



Divisie Jeugd
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 15
info-Jeugd@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/JGD 2002.098

**EValuatie Regionale OndersteuningsStructuur
verloskundigen (EVROS): Eindrapportage**

Datum	April 2002
Auteur(s)	I.A.M. Maas P.M. Offerhaus
Aantal pagina's	75
Aantal bijlagen	1

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2002 TNO

Leeswijzer

Naar aanleiding van de toenemend problemen in de eerstelijns verloskunde werd de Stuurgroep Modernisering Verloskunde gevraagd om een integrale visie op de verloskundige zorgverlening in de 21^e eeuw te ontwikkelen. In haar tussenrapportage in februari 2000 was één van de aanbevelingen een herstructurering van de verloskundige zorg, onder andere door de vorming van een regionale ondersteuningsstructuur.

Dit rapport beschrijft een evaluatie van vijf KNOV-experimenten met tijdelijke ondersteuning in het kader van de ontwikkeling en landelijke invoering van een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Behalve een evaluatie van deze pilotprojecten is er in het EVROS-onderzoek ook aandacht voor de houding van verloskundigen uit pilot- en niet-pilotgebieden ten opzichte van de nieuwe ondersteuningsstructuur.

Voor een samenvatting van de belangrijkste resultaten met een kritische beschouwing door de onderzoekers wordt verwezen naar *hoofdstuk 7*. Daarna volgen in *hoofdstuk 8* de conclusies en aanbevelingen voor het vervolg van de landelijke invoering van de ondersteuningsstructuur voor verloskundigen in de eerste lijn door de KNOV.

Hoofdstuk 2 geeft achtergrondinformatie over de organisatie en het verloop van het Project Ondersteuningsstructuur van de KNOV, het grotere kader waarbinnen de pilotprojecten zijn uitgevoerd. *Hoofdstuk 3* gaat in op de gebruikte onderzoeksmethoden. De onderzoeksresultaten worden gepresenteerd in de hoofdstukken 4, 5 en 6. *Hoofdstuk 4* geeft inzicht in het verloop van de tijdelijke ondersteuning in de pilotprojecten en de resultaten op regionaal niveau. Het gaat ook in op de succes- en faalfactoren van de tijdelijke ondersteuning. In *hoofdstuk 5* komen vervolgens de resultaten op landelijk niveau aan bod: Wat is de bijdrage van de pilotprojecten aan de ontwikkeling van een model voor de definitieve ondersteuningsstructuur? *Hoofdstuk 6* gaat in op de verwachtingen die bij verloskundigen leven omtrent de definitieve ondersteuningsstructuur. Wat zal de ondersteuning betekenen voor hun toekomstige beroepsuitoefening?

Wij zijn de betrokken verloskundigen en organisatieadviseurs zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews. Ook het projectteam van het Project Ondersteuningsstructuur willen wij bedanken voor de prettige samenwerking.

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 7
1.1	Crisis in de verloskunde en de regionale ondersteuningsstructuur — 7
1.2	Probleemstelling en onderzoeksvragen — 8
1.3	Aanvullende onderzoeksvragen — 9
2	Kader — 11
2.1	Het Project Ondersteuningsstructuur — 11
2.1.1	Projectorganisatie — 11
2.1.2	Verloop van het project — 12
2.2	Theoretische modellen voor de ondersteuningsstructuur — 14
2.2.1	Eerste model: 23 Districts Verloskundige Platforms — 14
2.2.2	Het tweede model: 7 Districtskantoren en 23 DVP's — 16
2.2.3	Het derde model: 5 Regiokantoren en een onbekend aantal DVP's — 17
3	De onderzoeksopzet — 21
3.1	Gegevensverzameling — 21
3.1.1	Vorbereidende fase — 21
3.1.2	Diepte-interviews — 21
3.1.3	Focusgroepinterviews — 23
3.2	Gegevensverwerking en analyse — 25
4	Verloop van de pilotprojecten en resultaten op regionaal niveau — 27
4.1	Verloop van de pilotprojecten — 27
4.1.1	Situatie in de pilotgebieden — 27
4.1.2	Opzet en inhoud van de pilotprojecten — 28
4.2	Resultaten op regionaal niveau I — 31
4.2.1	Ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur in de pilotprojecten — 31
4.2.2	Het oplossen van regio-specifieke knelpunten — 32
4.3	Resultaten op regionaal niveau II — 34
4.3.1	Informatie uit pilotprojecten en andere kringen — 34
4.3.2	Betekenis van de tijdelijke ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening: de verloskundigen — 35
4.3.3	Betekenis van de tijdelijke ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening: de organisatieadviseurs — 39
4.4	Succes- en faalfactoren voor de tijdelijke ondersteuningsstructuur — 40
4.4.1	Houding ten opzichte van ondersteuning in de kring — 40
4.4.2	De combinatie van organisatieadviseur en verloskundige adviseur — 41
4.4.3	De positionering van de eerstelijns verloskunde in de zorgketen — 41
4.4.4	De crisis in de verloskunde — 42
4.4.5	Koerswijzigingen van de KNOV — 42
4.4.6	Korte en lange termijn resultaten — 43
4.4.7	De communicatie in het Project Ondersteuningsstructuur — 43
4.4.8	Tijd en geld — 43
5	Resultaten op landelijk niveau: bijdrage van de pilotprojecten aan de modelontwikkeling — 45
5.1	Plaats van de pilotprojecten in het Project Ondersteuningsstructuur — 45
5.2	Bijdrage van de pilotprojecten volgens de KNOV — 45
5.3	Bijdrage van de pilotprojecten volgens de organisatieadviseurs — 47

5.3	Bijdrage van de pilotprojecten volgens de organisatieadviseurs — 47
5.4	Bijdrage van de pilotprojecten volgens de verloskundigen — 48
6	Verwachtingen voor de toekomst — 49
6.1	Eerste ervaringen met de definitieve ondersteuningsstructuur — 49
6.2	Verwachtingen van de ondersteuningsstructuur: de verloskundigen — 50
6.2.1	Het Regiokantoor — 50
6.2.2	Het Districts Verloskundig Platform — 52
6.3	Kanttekeningen bij de ondersteuningsstructuur: de verloskundigen — 53
6.4	Verwachtingen van de ondersteuningsstructuur: de organisatieadviseurs — 55
6.5	Kanttekeningen bij de ondersteuningsstructuur: de organisatieadviseurs — 56
7	Samenvatting resultaten en beschouwing — 59
7.1	Enkele kanttekeningen bij de onderzoeksopzet — 59
7.2	Verloop van de pilotprojecten en resultaten op regionaal niveau — 60
7.2.1	Ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur in de pilotprojecten — 61
7.2.2	Het oplossen van regionale knelpunten — 62
7.2.3	Betekenis voor de beroepsuitoefening — 63
7.2.4	Succes- en faalfactoren voor de tijdelijke ondersteuningsstructuur — 64
7.3	Resultaten op landelijk niveau: bijdrage van de pilotprojecten aan de modelontwikkeling — 65
7.4	Toekomstverwachtingen voor de ondersteuningsstructuur — 66
8	Conclusies en aanbevelingen — 69
8.1	Conclusies — 69
8.2	Aanbevelingen — 70
9	Literatuur — 73
	Bijlage(n)
	A Gebruikte afkortingen

1 Inleiding

1.1 Crisis in de verloskunde en de regionale ondersteuningsstructuur

Uit onderzoek van het NIVEL in 1999 bleek dat verloskundigen tal van knelpunten aangaven in de uitoefening van hun vak ¹. De Stuurgroep Modernisering Verloskunde werd opgericht om een antwoord te vinden op deze problemen door het ontwikkelen van een integrale visie op de verloskundige zorgverlening in de 21^e eeuw. In haar tussenrapportage in februari 2000 sprak de Stuurgroep over een crisis in de verloskunde². Als oorzaken voor de crisis noemden zij het tekort aan verloskundigen, sluiting van verloskamers in ziekenhuizen door fusies, onvoldoende capaciteit in de tweede lijn, slinken van de belangstelling van huisartsen voor de verloskunde en onvoldoende capaciteit van de kraamzorg ³⁻⁵.

Naar aanleiding van deze alarmerende signalen nam de minister van VWS, op geleide van de aanbevelingen in de tussenrapportage van de Stuurgroep, maatregelen zoals verlaging van de normpraktijk en verhoging van de opleidingscapaciteit. Daarnaast was de Stuurgroep van mening dat een herstructurering van de eerstelijns verloskunde wenselijk was ². Essentieel onderdeel van de aanbevelingen voor een nieuwe organisatie van de verloskundige zorg was de vorming van een regionale ondersteuningsstructuur, naar analogie van de District Huisartsen Verenigingen ^{3,6}.

Plannen voor de regionale ondersteuningsstructuur

De aanbevelingen van de Stuurgroep waren voor de KNOV aanleiding om in het voorjaar van 2000 plannen te ontwikkelen voor de vorming van een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Eén van de eerste notities van de KNOV, waarin uitwerking aan dit idee is gegeven, beschrijft de oprichting van 23 Districts Verloskundige Platforms (DVP's), die in hun werkgebied aansluiten bij de gezondheidsregio's* waarbinnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar tegenkomen voor zorgafspraken en zorgvernieuwing ^{6,7}. De KNOV onderscheidt in deze eerste notities een viertal doelstellingen voor de regionale ondersteuningsstructuur ⁷⁻¹¹.

- betere positionering van de eerstelijns verloskundigen en de eerstelijns verloskunde in het krachtenveld van de gezondheidszorg
- vermindering van de werkdruk van verloskundigen door het overnemen van niet-cliënt gebonden taken
- verbetering van de kwaliteit van het (totale) verloskundig handelen en de professionalisering van de verloskunde
- stimuleren van samenwerking tussen verloskundigen onderling en met andere professionals in de gezondheidszorg

Pilotprojecten

In de loop van 2000 is een aantal gebieden door de KNOV als pilotprojecten aangemerkt in het kader van de ontwikkeling van de ondersteuningsstructuur: Breda, Utrecht, Noord-Holland, Amsterdam en Friesland. De pilotgebieden kenmerkten zich als gebieden waarin uiteenlopende vraagstukken aanleiding waren voor de verloskundige kring om de hulp van de KNOV in te roepen: een slechte positionering van de 1^e lijnsverloskunde en/of capaciteitsproblemen, maar ook ideeën ten aanzien van structurele samenwerking tussen verloskundigen. De KNOV zag in deze hulpvragen de

* bedoeld worden de zogenaamde WZV-regio's, in het kader van de Wet ZiekenhuisVoorzieningen

mogelijkheid om een aantal experimenten uit te voeren met vorm, inhoud en organisatie van de ondersteuningsstructuur, terwijl tegelijkertijd in deze gebieden kon worden ingespeeld op een aantal knelpunten uit de praktijk ¹¹. Op deze wijze verwachtte de KNOV ervaringen op te doen, die van belang konden zijn voor de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur op landelijk niveau.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

In maart 2000 diende de KNOV bij het ministerie van VWS het verzoek in om het subsidieprogramma ter bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen (PROVER) aan te passen ⁶. De KNOV vroeg aan VWS toestemming het resterende budget van PROVER (1,6 miljoen) te gebruiken om pilotstudies te starten ten behoeve van de nieuwe ondersteuningsstructuur. In een reactie op dit verzoek verleende het ministerie van VWS toestemming hiervoor, onder de voorwaarde dat de pilotstudies inhoudelijk overeenstemmen met de voorstellen voor de ondersteuningsstructuur vanuit de Stuurgroep Modernisering Verloskunde (zie ook *paragraaf 2.2.1*)³.

De KLeine AdviesCommissie (KLAC) bij PROVER verzocht TNO-PG eind 2000 om de pilotprojecten in het kader van de invoering van een regionale ondersteuningsstructuur te evalueren. De achterliggende vraag van de commissie was, in hoeverre de invoering van de ondersteuningsstructuur in de pilots bijdroeg aan een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de verloskundige zorg. Daarbij realiseerde de KLAC zich echter dat beantwoording van deze vraag slechts in beperkte mate mogelijk zou zijn, gezien de periode (één jaar) waarbinnen het onderzoek moest worden afgerond*.

De onderzoeksvragen

Het project Evaluatie Regionale OndersteuningsStructuur verloskundigen (EVROS) richt zich op het verkrijgen van inzicht in het functioneren van de pilotprojecten aan de hand van de volgende onderzoeksvragen ¹².

- 1 Hoe is de invoering van de ondersteuningsstructuur in de pilotgebieden verlopen:
 - a Hoe zag het model van de ondersteuningsstructuur er uit in de pilotgebieden (welke taken, bevoegdheden, organisatiestructuur)
 - b Hoe is de invoering verlopen (welke planning, werkwijze, activiteiten)
 - c Wat is aan het einde van de onderzoeksperiode gerealiseerd
 - d Welke factoren hebben de invoering belemmerd of bevorderd
- 2 Wat is volgens verloskundigen de betekenis geweest van de ondersteuning voor de beroepsuitoefening in het algemeen en in het bijzonder voor:
 - a De positionering van de eerstelijns verloskunde
 - b De werkdruk, met name ten aanzien van niet-cliënt gebonden taken
 - c Kwaliteit van zorg en professionalisering
 - d Samenwerking, tussen verloskundigen onderling en met externe partners

Bij onderzoeksvraag 1 gaat het om een beschrijving van het verloop van de pilotprojecten en een evaluatie van de *primaire resultaten op regionaal niveau*: de stand van zaken betreffende ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur aan

* Een evaluatie van de effecten van de ondersteuningsstructuur op kwaliteit en doelmatigheid vereist een onderzoek met voor- en nameting, waarbij (meer distale) effectmaten zoals gezondheidswinst of verbetering in kwaliteit van leven, patiëntstatisfactie of aanbiederstatisfactie als uitkomstvariabelen worden gebruikt ⁴⁶⁻⁴⁸. Veranderingen in deze uitkomstvariabelen zijn op zijn vroegst pas enkele jaren na invoering van een organisatievernieuwing te verwachten. Het NIVEL heeft van het ministerie van VWS de opdracht gekregen om het effect van het totale pakket aan maatregelen in het kader van de 'modernisering verloskunde' op de werkdruk van verloskundigen te evalueren. Het onderzoek strekt zich uit over een periode van vijf jaar.

het einde van de pilotprojecten. In onderzoeksvraag 2 evalueren we de *secundaire resultaten op regionaal niveau*: de mate waarin de door de KNOV geformuleerde doelstellingen van de ondersteuningsstructuur, volgens de doelgroep (verloskundigen) zijn bereikt.

1.3 Aanvullende onderzoeksvragen

Onder invloed van een verdere toename van de problemen in de verloskunde en van de eindrapportage van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde ging het Project Ondersteuningsstructuur van de KNOV op 30 augustus 2000 versneld van start^{8,9}. Doel van dit project met een looptijd tot december 2002 is de ontwikkeling én invoering van de regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Hiervoor werd een extra subsidie beschikbaar gesteld door VWS (16 miljoen). Deze versnelde landelijke invoering van de ondersteuningsstructuur betekende dat de pilotfase eerder dan verwacht eindigde (mei 2001). Bovendien ging de implementatiefase halverwege het EVROS-onderzoek al van start en zou deze volgens de planning eind 2001 afgerond zijn^{13,14}. Vanwege deze ontwikkelingen werd door de onderzoekers in overleg met de KLAC besloten om een tweetal onderzoeksvragen toe te voegen.

- 3 Hoe is de ontwikkeling van het definitieve model voor de ondersteuningsstructuur verlopen en wat is de rol van de pilotprojecten daarbij geweest
- 4 Wat zijn de eerste ervaringen met de definitieve ondersteuningsstructuur en de verwachtingen van verloskundigen omtrent de toekomstige betekenis van de ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening in het algemeen en meer in het bijzonder voor:
 - a de positionering van de eerstelijns verloskunde
 - b werkdruk, met name ten aanzien van de niet-cliëntgebonden taken
 - c kwaliteit van zorg en professionalisering
 - d samenwerking tussen verloskundigen onderling en met externe partners

De derde onderzoeksvraag sluit aan bij het ontwikkelingsgerichte en dynamische karakter van het Project Ondersteuningsstructuur en wil inzicht geven in het *resultaat* van de pilotprojecten *op landelijk niveau* (de vragen 1 en 2 gaan alleen in op resultaten op het lokale niveau). Hebben de pilotprojecten beantwoord aan de verwachtingen van de KNOV, dat zij als 'proeftuinen' een belangrijk functie zouden hebben bij het ontwikkelen van het definitieve model voor de ondersteuningsstructuur?

De vierde onderzoeksvraag wil inzicht geven in de houding van de doelgroep ten opzichte van de vernieuwing en kan aanknopingspunten geven bij de verdere implementatie en operationalisatie van de ondersteuningsstructuur. Hiervoor zijn natuurlijk ook de belemmerende en bevorderende factoren die naar voren komen uit de pilotprojecten, van groot belang.

2 Kader

Op 30 augustus 2000 ging het 'Project Ondersteuningsstructuur' van de KNOV van start ¹⁰. Doel van dit project is de ontwikkeling én invoering van een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Volgens het projectplan kent het drie deelaspecten ⁸:

- Het ontwerpen van de ondersteuningsstructuur, resulterend in een theoretisch model. De pilotgebieden dienen als 'proeftuinen' voor deze modelontwikkeling;
- Het creëren van draagvlak onder verloskundigen voor de ondersteuningsstructuur;
- Crisissituaties onderkennen en beheersen.

Dit hoofdstuk beschrijft organisatie, werkwijze en uitkomsten van het Project Ondersteuningsstructuur. Belangrijke uitkomsten van het project in relatie tot het EVROS-onderzoek zijn de verschillende modellen voor de ondersteuningsstructuur die in de loop van het project ontworpen zijn.

De beschrijvingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd gesprekken met de KNOV bij de start van EVROS, dossieronderzoek bij de KNOV, en analyse van relevante artikelen uit het Tijdschrift voor Verloskundigen en het maandelijks infobulletin aan de leden van de KNOV.

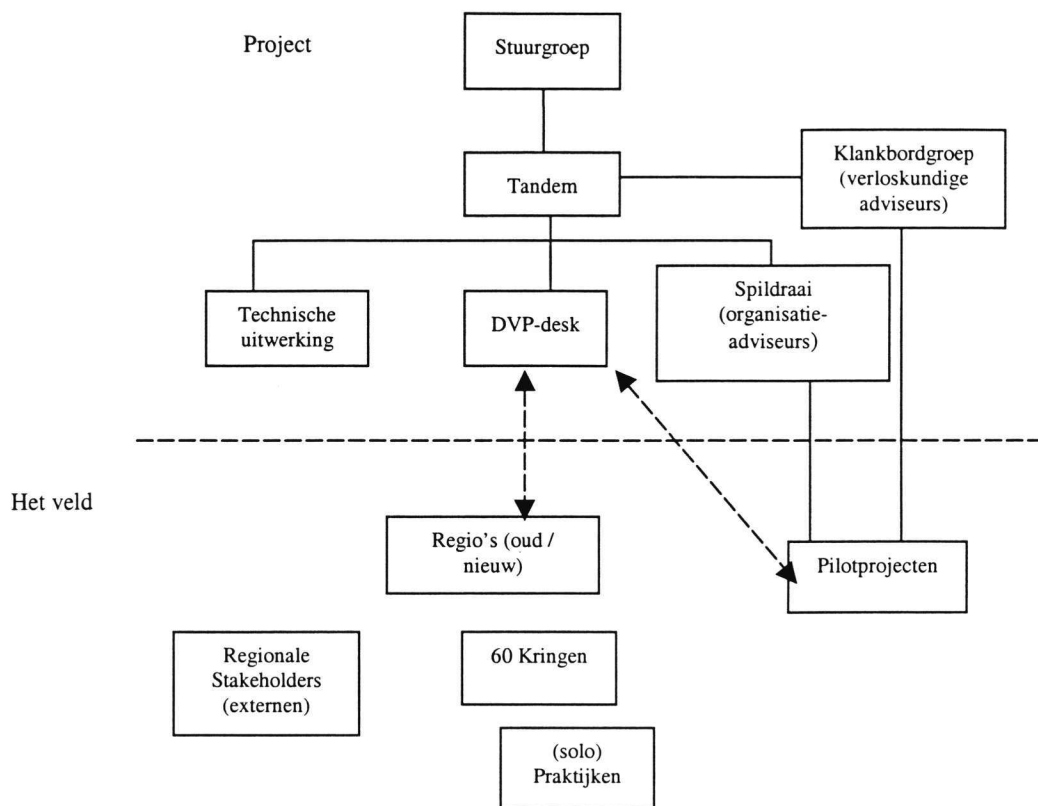
2.1 Het Project Ondersteuningsstructuur

2.1.1 *Projectorganisatie*

In de voorbereidingsfase van het project vroeg de KNOV het organisatieadviesbureau Deloitte&Touche Bakkenist (D&TB) om ondersteuning bij het gehele project ^{15;16}. Vervolgens is er een projectplan opgesteld waarin projectorganisatie, doelstellingen en een tijdpad uiteengezet werden. *Figuur 2.1* geeft de projectorganisatie weer zoals deze in het projectplan is omschreven ⁸.

De projectleiding binnen het Project Ondersteuningsstructuur werd gevormd door een procesmanager van de KNOV en een organisatieadviseur van D&TB. Deze 'Tandem' had de leiding over de uitwerking van een theoretisch model voor de ondersteuningsstructuur. Ook de regie bij de invoering van de ondersteuningsstructuur, zowel in de pilotprojecten als op landelijk niveau, lag hier. Het bestuur van de KNOV was via de Stuurgroep bij het project betrokken. Deze overlegde regelmatig met het projectteam. Het projectteam werd ondersteund door een team dat zich bezig hield met de juridische, bedrijfskundige en ict-aspecten van de te ontwikkelen ondersteuningsstructuur (technische uitwerking).

