

DE VERLOSKUNDIGE: WETENSCHAP DUIZENDPOOT OF ZORGPROFESSIONAL?

Het nieuwe beroepsprofiel dat onlangs verscheen geeft verloskundigen de mogelijkheid hun kerntaken flink uit te breiden. Maar willen ze kwalitatief goede zorg blijven geven, is bezinning op de organisatie van niet-verloskundige taken binnen de praktijk essentieel. Crombag zocht in literatuur en praktijk naar de beste opties en pleit voor een gezonde toekomstvisie.

Neeltje Crombag MSc

Inleiding

In de loop van de tijd is het takenpakket van de verloskundige steeds meer uitgebreid, ook met taken die niet primair verloskundig zijn.

Toekomstige ontwikkelingen op het gebied van epidemiologie, demografie, beleid en vakinhoud zullen naar verwachting leiden tot een nog verdere uitbreiding van het takenpakket van de verloskundige. In de dagelijkse praktijk zijn aanpassingen in het werkpatroon van de verloskundige echter nog niet duidelijk zichtbaar. Dit artikel gaat in op de veranderende omgeving waarin de verloskundige werkt en de manier waarop zij haar takenpakket kan herinrichten.

Uitgangspunt hierbij is dat het bestaande concept van de unieke eerstelijns verloskundige zorgverlening zoveel mogelijk behouden blijft. Het artikel werd geschreven naar aanleiding van de afstudeerscriptie voor de Master Opleiding Verloskunde, waarin werd onderzocht welke mogelijkheden er zijn voor een efficiëntere indeling van niet-primair verloskundige taken.

De taken van de verloskundige kunnen onder verdeeld worden in kerntaken en niet-primair verloskundige taken. Kerntaken zijn alle werkzaamheden die direct van belang zijn voor de begeleiding van de cliënte^[1]. Deze taken behoren exclusief toe aan de verloskundig zorgverlener. Niet-primair verlos-

kundige taken zijn alle taken die niet rechtstreeks van belang zijn voor het cliëntcontact, zoals administratie, voorraadbeheer, boekhouding, roostering, werkoverleg systeem-beheer, kwaliteitsjaarverslag en de achterwachtregeling^[6, 7, 8, 30].

Sommige van deze taken zouden ook verricht kunnen worden door niet-verloskundigen, wanneer deze de verloskundigen te veel afleiden van hun kerntaak: het begeleiden van de vrouw rondom zwangerschap en geboorte.

Veranderende omstandigheden

In de literatuur worden onder andere de volgende toekomstige veranderingen beschreven die impact kunnen hebben op het takenpakket van de verloskundige:

Medische complexiteit

Het percentage cliënten met een gecompliceerde medische of obstetrische voorgeschiedenis, die hun zwangerschap in de eerste lijn starten, zal naar verwachting toenemen. Ook zal de verloskundige in toenemende mate geconfronteerd worden met vrouwen die leiden aan obesitas^[11].

Individualisering en differentiatie

De toenemende individualisering van de maatschappij maakt dat de cliënt minder afhankelijk is en een grotere keuzevrijheid en verantwoordelijkheid wenst in de inrichting van het leven^[3]. De cliënt heeft behoefte aan informatie op grond waarvan zij vervolgens haar eigen

keuzes kan maken.

De toenemende maatschappelijk differentiatie leidt tot grote verschillen tussen mensen onderling en tussen hun individuele behoeften^[12]. Verhoging van het algemene opleidingsniveau hangt samen met toenemende mondigheid.

Daarnaast blijft er een groep cliënten bestaan die niet mondig is, niet in staat is zelfstandig te kiezen en bij wie de wens om eigen keuzes te kunnen maken minder leeft of onmogelijk is^[13]. Vraaggerichte zorg, waarbij het aanbod zoveel mogelijk afgestemd wordt op de behoeftes van de cliënten, is hierdoor noodzakelijk voor de zorgverlening.

Kwaliteit

Kwaliteit van zorg en kwaliteitsbeleid vormen de peilers van goede verloskundige zorgverlening. Verloskundigen moeten kritisch kijken naar hun eigen zorg en die van collega's, met als doel verbetering van die zorg. Naast de bestaande Landelijke Verloskundige Registratie zijn het kwaliteitsregister van de KNOV, de herregistratie van de wet BIG en een kwaliteitsstelsel voor eerstelijns verloskundige praktijken in ontwikkeling.

Ook het nieuwe verzekeringsstelsel eist van zorgverleners dat zij zorg bieden van hoge kwaliteit die zoveel mogelijk aangepast is aan de wensen van de cliënt^[3, 14, 15, 17]. Deze cliëntgerichte kwaliteitszorg moet de zorgverlener zoveel mogelijk expliciteren en kenbaar maken.

