lokale buurtwerkers, kraamzorg, maatschappelijk werk, psychiatrie, wijkpolitie en Centrum voor Jeugd en Gezin. De lijnen moeten kort zijn, zodat laagdrempelig doorverwijzen mogelijk is. En er moeten goede sociale kaarten voorhanden zijn. Sommige respondenten wijzen ook op een versterking van de public health-functie (functie vanuit de openbare gezondheidszorg) van verloskundigen, bijvoorbeeld door betere contacten met scholen en buurthuizen.

'Spreekuren ruimer plannen, zodat er tijd is voor een goed gesprek en mensen ook voelen dat je tijd voor ze hebt. Dit zorgt dat men opener is en makkelijker met een psychosociaal probleem bij de verloskundige komt.'

Zwangeren in achterstandssituaties

Een bijzonder aandachtspunt in het advies van de Stuurgroep is het verbeteren van verloskundige zorg aan zwangeren in achterstandssituaties; dit omdat veelal blijkt dat juist in deze situaties zwangeren een hoger risico hebben op kinder- en moedersterfte.

Van de 868 respondenten die deze vraag hebben ingevuld, hebben 218 respondenten geen vrouwen in achterstandssituaties, voor de overige 650 verloskundigen in de eerste lijn zijn de ervaringen met deze doelgroep wisselend.

Tabel 15. Heeft u voldoende mogelijkheden om deze specifieke groep te bereiken en van goede zorg te voorzien? (meer antwoorden mogelijk) (n=650)

	Percentage
Ja, ik heb voldoende mogelijkheden deze groep te bereiken	29
Nee, ik heb onvoldoende mogelijkheden deze groep te bereiken	23
Ja, ik heb voldoende mogelijkheden deze groep van goede zorg te voorzien	27
Nee, ik heb onvoldoende mogelijkheden deze groep van goede zorg te voorzien	30
Nee, ik ben onvoldoende geschoold in vrouwen in achterstandssituaties en/of met een andere afkomst	6

De respondenten zien veel mogelijkheden om de groep vrouwen in achterstandssituaties beter te bereiken.

Tabel 16. Beter bereik vrouwen in achterstandssituaties door: (meer antwoorden mogelijk) (n=868)

	Percentage
Inzet tolken	58
Invoering van nieuwe methoden voor begeleiding van de zwangere, namelijk in groepsverband (centering pregnancy)	40
Het geven van toeslag aan praktijken met veel vrouwen in achterstandswijken	38
Meer aandacht in opleiding en nascholing in bereik en omgang met deze groep vrouwen	25
Zie mogelijkheden opsporen psychosociale indicaties*	25
Anders	14

*Zie tabel 14.

Inzet en herinvoering van de tolkentelefoon is een belangrijk punt, evenals voorlichting en educatie in eigen taal.

'Dat de tolkentelefoon niet meer vergoed wordt, is echt een vergissing. Wij gebruiken het nog wel, maar dat leverde ons onlangs een rekening van meer dan 200 euro op voor 1 cliënt (en dan nog hadden we alleen het hoognodige gebruikt)... Betaald uit eigen zak...'

120 respondenten vullen 'Anders' in. De vier meest gegeven reacties worden hieronder weergegeven.

1. Het gaat om een moeilijk te bereiken groep.

'Overzicht vanuit de basishulpverlening. Een persoon van de sociale hulp zou contact met deze mensen moeten hebben en alles communiceren met de mensen, iemand die hun taal en kennisniveau begrijpt en goed bereikbaar is.'

2. Respondenten wijzen er ook op dat je niet alleen extra moet vergoeden op achterstandswijken, vrouwen met een achterstand wonen namelijk verspreid door heel Nederland.

'In het noorden van het land zouden meer financiën beschikbaar moeten komen voor de grote groep lage SES die niet in de bekende grote postcode-gebieden woonachtig zijn.'

3. Verloskundigen moeten meer naar de public health-taak kijken.

'Het is voornamelijk belangrijk dat deze vrouwen vroegtijdig in zorg komen. Dit zou al veel eerder met educatieprogramma's moeten worden bijgebracht, bijvoorbeeld op school of bij de inburgeringscursus.'

4. Er is meer en betere samenwerking nodig.

'Duidelijk en eenduidig verwijs- en begeleidingstraject. Nu is het nog niet altijd eenduidig waar de cliënt voor welke zorg/begeleiding naar toe te verwijzen. Ik zou het zelf bijvoorbeeld heel prettig vinden om zwangeren naar een specifiek punt te kunnen verwijzen waar gekeken wordt welke zorg er ingezet moet worden en dat daar echt gespecialiseerd in is. Voor ons als verloskundigen vind ik het vaak nog te onoverzichtelijk en vind ik ons niet gespecialiseerd genoeg om dit te kunnen doen. En daarbij komt dat er de tijd ook niet voor is. Een vast aanspreekpunt voor je lage SES-clieñten, die je dan ook regelmatig met elkaar bespreekt, zou ik ontzettend prettig vinden.'

2.7. POSITIE EERSTELIJNSVERLOSKUNDIGEN

Gevraagd is naar de ervaringen van de verloskundigen in de eerste lijn in de omgang met tweedelijnsverloskundigen.

Tabel 17. Ervaren omgang met tweedelijnsverloskundigen: (n=841)

	Mee eens (Percentage)	Neutraal of geen mening (Percentage)	Mee oneens (Percentage)
Prettig	78,5	18	3,5
Gericht op samenwerking	59	27,5	13,5
Constructief	50	41	9
Leerzaam	37	43	20
Paternalistisch	16	43	41
Gespannen	12	24	64

Gevraagd is naar de ervaringen van de verloskundigen in de eerste lijn in de omgang met gynaecologen en arts-assistenten.

Tabel 18. Ervaren omgang met gynaecologen en arts-assistenten: (n=841)

	Mee eens (Percentage)	Neutraal of geen mening (Percentage)	Mee oneens (Percentage)
Prettig	66	27	7
Leerzaam	58,5	30,5	11
Gericht op samenwerking	51	30	19
Constructief	46	40	14
Paternalistisch	36	42	22
Gespannen	26	32	42

RESULTATEN 3

VERLOSKUNDIGEN TWEDE LIJN

Verloskundigen in de tweede lijn werken in ziekenhuizen, zelfstandig of onder directe supervisie van de gynaecoloog.

3.1. TAKEN

Begeleiding

- Van de 195 respondenten begeleidt 94 procent zelfstandig patiënten met een verhoogd risico. Voor 74 procent zijn deze situaties vastgelegd in protocollen; voor 20 procent is dat niet altijd adequaat geregeld in protocollen. 6 procent begeleidt geen patiënten zelfstandig; alle taken staan onder directe supervisie van de gynaecoloog.

Zorg

- 57 procent van de respondenten geeft zorg aan patiënten met complexere medische problematiek, altijd in opdracht en onder directe supervisie van een gynaecoloog. Voor 26 procent is de supervisie daarbij niet altijd adequaat geregeld.

Voor 17 procent van de respondenten (33 respondenten) is het anders. De supervisie verschilt per situatie, de gynaecoloog is wel direct oproepbaar en er is altijd telefonisch overleg mogelijk. Enkele respondenten melden dat zij geen zorg geven aan patiënten met complexe problematiek of dat de arts-assistenten dat doen.

'Ik geef zorg aan patiënten met complexere zorg, we doen dat met een team van verpleegkundigen en arts-assistenten. Er wordt overlegd met de gynaecoloog indien er twijfel bestaat over de uit te voeren handelingen. De rol van de gynaecoloog is na werktijd anders dan tussen 8 en 5.'

Calamiteiten

- Alle respondenten starten de behandeling bij calamiteiten in afwachting van de komst van de gynaecoloog. Bij 87 procent van de respondenten zijn deze behandelingen in een protocol vastgelegd en worden ze regelmatig getraind; bij 8 procent zijn ze wel

vastgelegd, maar wordt er niet regelmatig getraind. Bij 5 procent zijn deze behandelingen niet adequaat vastgelegd in een protocol.

3.2. BEGELEIDING

- 89 procent van de respondenten vindt dat ze voldoende begeleiding heeft gehad om zich te bekwaamen in bovenstaande taken; 9 procent vindt dat dat niet het geval is.
- 85 procent van de respondenten ondervindt voldoende feedback van zijn/haar supervisors; 11 procent vindt dat dat niet het geval is.

Tabel 19. Beschikbaarheid supervisors tijdens bevalling: (n=194)

	Percentage
Er is altijd een supervisor op de afdeling	5
Er is altijd een supervisor in het ziekenhuis en direct beschikbaar	22
Er is altijd supervisor in het ziekenhuis maar niet direct beschikbaar	5
Er is niet 24 uur per dag een supervisor in het ziekenhuis	57
Anders	11

Bij 'Anders' melden de meeste respondenten dat niet alle gynaecologen in het ziekenhuis aanwezig zijn in de avonden en weekends, maar wel bereikbaar zijn en/of in circa 10 minuten aanwezig kunnen zijn. Of een gynaecoloog in het ziekenhuis blijft is ook afhankelijk van de situatie en/of van de ervaring van de verloskundige en arts-assistent.

'Niet alle gynaecologen slapen in het ziekenhuis. Aantal toch nog thuis. Zijn dan binnen 15 min. aanwezig.'

Meer bevallingen tegelijk

- 92 procent van de klinisch verloskundigen bewaakt soms meer dan twee bevallingen gelijk. 5 procent bewaakt hooguit twee bevallingen gelijk. 3 procent antwoordt dat dat afhankelijk is van de situatie.

'Hangt volledig af van het aanbod. Soms 1, soms 2, soms 3, soms meer: je kunt niet plannen op piekdrukke. Eén-op-één is een illusie zoals de ziekenhuiszorg nu georganiseerd is.'

- 90 procent van de respondenten zegt niet altijd onafgebroken aanwezig te kunnen zijn bij een uitdrijving, bij 30 procent is dat zelfs regelmatig het geval.

Tabel 20. Aanwezigheid tijdens uitdrijving bij één zwangere: (n=194)

	Percentage
Altijd onafgebroken aanwezig	10
Bijna altijd (anders)	4
Nee, soms niet	56
Nee, regelmatig niet	30

- 68 procent van de respondenten vindt dat er tijdens de bevallingen naast medische zorgverlening onvoldoende tijd is voor begeleiding van de zwangere en haar partner. 28 procent vindt van wel.

Vooraf bij drukte is er te weinig tijd voor begeleiding. Zeker overdag hebben verloskundigen ook nog andere taken zoals consulten, visites en administratie. Om deze redenen wordt vaker om pijnstilling gevraagd, volgens een aantal respondenten. Verpleegkundigen nemen de begeleidingstaak over maar hebben het vaak ook te druk.

'Ik voel me af en toe net zo'n touchermachine, die daarnaast veel tijd kwijt is met administratie. Hetgeen ik zo leuk vond aan het vak verloskunde (de persoonlijke begeleiding), daar is lang niet altijd nog tijd voor.'

3.3. TOEKOMSTIGE TAKEN KLINISCH VERLOSKUNDIGE

- 72 procent van de respondenten is voor uitbreiding en erkenning van specifieke taken (bijvoorbeeld het zelfstandig voorschrijven of toedienen van bepaalde medicatie) en dus het regelen van opleiding, bevoegdheid en verantwoordelijkheid door middel van een specialistenregister.
- 18 procent is hier geen voorstander van maar wil juist een beperking tot de taken waartoe verloskundigen formeel zijn bevoegd, en meer tijd voor begeleiding tijdens de bevalling.
- 10 procent is een andere mening toegedaan. De meeste van deze respondenten vinden dat het allebei moet: uitbreiding taken en meer tijd voor begeleiding. Het uitbreiden van taken zou ook vrijwillig moeten zijn en/of afhankelijk van het aantal dienstjaren, volgens enkele respondenten.

'Wel uitbreiding en erkenning van specifieke taken, maar dan wel met meer tijd voor cliënten en echt 1 op maximaal 2 barenden!'

3.4. POSITIE VERLOSKUNDIGEN TWEDE LIJN

Gevraagd is naar de ervaringen van de verloskundigen in de tweede lijn in de omgang met eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen en arts-assistenten.

Tabel 21. Ervaringen omgang met eerstelijns verloskundigen: (n=194)

	Mee eens (Percentage)	Neutraal of geen mening (Percentage)	Niet mee eens (Percentage)
Prettig	89	11	
Gericht op samenwerking	66,5	21,5	12
Constructief	51	37	12
Leerzaam	36	40	24
Paternalistisch	9	25	66
Gespannen	9	24,5	66,5

Tabel 22. Ervaringen omgang met gynaecologen en arts-assistenten in team: (n=194)

	Mee eens (Percentage)	Neutraal of geen mening (Percentage)	Niet mee eens (Percentage)
Prettig	88	9,5	2,5
Gericht op samenwerking	78	16,5	5,5
Leerzaam	77	14,5	8,5
Constructief	63	28,5	8,5
Paternalistisch	16,5	29,5	54
Gespannen	2	16	82

3.5. ZORGZWAARTE TWEDE LIJN

- Ruim 50 procent van de respondenten geeft aan dat ze de hoeveelheid werk niet altijd (50 procent) of nauwelijks (3 procent) aan kan. 47 procent kan de hoeveelheid werk goed aan.
- Volgens 66 procent van de respondenten is de werkdruk toegenomen.

Aan mensen met een toegenomen werkdruk die de hoeveelheid werk niet altijd aan kunnen, is gevraagd naar de oorzaken hiervan.

Tabel 23. Oorzaken hoge werkdruk: (meer antwoorden mogelijk) (n=142)

	Percentage
Toename medische verslaglegging	91
Toename ziekenhuisbevallingen	51
Toename vergaderingen in verband met regionale ontwikkelingen	44
Toename bureaucratie	42
Toename gezondheidsproblemen cliënten	42
Overname taken gynaecoloog	35
Toename eisen naar aanleiding van stuurgroep	23
Toename deelname aan wetenschappelijk onderzoek	23
Concentratie ziekenhuizen	12
Slecht functioneren zorgverleners elders in de zorg	6
Anders	27

33 respondenten hebben 'anders' ingevuld. De vijf meest gegeven reacties worden hieronder opgesomd:

1. De werkdruk is gestegen door bezuinigingen, waardoor er te weinig personeel is. Tegelijk is er een uitbreiding van taken; de formatie is niet meegegroeid met het toegenomen aantal zorgvragen.

'Te weinig personeel. Steeds minder verpleging (bezuinigingen). Gynaecologen die dienst en spreekuur tegelijk doen. Te veel patiënten per verloskundige. Veel extra consulten om veiligheid te creëren.'

2. Meer mondige cliënten.

'Cliënten worden mondiger, vragen meer zorg en uitleg, meer vragen om pijnstilling, de sociale problematiek wordt groter.'

3. Meer pijnstilling.

'Steeds meer behoefte aan pijnstilling van zwangeren, toename van aantal verwijzingen durante partu van uit de eerste lijn en toename van ook steeds complexer wordende sociale problematiek.'

4. Zwaardere problematiek.

'Meer sociale problematiek, die er vroeger ook wel was, maar nu meer gezien en begeleid wordt. Mensen worden ook 'afhankelijker'. Vroeger werd het vaker in familie verband opgelost, nu ontbreekt vaak een goed netwerk.'

5. Toename registratie.

'Alles moet in 20-voud genoteerd worden, de software voor het invoeren van partus laat nog steeds na zoveel jaar te wensen over. Gewoon één goed en compleet alles invullen en doorvoeren naar de andere onderdelen in het programma en niet alles meerdere keren noteren...'

3.6. VOLDOENDE ZORG

- 30 procent van de respondenten zegt hun cliënten soms of regelmatig niet de goede zorg te kunnen bieden. 64 procent zegt meestal wel de goede zorg te kunnen bieden en 6 procent zegt dit altijd te kunnen doen.

'Te weinig tijd voor zorg die geen directe spoed is. Bijvoorbeeld iemand die moet wachten om gehecht te worden, omdat iemand anders eerst moet bevallen. Consult op de afdeling dat lang moet wachten vanwege een andere bevalling.'

154 respondenten gaven antwoord op de vraag welk onderdeel van de zorgverlening het meeste in de knel komt. Vrijwel allen noemen de begeleiding en voorlichting van cliënten. Er is te weinig tijd voor sociale en emotionele ondersteuning, zowel tijdens de baring als tijdens de spreekuren. De continuïteit van de begeleiding tijdens de baring staat onder druk. Er is te weinig tijd voor coaching of een rustig gesprek.

'Het superviseren van verpleging, foetale bewaking (steeds bezig, dus kan niet alle CTG's in de gaten houden): zeer, zeer bezwaarlijk. Aan coaching en een stukje persoonlijke begeleiding kom je helemaal niet toe.'

Tabel 24. Om goede zorg te kunnen blijven bieden: (meer antwoorden mogelijk) (n=188)

	Percentage
Is erkenning van de positie van de klinisch verloskundige noodzakelijk	87
Moeten er meer klinisch verloskundigen komen	56
Moet er meer ondersteuning komen door verpleging	29
Moeten er in de toekomst meer taken naar de eerstelijnsverloskundige mits de eerste lijn bijgeschoold wordt en er goede samenwerking en protocollen worden afgesproken met de tweede lijn	21
Moeten er meer taken gedelegeerd worden van de gynaecoloog naar de klinisch verloskundige	18
Moeten er minder taken gedelegeerd worden van de gynaecoloog naar de klinisch verloskundige	8,5
Anders	12

De respondenten die 'Anders' of een toelichting hebben ingevuld, hebben het vooral over de positie van de klinisch verloskundige en specifieke opleidingseisen. Daarnaast noemen zij de vele arts-assistenten die vaak maar korte tijd blijven en weer ingewerkt moeten worden. Deze respondenten willen meer personeel, zodat het aantal bevallingen dat een verloskundige tegelijk begeleidt maximaal twee wordt.

'De gynaecoloog in opleiding en of de arts mist een groot deel van de verloskunde in zijn of haar opleiding; ze lopen niet mee in de eerste lijn en zien dus bijna geen fysiologie. Dit vertroebelt de visie van alle gynaecologen in Nederland en maakt dat zij eigenlijk uit onwetendheid redeneren en de verloskunde een verkeerde kant op willen sturen. Ook deels door financiële belangen. De evidence kan afhankelijk van de visie van zowel eerste als tweede lijn naar hun waarheid geïnterpreteerd worden en ingezet worden voor een lobby. Wat onomstotelijk vast staat is dat Midwifery-Led Care (in heel de wereld) de beste uitkomsten voor de laagste prijs geven.'





RESULTATEN 4 DICHTER BIJ ELKAAR BRENGEN EERSTE EN TWEDE LIJN

4.1. SAMENWERKING EERSTE EN TWEDE LIJN

- Bijna 60 procent vindt de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn goed.

Tabel 25. Samenwerking eerste en tweede lijn: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002)

	Percentage
De samenwerking is goed	59
Er is geen gelijke zeggenschap en gelijkwaardigheid van de partners in het VSV	26
De overdracht van patiënten is niet optimaal	20
Er zijn geen duidelijke afspraken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokken partners	3
Anders	23

Overdracht patiënten niet optimaal

Een hoog percentage (20 procent) van de verloskundigen zegt dat de overdracht van patiënten niet optimaal is. Dit is door 161 eerstelijnsverloskundigen en door 31 tweedelijns verloskundigen toegelicht.

Reacties uit de eerste lijn:

1. Slechte terugkoppeling uit tweede lijn (36 maal). De terugkoppeling gebeurt niet of te laat. Vaak horen eerstelijnsverloskundigen van hun patiënten dat ze overgenomen zijn door de tweede lijn, bijvoorbeeld bij een consult. De verslagen zijn vaak onvolledig, ook van de bevallingen.

'Het is erg druk in de tweede lijn, waardoor kraambedden of consulten laat of soms niet worden doorgebeld aan de eerstelijns verloskundige.'

2. Slechte communicatie bij overdracht (27 maal). Vaak is er geen goed overleg of wordt er maar half geluisterd. De overdracht gaat nogal eens via een extra schakel (verpleegkundige) naar de gynaecoloog. Dossiers en verwijfsbrieven worden niet altijd goed gelezen.

'De zwangerschapskaart van mensen wordt door de tweede lijn vaak helemaal niet gelezen. Hierin staat veel belangrijke informatie waar ze dan totaal aan voorbijgaan.'

3. Er is geen eenduidig beleid in de tweede lijn (23 maal). Gynaecologen zijn het onderling niet eens, vooral in grote maatschappen en ziekenhuizen. Eerstelijns verloskundigen hebben soms te maken met veel ziekenhuizen met verschillende protocollen. Er is veel wisseling in arts-assistenten.

'Elke periode waarin er weer nieuwe arts-assistenten starten moet die groep eerst weer geleerd worden om met de eerste lijn te communiceren. Ik stel voor een eerstelijns-stage voor gynaecologen in opleiding.'

4. Er is te weinig vertrouwen in elkaar (20 maal). Ieders kwaliteiten worden over en weer niet altijd gewaardeerd, er is soms sprake van een negatieve attitude naar elkaar.

'We hebben wel een redelijk goedlopend VSV, maar de denkwijze is nog verschillend tussen eerste en tweede lijn.'

5. De dossiers zijn niet op elkaar afgestemd (19 maal). Er is geen gezamenlijk dossier. Eerste lijn en tweede lijn hebben verschillende systemen en kunnen niet in elkaars dossier kijken.

'Geen ICT-mogelijkheid om in elkaars systeem te komen, daardoor loopt overdracht vertraging op.'

6. Te snelle overname door tweede lijn (18 maal). Patiënten worden zonder duidelijke redenen overgenomen, nogal eens zonder overleg. Er zijn onnodige overnames.

'Bij ons heerst het gevoel dat er in de tweede lijn te veel cliënten onterecht medisch gehouden worden. Wij hebben dit jaar de cijfers erbij gepakt en hieruit bleek dat 50 procent van de kraambedden die wij begeleidden vanuit het ziekenhuis heel de zwangerschap medisch zijn geweest zonder dat hier een onderbouwing voor was. Dit leidt tot een gebrek aan vertrouwen. Ook merken wij dat er onnodige onderzoeken in de tweede lijn worden aangevraagd, onderzoeken die afbreuk doen aan het vertrouwen van de vrouw. Terwijl wij juist bezig zijn met het vergroten van dit vertrouwen.'

7. Capaciteitstekort en tijdgebrek (16 maal). Er is onvoldoende tijd in de tweede lijn voor een goede overdracht.

'Er moet worden geleurd met cliënten voor noodzakelijke verwijzingen durante partu, terwijl electieve inleidingen aan de orde van de dag zijn.'

8. Slechte communicatie (10 maal). De communicatie is niet eenduidig, ontbreekt of is onvoldoende.

Reacties uit de tweede lijn:

1. Tweedelijnsverloskundigen merken op dat eerstelijnsverloskundigen soms vrouwen te lang in de eerste lijn houden (5) en soms juist te snel insturen (2). Eerstelijnsverloskundigen komen ook niet altijd mee naar het ziekenhuis (3). Sommigen melden ook spanning, machtsstrijd en weinig constructieve samenwerking.

'Klinische patiënten worden ook door de eerste lijn gezien, zelfs als ze in partu zijn gaat eerste lijn toucheren. Dit betekent dubbele declaraties terwijl de zorg al overgenomen was. Persoonlijk vind ik dit werkelijk van de zotte.'

2. Onvoldoende training en toepassen SBAR-training. Deze training voor verloskundigen is speciaal ontwikkeld om de communicatie tussen ketenpartners te optimaliseren (methodische handelen en eenduidige overdracht).

'Af en toe niet kort en bondig volgens de SBAR-methode. Het blijft soms lang gissen wat verwijsreden is. Echter, dit wordt veel getraind en gaat al stukken beter.'

3. Gescheiden verslaglegging (5).

'Verschillende systemen. Indien ze gelijk zouden zijn, scheelt dit voor de patiënt zeker tien minuten of meer.'

Samenwerking overig

224 respondenten hebben 'Anders' ingevuld bij de vraag over samenwerking tussen eerste en tweede lijn (tabel 23). Hieronder een opsomming van de twee meest genoemde reacties.

1. Veel respondenten (70) zeggen dat de samenwerking niet goed is, er te veel naar de tweede lijn wordt geschoven, er geen sprake is van gelijkwaardigheid, en er te weinig vertrouwen is in de eerste lijn. Een aantal van deze respondenten (10) wijzen ook op de tegengestelde financiële belangen en een daaruit volgende strijd om de patiënten.

'Er zijn gynaecologen die het totaal niet eens zijn met de manier waarop verloskundige bedreven wordt in Nederland. Die dus ook te pas en te onpas laten weten waar de schoen knelt, wat de verloskundige allemaal verkeerd doet, en hoe gevaarlijk het wel niet is om thuis te bevallen.'

2. Volgens veel respondenten (61) verschilt de samenwerking ook per ziekenhuis of per gynaecoloog of soms per regio. Een aantal respondenten heeft problemen met de snelle wisseling van arts-assistenten. Met kinderartsen wordt soms minder goed samengewerkt dan met gynaecologen.

'Onze samenwerking met het ene ziekenhuis is goed. Verloskundigen en gynaecologen kunnen elkaar goed bevragen en laagdrempelig overleggen. Met het andere ziekenhuis gaat het wat minder. Hier is nog sprake van een hiërarchie, waarbij de gynaecoloog bovenaan staat, de tweedelijnsverloskundige daaronder en de eerste lijner daar weer onder.'

4.2. VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGSVERBAND

Het Verloskundige Samenwerkingsverband (VSV) is een samenwerkingsverband van verloskundigen, gynaecologen en eventueel verloskundig actieve huisartsen, soms ook kinderartsen en kraamzorgaanbieders. Doel van het samenwerkingsverband is om afspraken te maken over verwijzen en terugverwijzen van cliënten, het vertalen van landelijke richtlijnen naar de lokale situatie en afspraken te maken over verantwoordelijkheden.