De invoering van de ondersteuningsstructuur vond op regionaal niveau plaats, met de pilotgebieden als 'voorlopers'. Ervaringen uit de regio werden via de daar aangestelde 'organisatieadviseurs' en 'verloskundige adviseurs' doorgegeven aan de KNOV door middel van regelmatig overleg. Deze sleutelfiguren hadden een uitvoerende respectievelijk adviserende rol (zie ook *paragraaf 4.1.2.*).



Figuur 2.1: Organisatie Project Ondersteuningsstructuur⁸.

Tenslotte zijn er de verloskundige praktijken op lokaal niveau, meestal verenigd in een kring. Kringen, praktijken en individuele verloskundigen vormen de doelgroep van de nieuwe ondersteuningsstructuur. De communicatie met hen over het project verliep via de DVP-desk, via regiobijsenkomsten en via maandelijkse artikelen over de ondersteuningsstructuur in het tijdschrift en het infobulletin. De DVP-desk was een telefonische en elektronische vraagbaak over de ondersteuningsstructuur voor verloskundigen, praktijken, kringen en regio's en een meldkamer voor problemen in het veld. Dit instrument was vooral gericht op het aspect van de crisisbeheersing in het project. In wekelijks overleg tussen de Tandem en de DVP-desk werden alle nieuwe meldingen en de mogelijke oplossingen besproken¹⁷.

2.1.2 Verloop van het project

De voorbereidingsfase (maart 2000 - augustus 2000)

De voorbereidingsfase startte met het verzoek van de KNOV aan VWS voor de omhuiging van PROVER-gelden ten bate van pilotprojecten voor de ontwikkeling van een ondersteuningsstructuur⁶. Daarna volgde de aanwijzing van de pilotprojecten en de start van de activiteiten aldaar.

De 16 miljoen gulden die VWS extra ter beschikking stelde voor het opbouwen van de ondersteuningsstructuur zorgden voor een versnelling van het project. Met behulp van organisatieadviesbureau D&TB werd een projectplan opgesteld voor de ontwikkeling en landelijke invoering van de ondersteuningsstructuur⁸. De voorbereidingsfase eindigde op 30 augustus 2000, met het gereedkomen van dit plan en de officiële start van het Project Ondersteuningsstructuur.

De pilotfase (september 2000- mei 2001)

Via een aantal tussenstappen werd een theoretisch model voor de ondersteuningsstructuur ontwikkeld. Het projectteam van KNOV/D&TB gebruikte daarbij ervaringen uit de verschillende pilotprojecten, consulteerde externe partijen (verzekeraars, ministerie, medische beroepsgroepen) en schakelde de kennis en expertise van D&TB in. Tweemaal, eind 2000 en in april 2001, zijn in deze periode verloskundigen in het land bezocht om het ontwikkelde model voor de ondersteuningsstructuur toe te lichten en de reacties in het veld te peilen¹⁸.

Aan het eind van deze fase was er een definitief model voor de ondersteuningsstructuur ontwikkeld, dat op 18 mei 2001 ter goedkeuring aan de Algemene Leden Vergadering van de KNOV werd voorgelegd¹³. Ook is in deze fase een implementatieplan opgesteld¹⁹.

Crisisbestrijding in en buiten de pilotgebieden nam in deze fase ook een belangrijke plaats in. Van de ingestelde telefonische DVP-helpdesk maakten verloskundigen veel gebruik: aan het einde van de pilotfase waren honderd meldingen geregistreerd²⁰. De KNOV stelde indien nodig interim-managers aan om de gemelde problemen op te lossen²¹. In februari 2001 waren er op 20 plaatsen interim-managers aan het werk¹⁷.

De realisatiefase (mei 2001- december 2001)

In mei 2001 keurde de ALV het definitieve model voor de ondersteuningsstructuur goed en kon de landelijke invoering van de ondersteuningsstructuur worden gestart. De besluitvorming over de plaats van de verloskundige kringen en regio's in het nieuwe model werd echter onder invloed van kritiek van verloskundigen verschoven naar een later stadium²².

Aan het eind van de realisatiefase waren alle vijf de Regiokantoren van start (zie ook *paragraaf 2.2.3*). De bezetting varieerde van vijf personen (Regiokantoor Noord-Holland) tot twee personen (Noord-Nederland). De meeste kantoren beschikten over een directeur en één à twee overige medewerkers waarvan het merendeel zeer kort in functie was of in januari 2002 pas zou beginnen²³. Het Regiokantoor Noord-Holland vormde enigszins een uitzondering. Het startte al in november 2000 als Districtskantoor Amsterdam (zie ook *paragraaf 4.2.1*).

De operationele fase (januari 2001-december 2002)

Dit is de fase waarin de opbouw van de ondersteuningsstructuur zal worden voltooid en waarin de dienstverlening langzaam uitgebreid zal worden.

De DVP-desk zal in januari 2002 overgedragen worden aan de regiokantoren. Van daaruit zullen de meldingen geanonimiseerd doorgegeven worden aan het hoofdkantoor, omdat is gebleken dat deze meldingen waardevolle informatie bevatten voor het door de KNOV te voeren beleid²⁴. De ondersteuning door interim-managers zal in 2002 volgens plan worden afgebouwd²³.

Planning en realisatie

Volgens het eerste tijdpad dat in juni 2000 aan de leden van de KNOV werd gepresenteerd, zou er in september van dat jaar een samenhangend plan zijn voor de ontwikkeling van een ondersteuningsstructuur. In de ALV van november zou dit ter goedkeuring aan de leden worden voorgelegd^{16;26}. Dit tijdpad werd verschillende keren bijgesteld.

Volgens het plan van aanpak van het Project Ondersteuningsstructuur zou in januari 2001 besluitvorming plaats vinden over het model voor de ondersteuningsstructuur en daarmee samenhangende statutenwijzigingen⁸. Ook deze planning verschoof de KNOV, aanvankelijk naar maart 2001 en uiteindelijk naar 28 mei 2001^{27;28}. De statutenwijziging werd vlak voor de ALV van mei 2001 tot nader datum uitgesteld, omdat tijdens een tweede ronde van regiobezoeken bleek dat de discussie over de plaats

van de kringen en regio's binnen de vereniging nog niet kon worden afgerond²². Bij het opstellen van dit rapport had deze besluitvorming nog niet plaatsgevonden. Terwijl de besluitvorming over het model en statuten diverse malen werd uitgesteld, besloot de KNOV om de landelijke invoering van de ondersteuningsstructuur juist te versnellen. Bij de start van het Project Ondersteuningsstructuur werd door de KNOV vermeld dat eind 2002 alle verloskundigen gebruik kunnen maken van de diensten van de ondersteuningsstructuur²⁵.

¹¹. Vanwege de voortdurende crisissituatie in de verloskunde wilde de KNOV de realisatie van de kantoren al in 2001 afronden^{18;29}. Aanvankelijk wilde men daarom al in januari 2001 starten met de implementatiefase, na afloop van de voorgenomen besluitvorming in de ALV, die echter niet doorging. Uiteindelijk startte de realisatiefase in mei 2001, na de ALV. De planning was toen dat eind 2001 de Regiokantoren gehuisvest zouden zijn en op volle sterkte³⁰. Ook zouden de directeur en medewerkers zichzelf in hun werkgebied geïntroduceerd hebben, een beleidsplan hebben opgesteld, een start hebben gemaakt met de kennismaking met externe partners in de verloskundige zorg²³. Eind 2001 bleek de introductie van de kantoren en het opstarten van de dienstverlening aan verloskundigen nog zeker niet in een afrondende fase verkeerde (zie interviews *hoofdstuk 6*).

Het opstarten van de kantoren liep dus achter op de planning. Vooral de tijdrovende werving van personeel voor de kantoren speelde de KNOV hierbij parten (pers. comm. R.v.Crimpen). Eind 2001 is er volgens de KNOV sprake van de oprichting van "een landelijke ondersteuningsstructuur in basisformatie"²³. De verwachting bij de KNOV is dat de ondersteuningsstructuur pas eind 2002 volledig operationeel zal zijn.

2.2 Theoretische modellen voor de ondersteuningsstructuur

De ontwikkeling van de ondersteuningsstructuur wordt in het projectplan voorgesteld als een dynamisch proces, waarin sprake is van 'voortschrijdend inzicht'. Grofweg zijn vanaf de voorbereidingsfase tot aan de start van de implementatiefase (maart 2000-mei 2001) achtereenvolgens drie modellen voor de ondersteuningsstructuur ontwikkeld onder regie van het projectteam van KNOV/D&TB. Deze worden hierna in chronologische volgorde besproken.

2.2.1 *Eerste model: 23 Districts Verloskundige Platforms*

Het eerste theoretische model voor de ondersteuningsstructuur verscheen in maart 2000 op schrift⁶. Het is een uitwerking van de ideeën die de Stuurgroep Modernisering Verloskunde verwoordde in haar tussenrapportage. Tot de start van de pilotfase is dit model grofweg gelijk gebleven.

Organisatievorm

In het eerste model wordt uitgegaan van de vorming van 23 Districts Verloskundige Platforms (DVP), die aansluiten bij de geografische indeling van de 23 District Huisartsen Verenigingen^{3;6;7;26}. Dit zou de integratie binnen de eerste lijn bevorderen. De DHV's hebben bovendien jarenlange ervaring met ondersteuning, waar de KNOV van denkt te kunnen leren¹⁰.

Over de gewenste organisatievorm bestaat in deze fase nog geen eenduidigheid. De Stuurgroep Modernisering Verloskunde beschrijft het DVP in haar tussenrapportage als een vereniging waarvan alle voor de verloskunde relevante beroepsgroepen lid zijn². In de daaropvolgende nota Stroomopwaarts van de KNOV worden alleen verloskundige praktijken en eventueel verloskundig actieve huisartsen als leden genoemd⁶. In haar eindrapportage spreekt de Stuurgroep nog wel van het DVP als een rechtspersoon, maar dan ten behoeve van de verloskundigenpraktijken. Het DVP heeft ook een platformfunctie voor overleg en afstemming tussen alle andere bij de verloskunde

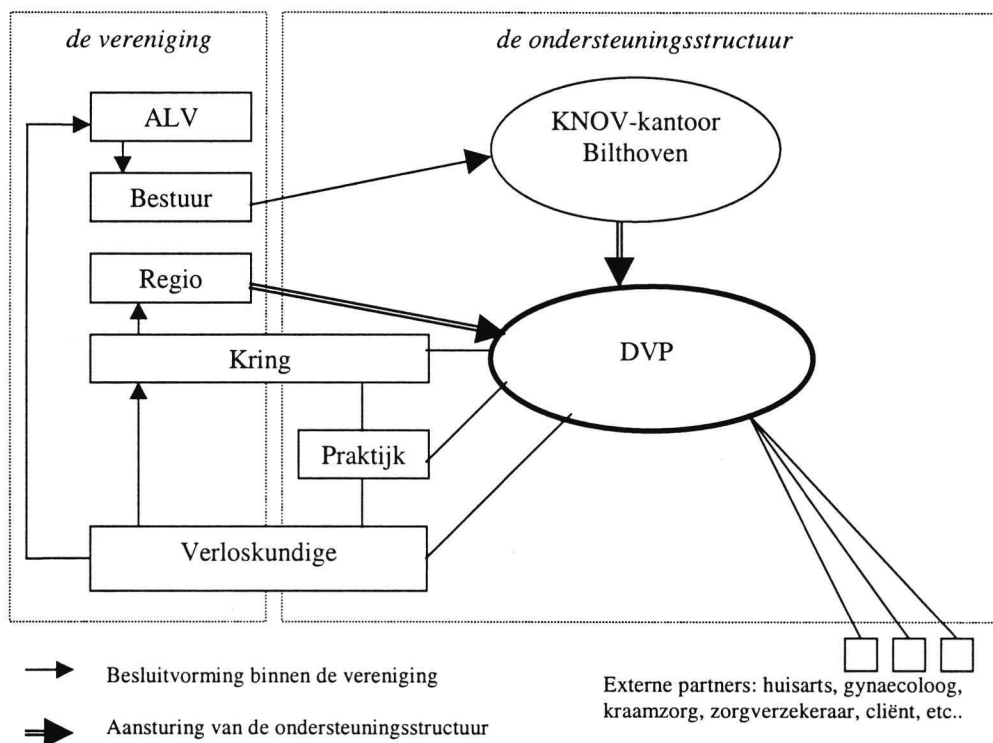
betrokken partijen zoals huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamzorg, maar ook zorgverzekeraars en cliënten³.

De KNOV realiseerde zich dat de nieuwe ondersteuningsstructuur consequenties zou hebben voor haar verenigingsstructuur. Er wordt van uitgegaan dat de DVP's met betrekking tot bijvoorbeeld personeelsbeleid en het ontwikkelen van standaarden en protocollen aangestuurd zullen worden door het centrale bureau, maar met betrekking tot het professionele beleid door de districten waar zij voor werken²⁶. Deze gebieden vallen niet samen met de bestaande indeling in kringen en regio's van de KNOV, waardoor herindeling noodzakelijk zou kunnen zijn. *Figuur 2.2* geeft een overzicht van de organisatievorm in dit eerste model.

Doelstellingen

Uit alle documenten blijkt dat de ondersteuningsstructuur zal moeten bijdragen aan het optimaliseren van de bedrijfsvoering (zowel in praktijken als op regionaal niveau), maar ook aan het verbeteren van de samenhang en samenwerking in de totale verloskundige zorgverlening. Meer specifiek worden in de nota Stroomopwaarts de volgende 'uitgangspunten' genoemd waaraan de ondersteuningsstructuur moet voldoen⁶:

- Zorginhoudelijk: facilitering op het vlak van deskundigheidsbevordering, functie-differentiatie, specialisatie, ontwikkelingen op zorginhoudelijk gebied, etc.;
- Onderhandeling: zorgen voor een betere positionering bij overleg met externen;
- Bedrijfsvoering: facilitering van de praktijk voering, dus op het organisatorische vlak;
- Samenwerking: ondersteuning bij samenwerking met andere zorgpartners in de regio.



Figuur 2.2: Eerste model voor de ondersteuningsstructuur

Takenpakket

In deze fase worden grofweg twee soorten taken voor het DVP onderscheiden: Faciliterende taken en taken voortkomend uit de platformfunctie, gericht op het bevorderen van samenwerking^{3,6;9}:

- **Zorginhoudelijke taken:** ondersteuning bij het opzetten van kwaliteitsbeleid op praktijkniveau, zoals intercollegiale toetsing, individuele deskundigheidsbevordering, implementatie van standaarden, invoeren van een kwaliteitssysteem;
- **Organisatorische taken:** ondersteuning bij bijvoorbeeld inkoop en automatisering, het opzetten van goede waarneemregelingen, een waarneempool en call-centra voor vragen van cliënten, faciliteren van contacten en samenwerking met verloskundig actieve huisartsen, begeleiding van praktijken bij de overgang naar grotere samenwerkingsverbanden en conflictbemiddeling;
- **Ondersteuning bij onderhandelingen:** zoals contractonderhandelingen met zorgverzekeraars voor een groep praktijken of kringen, onderhandelingen met andere partijen zoals ziekenhuizen;
- **Initiëren en faciliteren van samenwerking met derden,** zoals overleg en afstemming met alle betrokken partijen in de verloskunde inclusief verzekeraars, cliënten en gemeente gesprekspartner in regiovisie ontwikkeling; stimuleren van het oprichten van Verloskundige Samenwerkingsverbanden (zie *voetnoot 4, hoofdstuk 6* voor toelichting VSV).

2.2.2 *Het tweede model: 7 Districtskantoren en 23 DVP's*

Een tweede conceptmodel voor de ondersteuningsstructuur verscheen in november 2000 in een beleidsnotitie van de KNOV³¹. Het ontstond onder invloed van discussies tussen betrokkenen bij het Project Ondersteuningsstructuur, budgettaire overwegingen en overleg met externe partners.

Organisatievorm

In het tweede conceptmodel wordt het aantal ondersteuningskantoren teruggebracht van 23 naar zeven, en worden deze aangeduid met de term Districtskantoor in plaats van DVP. De term DVP wordt vanaf nu gereserveerd voor overlegplatforms met partners in de verloskundige keten. Elk district heeft zijn eigen DVP³¹, maar een 'Districts'kantoor heeft *meerdere* districten in zijn werkgebied.

Voor de indeling van de districten waarin DVP's gaan functioneren wordt nog steeds aansluiting bij de 23 gezondheidsregio's als een must gezien, vanwege de samenwerking met andere disciplines en organisaties. Deelnemers aan het platform zijn in dit model vooral medische professionals: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen.

In de voorbereidende fase is uitgegaan van één ondersteuningskantoor voor elk district. Omdat er volgens de KNOV voldoende 'kritische massa' aanwezig moet zijn op de kantoren om de taken te kunnen uitvoeren, wordt het aantal teruggebracht tot 7 - 10 kantoren, die elk meerdere districten onder hun hoede zullen krijgen. Het Districtskantoor valt onder de verantwoordelijkheid van de KNOV. Het uitgangspunt is dat de Districtskantoren aanvankelijk, in de bestaande crisissituatie, centraal door de KNOV worden aangestuurd en op de langere termijn in toenemende mate door de (KNOV-) leden van het district worden aangestuurd³¹.

Het DVP is geen rechtsvorm, het heeft wel de mogelijkheid om rechtsvormen op te richten als dat bijdraagt aan het vormgeven van een duurzame oplossing. Om de samenwerking tussen de verschillende partijen in het platform vorm te geven wordt geadviseerd om samenwerkingsovereenkomsten op te stellen waarin de status van het DVP verder wordt uitgewerkt.

Doelstellingen

In de notitie van november 2000 worden de doelen van de Districtskantoren als volgt geformuleerd ³¹:

- Versterking van de positie van de eerstelijns verloskundigen en de eerstelijns verloskunde in het krachtenveld van de gezondheidszorg;
- Vermindering van de werkdruk van verloskundigen (met name faciliteren van niet-cliëntgebonden taken);
- Verbetering van de kwaliteit van het (totale) verloskundig handelen en de professionalisering van de verloskunde;
- Het initiëren en faciliteren / onderhouden van Verloskundige Samenwerkingsverbanden.

Voor het DVP wordt de volgende doelstelling geformuleerd:

- Het realiseren van duurzame oplossingen voor verloskundige zorg.

Opgemerkt wordt nog dat de ondersteuning door de Districtskantoren zal betrekking hebben op alle genoemde doelstellingen.

Hoewel de overeenkomsten tussen de doelstellingen uit het eerste en tweede conceptmodel groot zijn, valt op dat de zorginhoudelijke doelstellingen rondom kwaliteit en professionalisering in de pilotfase van de eerste naar de derde plaats zijn opgeschoven.

Taken

Het Districtskantoor heeft als klanten de individuele verloskundigen, de praktijken, de kringen en het district. Voor deze klanten voert zij een basistakenpakket uit, dat globaal overeenkomt met hetgeen in het voorgaande model is beschreven ³¹. Toegevoegd is hieraan het initiëren, faciliteren en onderhouden van DVP's.

Daarnaast kan een Districtskantoor 'keuzepakketten' aanbieden, waar de verloskundigen (tegen een vergoeding) gebruik van kunnen maken zoals:

- ondersteuning bij financiële administratie, facturering, declaraties, incasso
- ondersteuning bij opstellen van dienstroosters
- ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal en het organiseren van bijeenkomsten
- organiseren van specifieke activiteiten gericht op achterstandsproblematiek
- bij- en nascholing

Het DVP wordt omschreven als een 'denktank' die het KNOV-district (en eventueel ook andere beroepsverenigingen) gevraagd en ongevraagd van adviezen voorziet ten aanzien van de volgende thema's: positionering van de verloskunde, verbetering van integratie in de eerste lijn, verbetering van samenwerking met de tweede lijn en ketenzorg.

2.2.3 *Het derde model: 5 Regiokantoren en een onbekend aantal DVP's*

Onder invloed van de ervaringen uit de pilotprojecten, adviezen van DT&B, ervaringen van organisatieadviseurs werkzaam in diverse crisisgebieden, overleg van de KNOV met externe partners, regiobijeenkomsten met de verloskundigen, de uitkomsten van het crisisonderzoek van DT&B en het verloop van de crisis in het algemeen, werd het tweede model op een punten aangepast ¹⁸. Dit derde en definitieve model werd in maart 2001 door de KNOV gepubliceerd ¹³.

Organisatievorm

Volgens het definitieve model zullen niet 7-10 maar slechts 5 Regiokantoren in het leven worden geroepen die samen heel Nederland bedienen. Voor de verdeling van het werkgebied van de regiokantoren is de aansluiting bij gezondheidszorgregio's losgelaten ^{13;29}. In het uiteindelijke model wordt aangesloten bij de bestaande indeling van de KNOV in kringen. Dat betekent dat elk Regiokantoor een aantal verloskundige kringen (en alle DVP's in het werkgebied) ondersteunt ¹⁹.

Eind 2001 is bekend dat deze kantoren in Amsterdam, Den Haag, Utrecht, Boxtel en Groningen komen ¹³. De Regiokantoren worden geheel aangestuurd door het centrale kantoor van de KNOV, en niet meer (deels) door regionale verloskundigen uit het werkgebied van het kantoor. Het landelijke bureau en de vijf regiokantoren vormen samen de professionele ondersteuningsstructuur van de KNOV.

