

# Van regerings- beleid naar onderzoek

Leidt een intensievere samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen tot een betere risicoselectie? En hoe kan een verloskundig samenwerkingsverband totstandgebracht en instandgehouden worden? Om deze vragen te beantwoorden heeft de regering in 1989 besloten het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' op te starten. Wouter Meijer schetst de historische context van het project.

**Wouter J. Meijer<sup>1</sup>**

**V**erloskundige samenwerkingsverbanden nemen in het regeringsbeleid een bijzondere plaats in. De verwachting is dat in verloskundige samenwerkingsverbanden de eerste en tweede lijn een constructieve samenwerking realiseren. Dit zou bevorderlijk zijn voor een goede risicoselectie, die de basis is van ons verloskundig systeem. Risicoselectie is het selecteren van zwangere voor eerste- of tweedelijnszorg of voor een tussenvorm tussen eerste- en tweedelijnszorg. In 1989 heeft staatssecretaris Dees het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' aangekondigd in het 'Regeringsstandpunt Verloskunde'. Daar is een jarenlange beleidsontwikkeling aan voorafgegaan. Om

de betekenis van dit project te begrijpen is het nodig om deze beleidsontwikkeling te kennen. Daarom wordt in dit artikel de voorgeschiedenis van het project weergegeven.

In deze voorgeschiedenis zijn vier mijlpalen:

- 1 In 1984 vraagt staatssecretaris Van der Reijden advies aan de Adviescommissie Verloskunde, omdat hij bezorgd is over de afname van bevallingen in de eerste lijn en met name ook van de thuisbevalling.
- 2 De Ziekenfondsraad stelt in 1987 de Verloskundige Indicatielijst op; hierover ontstaat een controverse tussen de beroepsgroepen.
- 3 De Adviescommissie Verloskunde brengt haar advies uit in 1987; in dit advies nemen verloskundige samenwerkingsverbanden een belangrijke plaats in.
- 4 In 1989 komen deze ontwikkelingen samen in het 'Regeringsstandpunt Verloskunde'. Hierin wordt een project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' aangekondigd. De staatssecretaris wil met dit project voorwaarden scheppen voor een goede risicoselectie. Zijn motivering voor dit project ligt niet uitsluitend in een verschuiving van tweede naar eerste lijn, of het bevorderen van thuisbevallingen.

## Het advies van de Adviescommissie Verloskunde

In het regeringsbeleid wordt de thuisbevalling gezien als 'natuurlijk' en meest wenselijk voor de normaal verlopende bevalling (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989). Echter, sinds 1972 is er een daling van het landelijke percentage thuisbevallingen opgetreden. In 1972 was dit percentage nog 53%, in 1975 44% en tussen 1978 en 1983 stabiliseerde het zich rond de 36% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1972-1993). In dezelfde periode nam het percentage poliklinische bevallingen toe tot 21% in 1983 (Adviescommissie Verloskunde, 1987). (Overigens is na 1986 het percentage thuisbevallingen verder gedaald tot 31% in 1993.) Voor de regering

<sup>1</sup> NIVEL Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht Tel: 030 2319946

**De resultaten in verloskundige samenwerkingsverbanden zouden een dam opwerpen tegen de voortschrijdende medicalisering van de verloskunde**

was de teruggang van de thuisbevalling een reden tot zorg.

Het overheidsbeleid is er in het algemeen op gericht om de eerstelijnszorg te versterken. Dit geldt ook de eerstelijns verloskundige zorg. Daarom vroeg de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden in 1984 advies aan een door hem ingestelde Adviescommissie Verloskunde. In zijn adviesaanvraag nam de staatssecretaris het standpunt in dat een naar verwachting normale bevalling thuis zou moeten plaatsvinden. Hij wenste een verschuiving van poliklinische bevallingen naar thuisbevallingen en van tweede- naar eerstelijns verloskundige zorg en vroeg aan de Adviescommissie Verloskunde hoe zo'n verschuiving zou kunnen worden teweeggebracht. Hij stelde de commissie samen uit vertegenwoordigers uit de beroepsgroepen van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen.

