

Samenwerking een haalbare zaak?

Het is voor alle zorgverleners en cliënten in de verloskundige zorg van belang dat de samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen en huisartsen goed is. Echter, een goede samenwerking is niet vanzelfsprekend en daarom is het zinvol te weten hoe een goede samenwerking gerealiseerd kan worden.

Anke J.E. de Veer¹, Wouter J. Meijer,
Peter P. Groenewegen

Eind 1990 startte, in opdracht van het toenmalige Ministerie van WVC, het project 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden'. In het vorige nummer van het Tijdschrift voor Verloskundigen is de ontstaansgeschiedenis van het project beschreven.¹ Men verwachtte dat in verloskundige samenwerkingsverbanden de eerste en tweede lijn een constructieve samenwerking konden realiseren. Dit zou bevorderlijk zijn voor een goede risicosselectie. Inmiddels is het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden afgerond. Voor de samenwerkingsverbanden

betekent dit dat de begeleiding door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) is gestopt.^{2,3} Zij moeten nu volledig op eigen kracht verder. Het project is geëvalueerd door het NIVEL. In dit artikel wordt ingegaan op de vraag of in een verloskundig samenwerkingsverband zo'n constructieve samenwerking te realiseren is en zo ja, hoe. Natuurlijk is een goede samenwerking geen doel op zichzelf. Uiteindelijk gaat het erom dat de kwaliteit van de verloskundige zorg zo goed mogelijk is. Of samenwerking gevolgen heeft voor de kwaliteit van de zorg staat centraal in een ander artikel dat binnenkort in het Tijdschrift voor Verloskundigen verschijnt.

De deelnemende regio's

Het project Verloskundige Samenwerkingsverbanden kan gezien worden als een demonstratieproject waarin in tien regio's de samenwerking tussen zorgverleners in de verloskunde gestimuleerd werd. Bij de keuze van de regio's is erop gelet of er al een vorm van geïnstitutionaliseerde samenwerking aanwezig was. In vijf regio's, namelijk Hardenberg, Zaandam/Wormerveer, Alkmaar, Deventer en Haarlem, bestond al geruime tijd een samenwerkingstraditie. Deze samenwerkingsverbanden hebben een rol gespeeld in de voorgeschiedenis van het project. Zij zouden volgens het advies van de Adviescommissie Verloskunde financieel gesteund moeten worden zodat zij de kwaliteit van de zorg zichtbaar konden maken¹. Nadat besloten werd om de evaluatie uit te besteden aan het NIVEL bleven deze vijf samenwerkingsverbanden betrokken bij het project als deelnemende regio's. De overige regio's werden geworven middels een ledenbrief van de drie meest betrokken beroepsverenigingen (NOV, NVOG, en LHV). Hierop kwamen reacties uit vijftien regio's. Daaruit zijn uiteindelijk vijf regio's gekozen om deel te nemen aan het project. Dit zijn Almere, Amsterdam (Slotervaart), Heerlen, Kampen, en Sneek.

Vraagstuk

De vraag is hoe de samenwerking kan worden geëvalueerd. Dit wordt in de volgende artikelen behandeld.

- 1 Hoe kan de samenwerking worden geëvalueerd?
- 2 Wat zijn de uitkomsten van de evaluatie?
- 3 Welke factoren beïnvloeden de samenwerking?
- 4 Is de samenwerking duurzaam?

Onderzoek

De gegevens van de evaluatie zijn getoetst op de betrouwbaarheid van de data. De twee regio's die niet zijn opgenomen in 1996 (Almere en Amsterdam) zijn samen met de andere regio's opgenomen in de tweede fase van de evaluatie. De tweede fase van de evaluatie is in 1996 afgerond. De resultaten van de tweede fase van de evaluatie worden in de volgende artikelen besproken.