In dit derde model vormen de DVP's nog steeds het platform waarin de samenwerking tussen alle betrokkenen in de verloskundige zorgketen gestalte moet gaan krijgen. Bij de deelnemers worden behalve zorgaanbieders nu ook weer expliciet zorgverzekeraars en cliënten genoemd (zie ook model 1). Voor de indeling van de werkgebieden van DVP's is in dit model de aansluiting bij gezondheidszorgregio's losgelaten en worden nu geen criteria meer gegeven. Aansluiting bij de bestaande, lokale, organisatie van de verloskundige zorg, wordt aanbevolen.¹³

In *figuur 2.3* is de organisatie van het definitieve model schematisch weergegeven.

Doelstelling

In het definitieve model wordt onderscheid gemaakt tussen doelen op de korte termijn en doelen in algemene zin. Op de 'zeer korte termijn' is een belangrijk doel van de regiokantoren crisisbestrijding en het wegwerken van achterstallig onderhoud, dat wil zeggen ¹³:

- Bevorderen van een efficiënte inzet van de beschikbare capaciteit van de verloskundigen in de eerste lijn;
- Bevorderen van een adequate bedrijfsvoering (bereikbaarheid, automatisering, continuïteit door waarneming planning etc.).

In meer algemene zin zijn de te realiseren doelen dezelfde als in het tweede conceptmodel. Toegevoegd worden er nog twee:

- Regiefunctie voor het doorvoeren van horizontale en verticale integratie, respectievelijk 'regie in eigen huis' en 'regie in de keten';
- Het initiëren, faciliteren en onderhouden van Districts Verloskundige Platforms.

'Regie in eigen huis' is gericht op de interne organisatie van de verloskundige zorgverlening. Daarbij wordt gestreefd naar intensievere samenwerking en schaalvergroting. Het ontwikkelen van nieuwe organisatievormen zoals franchising en joint ventures voor de verloskunde wordt nodig geacht in de toekomst. Deze nog te ontwikkelen samenwerkingsverbanden zullen groter zijn dan verloskundigenpraktijken van 4 fte's waar in de rapporten van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde aanvankelijk van uit werd gegaan. Dit om binnen de verloskunde een krachtiger beleid te kunnen voeren en om beter aan te kunnen sluiten bij de schaalgrootte van andere zorgaanbieders.

'Regie in de keten' is gericht op het realiseren van 'ketenzorg': een goede samenhang en continuïteit in de gehele verloskundige zorgverlening, waarbij de zorg aan de cliënt centraal

staat ³². Om 'ketenzorg' te realiseren is intensieve samenwerking nodig met de andere beroepsbeoefenaren en zorgorganisaties die van belang zijn voor de verloskunde.

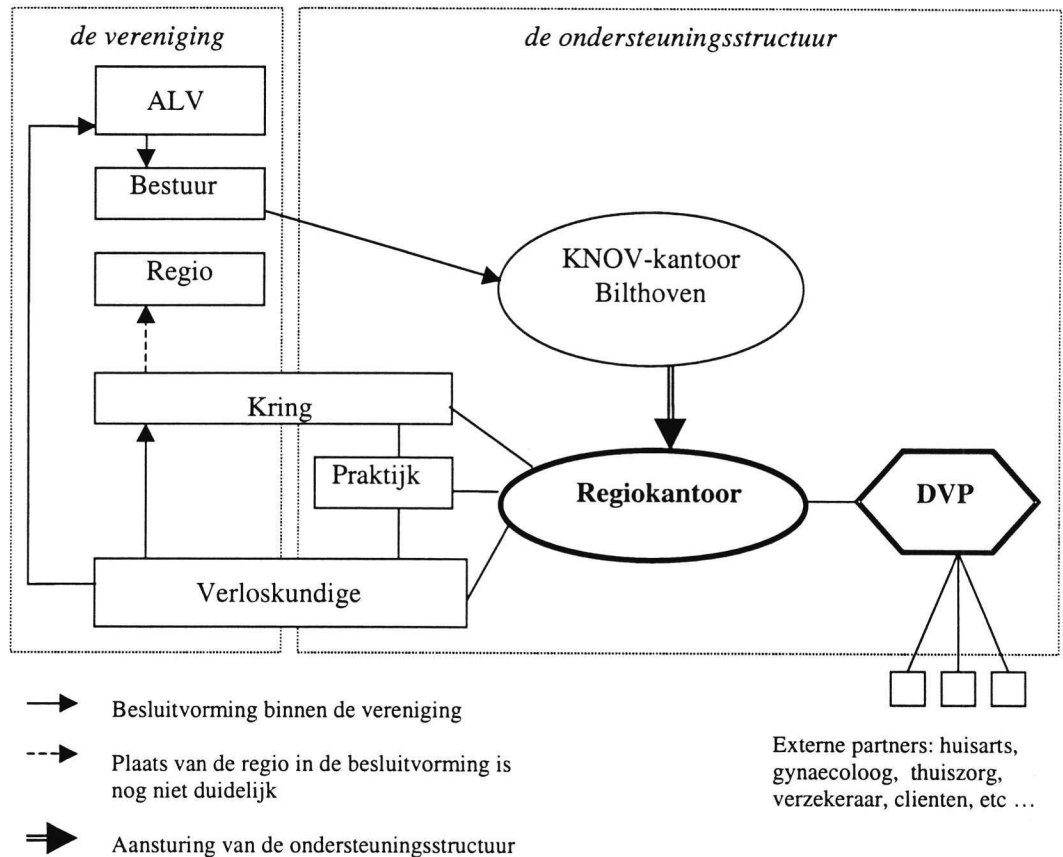
Taken

In het definitieve model worden de taken uit het tweede concept-model niet opnieuw beschreven. De precieze taken die een Regiokantoor gaan uitvoeren liggen ook niet vast. De directeur van een Regiokantoor zal deze vorm moeten geven, rekening houdend met de wensen van de verloskundigen in het werkgebied, en met het beleid van de KNOV.

Belangrijk uitgangspunt vormen daarbij de uitkomsten van het crisisonderzoek van DT&B, waarin de wensen op praktijkniveau zijn nagegaan. Deze wensenlijst is in het plan van aanpak voor de implementatie van de regiokantoren opgenomen ¹⁹.

In het implementatieplan wordt benadrukt, dat Regiokantoren op de korte termijn zich vooral bezig zullen moeten houden met crisisbestrijding en het wegwerken van achterstallig onderhoud.

Op langere termijn komen zaken als werkdrukvermindering, versterking van de positie van de eerstelijns verloskunde, kwaliteitsverbetering, en het realiseren en faciliteren van samenwerking met externe partijen, met name door DVP-vorming ¹⁹. De taken van het DVP zijn niet uitgewerkt in het definitieve model.



Figuur 2.3: De definitieve ondersteuningsstructuur

3 De onderzoeksopzet

3.1 Gegevensverzameling

De gegevensverzameling kende een drietal onderdelen, die zoveel mogelijk in chronologische volgorde zijn uitgevoerd:

- voorbereidende fase
- diepte-interviews met sleutelfiguren in de pilotprojecten
- focusgroepinterviews met verloskundigen in pilot en niet-pilotprojecten

3.1.1 Voorbereidende fase

Bij de start van het EVROS-onderzoek zijn gesprekken met de KNOV gevoerd en zijn beleidsnota's en artikelen uit het 'Tijdschrift voor Verloskundigen' en het 'Infobulletin' van de KNOV over de ondersteuningsstructuur bestudeerd. Relevante beleidsnota's en andere stukken zijn opgespoord door dossieronderzoek bij de KNOV. Dit oriënterende onderzoek leverde inzicht in de actuele stand van zaken in het Project Ondersteuningsstructuur. De resultaten zijn reeds beschreven in *hoofdstuk 2*. De gesprekken en literatuuranalyse waren ook van groot belang voor de uitwerking van de interviews. Er is informatie over de situatie in de verschillende pilotprojecten verzameld en het werd duidelijk welke personen een belangrijke rol speelden in het Project Ondersteuningsstructuur (sleutelfiguren) en hoe deze in de verdere gegevensverzameling aan bod dienden te komen.

In deze oriënterende fase hebben de onderzoekers twee vergaderingen bijgewoond van de projectteam met respectievelijk organisatieadviseurs en met de verloskundige adviseurs uit de pilotprojecten. Ook is een regiovergadering bezocht waarin de projectenleiding de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur aan verloskundige praktijken kwam toelichten.

3.1.2 Diepte-interviews

Het doel van de diepte-interviews was het verzamelen van informatie over het verloop van de invoering ondersteuningsstructuur in de pilotprojecten (onderzoeksvraag één) en de rol van de pilots in de landelijke modelontwikkeling (onderzoeksvraag drie).

Opzet

Er zijn 12 semi-gestructureerde diepte-interviews (gemiddelde duur twee uur) gehouden met sleutelfiguren in de pilotprojecten:

- Vijf interviews met de verloskundige adviseurs in de pilotprojecten Amsterdam, Breda, Noord-Holland en Utrecht. De adviseurs uit de Noord-Holland waren afkomstig uit twee verschillende kringen, West-Friesland en Zaandam, die elk een verschillende problematiek kenden en ook een andere organisatieadviseur hadden. Om deze reden zijn deze gebieden als twee aparte pilotprojecten beschouwd. Er is dus sprake van een dubbelinterview. In totaal zijn in vijf interviews gegevens verzameld over vijf pilotprojecten;
- Vijf interviews met organisatieadviseurs uit de pilotprojecten. De organisatieadviseur voor Breda en Utrecht was dezelfde. Ook in dit geval is er dus sprake van een dubbelinterview.
- Eén interview met de verloskundige beleidsmedewerker voor Amsterdam (inmiddels beleidsmedewerker van het Districtskantoor en beoogd directeur van het Regiokantoor Noord-Holland);

- Aan het slot van de dataverzameling is nog een interview gehouden met het projectteam van KNOV/DTB. Doel van dit interview was, om de informatie van verloskundige adviseurs en organisatieadviseurs aan te vullen met de visie op landelijk niveau.

Alle interviews kenden dezelfde methodiek. Geïnterviewden ontvingen voorafgaande aan het interview een brief met informatie over het doel van het EVROS-onderzoek en een checklist met de onderwerpen van het interview. Op deze wijze hadden zij de gelegenheid om zich voor te bereiden en om relevante informatie in projectdossiers op te zoeken; in de checklist werd een paar maal om aanvullende schriftelijke informatie gevraagd. De interviews zijn allemaal door één onderzoeker van TNO-PG afgenomen, aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Een tweede onderzoeker maakte notities en stelde aanvullende vragen indien nodig*. De vragenlijst bleek in de praktijk vooral als checklist te fungeren, omdat de pilotprojecten zeer uiteenlopend van aard bleken. De interviews zijn afgenomen in de periode mei-juni 2001, aan het einde van de pilotfase. Ze zijn allemaal opgenomen op band.

Het EVROS-onderzoek beperkt zich tot een evaluatie van de invoering van een ondersteuningsstructuur in die pilotprojecten waar de activiteiten voornamelijk uit PROVER-gelden bekostigd zijn: Breda, Utrecht, West-Friesland en Zaandam (en niet Friesland). Amsterdam wordt in de evaluatie wel meegenomen, hoewel de financiering slechts zeer gedeeltelijk uit PROVER-gelden kwam (zie *paragraaf 4.1.2* voor meer details). De reden hiervoor is dat de KNOV aangaf dat deze regio vanaf het begin een voortrekkersrol in de ontwikkeling van de ondersteuningsstructuur vervulde.

Inhoud

De volgende onderwerpen kwamen aan bod in de diepte-interviews:

- opleiding en relevante werkervaring van de organisatie- of verloskundige adviseur;
- motief voor deelname aan het project en verwachtingen vooraf (alleen verloskundige adviseur);
- de problematiek in dit gebied die de aanleiding vormde voor de aanwijzing als pilotproject;
- de werkwijze in het pilotproject en tussentijdse aanpassingen hierin, met de reden; daarvan: de werkwijze van de organisatieadviseur, zijn/haar rol en activiteiten in de pilot, beschikbaarheid van tijd en geld, rol en activiteiten van de verloskundige adviseur, betrokkenheid van de achterban;
- een evaluatie van deze aanpak en de rollen;
- stand van zaken met betrekking tot de invoering van definitieve ondersteuningsstructuur;
- betekenis van het pilotproject voor,
 - het oplossen van de oorspronkelijke hulpvraag,
 - de beroepsuitoefening in het algemeen en specifiek voor positionering, werkdruk, kwaliteit/professionalisering en samenwerking,
 - de ontwikkeling van het landelijke model;
- tevredenheid met dit resultaat;
- de ervaringen met betrekking tot de definitieve ondersteuningsstructuur (vooral voor Amsterdam);
- verwachtingen omtrent de betekenis van de ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening wanneer deze volledig operationeel is;
- de mogelijk belemmerende factoren voor het functioneren van de definitieve ondersteuningsstructuur. Als verloskundigen en organisatieadviseurs dit zelf niet noemden, is specifiek hun mening gevraagd over de omvang van het werkgebied in

* In een interview is deze taak door een andere onderzoeker van TNO-PG uitgevoerd.

relatie tot het takenpakket, de wijze van aansturing en de capaciteit van het Regiokantoor.

3.1.3 *Focusgroepinterviews*

In dit deel van de dataverzameling stonden de ervaringen van verloskundigen in het veld centraal. Het ging daarbij om de ervaren betekenis van de tijdelijke ondersteuningsstructuur, maar ook om de ervaringen met en verwachtingen van de definitieve ondersteuningsstructuur (onderzoeksvragen twee en vier).

Er is gekozen om focusgroepinterviews uit te voeren met de leden van een aantal verloskundigen kringen. Het focusgroepinterview is speciaal geschikt voor het verzamelen van zoveel mogelijk ideeën en meningen die in een groep bestaan omtrent een fenomeen³³. In een focusgroep staat de interactie tussen deelnemers centraal. Er wordt gebruik gemaakt van het feit dat mensen worden gestimuleerd door de ideeën van anderen en zich een mening vormen of hun mening aanpassen, nadat ze naar de opvattingen van anderen hebben geluisterd³⁴. De groepen moeten klein genoeg zijn om iedereen aan het woord te laten komen en groot genoeg om voldoende verschillende meningen te weerspiegelen. Als vuistregel wordt vaak gehanteerd minimaal vier, maximaal twaalf personen³³.

Opzet

Er zijn negen verloskundige kringen geselecteerd, waarvan drie wél en zes niet betrokken waren bij de pilotprojecten.

De beslissing om niet-pilotkringen bij het onderzoek te betrekken werd tijdens het project genomen, onder invloed van het vervroegd beëindigen van de pilotfase en het toevoegen van de onderzoeksvraag naar de toekomstverwachtingen (zie *paragraaf 1.3*). De verwachting was dat de verloskundigen in de pilotgebieden vaker een positieve houding ten opzichte van de definitieve ondersteuningsstructuur zouden hebben. De pilotgebieden werden immers al bij het begin van het Project Ondersteuningsstructuur door de KNOV als 'voorlopers'* aangemerkt^{2; 8}. Een eerste selectiecriteria voor de niet-pilotkringen was, dat zij behoorden tot het werkgebied van één van de Regiokantoren waartoe de vijf pilotprojecten van EVROS behoorden. Dit waren de regio's Noord-Holland, Midden-Nederland of Zuid-Nederland.

Op verzoek van de opdrachtgever (de KLAC) werden drie niet-pilotkringen geselecteerd met een bekend sceptische houding ten opzichte van de ondersteuningsstructuur. Schriftelijke informatie over de houding van kringen ten opzichte van de ondersteuningsstructuur was niet beschikbaar. De procesmanager van het Project Ondersteuningsstructuur, die tweemaal alle KNOV-regiovergaderingen bezocht om de reacties in het land omtrent de ondersteuningsstructuur te peilen, leek het beste overzicht te hebben van de houding in de kringen. Zij heeft een aantal suggesties gedaan die zijn overgenomen.

De overige drie niet-pilotkringen werden gekozen op basis van het criterium 'heeft substantiële ondersteuning gehad van een organisatieadviseur, min of meer vergelijkbaar aan de inzet in de pilotgebieden'. Ook hiervoor was de selectie gebaseerd op suggesties van de procesmanager KNOV, bij gebrek aan schriftelijk materiaal.

De geselecteerde kringen waren:

- Amsterdam, Breda e.o. en DVP-werkgroep Utrecht (pilotkringen);

* De verwachting van de KNOV is dat verloskundigen in de pilotprojecten 'voorlopers' zijn als het gaat om de adoptie van de ondersteuningsstructuur en dus niet representatief voor het veld als geheel⁸. In de terminologie van het implementatie-onderzoek wordt deze groep aangeduid met de 'voorlopers' + 'vroege vernieuwers'. De overige groepen waarin we, met name bij het beantwoorden van onderzoeksvraag 4, ook geïnteresseerd zijn worden in het implementatie-onderzoek aangeduid met de termen 'de vroege meerderheid', 'de late meerderheid' en 'de achterblijvers'⁴⁹.

- Drie kringen die behoren tot hetzelfde Regiokantoor als de pilotgebieden, met substantiële ervaring met tijdelijke ondersteuning te weten, Groot Kennemerland, Tilburg e.o en Nijmegen e.o.;
- Drie kringen met een waarschijnlijk sceptische houding ten aanzien van de ondersteuningsstructuur (volgens de procesmanager van het Project Ondersteuningsstructuur): 's Hertogenbosch, de Betuwe en Venlo e.o.*

Alle interviews kenden dezelfde methodiek. TNO-PG benaderde de voorzitters van de geselecteerde kringen over deelname aan het onderzoek. Vervolgens ontving de secretaris of notulist van de geselecteerde kring een brief, waarin de bedoeling van het onderzoek werd uitgelegd en met het verzoek om naar eigen inzicht minimaal zes en maximaal acht personen van de kring af te vaardigen voor het interview. Deze brief werd verspreid onder alle leden van de kring. In de eerstvolgende kringvergadering werd deelname aan het onderzoek besproken.

De interviews vonden meestal aansluitend aan de daaropvolgende kringvergadering plaats. Hierdoor is de tijdsinvestering die van verloskundigen gevraagd werd tot een minimum beperkt gebleven. In twee kringen bleek het niet mogelijk om het focusgroepinterview aan een kringvergadering te koppelen (Den Bosch, Amsterdam).

Alle geselecteerde kringen stemden toe in het onderzoek. De opkomst bij de interviews varieerde echter van twee tot acht personen en was in drie gevallen lager dan het minimum van zes personen (respectievelijk twee, vier en vijf personen). In twee van drie gevallen ging het om interviews die niet in combinatie met een kringvergadering plaatsvonden.

Voor de interviews was een protocol beschikbaar, dat met kleine aanpassingen in elke kring gebruikt kon worden als leidraad voor het groeps gesprek. De interviews zijn allemaal door dezelfde onderzoeker afgenomen, terwijl een tweede onderzoeker notities maakte en eventueel aanvullende vragen stelde[†]. Alle interviews werden opgenomen op band. De interviews vonden zo laat mogelijk in de onderzoeksperiode plaats (oktober-december 2001), zodat zoveel mogelijk ervaringen met de definitieve ondersteuningsstructuur konden worden meegenomen.

Inhoud

Aan het begin van het interview werd het aantal aanwezigen genoteerd en de werkervaring en huidige praktijkorganisatie (aantal maten, wel/geen assistentie) nagevraagd. Daarna kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- ervaring met ondersteuning door een organisatieadviseur;
- betekenis van deze ondersteuning voor de beroepsuitoefening;
- de betekenis voor crisisbeheersing en/of het oplossen van specifieke problemen in de kring;
- ervaringen tot nu toe zijn met het Regiokantoor en/of het DVP;
- betekenis van Regiokantoor en DVP voor de beroepsuitoefening;
- verwachtingen van het functioneren van Regiokantoor en DVP over twee jaar,
 - met specifieke aandacht voor de aspecten werkdruk, positionering kwaliteit/professionaliteit en samenwerking;
- mogelijke belemmerende factoren voor het functioneren van de ondersteuningsstructuur.

Als verloskundigen en organisatieadviseurs het zelf niet noemden, werd specifiek gevraagd naar hun mening over de volgende potentiële belemmerende factoren:

* Bij dit drietal zit geen kring uit de regio Noord-Holland. Het voorstel van de procesmanager bevatte geen niet-pilotkring uit deze regio en bovendien was dit werkgebied al ruim vertegenwoordigd in de diepte-interviews met drie pilotprojecten (Amsterdam, Zaandam, Hoorn).

[†] Eén interview is afgenomen zonder de aanwezigheid van de tweede onderzoeker.

omvang van het werkgebied van het kantoor, de capaciteit en de wijze van aansturing zoals in het definitieve model beschreven.

3.2 Gegevensverwerking en analyse

De verwerking van de interviews verliep als volgt. Eén onderzoeker schreef alle diepte-interviews uit aan de hand van de vooraf opgestelde vragenlijst en met behulp van de aantekeningen en de bandrecorder. De uitgeschreven diepte-interviews werden vervolgens voor aanvulling en commentaar naar de eïnterviewden teruggestuurd. Vijf van de 15 personen heeft een commentaar teruggestuurd. Dit commentaar is verwerkt in het interviewverslag. Vervolgens is een schematisch overzicht van de resultaten uit de diepte-interviews gemaakt (zie *tekstbox 3.1*). Hiermee is inzicht verkregen in de overeenkomsten en verschillen tussen de interviews als ook de mogelijke achtergronden hiervan.

