

# De veranderende verhoudingen binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg in Nederland



## Concurreren of Samenwerken?

Esther Ensing

Studentnummer: 310941

Begeleider: Dr. A.A. de Bont

Meelezer: Dr. J.D.H. van Wijngaarden

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Master Zorgmanagement; Erasmus Universiteit Rotterdam

Rotterdam, juni 2010





Foto voorkant:

Ooievaarsstation bij De Wijk (Dr)

(foto J.A.C. Nieuwschepen)

## Voorwoord

---

Met deze scriptie is er een eind gekomen aan mijn opleiding tot Master of Science in Zorgmanagement. Ondanks de twijfels, heb ik geen spijt gehad van mijn keuze om naast mijn gezin en werk als verloskundige verder te studeren. Ik had nooit durven dromen dat ik mijn diploma zou behalen aan de universiteit. Zonder de steun van de mensen om mij heen was dit niet mogelijk geweest. Ik wil dan ook van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken.

Allereerst wil ik Antoinette bedanken voor haar begeleiding tijdens het afstudeertraject. Bedankt voor je feedback, je hebt het voor elkaar gekregen dat ik het afstuderen leuk begon te vinden. Jij bent voor mij mijn “docent van mijn studie”. Ik wens jou en jouw gezin heel veel succes het komende jaar in de Verenigde Staten.

Lieve mama, Jacob en Netty. Bedankt voor het oppassen op de vrijdagmiddagen op Wouter en Emiel. Het halen en brengen van de jongens naar tennis en voetbal zodat het normale leven voor hen door kon gaan.

Dank je wel Esther, lieve vriendin, voor de altijd opbeurende, stimulerende en relativierende woorden op de momenten dat ik er helemaal doorheen zat. Je bent voor mij een motivator geweest gedurende de studie. Ik wens jou heel veel succes met je promotietraject!

Bedankt Marianne, vriendin en “zeilmaat”, voor de gezellige etentjes in de tuin of aan de keukentafel. Na een lange dag studeren was dat voor mij een heerlijke ontspanning.

Lisa en Nynke, mijn studievriendinnen. Dank voor alle kopjes koffie en de gezelligheid tijdens de studiedagen. Lisa, ik heb bewondering voor je. Studeren en baren, je deed het allemaal maar tegelijkertijd. Nynke, het waren gezellige autoritten samen. Tijdens deze ritten hebben we plezier gehad en alles wat ons bezig hield besproken. Heel veel succes met het beantwoorden van je laatste vraag op 25 juni!

Lieve Peter Anko, bedankt voor al je steun en ruimte die je me hebt gegeven om deze studie te kunnen doen. Zonder jou was dit resultaat niet mogelijk geweest. Het was voor mij fijn om te weten dat je je vermaakte al die weekenden met onze kinderen en je “zeilmaat” op het Paterswoldsemeer. Nu ga ik een zeilcursus volgen!

Lieve Wouter, lieve Emiel. Mama is klaar. Ik heb weer tijd om spelletjes te doen, te mountainbiken, te tennissen, te zeilen en nog veel meer leuke dingen te doen!

Esther Ensing

## Samenvatting

---

Deze scriptie beschrijft de invloed van de externe ontwikkelingen, de liberalisering van de zorgmarkt en de veranderende financiering van de zorg, op de veranderende verhouding binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg.

Het onderzoek heeft een kwalitatieve opzet. Het gaat om het inzichtelijk maken van een vraagstuk en niet om het in kaart brengen van cijfers. Het onderzoek betreft zowel een literatuur- als een praktijkonderzoek. In de literatuurstudie is gezocht naar theoretische inzichten wat betreft de visie op verloskundige zorg en bevallingen. Voor het theoretisch kader zijn twee modellen uitgewerkt: het normal childbirth model en het medical childbirth model. Beiden hebben hun eigen visie op de verloskundige zorg. Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden op basis van interviews en documenten.

In het afgelopen jaar is er veel gezegd en gedaan rondom de zorgverlening aan de zwangere vrouw. Een aanleiding tot de vele discussies was het rapport van de RIVM over het hoge percentages babysterfte in Nederland. Na het verschijnen van dit rapport en het eindadvies van de “Stuurgroep zwangerschap en geboorte”, is er een verandering waar te nemen in de Nederlandse verloskundige zorgverlening. Aan de ene kant roepen deze twee rapporten op tot een betere samenwerking tussen beide groepen zorgverleners met daarin de zwangere patiënt centraal. Aan de andere kant lijkt er een onderlinge concurrentie te ontstaan tussen de twee zorgverleners waarbij ook de inzet is de zorg voor de zwangere patiënt.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat voornamelijk de liberalisering van de zorgmarkt binnen de eerstelijns verloskunde de concurrentie onderling heeft aangewakkerd. Deze concurrentie leidt tot een verschuiving van de twee modellen dichter naar elkaar toe.

## Summary

---

This paper describes the impact of external developments, the liberalization of the health care market and the changing funding of care, on the changing relationship in the first- and secondline obstetric care.

The study has a qualitative design. It gives insight into a problem instead of the mapping of numbers. The research considers literature as well as practical research. The literature has been searched for a theoretical insight regarding the vision of maternity care and childbirth. For the theoretical framework the two models have been developed: the normal childbirth model and the medical childbirth model. Both have their own vision of midwifery care. The practical research took place, based on interviews and documents.

In recent years a lot has been said and done about the care of the pregnant woman. One reason for the many discussions was the report made by the RIVM on the high level of infant death in the Netherlands. After the publication of this report and the final opinion of the “Stuurgroep zwangerschap en geboorte”, there is a change in the Dutch obstetric health care. On the one hand, these two reports are calling for a better cooperation between the two groups regarding the pregnant patient care. On the other hand, there seems to become more mutual competition between the two caregivers regarding the care for the pregnant patient.

The results of the survey shows us that mainly the liberalization of the health care market in primary midwifery brings more competition among themselves. This competition leads to a shift of the two models closer together.

# Inhoudsopgave

---

Voorwoord .....	i
Samenvatting .....	ii
Summary .....	iii
1. Inleiding .....	1
1.1 Context .....	1
1.2 Het Nederlands verloskundig systeem .....	3
1.2.1 Onderscheid tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg .....	3
1.2.2 Financieringssystemen binnen de verloskundige zorg .....	4
1.2.3 Liberalisering van de zorgmarkt in de verloskundige zorg.....	5
1.3 Doel van het onderzoek:.....	5
1.4 Relevantie van het onderzoek .....	6
1.5 Leeswijzer.....	7
2. Theoretisch kader .....	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Medical Childbirth model.....	10
2.3 Normal Childbirth model .....	11
2.4 Overeenkomsten beide modellen .....	13
2.4.1 Verbinding tussen de twee modellen .....	13
2.4.2 Conceptueel model .....	14
2.5 Onderzoeksvraag.....	16
3. Onderzoeksmethode .....	18
3.1 Onderzoeksomgeving en context .....	18
3.2 Onderzoeksdesign .....	18
3.3 Dataverzameling .....	19
3.3.1 Documentonderzoek .....	19
3.3.2 Interviews .....	19
3.4 Validiteit en betrouwbaarheid.....	20
3.4.1 Validiteit.....	20
3.4.2 Betrouwbaarheid.....	21
3.5 Rol en positie van de onderzoeker .....	21

4. Resultaten.....	22
4.1 Hoe zijn de externe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg van invloed op de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, in het bijzonder op de verhouding tussen het model van de normale geboorte versus het medische model? .....	22
4.1.1 Concurrentie en samenwerking binnen de eerstelijns verloskundige zorg.....	22
4.1.2 Concurrentie en samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. ....	27
4.1.3 Concurrentie en samenwerking binnen de tweedelijns verloskundige zorg.....	30
4.2 Hoe verandert de verhouding van de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg zich met betrekking tot het medical childbirth model en het normal childbirth model van geboorte? .....	33
4.3 Wat is het gevolg van de veranderingen in de eerste- en tweedelijns verloskunde voor de onderlinge verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg binnen het Nederlands verloskundig systeem?.....	34
5. Conclusie, reflectie en aanbevelingen .....	36
5.1 Conclusie .....	36
5.2 Reflectie op het onderzoek .....	39
5.3 Aanbevelingen .....	39
Literatuurlijst.....	41



# 1. Inleiding

---

Deze scriptie is geschreven als afstudeeropdracht van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. De scriptie beschrijft de veranderende verhouding met betrekking tot de relaties binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. In de leeswijzer aan het einde van deze inleiding wordt de verdere opbouw van de scriptie toegelicht.

## 1.1 Context

In het afgelopen jaar is er veel gezegd en gedaan rondom de zorgverlening aan de zwangere vrouw. De discussies die gevoerd werden raakten voornamelijk de kwaliteit en veiligheid van de verloskundige zorg. Gynaecoloog Vissers gaf in de Volkskrant van 21 oktober 2009 zijn mening weer over de eerstelijns verloskundigen. *“...Vrouwen moeten niet persé de kans krijgen gewoon te bevallen, zegt Gerard Visser. Dat leidt tot onnodige babysterfte. Maar verloskundigen willen het Nederlandse erfgoed veiligstellen...”*. Van Roosmalen en Croon reageren in de Volkskrant van 13 november 2009 op het artikel van Vissers. Hierin schrijven zij over het Nederlandse verloskundige systeem het volgende: *“...Maar als het Nederlandse systeem verdwijnt, verliezen vrouwen de keuzevrijheid en de kans op een ongecompliceerde, dus veilige bevalling. Want een ziekenhuisbevalling met pijnbestrijding is per definitie een risicobevalling geworden...”*. Simone Buitendijk, hoogleraar eerstelijns verloskunde verwoordt het in haar rede ‘De stem van de vroede vrouw’ als volgt: *“... Hoe willen wij zwangerschap en geboorte zien? Als technische processen? Waarbij zwangerschap de groei van een kind in een vrouw is, en geboorte een mechanisch gebeuren waarbij dat kind gezond ter wereld moet komen? Of willen we zwangerschap en geboorte zien als iets groters, iets fundamenteels?...”*.

De aanleiding van de vele discussies was het rapport over het hoge percentages babysterfte in Nederland. In dit rapport werd het Nederlandse babysterfte percentage vergeleken met de landen om ons heen (RIVM rapport 2005). Naar aanleiding van dit rapport is er door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de “Stuurgroep zwangerschap en geboorte” in het leven geroepen. Deze stuurgroep had als vraagstelling meegekregen een advies uit te brengen voor 1 januari 2010. Dit advies moest concrete en realistische voorstellen bevatten om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen. Deze stuurgroep is



in januari 2010 met een eindadvies gekomen wat is samengevat in het artikel “Een goed begin” (Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. 2010).

Tegelijkertijd is de afgelopen jaren het aantal verloskundigen toegenomen. Door deze toename stijgt het aantal vrije vestigingen van zelfstandige verloskundigen waardoor er binnen de eerstelijns verloskunde concurrentie ontstaat. Tussen het jaar 2000 en 2006 is het aantal verloskundigen toegenomen van 1.576 naar 2.134. In 2008 waren er in totaal 2.315 praktiserende verloskundigen in Nederland. Hiervan werkten er 1.763 in de eerste lijn. Het grootste deel (58%) van alle praktiserende verloskundigen is werkzaam in een eigen praktijk of maatschap. Ongeveer een derde werkt in loondienst; zij werken hetzij in een ziekenhuis, hetzij in loondienst bij een zelfstandig gevestigde verloskundige. Een klein deel van de verloskundigen werkt in loondienst bij een gezondheidscentrum, de Stichting Thuisbevalling Nederland (STBN) of een vergelijkbare instelling of stichting. De overige verloskundigen (8%) zijn werkzaam als waarnemer (zie tabel 1).

	1 <sup>2</sup>		2		3		4		5		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1998	1.001	70,7			208	14,7	101	7,1	106	7,5	1.416	100,0
1999	1.050	69,3			226	14,9	125	8,3	114	7,5	1.515	100,0
2000	1.089	69,1			240	15,2	129	8,2	118	7,5	1.576	100,0
2001	1.148	70,6			249	15,3	130	8,0	100	6,1	1.627	100,0
2002	1.183	68,3			293	16,9	165	9,5	90	5,2	1.731	100,0
2003	1.146	62,8	62	3,4	322	17,6	151	8,3	144	7,9	1.825	100,0
2004	1.187	60,7	69	3,5	384	19,6	182	9,3	133	6,8	1.955	100,0
2005	1.240	59,6	66	3,2	441	21,2	171	8,2	162	7,8	2.080	100,0
2006	1.301	59,2	63	2,9	481	21,9	162	7,4	190	8,6	2.197	100,0
2007	1.358	59,2	68	3,0	515	22,5	170	7,4	182	7,9	2.293	100,0
2008	1.349	58,3	60	2,6	552	23,8	176	7,6	178	7,7	2.315	100,0

<sup>1</sup> Toelichting functies:

1 = eigen praktijk/maatschap

2 = in loondienst van gezondheidscentrum, STBN of vergelijkbare instelling/stichting

3 = klinisch werkzaam

4 = in loondienst van zelfstandig gevestigde verloskundige

5 = waarnemer

<sup>2</sup> 1998 t/m 2002: inclusief functie 2.

Tabel 1. Verdeling van het aantal praktiserende verloskundigen naar functie, op 1 januari (1998-2008).

## **1.2 Het Nederlands verloskundig systeem**

Onder verloskundige zorg wordt de zorg verstaan die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap (prenatale zorg) tot en met de bevalling (natale zorg) en het kraambed (postnatale zorg). Zorg vóór de conceptie (preconceptiezorg), als nieuw onderdeel van de verloskundige zorg, is nog volop in ontwikkeling.

### 1.2.1 Onderscheid tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg

Er wordt onderscheid gemaakt naar eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. De eerstelijns aanbieders van verloskundige zorg, een verloskundige of een huisarts actief op het gebied van verloskunde, nemen de begeleiding van normaal verlopende zwangerschappen en bevallingen voor hun rekening. Wanneer uit de risicoselectie door de eerstelijns zorgverlener blijkt dat er een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode draagt deze de begeleiding over aan de tweedelijns zorgverlener (vooral gynaecoloog en kinderarts).