Uitbreiding kerntaken

Preconceptieadvies, de voorlichting

Neeltje Crombag is eerstelijns verloskundige en medewerker Kenniscentrum en Relatiebeheerder SROV

WETENSCHAP

rond prenatale screening en de uitvoering van twee standaard echo's in de zwangerschap zijn voorbeelden van verdere uitbreiding van het verloskundige takenpakket.

De veranderende omgeving leidt tot meer taken voor de verloskundige, bewust en soms ook onbewust. Bovendien wordt de taakuitbreiding vaak opgelegd door de omgeving en niet expliciet gekozen door de verloskundige. Wanneer de huidige werkomstandigheden niet worden aangepast kan de taakuitbreiding leiden tot een taakverzwaring. Er ontstaat een probleem als dit leidt tot kwaliteitsverlies van de primair verloskundige zorg. Daarnaast zal een taakverzwaring, zonder enige aanpassing, kunnen leiden tot verminderd werkplezier van de verloskundige.

Organisatie verloskundige taken

Om te voorkomen dat een uitbreiding van het verloskundig takenpakket ten koste gaat van de verloskundige kerntaak is een efficiënte herverdeling van de niet-primair verloskundige taken essentieel. Uit onderzoek blijkt dat het overmatig uitvoeren van niet-primair verloskundige taken door verloskundigen leidt tot verminderde werksatisfactie⁵¹. Onderzoeken van rond de afgelopen eeuw wisseling pleitten ervoor dat bij een herverdeling de niet-primair verloskundige taken zo min mogelijk door zorgverleners moeten worden uitgevoerd. Door deze over te dragen aan anderen die de benodigde deskundigheid en ervaring hebben¹⁷, kan de verloskundige zich primair blijven richten op haar kerntaak, ook in geval van een uitbreiding.

Welke mogelijkheden hebben verloskundigen om hun taken anders te organiseren? Ze kunnen meer vrije tijd inleveren ten koste van

het werk, hun taken inkrimpen of extra verloskundigen aannemen in de praktijk. Daarnaast is het ook mogelijk niet-verloskundigen bij de praktijk te betrekken of samen te werken met andere verloskundigen. In de literatuur zijn de volgende oplossingen beschreven:

Taakdelegatie

Bij taakdelegatie blijft de medisch professional verantwoordelijk voor de indicatiestelling en diagnose; de uitvoering en begeleiding wordt uitbesteed aan anderen. Delegatie kan zowel plaatsvinden op het niet-primair verloskundige vlak maar ook op het zorginhoudelijke vlak zoals kleine medische handelingen. Een praktijkassistente kan in belangrijke mate bijdragen aan werkdrukverlaging, bereikbaarheid en organisatie van de praktijk¹²¹.

Taakherschikking

Taakherschikking is het overdragen van taken en verantwoordelijkheden aan een andere beroepsgroep^{3,7}. In de eerstelijns verloskunde kan men denken aan bloeddrukmeting, voorlichting, gedeeltelijke afname van de anamnese, kraambedcontroles, telefonisch spreekuur en voorlichting. Taakherschikking wordt veelvuldig toegepast in huisartsenpraktijken; deze huisartsen hebben significant minder contacten met patiënten dan in praktijken die niet werken met praktijkondersteuning²². Het overdragen van het recht op uitvoer van taken, wordt echter door een aantal huisartsen gezien als een bedreiging voor de professie²³. Voor taakherschikking moeten landelijke beleids- (en mogelijk ook wets-) veranderingen plaatsvinden.

Praktijkmanager

Een praktijkmanager zorgt ervoor dat het management en de praktijkvoering goed verloopt, zodat de

hulpverleners zich kunnen bezig houden met hun kerntaak. Deze manager draagt zorg voor goede organisatie van niet-primair verloskundige taken met een focus op beleid en beheer. De praktijkmanager is de eindverantwoordelijke van een professionele groep¹²⁴.

Samenwerking

Samenwerking met anderen buiten de eigen praktijk levert een efficiëntere organisatie op waarin werkzaamheden kunnen worden verdeeld en gedelegeerd¹⁹. Samenwerking biedt voordelen voor de organisatie van niet-primair verloskundige taken maar is ook goed voor de positie van de verloskundige praktijk ten opzichte van andere actoren in het veld. Daarnaast levert het, bij behoud van eigen identiteit van de afzonderlijke praktijken, voor de cliënt geen nadelen op. Samenwerking vereist daarentegen wel een inzet van de betrokkenen. Het samenwerkingsverband moet door alle betrokkenen worden gedragen en er moet sprake zijn van onderling vertrouwen en een gemeenschappelijk doel²⁵. Dit is niet in alle regio's in Nederland het geval.