Tekstbox 3.1: Analyseschema interviews

<i>Analyseschema diepte-interview:</i>	<i>Analyseschema focusgroepinterview</i>
• pilotgebied • aanleiding/oorspronkelijke hulpvraag • karakter en duur van de ondersteuning • opdracht organisatieadviseur/doelstelling ondersteuning • plan van aanpak en tijdpad • werkwijze • objectief resultaat (crisisbeheersing, invoering ondersteuningsstructuur) • evaluatie van de rol van de organisatieadviseur • betekenis ondersteuning voor de zorg in het • algemeen/ positionering/werkdruk, kwaliteit/professionalisering, • belemmerende en bevorderende factoren voor het lokale resultaat • betekenis van de pilot voor het landelijke project • toekomstverwachtingen voor het Regiokantoor • toekomstverwachtingen voor het DVP •	• praktijkorganisatie aanwezige kringleden • sfeer van het interview • situatie in de kring/aanleiding voor de hulpvraag (in niet-pilotkringen) • karakter en duur van de tijdelijke ondersteuning (in niet-pilotkringen) • betekenis van de tijdelijke ondersteuning voor: • crisisbeheersing c.q. oplossen hulpvraag • beroepsuitoefening in het algemeen/positionering/werkdruk /kwaliteit/samenwerking • kennismaking met Regiokantoor/verloop overdracht taken van organisatieadviseur • betekenis Regiokantoor tot nu toe voor: • crisisbeheersing/oplossen hulpvraag • positionering/werkdruk/kwaliteit/samenwerking • toekomstverwachtingen voor het Regiokantoor • ten aanzien van takenpakket • betekenis voor positionering/werkdruk/kwaliteit/samenwerking • belemmerende factoren algemeen • omvang van het werkgebied/aansturing/capaciteit • toekomstverwachtingen voor het DVP

4 Verloop van de pilotprojecten en resultaten op regionaal niveau

Dit hoofdstuk beschrijft het verloop van de pilotprojecten (*paragraaf 4.1*) en de regionale resultaten. Op regionaal niveau worden tussen twee soorten resultaten onderscheiden, die achtereenvolgens in de *paragrafen 4.2 en 4.3* beschreven worden.

- 1 De mate waarin de twee primaire doelstellingen van de pilotprojecten, zoals geformuleerd door de KNOV ¹¹, zijn gerealiseerd: het ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur en het (tegelijkertijd) oplossen van de oorspronkelijke knelpunten uit de pilotgebieden. Dit zijn de primaire resultaten op regionaal niveau.
- 2 De mate waarin de vooraf geformuleerde doelstellingen van de ondersteuningsstructuur zélf, naar de mening van de doelgroep, zijn bereikt. Daarbij gaat het om de betekenis van de ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening in het algemeen en meer specifiek voor de positionering, werkdruk, kwaliteit/professionaliteit, samenwerking en de verloskundige zorgverlening in het algemeen. Dit zijn de secundaire resultaten op regionaal niveau.

De resultaten op landelijk niveau komen aan bod in hoofdstuk 5. Dan gaat het om de bijdrage van de pilotprojecten aan de ontwikkeling van het theoretisch model voor de definitieve ondersteuningsstructuur.

4.1 Verloop van de pilotprojecten

Allereerst wordt de situatie in de pilotgebieden voorafgaande en aan het begin van het project beschreven (*paragraaf 4.1.1*). Daarna volgt een beschrijving van de opzet en inhoud van de pilotprojecten (*paragraaf 4.1.2*). De beschrijvingen zijn gebaseerd op de diepte-interviews met organisatie- en verloskundige adviseurs in de pilotprojecten en met het projectteam van KNOV/D&TB. Aanvullende documentatie die via deze interviews zijn verkregen, is eveneens gebruikt.

4.1.1 *Situatie in de pilotgebieden*

Uit de voorbereidende documentenanalyse en gesprekken met de KNOV bleek al snel dat er geen sprake was van een eenduidig en vastomlijnd plan van aanpak voor de pilotprojecten. De pilotproject's kenmerkten zich als gebieden waarin uiteenlopende, – voor de ontwikkeling van de ondersteuningsstructuur relevante- vraagstukken aanleiding waren voor de kring om de hulp van de KNOV in te roepen: slechte positionering van de 1^e lijnsverloskundige, capaciteitstekort en ideeën ten aanzien van structurele samenwerking tussen verloskundigen. Uit de interviews kwam een duidelijk beeld naar voren over de situatie voorafgaand en bij de start van de pilots (zie *textbox 4.1*).

*Textbox 4.1: Situatie voorafgaand en bij de start van de pilotprojecten**

Amsterdam: In Amsterdam bestonden eind 1999 ernstige capaciteitsproblemen. Dit leidde tot onderzoek naar de organisatie van de verloskundige zorg, in opdracht van lokale zorgverzekeraar (ZAO). Deze stelde vervolgens vanaf februari 2000 een organisatieadviseur en een verloskundig beleidsmedewerker aan, om de kring te ondersteunen bij het oplossen van de capaciteitsproblemen, maar ook bij het realiseren van facilitaire ondersteuning en het verbeteren van in- en externe samenwerking. Breda: In Breda ontstonden door een fusie van ziekenhuizen problemen met de bereikbaarheid van het ziekenhuis voor de eerste lijn en kwam de continuïteit van de thuisbevalling mogelijk in gevaar. Het oprichten van een eerstelijns verloskundig centrum voor verloskundige zorg werd als een oplossing gezien. Daarnaast bestonden er in de goed functionerende kring Breda plannen om de hoge werkdruk te verminderen door intensieve onderlinge samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van een coöperatieve vereniging. Een organisatieadviseur werd in maart 2000 aangesteld om de kring Breda te ondersteunen bij de verwezenlijking van de plannen. Noord-Holland: Op diverse plaatsen in Noord-Holland bedreigden capaciteitsproblemen het voortbestaan van de eerstelijns verloskunde (Den Helder, Purmerend, Alkmaar, Zaandam, West-Friesland). In eerste instantie gold de regio <i>Den Helder</i> voor de KNOV als pilotgebied. De verloskundige adviseur trok zich vanwege zwangerschap al snel terug uit het project en de betrokken organisatieadviseur beëindigde zijn	activiteiten in de regio vroegtijdig, omdat de ergste problemen waren opgelost en het opstarten van een Districts Verloskundig Platform niet lukte. In <i>West-Friesland</i> kreeg dezelfde organisatieadviseur in juli 2000 de opdracht om via een multidisciplinair overleg de regionale crisis op te lossen, die ontstond doordat een aantal huisartsen dreigde te stoppen met het doen van bevallingen. In de kring <i>Zaandam</i> leverde het sluiten van een grote praktijk problemen op. Hier werd vanaf september 2000 een (andere) organisatieadviseur aangesteld, om de continuïteit van zorg te waarborgen door het oprichten van het Centrum Thuisbevallingen Zaanstad en het realiseren van een rechtsvorm waarin verloskundigen een dienstverband kan worden aangeboden (Stichting Thuisbevalling Nederland, STN). Dit laatste was ook bedoeld als antwoord op de ontwikkelingen in Purmerend, waar een kraamhotel werd opgericht met verloskundigen in loondienst bij een thuiszorgorganisatie. Utrecht: In de stad Utrecht bestonden bij de Stichting Rhijnhuysen plannen voor zorgvernieuwing en transmurale samenwerking, onder andere in de verloskunde. Daarnaast zou door nieuwbouw op de VINEX-locatie Leidsche Rijn het aantal bevallingen in de stad Utrecht fors toenemen. De Verloskundige Kring Stad Utrecht vroeg ondersteuning aan de KNOV om goed in te kunnen spelen op deze beide ontwikkelingen. Een organisatieadviseur werd in juni 2000 aangesteld voor het ontwikkelen en invoeren van een ondersteuningsstructuur, met inachtneming van de regionale ontwikkelingen.
--	---

4.1.2 Opzet en inhoud van de pilotprojecten

De pilotprojecten waren elk heel verschillend van karakter. Kenmerkend voor allemaal waren echter de volgende aspecten, die tezamen 'de tijdelijke ondersteuningsstructuur in de pilotprojecten' vormen:

- Elk pilotgebied kreeg tijdelijke ondersteuning door een organisatieadviseur, meestal met ervaring in de gezondheidszorg, voor een aantal dagdelen per week. Het startmoment van de activiteiten varieerde (zie *tekstbox 4.1*). In sommige pilots was al ruim voor de officiële start sprake van ondersteunende activiteiten op ad-hoc basis (Breda vanaf september 1999). De ondersteuning duurde gemiddeld ongeveer een jaar;

- Alle organisatieadviseurs hadden maandelijks gezamenlijk overleg met KNOV, waarin zij de ontwikkelingen in de diverse pilots afstemden en de afstemming met de landelijke ontwikkelingen plaatsvond;
- De organisatieadviseurs hadden, afhankelijk van de ontwikkelingen in de pilot, ook nog bilateraal overleg met projectleiding van de KNOV;
- Uit elk pilotgebied werden één (West-Friesland en Zaandam) of twee (rest) verloskundigen door de KNOV benaderd als verloskundige adviseur;
- De taak van deze adviseurs werd door de KNOV als volgt omschreven: "Namens de verloskundigen uit de regio input leveren voor de landelijke ontwikkeling van de ondersteuningsstructuur, dat wil zeggen: een actieve bijdrage leveren aan het opzetten van de ondersteuningsstructuur in haar regio, aan een goede afstemming tussen de organisatieadviseur en de praktiserende verloskundigen en (afstemming van) de ontwikkelingen die betrekking hebben op de vorming van de ondersteuningsstructuur en de verloskundige praktijken" (citaat uit wervingsbrief KNOV voor Verloskundige Adviseurs, d.d.12-9-00);
- Alle verloskundige adviseurs uit de pilotgebieden hadden maandelijks een gezamenlijk overleg met de KNOV, voornamelijk gericht op elkaar wederzijds informeren over de pilotprojecten;
- De financiering van de pilotprojecten gebeurde voornamelijk uit PROVER-subsidies. Hieruit werden de kosten van de meeste organisatieadviseurs betaald, een deel van de personeelskosten van het projectteam en vacatiegelden voor de verloskundige adviseurs voor het bijwonen van het overleg met de KNOV. In Amsterdam was de situatie afwijkend. Daar stelde verzekeraar ZAO in het voorjaar 2000 een organisatieadviseur én een verloskundig beleidsmedewerker aan om de ernstige crisis en achterliggende problemen aan te pakken. De KNOV nam pas in januari 2001 de financiering over. Wél heeft de KNOV bijgedragen aan de kosten van de oprichting van het Districtskantoor Amsterdam in november 2000 ²¹.

De opdrachten waarmee de organisatieadviseurs aan de slag gingen in de pilotprojecten, waren verschillend en aangepast aan de lokale vraagstellingen (zie *textbox 4.1*). Globaal gezien waren in alle opdrachten steeds de volgende twee elementen aanwezig:

- 1 Ontwikkelen en invoeren van (delen van een) ondersteuningsstructuur voor verloskundigen;
- 2 Crisisbeheersing (oplossen capaciteitsproblematiek) dan wel het oplossen van andere regio-specifieke problematiek, zoals die in Utrecht en Breda speelden.

In Utrecht en Breda lag de nadruk bij aanvang duidelijk op de ontwikkeling én invoering van een ondersteuningsstructuur, in Zaandam en West-Friesland op crisisbeheersing, in Amsterdam op beiden.

De werkwijze in de pilots zag er op hoofdlijnen als volgt uit:

- De organisatieadviseur stelde een werkgroep in waarin onder zijn/haar leiding door regelmatig overleg gewerkt werd aan oplossingen voor de specifieke problematiek of de crisis in de regio en tegelijkertijd werd nagedacht over het model voor de ondersteuningsstructuur
- Deze werkgroep bestond soms alleen uit verloskundigen, zoals in Utrecht, Amsterdam en Breda: DVP-werkgroep Utrecht, het kringbestuur van de kring Amsterdam en de Commissie Samenwerking 2000 in Breda*. Soms was het een multidisciplinair overleg met diverse relevante zorgverleners in de regio: de

*Deze bestond (al voordat de organisatieadviseur arriveerde) uit leden van de kring Breda. Aan het begin van het pilotproject vond wel een uitbreiding met verloskundigen uit de kring West-Brabant plaats. Dit gebeurde omdat in Breda, maar ook Utrecht, de werkgroepen van verloskundigen aansloten bij de geografische indeling in 23 WZV-regio's (de districten), die uitgangspunt waren voor het eerste model van de ondersteuningsstructuur (zie ook *hoofdstuk 2*).

Werkgroep Verloskundige Zorg West Friesland en de Werkgroep Lange Termijn in Zaandam. Voor deze laatste werkgroep (waarin verloskundigen pas na enige tijd zitting hadden) gold echter, dat deze bij het realiseren van een crisisoplossing voor de korte termijn nog geen rol speelde. Voor deze korte termijnoplossing werd voornamelijk bilateraal overleg gevoerd door de organisatieadviseur en werd enkele malen met de kring gesproken;

- De organisatieadviseur stelde meestal een vrij globaal plan van aanpak op, met een bijbehorend tijdpad. Dit plan werd met de werkgroep en de opdrachtgever besproken en regelmatig bijgesteld onder invloed van wijzigingen in het regionale of landelijke traject;
- De organisatieadviseur had een structurerende rol in de werkgroep: hij/zij maakte de agenda, leidde de vergaderingen, hielp met het opstellen van beleidsnotities of stelde deze zelf op, verleende ondersteuning bij contacten van verloskundigen met externen, onder andere door het bijwonen van vergaderingen. Ook vonden er in de meeste werkgroepen activiteiten plaats, die gericht waren op het functioneren van de verloskundige kringen (ondermeer het verbeteren van de vergadertechniek).

Een deel van de activiteiten die de organisatieadviseur uitvoerde, meestal in samenwerking met de verloskunde adviseurs en/of de kring of werkgroep, was specifiek voor een bepaald pilotproject. *Tekstbox 4.2* geeft enkele voorbeelden van deze pilot-specifieke activiteiten.

Textbox 4.2: Voorbeelden van pilot-specifieke activiteiten van de organisatieadviseurs

Amsterdam • organiseren 'doorstart' van ingestorte praktijken door het voeren van onderhandelingen met verzekeraar en/of ziekenhuis en het bedenken van innovatieve oplossingen (bijv. het onderbrengen van een praktijk bij een gezondheidscentrum, met verloskundigen in loondienst) • regelen van een permanente waarneemwoning • regelen van parkeervergunningen In deze pilot gaat het om activiteiten van de organisatieadviseur én een verloskundig beleidsmedewerker. Breda • begeleiden van het opstellen van een notitie met de visie op de eerstelijns verloskunde • begeleiden van het traject 'oprichting eerstelijns centrum Verloskunde' • opstellen ondernemingsplan voor het Regiokantoor, • formuleren takenlijst Regiokantoor, • regelen van huisvesting voor 'Districtskantoor' (later vervallen)	Utrecht • opstellen ondernemingsplan Regiokantoor, • formuleren takenlijst Regiokantoor, • regelen van huisvesting voor Regiokantoor • vertegenwoordigen verloskundigen in overleg met externen (verzekeraars, ketenzorgproject), etc. West-Friesland • initiëren en begeleiden van een multidisciplinair overleg • 'bewerken' van de verzekeraar en andere partijen in bilateraal overleg ten behoeve van de crisisoplossing • onderhouden van contacten met de media Zaandam • bilateraal overleg met alle betrokken partijen voor oprichting Centrum Thuisbevalling Zaanstad (CTZ) • oprichting Stichting Thuisbevalling Nederland • werving en selectie personeel CTZ • regelen van huisvesting, opstellen draaiboek CTZ, onderhandelingen overdracht praktijk Zaandam
--	--

4.2 Resultaten op regionaal niveau I

4.2.1 *Ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur in de pilotprojecten*

De definitieve ondersteuningsstructuur kent twee onderdelen, het Regiokantoor en het Districts Verloskundig Platform. Voor elk van deze onderdelen wordt realisatie in de pilotprojecten hierna beschreven.

Het Regiokantoor

Aan het einde van de pilotfase (mei 2001) was de definitieve ondersteuningsstructuur in Amsterdam gedeeltelijk geïmplementeerd. Op 1 november 2000 was het Regiokantoor gestart (toen nog Districtskantoor geheten), bemand door een verloskundig beleidsmedewerker en een secretaresse. Het aanvankelijke idee van de kring Amsterdam om zelf een ondersteuningskantoor te gaan aansturen, moest gaandeweg worden verlaten ten gevolge van de nieuwe ideeën over het landelijk model voor een ondersteuningsstructuur (zie paragraaf 2.2.3). In het eerste halfjaar was het kantoor weliswaar nog voornamelijk voor de kring Amsterdam actief, daarna is het werkgebied uitgebreid tot de hele regio Noord-Holland.

In de pilotprojecten van Utrecht en Breda was aan het einde van de pilotfase een ondernemingsplan voor het Regiokantoor Midden- respectievelijk Zuid-Nederland gereed. Deze ondernemingsplannen zijn volgens identiek concept geschreven, door dezelfde organisatieadviseur^{35,36} en overlappen in belangrijke mate. Het belangrijkste specifieke onderdeel voor elk van de pilotprojecten is ongetwijfeld de omschrijving van het takenpakket, toegesneden op de behoeften van het pilotgebied. Beide pilotprojecten waren lange tijd in de veronderstelling dat er een ondersteuningskantoor in de stad zou komen en hebben zich naast het takenpakket ook bezig gehouden met zaken als het regelen van huisvesting voor het kantoor.

In de twee pilotprojecten in Noord-Holland is de oprichting van het Regiokantoor niet of nauwelijks aan de orde geweest in de werkgroepen.

Het Districts Verloskundig Platform

De door de KNOV voorgestelde landelijke ondersteuningsstructuur bestaat behalve uit vijf Regiokantoren ook uit een niet nader gespecificeerd aantal Districts Verloskundige Platforms (zie paragraaf 2.2.3), een overlegorgaan van alle betrokken partijen in de verloskunde, met als doel het realiseren van duurzame oplossingen voor de verloskundige zorg. In een DVP horen naast de verloskundigen, ondermeer huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, de kraamzorg, zorgverzekeraars, het ziekenhuismanagement en een vertegenwoordiger van een regionaal cliënten/patiëntenplatform te participeren¹³.

In alle pilotprojecten is enige ervaring opgedaan met een multidisciplinair overlegorgaan.

De Werkgroep Verloskunde van SIGRA, een facilitair bedrijf voor instellingen in Amsterdam, is opgericht naar aanleiding van het capaciteitstekort in de tweede lijn. Hierin participeren verloskundigen, gynaecologen en het ziekenhuisbestuur. Het voornemen was om voor het najaar 2001 deze werkgroep tot een officieel DVP omgevormd te hebben*. Daarnaast bestaat in Amsterdam Zuid-Oost ook nog een overleg waarin alle zorgverleners uit de verloskundige keten in dit stadsdeel zijn vertegenwoordigd: ZIZO. Er was echter geen relatie tussen dit overleg en het pilotproject.

* Uit telefonisch overleg met de regiodirecteur Noord-Holland bleek dat begin 2002 van een officieel DVP in Amsterdam nog geen sprake is.

In Breda is sprake van een werkgroep 'Centrum Verloskundige Zorg'. Dit is een multidisciplinair overleg rondom de oprichting van een 1^e lijnsverloskundig Centrum. Deelnemers zijn vertegenwoordigers van het ziekenhuisbestuur, gynaecologen (pas in tweede instantie), verloskundigen en de kraamzorg. Het overleg is in het voorjaar van 2000 opgestart op initiatief van de verloskundige kring³⁷, maar is wel begeleid door de organisatieadviseur.

De Taskforce van zorgverzekeraar ANOVA in Utrecht is eveneens opgericht op initiatief van de voorzitter van de verloskundige kring Utrecht en heeft een vergelijkbare doelstelling. Aanleiding voor de oprichting waren capaciteitsproblemen in de tweede lijn en kraamzorg. Deelnemers zijn verloskundigen, gynaecologen, het ziekenhuismanagement, de thuiszorg en de regionale zorgverzekeraar.

De Werkgroep Verloskunde West-Friesland is een multidisciplinaire werkgroep, die is opgericht door de organisatieadviseur in het kader van het pilotproject*. Het is een samenwerkingsverband waarin korte en lange termijnoplossingen ontwikkeld worden, om tot een toereikend aanbod van verloskundige zorg te komen, zoals door middel van de oprichting van een eerstelijns verloskundig centrum^{38,39}. Verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, kraamzorg, zorgverzekeraars, ziekenhuisbestuur en cliënten zijn hierin vertegenwoordigd.

De Werkgroep Lange Termijn in Zaandam is opgericht door de organisatieadviseur ter plekke om oplossingen voor de verloskundige zorg te bespreken (niet de korte termijn crisisoplossing). Deelnemers zijn vertegenwoordigers van verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, de kraamzorg het ziekenhuismanagement en de zorgverzekeraar. Ten tijde van het interview was dit overleg echter tijdelijk stopgezet omdat de verloskundigen eerst zelf een gezamenlijke visie op de verloskundige zorgverlening in het gebied moesten ontwikkelen.

Zowel in Utrecht als Breda was een onderdeel van het pilotproject om na te denken over onderwerpen voor het DVP, maar dit onderdeel is in beide regio's niet uitgewerkt.