Vrouwen met een normaal verlopende zwangerschap, zonder complicaties, hebben in Nederland de keuze tussen een bevalling thuis of in het ziekenhuis (de poliklinische bevalling). Nederland is één van de weinige westerse landen waar deze keuze gemaakt kan worden. Deze keuze is gebaseerd op de visie dat zwangerschap, bevalling en kraamperiode in beginsel fysiologische gebeurtenissen zijn en waarbij onnodige medicalisering voorkomen moet worden. Voor de gezondheid van moeder en kind is er bij een normaal verlopen zwangerschap geen verschil tussen een ziekenhuisbevalling en een thuisbevalling (De Jonge, A. Goes, B.Y., Ravelli, A., Amelink-Verburg M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J., Buitendijk, S.E. , 1177-1184).

### **Verloskundigen**

Verloskundigen begeleiden en controleren vrouwen tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed. Er is een onderscheid tussen eerste- en tweedelijns verloskundigen. De eerstelijns verloskundigen begeleiden normaal verlopende zwangerschappen en bevallingen (Liefhebber, S., Van Dam, C., Waelput, A. 2006). De tweedelijns verloskundigen werken in ziekenhuizen onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

Het merendeel van de verloskundigen is werkzaam in de eerste lijn, maar de laatste jaren stijgt het percentage tweedelijns verloskundigen. Dit sluit aan bij het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte over continue aanwezigheid op de verloskamers van een tweedelijns verloskundige die daartoe aanvullend is opgeleid (Stuurgroep Zwangerschap

en geboorte. 2010). Het aandeel van de tweedelijns verloskundige in de verloskundige zorg is onderdeel van de zorg verleend door de gynaecologen.

## **Gynaecologen**

Wanneer uit risicoselectie blijkt dat er een verhoogd risico bestaat op complicaties tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode valt de zorg onder de tweedelijns zorgverlener (vooral gynaecoloog en kinderarts). Dit zijn soms risico's die vooraf bekend zijn, zoals bij vrouwen die lijden aan diabetes. Sommige risico's voor vrouwen of hun ongeboren kinderen ontstaan tijdens zwangerschap of bevalling, zoals een kind in stuitligging. Als de gynaecoloog de bevalling begeleidt, vindt deze altijd in het ziekenhuis plaats. Na de bevalling worden de meeste vrouwen voor verdere begeleiding in het kraambed thuis (terug)verwezen naar de verloskundige of de huisarts actief op het gebied van verloskunde.

### 1.2.2 Financieringssystemen binnen de verloskundige zorg

De tweedelijns verloskundige zorg kent op dit moment al vrije prijsvorming (B-segment ziekenhuisbekostiging). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is van oordeel dat de geboortezorgketen gebaat is met vrijere prijsvorming in de volle breedte: kraamzorg, eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg. Het heeft de voorkeur van de NZa om de huidige overgangsfase waarin voor eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg een verschillend regime van tariefregulering geldt, zo kort mogelijk te houden. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) vertegenwoordigt de tweedelijns verloskundige zorg en ziet in vrijere prijsvorming betere mogelijkheden voor samenwerking en ontschotting tussen de eerste- en de tweedelijns zorgverleners.

De tarieven voor eerstelijns verloskundige zorg zijn gereguleerd. Daarin onderscheidt de eerste lijn zich van de tweede lijn, waar wel al vrije tarieven gelden (B-segment). Financiering binnen de eerstelijns verloskundige zorg is geregeld via contracten met de zorgverzekeraars. De eerstelijns verloskundige zorg kent verschillende declarabele prestaties. Alle prestaties hebben maximumtarieven. De prestaties en tarieven van eerstelijns verloskundigen zijn vastgelegd in NZa-tariefsbeschikking. De verloskundig actieve huisarts kent dezelfde prestaties als eerstelijns verloskundigen.

De NZa adviseert in haar Visiedocument Eerstelijns verloskundige zorg (Nederlandse Zorgautoriteit 2009) om tot liberalisering van de tarieven van eerstelijns verloskundige zorg over te gaan. De zorgmarkt is daar in voldoende mate voor ontwikkeld. De NZa komt tot de conclusie dat vrije prijsvorming bijdraagt aan de afstemming van het aanbod van eerstelijns

verloskundige zorg op de behoefte. Vrije prijsvorming maakt beloning naar prestatie mogelijk, wat bevorderlijk is voor het innovatief, vraaggestuurd en klantgericht werken. Dat komt de gebruikers van verloskundige zorg ten goede.

De NZa adviseert om de tarieven van eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg in ieder geval gelijktijdig te liberaliseren vanwege de sterke ketensamenhang van deze zorgmarkten. De markt is in principe klaar voor liberalisering per 1 januari 2011. Echter de tarieven zouden ook uiterlijk op 1 januari 2013 geliberaliseerd kunnen worden om het invoertraject van de tariefverhoging eerst te voltooien, alsmede om uitvoering te geven aan het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

### 1.2.3 Liberalisering van de zorgmarkt in de verloskundige zorg

Na het verschijnen van het rapport babysterfte van het RIVM en het eindadvies van de stuurgroep is er een verandering waar te nemen in de Nederlandse verloskundige zorgverlening. Aan de ene kant roepen deze twee rapporten op tot een betere samenwerking tussen beide zorgverleners met daarin de zwangere patiënt centraal. Aan de andere kant lijkt er een onderlinge concurrentie te ontstaan tussen de twee zorgverleners met daarbij ook als inzet de zorg voor de zwangere patiënt. Concurrentie binnen de verloskundige zorg is dus een nieuw fenomeen. Niet alleen de concurrentie tussen de eerste- en de tweedelijns maar ook de concurrentie onderling binnen de beroepsgroepen.

Ten aanzien van de externe effecten is van belang dat marktwerking niet ten koste gaat van samenwerking in de keten en geen ongewenste gevolgen heeft voor het zorggebruik in de verloskunde of elders in de keten van perinatale zorg. De Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) waarschuwt voor overhaaste liberalisering van de markt en vindt dat de markt niet overbelast moet worden met veranderingen. De implementatie van het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte zal volgens KNOV al een grote impact hebben op de verloskundigen.

### **1.3 Doel van het onderzoek:**

In dit onderzoek zal gekeken worden naar de invloed van externe ontwikkelingen op de veranderende verhouding binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, waarbij er vooral gekeken wordt naar de onderlinge samenwerking en concurrentie die er lijkt te ontstaan tussen de zorgverleners. Het doel is als volgt geformuleerd:

*“Inzicht verkrijgen in de externe ontwikkelingen binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlening en hoe zijn die ontwikkelingen van invloed op de veranderende*

*verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlening binnen het Nederlands verloskundig systeem”.*

#### **1.4 Relevantie van het onderzoek**

Dit onderzoek is op een aantal punten relevant voor zowel de eerste- als de tweedelijns verloskundige zorg. In het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte worden een 7-tal adviezen gegeven met betrekking tot de verloskundige zorg. Één advies daarvan luidt: “Alle professionals vormen een netwerk om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Instrumenten daarvoor zijn: een landelijk College Perinatale Zorg, actieve participatie in verloskundige samenwerkingsverbanden, en voor iedere zwangere een casemanager, geboorteplan en verplicht huisbezoek” (Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. 2010). Dit advies en de andere adviezen van de Stuurgroep zijn niet eenvoudig te bereiken.

Andere externe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg zijn ook van invloed op de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. Denk hierbij aan de liberalisering van de zorgmarkt en de veranderende financiering van de zorg. Een voorbeeld van de liberalisering van de zorgmarkt is de opkomst van geboortecentra en het vestigen van nieuwe eerstelijns verloskundigenpraktijken naast de bestaande praktijken. Het eerste geboortecentrum werd opgericht vanuit het feit dat er een tekort aan eerstelijns verloskundige zorg bestond. Het tekort aan eerstelijns verloskundige zorgverleners bestaat niet meer, wat blijkt uit de vestigingen van nieuwe praktijken, en toch is de verwachting dat het aantal geboortecentra zal toenemen. Geboortecentra kunnen op initiatief van eerstelijns verloskundigen opgericht worden maar ook in een samenwerkingsverband tussen de eerste- en de tweedelijns zorgverleners.

Op 25 januari 2008 heeft Minister Klink van VWS zijn visie over een dynamische eerstelijnszorg gepresenteerd. Hierin beschrijft hij de eerstelijnszorg als de “ruggengraat” van onze gezondheidszorg en heeft de eerstelijns zorg een onmisbare functie binnen die gehele gezondheidszorg. Daarnaast draagt de eerstelijnszorg bij aan begeleiding bij zwangerschap en bevalling<sup>1</sup>. In deze brief geeft hij aan hoe belangrijk de eerstelijnszorg is binnen het Nederlandse gezondheidszorg systeem. Daarnaast adviseert de NZa de minister van VWS om de prijzen van Eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg per 2013 vrij te geven. Ook

---

<sup>1</sup> <http://www.minvws.nl/images/cz-2825209b-tcm19-159693.pdf>

adviseert zij om de markten voor eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg gelijktijdig te liberaliseren omdat deze zorg nauw met elkaar samenhangt.

De externe ontwikkelingen zijn van invloed op de samenwerking tussen de beide zorgverleners met betrekking tot de verloskundige zorg maar liggen ook ten grondslag aan de toenemende onderlinge concurrentie. Met het afschaffen van het bouwregime zijn ziekenhuizen zelf verantwoordelijk voor het dragen van hun kapitaallasten. Door het ophogen van de productie nemen de inkomsten voor een ziekenhuis toe. Dit kan ertoe leiden dat er door de tweedelijns zorgverlener laagdrempelig wordt omgegaan met het bieden van zorg aan de eerstelijns zwangere patiënt waardoor de inkomsten voor begeleiden van zwangerschap en bevallingen toenemen. Ook zijn er landelijke initiatieven van ziekenhuizen om een geboortecentrum te koppelen aan het ziekenhuis. Hiermee garanderen zij eerste- en tweedelijns zorg. In dit geval zijn zij directe concurrenten van de eerstelijns verloskundige zorgverleners maar ook van de ziekenhuizen die actief zijn in hetzelfde verzorgingsgebied. Ook ondervindt de eerstelijns verloskundige hulpverlener concurrentie uit eigen hoek. Landelijk zijn er nieuwe vestigingen geweest van verloskundigenpraktijken naast de bestaande praktijken, zij bestrijken hetzelfde verzorgingsgebied. Deze beweging wakkert de samenwerking weer aan tussen de praktijken onderling maar ook met de tweedelijns zorgverleners.

### **1.5 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 volgt het theoretisch kader. Het theoretisch kader beschrijft twee modellen die ten grondslag liggen aan de visie op zwangerschap en bevalling. Het model van de normale/fysiologische bevalling (eerstelijns) en het model van de medische bevalling (tweedelijns). Deze twee modellen zijn van invloed op de ideeën en visie op zwangerschap en bevalling (Blaaka, Gunnhild, PhD, RN, RM and Schauer Eri, Tine, MSc, RN, RM 2008; Davis-Floyd 2001). De keuze voor deze twee modellen is gebaseerd op de visie dat zwangerschap, bevalling en kraamperiode in beginsel fysiologische gebeurtenissen zijn (normal childbirth model), en waarbij onnodige medicalisering voorkomen moet worden. Gynaecologen (medical childbirth model) zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en controle van vrouwen met een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en/of bevalling. Door de externe invloeden wordt de scheidslijn tussen de twee modellen steeds minder uitgesproken.

In hoofdstuk 3 wordt beschreven op welke wijze het onderzoek vorm heeft gekregen. De onderzoeksresultaten worden besproken in hoofdstuk 4, waarna de conclusie en discussie volgen van het onderzoek in hoofdstuk 5.



## 2. Theoretisch kader

---

In het theoretisch kader wordt de theorie besproken, die relevant is voor het onderzoek. Er worden twee modellen in het theoretisch kader uitgewerkt. Enerzijds het ‘medical childbirth’ model en anderzijds het ‘normal childbirth’ model.

### 2.1 Inleiding

Vanuit de literatuur worden er verschillende paradigma's, modellen beschreven waarop de gezondheidszorg is gebaseerd. Die paradigma's en modellen zijn van invloed op de ideeën en visie van zwangerschap en bevalling (Blaaka, Gunnhild, PhD, RN, RM and Schauer Eri, Tine, MSc, RN, RM 2008). Voor het theoretisch kader worden de volgende twee modellen gebruikt, het ‘medical childbirth’ model en het ‘normal childbirth’ model. Deze twee modellen bieden een ander perspectief op de verhouding tussen de eerstelijns en de tweedelijns verloskundige zorg. Het medical childbirth model wordt door Davis-Floyd ook wel beschreven als het technocratisch model. Dit model benadert het lichaam als een machine. Blaaka beschrijft dit model als het biomedisch model waarin het lichaam gezien wordt als een object. Het normal childbirth model daarentegen ziet het lichaam als een energetisch veld dat continue in interactie is met de omgeving volgens Davis-Floyd. Blaaka beschrijft dit model als het holistische of fenomenologisch model. Het model focust zich op de behoeften van de zwangere vrouw in relatie tot het hele geboorteproces.

Hoe er binnen een samenleving wordt gedacht over het gebruik en nut van technologie maakt welk model er aan de basis staat van de gezondheidszorg. Door de opkomst van wetenschap en onderzoek in de samenleving de afgelopen twintig jaar is ook de gezondheidszorg sterk gefocust op wetenschap en ‘high technology’. Dit heeft mede ook gerelateerd in het feit dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden binnen de verloskundige zorg in Nederland. Interventies werden ontwikkeld met het doel om het bevallen veiliger te maken en minder pijnlijk te laten zijn voor de vrouw. Daarbij waren interventies voornamelijk gericht op het beter kunnen monitoren van het kind en de vrouw tijdens de zwangerschap (Smeenk, A.D.J., Have ten, H.A.M.J. 2003, 153-165).

Davis-Floyds beschrijft twaalf stellingen van het medical childbirth model en het normal childbirth model. De belangrijkste kenmerken van de modellen zullen hieronder beschreven worden.

