Multidisciplinaire samenwerking in de verloskunde

Een stapsgewijze opzet

Anke J.E. de Veer en Wouter J. Meijer

Het beleid van de overheid is erop gericht de samenwerking tussen de beroepsgroepen te bevorderen. Omdat er onduidelijkheid bestond over de vraag hoe een verloskundig samenwerkingsverband tot stand kan worden gebracht en over de invloed die een dergelijke samenwerking heeft op de kwaliteit van de verleende zorg, is in 1990 in opdracht van het ministerie van WVC het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden van start gegaan.

SAMENWERKING TUSSEN de zorgverleners in de verloskundige zorg - huisartsen, verloskundigen en gynaecologen - is reeds lang een actueel onderwerp. Zowel de huisarts, de verloskundige als de gynaecoloog heeft een eigen rol en verantwoordelijkheid: de huisarts en de verloskundige begeleiden de normale fysiologische zwangerschap en bevalling, de gynaecoloog draagt zorg voor de vrouwen met een hoog risico op complicaties. Voor een goede zorgverlening is samenwerking tussen deze beroepsbeoefenaren onontbeerlijk; in samenwerking dienen zij ervoor te zorgen dat de zwangere vrouw op de juiste plek komt.

Een landelijke overeenstemming over de taakverdeling tussen de eerste lijn (huisarts en verloskundige) en de tweede lijn (gynaecoloog) is er echter niet. De Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst van de Ziekenfondsraad heeft in 1987 wel een lijst van indicaties opgesteld,[1] die bedoeld zijn als richtlijn voor het geven van eerste- of tweedelijns verloskundige zorg. Deze lijst werd onderschreven door verloskundigen en huisartsen, maar afgewezen door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.[2]

Voor de afstemming van de verloskundige zorg is het van belang dat er enige eensgezindheid bestaat tussen de huisartsen, de verloskundigen, en de gynaecologen naar wie zij vaak verwijzen. Verloskundige samenwerkingsverbanden trachten zo'n eensgezindheid te bevorderen, onder andere door het maken van afspraken over risicoselectie. Ook wordt er in de bijeenkomsten van verloskundige samenwerkingsverbanden aandacht besteed aan gezamenlijke patiënten, en zijn er na- en bijscholingsactiviteiten.

Het beleid van het ministerie is gericht op het bevorderen van samenwerking tussen de beroepsgroepen.[3,4] Er bestond echter onduidelijkheid over de vraag hoe een verloskundig samenwerkingsverband tot stand kan worden gebracht en welke invloed samenwerking in de verloskundige zorg heeft op de kwaliteit van de verleende zorg.

Project

Eind 1990 startte, in opdracht van het ministerie van WVC, het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Het doel van dit project is enerzijds inzicht te krijgen in hoe verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand kunnen worden gebracht en in stand kunnen worden gehouden en anderzijds te onderzoeken welke invloed interdisciplinaire verloskundige samenwerking heeft op de verloskundige risicoselectie. In dit artikel gaat het over het eerstgenoemde doel.

De gepresenteerde gegevens zijn verkregen uit de aan het project deelnemende verloskundige samenwerkingsverbanden. Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) begeleidt deze verloskundige samenwerkingsverbanden, een begeleiding die erop gericht is de samenwerking te bevorderen. Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) verricht in deze verloskundige samenwerkingsverbanden onderzoek om na te gaan hoe samenwerking tot stand kan worden gebracht en welke factoren belemmerend of bevorderend zijn voor samenwerking. Het is geen interventiestudie waarin de effectiviteit van de begeleiding door het CBO wordt geëvalueerd, maar een analytische studie naar de factoren die relevant zijn voor samenwerking.

In dit artikel staan de meningen en ervaringen van de zorgverleners ten aanzien van de verloskundige samenwerkingsverbanden centraal. In de discussie wordt nader ingegaan op de manier waarop verloskundige samenwerking kan worden opgezet.