4.2.2 *Het oplossen van regio-specifieke knelpunten*

In Amsterdam werden meerdere crisisinterventies uitgevoerd die naar de mening van alle betrokkenen succesvol waren. De organisatieadviseur en verloskundig beleidsmedewerker organiseerden op verschillende wijzen de doorstart of herstart van ingestorte praktijken (zie ook *tekstbox 4.2*). Het regelen van een permanente waarneming heeft volgens de geïnterviewden daarbij een belangrijke rol gespeeld. Dit nam een belangrijke barrière weg voor het realiseren van tijdelijke uitbreidingen van de capaciteit in de stad. Ook nam het vertrouwen onder verloskundigen in de mogelijkheden van crisisbeheersing flink toe, waar op zichzelf al een stabiliserende werking vanuit ging. De organisatie van de verloskundige zorg verbeterde volgens alle geïnterviewden (verloskundigen, organisatieadviseur, beleidsmedewerker en KNOV) sterk onder invloed van het pilotproject (meer hierover in *paragraaf 4.3*).

In West-Friesland, Zaandam en later Utrecht werden met wisselend succes eerstelijns verloskundige centra opgericht als antwoord op de capaciteitscrisis. Dit betekende dat er opvangcapaciteit gecreëerd werd in of in de nabijheid van een ziekenhuis voor cliënten van praktijken die stopten. In Zaandam hadden de verloskundigen grote moeite met de gekozen noodoplossing: opvang van eerstelijns cliënten binnen de muren van het ziekenhuis. De verloskundige adviseur noemde de crisisoplossing "verre van ideaal en stabiel". Het personeelsverloop in het Centrum Thuisbevallingen Zaanstad was groot en de personeelszaken waren in mei 2001 nog niet goed op orde. Medio 2001 kwam er

* Op dezelfde leest geschoeide overlegplatforms/DVP's zijn opgericht in Groningen, Friesland, Kennemerland en Eindhoven^{19,50,51}. In Den Helder bleek het niet mogelijk om een DVP te starten, voornamelijk vanwege de moeizame verhoudingen tussen de beoogde partners in dit overleg.

een verloskundig manager in het CTZ en in september was volgens de KNOV de situatie sterk verbeterd. KNOV en de betrokken organisatieadviseur zagen de gekozen oplossing als de enige mogelijkheid om de continuïteit van zorg in Zaandam te garanderen. Zij zagen in dat het een oplossing met schoonheidsfouten was. Daarbij speelde volgens hen het tempo waarin het CTZ moest worden gerealiseerd een belangrijke rol. Voor de werving en aanstelling van het personeel van het CTZ was door de organisatieadviseur in Zaandam de Stichting Thuisbevalling Nederland opgericht, waarbij verloskundigen in loondienst kunnen werken.

In West-Friesland was in mei 2001 nog niet duidelijk of de door verloskundigen gewenste lange termijn oplossing voor de capaciteitscrisis ook daadwerkelijk doorgang zou vinden. Er lagen wel vergevorderde plannen voor de oprichting van een eerstelijns centrum buiten het ziekenhuis, bemenst en onder verantwoordelijkheid van verloskundigen*. Toegevoegde informatie op een later tijdstip wijst erop dat deze lange termijn oplossing inderdaad zal gaan lukken (mondelinge communicatie Chris Goossens, 7-11-01).

Het project rondom de transmurale samenwerking, dat de aanleiding vormde voor de vraag om ondersteuning vanuit de kring Utrecht, kende aan het einde van de pilotfase geen concrete resultaten. Het overleg tussen alle partners werd zelfs tijdelijk opgeschort, zonder medeweten van de verloskundigen. In de kring Utrecht was daarnaast aan het eind van de pilotfase sprake van een ernstige capaciteitscrisis, die in de zomer van 2001 succesvol bedwongen werd. In zeer korte tijd werd met hulp van de organisatieadviseur en de verzamelde partners in de Taskforce een eerstelijns verloskundige centrum in het UMCU gerealiseerd. Voor de personeelswerving is gebruik gemaakt van de eerder opgerichte Stichting Thuisbevalling Nederland.

Veel van de geïnterviewden, zowel verloskundigen als organisatieadviseur en KNOV, merkten op dat, hoewel de ergste crisis voorlopig bezworen was, er meestal nog geen sprake was van een stabiele situatie voor de verloskundige zorg op de lange termijn. Interne en externe ontwikkelingen, bijvoorbeeld in de kraamzorg, zouden het broze evenwicht gemakkelijk weer kunnen verstoren.

In Breda was geen sprake van een crisissituatie. Hier lag wel een vraag voor ondersteuning bij de opzet van een eerstelijns centrum als antwoord op een fusieproces van ziekenhuizen. Deze ondersteuning is naar tevredenheid van de verloskundigen geboden door de organisatieadviseur, voornamelijk door het begeleiden van de fusiewerkgroep. Een eerstelijns verloskundig centrum was eind 2001 echter nog niet gerealiseerd. Aan het einde van de pilotfase werden wel voorbereidende besprekingen gehouden voor realisatie van dit Centrum door alle betrokken partners in de Commissies Zorg en Bouw.

Zowel organisatie- en verloskundige adviseurs als de KNOV merkten op dat de nadruk in sommige pilotprojecten in bepaalde periodes noodgedwongen verschoof van de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur naar crisisbeheersing. Dit gold met name voor Amsterdam. In Utrecht viel deze ontwikkeling eigenlijk min of meer gelijk met het einde van de pilotfase. In Zaandam heeft de nadruk vanaf het begin zeer sterk op crisisbeheersing gelegen, hoewel in de oorspronkelijke plan van aanpak van de organisatieadviseur de voorbereiding van de komst van een ondersteuningskantoor nog wel vermeld stond, evenals aandacht voor de professionalisering van de kring⁴⁰.

* Een eerstelijns verloskundig centrum onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn bleek noodzakelijk omdat anders de verzekeraar en het ziekenhuis de nieuwe vrije vestiging van verloskundigen wilden gaan blokkeren.

4.3 Resultaten op regionaal niveau II

In deze paragraaf staat de betekenis van de tijdelijke ondersteuning in de pilotprojecten voor verschillende aspecten van de beroepsuitoefening door verloskundigen centraal. In de hiernavolgende volgende beschrijvingen wordt steeds onderscheid gemaakt in de bijdrage aan de beroepsuitoefening in het algemeen, en meer in het bijzonder aan:

- de positionering van de eerstelijns verloskunde
- het verminderen van werkdruk
- verbeteringen in de kwaliteit van zorg
- professionalisering
- verbeteringen in de samenwerking

Deze resultaten weerspiegelen in welke mate de door de KNOV vooraf geformuleerde doelstellingen voor de ondersteuningsstructuur naar de mening van de doelgroep (de verloskundigen) zijn bereikt.

Onder de kop 'samenwerking' worden in dit hoofdstuk veranderingen in de samenwerking tussen verloskundigen onderling (interne samenwerking) beschreven. Externe samenwerking en positionering bleken sterk aan elkaar gerelateerd te zijn, zodat deze begrippen zijn samenvoegd in de beschrijving.

Voor de begrippen kwaliteit van zorg en professionaliteit geldt juist het tegenovergestelde; deze worden daarom juist gescheiden van elkaar beschreven. Bij het begrip 'professionaliteit' wordt vooral ingegaan op het 'verbeteren van de organisatie van de kring', terwijl kwaliteit van zorg vooral geassocieerd is met begrippen als standaarden en protocollen, intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, etc.

4.3.1 *Informatie uit pilotprojecten en andere kringen*

Gegevens over de betekenis van de tijdelijke ondersteuningsstructuur zijn verzameld in de diepte-interviews met verloskundige adviseurs in de vijf pilotprojecten en in de focusgroepinterviews met verloskundige kringen in drie pilotgebieden* en zes niet-pilotgebieden. Voor drie pilotprojecten is informatie uit zowel een diepte-interview als een focusgroep aanwezig, zodat in totaal informatie over elf verschillende gebieden verzameld is.

De intensiteit en de inhoud van de tijdelijke ondersteuning in de niet-pilotkringen varieerde (zie tekstbox 4.3). In de kring Den Bosch e.o. was geen ervaring met tijdelijke ondersteuning, zodat dit interview in deze paragraaf buiten beschouwing wordt gelaten. Er was in de niet-pilotkringen geen verloskundige adviseur die deelnam aan maandelijkse vergaderingen in het landelijke Project Ondersteuningsstructuur. De betrokken organisatieadviseur nam wel deel aan het maandelijkse overleg met KNOV.

Let op: In het vervolg van dit hoofdstuk worden de resultaten uit pilot- en niet-pilotkringen, maar ook die uit de diepte- en focusgroepinterviews vaak tezamen beschreven. Er bleek namelijk geen sprake van systematische verschillen tussen deze respondentgroepen, maar ook niet tussen verloskundige adviseurs en andere verloskundigen uit dezelfde kring. Als dit ergens wél het geval is, wordt dit expliciet vermeld.

* In Utrecht en Breda is het interview met een DVP-werkgroep gehouden, waarin naast verloskundigen uit de eigen kring, ook naastgelegen kringen aanwezig waren. Als in dit hoofdstuk de term 'kringen' wordt gebruikt, dan worden daarmee ook deze werkgroepen bedoeld.

Tekstbox 4.3: Inhoud van de tijdelijke ondersteuning in de niet-pilotkringen

Kring de Betuwe: Beperkte ondersteuning op specifiek terrein, n.a.v. tijdelijk sluiting van de afdeling verloskunde in het ziekenhuis. Drie maanden ondersteuning van een organisatieadviseur die vanwege drukte elders wegging. Daarna 2 maanden ondersteuning direct vanuit KNOV. Activiteiten: crisisoplossing voor praktijken in Tiel; eenheid in de kring bewerkstelligen in contacten met media e.d. Sinds september 2001 is er weer een andere interim-manager werkzaam.	toekomstige fusie en verhuizing van ziekenhuizen en initiatieven voor eerstelijns verloskundig centrum. Kring Nijmegen e.o.: Algemene ondersteuning van de kring gedurende circa een jaar naar aanleiding van problemen in tweetal praktijken. Activiteiten: mediation, reorganisatie van de kring en hulp bij overleg met externen en oprichting DVP.
Kring Den Bosch e.o.: Geen crisis tot nu toe en ook geen ervaring met tijdelijke ondersteuning.	Kring Tilburg e.o.: Algemene ondersteuning van de kring gedurende circa 9 maanden na dreigende capaciteitscrisis. Activiteiten: kringreorganisatie, begeleiden externe contacten, inventarisatie behoefte aan ondersteuning.
Kring Kennemerland: Algemene ondersteuning van de kring gedurende circa 9 maanden door organisatieadviseur. Activiteiten: kringreorganisatie en oprichting van DVP. Ook hulp bij positionering in het kader van	Kring Venlo e.o.: Beperkte ondersteuning vanaf april 2001 naar aanleiding van problemen tussen 1^e en 2^e lijn en acute capaciteitsproblemen in een praktijk. Activiteiten: herstarten kring, op gang brengen communicatie 1^e en 2^e lijn

Het belangrijkste verschil tussen verloskundige adviseurs, verloskundigen uit pilotgebieden en verloskundigen uit niet-pilotgebieden bleek een afnemende kennis over de achtergronden van de ondersteuningsstructuur. Een extra verschil tussen de verloskundige adviseur en de 'overige verloskundigen in de pilotkringen' was de mate van detail waarin men het werk van de organisatieadviseur kon beoordelen. Vooral in Amsterdam was de rol en taak van de organisatieadviseur voor de overige verloskundigen meer uit het zicht, omdat de verloskundig beleidsmedewerker als contactpunt fungeerde. In Utrecht en Breda was wel een duidelijker mening over de organisatieadviseur die meestal overeen kwam met de mening van de verloskundige adviseur.

In de diepte-interviews met organisatieadviseurs is ook gevraagd naar hun mening over de betekenis van de tijdelijke ondersteuning voor de beroepsuitoefening. Dit betekende een kritische reflectie op de betekenis van zijn/haar eigen werk voor de verloskundige zorgverlening. Hoewel het niet strikt tot de onderzoeksopdracht behoorde, zou de mening van deze 'experts' een interessante aanvulling kunnen vormen op de resultaten bij de verloskundigen. Deze resultaten worden beschreven in *paragraaf 4.3.3*.

4.3.2 *Betekenis van de tijdelijke ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening: de verloskundigen*

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de betekenis die de tijdelijke ondersteuning, volgens verloskundigen, voor verschillende aspecten van de beroepsuitoefening heeft gehad.

Tabel 4.1: Evaluatie van de betekenis van tijdelijke ondersteuning voor de beroepsuitoefening door verloskundigen in pilot en niet-pilotgebieden met verschillende intensiteit van de ondersteuning.

	pilotgebieden					niet-pilotgebieden									
	brede ondersteuning ^a					brede ondersteuning					beperkte ondersteuning				
	verloskundige adviseurs					verloskundige kring					verloskundige kring				
	A	U	B	Z	W	A	U	B	K	Tb	N	V	T	D	
Algemene indruk	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	nvt
Professionalisering kring	+	+	0+	0	0	+	0+	0+	+	+	+	0	0	0	nvt
Samenwerking intern	+	0+	0+	0	+	+	0+	0+	+	0+	0+	0+	0+	0+	nvt
Positionering/ externe samenwerking	+	+	+	0	+	+	+	0+	+	+	0+	+	0+	0+	nvt
Kwaliteit van de zorg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	nvt
(ervaren) Werkdruk	+-	0-	0-	0-	0	0	0-	0	0	0	0+	0	0	0	nvt

A=Amsterdam; B=Breda; D=Den Bosch; N=Nijmegen; K=Kennemerland; T=Tiel; Tb=Tilburg; U=Utrecht; V=Venlo; W= West-Friesland; Z=Zaandam;

^a in de pilot in Zaandam is na prioritering vanwege tijdsdruk alleen nog sprake van beperkte-specifiek op de crisis gerichte- ondersteuning; de oorspronkelijke opdracht was wel breder geformuleerd.

^b betreft hier alleen het weer opstarten van de kring.

mening van verloskundigen over de bijdrage van de ondersteuning aan (aspecten van) de beroepsuitoefening:

- negatief

0- enigszins negatief

0 geen uitgesproken mening over effect ondersteuning

0+ enigszins positief

+ positief

+ - zowel positieve als negatieve effecten gehad

Algemene indruk

Alle (acht) verloskundige kringen met ondersteuning en de verloskundige adviseurs van vier van de vijf pilotgebieden, vonden de tijdelijke ondersteuning door een organisatieadviseur nuttig tot zeer waardevol. Uit de gebieden waar de ondersteuning meer specifiek op een bepaald knelpunt was gericht, kwamen wel positieve geluiden maar men leek iets minder enthousiast dan in de gebieden met 'brede ondersteuning'. De organisatieadviseur had volgens de meeste verloskundigen een duidelijke meerwaarde op verschillende terreinen

"De OA is goed in het zien van de grote lijnen". "Heeft kennis over de organisatie van de zorg die wij missen en weet de juiste mensen in te schakelen". "Is daadkrachtig, helder en brengt structuur in de vergaderingen". "Hij/zij is in staat om problemen te veralgemeniseren en te bundelen zodat een gevoel van solidariteit en gezamenlijkheid ontstaat". (verloskundigen over het functioneren van de organisatieadviseur).

Die meerwaarde was echter niet voor iedereen meteen duidelijk. Drie verloskundige adviseurs en twee kringen gaven aan, dat er tijd nodig was om iedereen te overtuigen van het nut van de ondersteuning. Eén keer werd opgemerkt dat de organisatieadviseur daarbij wel eens te hard van stapel liep. Er was echter sprake van een proces van langzaam groeiend vertrouwen en een toenemend inzicht in het nut van ondersteuning voor de verloskundige zorg.

Negatieve geluiden waren er echter ook. In één pilot werd het werk van de organisatieadviseur beduidend minder positief geëvalueerd. Volgens de verloskundige adviseur had deze persoon onvoldoende visie op de eerstelijns verloskunde en ging te

snel aan de slag met de crisisoplossing zonder voldoende overleg met de verloskundigen.

Betekenis voor de beroepsuitoefening

Eén van de gebieden waarop de ondersteuning van grote waarde bleek, was het functioneren van de kring (*professionalisering*). In een aantal interviews (Amsterdam, Nijmegen, Tilburg) spraken verloskundigen over een reorganisatie van de kring, terwijl anderen meer in het algemeen aangaven dat de kring beter ging functioneren.

Onder invloed van de organisatieadviseur werd de kring daadkrachtiger, doordat taken en verantwoordelijkheden binnen de kring werden verduidelijkt. Men maakte afspraken, die ook werden nagekomen en geëvalueerd. De vergaderingen werden efficiënter en zakelijker ("*niet meer zoveel emoties*"), en sommige verloskundigen merkten op dat de commissiestructuur van de kring sterk verbeterde (minder werkgroepen en een betere verdeling van het werk).

"De ondersteuning heeft een heleboel in gang gezet; vooral als het gaat om professionalisering en het gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de verloskunde in de kring, in plaats van je solistisch opstellen en elkaar beconcurreren" (verloskundigen over effecten van de ondersteunings op interne samenwerking)

Driemaal noemden verloskundigen de 'educatieve waarde van de ondersteuning'. Zij doelden onder andere op de toegenomen kennis in de kring over beleidsmatige en bestuurlijk-organisatorische zaken. In Amsterdam werd aan het begin van het pilotproject een tweetal werkconferenties georganiseerd door de kring en de organisatieadviseur plus beleidsmedewerker. Deze waren bedoeld om theoretische ondersteuning te bieden. Aan bod kwamen onderwerpen als, hoe zet je een praktijk op, wat voor rol heeft een assistente, welke taken kun je uit handen geven, welke taken kunnen praktijken samen doen.

Samenwerking intern

In alle kringen waar een brede ondersteuning van de kring plaatsvond, werden verbeteringen in de onderlinge verstandhouding en het solidariteitsgevoel nadrukkelijk gerapporteerd als een resultaat van de tijdelijke ondersteuning. Een aantal kringen meldde ook concrete samenwerkingsprojecten, die soms onder druk van crisis ontstonden.

In Amsterdam werkte men gezamenlijk een automatiseringstraject uit en zijn verloskundigen tot een wijkgerichte samenwerking van de praktijken gekomen. In Utrecht en West-Friesland ontstond een goede samenwerking tussen verloskundigen naar aanleiding van de oprichting van een eerstelijns verloskundig centrum. In Zaandam lukte deze opzet niet goed: een gevoel van onderlinge solidariteit in de kring was bij aanvang van het pilotproject niet aanwezig en is ook onder druk van de crisis en door de ondersteuning van de organisatieadviseur niet tot stand gekomen. De ondersteuning bleek uiteindelijk vooral op de crisisoplossing gericht, hoewel in het oorspronkelijke plan van aanpak een brede ondersteuning leek te weerspiegelen.

In Breda was al sprake van een grote bereidheid tot samenwerking vooraf. De ondersteuning gaf hier volgens de verloskundige adviseurs vooral een beleidsmatige aanvulling bij de ideeën voor samenwerking die reeds binnen de kring bestonden. In Tilburg werd door de organisatieadviseur een werkgroep opgestart om de gezamenlijke wensen voor ondersteuning te inventariseren en te formuleren.

In kringen die beperktere ondersteuning hadden ontvangen, werden weinig verbeteringen in de onderlinge samenwerking genoemd. In Kennemerland werd gewerkt aan het gebruik van internet en e-mail, hetgeen de onderlinge communicatie vergemakkelijkte. In Venlo was sprake van een niet-actieve kring en zijn onder invloed

van de organisatieadviseur en een dreigende crisis in de tweede lijn om te beginnen de kringvergaderingen weer opgestart. Enkele verloskundige adviseurs meldden ook dat de ondersteuning verloskundigen geleerd heeft om op tijd en met de juiste vragen naar iemand toe te stappen om te vragen om ondersteuning, in plaats van altijd zelf te proberen het wiel uit te vinden.

Samenwerking met externen en positionering

Bijna alle kringen en verloskundige adviseurs meldden dat de contacten met externen waren verbeterd door de hulp en adviezen van de organisatieadviseur. Verloskundigen merkten dat ze een betrouwbaarder samenwerkingspartner werden voor externen door meer gemeenschappelijk gedragen standpunten*. Enkele verloskundigen gaven aan dat de ondersteuning ertoe leidde dat het zelfbewustzijn van de kring steeg. Sommigen spraken van een betere positionering van de eerste lijn, andere vonden dat alleen de basis hiervoor gelegd is.

"Reorganisatie van de kring heeft voor iedereen goed gewerkt. We zijn duidelijker zichtbaar geworden voor de buitenwereld en we zijn vooral ook voor onszelf duidelijker. Omdat wij niet zo goed zichtbaar waren voor de buitenwereld werd er vaak een verdeel- en heerspolitiek gevoerd, vooral op het niveau van individuele praktijken. De basis is nu wel gelegd om meer naar buiten te treden". (verloskundigen over de betekenis van de ondersteuning voor de positie van de eerste lijn)

Kringen met minder ondersteuning rapporteerden ook een dergelijk effect. In Tiel zorgde de organisatieadviseur tijdens het hoogtepunt van de crisis met de tweede lijn ervoor dat de verdeelde kring toch met een gezamenlijk standpunt naar buiten kwam, wat haar positie aanzienlijk verbeterde. Wel gaf men aan dat dit effect slechts tijdelijk was, voor de duur van de ondersteuning.

De verloskundige adviseurs uit twee pilotprojecten gaven aan dat de ondersteuning zorgde voor een beter overzicht van alle overlegvormen met externe partijen, bijvoorbeeld omdat de organisatieadviseur veel van deze vergaderingen bijwoonde.