Tabel 26. Verloskundig samenwerkingsverband: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002)

	Percentage
VSV leidt tot een hogere kwaliteit	59
VSV leidt tot meer medicalisering	23
Er ontbreken partners	7
Anders	22

Als ontbrekende partners worden genoemd: huisartsen (24 maal), kraamzorg (15 maal), kinderarts (15 maal), consultatiebureau of Centrum voor Jeugd en Gezin (15 maal), gynaecologen (10 maal).

'Andere gynaecologen dan gewoonlijk, degene waar de grootste problemen mee zijn, zijn niet op het VSV.'

'Anders' is door 219 mensen ingevuld. De vijf meest gegeven reacties worden hieronder weergegeven:

1. Veel respondenten worstelen met de dominante inbreng van de tweede lijn, de gynaecologen. De eerste lijn voelt zich niet gelijkwaardig, de tweede lijn overheerst en er komt te weinig input uit de eerste lijn (52 maal). De financiële belangen van de ziekenhuizen zijn groot (11 maal).

'De financiële belangen van ziekenhuizen en specialisten belemmeren de samenwerking. Wij hadden in Nijmegen afspraken over alle intakes in de eerste lijn, maar toen heeft het management van het ziekenhuis dit teruggedraaid omdat het inkomstenderving betekende.'

2. Er moet nog veel verbeterd worden binnen de VSV. Een aantal VSV's werkt daar goed aan, anderen zijn net gestart (42 maal). Het is vallen en opstaan en vaak moet nog een professionaliseringsslag worden gemaakt. Deelname is tijdrovend en soms is een VSV slecht georganiseerd (17 maal).

'Amsterdam e.o. telt zeven VSV's met ieder hun eigen protocollen en eigenaardigheden. Hierdoor is het een zootje. Gelukkig doet EVAA hier wat aan.'

3. Er is meer kwaliteit nodig, betere samenwerking en meer begrip voor elkaar onder andere binnen het VSV (21 maal).

'Elkaar kennen, elkaar respecteren, met elkaar in gesprek zijn over zaken die ons allen aangaan, af en toe ook iets informeel met elkaar doen, dat alles maakt dat het prettig is samen te werken, we hebben de drempels geslecht.'

4. Gynaecologen doen ook lang niet altijd van harte mee of zijn afwezig (10 maal).

'Ik vind de animo van de gynaecologen zeer slecht. Er zijn er vaak maar één of twee aanwezig'

5. Het is erg gericht op protocollen maken; er zijn bovendien te veel verschillende protocollen (9 maal).

'Door steeds meer protocollen te maken, vergeten we naar de zwangere als individu te kijken. Je moet je best doen als je als zwangere en haar hulpverlener van een protocol af wil wijken, terwijl lang niet altijd een protocol meerwaarde heeft.'

4.3. PERINATALE AUDITS

Tijdens een perinatale audit analyseren zorgverleners op een kritische gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg. Een perinatale audit vindt plaats naar aanleiding van een perinatale sterfte.

Tabel 27. Perinatale audits: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002)

	Percentage
Bevorderen communicatie en samenwerking van zorgverleners	76
Bevorderen deskundigheid van zorgverleners	73
Signaleren als nieuwe aanpassingen richtlijnen en protocollen nodig zijn	66
Er is weinig terugkoppeling over de uitkomsten	13
De registratie moet minder ingewikkeld	7
Organisatie hiervan in de regio schiet te kort	3
De deelname aan de audits laat te wensen over	3
Anders	9

87 respondenten hebben 'Anders' ingevuld. De vijf meest voorkomende reacties worden hieronder weergegeven:

1. Veel wordt gewezen op de tweede lijn (21 maal); deze zou weinig open en zelfkritisch zijn, te veel bepalen wat wordt besproken en zich afzetten tegen de eerste lijn.

'Eerste lijn moet vaak met billen bloot terwijl de grootste ellende in de tweede lijn niet onderkend is/wordt. Daar wordt dan veel minder aandacht aan geschonken, geen veilige omgeving om vrijuit te spreken.'

2. Een aantal respondenten is juist heel positief (13 maal): de discussie is respectvol, de sfeer is open en vertrouwd. Belangrijk is wel dat er een onafhankelijke voorzitter is.

'Het geeft een duidelijke kijk in elkaars 'keuken', waarbij er begrip en respect is voor elkaars handelen.'

3. Andere respondenten noemen de sfeer onveilig, ze zijn bijvoorbeeld angstig om veroordeeld te worden (7 maal).

'Het is geen veilige sfeer, de onderwerpen gaan hierna nog lang door de wandelingen en er is geen openheid doordat het een klein ziekenhuis is. Er worden alsnog handjes boven elkaars hoofd gehouden en vragen worden niet gesteld. Ik heb meerdere malen op mijn tong moeten bijten omdat ik wist dat als ik een kritische vraag zou stellen me dit niet in dank zou worden afgenomen.'

4. Anderen vinden juist dat het kritischer en diepgaander mag (6 maal).

'Vaak worden er toch ook weinig uitspraken gedaan over een mogelijke oorzaak voor babysterfte. Niemand is 'schuldig'.'

5. Er moet ook opgepast worden voor te veel medicalisering en protocollering (10 maal).

'Het is nuttig om te zien waar verbeteracties mogelijk zijn en hoe bepaalde problemen voorkomen kunnen worden, maar het probleem is dat voor de uitzondering soms algemene regels voor iedereen gemaakt worden, wat dan weer tot onnodige medicalisering leidt. Als je alle risico's wilt uitsluiten, kan beter niemand meer zwanger worden.'

4.4. VERSCHUIVING NAAR ZIEKENHUISZORG

Er is een verschuiving te zien naar ziekenhuiszorg omdat er meer verwijzingen zijn en minder gekozen wordt voor een thuisbevalling.

Tabel 28. Mening over de toename ziekenhuiszorg (door verwijzingen en afname keuze thuisbevalling): (n=997; 807; 174)

	Percentage totaal	Percentage eerste lijn	Percentage tweede lijn
Dat is een slechte ontwikkeling	74	82	40
Neutraal	22	16	49
Dat is een goede ontwikkeling	2,5	1	9
Geen mening	1,5	1	2

82 procent van de eerstelijnsverloskundigen vindt de verschuiving naar ziekenhuiszorg een slechte ontwikkeling. De tweedelijnsverloskundigen zijn minder kritisch over de verschuiving.

556 respondenten geven een toelichting:

Reacties uit de eerste lijn (463 maal):

1. Het merendeel wijst op de angst, zowel vanuit cliënten als verloskundigen, om thuis te bevallen. Vrouwen hebben de controle en vertrouwen in eigen kracht verloren, er is te weinig empowerment (vinden en ontwikkelen eigen kracht). Er is onvoldoende tijd om vrouwen voor te bereiden en te laten vertrouwen op eigen kracht. Door de media wordt de angst versterkt. Zowel cliënten als verloskundigen kiezen voor zekerheid. Vooral jonge verloskundigen denken medisch op safe te spelen, maar ze nemen hierdoor weer andere risico's, volgens ervaren verloskundigen. Nieuwe verloskundigen zijn te veel opgeleid vanuit een claimcultuur. Vrouwen worden te veel het ziekenhuis ingepreparaat uit voorzorg. Respondenten hebben het over de schijnveiligheid van de kliniek die doorbroken moet worden. Er lijkt een lobby aan de gang van het ziekenhuis dat veiligheid als argument gebruikt. In grote praktijken wordt vanuit tijdgebrek ook te snel doorverwezen (125 maal).

'Tuurlijk is iedere sterfte te veel, en moet de overdracht optimaal zijn. Dit is echter niet de meerderheid en in de media wordt het wel gecommuniceerd alsof het aan het Nederlandse systeem en de thuisbevalling ligt.'

2. Ook de protocollen en richtlijnen leiden tot meer overdrachten. Protocollen zijn onvoldoende op evidence gebaseerd (op basis van bewijs, best beschikbare) en er wordt te strak aan vastgehouden. Je moet iedere situatie apart bekijken, bijvoorbeeld bij zwangerschapssuiker (27 maal).

'Door de vele protocollen en de angst om verantwoordelijkheid te nemen wordt er onnodig veel verwezen naar de tweede lijn. Wij zitten al meer dan 10 jaar op een verwijzingspercentage van 34 procent (20 procent onder het landelijke percentage) op

basis van persoonlijke zorg zonder te veel standaarden maar met logisch nadenken en het wegnemen van angsten en onzekerheden. Ik heb vorig jaar twee poliklinische bevallingen gedaan; alle andere bevallingen die vlot verlopen (en dat is het overgrote deel) gewoon thuis.'

3. Veel respondenten hebben het over onnodige medicalisering door plaatselijke afspraken en wensen van gynaecologen. Er is sprake van een doorgeschoten verwijzbeleid en onnodige medische indicaties. De tweede lijn zou ook moeten terugverwijzen naar de eerste lijn. Medicalisering leidt niet tot betere resultaten blijkt uit vele onderzoeken (75 maal)⁹.

'Het is wetenschappelijk bewezen dat meer medicalisering niet gelijk staat aan betere uitkomsten. De thuisbevalling heeft een plek in onze samenleving. Het is een verantwoorde keuze, zeker met goed geschoolde verloskundigen en een goede voorbereiding. Meer medicalisering leidt ook tot een afname van de cliënttevredenheid.'

4. Medicalisering leidt ook tot onnodige ingrepen, volgens veel respondenten (22 maal).

'Toename van ziekenhuiszorg zorgt voor onnodig medicaliseren, dus onnodige ingrepen in verband met tijdsdruk en te weinig geduld. Onnodige ingrepen leiden tot meer foetale nood, meer maternale morbiditeit (episiotomieën, sectio's, fluxus). In het ziekenhuis is geen tijd voor continue aanwezigheid bij de barende, dat leidt tot te weinig coaching voor de vrouw (en partner), wat maakt dat er eerder een pijnstillingswens is, wat vervolgens ook weer risico's met zich meebrengt. Bevallen is geduld! En geduld/afwachten staat niet in het woordenboek van de tweede lijn. Vrouwen moeten gewoon voor de overdracht bevallen zijn!'

5. Respondenten zeggen geen moeite mee te hebben met medicalisering als dit echt de vrije keuze van de cliënten is. Het lijkt ook de tijdgeest te zijn: thuisbevallen zou niet meer passen in deze tijd. Vrouwen willen zekerheid en planning. De maatschappij is gericht op beheersbaarheid. Vrouwen willen geen risico nemen met verplaatsen en files. Alles is al snel te veel en te zwaar (30 maal). Het lijkt er ook op dat zwangerschappen complexer worden, vrouwen krijgen op latere leeftijd kinderen, er is meer sprake van overgewicht, vrouwen bewegen minder. Sommigen vinden dat primipari altijd in het ziekenhuis moeten (13 maal).

'Ze lijken niet tevreden, zijn veeleisend, opeisend en dwingend soms. De groep vrouwen die 'gewoon' op eigen kracht wil bevallen lijkt te slinken. Pijn wordt als zinloos ervaren en moet vermeden worden.'

6. Het aantal pijnstillingsverzoeken neemt toe. Je zou vrouwen meer moeten stimuleren op eigen kracht te bevallen. Goede begeleiding helpt daarbij. Vanuit de eerste lijn is ook pijnstilling mogelijk: lachgas, entenox, steriele waterinjecties (37 maal).

'Behoeft pijnstilling: er is geen toename in behoefte, de behoefte wordt gecreëerd.'

7. Een andere boosdoener is de vergoeding. Als je in het ziekenhuis wilt bevallen vanwege pijnstillers, hoef je geen eigen bijdrage te betalen. Als je verplaatst moet worden tijdens de bevalling en een ambulance nodig hebt, ben je deels je eigen risico kwijt (13 maal).

'De basis ligt ook voor een deel bij de vergoeding. Vrouwen die kiezen voor thuis bevallen en een ambulance nodig hebben, zijn hun eigen risico kwijt. Wanneer je niet thuis wil bevallen en je geeft aan dat je pijnstilling wilt, hoef je geen eigen bijdrage voor je bevalling te betalen. Heel krom.'

8. Veel respondenten wijzen er op dat de keuzemogelijkheid wel moet blijven: in de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet. Thuisbevallen geeft de meeste privacy, ontspanning en rust, en leidt tot grote tevredenheid. Respondenten wijzen op het zorgmodel van Midwife-Led Continuity Care (verloskundige is eerste verantwoordelijke en continue factor in zorgproces) als groot goed. Verloskundigen moeten wel voldoende tijd hebben voor goede begeleiding en meer mogelijkheden voor pijnbestrijding. Via Centering Pregnancy (verloskundige zorg aan een groep zwangeren met heel veel inbreng van de zwangeren zelf, ruimte voor het delen van kennis en ervaringen en daardoor beter voorbereid op de bevalling en het ouderschap) kiezen vrouwen bewuster voor wat ze willen. Verloskundigen moeten geloven in eigen kunnen en zich niet onzeker laten maken door gynaecologen en de media (109 maal). Bovendien wordt de zorg wordt ook duurder bij meer verschuiving naar het ziekenhuis (18 maal).

'Het is zorgelijk dat wij onvoldoende tijd hebben om vrouwen in de zwangerschap beter te begeleiden en voor te bereiden. Het is ernstig dat Achmea op een congres stelt dat dit soort kwalitatieve voorbereiding ideologisch geneuzel is. Het is ernstig dat CZ de thuisbevalling wil afschaffen omdat het te duur zou zijn. Het beperkt de keuzevrijheid van vrouwen enorm.'

9. Laat eerstelijnsverloskundigen vaker bevallingen in het ziekenhuis doen.

'De scheiding tussen eerste en tweede lijn is veel te strak. Waarom zou een eerstelijnsverloskundige een bevalling in het ziekenhuis in veel gevallen niet af kunnen maken als iemand medisch wordt, bijvoorbeeld bij meconium, pijnstilling etc. Dat is vaak meer in het belang van de barende en haar partner, dan ze over te laten aan vreemden die geen tijd hebben of maken.'

10. Zorg dat het systeem van thuisbevallingen behouden blijft.

'Het Nederlandse systeem is zeer goed. Ik vind dat de overheid en de NVOG niet beseffen hoeveel wij in de eerste lijn doen aan risicoselectie, hoe laagdrempelig wij zijn en daardoor veel vrouwen bereiken en veel sneller in kunnen spelen op klachten en indien nodig verwijzen. Door het verloskundig systeem op de schop te gooien verdwijnt de expertise van thuisbevallingen. Dit is een zeer kwalijke en riskante ontwikkeling. Vrouwen, zo blijkt uit onderzoek, hebben voldoende vertrouwen in de eerste lijn.'

Reacties uit de tweede lijn (85 maal):

1. De meesten vinden dat er keuzevrijheid moet zijn en dat wat in de eerste lijn gedaan kan worden daar ook thuishoort. Acute zorg moet dan wel op tijd kunnen zijn en er moet goede risicoselectie plaatsvinden. Ook noemen enkele respondenten de toename van pijnbestrijding en het verhoogde risico op interventies in het ziekenhuis.

'Mensen die niet in het ziekenhuis thuis horen moeten er niet komen. Het ziekenhuis is voor zwangeren met dreigende complicaties of die al zwangerschapscomplicaties hebben. In het ziekenhuis kan een partus die goed in de eerste lijn plaats kan vinden in de tweede lijn heel duur worden door bijvoorbeeld caput elektrode en druklijn die bijna bij elke partus ingebracht wordt. De kosten zijn lager bij een partus in de eerste lijn.'

2. Een aantal respondenten vindt dat bevallen beter is in het ziekenhuis.

'Ik vind het een goede keuze, zeker bij een eerste kind, om in het ziekenhuis te bevallen. Als dat allemaal goed gaat kan de tweede thuis, mits er geen problemen zijn.'

Oorzaken toename ziekenhuiszorg

Tabel 29. Oorzaken toename ziekenhuiszorg: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002; 807; 174)

	Percentage totaal	Percentage eerste lijn	Percentage tweede lijn
Toename behoefte pijnbestrijding	89	88	97
Onzekerheid en angst vanwege recente aandacht perinatale sterfte	70	79	56
Inleiding dreigende seroniteit bij 41 weken	68	73	59
Eigen bijdrage poliklinische bevalling	33	36	22
Ontwikkeling lokale protocollen waarbij wordt afgeweken van de verloskundige indicatielijst	26	32	8
Onvoldoende mogelijkheden te kiezen voor bevalling thuis, geboortekliniek of polikliniek	7	8	9
Anders	22	12	17

222 respondenten hebben 'Anders' ingevuld.

Reacties uit de eerste lijn (168):

Veel respondenten (75) noemen een van de genoemde oorzaken. Wat betreft angst en onzekerheid noemden respondenten ook het verlies van vertrouwen van vrouwen in hun eigen lijf en van verloskundigen in hun eigen kunnen, al dan niet beïnvloed door de media.

'Onzekerheid en angst bij zwangere maar nog meer bij hun omgeving (partner, familie, vriendinnen) door geloof dat het ziekenhuis altijd beter is, want alles is bij de hand, je gaat toch voor het beste. Verhalen over complicaties worden enorm uitgelicht en besproken terwijl er nauwelijks aandacht is voor de normale partus. Ik heb zoveel vrouwen zien groeien tijdens en na de bevalling en dat wordt ze nu toch wel ontnomen.'

93 respondenten gaven nog andere reden dan in tabel 29 genoemd werden. Hieronder een opsomming van de vier meest voorkomende redenen.

1. Het te weinig terugverwijzen naar de eerste lijn, de lobby vanuit ziekenhuizen en gynaecologen en het ontstaan van geboortecentra (24 maal).

'Vele onterechte overnames door tweede lijn, bijvoorbeeld door te dreigen dat mevrouw alleen zekerheid heeft op een bed in hun ziekenhuis als ze bij hen onder zorg komt.'

2. De hoge werkdruk van verloskundigen en het gebrek aan continuïteit, waardoor vrouwen sneller worden overgedragen en er te weinig tijd is voor verloskundigen voor begeleiding (10 maal).

'Te weinig beloning voor de continue begeleiding van de verloskundige bij de bevalling, waardoor het gemakkelijker is om iemand in te sturen voor pijnstilling dan uren naast het bed te zitten.'

3. Te weinig samenwerking en scheiding eerste en tweede lijn.

'Scheiding tussen eerste en tweede lijn. Als we meer in een systeem zouden werken, kan er meer zorg bij verloskundige, aangevuld door incidentele zorg door gynaecoloog waar nodig.'

4. De toename van problematiek van zwangeren (sociaal, psychiatrisch, obesitas); sommige respondenten wijzen ook op gestoorde testen op zwangerschapssuiker.

Opmerkelijk is dat een vijftal respondenten een toename van het aantal sectio's noemt.

Reacties uit de tweede lijn (46):

Een aantal antwoorden past onder de categorieën in de tabel.

29 antwoorden waren anders dan in de tabel. De toenemende mondigheid van de cliënt en de neiging van alles te willen plannen. Daarnaast de toename van indicaties.

'Mensen hebben geen geduld meer en willen alles zelf plannen, ook de dag van bevalling.'

4.5. TAAKVERSCHUIVING NAAR EERSTE LIJN

Om de verschuiving naar de tweede lijn te voorkomen, zou het een mogelijkheid kunnen zijn om de taken van de eerste lijn uit te breiden. De respondenten is gevraagd wat zij hiervan vinden.

Tabel 30. Minder snel overdracht naar tweede lijn en meer taken door eerste lijn: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002; 807; 174)

	Percentage totaal	Percentage eerste lijn	Percentage* tweede lijn
Ja, dan moet wel meer gebruik gemaakt kunnen worden van mogelijkheden pijnbestrijding zoals lachgas en steriele waterinjecties	64	72	29
Ja, dan wel inzet CTG-bewaking voor verbetering indicatie	45	51	24
Ja, anders	25	25	25
Nee	9	4	33

In de tweede lijn zegt 10 procent van de respondenten hier geen mening over te hebben.

119 respondenten hebben 'Anders' ingevuld:

Reacties uit de eerste lijn (201 maal):

Respondenten wijzen erop dat extra tijd en scholing nodig zijn. Dan kunnen de VIL (verloskundige indicatie lijst) en de protocollen worden aangepast. Volgens respondenten kunnen zij matige risico's goed begeleiden, bijvoorbeeld een begeleiding van inleiding in verband met seroniteit of meconiumhoudend vruchtwater. Hierbij worden ook pijnstilling, VBAC (vaginale baring na keizersnedes) of GBS-dragerschap genoemd.

Verloskundigen van de eerste lijn kunnen ook veel meer bevallingen afmaken in het ziekenhuis. Dat zou financieel kunnen via de verlengde-armconstructie. Op het moment van overdracht zou een verlengde-armconstructie kunnen gelden; dat was een aantal jaren geleden veel gebruikelijker. Op deze manier heb je meer gedeelde zorg (ook tijdens baring) en continuïteit in de zorg. De tweede lijn zou meer op consultbasis moeten meedenken en zou na een consult meer mensen moeten terugsturen naar de eerste lijn, bijvoorbeeld bij goed gereguleerde vrouwen met zwangerschapsdiabetes. Tegenover deze uitbreiding van taken zal wel een vergoeding moeten staan.

'Begeleiding van mensen met remifentanilpijnbestrijding, langdurig gebroken vliezen, meconiumhoudend vruchtwater, inleidingen vanwege serotoniniteit, mensen met GBS en alleen AB prophylaxe, alles in het zogenaamde 'grijze gebied'.'

Reacties uit de tweede lijn (42 maal):

Een aantal respondenten ziet zeker meer in een uitbreiding van de taken van de eerste lijn mede vanwege de continuïteit van zorg. Dit hoeft niet altijd te zijn om een bevalling af te maken. Aanwezigheid als casemanager en begeleider kan ook van groot belang zijn. In een aantal gevallen kan de bevalling ook prima door eerste lijn worden afgemaakt of in samenwerking met een klinisch verloskundige. Daarbij moeten wel goed de grenzen van de nieuwe verantwoordelijkheden worden aangegeven. Er moet ook niet gedacht worden dat je na drie bevallingen even ervaren bent als een gynaecoloog. Bij de beoordeling van een CTG heeft een aantal respondenten twijfels; dat vraagt om veel ervaring. Sowieso is bijscholing nodig. Er kunnen ook meer cliënten worden teruggestuurd naar de eerste lijn, zoals goed ingestelde vrouwen met zwangerschapssuiker.

'Bijvoorbeeld bij meconiumhoudend vruchtwater en pijnstillingsbehoefte. Dat zou mooi kunnen in een setting waarin de eerstelijnsverloskundige daarin bevoegd en bekwaam wordt gemaakt en de mogelijkheid heeft om mee te gaan met de barenden en de partus in het ziekenhuis af te maken. Een betere integratie van de eerstelijnsverloskundige in de tweedelijns setting is nodig. Ideaal zou zijn als alle verloskundigen zo opgeleid zouden zijn dat ze kunnen rouleren in de eerste- en in de tweedelijnssetting!'

Voorwaarden voor taakverschuiving naar eerste lijn

Tabel 31. Voorwaarden taakverschuiving naar eerste lijn: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002; 807; 174)

	Percentage totaal	Percentage eerste lijn	Percentage tweede lijn
Bijscholing eerstelijns verloskundigen	77	77	79
Goede samenwerking eerste en tweede lijn vereiste	87	89	80
Moet op basis van door eerste en tweede lijn vastgestelde protocollen	74	73	81
Anders	12	12	11

119 respondenten vullen 'Anders' in:

Reacties uit de eerste lijn (98 maal):

Deze gaan vooral over de vergoeding die nodig is om deze uitbreiding van taken ook mogelijk te maken. Ook vertrouwen tussen de eerste en tweede lijn wordt als zeer belangrijk gezien. Er is veel waardering voor de belangrijke functie van gynaecoloog en soms ziet men ook verschil in kwaliteit onder de eerste lijn. Misschien zou het goed zijn geen onderscheid meer te hebben tussen eerste- en tweedelijnsverloskundigen, maar allround

verloskundigen die samen met gynaecologen werken. Het is in dat geval belangrijk dat er landelijk afspraken worden gemaakt over de verdeling van verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld tussen KNOV en NVOG.

'Het midrisk-gebied dient goed omschreven te zijn in bijvoorbeeld de VIL. De protocollen moeten landelijk gemaakt worden. Anders voorzie ik grote diversiteit in uitvoering van zorg en indicering van midrisk.'

Reacties uit de tweede lijn (19 maal):

De meeste respondenten staan er voor open: haal de schotten weg, zeggen zij. Maak duidelijke afspraken in het VSV (verloskundig samenwerkingsverband) en neem daar aan deel. Enkel zien niet veel in taakverschuiving.

'Dit moet in samenspraak met de tweedelijnsverloskundigen. Deze moeten door eigen beroepsgenoten worden vertegenwoordigd en niet door verpleegkundige managers. Een groot manco is de aansturing van verloskundigen door verpleegkundig leidinggevendenden. Deze hebben geen inzicht in het potentieel van de klinisch verloskundigen!'

4.6.OPTIMALISEREN SAMENWERKING EERSTE EN TWEEDE LIJN

In een open vraag is gevraagd naar de ideeën over een optimalisering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Dat is door 462 respondenten uit de eerste lijn ingevuld en door 97 respondenten uit de tweede lijn.