Vraagstelling

De uitgangsvraag is hoe een verloskundig samenwerkingsverband tot stand kan worden gebracht en in stand kan worden gehouden. Voor het doel van het onderzoek is deze vraag vertaald in een vraag naar de *factoren* die het tot stand brengen en het in stand houden van een verloskundig samenwerkingsverband belemmeren en bevorderen.

Te verwachten is dat de samenwerking beter zal verlopen als de verschillende zorgverleners dezelfde opvattingen hebben over het nut van een samenwerkingsverband, over de taken die zo'n samenwerkingsverband kan hebben en over de voorwaarden die moeten worden vervuld om een samenwerkingsverband te realiseren. Bovendien zijn de kansen op een goed samenwerkingsverband groter als de betrokkenen positieve ervaringen hebben. Concurrentie kan de samenwerking bedreigen. Daarom staan de volgende vragen centraal:

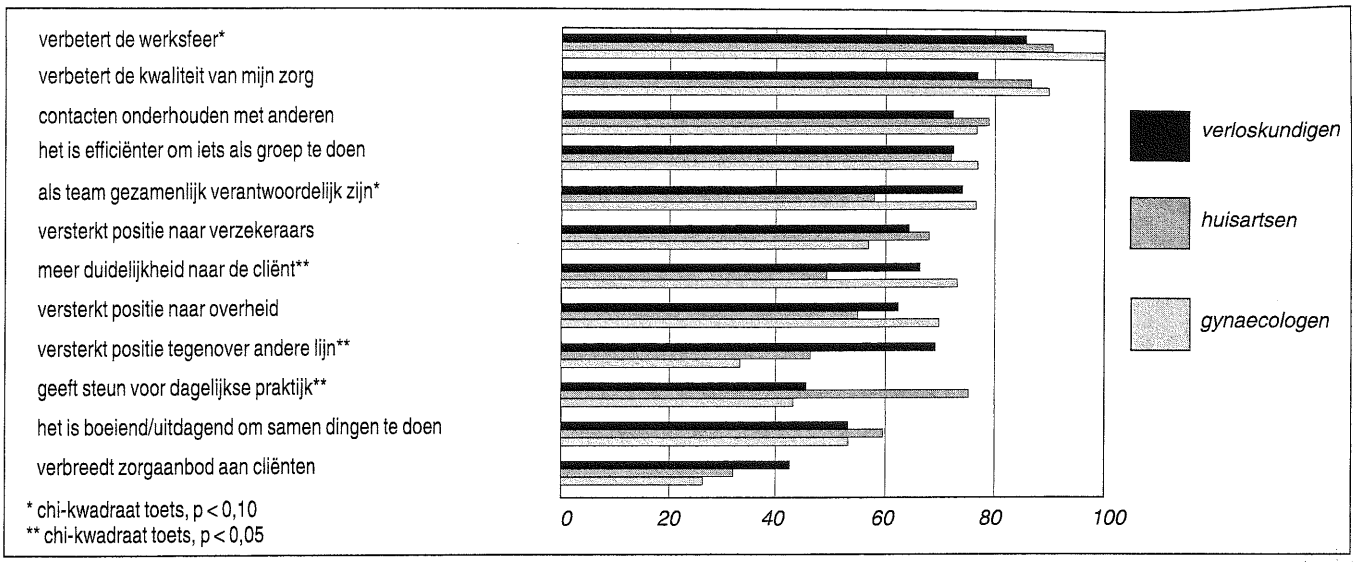
1. In welke mate speelt concurrentie een rol tussen verloskundig actieve huisartsen, verloskundigen en gynaecologen?
2. Ervaren verloskundig actieve huisartsen, verloskundigen en gynaecologen dezelfde voor- en nadelen bij een samenwerkingsverband?
3. Welke overeenkomsten en verschillen zijn er met betrekking tot de opvattingen over de taken die een samenwerkingsverband zou moeten hebben?
4. Wat vindt men belangrijke voorwaarden voor het realiseren van een samenwerkingsverband?

We beperken ons in dit artikel tot verloskundig actieve huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, omdat dezen primair verloskundige zorg bedrijven.