Ten aanzien van de door de staatssecretaris gewenste verschuiving van tweede- naar eerstelijns verloskundige zorg adviseerde de commissie om verloskundige samenwerkingsverbanden te stimuleren. De commissie had een enquête gehouden onder bestaande verloskundige samenwerkingsverbanden. In deze samenwerkingsverbanden was er volgens de commissie een hoger percentage thuisbevallingen en poliklinische bevallingen dan in andere regio's. De resultaten in verloskundige samenwerkingsverbanden zouden een dam opwerpen tegen de voortschrijdende medicalisering van de verloskunde. Ruime publicatie van deze resultaten zou het beste middel zijn om de voordelen van het in Nederland gevolgde systeem van verloskundige zorg aan te tonen. Daarom adviseerde de Adviescommissie Verloskunde de staatssecretaris om tien verloskundige samenwerkingsverbanden gedurende vijf jaar financiële steun te verlenen, die bestemd was voor de verzameling en verwerking van de gegevens. Op grond van deze gegevens zou na een periode van evaluatie dienen te worden overgegaan tot de invoering van een landelijke regeling (Adviescommissie Verloskunde, 1987).

## De perikelen rond de Verloskundige Indicatielijst

Toen het rapport van de Adviescommissie Verloskunde verscheen, was samenwerking tussen de eerste en tweede lijn bijzonder actueel geworden door de controverse rond de Verloskundige Indicatielijst van de Ziekenfondsraad. De Ziekenfondsraad had deze lijst vastgesteld in 1987. Het was een zwaarwegend advies dat werd gegeven aan de ziektekostenverzekeraars (Ziekenfondsraad, 1987). Deze term betekent dat de ziekenfondsen als uitvoerder van de Ziekenfondswet dit advies niet naast zich neer kunnen leggen. Met deze lijst beoogde de Ziekenfondsraad de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te bevorderen en enigszins te reguleren.

Op initiatief van het Medisch Advies College van de Ziekenfondsraad en op voorstel van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie was een werkgroep ingesteld voor de herziening van de lijst medische indicaties voor specialistische begeleiding van zwangerschap en bevalling (de zogenaamde 'Kloostermanlijst'). Ook de volgende factoren waren aanleiding om de zogenoemde 'Kloostermanlijst' te herzien: de sterke toename van het aantal afgegeven medische indicaties (van 26% in 1971 tot 46% in 1979), de grote regionale spreiding van het aantal afgegeven medische indicaties (van 40% tot 80%) (Treffers en Laan, 1986) en de hierop gebaseerde indruk dat een medische indicatie in sommige gevallen mogelijk op oneigenlijke gronden werd aangevraagd (Ziekenfondsraad, 1987). De Verloskundige Indicatielijst bevatte niet alleen een gedetailleerde lijst van indicaties voor eerste- en tweedelijnszorg en tussenliggende vormen van zorg (overleg, risico en medium-risicosituatie). Er waren ook 'besluitkundige criteria' toegevoegd. Deze criteria waren speciaal bedoeld om de samenwerking tussen de verloskundige, respectievelijk de huisarts en de gynaecoloog te bevorderen. Met deze criteria zouden volgens de bedoeling van de Ziekenfondsraad de

zorgverleners menlijk geïndiceerde trekking kunnen cofactor (tie, de voorkomende behandeling. De reactielijst werd deze landse Verloskundige Indi voor Obs de volgen

- de gynaecoloog beter op te onderwijzen;
- de 'medische verantwoordelijkheid' het onderwerp van de verantwoordelijkheid van de verloskundige;
  - het uitgangspunt van de verloskundige was dat de verloskundige de zorg moest geven, wie zij hield;
  - van mee de NVOG (Nederlandse Vereniging van Obstetrische en Gynaecologische Lande) werd de 'Verloskundige Indicatielijst' verlaten, de dat opgelegde eerstelijns kwaliteitsnormen in de landse