In een aantal kringen is specifiek de aandacht uitgegaan naar de oprichting of begeleiding van een multidisciplinair overlegorgaan (DVP). Uit de ervaringen van West-Friesland (zie ook *paragraaf 4.2.1 en 4.2.2*) bleek dat een goed geleid en goed lopend DVP, met een voorzitter uit de eerste lijn, een krachtig positioneringsinstrument is. Maar ook uit vijf andere kringen komen positieve geluiden over de resultaten van een goedlopend multidisciplinair overleg.

Ondanks al deze positieve geluiden merkten veel verloskundigen op dat er nog veel te verbeteren valt aan de *positionering* van de eerste lijn. Nog altijd worden verloskundigen niet gehoord bij belangrijke stedelijke en/of zorginhoudelijke ontwikkelingen.

Werkdruk

Effecten van de tijdelijke ondersteuning op de werkdruk werden weinig gemeld door verloskundigen. Alleen in Amsterdam en Nijmegen, waar een stevige reorganisatie van de kring plaatsvond, werd aangegeven dat de spreiding van taken in de kring een positief effect had op de ervaren werkdruk. Enkele verloskundigen gaven aan dat ze het resultaat met betrekking tot de werkdruk teleurstellend vonden. Anderen hadden hier

* In Breda bleek dat het ondanks eerder positieve ervaringen op dit terrein, toch weer mis kan gaan. Vergeworpen plannen voor de oprichting van een eerstelijns echocentrum stuitte op vertraging als gevolg van een meningsverschil over de lokatie tussen kringleden en afgevaardigden van de kring in de multidisciplinaire werkgroep rondom de oprichting van dit centrum.

wel begrip voor gezien het karakter van de tijdelijke ondersteuning. Er was immers nog geen sprake van een facilitair bedrijf.

In Breda bestond al in 1998 het idee van de oprichting van een 'Verloskundige Vereniging', die een belangrijke functie kreeg toebedeeld in het terugdringen van de sterk toegenomen werkdruk⁴¹. Deze vereniging zou onder meer een rol kunnen spelen bij de optimalisering van de bedrijfsvoering van praktijken, gezamenlijke inkoop van materialen en verzekeringen, etc. De opbrengst van het pilotproject in Breda, een ondernemingsplan voor het Regiokantoor Zuid-Nederland, droeg natuurlijk nog erg weinig bij aan het verlichten van de werkdruk. Het pilotproject werd door deze kring na verloop van tijd vooral ervaren als een rem op de verwezenlijking van hun lokale ideaal. Een aantal kringen en eigenlijk alle verloskundige adviseurs gaven aan, dat de ondersteuning in eerste instantie juist extra werk met zich meebracht in de vorm van vergaderingen. In het geval van ernstige capaciteitsproblemen, waarbij met behulp van de organisatieadviseur eerstelijns verloskundige centra werden opgericht, speelde nog een ander fenomeen. Soms had deze crisisoplossing als neveneffect dat verloskundigen van de resterende praktijken in het werkgebied nog harder moesten werken, bijvoorbeeld door het draaien van extra diensten in het centrum.

Kwaliteit van zorg

In geen enkel interview werd aangegeven dat de tijdelijke ondersteuning betekenis had voor het aspect *kwaliteit van zorg*. Bedoeld werden zaken als het implementeren van protocollen en standaarden, het ondersteunen of opzetten van intercollegiale toetsing of de opzet van een kwaliteitsjaarverslag. Het waarborgen van de continuïteit van zorg als belangrijk aspect van de kwaliteit (door middel van crisisbeheersing) is hier even buiten beschouwing gelaten. Dit resultaat van de tijdelijke ondersteuning is immers al in paragraaf 4.2.2 aan de orde geweest.

4.3.3 *Betekenis van de tijdelijke ondersteuningsstructuur voor de beroepsuitoefening: de organisatieadviseurs*

In grote lijnen kwam de mening van de organisatieadviseurs in de pilotprojecten over de betekenis van hun werk voor de verloskunde overeen met die van de verloskundigen.

Net als de verloskundigen gaven ook de organisatieadviseurs aan dat hun toegevoegde waarde vooral lag in het verbeteren van het functioneren van de kring (o.a. door het bewaken van de grote lijnen), het behouden van overzicht over belangrijke ontwikkeling in de (lokale) gezondheidszorg en het bevorderen van interne en maar vooral ook de externe *samenwerking*. Drie van de vier organisatieadviseurs benadrukten de bijdrage die zij hadden in het verbeteren van de externe contacten en de *positionering* van de eerste lijn. Daarbij speelden de volgende zaken volgens hen een rol: de kennis die zij hadden van de organisatie van de zorg en de relevante externe partijen, bestaande contacten die zij hadden met externe partners zoals verzekeraars en specifieke vaardigheden zoals het opbouwen en onderhouden van netwerken.

In Amsterdam vertelde de organisatieadviseur dat het imago (en daarmee ook de positie) van de eerste lijn sterk verbeterde door het zorgdragen voor afstemming en samenwerking tussen verloskundigen onderling. De organisatieadviseur in Utrecht benadrukte de grote betekenis van het aldaar goedlopende multidisciplinair platform en de goede verstandhoudingen in de kring (mede als gevolg van het pilotproject) voor de snelle totstandkoming van een crisisoplossing in Utrecht.

De goede resultaten van de ondersteuning in West-Friesland voor de positionering van de eerste lijn aldaar waren volgens de betrokken organisatieadviseur het resultaat van een groot aantal gecombineerde acties, waaronder het initiëren en begeleiden van een DVP, het inschakelen van de media, het bewerken van de verzekeraar en andere partijen in bilateraal overleg.

Kwaliteit van zorg was voor geen van de organisatieadviseurs een punt van aandacht geweest in het pilotproject. Alleen de organisatieadviseur in Amsterdam merkte op dat de meer gezamenlijke aanpak van problemen door verloskundigen wel indirect tot kwaliteitsverbetering zou kunnen hebben geleid. Als voorbeeld noemde hij de gezamenlijke aanpak van klachten over een lactatiedeskundige.

Hetzelfde gold eigenlijk voor *werkdruk*. Volgens de verloskundige beleidsmedewerker van Amsterdam was de absolute werkdruk zeker niet verminderd, maar de ervaren werkdruk wel. Daarbij speelde het stijgende vertrouwen in een goede afloop van de crisis een rol, maar ook de verbeterde organisatie van waarneming en achterwacht door de wijkgerichte samenwerking. De organisatieadviseur merkte op dat de pilot werk met zich heeft meegebracht, maar de werkdruk ook heeft verlicht omdat taken en verantwoordelijkheden in de kring duidelijker verdeeld zijn en niet iedereen zich meer overal druk om hoeft te maken.

De organisatieadviseur in Breda onderkende de teleurstelling bij de verloskundigen ten aanzien van het ontbreken van een ondersteuningskantoor aan het einde van de pilot, maar zag geen andere oplossing gezien de landelijke ontwikkelingen in het theoretisch model.

De organisatieadviseur in Zaandam was redelijk tevreden over de manier waarop aldaar de crisis beteugeld is, hoewel zij wel zag dat er schoonheidsfouten in de oplossing zaten als gevolg van de tijdsdruk waaronder gewerkt moest worden. De betekenis van de ondersteuning voor andere aspecten van de zorgverlening was niet groot, maar deze aspecten verdwenen ook gaandeweg als aandachtspunten uit de opdracht van de KNOV.

4.4 Succes- en faalfactoren voor de tijdelijke ondersteuningsstructuur

In de diepte-interviews is gevraagd naar de tevredenheid van de verloskundigen en organisatieadviseurs over de opzet van de pilotprojecten, de werkwijze van met name de organisatieadviseur en het behaalde resultaat. Vervolgens is dieper ingegaan op de achtergronden van positieve dan wel negatieve commentaren. De tevredenheid van verloskundigen over de tijdelijke ondersteuning is ook in de focusgroepinterviews gepeild evenals de achtergronden bij voor deze meningen (zie ook paragraaf 3.1.2).

Uit deze vragen kwam een aantal factoren naar voren die de resultaten van de pilotprojecten op regionaal niveau in positieve of negatieve zin beïnvloed hebben volgens de respondenten.

4.4.1 *Houding ten opzichte van ondersteuning in de kring*

Uit de interviews met organisatieadviseurs, verloskundige adviseurs en KNOV komt op dit punt min of meer hetzelfde beeld naar voren. Verloskundigen kennen in de uitoefening van hun vak een grote mate van autonomie. Verloskundigen zijn gewend om problemen zelf op te lossen in plaats van te zoeken naar ondersteuning en/of samenwerking¹⁹. De houding ten opzichte van ondersteuning en samenwerking meer in het algemeen was bij aanvang eigenlijk in alle kringen gereserveerd.

In sommige kringen bestonden bij aanvang van het project wel al (bij een deel van de kring) ideeën voor samenwerking. In Amsterdam was men op basis van onderzoek tot de conclusie gekomen dat samenwerking een oplossing kan bieden uit de capaciteitscrisis. De kring Breda had in 1998 al een eigen visie op samenwerking ontwikkeld als oplossing voor de steeds verder oplopende werkdruk⁴¹. In Utrecht, West-Friesland, Zaandam en de buitengebieden moest meer weerstand overwonnen worden. Gebrek aan saamhorigheid en solidariteit in de kring vormde een belangrijk probleem bij het participeren van de verloskundige kring Zaandam in het overleg over oplossingen voor de crisis. De pilot in Utrecht liet zien dat onder leiding van de

organisatieadviseur het gevoel van solidariteit wel kan groeien. Door het werken aan een gezamenlijk ondernemingsplan voor het Regiokantoor groeide een gevoel van saamhorigheid, wat er bijvoorbeeld toe leidde dat enkele praktijken uit de DVP-werkgroep zich in de loop van de pilot bij de Verloskundige Kring Stad Utrecht aansloten. In West-Friesland was volgens zowel de verloskundige adviseur als de organisatieadviseur veel tijd nodig om praktijken die het 'goed voor elkaar hebben' (en bijvoorbeeld geen problemen verwachten na het wegvallen van verloskundig actieve huisartsen) mee te krijgen in de oprichting van een eerstelijns centrum. Bij aanvang was er ook sprake van grote verschillen van inzicht in de kring over de wenselijke aanpak van de crisis. Bij het oplossen van deze meningsverschillen was de rol van de organisatieadviseur (volgens de verloskundige adviseur) en van het kringbestuur (volgens de organisatieadviseur) van groot belang.

Bij het overwinnen van de weerstand die bij aanvang in bijna alle kringen in meer of mindere mate aanwezig was, blijken de ook verloskundige adviseurs een belangrijke rol te hebben gespeeld. Bijna alle verloskundige adviseurs hadden een grote interesse in het onderwerp van de pilot: het ontwikkelen en implementeren van een ondersteuningsstructuur. Deze interesse en het daaruit volgende enthousiasme voor het project vonden zichzelf, maar ook de organisatieadviseurs en de KNOV een belangrijke factor in het enthousiasmeren van de achterban voor het project. Dit enthousiasme bleek extra van belang gezien het negatieve imago dat de KNOV als belangenbehartiger van verloskundigen bleek te hebben bij verloskundigen in het veld. Een aantal verloskundige adviseurs gaf aan dat dit imago vooral in het begin van de pilotprojecten enigszins belemmerend werkte op de acceptatie van de ideeën voor een ondersteuningsstructuur door de leden van de kring.

4.4.2 *De combinatie van organisatieadviseur en verloskundige adviseur*

De tijdelijke ondersteuningsstructuur bestond uit een 'tandem' van een of twee verloskundige adviseurs en een organisatieadviseur. Uit bijna alle diepte-interviews komt naar voren dat dit duidelijk een meerwaarde had: de benodigde organisatorische en bestuurlijke deskundigheid werd zodoende gecombineerd met kennis en visie op de eerstelijns verloskunde en bleek een effectief middel om draagvlak voor veranderingen bij de beroepsgroep te creëren. In Amsterdam, waar sprake was van uitvoerende taken door een organisatieadviseur én een verloskundig beleidsmedewerker kwam dit zeer duidelijk uit de drie afzonderlijke diepte-interviews naar voren. In Zaandam functioneerde de 'tandem' niet optimaal. In dit pilotproject gaf de verloskundige adviseur aan dat zij specifieke kennis en visie op de eerstelijns verloskunde bij de organisatieadviseur onvoldoende vond. De betreffende organisatieadviseur gaf aan behoefte te hebben aan ondersteuning op dit vlak vanuit de KNOV. De organisatieadviseur opereerde hier volgens de verloskundige adviseur enigszins solistisch, maar de laatste leek ook minder affiniteit te hebben met een rol als spil tussen organisatieadviseur en achterban.

4.4.3 *De positionering van de eerstelijns verloskunde in de zorgketen*

Alle verloskundige adviseurs klaagden over de historisch slechte relatie met externe partners en de daarmee samenhangende slechte positie van de eerste lijn. Dit bemoeilijkte vooral het oprichten en voeren van multidisciplinaire overlegorganen, zoals een DVP. Verloskundigen voelen zich vaak slecht gehoord en betrokken bij overleg met andere partners. Er blijken regelmatig voor de eerste lijn ingrijpende besluiten te worden genomen zonder dat verloskundigen geconsulteerd of op de hoogte worden gesteld. Een voorbeeld was de tijdelijke sluiting van de tweede lijn in het UMC Utrecht, maar ook het opschorten van het Transmurale overleg in deze stad buiten medeweten van de betrokken verloskundigen. Een positieve uitzondering was de

opstelling van zorgverzekeraar ZAO in Amsterdam, die zelf de noodzaak van ondersteuning in de verloskunde zag en met geld hiervoor over de brug kwam. De goede relatie met deze verzekeraar vormde een belangrijke factor in de vroege start van het Regiokantoor in Amsterdam. Niet overal werd de verzekeraar echter als bondgenoot gezien. In Zaandam, maar aanvankelijk ook in West-Friesland, had men het idee gekregen dat de verzekeraar tijdelijke oplossingen als een eerstelijns centrum als een efficiënte vervanging van de thuisbevalling zag.

4.4.4 *De crisis in de verloskunde*

Crisissituaties bleken vaak positief te zijn voor het opdoen van ervaring met ondersteuning en samenwerking en voor het inzien van het nut ervan. Crisis dwingt tot actie, samenwerking en doelgericht overleg ondanks verschillen in de agenda's van belanghebbenden, zo benadrukten de meeste organisatieadviseurs en enkele verloskundige adviseurs. Dit mechanisme bleek te werken in het overleg tussen verloskundigen onderling, maar ook in het overleg met externen. Zoals hiervoor al is opgemerkt, zag de kring Amsterdam onder druk van de crisis het nut van een betere interne organisatie en samenwerking.

De oprichting van een eerstelijns verloskundig centrum vormde in Breda, waar geen sprake is van acute crisis, een langdurig en nog steeds niet afgerond traject. Ook een poging om in Utrecht-West te komen tot ketenzorg in de verloskunde strandde vanwege de vele verschillende agenda's, aldus de betrokken verloskundige adviseur. In datzelfde Utrecht lukte het onder druk van een acute crisis wél om in zeer korte tijd een eerstelijns verloskundig centrum op te richten. De betrokkenen merkten op dat het bestaande multidisciplinaire overleg (de Taskforce) van groot belang hierbij is geweest. De toenemende hevigheid van de crisis in Nederland zorgde tegelijkertijd soms wel voor minder aandacht voor de modelontwikkeling in de pilotprojecten. In Zaandam verdwenen onder druk van de crisis de voorbereiding van een ondersteuningskantoor uit het plan van aanpak, evenals taken die slechts zijdelings met de crisisoplossing te maken hadden (professionalisering van de kring). De tijdsdruk leidde hier ook tot de nodige schoonheidsfouten in de crisisoplossing, daar zijn zowel de KNOV, de organisatieadviseur als de verloskundige adviseur het over eens.

4.4.5 *Koerswijzigingen van de KNOV*

Tijdens de pilotfase vonden ingrijpende veranderingen plaats in het model voor de definitieve ondersteuningsstructuur, die vergaande consequenties hadden voor de invulling van de pilotprojecten.

Alle verloskundige adviseurs gaven aan dat deze wijzigingen voor hen soms al moeilijk te volgen waren, maar dat dit de betrokkenheid van de achterban bij het pilotproject ernstig op de proef stelde. De achterban raakte bijvoorbeeld de draad kwijt ten aanzien van de veranderende betekenis van de term Districts Verloskundige Platforms (zie verder in *hoofdstuk 5*).

Breda en Amsterdam hadden concrete plannen en hooggespannen verwachtingen ten aanzien van de opbrengst van het pilotproject voor de eigen kring: een ondersteuningskantoor in de eigen stad en onder regie van het district. In eerste instantie werkte dit positief ten aanzien van het meedenken over de plannen voor de ondersteuningsstructuur. Verandering van de oorspronkelijke plannen van de KNOV leidde echter tot frustratie, omdat een deel van het werk voor niets leek te zijn gedaan, zoals het zoeken van huisvesting voor het Districtskantoor in Breda en Utrecht. Belangrijker nog voor het gevoel van frustratie in Breda, was het feit dat het uiteindelijke ondersteuningskantoor veel meer op afstand van de kring kwam te staan en de realisatie pas relatief laat startte (september 2001). In Utrecht, waar de verwachtingen niet zo hoog gespannen waren, was de teleurstelling bij vergelijkbare ontwikkelingen minder groot. In Amsterdam kon door de betrokkenheid van ZAO toch

snel een ondersteuningskantoor in de stad worden gestart, dat pas in tweede instantie ook voor andere kringen ging werken. Hierdoor waren de consequenties van de koerswijziging van de KNOV voor deze kring in eerste instantie minder groot.

4.4.6 *Korte en lange termijn resultaten*

In de meeste pilotprojecten was er sprake van een combinatie van korte en lange termijn resultaten. Het aanpakken van praktische klussen, die vaak aan een acute crisis waren gerelateerd, was volgens diverse geïnterviewden (verloskundigen, organisatieadviseurs én KNOV) een belangrijke factor in het enthousiasmeren van verloskundigen met een afwachtende houding ten aanzien van de ondersteuning. Een voorbeeld van een korte termijn resultaat dat in gebieden met en zonder crisis werd gerapporteerd, is het efficiëntere verloop van de kringvergaderingen onder leiding van de organisatieadviseur (andere voorbeelden in *tekstbox 4.2*). In Zaandam lag de nadruk op het korte termijn resultaat, dat echter draagvlak bij de verloskundigen ontbeerde. Het vertrouwen in de ondersteuningsstructuur is hier volgens de verloskundige adviseur dan ook niet gegroeid tijdens de pilot.

Bij lange termijn doelen (met een soms minder tastbaar regionaal resultaat) valt te denken aan zaken als het opstellen van een ondernemingsplan voor een Regiokantoor, maar ook het verbeteren van de positionering van de eerste lijn door middel van een DVP of ketenzorgprojecten.

4.4.7 *De communicatie in het Project Ondersteuningsstructuur*

De communicatie en afstemming tussen organisatieadviseur en de KNOV verliep via maandelijks vergaderingen van alle organisatieadviseurs en bilateraal overleg. Twee organisatieadviseurs gaven aan dat dit overleg niet altijd voldoende was voor de afstemming tussen lokale en landelijke ontwikkelingen. Volgens de KNOV zelf was vooral tijdgebrek, door de hevigheid van de crisis en versnelde landelijke implementatie, de reden hiervan. De vele wijzigingen in het landelijk project kwamen daardoor niet altijd tijdig door.

De communicatie tussen de verloskundige adviseur en de KNOV verliep eveneens via maandelijks vergaderingen. Een aantal verloskundige adviseurs voelden zich in deze vergaderingen echter onvoldoende gehoord. Zij vonden dat er te weinig mogelijkheid was voor een serieuze inbreng vanuit de pilotprojecten. De KNOV zelf was positief over de communicatie tussen het projectteam en de verloskundige adviseurs.

4.4.8 *Tijd en geld*

Tijd en geld bleken geen factor van belang voor het al dan niet behalen van resultaten in een pilotproject. Geen enkele organisatieadviseur of verloskundige adviseur gaf aan dat deze twee factoren een rol van betekenis speelden. De inspanningen van de organisatieadviseur werden geheel of gedeeltelijk (zie *paragraaf 4.1.2*) betaald uit PROVER-gelden ²¹. De verloskundige adviseurs kregen vacatiegelden voor het bijwonen van het maandelijks overleg met de KNOV, maar alle andere extra vergaderingen als gevolg van het pilotproject woonden zij in hun eigen tijd bij.

5 Resultaten op landelijk niveau: bijdrage van de pilotprojecten aan de modelontwikkeling

Het definitieve model voor de ondersteuningsstructuur is het resultaat van een ontwerpproces waarin diverse varianten de revue passeerden (zie *hoofdstuk 2*).

De pilotprojecten hebben vanuit de KNOV als expliciete doelstelling meegekregen dat zij experimenten zijn met vorm, inhoud en organisatie van de ondersteuningsstructuur⁷. Op deze wijze verwachtte de KNOV ervaringen op te doen, die van belang konden zijn voor de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur op landelijk niveau. De vraag is in hoeverre de pilots aan deze doelstelling van de KNOV hebben voldaan. Voor deze analyse zijn gegevens gebruikt uit het interview met het projectteam Ondersteuningsstructuur van de KNOV (*paragraaf 5.2*). Deze worden vergeleken met de mening van de organisatieadviseurs (*paragraaf 5.3*) en de verloskundig adviseurs (*paragraaf 5.4*) over de rol van de pilotprojecten op landelijk niveau als ook de informatie uit de verzamelde beleidsdocumenten en tijdschriftartikelen.