Methode

De gegevens zijn verzameld bij zorgverleners uit negen verloskundige samenwerkingsverbanden. Op het moment van de gegevensverzameling (zomer 1994)

Figuur 1. Percentage verloskundigen (n = 91), huisartsen (n = 53) en gynaecologen (n = 31) dat de uitspraak als een voordeel van een verloskundig samenwerkingsverband ziet.



had iedereen al enige ervaring opgedaan met het functioneren van verloskundige samenwerkingsverbanden. Naar alle deelnemers van de samenwerkingsverbanden is een vragenlijst gestuurd die voornamelijk voorgestructureerde vragen bevatte.
Dit artikel is gebaseerd op de antwoorden van 53 verloskundig actieve huisartsen (respons 56%), 91 verloskundigen (respons 88%), en 31 gynaecologen (respons 77%).
De term 'verloskundig actieve huisartsen' wordt gebruikt ter aanduiding van huisartsen die zelfstandig bevallingen begeleiden. Niet-verloskundig actieve huisartsen begeleiden geen bevallingen, maar kunnen uiteraard wel betrokken zijn bij de zorg voor de zwangere vrouw en tijdens het kraambed.

Resultaten

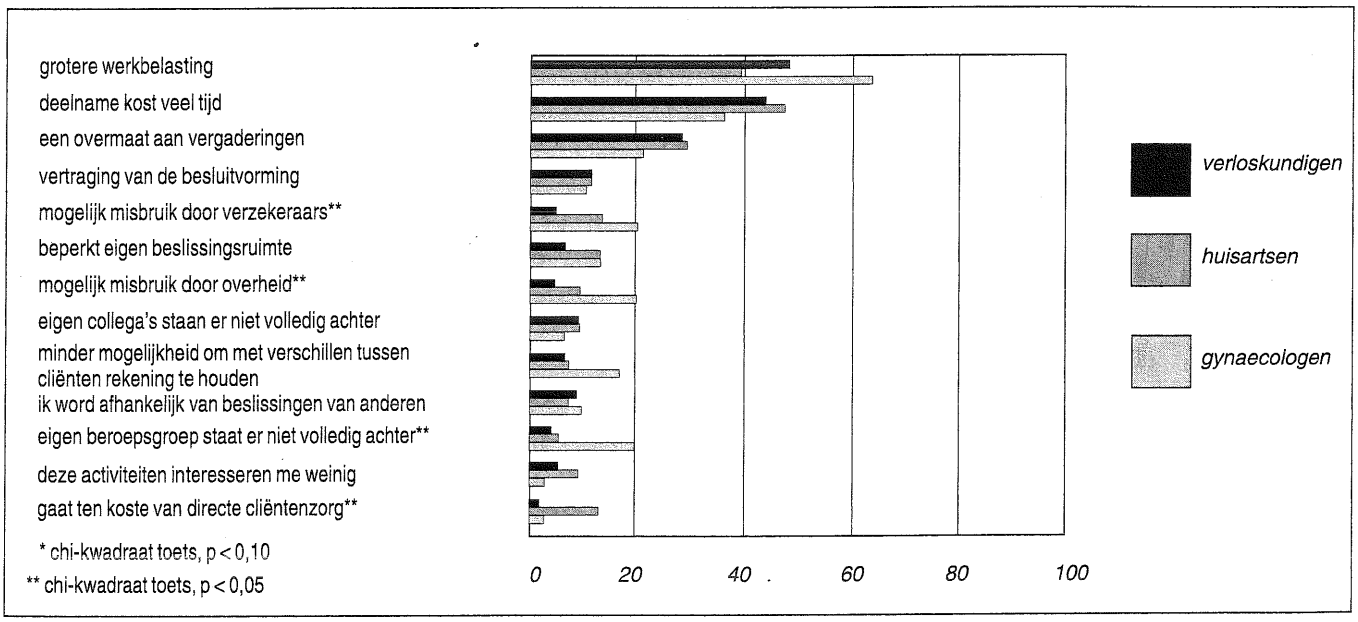
Concurrentie

Het blijkt dat 39% van de verloskundig actieve huisartsen regelmatig concurrentie signaleert tussen huisartsen en verloskundigen. Slechts 5% van de verloskundigen ervaart concurrentie met huisartsen. Dat deze gevoelens van concurrentie in ongelijke mate voorkomen, komt doordat de verloskundigen in de samenwerkingsverbanden vaak in regio's zitten waar geen huisartsen meer verloskundig actief zijn; de verloskundig actieve huisartsen daarentegen praktiseren veelal in regio's waar ook verloskundigen werken.
De huisarts ziet de gynaecoloog niet als concurrent. Dit in tegenstelling tot de verloskundigen: 14% van de verloskundigen vindt dat er regelmatig concurrentie voorkomt tussen verloskundigen en gynaecologen.