Tabel 32. Optimaliseren samenwerking eerste en tweede lijn: (meer antwoorden mogelijk) (n=462; 97)

	Percentage eerste lijn	Percentage tweede lijn
Meer samenwerking	53	76
Meer respect en en vertrouwen	44	20
Versterken en erkennen eerste lijn	18	13
Financiële obstructies wegruimen	14	17
Cliënt centraal stellen	5	1

Reacties uit de eerste lijn:

1. Meer samenwerking, communicatie en overleg (246 maal, 53 procent).

Het gaat om meer samenwerking, bijvoorbeeld via gedeelde spreekuren of spreekuren van de gynaecoloog in de wijk en andere samenwerkingsprojecten. Nodig is het maken en nakomen van goede afspraken. Een goed voorbeeld zou TERRA in Tilburg zijn of inZwang in Gouda. (17 maal genoemd)

Het gaat ook om betere communicatie, korte lijnen zonder tussenkomst van arts-assistenten bijvoorbeeld, laagdrempelig. (29 maal genoemd)

Het zou goed zijn om elkaar ook buiten het werk te zien: ongedwongen contacten, teambuilding, teamuitjes, heidagen. (17 maal genoemd)

Gezamenlijke intakes of overleg over intakes zouden een goed idee zijn. Dat doen ze bijvoorbeeld bij TERRA. (11 maal genoemd)

Leg een gezamenlijk dossier aan of maak het in elk geval mogelijk om in elkaars dossiers te kijken. (10 maal genoemd)

Organiseer gezamenlijke bijscholingen en trainingen, bijvoorbeeld in spoedsituaties of scenariotrainingen. Samen kan dan gekeken worden waar winst valt te behalen. (42 maal genoemd)

Belangrijk is ook om in elkaars keuken te kijken. Verloskundigen lopen meestal al stages bij gynaecologen. Het gaat dus vooral om meelopen of stages van gynaecologen en arts-assistenten in de eerste lijn, bijvoorbeeld bij spreekuur, overleg en thuisbevallingen. (30 maal genoemd)

Een aantal respondenten spreekt over integrale zorg of gedeelde zorg, maar dan wel met autonomie voor de eerste lijn. (21 maal genoemd)

De KNOV en NVOG moeten aan tafel. Zwangeren en mensen van de werkvloer worden te weinig betrokken, de NVOG moet zich aan zijn afspraken houden. (18 maal genoemd)

2. Meer respect en waardering voor elkaars expertise (205 maal, 44 procent).

Er moet meer vertrouwen zijn in elkaars kunnen. Minder denken in termen van 'wij en zij'. Meer inzicht in elkaars taken en verantwoordelijkheden. Overleggen op gelijkwaardig niveau. Elkaar vaak zien en spreken, verantwoordelijkheid nemen en durven afstaan.

3. Versterken en erkennen van de waarde van eerstelijnsverloskunde (84 maal, 18 procent).

Er zit veel kennis over zwangerschap en baring in de eerste lijn. Er moet respect komen voor de autonomie van de eerste lijn. De eerstelijnsverloskundigen moeten niet aan de ketting liggen van protocollen en ziekenhuizen. Er moet meer stem komen vanuit de eerste lijn. De eerste lijn moet meer worden ondersteund door de KNOV. Er moet meer onderzoek komen in de eerste lijn. Nu is de tweede lijn beter geschoold en kan deze met onderzoek aantonen waarom protocollen moeten worden gemedicaliseerd. Verloskundigen zouden ook een universitaire opleiding moeten hebben om op gelijk niveau te komen. (26 maal genoemd)

Er zou meer in de eerste lijn moeten blijven: in de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet. Waar nodig moeten er aanvullende consulten door de gynaecoloog komen als ook laagdrempelig overleg. Er moeten goede afspraken worden gemaakt over terugverwijzen naar de eerste lijn. Inzicht is nodig in cijfers en achtergronden waarop indicaties worden gesteld. (25 maal genoemd)

Eerstelijnsverloskundigen moeten vaker bevallingen af kunnen maken in het ziekenhuis, zodat er werkelijk sprake is van continue begeleiding, onder toezicht van de gynaecoloog. In 't Gooi deden de verloskundigen alle bevallingen, behalve de sectio's. Pijnbestrijding, meconiumhoudend vruchtwater, inleiding vanwege seroniteit, langdurige gebroken vliezen: het kan allemaal door de verloskundige gedaan worden. De verlengde armconstructie kan hiervoor weer worden ingezet. In 't Gooi en de Vechtstroken hebben alle verloskundigen al een cursus CTG gevolgd. (18 maal genoemd)

Een aantal respondenten vindt dat de eerste lijn en tweede lijn gescheiden moet blijven. Geen ontschotting, want dan bepaalt de kliniek te veel. Wel samen kijken naar de inrich-

ting van de zorg. (6 maal genoemd)

Respondenten wijzen ook op het belang van de regie door de eerste lijn door invoering van het zorgmodel Midwifery-Led continuity Care. In Engeland is dit in 2020 ingevoerd: een spectaculair plan met een optimale organisatie van verloskundige zorg in samenwerking met cliënt, politiek, wetenschap, economen en professionals. (9 maal genoemd)

4. Financiële obstakels moeten worden opgeruimd (65 maal, 14 procent).

De financiën moeten goed worden geregeld, foute financiële prikkels moeten weg. Gynaecologen zouden graag consulten willen doen om DBC's te kunnen openen. Gynaecologen zouden geld willen zien en dus zwangeren. Als je met een integraal tarief gaat werken, krijg je wrijving, omdat iedereen zoveel mogelijk tarief naar zich toe wil trekken, ofwel broodnijd. Er moet geen inkomensverlies zijn door samenwerking; iedereen is bang inkomen te derven. Als gesproken wordt over protocollen, heeft iedereen de geldsituatie in zijn achterhoofd. Gynaecologen zouden in loondienst moeten, zeggen enkele respondenten. Er moet tegenwicht worden geboden tegen de machtige lobby van de NVOG en gynaecologen. Gewezen wordt op een brief van december 2013 van de NVOG die een bom legt onder de samenwerking, volgens respondenten. (50 maal genoemd)

De concurrentie moet uit de verloskunde. Verborgene agenda's met betrekking tot omzet zijn fruikend voor een soepele samenwerking. Geld vertroebelt de samenwerking. (15 maal genoemd)

5. Cliënt centraal (24 maal, 5 procent).

De cliënt moet zich verantwoordelijk voelen en de verantwoordelijkheid krijgen over haar beslissing in plaats van protocollen. Er moet meer vertrouwen van de gynaecoloog zijn in de vrouwen. Er moet meer eerlijke info naar de cliënten. Het ziekenhuis is niet per se beter. Je moet eerlijk zeggen wat het beste is voor de cliënt.

Reacties uit de tweede lijn (97 maal):

1. Meer samenwerking (74 maal, 76 procent).

Vooraf denken in mogelijkheden, koppelen eerste en tweede lijn door samenwerkingsverbanden, samen zorgpaden opstellen. (8 maal genoemd)

De communicatie moet beter, korte lijnen. (12 maal genoemd)

Gezamenlijk scholing (7 maal genoemd), gezamenlijke richtlijnen en protocollen opstellen (11 maal genoemd), bij elkaar in de keuken kijken (8 maal genoemd), gezamenlijke intake (2 maal genoemd), een gezamenlijk dossier (7 maal genoemd), meer investeren in VSV (5 maal genoemd). De NVOG en KNOV moeten samen rond de tafel (2 maal genoemd).

Integrale zorg met duidelijke taakomschrijvingen. Voorbeelden die worden genoemd zijn EVE in Emmen en Livive in Tilburg. In Tilburg worden alle patiënten gezamenlijk besproken, er wordt gezamenlijk een zorgpad opgesteld en gezamenlijk een rapport geschreven. Gezamenlijke tarieven vinden sommigen ook een goed idee. (9 maal genoemd)

2. Meer vertrouwen (19 maal, 20 procent).

Meer eenheid, geen hokjes-denken, geen wij/zij-denken, respect voor elkaar, gelijkwaardigheid. Een sociocratische vergadering (uitgaande vanuit gelijkwaardigheid individuen) zou mogelijk meer draagvlak geven.

De eerste lijn moet veel transparanter worden over haar zorg. Nu zien gynaecologen alleen de ontstane gevaren of missers en hebben daardoor het gevoel 'de rommel op te moeten ruimen'. Slechts zeer sporadisch tot nooit ontvangen zij een jaarverslag met de verrichte zorg in de eerste lijn, met daarin gegevens over het aantal patiënten, aantal verwijzingen, reden tot verwijzing, kindersterfte ante, durante en post-partum.

3. Versterking positie eerste lijn (13 maal, 13 procent).

In de eerste lijn wat kan, erkenning bevoegdheden eerste lijn, academische opleiding, meer bijscholing, Midwife-Led continuity Care model. Volgens sommige respondenten moet je geen onderscheid maken tussen eerste- en tweedelijnsverloskundigen. De verloskundigenopleiding moet zo ingericht worden dat afgestudeerde verloskundigen bevoegd en bekwaam zijn voor zowel eerstelijns- als tweedelijnswerk. Dat versterkt de positie van de verloskundige in het Nederlandse systeem en maakt het beroep veelzijdig en uitdagend. Door uitwisselbaarheid ontstaat ook meer begrip voor de verschillende werkterreinen en wordt de kwetsbaarheid van de eerstelijnspraktijken bij ziekte beperkt.

4. Financiële prikkels (16 maal, 17 procent).

Geen financiële belangen, verkeerde prikkels er uit halen. Geen marktwerking of concurrentie in de verloskunde. Gynaecologen in loondienst werd hier het meest genoemd (6 maal).

5. Cliënt centraal (1 maal, 1 procent).

4.7. INTEGRALE BEKOSTIGING

De minister van VWS heeft aangegeven integrale bekostiging te willen invoeren in de geboortezorg. De NZa vindt dat de markt hier nog niet rijp voor is en adviseert op basis van gedragen zorgstandaarden te experimenteren met een integraal tarief voor de verloskunde-keten.

Tabel 33. Starten met integrale bekostiging: (meer antwoorden mogelijk) (n=1002; 807; 174)

	Percentage totaal	Percentage eerste lijn	Percentage tweede lijn
Starten met pilots door VSV's die dat willen	26	22	41
Nee, eerst moeten kosten 1e en 2e lijn inzichtelijk zijn	56	60	42
Nee, eerst moet inhoud integrale zorg worden vastgesteld	41	44	29
Nee, afdwingen samenwerken via integraal tarief is geen goede basis voor bestendige samenwerking	55	58	31
Nee, toeslagen op bestaande tarieven of koptarieven zijn een prima stap naar meer samenwerking	10	12	1
Anders	9	9	7
Geen mening	6	6	11

'Zolang de consequenties voor de inkomens niet helder zijn, zal het wantrouwen over en weer blijven bestaan. Iedereen zal bang blijven te veel toe te geven. De zorgverzekeraars zullen in deze helderheid moeten verschaffen. Dan kan er samenwerking ontstaan. Het heeft geen nut als alle partijen maar blijven roepen dat ze 'de baas moeten zijn'.'

9. Offerhaus PM, de Jonge A e.a. Change in primary midwife-led care in the Netherlands in 2000–2008: A descriptive study of caesarean sections and other interventions among 789,795 low risk births. *Midwifery* 2014 May; 30 (5) p 560-6

De Jonge A, Geerts C, van der Goes B, Mol B, Buitendijk S, Nijhuis J.. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2014 Sep 10. doi: 10.1111/1471-0528.13084. [Epub ahead of print]

RESULTATEN 5 EIGEN BIJDAGEN

5.1. EIGEN BIJDAGE BIJ BEVALLING

Indien een vrouw in een polikliniek of een geboortecentrum bevalt, betaalt zij een eigen bijdrage. De respondenten is gevraagd naar hun mening daarover.

Tabel 34. Eigen bijdrage bevallen in polikliniek of geboortecentrum: (meer antwoorden mogelijk) (n=962)

	Percentage
Is terecht, een normale bevalling hoeft niet in ziekenhuis plaats te vinden	17
Is terecht, behalve als sprake van zorggerelateerde factoren (zoals langere afstand ziekenhuis, onhygiënische plek thuis, etc.)	36
Vormt een drempel voor zwangeren om weloverwogen keus te maken voor plaats bevalling	57
Leidt tot onnodige medische indicaties zoals voor pijnbestrijding omdat vrouwen de eigen bijdrage willen ontwijken	66
Anders	4

De meeste respondenten vinden dat financiën geen rol zouden mogen spelen in de keuze voor de plek van de bevalling. Dat geldt zeker voor mensen met weinig financiën. Er zijn ook veel omstandigheden waarbij je beter niet thuis kunt bevallen, dan moet er zeker geen eigen bijdrage gevraagd worden.

'Juist in de sociaal moeilijke situaties zul je vaker willen kiezen voor een poliklinische partus, maar ook meer rekening moeten houden met de kosten.'

Bij geboortecentra wordt soms zelfs een eigen bijdrage gevraagd bij overdracht naar tweede lijn.

'Het loopt scheef bij geboortecentra die altijd eigen bijdrage vragen, ook bij overdracht naar tweede lijn, terwijl dat poliklinisch in het ziekenhuis niet gebeurt bij overdracht; dit beïnvloedt de keuze van de cliënt.'

Ook de ambulance kan tot extra kosten leiden.

'Mocht je tijdens een thuisbevalling per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd moeten worden, dan kost dit de vrouw haar eigen risico. Als ze kiest voor een bevalling met medische indicatie (pijnstilling), dan kost het niets!'

34 respondenten hebben 'Anders' ingevuld. Een zestal respondenten noemt de financiële drempel terecht. Enkele anderen vinden dat je overal of nergens eigen bijdragen moet vragen. Enkele respondenten vinden dat je juist voor pijnbestrijding moet bijbetalen. Enkele respondenten merken op dat er voor thuisbevallen een bonus zou moeten zijn.

'Ik vind het niet netjes dat iemand op voorhand om een epiduraal vraagt 'omdat ze dan geen eigen bijdrage hoeft te betalen', terwijl dat juist veel meer kosten met zich meebrengt voor de gezondheidszorg. Of de eigen bijdrage is er voor iedereen of voor niemand, dus of voor alle dames die in het ziekenhuis bevallen, ongeacht een medische indicatie.'

5.2. EIGEN BIJDRAGE KRAAMZORG

Tabel 35. Eigen bijdrage kraamzorg: (meer antwoorden mogelijk). (n=950)

	Percentage
Is terecht en heeft geen nadelige gevolgen	12
Leidt er toe dat gezinnen om financiële reden afzien van deze zorg	50
Leidt er toe dat gezinnen met lage inkomens geen of te weinig kraamzorg krijgen	75
Moeten worden afgeschaft om de veiligheid van moeder en kind verder te borgen	50
Anders	5

Veel respondenten maken zich vooral zorgen over cliënten met weinig geld die vaak juist wel extra zorg nodig hebben.

'Mensen die juist hulp van een kraamverzorgster nodig hebben (onvoldoende kennis, problematiek), kunnen dit niet betalen. Kraamverzorgsters kunnen op deze manier onvoldoende dingen signaleren, bijvoorbeeld huiselijk geweld e.d.'

48 respondenten hebben 'Anders' ingevuld. 16 respondenten menen dat de eigen bijdrage beter inkomensafhankelijk gemaakt kan worden of pas geheven moet worden als het gaat om meer dan drie uur kraamzorg per dag. Enkele respondenten vrezen dat vermindering van kraamzorg leidt tot minder borstvoeding. Een klein aantal respondenten merkt op dat eigen bijdragen terecht zijn, omdat anders de premie voor iedereen stijgt; tevens laat een eigen bijdragen aan de cliënt zien dat de zorg kosten met zich meebrengt.

RESULTATEN 6

VEILIGE EN ACUTE ZORG

6.1. BEHANDELING BINNEN 45 MINUTEN?

Indien een zwangere vrouw voor acute behandeling naar het ziekenhuis moet, dient deze behandeling binnen 45 minuten na melding te worden gestart. Gevraagd is of dat lukt in de regio van de respondenten.

Tabel 36. Lukt het in uw regio de behandeling binnen 45 minuten te starten? (n=937)

	Percentage
Altijd	67
Meestal	28
Soms wel, soms niet, soms of nooit	5

Volgens 67 procent van de respondenten lukt het altijd, volgens 33 procent niet altijd; 5 procent van de respondenten zegt hierbij zelfs dat dit soms tot nooit lukt.

Oorzaken overschrijden norm

Tabel 37. Wat zijn hiervan de oorzaken? (Meer antwoorden mogelijk) (n=304)

	Percentage
Een ziekenhuis met verloskunde afdeling is te ver weg	36
Ambulancepunt is te ver weg waardoor norm aanrijtijden niet altijd haalbaar	15
Te weinig ambulances waardoor norm aanrijtijden niet altijd haalbaar	10
Er is een opnamestop van één of meer ziekenhuizen in de regio	15
Eén of meer ziekenhuizen zijn niet in staat de behandeling binnen 15 minuten te starten	14
Het opstarten van parallelle actie is niet goed geregeld (bijvoorbeeld onduidelijkheid wie de parallelle actie op gang kan zetten: de gynaecoloog, klinisch verloskundige of begeleidend verloskundige)	13
Anders	28

De afstand in combinatie met het verkeer (file) is nogal eens een probleem.

'Er moet bij spits over een snelweg of eenrichtingsweg worden gegaan; deze zijn bijna ondoorgankelijk.'

84 respondenten vullen 'Anders' in. De vier meest gegeven antwoorden worden hieronder weergegeven:

1. Problemen met de ambulance, bijvoorbeeld dat deze lang wegblijft, van een verder gelegen post moet komen of alleen patiënten meeneemt die stabiel zijn.

'Ambulance neemt alleen stabiele patiënt mee, daardoor vaak lang gedoe voordat ze onderweg zijn.'

2. Circa 20 maal worden genoemd: drukte in ziekenhuizen, tekort aan personeel of het niet aanwezig zijn van gynaecoloog, anesthesist en OK-team.

'Drukke in de ziekenhuizen leidt soms tot calamiteiten.'

3. Regelmatig wordt ook het vol zijn van ziekenhuizen of verloskamers genoemd.

'Soms liggen de verloskamers vol. Dan moet er worden uitgeweken naar een ziekenhuis in de buurt (20-30 minuten rijden).'

4. Op de Wadden is het een aparte situatie.

'De aanvliegtijd van de helikopter naar de waddeneilanden duurt onnodig lang (meer dan 60 minuten 's avonds, 's nachts en in het weekend), omdat het personeel van huis moet komen en soms ver weg woont. Het vliegen naar het ziekenhuis neemt slechts 15 minuten in beslag, dus de norm zou hanterbaar kunnen zijn. Wat zou het fijn zijn als ALLE spoedvervoer vanaf de Wadden goed geregeld zou zijn door 24 uur per dag bemanning aanwezig te hebben op de vliegbasis, net als in Den Helder. De Wadden zijn een soort ontwikkelingsgebied van Nederland geworden!'

Zijn er specifieke tijden waarop hanteren norm niet mogelijk is?

Tabel 38. Zijn er specifieke tijden waarop het hanteren van deze 45 minuten-norm niet mogelijk is? (Meer antwoorden mogelijk) (n=252)

	Percentage
Ja, in de avonden niet	7
Ja, in de nachten niet	14
Ja, in de weekenden niet	9
Nee, geen specifieke tijden	81

Volgens bijna 20 procent van de respondenten zijn er specifieke tijden waarop de norm moeilijker te hanteren is, namelijk in de avonden, nachten en of weekenden. Volgens ruim 80 procent is dat niet het geval.

6.2. CONCENTRATIE VAN ZIEKENHUIZEN (OF SPECIALISATIES)

Tabel 39. Is er in uw regio sprake van concentratie van ziekenhuizen? (n=943)

	Percentage
Ja, namelijk	26
Nog niet, maar er zijn we plannen, namelijk	35
Beiden, namelijk	3
Nee	36

In de toelichting hebben 228 respondenten bij 'Ja, namelijk' iets ingevuld, 15 respondenten bij 'Nog niet' en 16 respondenten bij 'Beiden'. Zie bijlage 2 voor de bevindingen.

Gaat concentratie in goede overleg met verloskundigen?

Tabel 40. Is er overleg met verloskundige zorg over de (mogelijk) concentratie van ziekenhuizen? (Meer antwoorden mogelijk) (n=270)

	Percentage
Nee	28
Ja, namelijk met verloskundige samenwerkingsverband (VTV)	29
Ja, namelijk met verloskundigen	26
Ja, namelijk met gynaecologen	25
Ja, met kraamzorg	9
Ja, met cliënten	2
Anders	20
Onbekend	13

Volgens in totaal 116 van de 270 respondenten (43 procent) is er overleg geweest met verloskundige zorg (VTV, verloskundige en of gynaecoloog). 28 procent denkt van niet. 13 procent weet het niet.

53 respondenten vullen 'Anders' in. Deze respondenten zeggen vooral dat ze niet echt werden gehoord: wel overleg, maar geen invloed, de beslissing was vaak al genomen. Het was vaak al een gelopen race en zorgverleners werden voor een fait accompli gesteld. In elk geval werden ze te laat erbij betrokken.

'Overleg kun je het niet noemen, het bleek een voldongen feit, waar voor de vorm nog tegen geprotesteerd kon worden.'

6.3. MENING OVER CONCENTRATIE VAN ZIEKENHUISZORG

Gevraagd is naar de mening van de respondenten over de concentratie van ziekenhuiszorg.

Tabel 41. Wat vindt u van de concentratie van ziekenhuiszorg? (Meerdere antwoorden mogelijk) (n=944)

	Percentage
Mag niet leiden tot verminderde bereikbaarheid, in elk geval niet onder de 45 minuten-norm	79
Mag niet ten koste gaan van de keuzemogelijkheid voor een thuisbevalling	76
Concentratie van zorg is geen verbetering voor de kwaliteit van verloskundige zorg en misschien wel een verslechtering	53
Moet altijd in overleg en met inspraak van alle betrokkenen in geboortezorg	53
Concentratie van verloskundige zorg kan leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg	27
Het is goed een norm vast te stellen voor het minimum aantal bevallingen dat in een ziekenhuis moet plaatsvinden, vanwege de doelmatigheid (Achmea: 1200)	14
Concentratie van zorg is nodig om de aanwezigheid van voldoende personeel, kennis en ervaring te garanderen	11
Het is beter te werken met satellietmodellen (poolconstructie verloskundige hulpverlening)	4
Concentratie van zorg is nodig voor de verbetering van de kwaliteit van zorg	4
Anders	4

6.4. WAT ZIJN DE GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE VAN ZORG?

Wat zijn de gevolgen van de concentratie van ziekenhuizen voor de zwangere en haar ongeboren kind? Deze open vraag is gesteld aan de respondenten. 727 respondenten hebben deze vraag ingevuld. Hieronder een rubricering en samenvatting van de negen meest gegeven antwoorden.

1. De keuze voor thuisbevallingen neemt af (267 respondenten).

In een aantal regio's zullen thuisbevallingen niet meer mogelijk zijn, omdat de afstand tot het ziekenhuis te groot wordt en de 45 minuten-norm niet meer kan worden gehaald. In sommige regio's is dat al het geval, zoals in Zeeland. Veel vrouwen zullen niet meer kunnen kiezen voor een thuisbevalling, ook is er te weinig keuzevrijheid in het kiezen van een ziekenhuis. (138 maal genoemd)

'Doodsteek voor thuisbevalling. Bij calamiteiten ben je te lang onderweg. In onze provincie is hierdoor al bij een deel van de vrouwen de keuzevrijheid om thuis te bevallen weggevallen (Walcheren). De angst bestaat dat dit in andere gevallen in minder dichtbevolkte gebieden ook zal gebeuren.'

Veel vrouwen en hun partners zullen zelf ook niet meer durven kiezen voor een thuisbevalling. Vrouwen worden onrustig of angstig bij de gedachte dat het ziekenhuis ver weg is en ze niet op tijd in een ziekenhuis zullen zijn. De onzekerheid van een vrouw over een

thuisbevalling neemt toe naarmate het ziekenhuis verder weg is. Dat komt een normale en ontspannen bevalling niet ten goede. Onrust is altijd een slechte factor bij bevallingen. (55 maal genoemd)

'Als ziekenhuis Amstelland sluit, zou dat de keuze op thuisbevalling beïnvloeden; vrouwen en partners zullen dan de afstand naar het ziekenhuis te ver vinden. Het is binnen de 45 minuten, maar het voelt ver om naar Amsterdam te moeten voor de bevalling, zeker als ook Hoofddorp het ziekenhuis zal sluiten voor verloskunde.'

2. Verhoging gezondheidsrisico moeder en kind (221 respondenten).

Respondenten wijzen op een toename van gezondheidsrisico's bij moeder en kind. Een aantal respondenten vreest voor een toename van morbiditeit en mortaliteit. Men vreest voor meer complicaties met mogelijk ernstige gevolgen zoals blijvende schade. De concentratie leidt tot minder veiligheid in acute situaties. Die kunnen zich voordoen als er complicaties optreden tijdens de bevalling en het te lang duurt voor zij in het ziekenhuis zijn. Maar het kan ook leiden tot veiligheidsrisico's bij hoog-risico zwangeren die al in de tweede lijn onder controle zijn en dus al een verhoogd risico hebben¹⁰. In noodsituaties moet je op tijd in het ziekenhuis kunnen zijn, bijvoorbeeld bij het niet vorderen van de uitdrijving (NVU), foetale nood, fluxus, schouderdystocie, loslaten placenta. In die gevallen wil je zo snel mogelijk helpen en 45 minuten is dan al veel te lang. Er zijn situaties waarbij gezegd elke minuut telt. (136 maal genoemd)

'Te lange reistijden bij acute situaties. Onze collega's in Meppel hebben al diverse calamiteiten gemeld bij de Inspectie door de langere reistijden, met onder andere een overlijden van een baby tot gevolg.'