## 2.2 Medical Childbirth model

Een belangrijk kenmerk voor het medical childbirth model is, zoals hierboven beschreven, de benadering van het lichaam als object. Vanuit dit perspectief wordt de bevalling beschreven als een “onbetrouwbaar” proces waarbij het lichaam van de zwangere wordt vergeleken met een defecte machine (Davis-Floyd 2001). Vanuit dit perspectief is ingrijpen tijdens de bevalling en het gebruik van technische middelen tijdens de zwangerschap en bevalling gerechtvaardigd. Gynaecologen ontwikkelen instrumenten en technologieën om van het defecte proces van geboorte een goed en gestroomlijnd proces te maken. Het lichaam herstelt niet vanuit zichzelf maar moet van buitenaf gerepareerd worden. Dit rechtvaardigt vanuit dit perspectief het ingrijpen tijdens de bevalling, bijvoorbeeld het breken van de vliezen of het standaard inwendig monitoren van de foetale harttonen.

Deze toenemende professionalisering en verwetenschappelijking van de geneeskunst heeft een spanning gebracht tussen de loyaliteit van de arts ten aanzien van het beroep en de patiënt. Medische instellingen zoals scholen, ziekenhuizen en medische verenigingen bevestigen en versterken deze spanning in hun streven naar professionalisering van de geneeskunde als discipline. Door de toename van de wetenschap is de focus steeds meer gericht op de “ziekte” dan op de individuele patiënt. Behandelingen worden gevangen in standaarden en richtlijnen waarbij de individuele patiënt steeds meer gezien wordt als drager van de klinische symptomen.

In dit model, waar de patiënt als object wordt gezien, wordt hij ook op deze manier benaderd. Dit model beschermt de professional tegen zijn eigen emoties. Er is weinig of geen aandacht voor de emotionele kant van de patiënt. Professionals richten zich in mindere mate op de lange contacten met de patiënt maar richten zich meer op het geven van optimale zorg. Er worden veel gegevens verzameld waarna men zich richt op de diagnostiek en op de uitkomst van de zorg. Het werken volgens standaarden en het gebruiken van richtlijnen tijdens de zwangerschap en bevalling is de laatste jaren sterk toegenomen, zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns verloskundige zorg.

Door de toenemende professionalisering neemt ook de autoriteit van de professional toe en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt af. Witte jassen en een stethoscoop kunnen hierin gezien worden als zichtbare autoriteit van de professional. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de gynaecologische houding waarin de meeste vrouwen bevallen. Hierbij is de voor de vrouw de meest comfortabele houding (verticale houding) ondergeschikt aan het persoonlijke comfort van de professional.

Doordat in het medische model grote waarde gehecht wordt aan wetenschap en technologie leidt dit tot het meer en meer ontwikkelen van 'high-tech' oplossingen, behandelingen en instrumenten. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van een CTG apparaat in plaats van de stethoscoop om de foetale hartslag te beluisteren. Het niet gebruiken van deze technieken in de zorgverlening aan de patiënt begint te lijken op het geven van substandard care (Davis-Floyd 2001). Hoe meer er geprobeerd wordt om de natuur te controleren en daarbij ook het lichaam, hoe angstiger we worden voor de dingen in de natuur en ons lichaam die we niet onder controle hebben. De dood is de ultieme nederlaag van dit model. Uit de dood blijkt dat niet alles onder controle is te brengen. Als reactie hierop worden processen (bevallingen) ontleed en de onafhankelijk onderdelen worden geïdentificeerd waarna elk onderdeel gecontroleerd wordt met (obstetrische) technische hulpmiddelen. Dit kan leiden tot processen waarbij de illusie wordt gewekt dat er alles aan wordt gedaan om de veiligheid te garanderen terwijl er door de processen nieuwe problemen ontstaan die dan weer opgelost moeten worden.

### **2.3 Normal Childbirth model**

Het holistisch model is de ultieme tegenhanger van het medisch model. Onder het holistisch model vallen vele en verschillende methoden en behandelingen in de gezondheidszorg. Het varieert van traditionele behandelingen tot Chinese geneeskunst tot methoden die de persoonlijke energiebanen van de mens behandelen. Het holisme kenmerkt zich door in het genezingsproces rekening te houden met lichaam, de geest, de ziel en emoties en de hele omgeving die van invloed is op de patiënt (Davis-Floyd 2001).

In dit model wordt de patiënt gezien als een cliënt. Het contact tussen hulpverlener en cliënt kenmerkt zich door een wederzijds coöperatieve en gelijkwaardige relatie. Vanuit deze visie is het lichaam een energetisch systeem wat in verbinding staat met andere energetische systemen. Vanuit dit oogpunt wordt de cliënt behandeld en benaderd in het zorgproces. Iemands gezondheid kan beïnvloed worden door andere energiebanen die storend of juist helend werken. In dit model zal de behandeling zich dan ook richten op het herstellen en weer in evenwicht brengen van de energiestromen. De diagnose en behandeling zullen niet vanaf de 'buitenkant' worden vastgesteld maar van binnenuit worden benaderd. Ze zullen uitgaan van hun kennis en intuïtie en ze vertrouwen op het innerlijke bewustzijn van de cliënt. De holistische zorgverlener die zijn opleiding heeft genoten volgens het medisch model heeft gezien welke schade de cliënt kan oplopen door de standaard behandelingen en de hiërarchische verhoudingen in de ziekenhuizen.

Behandelingen worden geïndividualiseerd per cliënt en vanuit de holistische visie moet ieder individu zijn verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen gezondheid. Ze moeten voor zichzelf beslissen of ze geholpen of behandeld willen worden en ze moeten zelf actie ondernemen om dat doel dan te behalen. De holistische hulpverlener ziet zichzelf als een onderdeel in het hele proces. Het is niet zo dat volgens de holistische visie er geen ‘high tech’ interventies mogen plaatsvinden. Maar in tegenstelling tot het medisch model worden deze technieken gebruikt in dienst van de cliënt. Vaak zijn dit niet invasieve technieken en hebben ze geen toxisch effect. Holistische zorgverleners willen dat cliënten keuzes maken in hun gewoonten en leefstijl voor de lange termijn. Het zal niet alleen preventief werken tegen ziektes maar ook bijdragen aan een goede gezondheid. Zoals de dood in het medisch model als een tegenslag, falen wordt gezien, wordt het vanuit de holistische visie benaderd als een stap in het proces van het leven. De holistische visie op gezondheidszorg omarmt andere methoden en visies op zorg.

Medisch model; medical childbirth	Holistisch model; normal childbirth
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lichaam en geest gescheiden</li> <li>○ Lichaam als machine</li> <li>○ Patiënt als object</li> <li>○ Afstand tussen hulpverlener en patiënt</li> <li>○ Diagnose en behandeling benaderd van ‘buitenaf’</li> <li>○ Hiërarchische organisatie en standaardiseren van zorg</li> <li>○ Autoriteit en verantwoordelijkheid bij behandelaar en niet bij patiënt</li> <li>○ Sterke waardering voor onderzoek en techniek</li> <li>○ Korte termijn resultaten</li> <li>○ Dood als falen</li> <li>○ Kosten - baten systeem</li> <li>○ Intolerantie met andere manieren van behandelingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eenheid van lichaam, geest en ziel</li> <li>○ Lichaam als een energetisch systeem in relatie met andere energetische systemen</li> <li>○ Behandelen van de cliënt als geheel in zijn hele context van het leven</li> <li>○ Eenheid van behandelaar en cliënt</li> <li>○ Diagnose en behandeling benaderd van ‘binnenuit’</li> <li>○ Geïndividualiseerde zorg</li> <li>○ Autoriteit en verantwoordelijkheid bij de cliënt</li> <li>○ Onderzoek en techniek in dienst van de cliënt</li> <li>○ Lange termijn focus</li> <li>○ Dood als stap in het proces</li> <li>○ Genezing als focus</li> <li>○ Omarmen van verschillende geneeswijzen</li> </ul>

Tabel 1. De twee paradigma's; Medisch model en Holistisch model

## **2.4 Overeenkomsten beide modellen**

In het Nederlands verloskundige systeem zijn beide modellen te herkennen. Veelal worden de twee modellen, het medical childbirth model (tweedelijns zorg) en het normal childbirth model (eerstelijns zorg), tegenover elkaar geplaatst. In het kader van dit onderzoek willen we de waarde van beide modellen voor de verloskundige zorg in Nederland verkennen. Hoewel er belangrijke verschillen tussen de twee modellen zijn, zijn er ook gemeenschappelijk punten. Dit blijkt uit het feit dat gynaecologen en verloskundigen samen werkzaam zijn in de ziekenhuizen. Verloskundigen erkennen de medische interventies voor de zwangere met een risico en de gynaecologen erkennen de sociale en emotionele factoren tijdens zwangerschap en bevalling. De kennis van gynaecologen en verloskundigen overlapt elkaar. Verloskundigen lezen boeken en artikelen geschreven door gynaecologen en gebruiken die informatie op basis van onderzoek. Ook doen verloskundigen zelf onderzoek en schrijven artikelen die op hun beurt ook beschikbaar zijn voor gynaecologen. Daarnaast geven verloskundigen onderwijs aan medische studenten en verloskundigen in opleiding over de normale bevalling (Rooks 1999, 370).

### 2.4.1 Verbinding tussen de twee modellen

O'Connell (O'Connell and Downe 2009, 589) onderscheidt in haar artikel een aantal thema's die een rol spelen binnen de eerste- en tweedelijns verloskunde en die daarbij het medische en het holistische model met elkaar verbinden.

Als eerste beschrijft O'Connell de macht en controle van het medische model. Verloskundigen werkzaam in een klinische setting beschrijven in haar artikel de macht en invloed van de gynaecologen maar ook de macht en controle van de eigen beroepsgroep. Veelal bepalen de oudere collega's of de langer werkende collega's op welke manier de zorg aan de zwangere wordt verleend. Ze ervaren een hiërarchische werkomgeving en een gebrek aan autonomie in hun werk. Zij geven aan dat in de ziekenhuizen de geboorte veelal gezien wordt als een medische gebeurtenis.

Ten tweede beschrijft zij het conformeren van de verloskundigen aan de geldende culturele norm. Wanneer verloskundigen minder steun ervaren voor de "normale bevalling" zal er sneller worden overgegaan naar het medische model (O'Connell and Downe 2009, 589). Ook de verwachtingen en keuzes van de zwangere vrouw met betrekking tot de mogelijke interventies tijdens de bevalling spelen hierin een rol. In Nederland is ook een trend waar te nemen in het toenemen van interventies bij de normaal verlopende zwangerschap en bevalling. Eind 2008 is de multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling

tijdens de bevalling' bekrachtigd. Deze richtlijn is opgesteld door de KNOV, de NVOG en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). De richtlijn houdt in dat iedere barende vrouw op haar verzoek een adequate vorm van pijnbehandeling krijgt aangeboden. Tijdens de zwangerschap zal iedere vrouw worden geïnformeerd over pijn en de mogelijkheden van pijnbehandeling tijdens de baring. In veel gevallen zal dit een keuze voor de ruggenprik (epidurale pijnbestrijding) zijn. Eerstelijns verloskundigen kunnen bij een bevalling geen ruggenprik bieden. Mogelijk kan de richtlijn leiden tot een verschuiving van zorg van de eerste naar de tweede lijn. Medicalisering van de zwangerschap en bevalling wordt vaak bekritiseerd omdat het de afhankelijkheid creëert van het medische systeem en schending van de autonomie van de zwangere vrouwen. Geconcludeerd wordt dat medicalisering aanwezig is in de praktijk van de Nederlandse onafhankelijke verloskundigen, maar het is minder duidelijk en uitgesproken dan in het ziekenhuis beleid (Smeenk, A.D.J., Have ten, H.A.M.J. 2003, 153-165). Denk hierbij bijvoorbeeld aan de toegenomen vraag naar echoscopieën en diagnostiek in de zwangerschap, en de toenemende vraag naar inleidingen en pijnbestrijding tijdens de bevalling. Er kan gezegd worden dat hierin ook de Nederlandse cultuur rondom bevallen aan het veranderen is.

Het laatste thema gaat over het normaliseren van de geboorte in een ziekenhuisomgeving (O'Connell and Downe 2009, 589). Ondanks het beeld dat wordt geschetst dat het medische model de boventoon voert, of moet voeren, door alle achterliggende ontwikkelingen is er ook nog steeds aandacht voor de normale aspecten van de geboorte (O'Connell and Downe 2009, 589). In het artikel wordt gezegd dat verloskundigen het moeilijk vinden een normale geboorte te bereiken in een ziekenhuisomgeving, maar dat ze toch zo veel mogelijk hun best doen om "real midwifery" te beoefenen (O'Connell and Downe 2009, 589). Er is dus nog zeker sprake van het beschermen van de "normale" geboorte. Hieruit blijkt dat er toch een beweging is die ingaat tegen het medische model, of wellicht gelijk opgaat met het medische model.

#### 2.4.2 Conceptueel model

Naast de verschillende visies op geboorte die worden toegeschreven aan de verloskundigen en de gynaecologen spelen er meer ontwikkelingen een rol in de verhouding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde. Zoals eerder genoemd zijn de verhoudingen onderling ook afhankelijk van externe ontwikkelingen als de liberalisering van de zorgmarkt en de daarbij horende ontwikkelingen van geboortecentra en het ontstaan van nieuwe praktijken. De toekomstige veranderingen van de financieringsstructuur waarbij steeds meer zorg

gefinancierd wordt vanuit het thema integrale bekostiging maakt dat de zorg voor de zwangere door de verschillende zorgverleners goed op elkaar moet worden afgestemd. Deze ontwikkelingen kunnen tegelijkertijd de samenwerking bevorderen maar ook de onderlinge concurrentie kan hierdoor toenemen.

Bij het samenwerken tussen gynaecologen en verloskundigen, en verloskundigen onderling gaat het concreet om het uitwisselen van kennis over hun patiënten. Professionals zijn diegenen die kennis en vaardigheden bezitten om anderen van dienst te zijn (Cruess, R. J., Cruess, S. R., Johnston, S. E. 2000, 156-159). Anderzijds zijn kennis en vaardigheden van professionals niet zomaar toegankelijk voor anderen en dit gegeven is een rechtvaardiging voor hun autonomie (Cruess et al.). Weggeman stelt daarbij dat professionals individualistisch zijn ingesteld (Weggeman 2001). Dit belemmert de motivatie om kennis te delen. Een karakteristiek van professionals is ook dat zij zich identificeren met hun beroepsgroep en dat zij door hun behoefte aan vrijheid en autonomie moeilijk samenwerken. Samenwerken zou bedreigend zijn voor hun autonomie. Aangezien kennis ook macht betekent, kan het delen van kennis de positie van betrokkene verzwakken. Hoe dichter de vakgebieden bij elkaar liggen, des te groter het probleem bij de samenwerking.