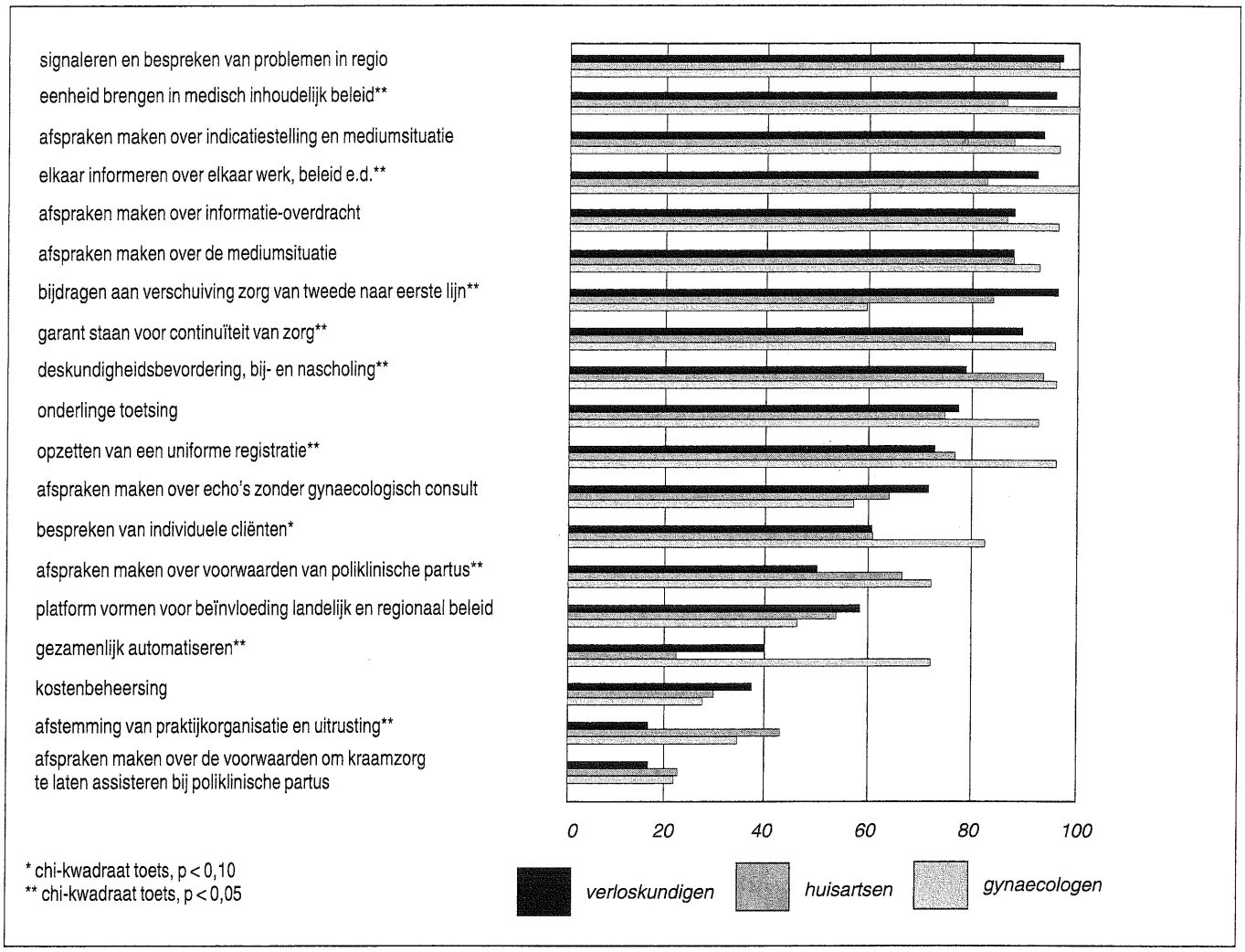
Voor- en nadelen

De *figuren 1 en 2* laten voor een aantal uitspraken zien hoeveel huisartsen, verloskundigen en gynaecologen het eens zijn met de betreffende uitspraak. Figuur 1 betreft uitspraken die kunnen gelden als een voordeel. Figuur 2 betreft de uit- ➡

Figuur 2. Percentages verloskundigen (n = 91), huisartsen (n = 53) en gynaecologen (n = 31) die de uitspraak als een nadeel van een verloskundig samenwerkingsverband ervaren.



Figuur 3. Percentage verloskundigen (n = 91), huisartsen (n = 53) en gynaecologen (n = 31) dat de taak belangrijk vindt voor het verloskundig samenwerkingsverband.



spraken waarbij is gevraagd of men dat als een nadeel van een verloskundig samenwerkingsverband ervaart. Bij elke uitspraak is een chi-kwadraattoets gedaan om na te gaan of er verschillen waren tussen de beroepsgroepen. Alleen de statistisch significante verschillen worden hier vermeld.

Als belangrijkste voordelen werden genoemd: verbetering van het werkklimaat, verbetering van de kwaliteit van zorg, het ontmoeten van andere zorgverleners, en het verhogen van de efficiëntie. Huisartsen, verloskundigen en gynaecologen dachten hier ongeveer hetzelfde over.

Over enkele uitspraken dachten de beroepsgroepen duidelijk verschillend. Huisartsen zien het samenwerkingsverband vaker als een ondersteuning voor de dagelijkse werkzaamheden (chi-kwadraat = 13,81, p = 0,001), terwijl zij in mindere mate het voordeel inzien