Een aantal respondenten wijst daarbij op het risico van snelwegbevallingen of bermbaby's. Een bijkomende factor is het alsmaar drukker wordende verkeer. Zeker bij multipara haal je het ziekenhuis vaak niet meer. Dat leidt tot een verhoogd risico op complicaties en mogelijk meer morbiditeit en mortaliteit. (38 maal)

'Wij hebben maar één ziekenhuis in de regio. Als die zou sluiten, moeten we door de file naar Amsterdam (AMC is het dichtste bij, maar altijd vol) of Lelystad. A6 zonder uitwijkmogelijkheden (heb al eens bijna een geboorte op de A6 begeleid).'

Thuisbevallen zal minder veilig worden, omdat een ziekenhuis te ver weg is. Bijvoorbeeld in Friesland moeten zwangeren een grote afstand afleggen om het ziekenhuis te kunnen bereiken. Er zullen steeds meer blinde vlekken ontstaan waar vrouwen niet meer op tijd in het ziekenhuis zijn en zeker niet meer veilig thuis kunnen bevallen. Daarnaast zal vaker een beroep moeten worden gedaan op een achterwacht, omdat verloskundigen meegaan met de barenden en daardoor ver weg raakt van haar gebied. Het werk hier gaat echter ook gewoon door. (25 maal genoemd)

'In sommige delen van Friesland zijn zwangeren niet meer in de gelegenheid om goede zorg te krijgen, omdat het dichtstbijzijnde ziekenhuis ver weg ligt. Bij spoed-

situaties is dit eigenlijk onverantwoord. Plus dat de verloskundige mee moet met zwangere, maar hierdoor haar gebied moet verlaten; een collega moet dus altijd achter de hand zijn.'

Ook zullen er bevallingen thuis gaan plaatsvinden die eigenlijk in het ziekenhuis hadden moeten plaatsvinden, ofwel onverantwoorde thuisbevallingen bij risicozwangeren. Dit betekent dus meer ongeplande thuisbevallingen. Verloskundigen worden vaker geconfronteerd met onaangename situaties die zij thuis moeten oplossen. Dit zal kunnen leiden tot een verhoging van de morbiditeit en mortaliteit. (22 maal)

'In geval van nood, een bevalling met medische indicatie die thuis plaats vindt, onder leiding van een eerstelijnsverloskundige, zonder voldoende materiaal (CTG) en kennis van specifieke zorgsituatie van de cliënt.'

3. Dit leidt tot grootschalige, onpersoonlijke, te kort schietende en versnipperde zorg (165 respondenten).

Volgens respondenten wordt bij concentratie de verloskundige zorg te grootschalig (bijvoorbeeld met 20 of 30 verloskamers) en onpersoonlijk. Respondenten vrezen lopende band-verloskunde, onpersoonlijke bevalfabrieken, mega-bevalcentra. Er wordt te veel gewerkt volgens vaste protocollen, omdat het te druk is en er veel personeel werkt. Dat gaat ten nadele van de individuele cliënt en haar wensen. De zwangere wordt een nummer. Er wordt niet naar de zwangere gekeken, maar er wordt ingegrepen op routine en protocolbasis omdat er in grote organisaties meer fout gaat als er niet volgens protocollen wordt gewerkt. Er is onervaren personeel, zoals arts-assistenten en co-assistenten die in tijden van drukte dingen toegeschoven krijgen die ze eigenlijk niet aankunnen.

Men kent elkaar niet, er is geen binding meer tussen ziekenhuis en patiënten. De kleinschaligheid gaat verloren en hiermee het gevoel van geborgenheid. Juist kleinschaligheid, continuïteit, kennis en wederzijds respect zijn belangrijk voor een goede uitkomst voor moeder en kind. Het wordt te bedrijfsmatig, veel geld gaat verloren aan management. (102 maal)

'Hoe groter de teams, hoe meer 'standaardwerk' en hoe meer de barenden een nummer is. Dan is de medische uitkomst misschien goed maar de tevredenheid wordt er niet beter van. En satisfactie van een vrouw over haar bevalling zegt niet alleen iets over begeleiding maar ook over haar ervaring van zichzelf (wel/niet gefaald als moeder, trots kunnen zijn op zichzelf).'

Er is hoge werkdruk op de verloskamers en te weinig personeel, waardoor er onvoldoende aandacht en persoonlijke begeleiding is voor de barenden. Barenden liggen vaak alleen, continue begeleiding ontbreekt nogal eens. Dit terwijl tijd en aandacht een positief effect hebben op het verloop van de baring, zowel op de complicaties en ingrepen als op de beleving achteraf, aldus een aantal respondenten. Hoe groter de afdeling verloskunde, hoe minder aandacht en zorg er is voor de cliënt. Met veel bevallingen kan bovendien de kans op bacteriële infecties toenemen.

'Te veel bevallingen waardoor de werkdruk hoog is en er geen continue begeleiding van zorg is. Vrouwen worden heel vaak aan hun lot overgelaten. CTG's worden vanaf de gang beoordeeld, vrouwen liggen soms met persdrang één uur alleen. Na de bevalling liggen ze uren in hun eigen vuil te wachten tot er iemand komt om ze te helpen met de verzorging.'

Respondenten wijzen op een versnippering van de zorg, er komen meer zorgverleners rond de barenden. Er staan te veel disciplines rond het bed, waarbij onduidelijk is wie wie is. Ziekenhuizen worden fabrieken met patiënten als nummers. De lijnen worden minder kort en er is slechtere overdracht en communicatie. Minder communicatie leidt tot vertraging van daadwerkelijke zorg en minder signalering van sociale problemen. (63 maal genoemd)

'Veel verschillende zorgverleners, eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen kennen elkaar minder goed, soms wordt de al moeilijk lopende bevalling na overdracht overgenomen door een minder ervaren klinisch verloskundige of arts-assistent, terwijl in een kleinere setting de gynaecoloog meteen zelf aan het bed komt.'

4. Dit leidt tot meer ziekenhuisbevallingen en medicalisering van de zorg (135 respondenten).

Zwangeren gaan eerder in het ziekenhuis bevallen, er komen eerder en onnodige interventies, soms om plaats te maken voor anderen. Er zal meer vraag naar pijnbestrijding komen en een stijging van geïnduceerde bevallingen. Respondenten vrezen ook dat in het ziekenhuis bij niet vorderende baringen eerder pijnstilling zal worden gegeven en dat dit vaker leidt tot een kunstverlossing en ontevredenheid over bevalling.

'Onderzoek heeft al vaker uitgewezen dat hoe meer je in een medische omgeving zit, hoe meer kans op onnodig medisch ingrijpen zonder dat de gezondheidswinst toeneemt.'

5. De reistijd wordt te lang (94 respondenten).

Een aantal respondenten wijst op de lange reistijd. Zeker bij normale bevallingen (of bij multipara) is dat al snel te lang. De 45 minuten-norm vinden veel respondenten te ruim. Bij een acuut geval zullen er dan veel moeders en kinderen in benarde situaties komen. Een norm van 20 minuten is reëler. Door de lange reistijd is er het risico dat je te laat komt voor goede hulp. Zeker mensen in achterstandssituaties, die geen auto hebben en voor wie een taxi te duur is, hebben een probleem. Hier geldt ook het risico dat ze minder op controle komen als ze in het ziekenhuis onder controle zijn, vanwege de hoge kosten van openbaar vervoer.

'Bereikbaarheid van een ziekenhuis is belangrijker voor de zwangere en haar kind dan alle aanbevelingen van de Stuurgroep samen. Bereikbaarheid is een groter probleem voor de sociaal zwakkeren dan voor andere zwangeren. Dat zien we nu al.'

6. Mogelijk gevolgen voor de kwaliteit (36 respondenten)

Een klein aantal respondenten (36) wijst op een verbetering van kwaliteit als er door concentratie van ziekenhuiszorg 24 uur per dag een gynaecoloog, kinderarts en iemand van de OK aanwezig zal zijn. Hierbij wordt gelijk opgemerkt dat dit niet per se tot betere kwaliteit van zorg leidt, omdat er nog steeds plekken zijn waarbij de jongste arts-assistent de acute patiënten opvangt. Andere respondenten wijzen er op dat concentratie van zorg niet tot kwaliteitsverbetering leidt en dat de norm van 1.200 bevallingen uit de lucht is gegrepen. Het aantal bevallingen zegt volgens hen helemaal niets. In grote ziekenhuizen lopen gynaecologen rond die amper bevallingen doen en dus geen ervaring opbouwen.

'Het minimaal aantal bevallingen per ziekenhuis leidt niet automatisch tot meer bevallingen per gynaecoloog. Er zijn dan meer gynaecologen in dienst en met name parttimers zullen nog steeds weinig bevallingen doen. Als een ziekenhuis met 3 gynaecologen 600 bevallingen doet of een ziekenhuis met 6 gynaecologen 1.200 bevallingen, maakt dus geen verschil in ervaring.'

7. Vaker vol-meldingen door ziekenhuizen (21 respondenten).

Een klein aantal respondenten wijst er op dat het vaker zal voorkomen dat verloskamers vol zitten en je alsnog uit moet wijken naar een ziekenhuis verder weg. Hierdoor komt de 45 minuten-norm onder druk. Er zou een maximum moeten zijn aan wat ziekenhuizen en personeel aankunnen, overvolle spreekuren en verloskamers komen de veiligheid en zorg niet ten goede.

'Ik ben bang dat het ziekenhuis, dat de moeder- en kindzorg op zich neemt, de toename van bevallingen niet aankan. We worden nu al vaak geweigerd in verband met volle verloskamers.'

8. Vrouwen komen te vroeg in het ziekenhuis (17 respondenten).

Volgens een aantal respondenten zullen vrouwen eerder naar het ziekenhuis gaan om geen risico te nemen. Ook zullen ze door verloskundigen eerder worden ingestuurd. Dat kan betekenen dat je weer terug naar huis moet, omdat de bevalling nog niet werkelijk inzet. Of dat er te snel interventie wordt gepleegd.

'Vrouwen komen eerder naar het ziekenhuis en omdat ze zo lang een kamer bezet houden worden we ongeduldig en gaan we iemand niet persoonlijk begeleiden maar een ruggenprik of keizersnede geven.'

9. Hogere kosten (16 respondenten).

De concentratie van ziekenhuiszorg wordt doorgezet omdat het tot verlaging van kosten zou leiden.

Een klein aantal respondenten wijst er op dat het juist tot een verhoging van de kosten zal leiden. Dit omdat meer bevallingen in het ziekenhuis zullen plaatsvinden en omdat vaker een ambulance zal worden ingezet, bijvoorbeeld omdat de rit te ver is om met de auto aan te durven.

'Hoe je het ook went of keert, thuisbevallen kost slechts een fractie van een ziekenhuisbevalling.'

Wat kan er anders en beter?

Aan de respondenten is gevraagd hoe het anders en beter kan. 525 respondenten hebben deze open vraag ingevuld. Hieronder een rubricering en samenvatting van de vijf meest gegeven antwoorden.

1. Terug naar kleinschaligheid en de menselijke maat, geen concentratie van zorg (232 maal).

Geen sluiting van ziekenhuizen en verloskundige afdelingen. Je moet juist investeren in kleinschaligheid. Kleine ziekenhuizen hebben vaak goede zorg: korte lijnen voor overleg, lagere werkdruk, goede protocollen, meer tijd voor patiënt en bewaking foetus. Een mogelijkheid is extra subsidie voor kleine ziekenhuizen.

'Kijk naar Scandinavië: ziekenhuizen buiten de grote steden krijgen daar gewoon meer geld. Zodat ziekenhuizen voor alle burgers bereikbaar blijven. Zo maakt de overheid werk van dit burgergrondrecht, en niet een ziekenhuisbestuur dat gaat over winst of macht.'

Ook kan meer gewerkt worden met satellietziekenhuizen. Het is ook goed te werken in kleine teams, ook van de eerste en tweede lijn. Als er te weinig verrichtingen zijn, kun je werken met het rouleren van teams binnen de locaties. Door onderlinge samenwerking en training kun je de vaardigheden op peil houden. Maatschappen en gynaecologen kunnen wel fuseren, zodat de kennis goed verdeeld wordt en specialisatie mogelijk is.

De basale tweedelijnszorg moet dicht bij huis blijven. Ziekenhuizen met geboortezorg en neonatenafdeling moeten dichtbij zijn. Dat brengt rust alom. Dan is er minder stress bij zwangere en verloskundige over de reis die ze nog moeten maken. In een omtrek van vijf kilometer kan de verloskundige ook nog tussendoor ander werk doen en toch nog heel snel bij de cliënt zijn als dat nodig is.

De gespecialiseerde derdelijnszorg kan worden geconcentreerd. Patiënten voor highcare worden nu al verwezen naar derdelijnscentra.

'Geplande behandelingen kunnen prima geconcentreerd worden, maar ACUTE zorg zoals de verloskunde is spelen met levens van moeders en kinderen!'

2. Versterk de eerste lijn (73 maal).

Wat kan in de eerste lijn, moet je in de eerste lijn doen. De eerste lijn moet meer worden ondersteund en worden versterkt. Elke zwangere zou maximaal twee verloskundigen moeten hebben. De eerste lijn moet meer bevallingen afmaken, dus meer continue zorgverlening. Midwife-Led continuity Care wordt veel genoemd en zou meer moeten worden toegepast in heel Nederland. Er zou beter geluisterd moeten worden naar de mensen op de werkvloer. De nieuwe geboortecentra zouden geleid moeten worden door verloskundigen, toegerust moeten worden met pijnstillings-mogelijkheden en in de buurt van ziekenhuizen moeten zijn.

'De zorg dichtbij, vertrouwde mensen, geen overdracht naar andere (onbekende) zorgverlener, eigen verloskundige blijft, kleine praktijken, betere uitkomsten, blije mama's, blije baby's...'

3. Beter samenwerking eerste en tweede lijn (66 maal).

Er moeten meer samenwerkingsverbanden komen die bijvoorbeeld samen protocollen en afspraken maken. De voorkeur wordt wel gegeven aan landelijke protocollen. Er moet meer en beter overleg en communicatie komen. Het zou goed zijn samen scholingen te organiseren en eerste- en tweedelijn overstijgende werkgroepen. Meer uitwisseling van kennis en kunde dus. We moeten naar gezamenlijke dossiervorming, samen een EPD. De VSV moet worden uitgebreid en versterkt. Er moet een betere en meer samenwerking komen tussen de KNOV en de NVOG.

'Een goed opgeleide verloskundige belt bij twijfel direct de gynaecoloog met wie zij goed samen werkt. Die vertrouwt haar en in overleg wordt besloten of er een parallelle actie ingezet moet worden. Het gaat dus veel meer om horen, herkennen en vertrouwen dan om grootschalige zorg.'

4. Beter organisatie van de ziekenhuiszorg (44 maal).

Eerder parallelle actie in gang zetten, meer zorgverleners en dus meer tijd voor barenden. Gynaecologen, kinderartsen en OK-mensen moeten ook 's nachts in huis zijn (7x24 uur). De zorg niet overlaten aan onervaren arts-assistenten.

'Onervaren arts-assistenten moeten onder toezicht van een ervaren gynaecoloog staan. Het moet in Nederland niet meer mogelijk zijn dat een gynaecoloog op bed blijft liggen als er een overdracht van een eerstelijns-ervaren verloskundige is, en dat dan de eerste de beste jonge arts-assistent de volledige verantwoordelijkheid krijgt!'

5. De cliënt centraal stellen (10 maal).

'Vragen hoe de cliënt het voor haar ziet. Dat geeft over het algemeen een betere indicatie van wat goed is dan een verzekeraar die geld wil verdienen.'

RESULTATEN 7 MARKTWERKING IN DE VERLOSKUNDE

7.1. VRIJE PRIJZEN

De NZa adviseerde per 1 januari vrije prijzen voor eerstelijnsverloskunde in te voeren. De minister was het eens met de NZa maar vond het nog te vroeg hierop in te gaan.

Tabel 42. Bent u voor invoering vrije prijzen? (n=941)

	Percentage
Mee eens	8
Neutraal	10
Oneens	73,5
Geen mening	8,5

73,5 procent van de respondenten vindt het vrijgeven van de prijzen geen goed middel om de samenwerking tussen zorgaanbieders, substitutie en doelmatigheid te stimuleren; 8 procent vindt van wel en 10 procent is neutraal; 8,5 procent heeft geen mening.

7.2. MACHT ZORGVERZEKERAARS EN MARKTWERKING

Tabel 43. Stellingen over macht zorgverzekeraars en marktwerking: (meer antwoorden mogelijk) (n=941)

	Eens	Neutraal	Oneens	Geen mening
Ik ervaar in het dagelijkse werk als verloskundige dat zorgverzekeraar steeds meer bepaalt	85	9	3	3
Contracten worden eenzijdig opgelegd door zorgverzekeraars	78	11	0,5	10,5
De zorgverzekeraars spelen een te grote rol in het regionale overleg	77	12	4	7
De kwaliteit ligt te veel in handen van zorgverzekeraars	75	13	8	4
Marktwerking en concurrentie leiden tot een groter aanbod van diagnostiek zoals onnodig echoscopisch onderzoek	74	13	10	3
Marktwerking en concurrentie leiden tot oneigenlijke concurrentie tussen ziekenhuizen en eerste lijn	68	14,5	8,5	9
Marktwerking en concurrentie leiden tot meer klantgericht werken zoals avondsprekuren	62	18	18	2

De respondenten ervaren veel druk door de zorgverzekeraars, in het dagelijkse werk, de contracten, het regionale overleg en de kwaliteit.

Marktwerking heeft voor- en nadelen. Het kan leiden tot onnodig onderzoek, het kan ook leiden tot meer klantgericht werken, zoals het invoeren van avondsprekuren.

Ten slotte is gevraagd hoe men denkt over invoering van marktwerking in de verloskundige zorg.

Tabel 44. Is de marktwerking in de verloskundige zorg een goed idee? (n=940)

	Percentage
Ja	6,5
Neutraal	17,5
Nee	73
Geen mening	3

CONCLUSIE

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft waardevolle adviezen gegeven om de geboortezorg te verbeteren. Tegelijk heeft de negatieve aandacht in de media rond perinatale sterfte geleid tot een cultuur van angst rond (thuis)bevallen. Hierdoor en door de toegenomen wens tot pijnstilling, is er een afname van bevallingen in de eerste lijn en een toename van medicalisering van de gezonde zwangerschap. De houding van barenden lijkt veranderd, er is minder bereidheid te baren op eigen kracht. Mede door de negatieve aandacht hebben aanstaande moeders minder vertrouwen in hun lijf, in de geboorte en in hun pijnbeleving.

Verloskundigen genieten van hun vak: 95 procent ervaart het werk als positief tot zeer positief, ondanks de toenemende werkdruk in de eerste en tweedelij. Onder verloskundigen zelf zie je een toename van risico-denken en defensieve verloskunde. Dit komt onder meer tot uiting in de toenemende protocollering die vooral vanuit de ziekenhuizen wordt opgelegd. De zorgverzekeraars willen meer kwaliteit voor minder geld. Vanuit de politiek en de zorgverzekeraars is er onvoldoende oog voor het belang van de eerstelijnsverloskunde.

EERSTELIJNSVERLOSKUNDE

Driekwart van de respondenten vindt de werkdruk toegenomen

Voor eerstelijnsverloskundigen nemen de voorbereiding op de bevalling en de continue begeleiding steeds meer tijd in beslag. Volgens driekwart van deze respondenten is de werkdruk toegenomen, circa 50 procent kan het werk niet altijd aan. De belangrijkste oorzaak van de toegenomen werkdruk zijn de niet-cliëntgebonden taken zoals vergaderen, protocolleren, registreren en verslaglegging. Ook de mondigheid, veeleisendheid, angst en toename van sociale problemen onder cliënten speelt een belangrijke rol.

Meer tijd nodig voor de zwangere

Veel meer dan de helft van de respondenten zegt meer tijd nodig te hebben voor de voorbereiding op de bevalling en de continue begeleiding van de zwangere. De spreekuurtijd is te kort, zeker als het gaat om het wegnemen van angsten en om sociale problematiek. In kleine praktijken kun je niet overal tegelijk zijn: bij een bevalling, huisbezoeken, telefoongesprekken.

Verloskundigen maken meer tijd voor cliënten ten koste van inkomen

Veel verloskundigen die hebben deelgenomen aan het onderzoek, leveren tijd en geld in om toch goede zorg te kunnen blijven leveren. Uit een globale inschatting in dit onderzoek lijkt ruim 70 procent van de respondenten met het aantal zorgeenheden onder de normpraktijk te zitten. Dat betekent dat de meeste respondenten kiezen voor minder cliënten en dus minder inkomen. Dit lijkt alles te maken te hebben met het kunnen blijven leveren van kwaliteit en tegengaan van hoge werkdruk. Dat blijkt ook uit vele antwoorden op de open vragen.

Vier op de vijf verloskundigen: normpraktijk moet omlaag

De werkdruk is inmiddels hoger dan ingeschat werd tijdens de laatste aanpassing van de normpraktijk. De vastgestelde normpraktijk houdt onvoldoende rekening met de toegenomen aanvullende en bijzondere taken, zegt 89 procent van de respondenten. De vastgestelde normpraktijk houdt onvoldoende rekening met de adviezen van de stuurgroep, zegt 85 procent van de respondenten. Om goede zorg te blijven bieden, moet de eerstelijnsverloskunde meer gerespecteerd worden en de druk van niet-cliënt gebonden taken omlaag.

95 procent van de respondenten vindt dat preconceptieconsulten moeten worden vergoed. Ruim 40 procent van de respondenten geeft voorlichting en organiseert preconceptieconsulten. Door veel respondenten wordt dit niet actief gepromoot, omdat de tijd en de middelen ontbreken. Vier op de vijf respondenten vinden dat voorlichting alleen via folders onvoldoende is. Consulten zijn belangrijk, maar deze moeten dan wel worden vergoed, vindt 95 procent.

Casemanager en zorgplan al redelijk ingevoerd

50 procent van de respondenten werkt met een casemanager, meestal naar aanleiding van het advies van de Stuurgroep. Een deel van de respondenten werkt alleen met een casemanager bij specifieke groepen. In kleine praktijken vindt men casemanagers vaak niet nodig.

60 procent van de respondenten werkt met een zorgplan. Een zorgplan zorgt voor betere planning en afspraken en een betere aansluiting op de zorgvraag van de cliënten.

40 procent van de respondenten doet een huisbezoek rond de 34e week

Bijna 40 procent werkt met huisbezoeken rond de 34e week, hetzij zelf (11,5 procent) of in samenwerking met de kraamzorg (10 procent). Veelal gebeurt dit alleen op indicatie (17 procent). 40 procent doet deze huisbezoeken niet, onder andere vanwege tijdgebrek en omdat dat niet wordt vergoed. Een aantal respondenten vindt deze huisbezoeken ook overbodig of alleen zinvol bij probleemgezinnen.

Twee derde van de respondenten vindt de huisbezoeken een goed middel om sociale indicaties voor meer begeleiding en verwijzing op te sporen. Evenveel respondenten vinden het wel een zeer tijdrovende bezigheid.

Risicoselectie staat nogal eens op gespannen voet met wensen zwangere

De respondenten vinden risicoselectie een essentieel onderdeel van het vak. Driekwart van de respondenten ervaart soms tot regelmatig 'hobbels' die de risicoselectie lastig

maken. Het overleg met de tweede lijn hierover is goed, maar cliënten worden soms te snel overgenomen. Protocolen kunnen nogal eens verschillen per regio. Het is niet altijd gemakkelijk situaties goed in beeld te krijgen. Cliënten vertellen niet alles, er is onvoldoende tijd en er is een grote taalbarrière door de afschaffing van de tolkenvergoeding. Risicoselectie staat nogal eens op gespannen voet met de soms veeleisende wensen van de cliënt.

56 procent van de respondenten: meer tijd nodig bij psychosociale indicaties

Vooraf voor begeleiding en verwijzing zijn volgens meer dan de helft van de respondenten onvoldoende tijd en mogelijkheden. Er is onvoldoende tijd en expertise voor begeleiding. Dan moet verwezen worden naar andere disciplines waar soms wachtlijsten zijn of waar de eigen bijdragen een belemmering zijn.

Meer mogelijkheden opsporen sociale indicaties

Respondenten merken vooral op dat ze meer tijd zouden moeten hebben tijdens spreekuur, maar bijvoorbeeld ook voor huisbezoeken, zodat er meer tijd is om een vertrouwensband op te bouwen. Verder is een goede samenwerking belangrijk met huisartsen (35 procent), lokale buurtwerkers, kraamzorg, maatschappelijk werk, psychiatrie, wijkpolitie en centrum voor jeugd en gezin. De lijnen moeten kort zijn zodat laagdrempelig doorverwijzen mogelijk is.

Ruim een kwart van de respondenten: onvoldoende bereik en zorg achterstandsgroepen

Een bijzonder aandachtspunt in het advies van de Stuurgroep is het verbeteren van verloskundige zorg aan zwangeren in achterstandssituaties; dit omdat veelal blijkt dat juist in deze situaties zwangeren een hoger risico hebben op kinder- en moedersterfte. 23 procent van de respondenten geeft aan onvoldoende mogelijkheden te hebben deze doelgroep te bereiken. 30 procent van de respondenten geeft aan onvoldoende mogelijkheden te hebben deze groep van goede zorg te voorzien.