## lige

scommissie  
nenwerking  
zzonder ac-  
rse rond de  
de Zieken-  
l had deze  
een zwaar-  
en aan de  
ifondsraad,  
de zieken-  
ckenfonds-  
er kunnen  
de Zieken-  
en de eerste  
nigszins te

ch Advies  
ad en op  
Vereniging  
e was een  
iening van  
specialisti-  
iap en be-  
rmanlijst').  
aanleiding  
anlijst' te  
t aantal af-  
n 26% in  
e regionale  
i medische  
Treffers en  
rde indruk  
nmige ge-  
e gronden  
ad, 1987).  
evatte niet  
indicaties  
tussenlig-  
, risico en  
ok 'beslis-  
ze criteria  
amenwer-  
ectievelijk  
te bevor-  
n volgens  
dsraad de

zorgverleners een handvat hebben om geza-  
menlijk per geval na te gaan welke zorg  
geïndiceerd was. Deze criteria hadden be-  
trekking op de complicaties die zouden  
kunnen optreden bij de desbetreffende risi-  
cofactor (de aard en ernst van de complica-  
tie, de mogelijkheid om de complicatie te  
voorkomen dan wel tijdig te ontdekken of  
te behandelen).

De reacties op de Verloskundige Indicatie-  
lijst waren zeer verdeeld. Door de eerste lijn  
werd deze lijst goed ontvangen. De Neder-  
landse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) verwierp de Verloskun-  
dige Indicatielijst (Nederlandse Vereniging  
voor Obstetrie en Gynaecologie, 1987) om  
de volgende redenen:

- de gynaecoloog zou meer in staat zijn en  
beter opgeleid om vroegtijdig pathologie  
te onderkennen en risicoselectie te ver-  
richten;
- de 'medium-risicsituatie' zou een gedeelde  
verantwoordelijkheid betekenen, waarbij  
het onduidelijk is wie er wanneer welke  
verantwoordelijkheid heeft, hetgeen onge-  
wens is;
- het uitgangspunt dat risicoselectie uitslui-  
tend kan plaatsvinden op basis van vastge-  
stelde risicofactoren zou te nauw zijn; de  
vrouw zou de vrijheid moeten hebben om  
die zorg te kiezen waarbij zij zich het  
meest veilig voelt en bij de zorgverlener in  
wie zij het meest vertrouwen heeft;
- van meerdere risicofactoren werd door de  
NVOG aangegeven dat zij op medisch-  
epidemiologische gronden niet als eerste-  
lijns- of overlegsituaties beschouwd kon-  
den worden maar thuishoorden in de  
tweede lijn;
- de 'Verloskundige Indicatielijst' zou ge-  
richt zijn op het versterken van de eerste-  
lijns verloskundige zorg; de NVOG vrees-  
de dat een geforceerde, van bovenaf  
opgelegde verschuiving van tweede- naar  
eerstelijnszorg nadelig zou zijn voor de  
kwaliteit van de zorg. In dit verband her-  
innerde de NVOG eraan dat de Neder-  
landse perinatale sterftecijfers minder

sterk daalden dan in omringende landen  
en dat er onzekerheid bestond over de  
oorzaken daarvan (Hoogendoorn, 1986a  
en 1986b). Mede om die reden zou de  
meest gekwalificeerde zorgverlener, dat wil  
zeggen de gynaecoloog, verantwoordelijk  
moeten zijn voor de risicoselectie.

In een onderzoek, dat werd uitgevoerd in  
opdracht van het Ministerie, is nagegaan  
hoe de zorgverleners dachten over de  
Verloskundige Indicatielijst (Riteco en  
Hingstman, 1991). 97,8% van de huisart-  
sen en 99,5% van de verloskundigen accep-  
teerden deze lijst als richtlijn voor een ver-  
antwoord verloskundig beleid (Riteco en  
Hingstman, 1991). Deze lijst is dan ook on-  
derschreven door de Nederlandse Organi-  
satie van Verloskundigen en de Landelijke  
Huisartsen Vereniging.