¹ NIVEL
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel. 030-2319946
fax. 030-2319290

Vraagstelling

De vraag op welke manier verloskundige samenwerking realiseerbaar is valt uiteen in de volgende deelvragen:

- 1 Hoe zien de tien verloskundige samenwerkingsverbanden eruit?
- 2 Wat gebeurt er in deze samenwerkingsverbanden?
- 3 Welke factoren beïnvloeden het totstandkomen en instandhouden van deze verloskundige samenwerkingsverbanden?
Tenslotte kan men zich afvragen of wat er in de onderzochte samenwerkingsverbanden gebeurt zo bijzonder is, ofwel:
- 4 Is de samenwerking in de verloskundige samenwerkingsverbanden intensiever dan elders?

Onderzoeksmethode

De gegevens die hier gepresenteerd worden zijn gebaseerd op drie bronnen. Voor een uitgebreide beschrijving en verantwoording van de onderzoeksmethode verwijzen we naar de twee onderzoeksrapporten die verschenen zijn.^{4,5} In de eerste plaats zijn er in 1994 en in 1996 in elk samenwerkingsverband een aantal interviews (n=47) gehouden over de samenstelling en vormgeving van het samenwerkingsverband. Ook werd gevraagd naar factoren die het functioneren van een samenwerkingsverband beïnvloeden. Een tweede bron van informatie vormen de individuele deelnemers van elk samenwerkingsverband, die een vragenlijst invulden over wat belangrijke factoren zijn voor het slagen van een samenwerkingsverband. Via een gesloten vraag werd gevraagd naar het belang van 34 mogelijke factoren. De vragenlijst is ingevuld door 91 verloskundigen (respons 88%), 81 huisartsen (respons 55%), en 31 gynaecologen (respons 79%). De respondenten komen uit negen samenwerkingsverbanden omdat het samenwerkingsverband in de regio Heerlen inmiddels was opgeheven en het niet mogelijk was de vragenlijsten naar deelnemers te sturen. De interviews en vragenlijsten zijn gebruikt voor de beantwoording van de eerste drie vragen.

Voor vraag 4 is informatie over de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen verkregen door naar alle Nederlandse verloskundige praktijken een vragenlijst te sturen. Deze vragenlijst is ingevuld voor 322 praktijken (respons 71%). Gevraagd werd naar de samenwerkingsrelatie met de gynaecologen naar wie men verwees. Van de 322 praktijken die gerespondeerd hebben, verwezen 78 relatief vaak naar twee verschillende ziekenhuizen. Zij hebben de vragenlijst voor beide ziekenhuizen ingevuld waardoor het totaal aantal combinaties van verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen op 400 komt. Onderwerpen die in de vragenlijst aan bod kwamen waren de aanwezigheid van gestructureerd overleg, de frequentie en inhoud van dit overleg, en of er afspraken zijn gemaakt om te werken volgens de verloskundige indicatielijst. Ook werd aan de hand van een lijst met 29 mogelijke verwijzindicaties gevraagd over welke indicaties verloskundigen en gynaecologen afspraken hebben gemaakt en of deze afspraken geëvalueerd worden.

Hoe zien de verloskundige samenwerkingsverbanden eruit? (vraag 1)

Negen van de tien verloskundige samenwerkingsverbanden zijn gevormd rond één ziekenhuis. Alle samenwerkingsverbanden bestaan uit tenminste gynaecologen en verloskundigen. Als er verloskundig actieve huisartsen in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis werken dan zijn zij ook betrokken bij het samenwerkingsverband. Verloskundig actieve huisartsen zijn er in vijf van de tien onderzochte regio's. Alleen in de regio Heerlen deden twee ziekenhuizen mee en dit was, zo bleek uit de interviews, een complicerende factor in de samenwerking. In de meeste samenwerkingsverbanden worden ook andere beroepsgroepen bij het samenwerkingsverband betrokken zoals kinderartsen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden en niet-verloskundig actieve huisartsen. Het zal duidelijk zijn dat het aantal deelnemers van

het samenwerkingsverband sterk afhankelijk van het aantal beroepsgroepen dat erbij betrokken is. Het kleinste samenwerkingsverband was in Kampen en bestond uit vier verloskundigen en één gynaecoloog. Het grootste samenwerkingsverband is in Alkmaar en bestaat uit ongeveer 160 deelnemers. Dit samenwerkingsverband wil graag iedereen die iets met zwangerschap, bevalling of kraamtijd te maken heeft bij het samenwerkingsverband betrekken en informeren over de activiteiten van het samenwerkingsverband. Daarom staan bijvoorbeeld ook alle niet-verloskundig actieve huisartsen uit het verzorgingsgebied van het ziekenhuis op de deelnemerslijst. Alkmaar en Kampen zijn twee extremen; meestal heeft een samenwerkingsverband 15 tot 30 deelnemers.