6 op de 10 respondenten: tolkentelefoon moet terug

Om de vrouwen in achterstandswijken beter te bereiken moet de tolkentelefoon onmiddellijk terug, vinden 6 op de 10 respondenten. Ook voorlichting en educatie in eigen taal is zeer belangrijk. 40 procent vindt ook dat er meer aandacht en tijd moet komen voor Centering Pregnancy. 38 procent vindt dat er een toeslag moet komen voor verloskundigen met veel vrouwen in achterstandsposities. De huidige toeslag op basis van postcodegebieden werkt onvoldoende, aangezien de complexe problematiek van kwetsbare zwangeren die extra zorg en tijd nodig hebben niet per definitie overeenkomstig is met de postcodelijst van de achterstandsgebieden. 25 procent vindt dat er meer aandacht moet komen in opleiding en bijscholing voor deze groep vrouwen.

KLINISCH VERLOSKUNDIGE

Taken niet altijd duidelijk omschreven, feedback voldoende

94 procent van de respondenten begeleidt zelfstandig patiënten met een hoog risico; de begeleiding is niet altijd goed in een protocol geregeld (bij 20 procent niet). 57 procent van

de respondenten geeft zorg aan patiënten met complexe medische problemen; de supervisie is niet altijd adequaat geregeld (bij 26 procent niet).

Alle respondenten starten de behandeling al in afwachting van de gynaecoloog; de behandelingen zijn niet altijd goed in een protocol vastgelegd of worden getraind (bij 13 procent niet). Bijna 90 procent van de respondenten vindt dat ze voldoende begeleiding heeft gehad om zich te bekwamen in bovenstaande taken; 85 procent van de respondenten ondervindt voldoende feedback van zijn/haar supervisors.

57 procent van de respondenten: niet altijd supervisie bij bevallingen

Bij ruim een kwart is er altijd een supervisor op de afdeling aanwezig of direct beschikbaar. Volgens 57 procent van de respondenten is er niet 24 uur per dag een supervisor in het ziekenhuis aanwezig. Volgens de overige respondenten is er weliswaar niet direct iemand aanwezig maar wel snel beschikbaar.

92 procent van de respondenten: bewaakt soms meer dan twee bevallingen gelijk

90 procent van de respondenten zegt niet altijd onafgebroken aanwezig te kunnen zijn bij een uitdrijving, bij 30 procent is dat zelfs regelmatig het geval. Volgens twee derde van de respondenten is er naast de medische zorg onvoldoende tijd voor begeleiding van de zwangere en haar partner. Vooral bij drukte is er te weinig tijd voor begeleiding. Zeker overdag hebben verloskundigen ook nog andere taken, zoals consulten, visites en administratie. Om deze redenen wordt vaker om pijnstilling gevraagd, volgens een aantal respondenten.

Ruim twee derde van de respondenten is voor uitbreiding van taken

72 procent van de respondenten is voor uitbreiding en erkenning van specifieke taken (bijvoorbeeld het zelfstandig voorschrijven of toedienen van bepaalde medicatie) en dus het regelen van opleiding, bevoegdheid en verantwoordelijkheid door middel van een specialistenregister. 8 procent is hier geen voorstander van maar wil juist een beperking tot de taken waartoe verloskundigen formeel zijn bevoegd, meer tijd voor begeleiding tijdens de bevalling. Bijna 10 procent vindt dat allebei moet: uitbreiding taken en meer tijd voor begeleiding.

Twee derde van de respondenten ervaart meer werkdruk

Bijna twee derde van de respondenten ervaart een toegenomen werkdruk, 50 procent kan de hoeveelheid werk niet altijd aan. De belangrijkste oorzaak van de toegenomen werkdruk is de toename van medische verslaglegging (91 procent), vergaderingen (44 procent) en bureaucratie (42 procent). Ook de toename van ziekenhuisbevallingen (51 procent) is een belangrijke oorzaak.

Te weinig tijd om altijd de vereiste begeleiding en voorlichting te geven

6 procent zegt altijd de goede zorg te kunnen leveren. 64 procent kan dat meestal wel en 30 procent kan soms of regelmatig niet de volledige verloskundige zorg leveren die optimaal op de cliënt aansluit, conform het Stuurgroep-rapport. Vrijwel allen noemen de begeleiding en voorlichting van cliënten die tekortschieten. Er is te weinig tijd voor sociale en emotionele ondersteuning, zowel tijdens de baring als tijdens de spreekuren. De

continuïteit van de begeleiding tijdens de baring staat onder druk. Er is te weinig tijd voor coaching of een rustig gesprek.

87 procent van de respondenten: erken positie klinisch verloskundigen

Om goede zorg te kunnen blijven leveren moet de positie van de klinisch verloskundige worden erkend vindt 87 procent van de respondenten. 56 procent vindt dat er ook meer klinisch verloskundigen moeten komen, zodat het aantal bevallingen dat een verloskundige begeleidt maximaal twee wordt. Veel respondenten ergeren zich aan de vele arts-assistenten die vaak maar korte tijd blijven en weer ingewerkt moeten worden. Er moeten ook meer specifieke opleidingseisen komen. De klinisch verloskundigen doen bijna 60 procent van alle klinische bevallingen, het is dan ook hoog tijd om het nieuwe beroepsprofiel te implementeren, vinden verschillende respondenten. Zij zien hier een taak voor de KNOV.

EERSTE EN TWEDE LIJN DICHTER BIJEN

60 procent van de respondenten vindt de samenwerking goed

Een meerderheid van de respondenten vindt de samenwerking goed. 40 procent vindt de samenwerking nog niet optimaal: er is onder andere geen sprake van gelijkwaardigheid en te weinig respect voor de eerste lijn. Er zijn tegengestelde financiële belangen, met als gevolg een strijd om patiënten. De samenwerking verschilt wel per ziekenhuis, gynaecoloog en soms per regio.

Een vijfde van de respondenten zegt dat de overdracht van patiënten nog steeds niet optimaal is. Volgens de eerste lijn zitten de problemen bij een slechte terugkoppeling door de tweede lijn. Slechte communicatie bij overdracht (via een tussenschakel, onvoldoende tijd, dossier wordt niet gelezen). De eerste lijn heeft te maken met veel verschillende protocollen (uit verschillende ziekenhuizen), en de dossiers zijn niet op elkaar afgestemd. Volgens de tweede lijn houden eerstelijnsverloskundigen vrouwen te lang in de eerste lijn of sturen ze deze juist te snel in. De eerste lijn zou ook de speciale training voor overdracht (SBAR-training) te weinig toepassen.

Drie vijfde van de respondenten: VSV leidt tot hogere kwaliteit

Het Verloskundig Samenwerkingsverband leidt tot hogere kwaliteit, betere samenwerking en meer grip. Bijna een kwart van de respondenten vreest wel meer medicalisering. Onder andere vanwege de dominante inbreng van de tweede lijn. Er moet nog veel worden verbeterd binnen de meeste VSV's. Deze zijn ook nog te veel gericht op het opstellen van protocollen, vindt een aantal respondenten.

Perinatale audits positief voor communicatie, samenwerking en deskundigheid

Perinatale audits bevorderen de communicatie en samenwerking tussen zorgverleners (76 procent) en de deskundigheid van zorgverleners (73 procent). Men kijkt hierbij naar 'substandaard factoren', dat wil zeggen: zorg die niet voldoet aan de professionele eisen voor gangbare zorg, landelijke richtlijnen of lokale protocollen. Bij iedere substandaard factor gaat de auditgroep na of er mogelijk een relatie was met het overlijden van de baby, en of er verbeterpunten zijn.

Gewezen wordt op het belang van een onafhankelijk voorzitter. Sommigen noemen de

sfeer open en vertrouwd, anderen juist onveilig, zij zijn bang om veroordeeld te worden. De tweede lijn zou te weinig open en zelfkritisch zijn en te veel bepalen wat wordt besproken. Dat kan weer leiden tot te veel medicalisering en protocollering.

Verschuiving naar ziekenhuisbevallingen niet goed

82 procent van de eerstelijnsverloskundigen vindt dit een slechte ontwikkeling, net als 40 procent van de klinisch verloskundigen (respectievelijk 1 procent en 9 procent vinden dit wel een goede ontwikkeling). De eerstelijnsverloskundigen wijzen op de toenemende angst voor thuisbevallingen en het onvoldoende vertrouwen op eigen kracht van de vrouwen. Vrouwen willen ook meer zekerheid en planning en vaker pijnstilling; dan krijg je bovendien alles vergoed. Vrouwen worden te veel het ziekenhuis ingeprikt en ziekenhuiszorg leidt weer tot meer en soms onnodige ingrepen. Thuis bevallen geeft de meeste privacy, ontspanning en rust en leidt bij een goede uitkomst tot grote tevredenheid. De keuze voor thuisbevalling moet blijven en eerstelijnsverloskundigen moeten bevallingen in het ziekenhuis kunnen afmaken. Belangrijk is de leidende rol van de eerstelijns verloskundige (Midwifery Led Continuity of Care) en de centrale rol van de vrouw. Bovendien krijg je alles vergoed als je op medische indicatie bevalt. Ook tweedelijnsverloskundigen wijzen er op dat wat in de eerste lijn kan daar ook moet gebeuren, en dat er keuzevrijheid voor de vrouwen moet zijn. Enkelingen vinden het altijd beter om in het ziekenhuis te bevallen.

Belangrijkste oorzaak verschuiving zorg: toenemende behoefte pijnbestrijding

Verloskundigen uit de eerste en tweede lijn verschillen van mening over de belangrijkste oorzaken van de verschuiving naar ziekenhuiszorg. Beiden noemen de pijnbestrijding als belangrijkste oorzaak: 88 procent van de eerste lijn, 97 procent van de tweede lijn. Onzekerheid en angst vanwege recente aandacht voor perinatale sterfte is volgens de 79 procent van de respondenten uit de eerste lijn een belangrijke oorzaak, bij de tweede lijn is dit slechts 56 procent. Dreigende serotiniteit bij 41 weken is volgens 73 procent van de respondenten uit de eerste lijn een belangrijke oorzaak, bij de tweede lijn is dit 59 procent. De ontwikkeling van lokale protocollen volgens 32 procent van de eerste lijn en 8 procent van de tweede lijn.

De eerstelijns verloskundigen wijzen ook op de lobby van ziekenhuizen waarbij te weinig patiënten worden terugverwezen naar de eerste lijn. De tweedelijns verloskundigen wijzen er op dat patiënten steeds meer willen plannen, er komen steeds meer indicaties om in te leiden.

Driekwart eerstelijnsverloskundigen, maar ook een derde klinische verloskundigen, zijn voor taakverschuiving

72 procent van de eerstelijnsverloskundigen vindt dat meer taken naar de eerste lijn kunnen. Dan moet er wel meer gebruik gemaakt kunnen worden van pijnbestrijding en CTG-bewaking. Ook is meer tijd en scholing nodig. De begeleiding van matige risico's kan prima door de eerste lijn, zoals inleiding met serotiniteit, meconium-houdend vruchtwater, pijnstilling, vaginale baring na keizersnede. De tweede lijn zou consulten moeten doen en weer terugverwijzen naar de eerste lijn. De eerste lijn zou ook meer bevallingen in het ziekenhuis moeten afmaken, bijvoorbeeld via de verlengde arm-constructie. 29 procent van de tweedelijnsverloskundigen spreekt zich uit voor taakverschuiving indien

gebruik kan worden gemaakt van pijnbestrijding. Zeker vanwege de continuïteit van zorg, al hoeft het niet altijd te zijn om de bevalling af te maken. In een aantal gevallen zou de bevalling wel prima door de eerste lijn afgemaakt kunnen worden of in samenwerking met de klinisch verloskundige.

Grote eensgezindheid over voorwaarden taakverschuiving

Over de voorwaarden voor taakverschuiving zijn verloskundigen het vrijwel eens. Dan is meer bijscholing nodig, vinden zowel eerste- als tweedelijnsverloskundigen (respectievelijk 77 en 79 procent). Dan is goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn noodzakelijk (respectievelijk 89 en 80 procent). Dat moet dan op basis van door de eerste en tweede lijn vastgestelde protocollen (respectievelijk 73 en 81 procent). Iedereen vindt dat er goede afspraken moeten komen over verantwoordelijkheden.

Beter samenwerken: samen bijscholen en in elkaars keuken kijken

Om de samenwerking te optimaliseren zou er meer samenwerking moeten zijn, vindt 53 procent van de eerste lijn en 76 procent van de tweede lijn. Bijvoorbeeld door samen bijscholingen te doen, gezamenlijke spreekuren en intakes en bij elkaar in de keuken te kijken. De eerste lijn loopt al stage bij de tweede lijn. Vooral voor gynaecologen en arts-assistentes zou het goed zijn mee te lopen met de eerste lijn. Er moet meer respect zijn voor de eerste lijn, vindt 44 procent van de eerste lijn en 20 procent van de tweede lijn. De eerste lijn moet worden versterkt vindt respectievelijk 18 en 13 procent. Bijvoorbeeld door Midwifery led Continuity of Care, de regie bij de eerste lijn. En ten slotte moeten financiële obstakels worden weggewerkt vindt 14, respectievelijk 17 procent: dat wil zeggen dat 'foute' prikkels eruitgehaald moeten worden.

Ruim twee derde van de respondenten is vooralsnog tegen integrale bekostiging

22 procent van de eerstelijnsverloskundigen is voor het starten met pilots voor VSV's die dat willen; 72 procent wil dat niet. 41 procent van de tweedelijnsverloskundigen is voor het starten van pilots; 48 procent wil dat niet. Eerst moeten de kosten van eerste en tweede lijn inzichtelijk zijn en/of de inhoud van integrale zorg zijn vastgesteld. Het afdwingen van samenwerking via integrale tarieven vinden veel respondenten ook geen goede basis voor een gelijkwaardige samenwerking (eerste lijn 58 procent, tweede lijn 31 procent). 12 procent van de eerstelijns verloskundigen wijst er op dat toeslagen op de bestaande tarieven of koptarieven ook een prima stap op weg naar samenwerking kunnen zijn.

EIGEN BIJDAGEN

66 procent van de respondenten: eigen bijdrage polikliniek leidt tot onnodige medische indicaties

De eigen bijdrage voor polikliniek of geboortecentrum vormt een drempel om een weloverwogen keuze te maken voor de plaats van de bevalling, vindt 57 procent. 66 procent van de respondenten vindt dat de eigen bijdrage leidt tot onnodige medische indicaties, zoals voor pijnbestrijding, omdat vrouwen de eigen bijdrage willen ontwijken. De eigen bijdrage zou er in elk geval niet moeten zijn als er sprake is van zorggerelateerde factoren (zoals langere afstand ziekenhuis, onhygiënische plek thuis, etc.), vindt 36 procent van de respondenten. Slechts 17 procent vindt de eigen bijdrage terecht. De meeste respon-

denten vinden dat financiën geen rol zou mogen spelen in de keuze voor de plek van de bevalling. Dat geldt zeker voor mensen met weinig financiën. Juist in sociaal moeilijke situaties zul je vaker willen kiezen voor een poliklinische partus, dan moet eigen bijdrage geen rem zijn. Vreemd is dat bij geboortecentra soms zelfs een eigen bijdrage wordt gevraagd als er toch doorverwezen wordt naar het ziekenhuis.

Driekwart van de respondenten: eigen bijdrage kraamzorg leidt tot geen of te weinig kraamzorg aan mensen met lage inkomens

75 procent van de respondenten vindt dat door een eigen bijdrage gezinnen met lage inkomens geen of te weinig kraamzorg krijgen. Juist mensen die hulp van een kraamverzorgster nodig hebben (onvoldoende kennis, problematiek), kunnen dit niet betalen. De helft van de verloskundigen vindt dat de eigen bijdrage kraamzorg moet worden afgeschaft.

Juist mensen die hulp van een kraamverzorgster nodig hebben (onvoldoende kennis, problematiek), kunnen dit niet betalen. Kraamverzorgster kunnen op deze manier onvoldoende hun signaleringsfunctie vervullen op de gebieden van gezondheidsrisico's, ontwikkelingsrisico's of sociale risico's.

VEILIGE EN ACUTE ZORG

33 procent van de respondenten: behandeling start niet altijd binnen 45 minuten

Dit komt omdat een ziekenhuis met een verloskundige afdeling te ver weg is (36 procent) en/of omdat er een vol-melding van ziekenhuizen in de regio is. Een andere oorzaak is dat de ambulancepost te ver weg is of er te weinig ambulances zijn. Het kan ook zijn dat de ziekenhuisorganisatie niet goed op orde is en de parallelle actie niet goed is geregeld (start oproepen personeel zodra verloskundige belt). De Wadden is een apart probleem. Hier zou 24-uursbemanning op het vliegveld moeten zijn.

Bijna 20 procent van de respondenten zegt dat er specifieke tijden zijn waarop de 45 minuten norm moeilijk is te hanteren, namelijk in de avonden, de nachten en of weekenden. 45 minuten norm is volgens veel respondenten overigens veel te ruim, bij een acuut geval is 20 minuten reëler.

Ruim 60 procent verloskundigen: in regio (plannen voor) concentratie ziekenhuiszorg

In de grote steden gaat veel verloskunde zich concentreren in enkele ziekenhuizen. In Dokkum, Meppel, Zevenaar, Spijkenisse en Vlissingen zijn verloskunde/ziekenhuizen al gesloten. Hengelo, Emmeloord, Roosendaal en Eindhoven gaan dicht, Oss en Veghel fuseren tot één ziekenhuis (zie bijlage 2).

Volgens 43 procent van de respondenten is er overleg geweest met verloskundigen hierover (via VSV, gynaecologen of verloskundigen), volgens 28 procent niet en 13 procent weet het niet. Een aantal respondenten laat weten dat ze niet echt werden gehoord: wel overleg maar geen invloed, de beslissing was vaak al genomen. Het was vaak al een gelopen race en zorgverleners werden voor een fait accompli gesteld.

79 procent respondenten: concentratie mag niet leiden tot verminderde bereikbaarheid (45 minuten-norm)

Volgens 76 procent van de respondenten mag de concentratie niet ten koste gaan van de keuzevrijheid van de vrouw om te bevallen waar ze wil. 53 procent van de respondenten denkt dat concentratie niet tot verbetering van kwaliteit leidt, 27 procent denkt dat het wel kan leiden tot verbetering van kwaliteit. Slechts 11 procent denkt dat concentratie van zorg nodig is om de aanwezigheid van voldoende personeel, kennis en ervaring te garanderen. Volgens 14 procent moet een norm worden vastgesteld voor een minimum aantal bevallingen in een ziekenhuis.

Concentratie ziekenhuiszorg heeft grote gevolgen

Concentratie leidt tot minder keuzevrijheid voor de zwangere; dat is bijvoorbeeld in Zeeland al het geval. Het leidt ook tot toename van gezondheidsrisico's voor moeder en kind, complicaties kunnen leiden tot blijvende schade of sterfte. Zorgen zijn er reeds in Meppel, Zevenaar en Friesland. Zorgen zijn er ook over achterstandswijken in Amsterdam-Noord als daar het ziekenhuis verdwijnt. Een toename van bembaby's kan leiden tot meer morbiditeit en mortaliteit. Evenals baby's die thuis worden geboren terwijl de bevallingen vanwege het hogere risico in het ziekenhuis thuis hoorden. Zeker mensen in achterstandssituaties die geen auto hebben en waarvoor een taxi te duur is, hebben een probleem. Hier geldt ook het risico dat ze minder op controle komen als ze in het ziekenhuis onder controle zijn.

Omdat de afstand te groot wordt zullen er meer ziekenhuisbevallingen zijn en daardoor ook meer (onnodige) ingrepen. Ook omdat vrouwen vanwege de afstand te vroeg naar het ziekenhuis komen zal er eerder tot interventie worden overgegaan.

Door concentratie wordt de verloskundige zorg te grootschalig en onpersoonlijk. Respondenten vrezen lopende band verloskundige, onpersoonlijke bevalfabrieken en mega-bevalcentra. Waarin te veel volgens protocollen wordt gewerkt, te weinig zorg op maat wordt geboden en de zorg te veel is versnipperd.

Kleinschaligheid en menselijke maat terug in de zorg

525 respondenten hebben de open vraag beantwoord hoe het anders moet. Het merendeel zegt: stoppen met sluiting van ziekenhuizen en van verloskundige afdelingen. Terug naar kleinschaligheid en de menselijke maat. Als er te weinig verrichtingen zijn, rouleer dan binnen de teams. Organiseer onderlinge training en laat maatschappen samenwerken. Basale tweedelijnszorg moet dichtbij georganiseerd zijn. Derdelijnszorg kan worden geconcentreerd. Een tweede punt is het versterken van de eerste lijn, bijvoorbeeld via Midwife-Led Continuity of Care (regie eerste lijn). Een derde punt is een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Het zou goed zijn samen scholingen te organiseren en eerste- en tweedelijns-overstijgende werkgroepen. Meer uitwisseling van kennis en kunde dus. We moeten naar gezamenlijke dossiervorming, samen een EPD (Elektronisch Patiënten Dossier). Het VSV moet worden uitgebreid en versterkt. Er moet betere en meer samenwerking komen tussen de KNOV en de NVOG. Een vierde punt is een betere organisatie van de ziekenhuiszorg, zoals eerder parallelle actie in gang zetten, meer zorgverleners en dus meer tijd voor barenden. Gynaecologen, kinderartsen en OK-mensen moeten

ook 's nachts in huis zijn (7x24 uur). De zorg mag niet overgelaten worden aan onervaren arts-assistenten. Tenslotte: de cliënt moet centraal staan.

MARKTWERKING IN DE VERLOSKUNDE

Ruim 73 procent van de respondenten: geen vrije prijzen

73,5 procent van de respondenten vindt het vrijgeven van de prijzen geen goed middel om de samenwerking tussen zorgaanbieders, substitutie en doelmatigheid te stimuleren; 8 procent vindt van wel en 10 procent is neutraal. 8,5 procent heeft geen mening.

Druk en macht zorgverzekeraars is te groot

De respondenten ervaren te veel druk van en macht door de zorgverzekeraars in het dagelijkse werk (85 procent). De contracten worden eenzijdig opgelegd door de zorgverzekeraars (78 procent). Zorgverzekeraars spelen in te grote rol in het regionale overleg (77 procent). De kwaliteit ligt te veel in handen van zorgverzekeraars (75 procent).

73 procent van de respondenten: marktwerking in de verloskunde is een slecht idee

Slechts 6,5 procent vindt een goed idee en 17,5 procent is neutraal. Marktwerking heeft voor- en nadelen. Marktwerking en concurrentie leiden tot een groter aanbod van diagnostiek, zoals onnodig echoscopisch onderzoek, zegt 74 procent. Marktwerking en concurrentie leiden tot oneigenlijke concurrentie tussen ziekenhuizen en eerste lijn, zegt 68 procent. Maar marktwerking en concurrentie leiden ook tot meer klantgericht werken, zoals avondsprekuren, zegt 62 procent.

AANBEVELINGEN

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek, doet de SP de volgende aanbevelingen.

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

1. Voer een positieve campagne over de waarde van eerstelijnsverloskunde. Geef de eerstelijnsverloskundigen een belangrijke rol in het geboorteproces. Stimuleer het systeem van Midwife-Led Continuity of Care (verloskundige is eerste verantwoordelijke en continue factor in het zorgproces)– in Nederland.
2. De normpraktijk moet omlaag naar 90 zorgeenheden per fulltime eerstelijnsverloskundige, zodat verloskundigen meer tijd hebben voor begeleiding en voorbereiding op de bevalling, het wegnemen van angsten en extra aandacht hebben voor preventie, ondersteuning en begeleiding voor de kwetsbare zwangere, bijvoorbeeld bij psychosociale indicaties.
3. Om beter uitvoering te geven aan de adviezen van de Stuurgroep dienen preconceptieconsulten en huisbezoeken rond de 34e week te worden vergoed.
4. Het bereik van achterstandsgroepen kan sterk worden verbeterd door herinvoering van tolkenvergoeding en het invoeren van Centering Pregnancy (verloskundige zorg aan een groep zwangeren met heel veel inbreng van de zwangeren zelf, ruimte voor het delen van kennis en ervaringen en daardoor beter voorbereid op de bevalling en het ouderschap). Er moet meer aandacht komen in de opleiding voor omgang met achterstandsgroepen. En praktijken met veel mensen uit achterstandsposities krijgen een toeslag.

KLINISCH VERLOSKUNDIGEN

5. De positie van de klinisch verloskundige moet worden erkend, onder meer via een specialistenregister en een zelfstandige declaratiebevoegdheid.
6. Er moeten meer klinisch verloskundigen komen, zodat deze hooguit twee bevallingen tegelijk bewaken. Er moet voldoende tijd voor begeleiding, voorlichting en sociale en emotionele ondersteuning zijn.
7. De niet-patiëntgebonden taken, zoals vergaderen, het maken van protocollen, verslaglegging en bureaucratie, moeten worden teruggedrongen. Dit geldt ook voor de eerstelijnsverloskundigen.

SAMENWERKING EERSTE EN TWEDE LIJN

8. Gynaecologen, eerstelijns- en klinisch verloskundigen zouden samen SBAR-trainingen (krachtige en gestructureerde manier van overdragen) moeten doen. De overdracht moet direct naar de gynaecoloog, dus niet via een arts-assistent.
9. In Verloskundige Samenwerkingsverbanden en perinatale audits zou meer gewerkt moeten worden met onafhankelijke voorzitters; een belangrijke taak is de gelijkwaardige positie van hulpverleners uit de eerste en de tweede lijn te bewaken.
10. Er moeten meer landelijk gestuurde protocollen komen die de medicalisering afremmen. Bijvoorbeeld richtlijnen over consulten en terugverwijzen naar eerste lijn en over inleiden bij serotiniteit.
11. Er kunnen meer taken naar de eerste lijn, zoals bepaalde vormen van pijnbestrijding of meconiumhoudend vruchtwater met CTG-bewaking. De eerstelijnsverloskundigen kunnen meer bevallingen in het ziekenhuis afmaken (verlengde arm-constructie), wat de continuïteit van zorg ten goede komt.
12. Organiseer gezamenlijke bijscholingen, spreekuren en intakes, meer uitwisseling van kennis en kunde. Vorm gezamenlijke dossiers. Kijk in elkaars keuken. Vooral voor gynaecologen en arts-assistentes zou het goed zijn mee te lopen met de eerste lijn. Haal foute financiële prikkels weg. Ga waar mogelijk over tot hulpverleners in loondienst.
13. Voer geen integrale bekostiging in. Ook voor pilots met integrale bekostiging is het te vroeg. Samenwerking dwing je niet af via integrale tarieven. Maak eerst de kosten van eerste en tweede lijn inzichtelijk en stel hierop de inhoud van integrale zorg vast.