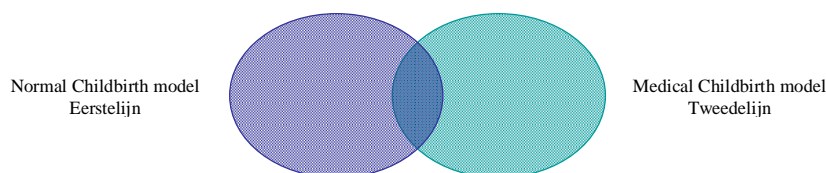
Gynaecologen en verloskundigen zijn op te vatten als professionals, die hun identiteit ontleen aan hun groepslidmaatschap. Op basis daarvan komen inzichten uit de sociale psychologie (de wetenschap die zich onder meer bezighoudt met sociale invloeden op het individueel functioneren) in aanmerking om naar de samenwerking van gynaecologen en verloskundigen te gaan kijken. Belangrijke factoren zijn, naast de identiteit: de relatieve positie waarin men de eigen groep ziet ten opzichte van de ander, de verantwoordelijkheidsverdeling, de gevoelens van afhankelijkheid en het vertrouwen dat men in de vertegenwoordiger van de andere groep heeft.

Als definitie van samenwerken wordt de volgende algemeen geaccepteerde definitie uit de sociale psychologie gehanteerd: 'Gedrag dat het gezamenlijk resultaat van twee partijen maximaliseert'. Bij samenwerken coördineert men de handelingen zodanig met elkaar, dat het gezamenlijke resultaat beter is dan de som van de individuele resultaten (zonder coördinatie). De partijen zijn in dit geval de eerstelijns verloskundigen en de tweedelijns zorgverleners, tweedelijns verloskundigen en gynaecologen. De resultaten zijn bijvoorbeeld dat beiden meer kennis hebben over de patiënt, en ze daarmee deze patiënt beter kunnen begeleiden of behandelen. Samenwerken wordt in dit onderzoek dan ook opgevat als het uitwisselen en delen van kennis, welke voor een goede uitoefening van een bepaalde taak nodig is. Om over te gaan tot het delen van kennis moeten beide partijen een gezamenlijk doel hebben en weten



dat zij voor dit doel afhankelijk zijn van elkaar. Het gezamenlijke doel kan betrekking hebben op het stellen van een goede diagnose, het voorstellen van een juiste behandeling of het doorverwijzen van gemeenschappelijke patiënten. In de praktijk van het contact tussen gynaecoloog en verloskundige, en verloskundigen onderling vindt het delen van kennis plaats in incidentele contacten over deze gemeenschappelijke patiënten. Tijdens het contact wordt informatie over een patiënt overgedragen. Door het delen van deze informatie over de patiënt kan een situatie worden bereikt waarin het resultaat beter is dan de situatie waarin deze informatie niet zou zijn uitgewisseld.

Deze bewegingen binnen de verloskundige zorg, de liberalisering en de veranderingen binnen de financieringsstructuur laat zien dat de twee modellen in de toekomst niet naast elkaar staan maar elkaar overlappen. Een schematische weergave hiervan is figuur 1.



Figuur 1. Conceptueel model Verloskundig zorg.

## 2.5 Onderzoeksvraag

Het onderzoek zal plaatsvinden binnen de eerste- en tweedelijns verloskunde in Nederland. Geïnterviewden zijn eerste- en tweedelijns verloskundigen. In deze studie staat de beschrijving van de veranderende verhouding binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg centraal.

### Centrale vraagstelling

*“Wat is de invloed van de externe ontwikkelingen, liberalisering van de zorgmarkt en de veranderende financiering van de zorg, voor de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlening en hoe dragen deze ontwikkelingen bij aan de veranderende verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlening binnen het Nederlands verloskundig systeem, in het bijzonder tussen het model van de normale geboorte versus het medische model”.*

### Deelvragen

1. Hoe zijn de externe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg van invloed op de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, in het bijzonder op de verhouding tussen het model van de normale geboorte versus het medische model?
2. Hoe verandert de verhouding van de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg zich met betrekking tot het medical childbirth model en het normal childbirth model van geboorte?
3. Wat is het gevolg van de veranderingen in de eerste- en tweedelijns verloskunde voor de onderlinge verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg binnen het Nederlands verloskundig systeem?

### 3. Onderzoeksmethode

---

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier antwoord is verkregen op de onderzoeksvragen. Ten eerste wordt de onderzoeksomgeving en context omschreven, daarna het onderzoeksdesign en vervolgens komt de wijze van dataverzameling aan bod. Tot slot zullen overige onderzoeksaspecten toegelicht worden waaronder de validiteit en betrouwbaarheid.

#### 3.1 Onderzoeksomgeving en context

Het onderzoek is uitgevoerd binnen twee natuurlijke settingen, namelijk het werkveld van de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlener. De geïnterviewde eerstelijns verloskundigen waren allemaal werkzaam in de provincie Drenthe of Groningen in zelfstandige verloskundige praktijken. Praktijken die al langer bestaan en die een samenwerkingsverband hebben met het Martini ziekenhuis Groningen en één praktijk die zich onlangs heeft gevestigd in het gebied van een andere praktijk (buiten het samenwerkingsgebied met de ziekenhuizen in Groningen). Vanuit dit perspectief kan de concurrentie en de samenwerking bevraagd worden. De eerstelijns verloskundigen werken in hun dagelijkse praktijk samen met verschillende ziekenhuizen. De tweedelijns verloskundigen zijn werkzaam in een topklinisch ziekenhuis in Groningen. De recente ontwikkelingen binnen de verloskundige zorg zijn binnen deze groepen onderzocht om antwoord te geven op de centrale vraagstelling.

#### 3.2 Onderzoeksdesign

De term onderzoeksdesign slaat op het doel en het karakter van het onderzoek dat uitgevoerd is (Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. 2005). Dit onderzoek had een kwalitatieve opzet omdat het ging om het verkennen en inzichtelijk maken van een thema of vraagstuk en niet om het in kaart brengen van cijfers. Het onderwerp van studie is afgebakend in tijd en inhoud. De onderzoeker verzamelde gedurende één maand (april 2010) informatie en gebruikte hiervoor diverse methoden van dataverzameling. Het onderzoek betreft zowel een literatuur- als een praktijkonderzoek. In de literatuurstudie is gezocht naar theoretische inzichten wat betreft een visie op verloskundige zorg en bevallingen. Het praktijkonderzoek betreft een casestudy als onderzoeksdesign voor het kwalitatieve onderzoek. Een casestudy betreft het onderzoek van een sociaal verschijnsel. Kenmerk van een casestudy is dat het zich

afspeelt binnen de grenzen van één sociaal systeem in de natuurlijke omgeving van de case (Swanborn 2006). In een dergelijke studie verzamelt de onderzoeker via meerdere dataverzamelingmethoden informatie. In dit onderzoek vond het praktijkonderzoek op basis van interviews en documenten plaats.

### **3.3 Dataverzameling**

Baarda, Goede en Teunissen (2005) noemen drie manieren om data te verzamelen:

1. Het gebruik van bestaande informatie;
2. Het verkrijgen van informatie via observatie;
3. Het verkrijgen van gegevens via een schriftelijk of mondeling interview.

Binnen dit onderzoek werd data verkregen met behulp van literatuuronderzoek, interviews en documentonderzoek.

#### 3.3.1 Documentonderzoek

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen is er gebruik gemaakt van de bestaande literatuur, documenten (nota van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, artikelen met betrekking tot de nota) en interviews. Door gebruik te maken van de documenten en artikelen werd er een idee gevormd over de veranderende situatie binnen de verloskundige zorg in Nederland.

#### 3.3.2 Interviews

Met zes eerstelijns verloskundigen en twee tweedelijns verloskundigen zijn interviews uitgevoerd die op band zijn opgenomen. Interviews zijn bij uitstek geschikt om inzicht te krijgen in de manier waarop mensen nadenken over bepaalde zaken en hoe zij daar betekenis aan geven. Er kon goed doorggevraagd worden naar achterliggende motivaties, gedachten en ideeën. Hierdoor komt gedetailleerde informatie vrij (Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. 2005). De interviews duurden drie kwartier tot een uur en vonden binnen de onderzoeksetting zelf plaats. De interviews werden semigestructureerd afgenomen met behulp van een vooraf opgestelde topiclijst. Dit is een lijst met onderwerpen en eventueel subonderwerpen die de onderzoeker in het interview aan de orde wil stellen; concrete vragen en de volgorde liggen niet vast. Het gaf tijdens de interviews globaal richting aan de inhoud van het gesprek, waardoor enerzijds enige mate van sturing mogelijk was en anderzijds zoveel mogelijk ruimte werd gegeven aan geïnterviewden om aan te geven wat voor hen de belangrijkste items waren. De onderzoeker wilde daarmee voorkomen dat de geïnterviewden

teveel in een richting werden gestuurd waardoor mogelijke andere factoren buiten beeld bleven. De topiclijst was in principe voor elk geïnterviewde verloskundige gelijk afgezien van een aantal speerpunten die in de interviews met de tweedelijns verloskundigen aan bod kwamen. Op deze manier was er ruimte om stil te staan bij de aard van de verschillende functies van de verloskundigen waardoor verschillende invalshoeken mogelijk werden gemaakt.

Het totaal van acht respondenten gaf voldoende informatie de onderzoeksvragen te beantwoorden. De geïnterviewden zijn van tevoren geselecteerd. Deze methode wordt ‘theoretical sampling’ ofwel selecteren via een beredeneerde steekproef genoemd. Dat betekent dat de selectie niet plaatsvindt op basis van toeval, maar op basis van theoretische achtergronden (Hutjes, J.M., Van Buuren, J.A. 1992). Een zorgvuldige keuze van de respondenten zodanig dat daarmee zoveel mogelijk wordt geanticipeerd op argumenten die de overtuigingskracht van de data in dit opzicht zouden kunnen versterken.

### **3.4 Validiteit en betrouwbaarheid**

Validiteit en betrouwbaarheid zijn in kwalitatief onderzoek belangrijke elementen die moeten worden nagestreefd. Betrouwbaarheid en validiteit zijn in kwalitatief onderzoek in belangrijke mate gerealiseerd als de concrete verschijnselen in het veld zorgvuldig en adequaat zijn beschreven en verklaard met in achtname van de context waarin ze zich voordoen. Voorwaarde voor validiteit is de betrouwbaarheid van de uitgevoerde onderzoeksprocedures (‘t Hart et al. 1996). De betrouwbaarheid en validiteit zijn door de onderzoeker zoveel mogelijk nagestreefd.

#### 3.4.1 Validiteit

Bij de validiteit van een onderzoek gaat het om de geldigheid van de onderzoeksbevindingen, het “meten wat je wilt meten” (Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. 2005). De vraag hierbij is in hoeverre de onderzoeksbevindingen een weergave zijn van de praktijk.

De validiteit betreft de kwaliteit van de conclusies uit het onderzoek. Deze werd in dit onderzoek verhoogd door het gebruik van een topiclijst en door tijdens de interviews dieper door te vragen als antwoorden niet duidelijk waren. Aan het eind van elk gesprek vatte de interviewer de belangrijkste uitspraken met betrekking tot de onderzoeksvraag samen ter controle of de juiste conclusies werden getrokken, als zogenaamde member-check. De interviews zijn opgenomen met een digitale voice recorder. De verslaglegging van het interview is nog diezelfde avond na het interview gedaan. De “peer debriefing” kreeg vorm

door de regelmatige bijeenkomsten met de afstudeercollega en de scriptiebegeleider, zij is in dit onderzoek te beschouwen als externe auditor.

Kwalitatief onderzoek wordt vaak als te subjectief gezien en beïnvloedt de validiteit. Triangulatie is een methode om dit probleem het hoofd te bieden. Bij triangulatie pas je meerdere onderzoeksmethoden toe om vanuit verschillende invalshoeken antwoord te krijgen, zodat eenzijdige onderzoeksresultaten worden voorkomen en om te zorgen voor waarborging van de interne validiteit. Binnen dit onderzoek werd data verkregen met behulp van literatuuronderzoek, interviews en documentonderzoek. Door deze methoden van data verzamelen te combineren ontstaat er meerwaarde. Dit combineren verhoogt de betrouwbaarheid en ook de interne validiteit van het onderzoeksmateriaal ('t Hart et al. 1996). Tijdens het onderzoek werden relevante documenten verzameld. Door zicht te hebben op de documenten zijn opmerkingen van respondenten tijdens de interviews beter te plaatsen.

#### 3.4.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft te maken met de vraag of de onderzoeksuitkomsten onafhankelijk zijn van het toeval. Indien verschillende metingen op hetzelfde subject weinig verschillen vertonen, dan is de meting betrouwbaar geweest. Hoe kleiner de verschillen, hoe betrouwbaarder de meting. Voor zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek geldt dat de metingen controleerbaar en inzichtelijk moeten zijn (Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. 2005). Door het opstellen van topiclijsten is de betrouwbaarheid van de interviews vergroot, maar men heeft te maken met mensen die andere inzichten kunnen krijgen en situaties die veranderen, wat de betrouwbaarheid ook kan verminderen.

#### **3.5 Rol en positie van de onderzoeker**

Bij de onderzoeker is er sprake van gekleurdheid omdat deze zelf werkzaam is binnen één onderzoekssetting. Omdat de onderzoeker deel uitmaakt van het onderzoeksveld is de keuze van een geschikte rol erg belangrijk ('t Hart et al. 1996). De onderzoeker maakt deel uit van het team tweedelijns verloskundigen op de afdeling. Op deze manier is zij lijfelijk in het veld aanwezig en ervaart en ondergaat de gebeurtenissen. Daarnaast is de onderzoeker goed op de hoogte van werkveld van de eerstelijns verloskundige omdat zij reeds tien jaar zelf een zelfstandige verloskundige maatschap heeft gevormd met drie collega's. Hierdoor beschikte de onderzoeker reeds over informatie wat betreft de verhoudingen binnen het verloskundig systeem in Nederland. Hoewel deze kennis enerzijds kan leiden tot gekleurdheid en vooroordelen, zal het anderzijds een voorsprong geven in het begrijpen van de materie.