Echter, de Verloskundige Indicatielijst werd  
door 63% van de gynaecologen niet of  
slechts voor een klein deel geaccepteerd als  
richtlijn voor een verantwoord verloskundig  
beleid (Riteco en Hingstman, 1991). Een  
ruime meerderheid (77%) van de gynaeco-  
logen was het oneens met het uitgangspunt  
van deze lijst, dat bij een overlegrisico de  
verloskundige of huisarts het verwijlsbeleid  
bepaalt. Dit verschilt aanzienlijk van de op-  
vattingen van de eerste lijn: 89% van de ver-  
loskundigen en 80% van de huisartsen wa-  
ren het wel eens met dit uitgangspunt  
(Riteco en Hingstman, 1991).

Opmerkelijk is dat er wel een redelijke  
overeenstemming was over de besliskundige  
criteria uit de Verloskundige Indicatielijst.  
Vrijwel alle huisartsen (95,9%) en verlos-  
kundigen (99,2%) en een meerderheid van  
de gynaecologen (58%) vond dat deze crite-  
ria meestal of altijd de mogelijkheid bieden  
om een verantwoorde beslissing te nemen  
ten aanzien van het verloskundig verwijlsbe-  
leid; slechts 11% van de gynaecologen vond  
dat dit zelden of nooit het geval was (Riteco  
en Hingstman, 1991).

Sommige punten die door de Nederlandse  
Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

**Selectie en het trekken van de grens tussen gezond en ziek was volgens deze commissie een typische taak voor de eerste lijn**

naar voren werden gebracht, werden behandeld door de Adviescommissie Verloskunde (Adviescommissie Verloskunde, 1987). De commissie onderschreef het uitgangspunt van de Ziekenfondsraad dat de verloskundige of de huisarts het verwijsbeleid bepaalt. Selectie en het trekken van de grens tussen gezond en ziek was volgens deze commissie een typische taak voor de eerste lijn. Een systeem van verloskundige zorg, volledig verleend door de tweede lijn, zou neigen naar onderschatting van de inherente waarde, kwaliteit en behoeften van de zwangerschap of tot overschatting van de capaciteiten van de medewerkers, werkzaam in de tweede lijn.

Wat betreft de indicaties voor specifieke risicofactoren volgens de Verloskundige Indicielijst, vond de commissie dat zij ten dele niet voldoende wetenschappelijk waren onderbouwd. De commissie adviseerde dan ook dat het overleg over de verwijsrichtlijnen weer zou worden hervat. Dit is inmiddels gebeurd in de Werkgroep Overleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad.

Concluderend: de Ziekenfondsraad heeft met de Verloskundige Indicielijst gepoogd de risicoselectie en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn enigszins te reguleren. Dit heeft echter niet geleid tot een landelijke consensus tussen de beroepsgroepen. Daarbij kwam dat het toezicht van de ziekenfondsen op de toepassing van de Verloskundige Indicielijst in de praktijk niet plaatsvond (Riteco en Hingstman, 1991). In deze situatie had de staatssecretaris extra belangstelling voor experimenten met en onderzoek naar samenwerking op plaatselijk niveau.

### Het Regeringsstandpunt Verloskunde

Na het uitbrengen van het rapport van de Adviescommissie Verloskunde heeft de toenmalige staatssecretaris Dees het regeringsbeleid vastgelegd in het Regeringsstandpunt Verloskunde (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989). Dit Regeringsstandpunt bestrijkt de

meeste aspecten van het beleid ten aanzien van de verloskundige zorg en de kraamzorg. Hier worden alleen de zaken vermeld die van belang zijn voor verloskundige samenwerkingsverbanden. De uitgangspunten van het beleid zijn vervat in de volgende passage:

*'De verloskundige organisatie die de commissie (de Adviescommissie Verloskunde) voor ogen staat, en waarin ik haar volg, benadrukt enerzijds het 'natuurlijke' karakter van de normaal verlopende bevalling (wat betekent dat de thuisbevalling in principe als het 'normale' geval beschouwd dient te worden), en garandeert anderzijds dat in alle gevallen maximale veiligheid bestaat voor de aanstaande moeder en haar kind door uiterst zorgvuldige selectie in de zwangerschap en de mogelijkheid te allen tijde, ook tijdens de bevalling, de hulpverlening tijdig over te dragen aan de voor de situatie meest aangewezen hulpverlener. Het is welhaast vanzelfsprekend, en ook in die zin volg ik de commissie, dat samenwerking tussen allen die bij baring en kraambed betrokken zijn een essentiële voorwaarde is voor handhaving en, waar nodig, verbetering van dit systeem. Daarbij dient gedacht te worden aan samenwerking rond een concrete casus, waardoor de zwangere in kwestie de hulpverlening krijgt die het meest is aangepast aan haar behoeften, terwijl er tevens een geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen de verschillende hulpverleners tot stand wordt gebracht.*

*Een goede risicoselectie, een noodzakelijke voorwaarde wil de verloskundige organisatie inderdaad de noodzakelijke veiligheid garanderen, zal daardoor zonder twijfel bevorderd kunnen worden. De resultaten van de reeds bestaande samenwerkingsverbanden wijzen naar het oordeel van de commissie duidelijk in deze richting.'*

In het Regeringsstandpunt trok staatssecretaris Dees de consequenties uit deze uitgangspunten: het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'. Zijn motivatie voor dit project is dat samenwerking tussen de zorgverleners bevorderlijk zou zijn voor een goede risicoselectie. Dit contrasteert

met de a  
Van der F  
de gewen  
en naar  
Regerings  
gende gez  
'Voorts m  
stimuleren  
eveneens t  
ke wijze  
weegebra  
liklinische  
hoe een v  
bracht ka  
loskundig  
lijnsberoe  
Hoewel h  
misme ou  
kingsverb  
kunnen h  
dient toch  
verstand  
menwerke  
de gesteld  
van enig  
Wat beti  
kingsvert  
doelstelli  
verschuiv  
meer thu  
een goede  
de contro  
catielijst  
gangspur  
zien van  
dat de th  
Evenzeer  
de aanst  
kon volg  
door sam  
Daarnaas  
bezorgdh  
tale sterf  
cijfers va  
gelijking  
gens herr  
werden  
men min

en aanzien  
kraamzorg.  
ermeld die  
ge samen-  
punten van  
nde passa-

e commissie  
voor ogen  
drukt ener-  
de normaal  
nt dat de  
normale' ge-  
garandeert  
ximale vei-  
moeder en  
selectie in  
id te allen  
hulpverle-  
oor de situ-  
ver. Het is  
in die zin  
king tussen  
betrokken  
or handha-  
van dit sys-  
worden aan  
isus, waar-  
lpverlening  
n haar be-  
titutionali-  
erschillende  
cht.

odzakelijke  
organisatie  
heid garan-  
bevordert  
n de reeds  
en wijzen  
tuidelijk in

staatssecre-  
deze uit-  
oskundige  
motivatie  
ing tussen  
zijn voor  
ontrasteert

met de adviesaanvraag van staatssecretaris Van der Reijden uit 1984; hierin stond nog de gewenste verschuiving naar de eerste lijn en naar de thuisbevalling voorop. In het Regeringsstandpunt werd hierover het volgende gezegd:

*'Voorts meent de (Advies-)commissie dat het stimuleren van samenwerkingsverbanden eveneens het antwoord is op de vragen op welke wijze een verantwoorde verschuiving teweeggebracht kan worden van klinische en poliklinische bevallingen naar thuisbevalling, en hoe een verantwoorde verschuiving teweeggebracht kan worden van het aandeel in de verloskundige zorg van tweedelijns- naar eersteelijnsberoepsbeoefenaren.*