5.1 Plaats van de pilotprojecten in het Project Ondersteuningsstructuur

Inbreng vanuit de pilotprojecten bij de ontwikkeling van het landelijk model was georganiseerd via de volgende overlegstructuren:

- 4-6 wekelijkse vergaderingen met alle verloskundige adviseurs uit de pilotprojecten (de Klankbordgroep);
- wekelijkse vergaderingen met alle organisatieadviseurs (de Spildraai) en bilateraal overleg indien nodig. Daarnaast brachten de organisatieadviseurs soms schriftelijke rapportages uit met de vorderingen.

5.2 Bijdrage van de pilotprojecten volgens de KNOV

Het projectteam van KNOV/D&TB zag de maandelijkse bijeenkomsten met de verloskundige adviseurs als een klankbord voor de actuele ideeën op het hoofdkantoor over de landelijke ondersteuningsstructuur. Er werd ook meegedacht over de modellen, maar een belangrijke functie van het overleg was ook de onderlinge uitwisseling van lokale of regionale problematiek. Het overleg met de organisatieadviseurs had meer een functie in het brainstormen over het landelijk model, waarbij de ervaringen uit pilotprojecten konden worden meegenomen.

Door de KNOV werden in het diepte-interview een aantal concrete ervaringen uit de pilotprojecten genoemd, die een rol van betekenis hebben gespeeld bij de landelijke ontwikkelingen.

Amsterdam

Het pilotproject in Amsterdam heeft volgens de KNOV grote input geleverd voor de feitelijke invulling (takenpakket) van de ondersteuningsstructuur. De verloskundigen in deze kring konden goed verwoorden welke behoefte aan ondersteuning er was: automatisering, achterwachtingen, parkeer- en verkeersbeleid, een gezamenlijk callcentre, betere samenwerking kraamzorg, maar ook begeleiding naar een beter functionerende kring.

Amsterdam is volgens de KNOV bovendien van groot belang geweest omdat zij als eerste beschikten over een operationeel kantoor, waarmee de KNOV ervaring opdeed voor de overige Regiokantoren.

Ook in het denken over de structuur en de aansturing van de regiokantoren heeft Amsterdam bijgedragen. In Amsterdam was de organisatieadviseur lange tijd bezig een

rechtsvorm op te richten, waarin het facilitaire kantoor aangestuurd werd door de kring. Voor de KNOV werd tijdens deze ontwikkeling duidelijk dat ze die kant niet opwilden. De KNOV wilde één organisatie blijven.

Ook is in Amsterdam ervaring met DVP-achtige structuren opgedaan. Hiervan waren er meerdere in de stad, voornamelijk gesitueerd rondom ziekenhuizen. De ervaring hiermee heeft geleid tot het idee om een strikte indeling in zorgregio's los te laten, ten gunste van een regionaal relevante indeling.

Breda

Het pilotproject Breda leerde de KNOV dat de behoefte aan ondersteuning in een kring verschilt naar gelang het functioneren van de kring en de mate van crisis. In Breda was de samenwerking zeer goed vanaf het begin en er was geen crisis. De gewenste ondersteuning was het begeleiden van zorgvernieuwingsprocessen (opzet eerstelijns verloskundig centrum en een echocentrum). Breda leverde ook een bijdrage aan het ontwikkelen van een KNOV-visie op deze vernieuwingsprocessen³⁷. Breda liep hierbij volgens de KNOV voorop. In augustus 2000 was voor veel verloskundigen een eerstelijns verloskundig centrum nog niet bespreekbaar. Daarnaast was de stroperigheid van het realisatietraject in Breda voor de KNOV ook illustratief voor de problemen waar een toekomstige DVP mee kan kampen.

Utrecht

Utrecht leek voor de KNOV, net als Breda, een rustige pilot waar in het transmurale ketenzorgproject over zorgvernieuwing kon worden nagedacht. Uit de ervaringen met dit 'Business Redesign Project' werd duidelijk hoe moeilijk het is om, zonder crisis, met andere disciplines tot ketenzorg te komen, laat staan regie in de keten te claimen. Volgens het projectmanagement van KNOV/D&TB was dit een leerzame ervaring voor de toekomst van de DVP's en vergelijkbaar met die in Breda.

De crisis in Utrecht maakte duidelijk dat een goed functionerend 'DVP-achtig' multidisciplinair overlegorgaan van grote betekenis kan zijn in crisissituaties (de Taskforce). Ook de betekenis die de ondersteuning voor het (groeierende) gevoel van solidariteit onder de verloskundigen kan hebben, werd in Utrecht duidelijk.

De pilotprojecten in Utrecht en Breda hebben ook veel input geleverd voor de concretisering van de plannen voor het Regiokantoor, door middel van de ondernemingsplannen die zij hiervoor hebben opgesteld^{35;36}. Daarin komen zaken aan de orde als hoeveel en wat voor medewerkers zijn gewenst, het gewenste takenpakket van het Regiokantoor etc. De ondernemingsplannen van Breda en Utrecht vormden volgens de KNOV en de betreffende organisatieadviseur belangrijke basisdocumenten voor het definitieve landelijke plan van maart 2001¹³.

West-Friesland

In de pilot in West-Friesland is vooral ervaring opgedaan met het oprichten en functioneren van een DVP. Behalve in dit pilotproject deed dezelfde organisatieadviseur met wisselend succes ook ervaring op met DVP's in Kennemerland, Den Helder, Friesland en Groningen.

West-Friesland was voor de KNOV een voorbeeld dat het mogelijk is om na 'regie in eigen huis', ook 'regie in de keten' te bewerkstelligen (de einddoelen van de definitieve ondersteuningstructuur zoals geformuleerd door de KNOV in de beleidsnotitie van maart 2001)¹³. Eerst zijn de verloskundigen door de tijdelijke ondersteuning begeleid in het vormen van een eenduidig standpunt. Hierdoor verbeterde de positie van de verloskundigen in de Werkgroep Verloskunde en werd het mogelijk om met hulp van de organisatieadviseur de regie voor het eerstelijns verloskundig centrum te realiseren.

Zaandam

De bijdrage van Zaandam kwam in het interview met de KNOV minder expliciet naar voren. Voor de KNOV leek deze pilot aan te geven dat een goed contact tussen organisatieadviseurs en verloskundigen nodig is om voldoende draagvlak te krijgen voor crisisoplossingen. In Zaandam is als eerste geëxperimenteerd met verplaatste thuisbevallingen in een verloskundig centrum als crisisoplossing. Allerlei valkuilen en hindernissen werden hierbij zichtbaar, zoals de negatieve houding van verloskundigen ten opzichte van een eerstelijns verloskundig centrum, administratieve beslommingen, een groter verloop onder verloskundigen in loondienst, etc. In het kader van deze pilot werd ook de Stichting Thuisbevallingen Nederland opgezet, waarbij verloskundigen in loondienst kunnen werken. Deze oplossing werd later ook in andere crisisgebieden (Utrecht) ingezet bij de werving van personeel voor een eerstelijns verloskundig centrum.

Andere ervaringen

Naast de ervaringen uit de pilotprojecten zijn volgens de KNOV ook van belang geweest voor de ontwikkeling van het definitieve model:

- De twee voorlichtingsrondes over de ondersteuningsstructuur in alle KNOV-regio's; Tijdens deze bijeenkomsten kwam veel kritiek op het idee van de KNOV om de kringen af te schaffen in de verenigingsstructuur. Deze kritiek is door de KNOV ter harte genomen ²²;
- Het commentaar van externen, vooral de zorgverzekeraars, maar ook NVOG, COTG, VWS op de plannen van de KNOV;
- Budgettaire overwegingen. Deze lagen met name ten grondslag aan de drastische vermindering van het aantal ondersteuningskantoren in de twee en laatste versie van het model voor de ondersteuningsstructuur;
- Landelijke ontwikkelingen in de zorg. De fusiegolf van ziekenhuizen en ontwikkelingen bij zorgverzekeraars verminderde de betekenis van de bestaande 23 gezondheidsregio's als organisatorische eenheid voor de gezondheidszorg;
- De toenemende crisis in de verloskunde. Deze vroeg volgens de KNOV om slagvaardigheid, dus minder kantoren en geen directe aansturing meer vanuit de regio's;
- De visie-ontwikkeling van het KNOV-bestuur op de centrale respectievelijk decentrale dienstverlening door de KNOV en op de verenigingsstructuur.

5.3 Bijdrage van de pilotprojecten volgens de organisatieadviseurs

Het maandelijks overleg met het projectteam KNOV/D&TB werd door alle organisatieadviseurs een goed platform gevonden voor het uitwisselen van ervaringen onderling en met het projectteam van de KNOV. Tijdens deze bijeenkomsten werd volgens de organisatieadviseurs herhaaldelijk gebrainstormd over de ontwikkelingen in het landelijke model voor de ondersteuningsstructuur in relatie tot de ervaringen die in de pilotprojecten is opgedaan.

Gevraagd naar concrete voorbeelden van de betekenis van de pilotprojecten voor de modelontwikkeling schetsten de organisatieadviseurs van Breda, Utrecht en West-Friesland hetzelfde beeld als de KNOV. De organisatieadviseur in Zaandam memoreerde alleen de oprichting van de Stichting Thuisbevalling Nederland. De adviseur van Amsterdam stond vooral stil bij het belang van het creëren van draagvlak onder verloskundigen voor de ondersteuningsstructuur, ondermeer door de inzet van deskundige managers in combinatie met verloskundige beleidsmedewerkers. Volgens hem stond in Amsterdam het oplossen van de eigen knelpunten voorop. Hij gebruikte de term 'bijeffecten' voor de resultaten van de pilot voor het landelijke niveau.

In Amsterdam was naast de organisatieadviseur ook nog een (verloskundig) beleidsmedewerker werkzaam ten behoeve van de pilot, die ook deelnam aan de maandelijkse vergaderingen met de organisatieadviseurs. Deze beleidsmedewerker gaf aan zich intensief met de ontwikkeling van het landelijke model te hebben bemoeid. Ze deed concrete voorstellen aan de KNOV, waarvan een deel is overgenomen (o.a. over de bezetting van de regiokantoren).

5.4 Bijdrage van de pilotprojecten volgens de verloskundigen

De verloskundige adviseurs vonden het vaak lastig om de rol van de pilotproject in de landelijke ontwikkelingen aan te geven. De interviews bevatten dan ook niet zo veel informatie op dit terrein.

De verloskundige adviseurs verschilden onderling van mening over hun inbreng in de landelijke ontwikkelingen via het maandelijks overleg met de KNOV. Twee verloskundige adviseurs vonden dat in de landelijke vergaderingen te veel tijd besteed werd aan het bespreken van regionale problemen en dat er te weinig tijd was voor een echte discussie over de ondersteuningsstructuur. Voorstellen voor veranderingen in het model van de ondersteuningstructuur werden niet goed besproken en er werd niet veel mee gedaan, volgens hen. De overige zes adviseurs voelden zich wel gehoord door de KNOV. Als voorbeeld noemden sommigen het protest tegen het voorstel voor het laten verdwijnen van de kring uit de verenigingsstructuur van de KNOV. Een andere specifieke bijdrage uit de pilotprojecten aan het landelijke modelontwikkeling betrof het idee van het loslaten van een strikte regio-indeling voor de DVP's. Dit idee kwam volgens twee adviseurs uit de discussies in hun werkgroepen over dit onderwerp naar voren.

6 Verwachtingen voor de toekomst

In dit hoofdstuk komen de prille ervaringen met de definitieve ondersteuningsstructuur aan bod (*paragraaf 6.1*), de verwachtingen voor de toekomst (*paragraaf 6.2*) en de mogelijke belemmeringen daarbij (*paragraaf 6.3*). De gegevens zijn afkomstig uit diepte-interviews en focusgroepinterviews met respectievelijk verloskundige adviseurs en verloskundige kringen in pilot-^{*} en niet-pilotkringen. In een aparte paragraaf komen de verwachtingen en de kanttekeningen van de organisatieadviseurs bij de ondersteuningsstructuur aan bod (*paragraaf 6.4*).

6.1 Eerste ervaringen met de definitieve ondersteuningsstructuur

Ervaringen met het Regiokantoor

Twee van de geïnterviewde kringen (Amsterdam, Utrecht) hadden in november 2001 al substantiële ervaring met het Regiokantoor. De overige kringen hadden beperkte of nog helemaal geen ervaring met het Regiokantoor. Deze bevinding is niet onverwacht aangezien het Regiokantoor Midden-Nederland officieel in mei 2001 opende, maar in november 2001 nog lang niet de volledige bezetting kende (zie ook *paragraaf 2.1.2*). Het Regiokantoor Zuid-Nederland, met de kringen Breda, Tilburg, Venlo en Den Bosch in zijn werkgebied, stelde in september 2001 een directeur aan. In Amsterdam was de situatie veel gunstiger in december 2000 startte het 'Districtskantoor', dat in het voorjaar werd omgedoopt tot Regiokantoor Noord-Holland en geleidelijk zijn werkgebied uitbreidde (kringen Amsterdam, Kennemerland, West-Friesland en Zaandam behoren hiertoe).

Na bijna een jaar ervaring met het Districtskantoor Amsterdam en later het Regiokantoor Noord-Holland was er overwegend tevredenheid bij de verloskundigen van de kring Amsterdam over de bereikbaarheid, cliëntgerichtheid en de deskundigheid van het Regiokantoor. Verloskundigen en externen wisten de huidige directeur, die uit de Amsterdamse kring afkomstig is, goed te vinden. Het Regiokantoor bleek veel laagdrempeliger dan de KNOV en men kreeg altijd antwoord op gestelde vragen, hetgeen niet de ervaring met de KNOV was. De verloskundigen zagen het Regiokantoor als een belangrijke bondgenoot in de strijd om de eerstelijns verloskunde te laten overleven omdat het er tijd voor heeft en over de juiste contacten beschikt.

De ervaringen uit Utrecht stemden grotendeels hiermee overeen. Ook hier overheerste een goed gevoel over het werk van het Regiokantoor tot nu toe. De regiodirecteur bleek een handig centraal aanspreekpunt (zowel intern als extern) en een klankbord voor de problemen waar verloskundigen mee worstelen. Ook hier werd de verbeterde toegang tot de KNOV genoemd.

"Hij is de schakel tussen de werkvloer en de KNOV. Via hem kunnen we gemakkelijker onze nood bij de KNOV duidelijk maken". "Je hebt minder het idee dat je verzuipt in de problemen." "De regiodirecteur toont meer betrokkenheid en inzet. Het kantoor is dichterbij en als je belt, komt ze ook echt." (diverse verloskundigen over het functioneren van de regiodirecteur).

Ook merkten de verloskundigen op dat de directeur, vanwege zijn specifieke kennis en/of vaardigheden, meer invloed heeft in het overleg met externen zoals bijvoorbeeld

^{*} In Utrecht en Breda is het interview met een DVP-werkgroep gehouden, waarin naast verloskundigen uit de eigen kring, ook naastgelegen kringen aanwezig waren. Als in dit hoofdstuk de term 'kringen' wordt gebruikt, dan worden daarmee ook deze werkgroepen bedoeld.

de thuiszorg, dan individuele praktijken of verloskundigen. De aanwezigheid van een pleitbezorger en klankbord voor de eerste lijn werkte ook geruststellend en heeft daarmee mogelijk een gunstig effect op de ervaren werkdruk³. Als negatief punt noemden de Utrechtse verloskundigen dat het Regiokantoor bijna alleen nog bezig is geweest met crisisbeheersing, namelijk de oprichting van een eerstelijns verloskundig centrum.

Drie andere kringen meldden dat het Regiokantoor als eerste, en soms nog enige activiteit, de ondersteuning van een DVP-achtig overleg (Breda, West-Friesland, Kennemerland) of van het Verloskundig Samenwerkingsverband (Tilburg) had overgenomen van de vertrekkende organisatieadviseur. Verloskundigen die betrokken waren bij het DVP of VSV hadden in deze kringen vaak een wat positievere kijk op het Regiokantoor dan de overige verloskundigen, voor wie het kantoor soms nog een grote onbekende was.

In de andere regio's (Nijmegen, Tiel, Den Bosch) was nog helemaal geen sprake van direct contact tussen kring of leden daarvan en het Regiokantoor^{*}. In Venlo had alleen nog een kennismakinggesprek tussen Regiokantoor en kringbestuur plaatsgevonden.

Ervaringen tot nu toe met het DVP

De ervaringen in de pilotprojecten zijn beschreven in *paragraaf 4.2.1*. Het blijkt dat in alle projecten ervaring is opgedaan met een multidisciplinair overlegorgaan, met wisselend succes. Ook in de niet-pilot gebieden bestonden op een aantal plaatsen prille, maar redelijk positieve ervaringen met multidisciplinair overleg, meestal tussen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en de thuiszorg. In een aantal gevallen was het overleg opgericht naar aanleiding van problemen met de tweede lijn, maar ook wel met het oog op de toekomstige problemen (fusie ziekenhuizen). In Tilburg is sprake van een goed lopend Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV)[†]. In Kennemerland en Nijmegen is sprake van een DVP-in-oprichting[‡]. In al deze gremia worden problemen betreffende capaciteit en de organisatie van verloskundige en kraamzorg besproken, maar ook zorginhoudelijke zaken.

In één interview kwam naar voren dat in de regio een DVP-achtig overleg bestond, zonder dat de aanwezige leden van de kring (op één na) zich hiervan bewust waren. De kring had geen idee over de agenda en het takenpakket van dit overleg. Het bestaan ervan kwam min of meer toevallig ter sprake aan het einde van het interview.

6.2 Verwachtingen van de ondersteuningsstructuur: de verloskundigen

6.2.1 Het Regiokantoor

De twee verloskundige kringen (Amsterdam en Utrecht) die redelijk ervaren waren met ondersteuning vanuit het Regiokantoor, gaven aan dat de verwachtingen over de betekenis van het kantoor voor de verloskundige zorg overwegend positief waren (zie ook de beschrijvingen in *paragraaf 6.1*). Dit gold ook voor de verloskundige adviseurs uit deze pilotgebieden.

In de overige kringen was het beeld wisselend. Drie kringen en de verloskundige adviseurs van twee pilotprojecten waren voorzichtig positief. In de kringen waren

^{*} In Zaandam zijn er in mei 2001 nog geen contacten met het Regiokantoor geweest.

[†] Deze term doelt op een overleg tussen verloskundige zorgverleners (meestal gynaecologen, kinderartsen, huisartsen en verloskundigen), zoals omschreven in het Verloskundig Vademecum⁴². Volgens de KNOV komen in een VSV vooral vakinhoudelijke onderwerpen aan de orde en maakt men hier werkafspraken met de verschillende disciplines. Een DVP richt zich meer op de organisatie van de zorg en beleidsmatige vraagstukken.

[‡] Het overleg in Kennemerland wordt inmiddels betiteld als de 'eerste officiële DVP' (pers. comm. directeur Regiokantoor Noord-Holland).

vooral die verloskundigen positief, die concrete ervaringen hadden met het functioneren van het Regiokantoor in het kader van een DVP of VSV. De overige leden van deze kringen hadden vaak een afwachtende houding.

Drie kringen en de verloskundige adviseur uit een pilotproject waren gedeeltelijk of helemaal negatief in hun verwachtingen van het Regiokantoor. Zij hadden allen nog geen of weinig direct contact met hun Regiokantoor gehad, maar om diverse redenen wel een slechte eerste indruk van het kantoor gekregen.

Tenslotte was er één kring die geen tijdelijke ondersteuning heeft gekend en ook nog geen contact met het Regiokantoor heeft gehad. De bij het interview aanwezige verloskundigen hadden eigenlijk nog geen idee van hetgeen een Regiokantoor voor hen zou kunnen gaan betekenen.

Samenwerking en positionering

Verbetering van de externe samenwerking en van de positionering van de eerstelijns verloskunde is een belangrijke reden voor de KNOV geweest voor de oprichting van de ondersteuningsstructuur. Bijna alle kringen en verloskundige adviseurs zagen een belangrijke taak voor de regiokantoren in het ondersteunen en verbeteren van de contacten met externen en van de positionering van de eerste lijn.

“De ondersteuning werkt emanciperend voor de beroepsgroep. Regiokantoren stimuleren de verloskundigen om zelf eerstelijns visie ontwikkelen en deze te bewaken, zodat ze zich beter staande kunnen houden in het complexe veld, ten opzichte van gynaecologen, ziekenfondsen etc. Om de regie in handen te houden, hebben wij het Regiokantoor heel hard nodig, zij moeten de spin in het web zijn” (verloskundigen over hun verwachtingen ten aanzien van het regiokantoor op het gebied van positionering).

Men zag in dat ervaren onderhandelaars gewenst zijn als er sprake is van bijzondere projecten, zoals een fusie van ziekenhuizen of de oprichting van een eerstelijns verloskundig centrum.

Verloskundigen stonden niet altijd tot popelen om alle overleg met externen over te dragen, omdat sommigen dit overleg juist een leuke aanvulling van het vak vinden, maar ook omdat men nog niet altijd vertrouwen had in de kwaliteit van de belangenbehartiging. Men vroeg zich ook af of er op het Regiokantoor wel voldoende specifieke kennis en visie zal zijn op de eerstelijns verloskunde.

Verlichting van de werkdruk

Vermindering van de werkdruk werd door geen enkele kring voorlopig verwacht, ook niet met een ondersteuningsstructuur. Eerder werd er een, door andere ontwikkelingen veroorzaakte, toename van de crisis en daarmee gepaard gaande werkdruk verwacht. Immers, *“het Regiokantoor kan ook geen blik verloskundigen opentrekken”*. Wel werd meermalen genoemd dat het kantoor zou kunnen zorgen voor een betere benutting van de aanwezige capaciteit en een overzicht zou kunnen geven van vraag en aanbod van waarneming. Het Regiokantoor zou ook een belangrijke rol kunnen spelen als centraal punt dat een personeelstekort in praktijken tijdig aan ziet komen.