Deze getallen over het aantal deelnemers betreffen het officiële aantal. Het aantal deelnemers dat regelmatig vergaderingen bezoekt is kleiner, bijvoorbeeld omdat één afgevaardigde van een groepspraktijk komt, en varieert minder. In Alkmaar zijn meestal 25 tot 30 aanwezigen; in de meeste samenwerkingsverbanden bezoeken 10 tot 15 mensen de vergadering.

De samenwerkingsverbanden hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken (tabel 1). In ieder samenwerkingsverband hebben de deelnemers zich bezig gehouden met het doel dat ze samen wilden bereiken. Het verbeteren van de onderlinge communicatie, het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, bij- en nascholingsactiviteiten zijn

doel van vrijwel ieder samenwerkingsverband. In elk samenwerkingsverband wordt voorafgaand aan de bijeenkomst een agenda rondgestuurd, de bijeenkomsten worden door een voorzitter geleid en worden genoteerd. Een ander kenmerk dat alle samenwerkingsverbanden gemeen hebben is dat er in elk samenwerkingsverband voortrekkers zijn. Er zijn telkens minimaal één verloskundige en één gynaecoloog die zich inzetten voor het samenwerkingsverband. In sommige samenwerkingsverbanden is ook een huisarts voortrekker en een enkele keer is er een kinderarts of iemand van de verpleging extra actief. Deze voortrekkers investeren relatief veel tijd in het samenwerkingsverband.

Naast deze overeenkomsten is er ook een aantal aspecten waarop de samenwerkingsverbanden verschillen. Zo varieert de vergaderfrequentie van wekelijks tot vijf keer per jaar. Gemiddeld komen de deelnemers in een samenwerkingsverband één keer per maand bij elkaar. Sommige samenwerkingsverbanden hebben een bestuur of werkgroep. Deze mensen bereiden de vergaderingen voor, nemen initiatieven, proberen mensen bij het samenwerkingsverband te betrekken, en zorgen voor de rode draad in het samenwerkingsverband. Soms wordt er een officiële samenwerkingsovereenkomst opgesteld. In zo'n samenwerkingsovereenkomst staat meestal de samenstelling van het samenwerkingsverband, het doel van het samenwerkingsverband, en de manier waarop men het doel wil bereiken. Samen-

werkingsverband als een inmer om zinnen h worden. 'tussen sarrangen t geldt zow veelheid t het begel dat het aa het samer op maat.

Wat gebeurt er in de praktijk?

In elk samenwerkingsverband worden afspraken gemaakt over medische en juridische zaken. Bijvoorbeeld een protocol voor de afhandeling van een complicatie van een aandoening van de urine en de darmen. De praktijk is in een klein

Tabel 1
Overeenkomsten en verschillen in vormgeving van verloskundige samenwerkingsverbanden

Overeenkomsten

- doelstellingen
- agenda
- vaste voorzitter
- notulen
- voortrekkers

Versillen

- bestuur/werkgroep
- samenwerkingsovereenkomst
- hoeveelheid begeleiding
- vergaderfrequentie

Tabel 2

Factoren

Kenmerken

- c
- a
- v

Vormgeving

- c
- (
- t
- r
- r
- v
- t
- f

De rol van

- t
- c

rkingsver-
nd wordt
en agenda
1 worden
den geno-
lle samen-
n is dat er
orttrekkers
én verlos-
ich inzet-
band. In
en is ook
kele keer
n de ver-
kkers in-
amenwer-

ook een
werkings-
de verga-
f keer per
emmers in
keer per
werkings-
of werk-
vergade-
proberen
rband te
draad in
wordt er
eenkomst
sovereen-
lling van
doel van
e manier
. Samen-

werkingsovereenkomsten kunnen fungeren als een intentieverklaring van iedere deelnemer om zich aan de afspraken te houden die binnen het samenwerkingsverband gemaakt worden. Tenslotte zijn er grote verschillen tussen samenwerkingsverbanden in de ontvangen begeleiding door het CBO. Dit geldt zowel voor de inhoud als voor de hoeveelheid begeleiding. Het uitgangspunt van het begeleidingsaanbod van het CBO was dat het aan moest sluiten op de behoefte van het samenwerkingsverband, dus begeleiding op maat.