van een streven naar gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliënt en meer duidelijkheid naar de cliënt (chi-kwadraat = 4,93, p = 0,085 en chi-kwadraat = 6,11, p = 0,047). Veel verloskundigen zien in een verloskundig samenwerkingsverband een gelegenheid om hun positie tegenover de gynaecologen te versterken (69%, chi-kwadraat = 14,63, p = 0,001).

De nadelen worden veel minder ervaren dan de voordelen (figuur 2). De belangrijke nadelen verwijzen naar de tijdsinvestering die een samenwerkingsverband vraagt en de daarmee samenhangende werkbelasting. Een aantal van de gynaecologen en huisartsen is bang dat verzekeringsmaatschappijen en beleidsmakers misbruik zullen gaan maken van het samenwerkingsverband (chi-kwadraat = 6,56, p = 0,038 en chi-kwadraat = 6,38, p = 0,041). Sommige gynaecologen ervaren het gebrek aan steun vanuit de eigen beroepsgroep als een nadeel (chi-kwadraat = 7,77, p = 0,021).

Taken

De meeste respondenten vinden het bespreekbaar maken van knelpunten in de verloskundige zorg binnen de regio een belangrijke taak van het samenwerkingsverband (*figuur 3*). Ook integratie van de zorg en het bereiken van consensus over laag en hoog risico worden door iedereen als belangrijke taken gezien.

Verloskundigen en huisartsen willen graag dat er zoveel zorg als mogelijk door de eerste lijn wordt gegeven. Dit is voor verloskundigen een belangrijker taak dan voor huisartsen en gynaecologen (chi-kwadraat = 25,91, p < 0,001).