EIGEN BIJDRAGE

14. Schaf de eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen af. Eigen bijdragen mogen geen rol spelen in de keuze voor de plek van de bevalling en in de mogelijke keuze voor pijnbestrijding, zeker in sociaal moeilijke situaties waar je wilt kiezen voor poliklinisch bevallen.
15. Schaf de eigen bijdrage voor kraamzorg af, in elk geval voor lage inkomens. Juist mensen die kraamzorg nodig hebben, kunnen het niet betalen. Dit is van belang voor bijvoorbeeld het signaleren van huiselijk geweld of de gezondheidswinst door het langer geven van borstvoeding.

VEILIGE EN ACUTE ZORG

16. Er moet 7x24 uur een gynaecoloog, kinderarts en iemand van OK in huis zijn. Overdracht en bevalling moeten niet worden overgelaten aan onervaren arts-assistenten. Dit mag echter niet leiden tot onpersoonlijke bevalfabrieken, we moeten terug naar kleinschaligheid en de menselijke maat. Kleinschaligheid, kennis en wederzijds respect voor elkaar zijn belangrijk voor een goede uitkomst voor moeder en kind. Organiseer tijdig parallelle actie.
17. Stop met sluiten van ziekenhuizen en verloskundige afdelingen. De basale tweedelijnszorg moet dichtbij blijven. Derdelijnszorg kan worden geconcentreerd. Als er te weinig verrichtingen zijn, rouleer dan binnen de teams en organiseer onderlinge training.
18. Bij concentratie van zorg moet altijd vooraf goed overleg met verloskundigen plaatsvinden. De 45 minuten-norm is ruim en zou opnieuw overwogen moeten worden. Verloskundigen zouden over de busbaan moeten kunnen bij acute ritten.

MARKTWERKING IN DE VERLOSKUNDE

19. Voer geen vrije prijzen in en beperk de macht van de zorgverzekeraars. Deze hebben te veel invloed op het dagelijkse werk, de contracten, de regionale samenwerking en de kwaliteit.
20. Stop met marktwerking in de verloskunde. Marktwerking heeft meer nadelen dan voordelen volgens de meeste verloskundigen.





BIJLAGE 1. ENQUÊTEVRAGEN EN ANTWOORDEN

Vraag 1 t/m 4 alleen bekeken voor de verloskundigen.

1. Bent u een man of een vrouw?

	Aantal	Percentage
vrouw	1207	98
man	30	2
Totaal	1237	

2. Wat is uw werkervaring?

	Aantal	Percentage
< 2 jaar	118	9,5
2 tot 5 jaar	209	17
5 tot 10 jaar	279	22,5
10 tot 20 jaar	320	26
20 jaar of meer	306	25
Niet van toepassing	5	
Totaal	1237	

3. In welke gemeente werkt u?

1310 maal ingevuld

3b. Dit is in de provincie.

	Aantal	Percentage
Groningen	34	3
Friesland	62	5
Drenthe	34	3
Overijssel	82	6,5
Gelderland	170	14
Utrecht	136	11
Flevoland	29	2,5
NoordHolland	205	16,5
Zuid-Holland	232	19
Zeeland	14	1
Noord-Brabant	182	15
Limburg	57	4,5
Totaal	1237	

4a. Hoe waardeert u uw werk?

	Aantal	Percentage
Zeer positief	417	34
positief	750	61
neutraal	56	5
negatief	10	1
Zeer negatief	2	
Geen mening	2	
Totaal	1237	

4b. Het plezier dat ik beleef in mijn werk is de afgelopen jaren toegenomen.

	Aantal	Percentage
Helemaal mee eens	89	7
Mee eens	297	24
neutraal	380	31
Mee oneens	394	32
Helemaal mee oneens	64	5
Geen mening	13	1
Totaal	1237	

4c. Het plezier in mijn werk wordt negatief beïnvloed door: (meerdere antwoorden mogelijk)

	Aantal	Percentage
De negatieve aandacht voor verloskunde	731	59
Hoge werkdruk	606	49
Onvoldoende aandacht voor mijn cliënten	373	30
anders	541	44
Geen mening	41	3
Totaal	1237	

Anders

539 maal ingevuld

4d. De adviezen van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte uit 2009 (rapport 'Een goed begin') staan op gespannen voet met de werkdruk.

	Aantal	Percentage
Helemaal mee eens	206	17
Mee eens	607	49
Neutraal	259	21
Mee oneens	111	9
Helemaal mee oneens	14	1
Geen mening	40	3
Totaal	1237	

5. Welke functie heeft u? (bij meerdere functies: kies het antwoord dat het best bij u past).

	Aantal	Percentage
Eigen praktijk/maatschap eerste lijn	736	59
In loondienst eerste lijn	95	8
Waarnemer eerste lijn	201	16
Klinisch werkzaam	200	16
Waarnemend klinisch verloskundige	5	
Voornamelijk niet-cliëntgebonden werk (docent, onderzoeker, of andere niet cliëntgebonden functie); u wordt doorgestuurd naar vraag 31	17	1
Totaal	1254	

1032 eerste lijn.

205 tweede lijn.

6a. Hoeveel uur werkt u officieel per week (volgens uw contract of volgens uw maatschapdeel?)

1248 maal ingevuld.

6b. Maakt u overuren?

	Aantal	Percentage
Ik maak minder uren dan mijn contract/aandeel in de praktijk	23	2
Mijn uren komen overeen met mijn contract/aandeel in de praktijk	262	21
Ik maak regelmatig overuren	620	49,5
Ik maak constant overuren, namelijk gemiddeld uur per week	345	27,5
Totaal	1250	

Ik maak constant overuren, namelijk per week gemiddeld: 336 maal ingevuld.

A. EERSTE LIJN**ZORGZWAARTE EERSTE LIJN****7. Neemt de tijdsbesteding aan de volgende taken toe in uw praktijk?
Meer antwoorden mogelijk.**

	Aantal	Percentage
Preconceptiezorg	159	16,5
Vroegsignalering	529	55
Miskramen	552	57
Begeleiding zwangerschapsafbreking	176	18
Aanvullende zorg bij lage SES	637	66
Aanvullende zorg bij besneden vrouwen	91	9,5
Opsporen huiselijk geweld	381	40
Combinatietest en echoscopisch onderzoek	606	63
Vorbereiding bevalling en geboorteplan	852	88,5
Continue begeleiding bevalling	765	79
Kraamvisites, nazorg	359	37
Anders, namelijk	246	25,5
Totaal	964	

Anders, namelijk: 246 keer ingevuld.

8a. Is de werkdruk de afgelopen tien jaar veranderd?

	Aantal	Percentage
De werkdruk is afgenomen	13	1,5
De werkdruk is niet afgenomen en niet toegenomen	70	7
De werkdruk is toegenomen	735	76,5
Geen mening	145	15
Totaal	963	

8b. Hoe oordeelt u over uw werkdruk?

	Aantal	Percentage
Ik kan de hoeveelheid werk goed aan	431	46
Ik kan de hoeveelheid werk niet altijd aan	472	49
Ik kan de hoeveelheid werk nauwelijks aan	46	5
Geen mening	14	1
Totaal	963	

8c. Waar wordt volgens u de (hoge) werkdruk door veroorzaakt? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Toename medische verslaglegging (zizo indicatoren/verantwoording)	326	71
Toename bureaucratie	231	51
Toename basistaken	208	46
Toename aanvullende en bijzondere taken	329	72
Het intensief begeleiden van de barende door de verloskundige	239	52
Toename eisen n.a.v. Stuurgroep	246	54
Toename eisen mbt bijscholing/kwaliteitsregister	277	61
Toename gezondheidsproblemen cliënten	101	22
Toename sociale problemen onder cliënten	324	71
Slecht functioneren zorgverleners elders in de zorg	51	11
Toename vergaderingen i.v.m. regionale ontwikkelingen	418	92
Toename deelname aan wetenschappelijk onderzoek	174	38
Anders	37	8
Totaal	457*	

* Vraag is alleen gesteld als werkdruk is toegenomen en de verloskundige het werk niet altijd of nauwelijks aan kan.

Anders, namelijk 36 maal ingevuld.

Toelichting 330 maal ingevuld.

9a. Bent u van mening dat u uw cliënten de vereiste kwaliteit van zorg kunt bieden?

	Aantal	Percentage
Altijd	202	21
Meestal	637	66
Soms wel, soms niet	112	12
Soms	7	1
Nooit	2	
Geen mening	2	
Totaal	962	

**9b. Welk onderdeel van uw zorgverlening komt het meeste in de knel?
Meer antwoorden mogelijk.**

	Aantal	Percentage
Ik heb meer tijd nodig om de zwangere voor te bereiden op de geboorte	420	55
Ik heb meer tijd nodig voor de continu begeleiding van de zwangere	492	65
Anders, namelijk	148	20
Totaal	758	

Anders, namelijk, 145 maal ingevuld.

Toelichting 183 maal ingevuld.

10a. Hoeveel Fte had de praktijk waar u werkte in 2012?

815 maal ingevuld.

10b. Hoeveel zorgeenheden had de praktijk waar u werkte in 2012?

862 maal ingevuld.

10c. Hoeveel zorgeenheden per fulltime verloskundige (Fte)?

796 maal ingevuld.

11 Wilt u reageren op de volgende stellingen.

De werkdruk is hoger dan ingeschat tijdens de laatste aanpassing van de normpraktijk.

	Aantal	Percentage
Mee eens	699	74
Neutraal	136	14
Mee oneens	42	4
Geen mening	64	8
Totaal	941	

De huidige normpraktijk houdt onvoldoende rekening me de toegenomen aanvullende en bijzondere taken.

	Aantal	Percentage
Mee eens	840	89
Neutraal	52	6
Mee oneens	30	3
Geen mening	21	2
Totaal	943	

De huidige normpraktijk houdt onvoldoende rekening met toekomstige ontwikkelingen i.v.m. de adviezen van de stuurgroep.

	Aantal	Percentage
Mee eens	803	85
Neutraal	81	9
Mee oneens	30	3
Geen mening	28	3
Totaal	942	

12. Om goede zorg te kunnen blijven bieden (meer antwoorden mogelijk).

	Aantal	Percentage
Hoeft er niets te veranderen	34	4
Moet de normpraktijk omlaag, namelijk naar	757	79
Moet er meer ondersteunend personeel komen	260	27
Anders, namelijk	164	17
Totaal	964	

Normpraktijk moet omlaag naar: 693 maal ingevuld.

Anders, namelijk: 159 maal ingevuld

Gezonde en veilige zwangerschap (adviezen Stuurgroep zwangerschap en geboorte)

13a. Welke activiteiten onderneemt uw praktijk op het gebied van preconceptiezorg?

	Aantal	Percentage
Geen, de tijd ontbreekt	139	15
We geven voorlichting via folders	80	9
We geven voorlichting en doen preconceptieconsulten	392	43
Anders, namelijk	298	33
Totaal	909	

Anders, namelijk: 297 maal ingevuld.

13b. Vindt u voorlichting via folders voldoende?

	Aantal	Percentage
Ja	66	7
Nee	746	82
Weet niet	98	11
Totaal	910	

13c. Vindt u dat preconceptieconsulten vergoed moeten worden?

	Aantal	Percentage
Ja, een apart tarief	867	95
Nee, is onderdeel van de standaardzorg	26	3
Anders, namelijk	5	1
Geen mening	12	1
Totaal	910	

Anders, namelijk: 18 maal ingevuld.

14. Werkt u in uw praktijk met een casemanager per zwangere? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Ja, nav het advies in de stuurgroep hierover zijn we hiermee gestart	277	30,5
Ja, in het kader van een pilot, uitgeroepen door de KNOV	22	2,5
Ja, wij werkten in onze praktijk al op een dergelijke manier	159	17,5
Nee, maar wij willen wel op zo'n manier gaan werken	137	15
Nee, het past niet in onze praktijkorganisatie	159	17,5
Anders, namelijk	156	17
Totaal	910	

Anders, namelijk: 156 maal ingevuld.

15a. Werkt u met een zorgplan?

	Aantal	Percentage
Ja, met een blauwdruk van de KNOV	65	7
Ja, met een eigen opzet	496	55
Nee, maar we willen het wel gaan doen	186	21
Nee, het past niet in onze praktijkorganisatie	102	11
Anders, namelijk	58	6
Totaal	907	

Anders, namelijk: 97 maal ingevuld. Deel kon verwerkt worden in bestaande antwoorden tabel.

15b. Wat is uw mening over zo'n zorgplan? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Zorgt voor betere aansluiting op individuele zorgvragen van zwangeren	383	42
Zorgt voor betere planning en heldere afspraken	535	59
Een deel van de cliënten heeft hier behoefte aan	346	38
Het is zeer tijdrovend	159	17,5
Anders, namelijk	78	8,5
Geen mening	68	7,5
Totaal	913	

Anders, namelijk: 77 maal ingevuld.

16A. Werkt u met prenatale huisbezoeken rond de 34e week?

	Aantal	Percentage
Ja, ik heb meegedaan aan een pilot van de KNOV	11	1
Ja, ik heb meegedaan aan pilot KNOV en ben zelf doorgegaan	2	
Ja, ik organiseer het zelf	102	11,5
Nee, ik wil dit wel gaan doen	166	18,5
Nee, het past niet in onze praktijkorganisatie	371	41
Huisbezoeken alleen op indicatie*	156	17
Huisbezoeken in samenwerking met kraamzorg*	93	10
Anders, namelijk	6	1
Totaal	907	

Anders, namelijk: 355 maal ingevuld. Vrijwel alle antwoorden konden verwerkt worden in bestaande antwoordtabel en via toevoeging nieuwe categorieën (*)

16b. Wat is uw mening over prenatale huisbezoeken? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Is een goed middel om te beoordelen waar de bevalling kan worden uitgevoerd	354	39
Is een goed middel om sociale indicaties voor meer begeleiding en verwijzing op te sporen	605	66
Is een goed middel om de zwangere voor te bereiden op de bevalling	246	27
Het is zeer tijdrovend	909	67
Anders, namelijk	115	13
Geen mening	32	3,5
Totaal	913	

Anders, namelijk: 140 maal ingevuld. Deel kon worden verwerkt in bestaande antwoorden.

RISICOSELECTIE EN ZORG AAN ZWANGEREN IN ACHTERSTANDSSITUATIES

17a. Ervaart u problemen met het uitvoeren van risicoselectie?

	Aantal	Percentage
Altijd	2	
Meestal	8	1
Soms wel, soms niet	231	27
Soms	404	46
Nooit	220	25
Niet van toepassing	9	1
Totaal	874	

Toelichting: 340 maal ingevuld.

18a. Heeft u voldoende tijd en mogelijkheden om zwangeren met een psychosociale indicatie op te sporen, te begeleiden en te verwijzen?

	Aantal	Percentage
Altijd	97	11
Wel voor opsporing en verwijzing, niet voor begeleiding	488	56
Wel voor opsporing, niet voor begeleiding en verwijzing	111	12
Voor alle drie niet	50	6
Anders, namelijk	120	14
Niet van toepassing	9	1
Totaal	875	

Anders, namelijk: 119 maal ingevuld.

18b. Welke mogelijkheden ziet u om op tijd sociale indicaties, die duiden op een noodzaak tot meer begeleiding en zorg, vroegtijdig te kunnen opsporen? (Meer antwoorden mogelijk).

	Aantal	Percentage
Huisbezoeken	153	17,6
Het verhogen van contact met lokale steunpunten zoals buurtnetwerkers	48	6
Het verhogen van contact met de wijkverpleging	56	7
Meer betrokkenheid van de verloskundigen in de wijken waar ze werken, bijvoorbeeld door het houden van open spreekuren in buurthuizen of gezondheidscentra	33	4
Nauwer contact tussen huisarts en verloskundige	307	35
Meer aandacht voor de sociale indicaties in het verloskundige samenwerkingsverband (VSV)	103	12
Anders, namelijk	122	14
Niet van toepassing, geen mening	46	5
Totaal	868	

Anders, namelijk: 121 maal ingevuld.

19a. Een bijzonder aandachtspunt in het advies van de stuurgroep is het verbeteren van verloskundige zorg aan zwangeren in achterstandssituaties, dit omdat veelal blijkt dat juist in deze situaties zwangere een hoger risico hebben op kinder- en moedersterfte. Heeft u voldoende mogelijkheden om deze specifieke groep te bereiken en van goede zorg te voorzien? (meer antwoorden mogelijk)

	Aantal	Percentage
Ik heb geen vrouwen in deze doelgroep	218	25
Ja, ik heb voldoende mogelijkheden deze groep te bereiken	191	22
Ja, ik heb voldoende mogelijkheden deze groep van goede zorg te voorzien	173	20
Nee, ik heb onvoldoende mogelijkheden deze groep te bereiken	152	17,5
Nee, ik heb onvoldoende mogelijkheden deze groep van goede zorg te voorzien	194	22
Nee, ik ben niet voldoende geschoold in vrouwen in achterstandssituaties en/of met een andere afkomst	42	0,5
Geen mening	56	0,5
Totaal	868	

19b. Welke mogelijkheden ziet u om de groep vrouwen in achterstandssituaties beter te bereiken en te begeleiden? (meer antwoorden mogelijk).

	Aantal	Percentage
Zie antwoorden op vraag 18b	201	25
Inzet tolken	506	58
Meer aandacht in opleiding en nascholing in bereik en omgang deze groep vrouwen	219	25
Het geven van toeslag aan praktijken met veel vrouwen in achterstandswijken	326	38
Invoeren van nieuwe methoden voor begeleiding van de zwangere, namelijk in groepsverband (centering pregnancy)	350	40
Anders, namelijk	120	14
Totaal	868	

Anders, namelijk: 120 maal ingevuld.

POSITIE EERSTELIJNSVERLOSKUNDIGEN.

20. Hoe ervaart u de omgang met tweedelijnsverloskundigen? n=841.

	Helemaal mee eens		Mee eens		Neutraal		Mee oneens		Helemaal mee oneens		Geen mening	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Prettig	147	17,5	514	61	138	16	23	3	5	0,5	14	2
Leerzaam	60	7	252	30	348	41	139	17	28	3	14	2
Constructief	63	8	352	42	320	38	70	8	8	1	28	3
Paternalistisch	8	1	128	15	294	35	255	30	91	11	65	8
Ge-spannen	5	1	89	11	181	21	389	46	155	18	22	3
Gericht op samenwerking	78	9	422	50	214	25,5	96	11,5	16	2	15	2

21. Hoe ervaart u de omgang met gynaecologen en arts-assistenten? n=841

	Helemaal mee eens		Mee eens		Neutraal		Mee oneens		Helemaal mee oneens		Geen mening	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Prettig	66	8	489	58	216	26	51	6	12	1	7	1
Leerzaam	51	6	443	52,5	250	30	74	9	18	2	5	0,5
Constructief	36	4	356	42	309	37	100	12	19	2	21	3
Paternalistisch	52	6	253	30	299	36	155	18	30	4	52	6
Ge-spannen	24	3	195	23	260	31	285	34	67	8	10	1
Gericht op samenwerking	49	6	383	45	244	29	124	15	32	4	9	1

B. TWEEDE LIJN

TAKEN EN POSITIE KLINISCH VERLOSKUNDIGE.

22a.

	Aantal	Percentage
Ik begeleid geen patiënten zelfstandig, al mijn taken staan onder directe supervisie van de gynaecoloog	11	6
Ik begeleid zelfstandig patiënten met een verhoogd risico, maar dit is in ons ziekenhuis niet altijd adequaat vastgelegd in protocollen	39	20
Ik begeleid zelfstandig patiënten met een verhoogd risico, deze situaties zijn in ons ziekenhuis vastgelegd in protocollen	145	74
Totaal	195	

22b.

	Aantal	Percentage
Ik geef zorg aan patiënten met complexere medische problematiek, altijd in opdracht en onder directe supervisie van een gynaecoloog	110	57
Ik geef zorg aan patiënten met complexere medische problematiek, in opdracht van de gynaecoloog, maar de supervisie is daarbij niet altijd adequaat geregeld	51	26
Anders, namelijk	33	17
Totaal	194	

Anders, namelijk: 33 maal ingevuld.

22c

	Aantal	Percentage
Ik start behandeling bij calamiteiten in afwachting van de komst van de gynaecoloog, deze behandelingen zijn in een protocol vastgelegd en worden regelmatig getraind	169	87
Ik start behandeling bij calamiteiten in afwachting van de komst van de gynaecoloog, maar deze zijn niet adequaat vastgelegd in protocollen en worden niet regelmatig getraind	7	3,5
Ik start behandeling bij calamiteiten in afwachting van de komst van de gynaecoloog, maar deze zijn niet adequaat vastgelegd in protocollen	3	1,5
Ik start behandeling bij calamiteiten in afwachting van de komst van de gynaecoloog, maar deze worden niet regelmatig getraind	15	8
Totaal	194	

22d. Heeft u voldoende begeleiding gehad u te bekwamen in deze taken?

	Aantal	Percentage
Ja	173	89
Nee	14	7
Geen mening	7	4
Totaal	194	

23a. Hoe beoordeelt u de supervisie?

	Aantal	Percentage
Ik ondervind voldoende feedback van mijn supervisors	165	85
Ik ondervind onvoldoende feedback van mijn supervisors	21	11
Geen mening	8	4
Totaal	194	

23b. Hoe is de beschikbaarheid van de supervisors tijdens de bevalling geregeld in uw ziekenhuis?

	Aantal	Percentage
Er is altijd een supervisor aanwezig op de afdeling	10	5
Een supervisor is altijd aanwezig in het ziekenhuis en is direct beschikbaar	42	22
Een supervisor is altijd aanwezig in het ziekenhuis maar niet altijd direct beschikbaar	10	5
Er is niet 24 uur per dag een supervisor aanwezig in het ziekenhuis	111	57
Anders, namelijk	21	11
Totaal	194	

Anders, namelijk: 21 maal ingevuld.

24a. Hoe is uw bewaking tijdens de bevalling georganiseerd (vanaf de actieve ontsluitingsfase)?

	Aantal	Percentage
De klinische verloskundige bewaakt één bevalling	0	
De klinische verloskundige bewaakt hooguit twee bevallingen tegelijk	10	5
De klinische verloskundige bewaakt soms meer dan twee bevallingen tegelijk	178	92
Anders, namelijk	6	3
Totaal	194	

Anders, namelijk: 13 maal ingevuld. Deel is verwerkt in bestaande antwoorden tabel.

24b. Kunt u tijdens de uitdrijving onafgebroken aanwezig blijven bij één zwangere?

	Aantal	Percentage
Ja, altijd	19	10
Nee, soms niet	109	56
Nee, regelmatig niet	59	30
Anders, namelijk	7	4
Totaal	194	

Anders, namelijk: 7 maal ingevuld. (verwerkt).

24c. Is er naast de medische zorgverlening voldoende tijd voor begeleiding van de zwangere en haar partner tijdens de bevallingen?

	Aantal	Percentage
Ja	55	28
Nee, namelijk	132	68
Geen mening	7	4
Totaal	194	

Nee, namelijk: 127 maal ingevuld.

25. Welke richting moet het volgens u op in de klinische verloskunde?

	Aantal	Percentage
Geen uitbreiding van taken en een beperking tot de taken waartoe verloskundigen formeel zijn bevoegd, meer tijd voor begeleiding tijdens de bevalling	34	18
Uitbreiding en erkenning van specifieke taken (bijvoorbeeld het zelfstandig voorschrijven of toedienen van bepaalde medicatie) en dus opleiding, bevoegdheid en verantwoordelijkheid regelen door middel van een specialistenregister	136	72
Anders, namelijk	18	10
Totaal	188	

Anders, namelijk: 18 maal ingevuld.

26. Hoe ervaart u de omgang met gynaecologen en arts-assistenten uit uw team n=194

	Helemaal mee eens		Mee eens		Neutraal		Mee oneens		Helemaal mee oneens		Geen mening	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Prettig	74	38	96	50	18	9	4	2	1	0,5	1	0,5
Leerzaam	49	25	100	52	28	14	15	8	1	0,5	1	0,5
Constructief	38	20	84	43	52	27	12	6	5	2,5	3	1,5
Paternalistisch	3	1,5	29	15	52	27	53	27	52	27	5	2,5
Ge-spannen	0		4	2	27	14	78	40	82	42	3	2
Gericht op samenwerking	47	24	104	54	31	16	8	4	3	1,5	1	0,5

27. Hoe ervaart u de omgang met eerstelijns verloskundigen? n=194

	Helemaal mee eens		Mee eens		Neutraal		Mee oneens		Helemaal mee oneens		Geen mening	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Prettig	42	22	130	67	22	11	0		0		0	
Leerzaam	14	7	56	29	77	40	40	20,5	7	3,5	0	
Constructief	15	8	84	43	68	35	18	9	6	3	3	2
Paternalistisch	2	1	16	8	40	20,5	77	40	50	26	9	4,5
Ge-spannen	0		18	9	44	23	89	46	40	20,5	3	1,5
Gericht op samenwerking	32	16,5	97	50	41	21	21	11	2	1	1	0,5

ZORGZWAARTE TWEDE LIJN

28a. Hoe oordeelt u over uw werkdruk in het ziekenhuis?