Outsourcing

Om het verloskundige takenpakket efficiënter te organiseren kan gebruik worden gemaakt van outsourcing. Dat is de inzet van bedrijven met een bepaalde expertise, voor het leveren van niet-primair verloskundige taken. Te denken valt aan automatisering, declaraties, leveren van ondersteunend personeel, werkgeverschap, call-centerfunctie, centrale voorlichting, drukwerkbeheer, telecomfunctie, financiële administratie, voorraadbeheer, waarneempool, achterwacht et cetera. Een juiste balans tussen de verloskundige praktijk als afnemer en de

producent moet bijdragen aan het behoud van de autonomie en de zelfregulatie van de zorgverlener^[28, 29]. De zorgverlener kan zich zo volledig richten op de primaire taak en een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg leveren. Momenteel wordt er weinig gebruik gemaakt van de inzet van externe bronnen onder verloskundigen. Het is ook niet noodzakelijk in kleine praktijken, waar de balans tussen werk en vrije tijd nog voldoende ruimte biedt voor een voorbereiding van het aandeel werk ten koste van de vrije tijd. Maar in drukke praktijken kan outsourcing bijdragen aan een gunstige verhouding tussen werk en vrije tijd.

Afstudeeronderzoek

In het bovengenoemd afstudeeronderzoek zijn alle verloskundige praktijken in Breda gevraagd naar hun visie op toekomstige ontwikkelingen en de invloed hiervan op hun werkzaamheden. Vervolgens kregen zij mogelijke opties voor het efficiënter organiseren van het verloskundige takenpakket voorgelegd. Opvallend was dat het merendeel van de verloskundigen weinig zicht had op toekomstige ontwikkelingen en de invloed hiervan op het verloskundig takenpakket. Om die reden werd er geen directe noodzaak gezien om de huidige werkzaamheden aan te passen of efficiënter te organiseren. Verloskundigen die een taakuitbreiding verwachten gaven aan dat zij, indien nodig, zouden kiezen voor de pragmatische aanpak: meer werken, minder vrije tijd. Belangrijkste reden hiervoor waren de financiële consequenties die aan elke andere oplossing verbonden zijn. De praktijken die outsourcing zagen als een oplossing, besteedden de niet-primaire taken reeds tegen betaling uit aan de verschillende maatschapsleden. Voor deze prak-

tijken was er weinig verschil tussen outsourcing en de huidige situatie^[30].

Conclusies

Externe veranderingen leiden tot een uitbreiding van het verloskundig takenpakket. Een onderzoek onder verloskundige praktijken geeft aan dat er bij hen (nog) onvoldoende draagvlak is voor een herverdeling van het takenpakket. Enerzijds komt dit voort uit onvoldoende besef van de problemen die zich kunnen voordoen, anderzijds zien zij de kosten die aan uitbesteding van taken zijn verbonden als belangrijk obstakel. Een meerderheid van de praktijken gaf dan ook de voorkeur aan de inzet van extra capaciteit binnen de huidige bezetting. De praktijken zijn van mening dat zij op deze manier dezelfde kwaliteit kunnen leveren^[30].

Bewustwording van de maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen en de invloed op de individuele praktijken is echter noodzakelijk voor het toekomstige beleid van een verloskundige praktijk, waarin geanticipeerd wordt op deze ontwikkelingen.

Veel verloskundigen hebben een deel van hun taken gedelegeerd aan een assistent of praktijkmanager. Van taakherschikking in de eerstelijns verloskundige praktijk is nog geen sprake en de vraag is of dit wenselijk is.

Van de mogelijke oplossingen die hierboven zijn genoemd, kunnen samenwerking en outsourcing momenteel het beste bijdragen aan een efficiëntere organisatie van taken. Intensieve samenwerking met andere praktijken versterkt de regionale eerstelijns zorg, al komt dit in sommige regio's moeizaam van de grond. Outsourcing is een goede oplossing mits de kosten niet alleen door de verloskundigen

worden gedragen. De uitbreiding van het takenpakket vereist ingrepen, die, indien kwaliteitseisen op gelijk niveau blijven, meer financiële steun voor de verloskundigen vereisen. Aanpassing van de tarifiering lijkt een voorwaarde voor succesvol opereren in de toekomst.

Organisaties zoals de opleidingsinstituten en de KNOV, maar ook voor regionale zorgaanbieders of ondersteuners dienen een rol te spelen bij de bewustwording van verloskundigen en bij onderhandelingen over de tarifiering. Van belang is dat informatie die over dit onderwerp gegeven wordt, ook alle verloskundige praktijken bereikt.