## 4. Resultaten

---

De resultaten van dit onderzoek naar de veranderende verhoudingen binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, zullen worden weergegeven in dit hoofdstuk. Met dit onderzoek is inzicht gekregen hoe de externe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg van invloed zijn op de veranderende verhoudingen binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg.

### **4.1 Hoe zijn de externe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg van invloed op de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg, in het bijzonder op de verhouding tussen het model van de normale geboorte versus het medische model?**

De belangrijkste gevolgen die genoemd zijn door de verloskundigen die geïnterviewd werden zijn: concurrentie, samenwerken en de veranderende culturele norm binnen de verloskundige zorg. De externe ontwikkeling die hier de meeste invloed op heeft is de intrede van de liberalisering van de zorgmarkt (marktwerking). De marktwerking heeft voornamelijk zijn invloed op de concurrentie en samenwerking binnen de eerste lijn. Hoewel dit twee tegenstrijdige begrippen lijken worden ze beiden door de geïnterviewden tegelijkertijd genoemd als gevolg van de toenemende marktwerking binnen de gezondheidszorg en dus ook binnen de verloskundige zorg.

#### 4.1.1 Concurrentie en samenwerking binnen de eerstelijns verloskundige zorg.

Punten die op dit moment binnen de eerstelijns verloskunde een hot item zijn, zijn de concurrentie en samenwerking binnen de eigen beroepsgroep. Door alle geïnterviewde verloskundigen worden deze punten genoemd.

Door de toename van het aantal verloskundigen wordt de beroepsgroep geconfronteerd met een nieuw fenomeen binnen de verloskundige zorg, namelijk de concurrentie van nieuwe eerstelijns verloskundigen die zich binnen hun gebied vestigen. “...Toen kwamen er geruchten dat zij voor zichzelf zou gaan beginnen. Wij hebben een gesprek nog thuis met haar gevoerd, maar ze ontkende alles. En twee weken later was zij in één keer gestart met haar verloskundige praktijk. In D...ehm.. waar wij dus helemaal niets van wisten...”.

De geïnterviewde verloskundigen spreken hun angst uit over de gevolgen van de concurrentie voor hun eigen praktijk en inkomsten. “...Ja, we hadden een tekort in 2000 zelfs. En dat is in 10 jaar radicaal veranderd, het is nieuw en ik baal er ook van. Ik baal dat het er veel te veel



*zijn en ik baal nog meer dat we ze opleiden. Diegene die bij ons in het gebied wil zitten hebben wij notabene zelf opgeleid, nou dat is bizar. Ehm dat is nieuw in de zorg en ik vraag me af of het wenselijk is, het gaat natuurlijk uiteindelijk ten koste van de verloskunde. Stel nou in het ergste geval hier komt een nieuwe praktijk die op een hele andere manier werkt en dat heel erg aanspreekt bij de mensen, dan moeten er bij ons mensen uit. Dat kan toch nooit de bedoeling zijn? Of dat het de praktijken de kop gaat kosten...”.*

Wat ook naar voren komt uit de interviews is dat de visie op verloskundige zorg binnen de eerstelijns verloskundigen meer en meer van elkaar lijkt te gaan verschillen. Door dit toenemende verschil in visie op het verlenen van verloskundige zorg is dit ook een onderdeel waarop de concurrentie plaats vindt. Het lijkt of er door de toenemende aandacht voor de veiligheid van de verloskunde en het rapport geschreven door de Stuurgroep een “kloof” aan het ontstaan is binnen de eerstelijns verloskundigen. De manier van het verlenen van verloskundige zorg veranderd en men is geneigd om eerder en sneller interventies toe te passen als dat men dat een aantal jaren geleden zou doen. *“...Ja, soms wel, die pijnstilling, dat, ik doe wel primen bij 3-4 cm al doorsturen met pijnstillingsbehoefte. Dat had ik 10 jaar geleden van mezelf niet mogen doen want ik ben dus ook opgeleid in Amsterdam. En in Amsterdam was het not done als je iemand onder die 5 cm doorstuurde, want dan had je zelf een fout gemaakt. Zo ben ik opgeleid. Dus, voordat ik dat los kon laten. Dus ik zie wel de meerwaarde van eerder ingrijpen in bij primen met een vroege start, met eh veel angst en zo hè...”.*

Kenmerkend is dat alle geïnterviewde verloskundigen overtuigd waren van het feit dat de manier waarop zij de zorg verleenden de juiste is. Dat de ideeën en de visie over de verloskundige zorgverlening verandert, ligt niet alléén aan de beroepsgroep. Ook de zwangere vrouwen en de berichtgevingen vanuit de media zijn hierop van invloed. *“...Je ziet ook dat daardoor meer mensen in de tweedelijns gaan bevallen. Want ja, het is er toch, mag ik er dan nu heen voor de pijn want ik kan het nu niet meer verdragen...”.* Dat dit veranderd komt door het toenemende geloof in medische interventies. Hieruit blijkt dat steeds meer onderdelen van het medische model zijn intrede doet in de “normale” bevalling. Op dit moment is niet bekend welk deel van de vrouwen veilig zou kunnen bevallen zonder medische hulp, omdat het ook in Nederland al zo gewoon is die hulp in te zetten. Zo bevalt op dit moment nog maar iets meer dan een derde van alle vrouwen bij de eerstelijns verloskundige. De kans op een bevalling met zo min mogelijk interventies waarbij de vrouw centraal staat en voor haar gevoel echt zelf de geboorte kan voltooien, lijkt steeds kleiner te worden. Een aantal medische en meer maatschappelijke ontwikkelingen komen op dit moment bij elkaar en versterken deze

trend. “...Ik heb wel moeite met al die folders over pijnbestrijding en de voorlichting. Maar ja, wat moet dat moet. Dan ga ik ook maar mee want dat is blijkbaar vastgelegd en dan kan ik niet in mijn eentje zeggen ik geef die folder niet uit en ik ga niet vertellen over de pijnbestrijding maar het druist natuurlijk wel in tegen het eerstelijns gevoel. Je bent altijd bezig met joh, het lukt wel, het gaat nog wel, we gaan nog even door, we zijn er zo. Maar nu als ze zeggen ik ga echt niet meer verder ik wil naar het ziekenhuis, ja, dan moet je wel, dan ga je dat in werking zetten, de folders hebben ze al in huis, je hebt het al verteld tijdens de voorlichtingsavond...”.

Uit bovenstaande citaten blijkt dat het medical childbirth model steeds meer geïntegreerd raakt in de “fysiologie” van de verloskunde. Een verandering in hun eigen werken en hun visie op de verloskunde is daarvan een voorbeeld. Een aantal verloskundigen noemen zich vroedvrouw en praten over hun beroep als ambacht. Daarnaast zijn er verloskundigen die zich zeker geen vroedvrouw willen noemen. Zij scharen zich meer en meer bij de medische professionals en zijn geneigd eerder interventies toe te passen in de verloskunde dan hun medeberoepsbeoefenaren. Interventies die onderzocht zijn binnen de eerstelijns verloskunde, zoals strippen en het breken van de vliezen om de baring op te wekken, worden door veel verloskundigen als “normale” interventies gezien. Hierdoor is te merken dat de twee modellen niet lijnrecht tegenover elkaar staan maar zich steeds meer tot elkaar gaan bewegen. De eerstelijns verloskundigen krijgen steeds meer te maken met de mogelijkheid van interventies in de verloskunde. Het accepteren van de mogelijkheid voor iedere zwangere om gebruik te maken van pijnstilling tijdens de baring kan op dit moment als een bedreiging worden gezien voor de eerstelijns verloskundige zorg. De eerstelijns verloskundige moet goede voorlichting over de mogelijkheden van pijnbestrijding tijdens de bevalling bieden, maar zou de neiging kunnen hebben om niet alle relevante informatie te geven. Namelijk, als de zwangere kiest voor pijnbestrijding, kan dit tot gevolg hebben dat de bevalling in het ziekenhuis moet plaatsvinden, en de eerstelijns verloskundige de bevalling niet zelf kan begeleiden. Door de toename van pijnstilling tijdens de bevalling neemt ook de toename van continue foetale bewaking toe en het percentage bijstimulatie. Op deze manier wordt een fysiologische bevalling steeds meer gemedicaliseerd.

De intrede van technologische ontwikkelingen als foetale echoscopie en prenatale screening binnen de eerstelijns verloskundige zorg hebben er voor gezorgd dat de beroepsgroep onderling meer is gaan samenwerken. Er zijn de laatste jaren door de eerstelijns verloskundigen geboorte- en echocentra opgericht voor de zwangere vrouwen zonder medische indicatie. Omdat iedere zwangere de mogelijkheid heeft om gebruik te maken van

prenatale screening, tweede trimester echo's en preconceptiezorg is het takenpakket van de verloskundigen de laatste jaren zwaarder geworden. Om te voorkomen de fysiologische zwangere voor deze zorg en screening uit moet wijken naar de tweede lijn zijn steeds meer verloskundigen zich gaan specialiseren in één van deze deelgebieden en is men gaan samenwerken in de screeningscentra om zo gezamenlijk aan de zorgvraag van de zwangere tegemoet te komen. Binnen de verloskundige zorg ontstaat daardoor in toenemende mate differentiatie en specialisatie van taken.

Een deel van de eerstelijns verloskundigen kiest er voor om te studeren. Ze kiezen ervoor om een extra opleiding te volgen, bijvoorbeeld een opleiding echoscopie of zich verder te ontwikkelen in de richting van wetenschappelijk onderzoek. Deze ontwikkelingen kunnen tot gevolg hebben dat de totale eerstelijns verloskundige zorg aan een breder scala aan zorgvragen kan voldoen, maar dat de individuele verloskundigen een steeds kleiner deel van de integrale zorg kan gaan leveren. Eerstelijns verloskundigen nemen daarnaast nieuwe taken op zich. Dit heeft tot gevolg dat er binnen de eerstelijns verloskundige zorg ook steeds meer interventies worden uitgevoerd. Dat de geïnterviewde verloskundige merkt dat er een verschuiving plaatsvindt naar steeds meer interventies is te merken aan het volgende citaat. *"...De interventies nemen toe terwijl er geen enkel onderzoek naar is gedaan of het leven er beter van wordt voor die vrouwen..."*. Daarbij wordt ook als oorzaak gegeven dat de laatste jaren steeds meer en meer de mensen hun vertrouwen hebben gesteld op de techniek maar dat er ook binnen de eerstelijns verloskundige zorg door de verloskundigen anders wordt gedacht over de zorgverlening aan de zwangere. *"...Volgens mij is dat medical childbirth model al jaren geleden is dat heel sluipend ingetreden binnen de eerstelijns, dat dus uhmm....., ik noem mezelf vroedvrouw, dat is een term waarvoor een groot deel van de verloskundigen die hier werken zich schamen bij wijze van spreken. Die zien zichzelf gewoon als een moderne, medische beroepsbeoefenaar waarbij het dus inderdaad om je expertise gaat en die voorbijgaan aan het hele menselijke huis, tuin en keuken stuk. Dat inderdaad, dat de kern van je beroep misschien wel gewoon wachten is. Wachten totdat de baby er is en zien dat je zo'n vrouw, dat je een beetje lief voor d'r bent en dat je een soort waakhond voor haar bent dat de omgeving een beetje van d'r rug afblijft. Dat is dus helemaal niet meer je core business. En dat vinden wij heel erg jammer omdat we dus inderdaad het idee hebben dat dat nu juist wel, dat een bevalling 9 van de 10 keer gewoon moet worden en dat het echt niet zit in mijn aanwezigheid dat die baby geboren wordt. En dat je dus met al die interventies van weetjewel, ff binnenkomen, ff toucheren, ff 5 cm, ff vliezen breken weet je wel, dat soort dingen ehm waarom zou je dat doen? Omdat het tijd scheelt misschien, of omdat je haast*

*hebt. En dat is dus heel sluipender wijs in de verloskundige zorg ingetreden. En dat is dus ook inderdaad dat ik denk dat het holistische model best ver te zoeken is soms in de 1e lijn...”.*

Op de manier hoe de eerstelijns verloskundigen hun zorg organiseren zijn er kenmerken van het medical childbirth model zichtbaar. In grote groepspraktijken is de afstand tussen zorgverlener en patiënt groter. Ook is er binnen de grote praktijken meer gestandaardiseerde zorg. Verloskundigen die voor zichzelf beginnen, moeten investeren in een eigen praktijk en een klantenkring opbouwen. Zij zijn daarbij afhankelijk van de medewerking van zittende verloskundigen om aan de achterwachtregeling deel te nemen. Eerstelijns verloskundigen werken veelal in groepspraktijken van gemiddeld zo'n 3 à 4 verloskundigen. Binnen deze samenwerking “delen” zij de zorg voor hun cliënten met elkaar. De visie op zorgverlening van de verloskundige aan de zwangere maakt dat verloskundigen ervoor kiezen om in grote groepspraktijken of in dumppraktijken te gaan werken. Alle praktijken zijn binnen een bepaalde regio lid van een Kring Verloskundigen. Binnen de kring worden zaken besproken die de organisatie van de verloskunde aangaan. Het blijkt dat, wanneer het gaat om de inhoud van de zorgverlening er niet of heel weinig samengewerkt wordt door de verloskundigen. Aan de ene kant is dit het gevolg van de toenemende concurrentie en laten de verloskundigen niet toe dat anderen bij hen in de “keuken” kijken. Dit geldt dan voornamelijk bij concurrentie binnen de eigen beroepsgroep van eerstelijns verloskundigen. “...*Het is vanaf dag 1 dat ik in de kringvergaderingen van G. kwam, toen kwam ik erachter wat een probleem er ligt in deze kring, En dat was al omdat met name de praktijken in de stad onderling zo slecht samenwerken en geen achterwacht voor elkaar willen zijn. Dat was vooral het probleem sinds jaar en dag en dat is volgens mij nog steeds zo tot op de dag van vandaag. De discussie over wat goede verloskunde is ligt in onze kring erg gevoelig, altijd al geweest. Die visie ligt ontzettend uiteen en daarom kun je dus ook eigenlijk nooit een knoop doorhakken van waar gaan we nu met z'n allen naartoe, want als wij willen vechten voor die kraamzorg niet bij de partus maar wij ernaast dan zit een andere praktijk daar totaal niet op te wachten...*”. Maar het verschil in opvattingen over “goede” verloskundige zorg wordt op dit moment wel geaccepteerd binnen de eerstelijns verloskundigen. “...*Ik vind het op dit moment in de Kring wel vrij respectvol gaan, het ligt eigenlijk heel erg open dat er totaal verschillende visies zijn om in de 1e lijn je werk te doen...*”.