	Aantal	Percentage
Ik kan de hoeveelheid werk goed aan	89	47
Ik kan de hoeveelheid werk niet altijd aan	94	50
Ik kan de hoeveelheid werk nauwelijks aan	5	3
Geen mening	0	
Totaal	188	

28b. Is deze werkdruk de afgelopen tien jaar veranderd?

	Aantal	Percentage
De werkdruk is afgenomen	13	7
De werkdruk is niet afgenomen en niet toegenomen	30	16
De werkdruk is toegenomen	125	66
Geen mening	20	11
Totaal	188	

28c. Waar wordt volgens u de hoge werkdruk door veroorzaakt? Meer antwoorden mogelijk

	Aantal	Percentage
Toename medische verslaglegging	129	91
Toename bureaucratie	60	42
Toename ziekenhuisbevallingen	73	51
Overname taken gynaecoloog	49	35
Concentratie ziekenhuizen	17	12
Toename eisen nav Stuurgroep	32	23
Toename gezondheidsproblemen cliënten	60	42
Slecht functioneren zorgverleners elders in de zorg	8	6
Toename vergaderingen ivm regionale ontwikkelingen	63	44
Toename deelname aan wetenschappelijk onderzoek	32	23
Anders, namelijk	39	27
Totaal	142	

Anders, namelijk 35 maal ingevuld.

Toelichting 62 maal ingevuld.

29a. Bent u van mening dat u uw cliënten de vereiste kwaliteit van zorg kan bieden?

	Aantal	Percentage
Altijd	11	6
Meestal	120	64
Soms wel, soms niet	52	27,5
Soms	5	2,5
Nooit	0	
Geen mening	0	
Totaal	188	

29b. Welk onderdeel van uw zorgverlening komt het meest in de knel?
154 maal ingevuld.

30a. Om goede zorg te kunnen blijven bieden: (meer antwoorden mogelijk).

	Aantal	Percentage
Is erkenning van de positie van de klinische verloskundige noodzakelijk	163	87
Moeten er meer klinisch verloskundigen in het team	106	56
Moet er meer ondersteuning komen door verpleging	54	29
Moeten er minder taken gedelegeerd worden van de gynaecoloog naar de klinisch verloskundige	16	8,5
Moeten er meer taken gedelegeerd worden van de gynaecoloog naar de klinische verloskundige	34	18
Moeten er in de toekomst meer taken naar de eerstelijns verloskundige mits de eerste lijn bijgeschoold wordt en er goede samenwerking en protocollen worden afgesproken met de tweede lijn	39	21
Anders, namelijk	22	12
Totaal	188	

Anders, namelijk: 22 maal ingevuld.

Toelichting 29 maal ingevuld.

C. DICHTER BIJ ELKAAR BRENGEN EERSTE EN TWEDE LIJN

31. Hoe is de samenwerking tussen eerste en tweede lijn? Meer antwoorden mogelijk

	Aantal	Percentage
De samenwerking is goed	595	59
De overdracht van patiënten is niet optimaal, de reden hiervoor is..	201	20
Er zijn geen duidelijk afspraken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokken partners	27	3
Er is geen gelijke zeggenschap en gelijkwaardigheid van de partners in het VSV (verloskundige samenwerkingsverband)	262	26
Anders, namelijk	172	17
Totaal	1002	

Overdracht van patiënten is niet optimaal, de reden hiervoor is: 192 maal ingevuld.

Anders, namelijk: 224 maal ingevuld. Deel antwoorden kon verwerkt worden in bestaande antwoorden.

**32. Wat is uw mening over het verloskundig samenwerkingsverband in uw regio?
Meer antwoorden mogelijk.**

	Aantal	Percentage
Het VSV leidt tot hogere kwaliteit	600	59
Het VSV leidt tot meer medicalisering	235	23
Er ontbreken partners, namelijk	72	7
Anders, namelijk	224	22
Totaal	1002	

Er ontbreken partners, namelijk: 81 maal ingevuld.

Anders, namelijk: 219 maal ingevuld.

33. Wat is uw mening over de perinatale audits in uw regio? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Bevorderen de deskundigheid van zorgverleners	735	73
Bevorderen communicatie en samenwerking van zorgverleners	758	76
Signaleren als nieuwe of aanpassingen richtlijnen en protocollen nodig	658	66
Organisatie hiervan in de regio schiet te kort	29	3
Er is weinig terugkoppeling over de uitkomsten	132	13
De deelname aan de audits laat te wensen over	30	3
De registratie moet beter/ minder ingewikkeld	74	7
Anders, namelijk	87	9
Totaal	1002	

Anders, namelijk: 87 maal ingevuld.

34a. Er is een toename van ziekenhuiszorg door toenemende verwijzingen en een afname van de keuze voor thuisbevalling. Wat vindt u van deze ontwikkeling?

	Totaal		Eerste lijn		Tweede lijn	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Dat is een goede ontwikkeling	23	2,5	8	1	15	9
Neutraal	220	22	129	16	86	49
Dat is een slechte ontwikkeling	740	74	660	82	70	40
Geen mening	14	1,5	10	1	3	2
Totaal	997		807		174	

Toelichting 556 maal ingevuld.

**34c. Wat zijn volgens u de oorzaken van de toename van ziekenhuiszorg?
Meer antwoorden mogelijk.**

	totaal		Eerste lijn		Tweede lijn	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Onzekerheid en angst vanwege de recente aandacht voor perinatale sterfte	697	70	636	79	97	56
Toename behoefte pijnbestrijding bij zwangeren	887	89	708	88	169	97
Onvoldoende mogelijkheden te kiezen voor een bevalling thuis of een geboortecentrum of een polikliniek	73	7	62	8	15	9
Eigen bijdrage poliklinische bevalling	328	33	291	36	39	22
Ontwikkeling lokale protocollen waarbij wordt afgeweken van de verloskundige indicatielijst	259	26	255	32	14	8
Inleiding dreigende seroniteit bij 41 weken	685	68	592	73	103	59
Anders, namelijk	222	22	93	12	29	17
Totaal	1002		807		174	

35a. De verloskundigen uit de eerste lijn kunnen meer taken uitvoeren bij zwangeren die zij nu geheel overdragen aan de tweede lijn. Meer antwoorden mogelijk.

	totaal		Eerste lijn		Tweede lijn	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Ja, dan moet wel meer gebruik gemaakt kunnen worden van de mogelijkheden die voorhanden zijn voor pijnbestrijding met lachgas en steriele waterinjecties	637	64	597	72	50	29
Ja, dan is wel inzet CTG-bewaking nodig bijvoorbeeld voor verbetering indicatie	455	45	410	51	41	24
Ja, anders namelijk	251	25	201	25	44	25
Nee	92	9	30	4	57	33
Geen mening					18	10
Totaal	1002		807		174	

Anders, namelijk: 241 maal ingevuld.

35b. Indien taken verschuiven naar de eerste lijn. Meer antwoorden mogelijk.

	totaal		Eerste lijn		Tweede lijn	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Moeten eerstelijns verloskundigen worden bijgeschoold	772	77	619	77	137	79
Is een goede samenwerking met de tweede lijn een vereiste	875	87	721	89	139	80
Moet dat op basis van door de eerste en tweede lijn vastgestelde protocollen	741	74	587	73	141	81
Anders, namelijk	119	12	98	12	19	11
Geen mening					3	2
Totaal	1002		807		174	

Anders, namelijk: 119 maal ingevuld.

36. Heeft u ideeën hoe de samenwerking tussen eerste en tweede lijn kan worden geoptimaliseerd?

574 maal ingevuld.

37. De minister van VWS heeft aangegeven integrale bekostiging te willen invoeren in de geboortezorg. De NZa vindt dat de markt hier nog niet rijp voor is en adviseert op basis van gedragen zorgstandaarden te experimenteren met een integraal tarief voor de verloskunde keten. Wat is uw mening? Meer antwoorden mogelijk.

	totaal		Eerste lijn		Tweede lijn	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Starten met verschillende pilots verloskundige zorg door verloskundige samenwerkingsverbanden die dat willen	265	26	180	22	71	41
Nee, eerst moeten de kosten van zowel eerste als tweede lijn inzichtelijk zijn	558	56	480	60	74	42
Nee, eerst moet de inhoud van integrale zorg (zorgstandaarden en zorgpaden) worden vastgesteld	407	41	354	44	50	29
Nee, het afdwingen van samenwerken via een integraal tarief is geen goede basis voor bestendige samenwerking	552	55	464	58	53	31
Nee, toeslagen op bestaande tarieven of koptarieven zijn een prima stap op weg naar meer samenwerking en gegevensuitwisseling	100	10	96	12	2	1
Anders, namelijk	87	9	71	9	12	7
Geen mening	64	6	44	6	19	11
Totaal	1002		807		174	

Anders, namelijk: 86 maal ingevuld.

D. EIGEN BIJDRAGEN

38. De eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen of in een geboortecentrum. Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Is terecht, een normale bevalling hoeft niet in het ziekenhuis plaats te vinden	161	17
Is terecht, behalve als er sprake is van zorggerelateerde factoren (zoals langere afstand ziekenhuis, onhygiënische plek thuis)	350	36
Vormt een drempel voor zwangeren om weloverwogen een keus te maken voor de plaats van de bevalling	551	57
Leidt tot onnodige medische indicaties zoals voor pijnbestrijding omdat vrouwen de eigen bijdrage willen ontwijken	634	66
Anders, namelijk	34	4
Totaal	962	

Anders, namelijk: 94 maal ingevuld. Veel antwoorden konden verwerkt worden in de bestaande antwoorden van de tabel.

39. De eigen bijdrage voor kraamzorg. Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Is terecht en heeft geen nadelige gevolgen	118	12
Leidt er toe dat gezinnen om financiële redenen afzien van deze zorg	478	50
Leidt er toe dat gezinnen met lage inkomens geen of te weinig kraamzorg krijgen	710	75
Moet worden afgeschaft om veiligheid van moeder en kind verder te waarborgen	476	50
Anders, namelijk	48	5
Totaal	950	

Anders, namelijk: 63 maal ingevuld

E. VEILIGE ACUTE ZORG

40a. Indien een zwangere voor acute behandeling in het ziekenhuis moet worden opgenomen, dient deze behandeling binnen 45 minuten na melding van de noodsituatie te worden gestart. Lukt dat in uw regio?

	Aantal	Percentage
Altijd	633	67
Meestal	261	28
Soms wel, soms niet	38	4
Soms	3	0,5
Nooit	2	
Niet van toepassing	6	0,5
Totaal	943	

40b. Wat zijn hiervan volgens u de oorzaken? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Een ziekenhuis met verloskunde afdeling is te ver weg	109	36
6Ambulancepunt is te ver weg waardoor norm aanrijtijden niet altijd haalbaar	46	15
Te weinig ambulances waardoor norm aanrijtijden niet altijd haalbaar	31	10
Er is een opnamestop van een of meerdere ziekenhuizen in de regio	46	15
Een of meer ziekenhuizen zijn niet in staat de behandeling binnen 15 minuten te starten	43	14
Het starten van parallelle actie is niet goed geregeld (bijvoorbeeld onduidelijkheid wie de parallelle actie in gang kan zetten; de gynaecoloog, klinisch verloskundige of de begeleidende verloskundige)	40	13
Anders, namelijk	84	28
Totaal	304	

Anders, namelijk: 86 maal ingevuld. Deel antwoorden kon worden verwerkt in de bestaande antwoordcategorieën.

40c. Zijn er specifieke tijden waarop het hanteren van deze 45 minuten norm niet mogelijk is? Meer antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Ja, in de avonden niet	17	7
Ja, in de nachten niet	35	14
Ja, in de weekenden niet	23	9
Nee, geen specifieke tijden	205	81
Totaal	252	

41a. Is er in uw regio sprake van concentratie van ziekenhuizen?

	Aantal	Percentage
Ja, namelijk...	246	26
Nog niet, maar er zijn wel plannen, namelijk...	330	35
Beiden, namelijk...	24	3
Nee	343	36
Totaal	943	

Ja, namelijk: 228 maal ingevuld.

Nog niet, maar er zijn wel plannen, namelijk: 15 maal ingevuld.

Beiden, namelijk: 16 maal ingevuld.

**41b. Is er overleg met verloskundige zorg over de (mogelijke) concentratie van ziekenhuizen?
Meer antwoorden mogelijk.**

	Aantal	Percentage
Nee, niet dat ik weet	76	28
Ja, namelijk met (vertegenwoordigers van) het verloskundige samenwerkingsverband	79	29
Ja, namelijk met (vertegenwoordigers van) kring van verloskundigen	69	26
Ja, namelijk met (vertegenwoordigers van) gynaecologen	67	25
Ja, namelijk met (vertegenwoordigers van) cliënten	6	2
Ja, namelijk met (vertegenwoordigers van) kraamzorg	23	9
Anders, namelijk	53	20
Onbekend	35	13
Totaal	270	

Anders, namelijk: 52 maal ingevuld.

42. Wat vindt u van concentratie van verloskundige zorg? Meerdere antwoorden mogelijk.

	Aantal	Percentage
Concentratie van verloskundige zorg is nodig voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg	34	4
Concentratie van verloskundige zorg kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorg	257	27
Concentratie van zorg is geen verbetering voor de kwaliteit van verloskundige zorg en misschien wel een verslechtering	501	53
Is nodig om de aanwezigheid van voldoende personeel, kennis en ervaring te garanderen	102	11
Het is goed een norm vast te stellen aan het minimum aantal bevallingen dat in een ziekenhuis moet plaatsvinden, vanwege doelmatigheid (Achmea noemt 1200)	135	14
Het is beter te werken met satellietmodellen (poolconstructie verloskundige hulpverlening)	39	4
Mag niet leiden tot verminderde bereikbaarheid in elk geval niet onder de 45 minuten norm	749	79
Moet altijd in overleg en met inspraak van alle betrokkenen in de geboortezorg	497	53
Mag niet ten koste gaan van de keuzemogelijkheid voor een thuisbevalling	720	76
Anders, namelijk...	35	4
Totaal	944	

Anders, namelijk: 0 maal ingevuld.

43. Wat zijn volgens u de gevolgen van de concentratie van ziekenhuizen voor de zwangere en haar (ongeboren) kind?

727 Maal ingevuld.

44. Hoe kan het anders en beter?

525 Maal ingevuld.

F. MARKTWERKING IN DE VERLOSKUNDE**45. De NZa adviseerde per 1 januari vrije prijzen voor de eerstelijns verloskunde in te voeren. De minister is het eens met de NZa maar vindt het nog te vroeg hier op in te gaan. Bent u het ook eens met de NZa en dus voor invoering van vrije prijzen?**

	Aantal	Percentage
Helemaal mee eens	35	4
Mee eens	32	3
Neutraal	78	8
Mee oneens	241	26
Helemaal mee oneens	486	51
Geen mening	71	8
Totaal	945	

46a. Het vrijgeven van de prijzen geeft de verzekeraar een goed middel in handen om de samenwerking tussen zorgaanbieders, substitutie en doelmatigheid te stimuleren.

	Aantal	Percentage
Mee eens	74	8
Neutraal	97	10
Mee oneens	691	73,5
Geen mening	79	8,5
Totaal	941	

46b. De zorgverzekeraars spelen een te grote rol in het regionale overleg.

	Aantal	Percentage
Mee eens	724	77
Neutraal	111	12
Mee oneens	35	4
Geen mening	71	7
Totaal	941	

46c. Ik ervaar in het dagelijks werk als verloskundige dat de zorgverzekeraar steeds meer bepaalt.

	Aantal	Percentage
Mee eens	803	85
Neutraal	83	9
Mee oneens	30	3
Geen mening	25	3
Totaal	941	

46d. De kwaliteit ligt te veel in handen van zorgverzekeraars.

	Aantal	Percentage
Mee eens	702	75
Neutraal	125	13
Mee oneens	77	8
Geen mening	37	4
Totaal	941	

46e. Contracten worden eenzijdig opgelegd door de zorgverzekeraars.

	Aantal	Percentage
Mee eens	733	78
Neutraal	103	11
Mee oneens	7	0,5
Geen mening	98	10,5
Totaal	941	

46f. Marktwerking en concurrentie leiden tot een groter aanbod van diagnostiek zoals onnodig echoscopisch onderzoek.

	Aantal	Percentage
Mee eens	695	74
Neutraal	122	13
Mee oneens	92	10
Geen mening	32	3
Totaal	941	

46g. Marktwerking en concurrentie leiden tot oneigenlijke concurrentie van ziekenhuizen en eerste eerstelijns verloskundige hulp.

	Aantal	Percentage
Mee eens	639	68
Neutraal	136	14,5
Mee oneens	79	8,5
Geen mening	87	9
Totaal	941	

46h. Marktwerking en concurrentie leiden tot meer klantgericht werken zoals avondsprekuren.

	Aantal	Percentage
Mee eens	583	62
Neutraal	166	18
Mee oneens	171	18
Geen mening	21	2
Totaal	941	

47. Is de marktwerking in de verloskundige zorg een goed idee?

	Aantal	Percentage
Ja	62	6,59
Neutraal	165	17,5
Nee	687	73
Geen mening	26	3
Totaal	940	

CONCLUDERENDE VRAGEN**48. Kunt u drie onderwerpen benoemen die naar uw mening in de komende jaren wat betreft verloskundige zorg topprioriteit verdienen?**

852 ingevuld, 819 hebben twee onderwerpen genoemd en 712 drie onderwerpen.

49. Welke maatschappelijke problemen van zwangeren en haar omgeving komt u in uw werk het meeste tegen?

733 Maal ingevuld.

BIJLAGE 2. (DREIGENDE) SLUITINGEN ZIEKENHUIZEN OF AFDELINGEN VERLOSKUNDE

De onderstaande tekst komt uit mededelingen van de respondenten.

Amsterdam. In Amsterdam melden respondenten dreigende sluiting van een aantal ziekenhuizen. Er dreigt een sluiting van het Bovenij ziekenhuis, wat een drama zou betekenen voor de achterstandswijk waar dit ziekenhuis zich in bevindt.

Rotterdam. In Rotterdam meldt een respondent: We hebben nog maar 3 ziekenhuizen op de noordoever. Wij moeten wel eens naar Gouda uitwijken vanuit Rotterdam. Iemand anders: Sluiting ziekenhuis op de zuidoever leidt tot doorstroom naar de noordoever waardoor volmeldingen worden afgegeven.

In rapport van zorgverzekeraars staat dat regio Rotterdam zorg moet concentreren, daarom zijn ziekenhuizen noordoever en ziekenhuizen zuidoever met elkaar in gesprek. Op maatschap en bestuurlijk niveau zijn ziekenhuizen aan het fuseren, de afspraak is om verloskundige zorg te concentreren naar bepaalde ziekenhuizen in Rotterdam.

Den Haag. Den Haag meldt dat er in de afgelopen 5-10 jaar minimaal twee ziekenhuizen in de regio zijn gestopt met verloskundige zorg (Diac. Voorburg en Antoniusshove Leidschendam). Tevens zijn er plannen om de twee grootste ziekenhuizen in de stad (Bronovo/Westeinde) te laten fuseren, ook wat verloskundige betreft.

Utrecht. Het St. Antonius Nieuwegein omvat nu ook Overvecht Utrecht, Ouderijn Utrecht en de geruchten dat Hofpoort Woerden en Anthonius samengaan doen de ronde. Dat houdt in dat als Antonius besluit op 1 locatie verloskamers te voeren, dit een te grote regio wordt voor vervoer naar een verloskamer. Als je verloskundige in Woerden/Linschoten bent, is elk ziekenhuis(Utrecht/Gouda) verder dan 15 min uit je regio.

*Groningen

Delfszicht (Eemsmond) dicht, Winschoten dreigt gesloten te worden.

Oldambt: uitspraak dat acute verloskundige zorg mogelijk blijft in Oost Groningen, vertrouw ik niet.

OZG Oost Groningen dicht.

*Friesland

Dokkum (Sionsberg) gesloten. Mogelijk wordt er meer in Friesland gesloten.

*Drenthe

Meppel. Meppel is dicht, nu dus aangewezen op Zwolle (Overijssel) of Hoogeveen.

*Overijssel

Hengelo. Hengelo gaat dicht, verloskundige zorg gaat naar Almelo.

*Noordoostpolder

Emmeloord is gesloten. Nu naar Lelystad of Sneek. Dit is 35 of 50 min rijden. Als Lelystad geen plek heeft is daarom de 45 min norm niet te halen. Als er wel plek is, is het zeer krap om dit te halen. Ambulance moet ook nog komen, mevrouw moet in de auto en rijden. Voormalig ziekenhuis in Emmeloord is slechts 10 min rijden.

*Gelderland

Harderwijk: gesprekken st Jansdal en Isalakliniek (Zwolle)

Zevenaar. Zevenaar is dicht, verloskundige zorg is naar Arnhem of Doetinchem

Lingewaard. Vorig jaar hebben 2 ziekenhuizen moeten fuseren, dat betekent dat er gebieden zijn waar niet meer thuis bevallen mag/ kan worden

*Noord-Holland

Almere. In Almere is alleen het Flevoziekenhuis

Beverwijk: verloskunde naar Alkmaar?

Ziekenhuis Amstelland dreigt gesloten te worden, erg jammer voor onze regio! (Aalsmeer)

***Zuid-Holland**

Ruwaard van Putten (Spijkenisse) is dicht, verloskundige zorg gaat naar Maasstad en Ikazia (zorgverzekeraar dreigt verloskunde Vlietland en Ikazia ook de sluiten)

Zwijndrecht: afdeling verloskunde gesloten, gaat naar Dordrecht.

Nieuwkoop. Ziekenhuis Zuwe (Woerden) gaat fuseren met St Antonius ziekenhuis (Leidsche Rijn), verloskunde afdeling gaat naar Leidsche Rijn, zeer ongunstig voor Nieuwkoop.

***Zeeland**

Vlissingen: verloskunde gaat naar Goes

***Brabant**

Eindhoven. Regio Eindhoven gaat van 4 naar 2 locaties, Locatie Eindhoven gaat dicht.

Breda. In Breda is maar een locatie om te bevallen.

Tilburg. Fusie van ziekenhuizen, in een ziekenhuis verloskundige zorg. Zorgverzekeraars geven aan dat in Brabant ziekenhuizen moeten sluiten.

Den Bosch. Den Bosch gaat van 3/2 naar 1 locatie.