De gynaecologen waren eensgezind ten aanzien van het belang van het bespreekbaar maken van knelpunten in de zorg, de integratie van de zorg, en de noodzaak om elkaar te informeren over ieders beleid. Tevens hebben de gynaecologen een betere communicatie over cliënten en bij- en nascholing hoog in het vaandel. Huisartsen onderschrijven eveneens het belang van bij- en nascholing. De verloskundigen hechten wat minder belang aan bij- en nascholing (chi-kwadraat = 9,49, p = 0,009).

Het grootste verschil tussen de beroepsgroepen was te vinden in de mate waarin men het opzetten van een gezamenlij-

Tabel. De meest genoemde voorwaarden voor het realiseren van een verloskundig samenwerkingsverband (n = 175).

structuur van samenwerkingsverband (> 70%)	
- *goede voorbereiding van vergaderingen*	95%
- *schriftelijk vastleggen van besluiten*	95%
- *een goede voorzitter*	89%
- *regelmatig vergaderen*	83%
financiële ondersteuning (> 70%)	
- *middelen voor secretariële ondersteuning*	79%
informatievoorzieningen (> 70%)	
- *goede verspreiding informatie/afspraken onder deelnemers*	96%
- *vertegenwoordigers moeten informatie terugkoppelen*	93%
- *uniforme verslaglegging cliëntgegevens*	77%
steun van andere instellingen (> 70%)	
- *steun van mijn eigen beroepsgroep*	86%
attitude en vaardigheden van de deelnemers (> 70%)	
- *vertrouwen in elkaars kennis en vaardigheden*	96%
- *de wil tot samenwerken*	96%
- *onderlinge tolerantie*	96%
- *elkaar als gelijkwaardige collega's beschouwen*	96%
- *bereidheid openheid te geven over eigen werkwijze*	93%
- *gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zorg*	87%
- *bereidheid van ieder zich voor groep in te zetten*	82%

ke automatisering een taak vindt. Veel gynaecologen (72%) vinden dit een belangrijke taak, terwijl slechts een minderheid van de verloskundigen (40%) en van de huisartsen (22%) dit belangrijk vindt (chikwadraat = 18,92, $p < 0,001$).

Voorwaarden

Verloskundig actieve huisartsen, verloskundigen en gynaecologen zijn het in grote lijnen eens over de voorwaarden waaraan moet worden voldaan als een samenwerkingsverband goed functioneert. Daarom staan in de *tabel* alleen de meest genoemde voorwaarden (dat wil zeggen voorwaarden die ten minste 70% van de respondenten belangrijk vindt) en worden ze niet meer uitgesplitst naar beroepsgroep. Men vindt het belangrijk dat er regelmatig bijeenkomsten plaatsvinden die goed worden voorbereid, geleid en genotuleerd. Een financiële vergoeding voor de deelnemers ter compensatie van de vergadertijd is geen belangrijke voorwaarde (71% vindt dit niet belangrijk).
Het goed afstemmen en organiseren van de informatievoorziening is een belangrijke voorwaarde waaraan een samenwerkingsverband moet voldoen, evenals de steun vanuit de eigen beroepsgroep. De attitude van de leden van het samenwerkingsverband wordt echter als allerbelangrijkste voorwaarde voor goede samenwerking gezien. Vertrouwen in elkaar, respect voor elkaars deskundigheid en openheid zijn essentieel. Vaardigheden, zoals vergadertechnische, zijn van minder belang.

Conclusie en discussie

In dit artikel staat het onderzoek naar de meningen en ervaringen van zorgverleners met betrekking tot verloskundige samenwerkingsverbanden centraal. De resultaten laten zien dat deze meningen en ervaringen tussen de beroepsgroepen onderling, maar ook tussen personen onderling, kunnen conflicteren. Bijvoorbeeld:
- men wil graag het werkklimaat verbeteren en anderen ontmoeten, maar een aantal mensen ervaart ook een afkeuring door collega's en is bang dat verzekeringsmaatschappijen of beleidmakers misbruik van de samenwerking zullen maken;
- de verwachte hogere efficiëntie waarmee de zorg kan worden gegeven, noemt men als voordeel, de vereiste tijdsinvestering en grotere werkbelasting daarentegen als nadeel;
- de gezamenlijke verantwoordelijkheid die men wil dragen voor patiënten staat tegenover de mogelijke vermindering van professionele vrijheid die dit met zich mee kan brengen.