Wat gebeurt er in de samenwerkingsverbanden? (vraag 2)

In elk samenwerkingsverband worden afspraken gemaakt over indicatiestelling en over medisch inhoudelijk beleid. Zo is er bijvoorbeeld in een samenwerkingsverband een protocol hoge bloeddruk gemaakt waarin onderscheid gemaakt wordt in hoge bloeddruk in het eerste, tweede en derde trimester van de zwangerschap. Aan de hand van een aantal parameters, zoals eiwit in de urine en de groei van het kind, is beschreven wat er bij welke waarden gedaan moet worden. De protocollen worden vaak gebundeld in een klapper die elke zorgverlener heeft. Zo

kan snel nagegaan worden wat bij een bepaalde indicatie de afgesproken handelwijze is.

Ook zijn in vrijwel elk samenwerkingsverband afspraken gemaakt over de onderlinge communicatie bij verwijzingen. Soms zijn er formulieren ontwikkeld die gebruikt worden bij verwijzingen. Daarnaast is in de bijeenkomsten altijd de mogelijkheid om problemen in de communicatie te bespreken. Tenslotte zijn er in elk samenwerkingsverband bij- en nascholingsactiviteiten. Soms wordt er een gastspreker uitgenodigd. Een andere keer vertellen de deelnemers aan elkaar hoe ze in bepaalde situaties handelen en waarom, waarna gediscussieerd wordt over de beste manier van handelen. Dit kan uiteindelijk ertoe leiden dat de deelnemers een protocol willen opstellen.

In de laatste jaren van het project zijn steeds meer deelnemers zich bezig gaan houden met het automatiseren van de zwangerschapskaart. Het streven naar gezamenlijk automatiseren zal, zo blijkt uit de interviews, in de toekomst ook een steeds grotere rol gaan spelen in de samenwerkingsverbanden. Het gaat dan om het opslaan van cliëntgegevens in een elektronische zwangerschapskaart en communicatie tussen eerste en tweede lijn via personal computers.⁶

Tabel 2
Factoren die de samenwerking beïnvloeden

Kenmerken van de regio
concurrentie
aantal zorgverleners
voortrekkers
Vormgeving van het samenwerkingsverband
concrete resultaten
(goede) voorbereiding van vergaderingen
(goed) voorzitterschap
bijeenkomsten notuleren
mensen actief betrekken bij het samenwerkingsverband
regelmatig vergaderen
werkgroep of bestuur als voortrekker
begeleiding door onafhankelijke partij
financiële steun
De rol van andere partijen
beroepsverenigingen
opleidingen

Factoren die de samenwerking beïnvloeden (vraag 3)

Er is een aantal factoren aan te wijzen die het tot stand brengen en het voortbestaan van een verloskundig samenwerkingsverband vergemakkelijken of bemoeilijken. Als antwoord op wat de slaagkans van een verloskundig samenwerkingsverband bepaalt, wordt alom gezegd dat de onderlinge relaties tussen deelnemers doorslaggevend zijn. Als men goed met elkaar kan opschieten, men gemotiveerd is om samen te werken, men elkaar vertrouwt, dan is het gemakkelijker om samen te werken. Is dit echter niet het geval, dan acht men verloskundige samenwerking moeilijk haalbaar. Hier lijkt op het eerste gezicht weinig aan te doen: het hangt af of het toevallig 'klikt' tussen de deelnemers. We zijn op zoek gegaan naar andere factoren die samenwerking kunnen bevorderen en die meer vatbaar zijn voor sturing.