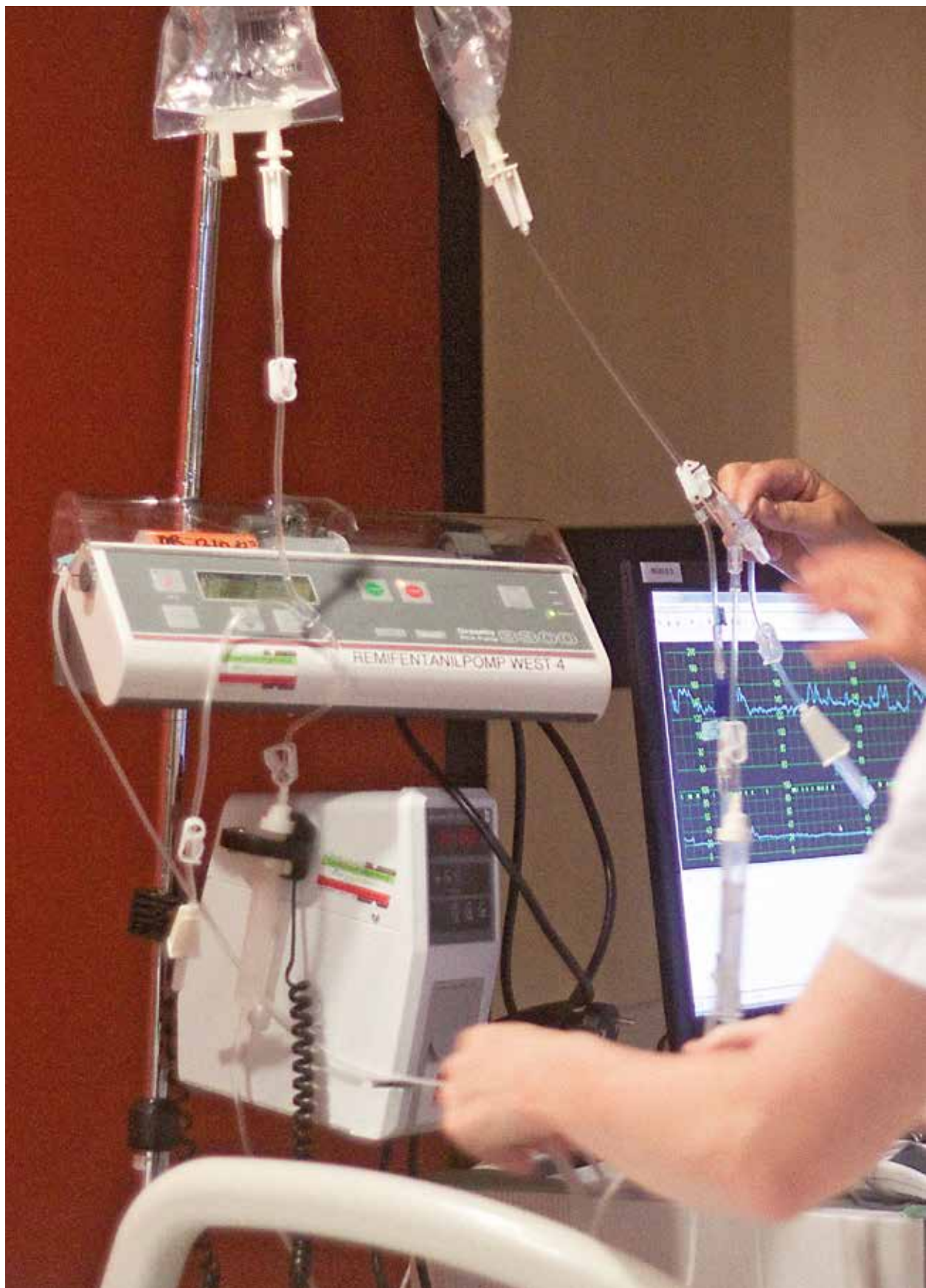
Roosendaal. Roosendaal gaat dicht, verloskundige zorg gaat naar Bergen op Zoom

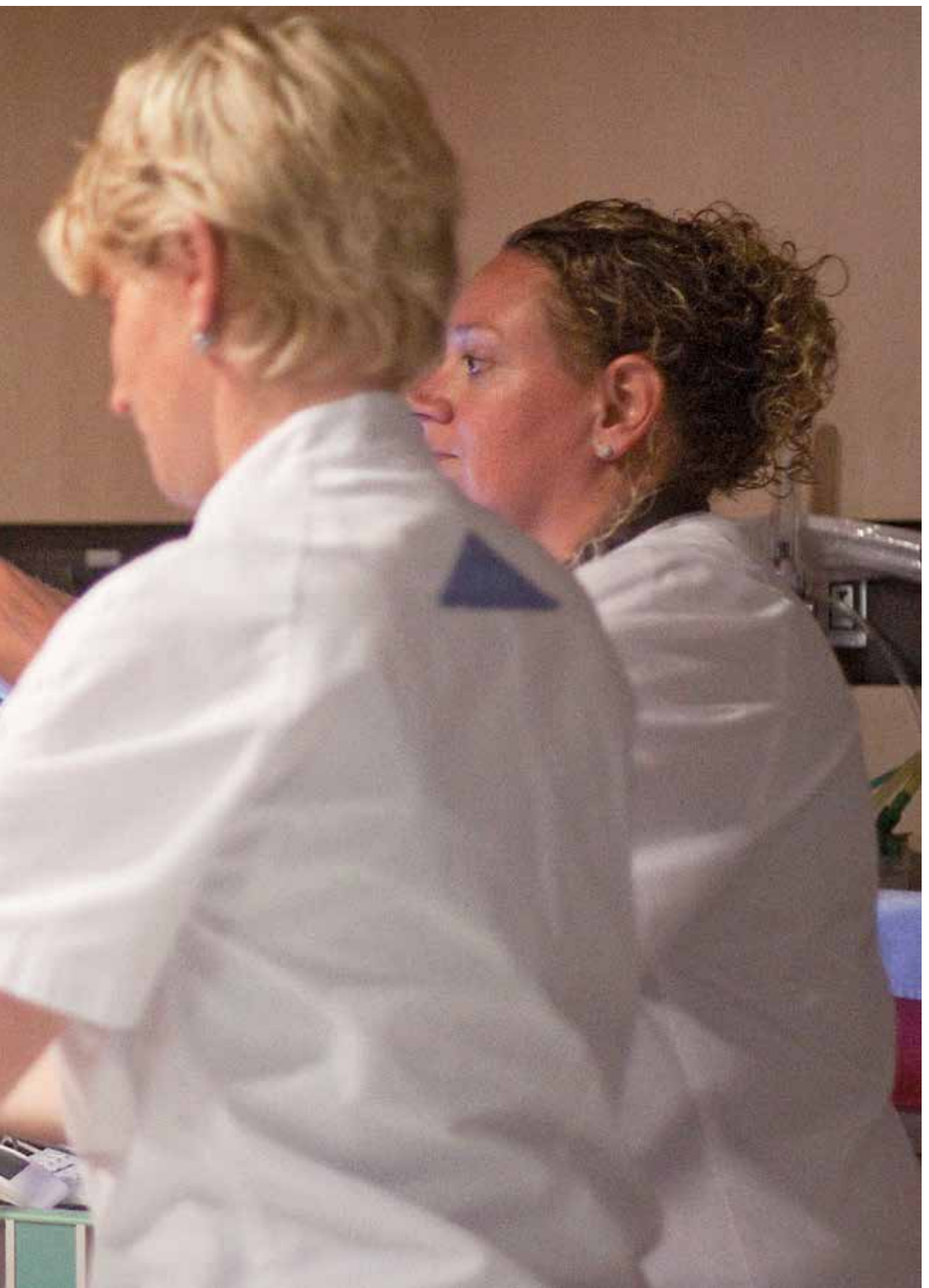
Oss en Veghel gaan fuseren met als nieuwe locatie Uden.

Heusden TSZ en EZ gaan fuseren?

***Limburg**

Weert. Eerst hulp en mogelijk verloskunde gaat dicht.





BIJLAGE 3

Aan het einde van de enquête zijn nog twee open vragen gesteld.

1. Kunt u drie onderwerpen benoemen die naar uw mening in de komende jaren wat betreft verloskundige zorg topprioriteit verdienen?

Deze vraag is door 852 respondenten ingevuld. Hieronder de meest voorkomende antwoorden:

'Behoud keuzevrijheid thuisbevallen, herstel van vertrouwen, herschikking taken (140 maal)'

'Het behouden van de zelfstandige positie van de eerstelijns verloskundige.'

'Autonomie 1e lijn, behouden van de poortwachtersfunctie.'

'Bevordering/behoud thuisbevalling en keuzevrijheid vrouwen.'

'Integrale zorg; substitutie van zorg van tweedelijns naar eerstelijns verloskundigen.'

'Thuisbevalling moet overal in Nederland mogelijk blijven.'

'Financiële prikkel om over te dragen voor 1e lijn eruit, financiële prikkel voor de 2e lijn eruit om moeders steeds maar weer onnodig terug te zien.'

'Duidelijke positionering en blijvende verankering van de eerste en tweedelijns verloskunde in de keten met, behoud van ieders expertise.'

Betere samenwerking (135 maal)

'Samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Minder overdragen, meer samen.'

'Geneeskunde studenten ook in de verloskunde praktijk laten stage lopen als ze gynaecologie willen gaan doen!'

'Samenwerken 1e en 2e lijn, ontschotten, respect en kennis wat eerstelijners kunnen en doen en er niet op neer kijken.'

'Eén visie en missie KNOV en NVOG, zij moeten kartrekkers zijn en het goede voorbeeld geven.'

'Begeleiding van alle initiatieven voor het opzetten van een integraal zorgsysteem'

in de regio's. Pas wanneer dat allemaal opgezet is en inhoudelijk correct is, kan het tarief integraal worden gemaakt.'

'Voordat iets ingevoerd word (integrale bekostiging/ontschotting), moet onderzoek gedaan zijn naar de werkelijke winst op kwaliteit van de verloskundige zorg.'

Minder macht zorgverzekeraars, geen marktwerking, geen eigen bijdrage (59 maal)

'De te grote macht van de zorgverzekeraars.'

'Marktwerking in verloskunde moet van de baan'

'Eigen bijdrage poliklinisch bevallen eraf.'

'Zorg weer in handen leggen van de verloskundigen in plaats van zorgverzekeraars'.

'Zorgverzekeraar gaat voor kwantiteit/geld, niet voor kwaliteit, gaat echt ten koste van goede verloskundige zorg.'

Betere beloning (46 maal)

'Fatsoenlijke tarieven. Verloskundigen zijn hoog opgeleid, ervaren een hoge werkdruk, hebben een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid. Daarbij past een hoger dan modale vergoeding. En een vergoeding voor een 36 urige werkweek! Ik zie niet in waarom een verloskundige haar inkomen in 46 uur per week moet verdienen als voor de rest van ons prachtige land 36 uur geld.'

'Zogenaamde "normpraktijk" omlaag.'

'Aparte tarieven!! voor oa preconceptiezorg, huisbezoeken etc.'

'Norm omlaag zodat er meer tijd is voor begeleiding cliënt (continuïteit).'

'Geen integraal tarief, dit zal absoluut niet kwaliteit verhogen.'

Meer tijd voor de echte zorg , minder bureaucratie en verlaging werkdruk (43 maal)

'Stop alle zinloze eisen van de zorgverzekeraars als niet bewezen is dat die de zorg echt verbeteren. Het houdt ons af van ons eigenlijke werk: er zijn voor de zwangere.'

'Minder papierwerk en overleg meer tijd voor zwangere.'

'Meer handen aan het bed.;

'Zorgen dat ik verloskundige kan blijven en geen secretaresse.'

'Management/vergader en overlegtijd minimaal halveren.'

'Evenwicht cliëntgerichte zorg en neventaken.'

'Zwangere centraal, versterken vertrouwen (35 maal)'

'Aandacht voor de individuele cliënt, partner en (ongeboren) kind.'

'Wat verwacht de zwangere van verloskundige zorg- beter luisteren naar en zorg daar waar mogelijk en verantwoord op afstemmen.'

'Angstreductie bij cliënten en zorgverleners.'

'Verloskunde draait in eerste instantie om een vrouw die aandacht en zorg nodig heeft, het nieuwe leventje te ontvangen en een goede kans in deze wereld te geven. Hoe kunnen we dat gezamenlijk het beste waarborgen (continuïteit).'

'Zwangeren weer vertrouwen geven in zichzelf en het verloskundesysteem in Nederland, inclusief de thuisbevalling.'

Kwaliteit, terugdringen sterfte, scholing, onderzoek eerste lijn (34 maal)

'Goede registratie en onderzoek om de uitkomsten goed in kaart te kunnen brengen, ook de tevredenheid en niet alleen sterfte.'

'Verder terugdringen van perinatale sterfte.'

'Kwaliteit versus kwantiteit en hoe kan kwaliteit gemeten worden en ook beoordeeld worden door zwangeren (niet door avondspreekuur en aantal echo's).'

'Eerstelijns onderzoek als contragewicht voor RCT's met hoogrisico cohorten, zodat een betere voorspellende waarde van invloed is op nieuw te maken protocollen.'

'Geen concentratie van zorg (30 maal)'

'Bepaalde regio's waarin ziekenhuizen fuseren de verloskunde staande houden.'

'Bereikbare tweedelijns zorg voor iedereen.'

'GEEN concentratie van verloskundige zorg.'

'Behoud van kleinere perifere ziekenhuizen.'

- 'Geen concentratie van verloskunde indien bereikbaarheid niet optimaal is.'
- 'Terugdringen medicalisering (25 maal)'
- 'Minder medicaliseren (onnodig verwijzen).'
- 'Niet onnodig medicaliseren van laag risico zwangeren.'
- 'Onderzoeken of medicalisering daadwerkelijk voor kwaliteitsverbetering zorg.'
- 'Terugdringen medicalisering en eerlijk onderzoek naar doelmatigheid handelen.'
- 'Meer preventie, anticonceptie en preconceptionele zorg (20 maal).'
- 'Voorlichting in de preconceptiefase(bv scholen etc).'
- 'Preventie door preconceptiezorg en aandacht voor achterstands-zwangeren op alle fronten.'
- 'Preventie slechte zwangerschapsumstandigheden, zoals obesitas en tieners.'
- 'Zorg aan kwetsbare groepen (18 maal).'
- 'De zorg aan zwangeren in achterstandswijken.'
- 'Minder taalbarrière allochtonen.'
- 'Verbetering zorg in achterstandswijken.'

Pijnbestrijding (13 maal)

- 'Regie pijnbestrijding in de eerste lijn.'
- 'Uitbreiding taken verloskundigen zoals toediening lachgas.'
- 'Pijnbestrijding verminderen.'

2. Welke maatschappelijke problemen van zwangeren en haar omgeving komt u in uw werk het meest tegen?

Deze vraag is door 733 respondenten ingevuld. Hieronder de meest voorkomende antwoorden:

- 'Sociale problemen, armoede, werkloosheid, slechte leefomstandigheden, ongezonde leefstijl en zwakbegaafd (meer dan 400 maal)'

'Financiële problemen vooral. Mensen hebben bijvoorbeeld geen geld voor fysiotherapie. Hoe mensen verzekerd zijn en hoeveel bestedingsruimte ze hebben, heeft invloed op welke zorg zij krijgen. Mensen mijden zorg soms, zijn bang voor de kosten. In mijn wijk veel cliënten met een lage sociaaleconomische status. Ik zie problemen met huisvesting, met ongezonde leefstijl, onvoldoende kennis op het gebied van gezond zwanger worden en zijn (nog steeds schrikbarend veel mensen die geen foliumzuur gebruiken), geen toegang tot informatie over de normale bevaling. Die problemen werken niet alleen door bij de vrouw zelf, maar ook zeker bij haar kind. Ik zie taalachterstanden, verwaarlozing, ouders die niet weten hoe ze bij hulp of informatie omtrent opvoeden moeten komen.'

'Sociale problemen, armoede, slechte voeding, overgewicht, sociaal isolement. Werkeloosheid. Alleenstaand ouderschap. Niet geïntegreerd zijn in de samenleving.'

'Ik werk in een achterstandswijk waar er veel psychosociale problemen zijn zoals: werkloosheid, roken, slechte voeding, mishandeling, onvoldoende sociale steun etc.'

'Ik werk in een achterstandsgebied en zie veel zwangeren met financiële problemen, taalproblemen, isolement, slechte voedings- en leefgewoonten etc.'

'Mensen met een uitkering, een aantal moet zelfs naar de voedselbank.'

'Armoede, sociale exclusie gedurende meerdere generaties. Werkeloosheid en laaggeletterdheid.'

'Nu helaas met de recessie steeds meer psychische, en financiële problemen, en de eventuele gevolgen daarvan kennen we allemaal.'

'(Te) laag IQ om kind op te voeden.'

'Laag inkomen, weinig scholing.'

'Slechte basis gezondheid (roken/adipositas/veel sociale misstanden/laagopgeleiden etc.)'

'Zwakke sociale milieus: multifactoriële problematiek: intoxicaties, psychologische problemen,...'

'Armoede, sociale exclusie gedurende meerdere generaties.'

'Psychosociale problemen en huishoudelijk geweld (circa 200 maal).'

'Veel psychosociale problemen, huiselijk geweld. Tienerzwangerschappen.'

'In de afgelopen jaren lijkt het dat de zwangere meer kwetsbaar is geworden, er zijn veel meer problemen gevallen bij gekomen. De psychosociale zorgen nemen toe. Meer vrouwen die echt psychisch niet goed in hun vel zitten en hulp nodig hebben. Meer gezinnen in de schuldsanering, drugsgebruik, werkeloosheid, obesitas, multi-problematiek.'

'In de afgelopen jaren lijkt het dat de zwangere meer kwetsbaar is geworden, er zijn veel meer problemen gevallen bij gekomen. De psychosociale zorgen nemen toe. Meer vrouwen die echt psychisch niet goed in hun vel zitten en hulp nodig hebben. Meer gezinnen in de schuldsanering, drugsgebruik, werkeloosheid, obesitas, multi-problematiek!!'

'Financiële problematiek en de daardoor veroorzaakte psychosociale problematiek bij de zwangere.'

'Huiselijk geweld en psychische problemen.'

'Financiële problematiek; psychische problematiek in de vorm van angststoornissen en depressies; negatieve seksuele ervaringen zoals incest, aanranding en verkrachting; huiselijk geweld en mishandeling (in het verleden); onzekerheid; weinig ondersteuning van omgeving of familie en vrienden, eenzaamheid; ongeplande zwangerschappen.'

'Bij hoogopgeleide zwangeren zie ik ook veel sociaal isolement, geen sociaal of familie-netwerk.'

'Door de individualisering hebben sommige mensen maar een heel klein netwerk om steun te ontvangen of extra begeleiding van naasten. Vaak wonen ze (zoals familie) niet dichtbij elkaar. Door de kleine gezinnen en weinig scholing omtrent verzorging en begeleiden. opvoeden van kinderen is er soms weinig kennis en daardoor veel onzekerheid. Aanmerkelijk meer cliënten met angststoornissen, depressie klachten, vaak met medicatie, waarvan alle risico's voor het ongeboren kind nog niet bekend zijn. Cliënten die het financieel zwaar hebben. Veel meer verbroken relaties, tijdens de zwangerschap of nieuwe samengestelde gezinnen, al dan niet met problemen. Asielzoekers, niet op de hoogte van ons systeem, flinke taalbarrière, vaak ook veel problemen door wat ze hebben moeten meemaken. Maar verder ook veel leuke gezinnen, waar het nieuwe kind een feestje is.'

'Steeds meer vrouwen ervaren de zwangerschap als een extra druk waardoor begeleiding door poppoli nodig is en eventueel medicatie, vind ik een slechte zaak.'

'Combinatie kinderen en werk (circa 75 maal).'

'Zwanger zijn en werkdruk maar meer nog moeder zijn en werkdruk. Dus veel te kort verlof voor moeder en zeker ook vader!'

'Werkdruk, door bang te zijn om baan te verliezen toch te lang en te hard doorwerken waardoor zwangerschap slechter verloopt.'

'Angst en te weinig netwerk (geen participatiesamenleving, dat zou het misschien goed doen, maar dat is niet 1-2-3 te realiseren). Vrouwen moeten veel, kinderen krijgen en werken en moeten aan normen voldoen. Dan is een goed netwerk van levensbelang en vertrouwen in zichzelf.'

'Borstvoeding en werk voor meeste vrouwen niet te combineren en ze stoppen daarom al voor ze gaan werken, waardoor baby niet de aanbevolen 6 maanden borstvoeding krijgt. Als alle baby's 6 maanden zouden krijgen, zouden we in Nederland miljoenen aan kosten in de zorg kunnen besparen op korte en lange termijn.'

'Overbelasting van de goed opgeleide vrouwen o.a. bijvoorbeeld angst om hun baan te verliezen.'

'Werkgevers willen geen last hebben van zwangere werknemers! Veelal worden contracten niet verlengd en ontstaat er spanning als de zwangere het werk te zwaar gaat vinden of klachten krijgt.'

'Veel hoog opgeleide zwangeren die met een overvolle agenda zitten, druk uit de omgeving om mee te kunnen den in te Ratrace mooi huis mooie spullen eenzaamheid.'

'Te kort zwangerschapsverlof, veel contracten niet verlengd vanwege de zwangerschap.'

'Werkgevers voldoen niet aan de eisen voor borstvoedinggevende moeders, waardoor borstvoeding al snel stopt als de vrouw weer aan het werk gaat. Werkgevers hebben in deze tijd onvoldoende begrip voor zwangere werknemers en dreigen met ontslag bij fysieke problemen.'

'Vrouwen zijn tijdens de zwangerschap ook bewuster dat ze de baan die ze hebben graag willen houden, dus melden zich soms minder snel ziek.'

'Werkgevers niet goed op de hoogte van de rechten van een zwangere en borstvoedinggevende moeder.'

'Te weinig zorgverlof, te hoge werkdruk gecombineerd met de zwangerschap.'

'De zwangere ervaart vaak veel druk van de werkgever tijdens de zwangerschap, contracten die niet verlengt worden, etc.'

Drugs en andere verslavingsproblematiek (circa 75 maal)

'Psychiatrische problematiek, drugsgebruik, AMK.'

'Verslaving (roken/drugs/medicatie).'

'Steeds meer psychosociale problematiek door financiële problemen, drugsgebruik, roken.'

'Ongezonde leefstijl, slechte voeding, roken, drugsgebruik in verleden en financiële problemen.'

'Zwangeren zijn tegenwoordig dikker dan vroeger, waardoor meer gezondheidsproblemen. Ze hebben ook meer psychische problemen, slikken vaker antidepressiva.'

'Gebruik van middelen (met name xtc, hasj, cocaïne).'

'Roken, slechte eetgewoonten, overgewicht, diabetes gravidarum.'

Angst voor bevalling en verschuiving naar ziekenhuis (circa 65 maal)

'Zwangere krijgt rondom spontaan bevallen, sectio zoveel keuze vrijheid die zij niet helemaal kan overzien. De hulpverlener kan wel iets meer sturend zijn. Uit angst neemt het aantal sectio's toe.'

'De dure zorg is een probleem en het wordt steeds duurder doordat er indicaties 'gemaakt' worden. Ik denk dat directeuren daarop aansturen. Waarom gaat er niet iemand van bijvoorbeeld Achmea eens goed bekijken hoe het gaat in de ziekenhuizen?'

'Een eerstelijns praktijk heeft zich over laten nemen door de 2e lijn en dat zorgt voor onrust en oneerlijke concurrentie (veel advertenties voor die praktijk in het ziekenhuistijdschrift, wat bij iedereen in de bus valt). Dat werkt ook medicalisering in de hand.'

'Druk van de omgeving ten aanzien van beleid bij serotiniteit, pijnbestrijding, plaats van de geboorte.'

'Mensen leven soms ongezond, roken, overgewicht enz. Soms ook beïnvloedbaar bv pijnstilling bij de baring willen. Wij merken dat je met continue begeleiding veel kunt winnen en medicalisering voorkomt. In ons dorp hebben we gelukkig nog ruim de helft thuisbevallingen, was tot voor kort meer! Die zwangeren zijn vaak meer tevreden, hebben actief gebaard in plaats van verlost te zijn van hun kind.....Wij gaan graag zo door!'

'Ik werk in een duo praktijk, wij hebben heel veel tijd voor elke cliënt. Dat geeft veel voldoening en goede zorg, maar ik snap ook dat andere verloskundigen niet zo werken. Door steeds meer opgelegde regeltjes en bijzaken zijn we veel te druk. Vrije tarieven gaan dit alleen maar verergeren. Verlaag liever de normpraktijk (ofwel verhoog de tarieven), stimuleer kleine praktijken of teams te vormen en haal de werkdruk weg en breng het werkplezier terug! Zwangeren gaan zich dan vanzelf meer gehoord en gesteund en minder bang voelen, bevallen meer thuis en met minder complicaties, en de zorg wordt vanzelf goedkoper.'

'Taal en integratieproblemen (circa 45 maal).'

'Veel taalbarrière. Tolkentelefoon moeten mensen zelf betalen, en dit kunnen of willen zij niet.'

'Allochtone vrouwen die het Nederlandse systeem niet kunnen en de taal niet spreken. achterstandsituaties.'

'Een asielzoekerscentrum met te veel verhuizingen van de asielzoekers zodat De zorg in gevaar komt.'

'Slechte zorg aan uitgeprocedeerden/asielzoekers door teveel overplaatsingen.'

'Illegaliteit; armoede; taalproblematiek.'

'Huisvestingsproblemen (circa 45 maal).'

'Leven in ongezonde huizen en milieu.'

'Geen woning / te dure woning.'

'Ontslag van Poolse werkneemsters in verband met hun zwangerschap. Zij zijn acuut niet meer verzekerd. Ook slechte huisvesting in die groep.'

'Over het algemeen is de financiële situatie van veel jonge gezinnen verslechterd de afgelopen jaren. Daardoor zijn ook hun woonomstandigheden dan slechter, er zijn te weinig huizen in Hoofddorp voor dit soort gezinnen en dat leidt soms tot schrijnende situatie.'

'Huisvestingsproblematiek (met 4 kinderen op 2 kamer huur woning bijvoorbeeld).'

'Woonsituatie niet meer passend vanwege niet kunnen verkopen/kopen.'

Relatieproblemen (circa 45 maal)

'Relatieproblemen, vaak voortkomend uit problemen van moeilijke jeugd.'

'Echtscheiding, psychische problemen, relatieproblemen, financiële moeilijkheden.'

'Schulden / scheiding / drugsgebruik en daardoor in een vicieuze cirkel naar beneden geraken. Ongezonde levensstijl is vaak een onderdeel hiervan en dit heeft weer gevolgen voor zwangerschap.'

'Werkeloosheid, stukgelopen relaties, samengestelde gezinnen [kinderen van meerdere partners].'

Tienerzwangerschappen (circa 45 maal)

'Wegbezuinigen FIOM, laten betalen voor anticonceptie werkt averechts. Wil je ongewenste zwangerschap voorkomen dan moeten alle vormen van anticonceptie in de basisverzekering.'

'Ongewenste tienerzwangerschap bij verbroken relaties zonder eigen woonruimte.'

'Tienerzwangerschap, alleenstaande moeders, financiële problematiek, verstandelijke beperkingen, intoxicaties, relationele problematiek.'

'Schrappen voorzieningen en te veel informatie'

'Vergoedingen die uit basispakket zijn gehaald, fysio, diëtetiek na 4 uren, ggz, stoppen roken begeleiden. Eigen bijdrages waardoor mensen van voorzieningen afzien die wij ze aanreiken.

Zwangerschap is bij uitstek een periode om in je leven dingen anders te gaan doen, maar om 1:1 de verantwoording om zwangeren daarin te begeleiden daarvoor maar naar de verloskundige te schuiven en aan de andere kant allerlei voorzieningen te schrappen en ook nog te verwachten dat we alle tijd van de wereld hebben voor de cliënt en 24/7 klaar staan, gaat wel heel ver.'

'Uitholling van het maatschappelijk werk. Mensen hebben zorg nodig, maar kunnen het niet betalen (bv kraamzorg). Wegbezuinigen FIOM, laten betalen voor anticonceptie werkt averechts.'

'Zwangeren met lage SES en lage inkomens krijgen niet de zorg die ik iedereen gun omdat ze het niet kunnen betalen.'

'Zorg mijden om financiële redenen.'

'Geen geld om zorg te kopen (kraamzorg, poliklinisch bevallen, het laten uitvoeren van bepaald bloedonderzoeken!!).'

'Voor de meer eenvoudige mensen vindt ik dat ze overstelpt worden met informatie en ingewikkelde regelgeving. Ze kunnen door de bomen het bos niet meer zien. Ook wij als verloskundigen "moeten" hen zoveel voorlichten en informeren.'