Financiële aspecten binnen de eerstelijns verloskundige zorg hebben op dit moment geen invloed op de concurrentie en de samenwerking onderling. Op dit moment wordt er door de zorgverzekeraar aan elke verloskundige met een contract met de zorgverzekeraar het maximale tarief vergoed. In de toekomst kan daarin verschuiving optreden. Op het moment

dat de tarieven voor de verloskundige zorg vrij worden gegeven zullen de verloskundigen prijsafspraken moeten maken met de zorgverzekeraars. Dat zij daarbij moeten gaan voldoen aan de opgezette kwaliteitseisen is dan een vereiste. Dit vooruitzicht brengt op dit moment bij de verloskundige weerstand met zich mee. *“...Over een aantal jaren is het verplicht om de praktijk te accrediteren, dan moet je laten zien wat is je startpositie qua kwaliteit en allerlei meetbare zaken, en wat zijn je doelen. Daar moet je verslagen en plannen voor schrijven. En dan moet je ze halen en dan moet je ook weer een procesverslag gaan maken, dat is de bedoeling. En de minimum eisen waren daarin al vastgelegd. Toen heb ik daar verschrikkelijk tegen aan gesteggeld, dat de minimum eisen zo laag zijn dat zelfs een praktijk die vet boven een normpraktijk zit, dus die zich nu al niet eens houdt aan de eigen KNOV richtlijnen en normen. Dat die al mag beginnen met de praktijkaccreditering en dat als zij zeggen nou okee, we zitten nu 200 boven de norm en ons doel is om over 5 jaar 100 boven de norm te zitten, dat dat gewoon geaccepteerd zou worden. Nou dan zakt bij mij de broek heel erg naar beneden, dan denk ik hoe is het toch in de vrede mogelijk dat wij een norm met elkaar afspreken en dat je daar dan ook nog weer in mag marchanderen...”*

#### 4.1.2 Concurrentie en samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg.

Naast de concurrentie binnen de beroepsgroep eerstelijns verloskundigen worden de eerstelijns verloskundigen ook geconfronteerd met de concurrentie vanuit de tweede lijn. Door het stijgen van het percentage klinische bevallingen is er een toenemende vraag ontstaan naar klinisch werkende verloskundigen. Uit tabel 1 is af te lezen dat het percentage klinisch werkzame verloskundigen sinds 1998 is toegenomen met 62% en dat het percentage verloskundigen werkzaam in eigen praktijk/maatschap is afgenomen met 17.5%. Dat de concurrentie vanuit de tweede lijn merkbaar is blijkt uit het volgende citaat. *“...Op een gegeven moment ging zelf het ziekenhuis concurreren, NS werd ook een concurrent. Iedereen mocht zich aanmelden als je graag bij de gynaecoloog onder controle wilde. De gezonde zwangere kon komen op grond van sociale indicatie en hun klinisch verloskundigen hadden een eigen spreekuur en .... ze bieden nu pretecho's aan in NS! Dat doen de verloskundigen dan...”*

De in de toekomst in te voeren integrale bekostiging en de vrije marktprijzen hebben hun invloed op de concurrentie binnen de verloskundige zorgverlening. Met het afschaffen van het bouwregime zijn ziekenhuizen zelf verantwoordelijk voor het dragen van de kapitaallasten en zijn daarbij dus gebaad bij een stijging van de inkomsten. Hier gaat een positieve stimulus vanuit om zoveel mogelijk bevallingen te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar en dus de

zwangere laagdrempelig onder de zorg van de tweedelijns te houden. *“...Ja, ik denk ook inkomsten, er lopen veel klinisch verloskundigen in het ziekenhuis rond. In D. merkte je dat heel erg, dat je mensen voor consult stuurde en dan kreeg je ze niet meer terug. En ook geen brief ofzo. En dan was er helemaal geen indicatie maar dan zeggen ze ja, ze voelt zich toch prettiger hier. Tja, en dan kun je ze niet meer terughalen...”*.

Van de huidige bekostiging van de overdracht van de eerste- naar de tweedelijns gaat een financiële prikkel uit om die overdracht pas in de natale fase te laten plaatsvinden. Bij een overdracht in de prenatale fase kan de verloskundige immers slechts een deel van de prenatale zorg in rekening brengen. Bij een overdracht in de natale fase – dus tijdens de bevalling – kan de verloskundige niet alleen de volledige prenatale zorg in rekening brengen, maar ook de natale zorg. Hier staat tegenover dat de professionaliteit van de verloskundige zich tegen te late doorverwijzing verzet en dat de risico's die de verloskundige met de te late doorverwijzing neemt moeilijk herstelbare imagoschade met zich kan meebrengen. Toch blijkt dat ten tijde van concurrentie met de tweede lijn er wel anders wordt omgegaan met het insturen van zwangere van de eerste- naar de tweedelijns. *“...Dus wat gebeurt er, je hebt collega's die toch verwijzingen uitstellen, want ze zijn bang dat ze onterecht in de 2e lijn worden gehouden. Een zwangere met een medisch indicatie die pas na 28 weken doorgestuurd werd naar het ziekenhuis zodat de praktijk een groter bedrag kon declareren bij de zorgverzekeraar...”*. Aan de andere kant zijn alle zwangeren vanaf 1 januari 2010 vrij in hun keuze. Zij kunnen voor de zwangerschapcontroles terecht bij de eerste- en de tweedelijns. Dat er in de toekomst een concurrerende markt gaat ontstaan om de “gezonde” zwangere naar zich toe te trekken is niet ondenkbaar. Op dit moment zijn er al ziekenhuizen die geen moeite doen om zwangeren zonder medische indicatie te verwijzen naar de eerstelijns. *“...Met het UMCG zou ik dat minder hebben. Ik krijg wel mensen van het UMCG in het kraambed dat ik denk... zo wat zou daar de medische indicatie van zijn geweest...”*.

Wanneer er concurrentie dreigt vanuit de tweedelijns, is men meer geneigd de koppen bij elkaar te steken voor een gezamenlijk standpunt. Door de onderlinge samenwerking binnen de eerstelijns verloskundigen kan er een vuist worden gemaakt tegen de concurrerende partij. Op dit moment bestaat er naar aanleiding van het rapport van de Stuurgroep een neiging om verloskundige zorg meer te gaan concentreren. In ieder geval om de eerste en tweedelijns verloskundige zorg dichterbij elkaar te brengen. Hier en der in het land ontstaan initiatieven om geboortecentra op te richten. Dat een aantal verloskundigen hier niet achterstaan maar toch participeren in de verschillende werkgroepen komt voornamelijk uit het feit dat ze bang zijn om de regie over de eerstelijns verloskunde te verliezen. Ten tijde van deze



veranderingen is de bereidheid dan ook groot om te gaan samenwerken. *“...Nee, wij zijn er absoluut tegen! En de enige reden dat we ervoor zijn is omdat we dat wat de KNOV en de STBN ook zeggen, als er een geboortecentrum komt in je gebied, zorg dan dat je als 1e lijn de regie daarover hebt want dat gaat over het belang van de vrouw. Zorg dan dat het niet in een ziekenhuis zit zorg dan dat je als verloskundigen de organisatoren ervan bent want het gaat om laag risico vrouwen die daar gaan bevallen en zodra je daar dus een kraamzorg instelling de regie daarover gaat geven dan zal het er in de toekomst absoluut toe gaan leiden dat vrouwen daar ook langere tijd moeten gaan doorbrengen, dat is commercieel heel interessant voor een kraamzorginstelling. En als je het de tweedelijns gaat laten regelen dan gaat het over inderdaad het in elkaar over laten lopen van de eerste- en tweedelijns. Wat op zich een prachtig onderwerp is want daar zijn wij ook voor. Maar dan moet dat wel op gelijke basis zijn met input vanuit eerste- en tweedelijns. Die basis is er nu absoluut nu niet...”*.

Uit de interviews komt naar voren dat er door de verschillende meningen en visies op praktijkvoering, de samenwerking tussen de eerstelijns verloskundigen, verloskundige praktijken en de gynaecologen niet altijd soepel verloopt. Een reden hiervoor is de uiteenlopende visie van de eerste- en tweedelijns zorgverlener. *“...Dan zegt hij, joh R, stuur die mevrouw voor consult. En wat gaan we dan doen? Dan zegt hij, dan kan ik prima aan mevrouw uitleggen waarom we het hier doen zoals we het doen. En dat betekent dus dat ze een klinische partus heeft, punt. En als ik dan vervolgens zou zeggen, joh als we het zo gaan doen dan gaat die mevrouw mij ook niet meer bellen en dan gaat ze waarschijnlijk alleen bevallen. Is dat dan wat je wilt. Dan is het gewoon klaar, geen discussie over mogelijk. En dat is jammer want daar kunnen we juist, als je de vrouw centraal stelt, kun je veel mooiere zorg leveren als je dat een beetje in elkaar laat overvloeien, als je maar duidelijke afspraken maakt. Het is niet zo dat we denken dat we nu ook alle tweedelijns bevallingen kunnen gaan doen, daar zit ik ook niet op te wachten...”*. Beide partijen zijn overtuigd van hun goede visie op verloskunde. Duidelijk is hier te zien het medische model wat de gynaecoloog aanhoudt. Het gecontroleerde model van de medische bevalling met de interventies waarbij zij de regie over de bevalling van de zwangere overnemen. De eerstelijns verloskundige zet de vrouw centraal en wil proberen samen met de gynaecoloog een passende oplossing te vinden voor het proces en de uitkomst.

Door de toename van wetenschappelijk onderzoek binnen de verloskunde en de technische ontwikkelingen als foetale registratie tijdens de bevalling, wordt het idee gewekt dat het bevallen in het ziekenhuis onder begeleiding van de tweedelijns veiliger zou zijn. Op dit moment geschiedt het merendeel van het onderzoek in de kliniek. Het ontbreekt de eerstelijns



verloskundigen voornamelijk aan eigen wetenschappelijk onderzoek om sterk te staan tegenover die macht vanuit de tweede lijn.

Door de veranderingen verhoudingen binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg neemt de invloed van het medical childbirth model binnen de eerstelijns toe. In toenemende mate medicaliseren ook de eerstelijns verloskundigen de zwangerschap en bevalling. Dit geldt niet voor alle verloskundigen. De kleinere praktijken zetten voornamelijk de patiënt centraal en proberen samen met de tweedelijns vaak naar een passende oplossing te zoeken. Ook de financiële prikkel voor de tweedelijns maakt dat meer fysiologische baringen plaats vinden in de tweede lijn en dus onnodig gemedicaliseerd worden. Daarnaast proberen verloskundigen met eigen interventies de zwangere langer in de eerstelijns te houden.

#### 4.1.3 Concurrentie en samenwerking binnen de tweedelijns verloskundige zorg.

Hoe er binnen een samenleving wordt gedacht over het gebruik en nut van technologie maakt welk model er aan de basis staat van de gezondheidszorg. Door de opkomst van wetenschap en onderzoek in de samenleving de afgelopen twintig jaar is ook de gezondheidszorg sterk gefocust op wetenschap en 'high technology'. Dit heeft mede ook gerelateerd in het feit dat er een verschuiving plaatsgevonden heeft binnen de verloskundige zorg in Nederland. Interventies werden ontwikkeld met het doel om het bevallen veiliger te maken en minder pijnlijk te laten zijn voor de vrouw. Daarbij waren interventies voornamelijk gericht op het beter kunnen monitoren van het kind en de vrouw tijdens de zwangerschap. In de laatste jaren is ook het aantal klinisch werkende verloskundigen toegenomen. In het begin werden de verloskundigen in het ziekenhuis voornamelijk aangenomen als verlengde arm van de gynaecoloog zodat de verloskundige voornamelijk het uitvoerende werk op de verloskamers kon doen. Steeds meer en meer klinkt de roep om van de klinisch werkende verloskundigen ook een zelfstandige beroepsgroep te maken naast de gynaecologen. *"...En ik heb ook als visie dat wij ook als klinische verloskundigen echt een zelfstandige beroepsgroep in een multidisciplinair team zijn. Met onze eigen verantwoordelijkheid voor bepaalde handelingen, vaardigheden en beleidskeuzes. Nou, dat zal lang niet iedereen met ons eens zijn en daar moet ook nog echt even een bijtje voor gehakt worden..."*. Dat deze verschuiving van taken en dus in de toekomst misschien een taakherschikking tot gevolg heeft, heeft ook zijn invloed op het werk van de gynaecologen. Invloed op verschillende vlakken. *"...Want er wordt nu wat ooit door gynaecologen gedaan werd, de hele oude garde, zonder assistenten, die deden dus alles zelf. Dus het hele deelgebied van obstetrie dat werd ooit door de gynaecoloog gedaan. Dat lijkt me voor hun gek, want er gaat dus een heel groot werkgebied waarvan zij*

*dachten dat ze daar het allerbeste in waren, kan dus eigenlijk misschien wel beter door een klinisch verloskundige gedaan worden. Dat, ik denk, dat ze ook wel eens bang zijn voor de verandering die gaat komen. Want als wij echt, en dat worden wij, een zelfstandige beroepsgroep naast de gynaecoloog in het ziekenhuis worden, dan krijg je een taakherschikking, dan gaan wij heel veel taken doen die zij vroeger deden. Onder eigen verantwoordelijkheid. Ja, en dat heeft ook financiële consequenties. Ik denk ook dat het voor de politiek heel gunstig is en voor de patiënt ook...”.*

De klinische werkende verloskundigen geven aan dat zij op dit moment voornamelijk fungeren als tussenschakel tussen de eerstelijns verloskundigen en de gynaecoloog. Op dit moment dicht de klinisch werkende verloskundige de kloof tussen de eerstelijns verloskundige en de gynaecoloog. Eerstelijns verloskundigen geven aan het prettiger te vinden cliënten over te dragen aan de klinisch werkende verloskundige dan aan de gynaecoloog en de arts assistent. “...Zodat je ook ziet dat stuk vertrouwen wat wij als fysiologisch zien, dat fysiologisch denken dat mis ik soms bij de artsen. Maar dus ben ik blij dat er klinisch verloskundigen werken, dat draagt net even wat makkelijker over. Die snappen als ik na een uur persen instuur, dat ik dat niet doe omdat ik ze zo lollig vind maar omdat ik echt bedenk dat het kind er dus niet op deze manier uitkomt. Of met de pijnstillingsbehoefte ofzo, die snappen dat je dan alles al geprobeerd hebt...”. In het verleden was dit zeker anders en werd de klinisch werkende verloskundige binnen haar eigen beroepsgroep als een afvallige gezien. Wat opvalt is, dat er tussen de eerste- en tweedelijns verloskundigen geen concurrentie bestaat. De relatie wordt als goed omschreven en als een onderlinge goede samenwerking. “...Nee, in het begin wel hoor toen ik hier net werkte vond ik het wel. Dan was je echt een afvallige. Maar nu vind ik het niet, nu vind ik het juist dat we de 1e lijn juist heel erg versterken door als tussenschakel het over te nemen. Maar dat, ik denk dat dat het een hele goede ontwikkeling is...”.