*Hoewel het bij de commissie bestaande optimisme over de 'uitstraling', die de samenwerkingsverbanden bij gunstige resultaten zouden kunnen hebben, mij niet ongegrond voorkomt, dient toch voorkomen te worden dat het misverstand zou ontstaan dat het creëren van samenwerkingsverbanden het enige antwoord op de gestelde vragen zou vormen, met uitsluiting van enig alternatief.'*

Wat betreft de verloskundige samenwerkingsverbanden was de primaire beleidsdoelstelling van de staatssecretaris niet een verschuiving van tweede naar eerste lijn of meer thuisbevallingen. Het einddoel was een goede risicoselectie. Waarschijnlijk heeft de controverse rond de Verloskundige Indicatielijst hierbij een rol gespeeld. Het uitgangspunt van de staatssecretaris ten aanzien van deze risicoselectie was niet alleen dat de thuisbevalling het 'normale' geval is. Evenzeer van belang was de veiligheid voor de aanstaande moeder en haar kind. Dit kon volgens hem alleen worden bereikt door samenwerking.

Daarnaast reageerde de staatssecretaris op de bezorgdheid van de NVOG over de perinatale sterftecijfers. Volgens hem waren deze cijfers van betrekkelijke waarde voor de vergelijking met het buitenland. Het was volgens hem niet overal duidelijk welke criteria werden gehanteerd; in het buitenland zou men minder geneigd zijn om zwangerschap-

pen met een zeer vroege geboorte van een dood kind in de statistieken op te nemen dan in ons land en daardoor zouden de cijfers voor het buitenland gunstiger lijken.

De staatssecretaris wilde laten onderzoeken hoe een verloskundig samenwerkingsverband tot stand kan worden gebracht en welke invloed verloskundige samenwerking heeft op de risicoselectie en het verloskundig resultaat.

### **Het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'**

Het toenmalige Ministerie van WVC heeft het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' opgestart. Daarbij is het advies van de Adviescommissie Verloskunde slechts voor een deel gevolgd. Deze commissie had voorgesteld dat de betreffende samenwerkingsverbanden zelf de gegevens over hun zorg zouden verzamelen en bewerken. Echter, in het definitieve project is deze taak vervuld door het onderzoeksinstituut, het NIVEL.

Het project startte in 1991. In dit project zijn tien verloskundige samenwerkingsverbanden begeleid door het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing) (De Boer en Vermeij, 1996). Als tegemoetkoming in de kosten van de organisatorische en administratieve werkzaamheden van het samenwerkingsverband kreeg elk samenwerkingsverband gedurende vier jaar een bedrag van f10.000,- op jaarbasis. Het onderzoek is verricht door het NIVEL. Hierbij zijn twee hoofdvragen het uitgangspunt:

- 1 'Hoe kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht en welke factoren beïnvloeden het al dan niet slagen van de verloskundige samenwerking?'
- 2 'Welke invloed heeft verloskundige samenwerking op de verloskundige risicoselectie en het verloskundig resultaat?'

Daarnaast werd geld beschikbaar gesteld aan het CBO voor het ontwikkelen van een 'geautomatiseerde zwangerschapskaart'.

Hiermee is ORFEUS ontwikkeld (Obstetrisch Registratie Feedback En Uitwisselings Systeem) (De Boer et al., 1996).

Aan dit project is deelgenomen door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen in tien verloskundige samenwerkingsverbanden. Ook hebben verloskundigen meegedaan in 'vergelijkingsgebieden', zodat de samenwerkingsverbanden konden worden vergeleken met regio's waarin niet op die wijze werd samengewerkt.