De factoren zijn geordend in drie categorieën (tabel 2): factoren die te maken hebben met regionale kenmerken, factoren die te maken hebben met de manier waarop een verloskundig samenwerkingsverband wordt opgezet, en factoren die gelegen zijn buiten de directe zorgverleners. Als regionale factoren die de samenwerking beïnvloeden worden het meest genoemd: de mate van concurrentie tussen de zorgverleners, het aantal zorgverleners in de regio, en de aanwezigheid van voortrekkers. Concurrentie tussen eerste en tweede lijn, maar ook binnen de eerste lijn en binnen de tweede lijn (indien meerdere ziekenhuizen in een samenwerkingsverband participeren), hebben een negatieve invloed op de onderlinge relaties en daarmee op de haalbaarheid van een verloskundig samenwerkingsverband. Ook het aantal zorgverleners in de regio wordt als belangrijk ervaren. Indien er slechts enkele verloskundigen werkzaam zijn in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis dan is de drempel voor ad hoc contacten vaak lager, waardoor er minder behoefte wordt gevoeld om zaken te bespreken in een gestructureerd

overleg. Indien er erg veel verloskundigen en/of verloskundig actieve huisartsen in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis werken dan wordt het ook als moeilijker ervaren om iedereen bij het overleg te betrekken. Een ander veelvuldig genoemde factor is dat er iemand moet zijn die bereid is veel energie in het samenwerkingsverband te steken. Het blijkt dat één voortrekker niet voldoende is. Zowel uit de groep van gynaecologen als uit de groep van verloskundigen (en indien er verloskundig actieve huisartsen zijn ook iemand uit deze groep) moet er een voortrekker zijn die de achterban kan aanspreken en mobiliseren en die een brug kan vormen naar de andere lijn.

Ook de vormgeving van het samenwerkingsverband beïnvloedt de slaagkans. Het is belangrijk dat deelnemers concrete resultaten zien van gestructureerd samenwerken. Samenhangend hiermee moet de vergadering goed voorbereid én voorgezet worden. Agendapunten moeten dus voor iedereen interessant zijn. Een nieuw samenwerkingsverband kan het beste beginnen met het bespreken van onderwerpen die relatief eenvoudig aan te pakken zijn zodat men snel resultaat ziet en overtuigd raakt van de zin van het samenwerkingsverband. Notulen worden belangrijk gevonden. Ook blijkt het van belang om veel aandacht te besteden aan het actief betrekken van mensen bij het samenwerkingsverband. Regelmatig vergaderen houdt deelnemers betrokken. De voortrekkers kunnen ontlast worden door een werkgroep (of bestuur) in te stellen die de vergaderingen voorbereidt en centraal aanspreekpunt is van het samenwerkingsverband.

Tenslotte hecht men veel waarde aan ondersteuning van het samenwerkingsverband. Het wordt op prijs gesteld als er iemand is die kan bemiddelen bij eventuele (dreigende) conflicten en die een handreiking geeft voor het opstellen van protocollen, evaluatie-onderzoek en dergelijke. De voorkeur gaat veelal uit naar een onafhankelijke persoon, bijvoorbeeld van een onafhankelijk instituut. Financiële ondersteuning voor bijvoorbeeld administratieve

werkzaam sprekers, eveneens. Daarnaast van bero het stimu klimaat.

Vershill

De laatst schil tuss project d werkings tussen v andere re regio's he ge prakti gynaecol zen (tabe ficant m der vaak over ind het pro samenwe wordt in perinatal lingsactiv echter n nascholi nificant menwerl verlosku significa paalde ir kundige lijst, al hanteren over me maakt is vaker gei

Conclusi

In dit e de verlos gebeurt vloed zij ren dat het verl

kundigen
en in het
huis wer-
er ervaren
betrekken.
ctor is dat
veel ener-
te steken.
: voldoen-
aecologen
en (en in-
rtsen zijn
een voor-
anspreken
n vormen

erwerkings-
Het is be-
resultaten
enwerken.
vergadering
t worden.
edereen in-
erwerkings-
t met het
latief een-
en snel re-
de zin van
en worden
t het van
en aan het
iet samen-
vergaderen
: voortrek-
een werk-
de vergade-
spreekpunt

aan onder-
rband. Het
d is die kan
de) conflic-
oor het op-
onderzoek
elal uit naar
rbeeld van
siële onder-
inistratieve

werkzaamheden, het uitnodigen van gast-
sprekers, het uitvoeren van onderzoek wordt
eveneens als belangrijk ervaren.