De klinisch werkende verloskundigen zijn zich bewust van de verschillen in populatie binnen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. Ondanks dat de zorg in de tweedelijns meer bestaat uit het toepassen van medische interventies kan er niet gezegd worden dat de klinisch werkende verloskundige alleen het medical childbirth model aanhangt. “...Ik denk dat ik in mijn beroepsbeoefening als klinisch verloskundige de visie heb van een eerstelijns verloskundige, dat ehm... de kwaliteit en de tevredenheid van de vrouw voor mij punt één zijn. En de uitkomst natuurlijk ook maar het proces naar die uitkomst toe is voor mij belangrijker dan persé die goede uitkomst. Dat is de visie die ik vanuit de eerstelijns in die tweedelijns heb...”.

Van verschil in machtsverhoudingen is op dit moment geen sprake tussen de eerste- en tweedelijns verloskundigen. Het werken van klinisch verloskundigen, eigen beroepsgenoten in de tweedelijns, wordt alleen maar als positief ervaren. Tussen de gynaecologen en de klinisch verloskundigen is er ook geen sprake van concurrentie of verschil in machtsverhoudingen. Dit kan ook niet omdat zij dezelfde populatie van zorg voorzien. Wanneer in de toekomst de tweedelijns verloskundigen een aparte beroepsgroep vormen met eigen cliënten en dan daarbij ook eigen inkomsten, zijn zij een derde speler op de “verloskundige” markt en dan zou het kunnen zijn dat de verhoudingen onderling zeker aan veranderingen onderhevig zijn.

Dat het medical childbirth model steeds meer geïntegreerd raakt in de normale verloskunde komt ook door de omgeving. Zo ziet de tweedelijns verloskundige een toename in de vraag van de zwangere om ingeleid te worden als gevolg van media aandacht voor de verloskunde. De zwangere geeft hier zelf aan het “veiliger” te vinden om ingeleid te worden dan om de bevalling spontaan af te wachten binnen de gestelde normen. *“...Laatst in Arnhem had ik nog mensen die perse ingeleid wilden worden want toen was net dat stuk om NOVA geweest. En die waren toen 41 weken zwanger en wilden geen dag langer wachten...”*.

Ook de toename van interventies en de veranderende visie op de verloskunde is er de oorzaak van dat eerstelijns verloskundigen “eerder” zwangeren klinisch maken dan dat dat in het verleden gebeurde. Een klinisch werkende verloskundige merkt duidelijk een verschil met de tijd dat zij nog werkzaam was in de eerstelijns verloskunde. *“...Dat de stap voor mensen om in te sturen, het hele pijnstillingsverhaal, dat er wel een enorme ontwikkeling kan komen dat de eerstelijns echt moet oppassen, dat er niets meer overblijft. Nu al meconium houdend vruchtwater bij 8 cm, dat wordt ingestuurd. Weet je.... dat deed je vroeger nooit. Dus.. ik denk wel dat het superbelangrijk is dat de 1e lijn ook echt met een visie, missie moet komen en dat die sterk moet zijn...”*. Daarnaast speelt mee dat zwangere in Nederland niet altijd goed op de hoogte is van wat de verloskundige eigenlijk doet. *“...Maar ik denk dat cliënten helemaal niet meer weten hoe heerlijk het is als iemand van de 1e wee tot aan de laatste wee daar bijzit. Dat weten ze niet en dat hoor je ook niet meer. Dus hun beeld van hoe een verloskundige, hoe de participatie van de verloskundige in hun traject is is heel anders...”*.

Dat er meer bevallingen klinisch worden gedaan heeft ook te maken met het doorverwijsbeleid van de eerstelijns verloskundige. Dat zij het steeds normaler vinden om interventies toe te passen in de verloskunde. De zwangeren hebben hier ook zelf invloed op. Op dit moment kunnen alle “gezonde” zwangeren kiezen waar ze willen bevallen en bij wie ze onder controle willen. Wanneer de zwangere niet op de hoogte is van de rol van de

verloskundige in haar zwangerschap en bevalling en in de media is steeds meer te lezen over de “veiligheid” van in het ziekenhuis bevallen, is de keus voor de zwangere en haar partner niet moeilijk te maken. Hieruit blijkt dat mensen erg veel vertrouwen hebben in de hedendaagse technieken binnen de verloskundige zorg.

#### **4.2 Hoe verandert de verhouding van de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg zich met betrekking tot het medical childbirth model en het normal childbirth model van geboorte?**

Door de verloskundigen wordt de bezorgdheid uitgesproken over de huidige opleiding voor verloskundigen. Men ziet in de opleiding dat steeds meer studentverloskundigen stages lopen in de tweedelijns en daar opgeleid worden door de arts assistenten en de gynaecologen. *“...Vorig jaar hadden we een derdejaars student die had 40 partus gedaan waarvan 3 thuis. Zij had langdurige stages gehad in ziekenhuizen en meer partus gedaan met een arts assistent dan met een verloskundige en dat vind ik ontzettend zorgelijk, want dat betekent gewoon dus dat het alleen nog maar om de techniek gaat, om het medisch technische deel. Want er is geen enkel verschil tussen een arts assistent en een verloskundige als het gaat om het medisch technisch handelen, toucheren doen we allemaal hetzelfde. Hoewel ik denk eerlijk gezegd dat er een boel arts assistenten zijn die niet weten dat toucheren echt geen pijn hoeft te doen. Of niet zo heel veel pijn hoeft te doen in ieder geval. Terwijl er ook een boel verloskundigen rondlopen die denken dat toucheren heel veel pijn moet doen maar er lopen er ook een boel rond die weten dat als je daar even de tijd voor neemt dat het allemaal niet zo'n drama is. Dat verschil weet je.. dat je tijd neemt voor dingen, dat je je handen op de rug houdt. Dat vind ik erg dat verloskundigen worden opgeleid door arts assistent. Dat zou niet moeten...”*. Doordat studenten in de huidige situatie meer stages lopen binnen de tweedelijns wordt de suggestie gewekt dat het medische technische deel van de bevalling belangrijker is dan persoonlijke deel. Hierin maken de twee modellen een groot onderscheid. Door het medisch technische deel belangrijker te vinden wordt er voorbij gegaan aan de eenheid van het lichaam in het normal childbirth model. Door het toenemende vertrouwen in de techniek wordt het lichaam als object behandeld en is de afstand tussen zorgverlener en patiënt groter. De angst die bij de huidige eerstelijns verloskundigen heerst dat de bevalling in de toekomst wel heel erg gemedicaliseerd gaat worden zien zij dus ook bevestigd in de huidige opleiding van verloskundigen.

Aan de andere kant is er met de toename van het aantal klinisch werkende verloskundigen een verschuiving zichtbaar naar een meer persoonlijke en normale benadering van de bevalling in

de tweede lijn. Een tweedelijns verloskundige verwoordde dat op de mooie manier van: “...*Ik ben niet alleen geïnteresseerd in de uitkomst maar voor mij is juist ook het proces van de bevalling belangrijk...*”. Hieraan is te merken dat het medical childbirth model wat betreft begeleiding van de bevalling zich dichterbij het normal childbirth model gaat bewegen. Dat er ook steeds meer aandacht is voor de individuele patiënt waar de zorg op toegespitst wordt. Het werken met standaarden en richtlijnen is sterker in de tweede- dan in de eerstelijns verloskunde, maar de klinische werkende verloskundige waakt ervoor de bevalling niet als een product te zien maar als een proces. Door op deze manier te kijken naar de bevalling kan er door de klinisch werkende verloskundige beargumenteerd worden afgeweken van de standaard. Voor de klinische werkende verloskundige is hier ook ruimte. “...*Als ik een beleid heb bedacht en dat lijkt me een goed beleid en zij komen eraan en zeggen dat ze er niet mee eens zijn en zeggen doe het maar zo. Dat wil ik dan wel goed bespreken...*”.

#### **4.3 Wat is het gevolg van de veranderingen in de eerste- en tweedelijns verloskunde voor de onderlinge verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg binnen het Nederlands verloskundig systeem?**

Zoals hierboven is beschreven is de kans groot dat er door alle veranderingen en ontwikkelingen een kloof kan gaan ontstaan binnen de eerstelijns verloskundige beroepsgroep. De concurrentie, de samenwerking en de verschuiving tussen de modellen gericht op de verloskunde hebben ervoor gezorgd dat de eerstelijns verloskundige haar visie op de verloskunde en haar zorgverlening aan de zwangere aanpast. Verloskundigen die voornamelijk hun zorgverlening uitvoeren vanuit het holistische model geven hun voorkeur aan het werken in kleinschalige praktijken waarbij zij veel tijd en aandacht kunnen besteden aan de zwangere. Zij geven daarbij aan dat de technische aspecten van een bevalling ondergeschikt zijn aan de aandacht voor de zwangere en dat juist het vertrouwen in eigen lichaam en bevalling voorop staat. Deze zorgverlening zien zij in een grotere groepspraktijk niet als mogelijkheid. “...*Wij vonden het vanaf het begin af aan een leukere manier van werken. Om als je ergens aan het werk bent om dan meer te kijken naar ehh, wij zijn meer geïnteresseerd in de vrouwen dan in het technische gebeuren van die bevalling. En als je iemand een beetje wilt leren kennen in de zwangerschap dan heb toch wel een keer of 5-6 contactmomenten nodig, en als je dus met meer dan twee verloskundigen in een praktijk werkt dan lukt dat gewoon niet. Dan heb je met een beetje geluk en als je het een beetje strak verdeelt, dan zie allemaal de zwangere 4 keer. Met een beetje pech zien één of 2 collega's d'r 5 of 6 keer en dan ziet één van de drie haar maar één of twee keer en dan zal je net zien dat jij*

*diegene bent die dan die partus gaat doen. De meeste collega's vinden dat niet zo'n probleem. Die zeggen ja, als je iemand niet zo goed kent dan komt het ook wel goed. De kwaliteit van je deskundigheid is even groot...". Deze verschillende manieren van het kijken naar verloskundigen zorg maakt het onderlinge samenwerken, als het gaat om cliëntenzorg, moeilijker te realiseren. De manier van werken van sommige verloskundigenpraktijken wordt openlijk bekritiseerd door andere praktijken. "...Ik kijk soms met argusogen naar andere, sommige andere praktijken die wel heel veel snelheid in hun manier van werken hebben waarvan ik weet dat die op een andere manier werken dan ik. Omdat ik dat als norm afkeur, maar dat is mijn eigen. Ik denk ook wel dat er uit gaat komen dat dat niet het meest wenselijke is om het zo te doen..."*

Concurrentie als gevolg van de veranderende verhoudingen is het gevolg. De toename van het aantal verloskundigen, het dalen van het geboortecijfer zorgt ervoor dat verloskundigen concurrentie krijgen van elkaar. Zwangere vrouwen daarentegen krijgen meer keuzemogelijkheden omdat er soms meerdere praktijken werkzaam zijn in het hetzelfde verzorgingsgebied. Daarnaast hebben zwangere vrouwen de keus om de zwangerschapscontroles te laten doen in de tweedelij. De tweedelij wordt dus ook in deze situatie een directe concurrent van de eerstelijns verloskundige.

We zien dat de twee modellen steeds meer geïntegreerd raken in elkaar. Eerstelijns verloskundigen passen in hun dagelijkse praktijk de medische interventies toe en door het werken van verloskundigen in de tweedelij worden aspecten van het normal childbirth model bewaakt in de tweedelij. Aan de andere kant kan de concurrentie er ook voor zorgen dat de uitersten van de twee modellen steeds meer zichtbaar worden. Zwangeren die vertrouwen op de medische technieken en zich overgeven aan de gynaecoloog door onder hen begeleiding te bevallen. En aan de andere kant een beweging van een kleine groep zwangeren die zónder begeleiding van een verloskundig hulpverlener bevalt (the unassisted birth).

Wanneer het niet direct gaat om de inhoudelijke zorg wordt er wel samen gewerkt binnen de eerstelij. Bij een gezamenlijk punt bijvoorbeeld het oprichten van een geboortecentrum, is de samenwerking tussen de eerstelijns verloskundigen wel mogelijk. Op inhoud van de zorg zijn de verschillende praktijken niet geneigd om samen te werken en is het moeilijk om elkaar aan te spreken op elkaar handelen. Op dit moment hebben een aantal praktijken de achterwacht niet geregeld met buurtpraktijken maar met het ziekenhuis. Dit zou geïnterpreteerd kunnen worden dat deze verloskundige niet de patiënt centraal zet. In het kader van de concurrentie verwijst zij liever naar het ziekenhuis voor een medische bevalling dan naar een collega verloskundige.