### Conclusie

In het denken van de regering over de verloskundige zorg nemen verloskundige samenwerkingsverbanden een belangrijke plaats in. Het is de bedoeling dat het project 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' inzichten oplevert die een impuls zijn voor het landelijke beleid. De resultaten uit dit project zijn inmiddels bekend (Meijer et al., 1996; De Veer et al., 1996; Meijer en Groenewegen, 1996; De Boer en Vermeij, 1996; De Boer et al., 1996). Het is nu aan de betrokken partijen (met name de overheid en de beroepsgroepen) om met elkaar na te gaan wat de resultaten uit dit project betekenen voor het (landelijke) beleid. Het uiteindelijke doel daarbij is een zo goed mogelijke zorg voor de zwangeren. ■

*Dit was het tweede artikel in een reeks van vier. Het eerste artikel is reeds verschenen: in het vorige nummer is verslag gedaan van het Dagsymposium dat het CBO op 12 december 1996 heeft georganiseerd over 'Samenwerken aan de kwaliteit van de verloskundige zorg' (Visser, 1997). Het is de bedoeling dat in twee volgende artikelen de uitkomsten van het NIVEL-onderzoek worden beschreven. Nadere informatie over de beleidsvorming ten aanzien van de verloskundige organisatie is te vinden in een overzichtsartikel van Van*

*Alten en Eskes (Van Alten en Eskes, 1989). Het verslag over de begeleiding en ondersteuning van het CBO is te bestellen bij het CBO (telefoonnummer 030-2960647.) De rapporten over het NIVEL-onderzoek zijn te bestellen bij het NIVEL.*

### Literatuur

- Adviescommissie Verloskunde. Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987
- Alten D van, Eskes M. Verloskundige organisatie. NTVOG 1989;102:120-129
- Boer ML de, Capelleveen J van, Boer K de. ORFEUS: de elektronische zwangerschapskaart. TvV 1996;11:31-32
- Boer ML de, Vermeij DJB. Begeleiding en ondersteuning van verloskundige samenwerkingsverbanden. Utrecht, CBO 1996.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandberichten Gezondheid; 1972-1993
- Hoogendoorn D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. NTVG 1986a;130:1436-1440
- Hoogendoorn D. Nadere beschouwing van de perinatale sterfte in verschillende landen. NTVG 1986b;130,47:2136-2137
- Meijer WJ, Groenewegen PP. De betekenis van verloskundige samenwerking tussen de eerste en tweede lijn voor de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden deel II. Utrecht: NIVEL, 1996
- Meijer WJ, Veer AJE de, Groenewegen PP. Verloskundige samenwerkingsverbanden. Samenvatting van de resultaten van het NIVEL-onderzoek in het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden 1991-1996. Utrecht: NIVEL, 1996
- Ministerie van WVC. Regeringsstandpunt Verloskunde. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 1988-1989; 20800 hoofdstuk XVI, nr.163
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Commentaar op het eindrapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 1987
- Riteco JA, Hingstman L. Evaluatie invoering 'Verloskundige Indicatielijst'. Utrecht, NIVEL 1991
- Treffers PE, Laan R. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. Br J for Obst and Gyn 1986;93:690-693
- Veer AJE de, Meijer WJ, Groenewegen PP. Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg. Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden deel I. Utrecht, NIVEL 1996
- Visser J. Samenwerking komt de zorg ten goede. TvV 1997;01:31-34
- Ziekenfondsraad. Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Verloskundige Indicatielijst. Amstelveen, Ziekenfondsraad 1987

## Interc

Bent u o  
beetje de  
sing? Natu  
geen nega  
winkel ko  
teit van u  
Is dit nu  
ning niet.  
die getoet  
deel, ik te  
gebruikel  
aan de re  
schappelij  
degene die  
paalde zak  
worden, w  
betere res  
kunnen va  
uitlopen c  
ken van ex  
(voorkom  
In deze op  
met het t  
maar alles  
doende be  
zeggen da  
van zijn e  
optimaal  
Het is du  
staat is op  
ganisation  
ganisatie c  
tenaf moe  
mutatis m  
ge praktijk  
tisch naar  
inbreng v  
het ook ni  
anderen u  
bouwend  
Met de kr  
in handen  
learning o  
zo kunner  
onderwerf  
teratuur o