Daarnaast wijzen geïnterviewden op de rol
van beroepsverenigingen en opleidingen in
het stimuleren van een goed samenwerkings-
klimaat.

Verschillen met andere regio's (vraag 4)

De laatste vraag in dit artikel betreft het ver-
schil tussen de samenwerking in de aan het
project deelnemende verloskundige samen-
werkingsverbanden en de samenwerking
tussen verloskundigen en gynaecologen in
andere regio's in Nederland. Ook in andere
regio's hebben veruit de meeste verloskundi-
ge praktijken gestructureerd overleg met de
gynaecologen naar wie zij regelmatig verwij-
zen (tabel 3). Het overleg vindt echter signi-
ficant minder vaak plaats en er wordt min-
der vaak gesproken over verwijsafspraken en
over individuele cliënten. Zowel in de aan
het project deelnemende verloskundige
samenwerkingsverbanden als daarbuiten
wordt in het overleg aandacht besteed aan
perinatale sterfte en worden bij- en nascho-
lingsactiviteiten ondernomen. Kijken we
echter naar de frequentie waarmee bij- en
nascholing aan de orde is dan wordt dit sig-
nificant vaker gedaan in verloskundige sa-
menwerkingsverbanden (niet in tabel). In
verloskundige samenwerkingsverbanden is
significanter vaker afgesproken om een be-
paalde indicatielijst, bijvoorbeeld de Verlos-
kundige Indicielijst of de Kloosterman-
lijst, als leidraad bij verwijzingen te
hanteren. Het percentage indicaties waar-
over men expliciet een afspraak heeft ge-
maakt is hoger en deze afspraken worden
vaker geëvalueerd.

Conclusie en discussie

In dit artikel is weergegeven wat er in
de verloskundige samenwerkingsverbanden
gebeurt en welke factoren daarop van in-
vloed zijn. Uit het onderzoek komt naar vo-
ren dat er geen uniform beeld bestaat van
'het verloskundig samenwerkingsverband'.

In elke regio heeft men de samenwerking
anders vormgegeven, afhankelijk van de
wensen en behoeften van de deelnemers.
Ook blijkt de vormgeving geen statisch ge-
geven. In de loop der tijd krijgen deelne-
mers andere wensen en behoeften. Deze
veranderingen kunnen het gevolg zijn van
het samenwerkingsproces of kunnen het ge-
volg zijn van gewijzigde omstandigheden,
zoals fusies tussen ziekenhuizen en de
komst van nieuwe gynaecologen of verlos-
kundigen in de regio. Toch is er een aantal
kenmerken gevonden die voor vrijwel alle
samenwerkingsverbanden gelden. Blijkbaar
zijn die noodzakelijk om een samenwer-
kingsverband in stand te houden.

Het lijkt niet zo uitzonderlijk wat er in de
samenwerkingsverbanden gebeurt. Immers,
ook buiten de samenwerkingsverbanden
hebben veruit de meeste verloskundige
praktijken gestructureerd overleg met de
gynaecologen naar wie het meest verwezen
wordt. Als we echter kijken naar de fre-
quentie en inhoud van de bijeenkomsten
dan zijn er wel duidelijke verschillen. In de
verloskundige samenwerkingsverbanden is
er vaker gestructureerd overleg en er wor-
den vaker afspraken gemaakt over het
verwijsbeleid. Verloskundigen en gynaeco-
logen in verloskundige samenwerkings-
verbanden streven ernaar afspraken te eva-
lueren en dit is een belangrijk aspect voor
het kwaliteitsbeleid binnen de verloskundi-
ge zorg. In een volgend artikel staat centraal
in hoeverre dit een effect heeft op de con-
crete zorgverlening aan cliënten.