Niet alleen moeilijk te verenigen opvattingen kunnen de samenwerking bemoeilijken; ook komt het binnen de reeds bestaande samenwerkingsverbanden nog regelmatig voor dat er tussen deelnemers concurrentie wordt ervaren.

Wat kunnen de onderzoeksresultaten nu betekenen voor de opzet van een verloskundig samenwerkingsverband?

Er kunnen twee soorten taken worden onderscheiden.
In de eerste plaats de taken die iedereen belangrijk vindt. Bij het verwezenlijken van deze taken lijkt elke deelnemer gebaat (win-winsituatie). Bijvoorbeeld veel huisartsen, verloskundigen en gynaecologen hechten waarde aan bij- en nascholing, alhoewel dit niet voor iedereen een even grote prioriteit heeft. Zulke activiteiten zijn vrij eenvoudig op te zetten en iedereen kan de zin ervaren van het samenwerkingsverband. Een andere taak waarbij iedereen gebaat is, is het verbeteren van de communicatie over patiënten bij het aanvragen van consulten of bij verwijzingen.
In de tweede plaats zijn er taken die door bepaalde personen belangrijker worden gevonden dan door andere personen; er is sprake van (tenminste gedeeltelijk) tegengestelde belangen. Het verwezenlijken van dergelijke taken geeft voordelen voor slechts een deel van de deelnemers, maar anderen verliezen erbij, bijvoorbeeld omdat het hun vooral vergadertijd kost, terwijl ze er naar hun gevoel weinig bij gebaat zijn. De kans bestaat dat deze personen niet (meer) naar de vergaderingen komen.

Als men een samenwerkingsverband wil starten, is het derhalve belangrijk te beginnen met het bespreken van onderwerpen waarbij iedereen gebaat is. Iemand uit de groep of een externe deskundige zou kunnen worden gevraagd iets te vertellen over een onderwerp dat erg leeft onder de deelnemers. Na de voordracht kan er gelegenheid zijn voor discussie. De bijeenkomst verloopt vrij informeel en er wordt niet gestreefd naar consensus over het te volgen beleid. Als er kleine problemen zijn die deelnemers ervaren, kan worden geprobeerd deze op te lossen.
Een volgende stap in de samenwerking kan zijn dat men probeert met elkaar afspraken te maken met betrekking tot de communicatie over cliënten. Bijvoorbeeld welke informatie men op welk moment aan wie moet geven. Hier wordt meer inzet gevraagd van de deelnemers. Immers, zulke afspraken werken alleen als iedereen zich eraan houdt. Bovendien moet men tot consensus komen over de te maken afspraken.
Tijdens deze eerste twee stappen van een samenwerkingsverband is er de gelegenheid elkaar wat beter te leren kennen. Er kan dan wederzijds vertrouwen en respect voor elkaar ontstaan. Als dat aanwezig is, kan men in een volgende stap gaan werken aan onderwerpen waar tegengestelde meningen of belangen een rol spelen, zoals het bespreken van wat moet worden gedaan bij welke indicaties.
Zo kan stapsgewijs een samenwerkingsverband worden opgezet. •

VERLOSKUNDE
SAMENWERKING

Anke J.E. de Veer,

Wouter J. Meijer,
Nivel, Utrecht

Literatuur

1. Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst 1987. De Verloskundige Indicatielijst. Eindrapport. Amstelveen: Ziekenfondsraad.
2. Commentaar op het eindrapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1987.
3. Adviescommissie Verloskunde 1987. Verloskundige Organisatie in Nederland: Uniek, bewonderd en verguisd. Rijswijk: Ministerie van WVC.
4. Regeringsstandpunt Adviescommissie Kloosterman. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.