## 5. Conclusie, reflectie en aanbevelingen

---

Dit hoofdstuk beschrijft de interpretatie en de conclusie van de resultaten. Door de koppeling van factoren uit zowel de theorie als praktijk zijn de deelvragen beantwoord in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag:

*“Wat is de invloed van de externe ontwikkelingen, liberalisering van de zorgmarkt en de veranderende financiering van de zorg, voor de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlening en hoe dragen deze ontwikkelingen bij aan de veranderende verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverlening binnen het Nederlands verloskundig systeem, in het bijzonder tussen het model van de normale geboorte versus het medische model”.*

Paragraaf 5.2 is een reflectie op het onderzoek en in paragraaf 5.3 worden de aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek besproken.

### 5.1 Conclusie

De twee belangrijkste ontwikkelingen op dit moment binnen de verloskundige zorg is de liberalisering van de zorgmarkt en de veranderende financiering van de zorg. Van deze twee ontwikkelingen heeft de liberalisering de meeste invloed op de veranderende verhoudingen binnen de verloskundige zorg. Uit de interviews blijkt dat de liberalisering (marktwerking) verantwoordelijk is voor de concurrentie onderling maar ook tussen de beroepsgroepen. De concurrentie is het sterkst binnen de beroepsgroep van de eerstelijns verloskundigen. Deze groep heeft te maken gekregen met een toename van het aantal verloskundigen en een daling van het geboortecijfer. Door de concurrentie profileren de verschillende verloskundigen praktijken zich steeds meer ten opzichte van elkaar in hun visie op de verloskundige zorg.

De concurrentie tussen de eerste- en tweedelijns verloskunde is relatief jong. Door de keuzevrijheid van de zwangere kan zij ook, indien het een gezonde zwangerschap betreft, bij de tweedelijns terecht voor haar zwangerschapscontroles en bevalling. Tot voor kort was deze groep voor haar zorg aangewezen op de eerstelijns zorgverleners.

Concurrentie binnen de tweedelijns is er op dit moment (nog) niet. Het is niet uit te sluiten dat dit in de toekomst niet gaat gebeuren wanneer de klinisch werkende verloskundigen een aparte beroepsgroep gaan vormen.



De invloed van de concurrentie op de twee modellen is tweeledig. Door de concurrentie binnen de eerstelijns verloskunde zijn de praktijken zich steeds meer aan het onderscheiden in hun visie op de verloskundige zorg. Er ontstaan praktijken die de verloskundige zorg meer gaan inrichten op basis van het normal childbirth model. Praktijken die zich het meest verwant voelen met het normal childbirth model hebben veelal een kleinere praktijk met een kleine groep cliënten blijkt uit de interviews. Zij besteden veel tijd aan hun cliënten en zetten de cliënt centraal in de zorgverlening. De grotere praktijken hebben een groter cliëntenbestand en zien daardoor de cliënten gemiddeld minder frequent. Daar is een grotere afstand tussen zorgverlener en cliënt hun manier van zorgverlening “kruipt” steeds dichterbij het medical childbirth model.

Alle verloskundigen merken een toename van medische interventies tijdens zwangerschap en bevalling. Zij geven in de interviews aan dat het medical childbirth model langzaam aan terrein wint binnen de eerstelijns verloskunde. Deze resultaten bevestigen de veronderstelling dat het onderscheidt tussen de twee modellen steeds kleiner wordt. Tussen de eerstelijns verloskundigen is er nog wel een verschil in het gebruik van de medische interventies. Dit verschil komt ook mede door de verandering van de zorgvraag van de zwangere. Deze verandering van zorgvraag doet ook het gebruik van medische interventies toe nemen. Zo blijkt uit de interviews dat de vraag naar pijnstilling toeneemt onder alle zwangeren. Het is niet uit te sluiten dat dit verschil in de toekomst nog groter wordt en dat praktijken zich op basis van het model wat ze centraal stellen, zich meer gaan profileren naar de zwangere toe.

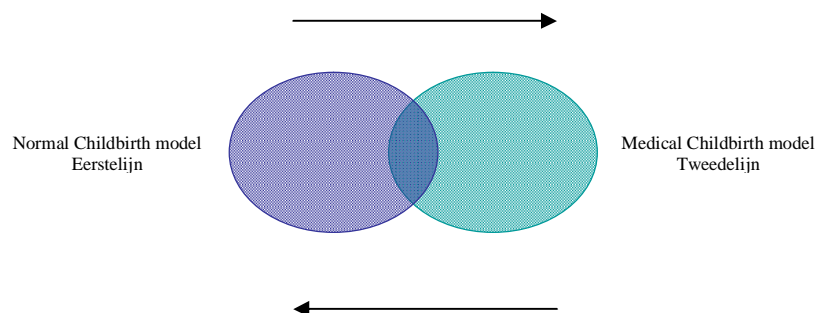
Marktwerking zorgt naast concurrentie ook voor samenwerking binnen de verloskunde. Uit de interviews blijkt dat wanneer het niet direct om zorginhoudelijke aspecten gaat, er tussen de eerstelijns verloskundigen wordt samengewerkt. Dit is te zien in de landelijke initiatieven van de eerstelijns verloskundigen in het oprichten van geboortecentra. De samenwerking tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners is de laatste jaren beter geworden. Door de klinische werkende verloskundigen is er een kloof gedicht tussen de eerste- en de tweedelijns verloskundige zorgverlener. Daar waar het medical childbirth model van oudsher centraal staat in de tweedelijns wint het model van de normale verloskunde steeds meer terrein door het werk van de klinische werkende verloskundige. Deze bevindingen bevestigen het conceptueel model waarin beide modellen elkaar steeds meer gaan overlappen.

Dat de zwangerschap en bevalling in toenemende mate worden gemedicaliseerd is niet alleen toe te schrijven aan de marktwerking en de technische ontwikkelingen. Ook de mens in het algemeen heeft veel vertrouwen in de technologieën binnen de gezondheidszorg. Zwangeren maken op eigen verzoek steeds meer gebruik van de technische mogelijkheden tijdens



bevalling en zwangerschap. Denk hierbij aan de toename van de structurele echo's rond 20 weken zwangerschap en de toename van pijnstilling tijdens de bevalling. Wanneer de toename van pijnstilling tijdens de normale bevalling stijgt, betekent dit voor de eerstelijns verloskunde een afname van het aantal begeleidingen van de bevalling. Dit kan dus op den duur een bedreiging vormen voor de eerstelijns verloskundige zorgverlening.

Door al deze bovenstaande ontwikkelingen is er een verschuiving te zien van facetten van het medical childbirth model naar het normal childbirth model en vice versa.



Figuur 2. Verschuiving van de twee modellen

Financiële aspecten binnen de eerstelijns verloskundige zorg hebben (nog) geen invloed op de concurrentie en de samenwerking. Op dit moment wordt er door de zorgverzekeraar aan elke verloskundige met een contract het maximale tarief vergoed. In de toekomst kan daarin verschuiving optreden. Op het moment dat de tarieven voor de verloskundige zorg vrij worden gegeven zullen de verloskundigen prijsafspraken moeten maken met de zorgverzekeraars. Verloskundigen moeten zich dan profileren ten opzichte van de andere praktijken op het gebied van kwaliteit van zorg. Ook moeten zij voldoen aan de kwaliteitseisen die aan hen gesteld worden door de beroepsgroep en de zorgverzekeraar.

Doordat ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn voor het dragen van de kapitaallasten zijn zij gebaad bij een toename van de inkomsten. Wanneer een ziekenhuis meer zwangeren controleert en bevallingen doet, stijgen de inkomsten. Dit kan in de toekomst ertoe leiden dat de ziekenhuizen zich meer en meer op de markt gaan richten van de eerstelijns verloskundige zorgverleners.

## 5.2 Reflectie op het onderzoek

Dit onderzoek had een kwalitatieve opzet omdat het ging om het verkennen en inzichtelijk maken van een thema of vraagstuk en niet om het in kaart brengen van cijfers. Een nadeel van kwalitatief onderzoek is dat de resultaten niet statistisch representatief zijn, maar een indicatie geven van wat er leeft. Omdat zowel literatuuronderzoek als praktijkonderzoek werd uitgevoerd, is slechts een beperkt aantal personen geïnterviewd. Er worden conclusies getrokken op basis van interviews met acht personen, zes eerstelijns verloskundigen en twee klinisch werkende verloskundigen. Aangezien alle geïnterviewden werkzaam zijn in het Noorden van het land kunnen de uitkomsten van het onderzoek niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar andere delen van het land.

De interviews zijn allemaal opgenomen op een voice-recorder en diezelfde dag uitgeschreven. Er is gebruik gemaakt van een topic lijst om de interviews zo doelmatig mogelijk te laten verlopen. Toch is er in de interviews soms afgedwaald naar gerelateerde onderwerpen, die niet van toepassing waren voor het onderzoek. Dit bemoeilijkt de gegevensverwerking, maar aan de andere kant heeft het bijgedragen aan de vormgeving van het onderzoek.

Er is met verschillende onderzoeksmethoden gewerkt. Deze triangulatie van gegevens heeft ervoor gezorgd dat de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens werd verhoogd. Ook externe controle van een deskundige begeleider heeft de betrouwbaarheid en validiteit bewaakt, door het geven van feedback.

## 5.3 Aanbevelingen

Voor het behoud van een sterk Nederlands verloskundig systeem, een sterke eerstelijns verloskundige zorg voor de toekomst, worden in deze paragraaf aanbevelingen gedaan.

### Met betrekking tot concurrentie

- Uit de interviews blijkt dat door de marktwerking de tweedelijns kan gaan concurreren met de eerstelijns verloskunde. Om deze concurrentie met de tweedelijns aan te gaan moet de eerstelijns verloskunde zich uitspreken in één gezamenlijke visie met betrekking tot de verloskunde. Onderling kunnen de praktijk door middel van kleine nuances hierop verschillen. Door de zorg in te richten volgens het normal childbirth model kan men zich duidelijk onderscheiden van de tweedelijns.
- Uit de interviews blijkt dat veel praktijken de concurrentie zien als inkomen- en cliëntenverlies. Wanneer de concurrentie vanuit een ander perspectief wordt benaderd

kan het ook een winst opleveren voor de eerstelijns verloskunde. Door de concurrentie onderling ontstaat er keuzevrijheid voor de cliënt.

- Het medical childbirth model krijgt steeds meer ingang in de eerstelijns verloskunde. Reden daarvan is dat veel onderzoek binnen een tweedelijns setting vertaald wordt naar de eerstelijns. Om dit tegen te gaan zal er meer onderzoek moeten plaatsvinden binnen de eerstelijns verloskunde om de meerwaarde van het normal childbirth model goed te kunnen onderbouwen ten opzichte van het medical childbirth model.

### Samenwerken

- Op zorginhoudelijke aspecten moeten de eerstelijns verloskundigen meer met elkaar gaan samenwerken. Door onderzoeksresultaten en de kringresultaten met elkaar te bespreken kan men de kwaliteit van zorg verbeteren. Dit kan gerealiseerd worden door het invoeren van intercollegiale toetsing.
- Uit de resultaten blijkt dat de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns verloskundigen kan verbeteren door de zwangere centraal te stellen. Door de zwangere meer centraal te stellen en niet “de zwangerschap” wordt het normal childbirth model ook van invloed in de tweedelijns.

### Institutionele context

- Op dit moment verandert de zorgvraag van de zwangere. Uit alle interviews blijkt dat de stijging van pijnstilling tijdens de bevalling een bedreiging vormt voor de eerstelijns verloskunde. Om goed in te kunnen spelen op de daadwerkelijke zorgvraag van de zwangere is hier onderzoek naar nodig. Wat wil de zwangere op dit moment? En vooral, waarom wil ze dat? Wanneer de zorgvraag goed in beeld is gebracht kan de eerstelijns verloskunde zich hierop richten en zich profileren ten opzichte van de tweedelijns.

## Literatuurlijst

---

- † Hart, H., J. Dijk van, M. Goede de, W. Jansen, and J. Teunissen. 1996. *Uit: Onderzoeksmethoden. hoofdstuk 9: Veldonderzoek.*
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. 2005. *Basisboek kwalitatief onderzoek.* Groningen: Stenferd Kroeze.
- Blaaka, Gunnhild, PhD, RN, RM, and Schauer Eri, Tine, MSc, RN, RM. 2008. *Doing midwifery between different belief systems.. Midwifery* 24, (344-352).
- Cruess, R. J., Cruess, S. R., Johnston, S. E. 2000. *Professionalism: An ideal to be sustained.* 356, : 156-159.
- Davis-Floyd, R. 2001. *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.. International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, (S5-S23).
- De Jonge, A. Goes, B.Y., Ravelli, A., Amelink-Verburg M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J., Buitendijk, S.E. *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529688 low risk planned home and hospital births.. 2009;116: 1177-1184.*
- Hutjes, J.M., Van Buuren, J.A. 1992. *De gevalsstudie: Strategie van kwalitatief onderzoek.* Meppel: Boom.
- Liefhebber, S., Van Dam, C., Waelput, A. 2006. *De kern van de eerstelijns verloskunde. beroepsprofiel van de verloskundige.. Zeist: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, .*
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2009. *Visiedocument eerstelijns verloskundige zorg. Een advies over vrije prijsvorming..* (November).
- O'Connell, R., and S. Downe. 2009. *A metasynthesis of midwives' experiences of hospital practice in publicly funded settings; compliance, resistance and authenticity.. Health* 2009; 13: 589.
- RIVM rapport. 2005. *Met de besten vergelijkbaar? internationale verschillen in sterfte rond de geboorte.*
- Rooks, J. P. 1999. *The midwifery modal of care.. Journal of Nurse-Midwifery* 44, No 4, (July/August): 370.
- Smeenk, A.D.J., Have ten, H.A.M.J. 2003. *Medicalization and obstetric care: An analysis of developments of dutch midwifery.. Medicine, Health Care and Philosophy.* 6, : 153-165.
- Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. 2010. *"Een goed begin." Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Januari.*

Swanborn, P. G. 2006. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vol. Vierde, geheel herziene druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Weggeman, M. 2001. *Kennismanagement. inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. 4th ed. Schiedam: Scriptum management.

---