Een kritische lezer zal opmerken dat het
niet verwonderlijk is dat verloskundige sa-
menwerkingsverbanden zich onderscheiden
van de rest van Nederland. De aan het pro-
ject deelnemende samenwerkingsverban-
den hebben immers zichzelf geselecteerd en
zijn dus geen afspiegeling van wat er in de
verloskundige zorgverlening gebeurt en van
de verhoudingen tussen de verschillende
beroepsgroepen. Uit het onderzoek blijkt
dat ook in de deelnemende samenwerkings-
verbanden de verhoudingen niet altijd

ideaal zijn, dat deelnemers verschillende en soms conflicterende doelen nastreven, dat er gevoelens van onderlinge concurrentie zijn, en dat niet iedereen bereid is tijd in het samenwerkingsverband te steken.^{7,8} De deelnemende samenwerkingsverbanden laten echter wel zien op welke manieren ze kunnen functioneren en welke factoren het welslagen ervan beïnvloeden. Inzicht in deze factoren kan anderen helpen nieuwe verloskundige samenwerkingsverbanden te starten of bestaande samenwerkingsverbanden beter te structureren. In die zin vervullen de aan het project deelnemers een voorbeeldfunctie en laten zij zien dat samenwerking in de verloskunde een haalbare zaak is. ■

Referenties

- 1 Meijer WJ. Verloskundige Samenwerkingsverbanden: van regeringsbeleid naar onderzoek. Tijdschrift voor Verloskundigen, 1997;3:27-32
- 2 Boer ML de. Samenwerken=kwaliteitsverbetering?: project verloskundige samenwerkingsverbanden. Tijdschrift voor Verloskundigen, 1994;5: 210-213.
- 3 Boer ML de, Vermeij DJB. Begeleiding en ondersteuning van verloskundige samenwerkingsverbanden. Utrecht: CBO 1996
- 4 Veer AJE de, Meijer WJ, Groenewegen PP. Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg. Eindrapportage Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden deel I. Utrecht: NIVEL 1996
- 5 Meijer WJ, Groenewegen PP. De betekenis van verloskundige samenwerking tussen de eerste en tweede lijn voor de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Eindrapportage Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden deel II. Utrecht: NIVEL 1996
- 6 Boer ML de, Capelleveen J van, Boer K de. ORFEUS: de elektronische zwangerschapskaart. Tijdschrift voor Verloskundigen 1996;11:31-32
- 7 Veer AJE de, Meijer WJ. Obstetric care: competition or co-operation. Midwifery 1996;12:4-10
- 8 Veer AJE de, Meijer WJ. Werken in verloskundige samenwerkingsverbanden. Medisch Contact 1996; 51:1421-24

Tabel 3
Kenmerken van het overleg in de verloskundige samenwerkingsverbanden en in de rest van Nederland

		verloskundige samenwerkings- verbanden (N=31) ¹	overige regio's (N=369) ¹	significant verschil? ²
Is er gestructureerd overleg tussen verloskundigen en gynaecologen?	ja	100%	84%	ja
Frequentie van het gestructureerd overleg tenminste 6x per jaar?	ja	96%	54%	ja
Inhoud gestructureerd overleg:				
afspraken over verwijsbeleid		73%	33%	ja
bespreken individuele cliënten		68%	45%	ja
bespreken perinatale sterfte		71%	56%	nee
bij- en nascholing		97%	93%	nee
Zijn er afspraken over een te hanteren indicatielijst?	ja	90%	67%	ja
Percentage indicaties waarover afspraken zijn gemaakt		82%	61%	ja
Worden afspraken geëvalueerd?				
meestal niet		7%	32%	ja

1 Het aantal waarnemingen is het aantal combinaties van een verloskundige praktijk en een ziekenhuis waarvoor de vragen zijn beantwoord
2 p<0,05. Toetsingen met chi-kwadraattest of t-test.

he

Voc
er
patiën
W
hanc

behou

D

van bero
onderme
houden b
Wat zijn
Voorbe
die als z
onaanvaa
van de p
BIG noe
naren die
houden k
arts, de t
rijke voo
bekwaar
en darm
standig b
gen te ve
ge hand
injecties.
Daaraan
- een ver
houden
deskun
- zij moe
om de l