Een toekomstgerichte visie zorgt ervoor dat de verloskundige zorgprofessional blijft, in plaats van duizendpoot! □

Referenties

- [1] Wiegers TA, Janssen BM. *Monitor verloskundige zorgverlening, vierde meting*. Utrecht: NIVEL; 2005.
- [2] Jong A de. *KNOV standpunt preconceptiezorg*. Bilthoven: KNOV; 2005.
- [3] Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen/ Stichting Samenwerkende Opleidingen tot Verloskundigen. *Eindrapportage fase 1 van de Verloskundige As, Werkgroep beroepen*. Bilthoven: KNOV; 2005.
- [4] Liefhebber S, Dam C van, Waelput A. *Beroepsprofiel. Concept versie september 2005*. Bilthoven: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV); 2005.
- [5] McKenna H, Hasson F. *A study of skill mix issues in midwifery: a multimethod approach*. *Journal of advanced Nursing* 2002, 37(1): 52-61.
- [6] Mc Kenna H, Hasson F, Smith M, A. *Delphi survey of midwives and midwifery students to identify non-midwifery duties*. *Midwifery* 2002, 18(4): 314-322.
- [7] Meyboom-De Jong B, Schmit Jongbloed LI. *De arts van straks*. Utrecht:

WETENSCHAP

KNMG/ DMW-VSNUI VAZI NVZI LCVV; 2002.

[8] Muntendam HJ, Pieterse ME, Wolves M. Eindrapportage Programma Efficiëntiebevordering Verloskundige Praktijkvoering. Enschede: Hoeksema, Homans en Menting; 2000.

[9] Beets GCN, Bongers SW. Wat waren de belangrijkste ontwikkelingen in het verleden? Internetsite Rijksinstituut Voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 2005. Beschikbaar via:

http://www.rivm.nl/ltv/object_document/o2696n21015.html. Geraadpleegd 2005 september 27.

[10] Portegijs W, Boelens A, Olsthoorn L. Emancipatiemonitor 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/ Centraal Bureau voor de Statistiek; 2004.

[11] Gezondheidsraad (GR). Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003. Publicatie nr 2003/07.

[12] Linschoten CP van, Moorer P, Voorrips R. Langs de eerste lijn: wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van eerstelijnszorg. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen; 2004.

[13] Wijmen FCB van. Profiel van de goede patiënt. Medisch contact 1997; 52: 529-531.

[14] Hermans HEGM. Zorg en markt in historisch en huidig perspectief. Tweede druk. Deventer: Kluwer; 1994.

[15] Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota vraag aan bod: Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel In:

Handelingen 2001-2002. Den Haag: SDU uitgevers; 2002. No. 55, p.3754-3783

[16] Hoogervorst H. De toekomstbestendige eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); 2003. Kenmerk CZI EZ-2431353.

[17] RVZ. Marktwerking in de medisch specialistische zorg: Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2003.

[18] Kenens RJ, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2004. Utrecht: NIVEL; 2004.

[19] Buytendijk J, Vulto M. Duizend bloemen in een kleurrijk boeket; op weg naar een georganiseerde eerste lijn.

Leiden: Elsevier gezondheidszorg; 2003.

[20] Francom H. Do we need HCA's in the maternity services? British Journal of Midwifery 1997, 5: 672-679.

[21] Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Handleiding aanstelling Praktijkassistent voor verloskundigenpraktijk. Bilthoven: KNOV; 2002

[22] Lamkaddem M, Bakker D de, Nijland A, Haan J de. De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen. Utrecht: NIVEL; 2004.

[23] Advies taakherschikking in de

gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg; 2002.

[24] Wiegerinck MAHM. Professioneel management van een grote Nederlandse gynaecologenpraktijk 2001. Beschikbaar via: www.europ.obgyn.net/ Nederland/ doelen. Geraadpleegd 2005 augustus 15.

[25] Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Goed samenwerken in tien stappen: beschrijving van een praktisch instrument. Huisarts Nu 2003, 32(1).

[26] Arnold U. New dimensions of outsourcing: a combination of transaction cost economics and the core competencies concept. European Journal of Purchasing & Supply Management 2000, 6: 23-29.

[27] Tuttle MS. Information Technology Outside Health Care: what does it matter to us? JAMIA 1999, 6: 354-360.

[28] Preker A, Harding A, Travis P. 'Make or buy' decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78(60).

[29] Davies TO, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. Quality and Safety in Health Care 2000, 9: 111-119.

[30] Crombag NMTH. De verloskundige duizendpoot of zorgprofessional. Eindschrijft Master Opleiding Verloskunde 2005.