Veel verloskundigen zagen in het Regiokantoor een mogelijkheid om een aantal dingen op het terrein van de praktijkvoering gezamenlijk te organiseren (interne samenwerking). Welke dingen dit dan zouden kunnen zijn, daar varieerden de meningen echter behoorlijk over.

* Bij twee kringen speelde de preoccupatie van het Regiokantoor met de crisis in andere kringen een rol, in een andere kring was het eerste gesprek met de regiodirecteur teleurstellend en in één geval was er sprake van negatieve ervaringen die men had opgedaan met ondersteuning in het pilotproject.

- Administratieve ondersteuning door het kantoor vonden de meeste verloskundigen wel gewenst. Men dacht daarbij aan ondersteuning van de werkgeversfunctie (regelen praktijkassistentes en verloskundigen in loondienst) en soms ook aan financieel-administratieve ondersteuning van de praktijk (verwerken van declaraties). Volgens sommige verloskundigen zou met name deze laatste taak moeilijk worden, gezien het grote werkgebied van de kantoren. In enkele gebieden voorzag men om die reden dat men een aantal facilitaire zaken mogelijk zelf zal moeten organiseren (pool van praktijkassistentes, eerstelijns echocentrum, afstemmen kraamvisites, callcentra, regelen achterwacht). Daarnaast hing het enthousiasme voor diverse vormen van ondersteuning sterk af van de prijs die ervoor betaald moet worden en of deze concurrerend is met andere aanbieders van vergelijkbare diensten;
- Ondersteuning bij automatisering was een taak die de meeste verloskundigen wel noemden. Sommigen vonden dat de kantoren al te laat gestart zijn om nog een rol van betekenis te spelen op dit terrein;
- Diverse kringen noemden ondersteuning bij de uitwerking van allerlei beleidsmatige zaken als delerverlaging, protocol voor de praktijkassistent, een model voor de praktijkopzet, het ontwerpen van voorlichtingsmateriaal, etc;
- Centrale inkoop werd unaniem verworpen als een zinvolle activiteit voor het Regiokantoor.

Professionalisering en kwaliteit van zorg

Bij de verwachtingen ten aanzien van het Regiokantoor werden professionalisering en vooral kwaliteitszorg opvallend weinig genoemd als gebieden waarop het Regiokantoor een rol van betekenis zal gaan spelen.

Door één kring werd met name het voordeel genoemd om niet steeds zelf het wiel te hoeven uitvinden. Het Regiokantoor kan immers putten uit ervaring en kennis die elders in het land, ook door andere regiokantoren is opgedaan. Hierdoor zal de kring nog beter kunnen functioneren, vooral op beleidsmatige onderwerpen. Ondersteuning van de kring door middel van een notulist werd door een aantal kringen genoemd.

Slechts tweemaal werd in een kringinterview ondersteuning bij kwaliteitszorg spontaan genoemd als wenselijk. Eenmaal, na specifieke vermelding door de interviewers, beaamde de kring dat het Regiokantoor belangrijke ondersteuning zou kunnen geven bij Intercollegiale Toetsing voor Verloskundigen, waardoor ITV minder arbeidsintensief zou worden en aantrekkelijker voor de verloskundigen. Tweemaal werd ook expliciet gezegd dat er geen behoefte is aan ondersteuning op dit terrein.

Overige aspecten

Tenslotte werden nog een aantal andere zaken genoemd bij de verwachtingen voor het Regiokantoor. Het Regiokantoor zou een belangrijke rol kunnen spelen bij crisismanagement, bijvoorbeeld door op te treden als bemiddelaar in conflicten tussen praktijken (mediation). Ook verwachtten een aantal kringen dat de toegankelijkheid en daarmee de dienstverlening van de KNOV zal verbeteren door het kantoor. Het kantoor zou er ook voor kunnen zorgen dat belangrijke zaken uit de regio beter naar de KNOV teruggekoppeld worden.

6.2.2 *Het Districts Verloskundig Platform*

Het interviewgedeelte over de mogelijke betekenis van het DVP leidde vaak tot hilariteit in de focusgroepinterviews. Het begrip DVP zorgde steeds voor veel verwarring bij verloskundigen in pilot- én niet-pilotgebieden. Het was totaal onbekend of men had er een verkeerde voorstelling bij: 'is dat het Regiokantoor?' of 'dat zijn wij toch?' (opmerking door leden van de 'DVP-werkgroep' Utrecht).

De vragen over het DVP waren dan ook moeilijk te beantwoorden, tenzij verloskundigen uit de focusgroep zelf bij een dergelijk multidisciplinair overleg

betrokken waren. Op dit gebied waren de verloskundige adviseurs duidelijk in het voordeel en in deze paragraaf wordt dan ook vooral hun mening beschreven.

De verwachtingen ten aanzien van de (on)mogelijkheden van het DVP varieerden nogal onder verloskundigen. In Utrecht, West-Friesland en (delen van) Amsterdam zijn positieve ervaringen opgedaan met het functioneren van een DVP. Daar had men veel vaker een positief verwachtingspatroon. Dit gold ook voor andere kringen met prille, maar positieve, ervaringen op dit gebied. De verwachting was bij deze kringen, dat het DVP een belangrijke rol zou kunnen spelen bij de toekomstige ontwikkelingen in de zorg en de positie van de eerste lijn daarbij. Dit ondanks het feit dat men ervaren had dat sommige van de externe partijen sceptisch zijn.

In regio's waar een goedlopend VSV is, werd de opmerking gehoord dat men dit samenwerkingsverband liever zou uitbreiden met cliënt en verzekeraar wanneer nodig, dan weer een nieuw overleg te creëren.

6.3 Kanttekeningen bij de ondersteuningsstructuur: de verloskundigen

In de focusgroepinterviews is gevraagd naar ideeën van verloskundigen over een aantal belemmerende factoren voor het functioneren van de definitieve ondersteuningsstructuur.

- omvang van het werkgebied van het kantoor in relatie tot de capaciteit
- de centrale wijze van aansturing zoals in het definitieve model beschreven (als een risicofactor voor het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur)
- de status van het DVP

Omvang van het werkgebied in relatie tot de capaciteit

In het definitieve model bestaat de ondersteuningsstructuur uit 5 kantoren (in plaats van de oorspronkelijke 23), met aansturing vanuit de KNOV (in plaats van door het district). De meeste verloskundigen zagen wel het voordeel van een kleiner aantal kantoren, met een wat grotere bezetting en een wat centralistischer, dus daadkrachtiger, organisatie in crisistijd.

De omvang van het werkgebied van de kantoren is veel groter dan in het oorspronkelijke model. De toename in de fysieke afstand tot het Regiokantoor zag echter bijna niemand van de verloskundigen als een probleem: internet en de telefoon ondervangen dit probleem grotendeels*.

Wat wél een probleem zou kunnen worden volgens de verloskundigen, is de hoeveelheid en de variatie in de problematiek binnen het werkgebied van een Regiokantoor, in relatie tot de capaciteit van de kantoren. Sommige kringen en adviseurs verwachtten problemen met de prioritering en/of de betrokkenheid bij lokale problematiek. Een deel van de verloskundigen had nog weinig vertrouwen dat zij voldoende gehoord zullen worden. Dit gold met name in de niet-crisisgebieden (pilot of niet) aan wie de regiokantoren zich nog weinig hadden laten zien.

“In zo’n groot gebied gaat de aandacht eerder uit naar gebieden met problemen. Als goed draaiende kring sneeuwen wij dan onder, dat vind ik jammer. Het zal belangrijk zijn dat het Regiokantoor regelmatig aanwezig is bij kringvergaderingen, zodat je wensen en problemen kenbaar kan maken” (verloskundige uit kring zonder acute crisis).

Tweemaal werd in dit kader voorgesteld dat elke kring een vaste beleidsmedewerker op het Regiokantoor zou moeten hebben als eerste aanspreekpunt.

* Een organisatieadviseur vertelde echter dat hij uit de kop van Noord-Holland wel twijfels over de afstand tot het kantoor had vernomen. “Die [regiodirecteur] komt hier natuurlijk nooit”.

Om dezelfde reden bestond in twee pilotgebieden veel teleurstelling over het verlies van een eigen lokaal kantoor. In één van deze pilots leefde het idee om een aantal zaken betreffende facilitaire ondersteuning alsnog in een eigen kantoor te gaan onderbrengen. De kring Amsterdam werkte aan een beleidsplan over de toekomstige ontwikkeling van de kring, waarin zij ook duidelijkheid wilde scheppen in de relatie kring – kantoor – KNOV. De kring wil met behulp van dit beleidsplan ervoor zorgen dat men niet alleen van bovenaf gestuurd gaat worden. In het eerste concept stelde men voorop dat het Regiokantoor ten dienste staat aan de kring.

Draagvlak en vertrouwen

Het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur onder verloskundigen groeit langzaam, zo werd door vier kringen benadrukt. De vaak goede verstandhouding tussen verloskundigen en organisatieadviseurs vormde –in combinatie met concrete successen– een belangrijke stimulans hiervoor. In een aantal gebieden werd de bijdrage van de persoon van de organisatieadviseur in de tot dan toe behaalde resultaten benadrukt. Enkele kringen gaven aan dat men het jammer vond dat met de start van het Regiokantoor en het daarmee samenhangende einde aan de activiteiten van de organisatieadviseur, deze vertrouwensband verdween. Het moet volgens hen nog maar worden afgewacht of de relatie met de medewerkers van het Regiokantoor ook zo goed zal worden.

"Ze heeft ons heel goed op weg geholpen, maar ik denk dat het wel erg gekoppeld was aan haar persoon, ze wist meteen de goede toon te raken. Nu is dat overgenomen door de regiodirecteur en voel ik die betrokkenheid absoluut niet meer" (verloskundige over betrokkenheid van regiokantoor bij de kring)

Voor het creëren van draagvlak is een helder concept voor de regiokantoren van belang. Voor een aantal verloskundige kringen of delen daarvan waren de opzet en taken van het Regiokantoor nog volstrekt onduidelijk.

"Ik ben naar alle voorlichtingsbijeenkomsten en vergaderingen geweest, maar ik weet nog steeds niet wat de bedoeling is of wat ik kan verwachten" (een verloskundige over haar verwachtingen ten aanzien van de regiokantoren)

Daarnaast zijn concrete resultaten van groot belang. In Utrecht was het Regiokantoor in het eerste halfjaar alleen met crisismanagement in de stad Utrecht bezig. De praktijken in het gebied buiten Utrecht –zonder capaciteitsproblemen– hadden in oktober 2001 nog weinig ervaren van de ondersteuning, maar geven het kantoor het voordeel van de twijfel. In andere delen van hetzelfde werkgebied van dit Regiokantoor waren de reacties, als gevolg van deze preoccupatie met de problematiek in Utrecht echter heel wat minder positief (Nijmegen en Tiel).

Juist deze kringen noemden de onduidelijkheid rond financiering van de ondersteuningsstructuur als een belangrijk aandachtspunt. Er was angst dat de kosten van de vijf extra kantoren geheel op de schouders van de verloskundigen komen, terwijl de baten niet zo hoog werden ingeschat. De behoefte aan ondersteuning bleek er soms wel te zijn, maar niet het vertrouwen dat de wensen van de kring gehoord of verhoord zullen worden door het Regiokantoor omdat er geen sprake is van crisis in dit gebied. Een zelfde gevoel leefde ook in het pilotproject Breda, waar het bovendien de realisatie van concrete resultaten in de pilotfase tegenviel.

“De reden dat ik steeds blijf komen [naar deze vergaderingen, IM.] is dat ik hoop dat het kantoor ook voor onze praktijk iets kan betekenen. Maar ik weet nog steeds niet of er voor ons ook voordeel aan het kantoor zit. Tot nu toe kost het alleen tijd” (verwachtingen van verloskundige uit buitengebied van Utrecht over het Regiokantoor).
“Er is al veel geld aan de ontwikkeling van de ondersteuningsstructuur uitgegeven en wij zien er nog niets van terug. De werkdruk is nog niet verlicht en het is erg onduidelijk wat de kantoren voor de kring gaan betekenen. Wel hebben ze alvast de vergoeding voor de kringvergaderingen al ingetrokken.” (verwachtingen van verloskundigen uit een andere kring in het werkgebied van kantoor Midden-Nederland).

In een aantal kringen die niet aan de pilotprojecten deelnamen werd het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur negatief beïnvloed door het slechte imago dat de KNOV als belangenbehartiger en dienstverlenende instantie bij hen had. Ook zijn sommige verloskundigen bang dat regionale kantoren nog meer verloskundigen zouden onttrekken aan het primaire proces, waardoor de capaciteitsproblemen nog groter worden.

Het DVP: Patstelling of daadkracht?

Een aantal verloskundigen (met name adviseurs) met ervaring benadrukte dat een DVP mogelijk goed functioneert in tijden van crisis, als er sprake is van een duidelijk gemeenschappelijk belang van de deelnemende partijen. Ontbreekt de crisissituatie, dan zien zij de toekomst voor het DVP een stuk somberder. In dat geval heeft ieder zozeer zijn eigen agenda, dat de daadkracht van een dergelijk platform volgens hen niet erg groot zal zijn.

Een aantal verloskundige adviseurs vermoedt dat de interesse van externen en verloskundigen voor dit beleidsmatig georiënteerde orgaan beperkt is, mede gezien de werkdruk.

“Als de noodzaak wordt gevoeld om samen te werken aan één doel, met achterlating van de eigen agenda's, kan er binnen een jaar een DVP zijn in onze regio”.

6.4

Verwachtingen van de ondersteuningsstructuur: de organisatieadviseurs

Alle organisatieadviseurs waren positief over de potentiële betekenis van het Regiokantoor voor de beroepsuitoefening. Eén organisatieadviseur gaf wel aan dat verloskundigen nog een flinke omslag in het denken zullen moeten maken, voordat de ondersteuningsstructuur goed zal kunnen functioneren. Een organisatieadviseur uit een zeer sceptische kring verwachtte dat er een aanlooptijd van circa drie jaar nodig is, voor het goed zal lopen.

De keuze voor vijf kantoren onder KNOV-bewind in plaats van 23 zelfstandige bureaus vonden alle organisatieadviseurs een juiste. In deze crisistijd is slagvaardigheid nodig en het wiel wordt zo niet te vaak uitgevonden. Wel werd door sommigen al nagedacht over een nieuw model als de crisis voorbij is. Mogelijk ontstaan op termijn tussenvormen tussen Regiokantoor en praktijken, waarbij een groot aantal praktijken een aantal administratieve zaken gezamenlijk regelen (franchising constructie).

Volgens de meeste organisatieadviseurs is de eerste taak voor de kantoren om vertrouwen te wekken: laten zien dat je er bent, dat je weet wat er speelt, en dat je dat wat men nodig heeft kunt leveren of kunt organiseren. Een aanzienlijk aantal verloskundigen is volgens hen nog onvoldoende op de hoogte van de taken en activiteiten van het Regiokantoor. Een helder werkplan zou hierin verbetering kunnen

brengen. Andere vonden het aanjagen en ondersteunen van overleg rondom de ziekenhuizen en met verzekeraars een eerste prioriteit voor de regiokantoren en, in het verlengde daarvan, het oprichten van DVP's.

Men voorzag dat activiteiten gericht op het verbeteren van de positionering, onderlinge samenwerking en het verlagen van de werkdruk (door het oplossen van capaciteitsvraagstukken) lange tijd de eerste prioriteit zullen hebben, dit in samenhang met crisisbeheersing. Zaken als kwaliteitszorg zullen volgens hen nog lange tijd een lage prioriteit hebben.

De organisatieadviseurs schatten in dat de kantoren een positieve bijdrage zouden kunnen leveren aan het verlichten van de werkdruk, vooral door een betere benutting van de bestaande capaciteit.

6.5 Kanttekeningen bij de ondersteuningsstructuur: de organisatieadviseurs

Ook de organisatieadviseurs zagen een aantal potentiële bedreigingen voor het functioneren van de kantoren en vooral de DVP's.

- Er was bij alle organisatieadviseurs ernstige twijfel of de kantoren voldoende capaciteit, maar ook kwaliteit zullen hebben om steeds het noodzakelijke regiospecifiek beleid te ontwikkelen. Volgens hen zijn er ook hele goede afspraken nodig over delegatie en bevoegdheden van directeur en medewerkers;
- Bij onvoldoende capaciteit zouden er problemen kunnen ontstaan met prioritering en met het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur in regio's waar geen crisis heerst;
- Twee organisatieadviseurs benadrukten dat een goed functionerende ondersteuningsstructuur een cultuuromslag vereist bij veel verloskundigen: ten aanzien van samenwerking, ten aanzien van besturen (verdere professionalisering), effectief invloed uitoefenen op het beleid van de KNOV, etc.;
- Het Regiokantoor heeft een belangrijke taak in het oprichten en op gang brengen van DVP's. Het feit dat elk Regiokantoor een groot aantal DVP's onder zich krijgt, leek sommige organisatieadviseurs een belemmering voor een snelle start van nieuwe dan wel formalisering van reeds bestaande DVP's. Belangrijke randvoorwaarden voor het functioneren van een DVP zijn een goede onafhankelijke voorzitter, en een notulist. Een aantal organisatieadviseurs gaf aan te betwijfelen of de regiokantoren deze ondersteuning zullen kunnen leveren, gezien hun capaciteit;
- Een ander probleem dat voorzien werd (sommigen noemden het liever een uitdaging), is het maken van een voor alle partijen interessante agenda als de ergste problemen zijn opgelost. Hierbij werd onder andere opgemerkt dat de eerstelijns verloskundigen de enige partij zijn met een werkelijk belang in het in stand houden van de thuisbevalling;
- Gezamenlijke visie en een goede onderlinge samenwerking tussen verloskundigen is een randvoorwaarde voor het oprichten van een DVP. Als er ernstige problemen zijn op dit terrein, waren de organisatieadviseurs zeer sceptisch over het functioneren van een DVP;
- De organisatieadviseurs zagen nog niet snel gebeuren dat de regie in het DVP bij de eerste lijn komt te liggen, gezien hun zwakke positie in het veld. Veel zal hierbij afhangen van de rol van het Regiokantoor;
- De regionale inbedding van de DVP's is onduidelijk omschreven. Ervaren organisatieadviseurs pleitten voor een organisatie rondom ziekenhuizen. Daarmee is er kans op voldoende daadkracht op lokaal niveau en het sluit aan bij de huidige organisatie van de zorgverleners. In Noord-Holland schetste de organisatieadviseur een toekomst met drie verloskundige samenwerkingsverbanden, die tezamen één DVP vormen (allen met de zelfde zorgverzekeraar en patiënten- en consumentenplatform). Dit DVP heeft overzicht over alle lokale oplossingen. In Amsterdam voorspelden verloskundigen het ontstaan van meerdere DVP's;

- Eén organisatieadviseur gaf aan dat het concept van ketenzorg in de verloskunde (en de rol van het DVP daarbinnen) per definitie problematisch is: er is geen sprake van een echte keten (verloskundige- gynaecoloog -kraamzorg), die de cliënt doorloopt.

7 Samenvatting resultaten en beschouwing

Doel van het EVROS-onderzoek was het verkrijgen van inzicht in het functioneren van de pilotprojecten in Amsterdam, Breda, Utrecht, West-Friesland en Zaandam in het kader van de ondersteuningsstructuur aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Hoe is de invoering van de ondersteuningsstructuur in de pilotgebieden verlopen, wat waren de resultaten en wat waren de belemmerende en bevorderende factoren daarbij?
- 2 Wat is volgens verloskundigen de betekenis geweest van deze tijdelijke ondersteuning voor de beroepsuitoefening in het algemeen en meer in het bijzonder voor de aspecten positionering van de eerstelijns verloskunde, werkdruk, kwaliteit van zorg en professionalisering en samenwerking tussen verloskundigen onderling en met externe partners?
- 3 Hoe is de ontwikkeling van het landelijke model voor de definitieve ondersteuningsstructuur verlopen en wat is de rol van de pilotprojecten daarbij geweest?
- 4 Wat zijn de verwachtingen van verloskundigen over de betekenis van de definitieve ondersteuningsstructuur voor verschillende aspecten van de beroepsuitoefening?

Dit hoofdstuk vat de belangrijkste resultaten van dit onderzoek samen en voegt daar de beschouwingen van de onderzoekers aan toe. Na enkele kanttekeningen bij de onderzoeksopzet komen aan bod het verloop en de resultaten van de pilotprojecten op regionaal niveau (onderzoeksvragen één en twee, *paragraaf 7.2*), de resultaten op landelijk niveau (onderzoeksvraag drie, *paragraaf 7.3*) en de toekomstverwachtingen omtrent de ondersteuningsstructuur (onderzoeksvraag vier, *paragraaf 7.4*). In *hoofdstuk 8* volgen de conclusies en aanbevelingen voor de verdere implementatie van de ondersteuningsstructuur voor verloskundigen.

7.1 Enkele kanttekeningen bij de onderzoeksopzet

In het EVROS-onderzoek is vanuit verschillende invalshoeken informatie verzameld over het functioneren van de pilotprojecten. Twaalf diepte-interviews met de sleutelfiguren voor de pilotprojecten (organisatieadviseurs, verloskundige adviseurs, en het projectteam van het landelijke Project Ondersteuningstructuur) vormen de basis van de gegevensverzameling. Maar ook de verloskundigen in het veld (de gebruikers) zijn gehoord via focusgroepinterviews met negen verloskundige kringen. Daarnaast is zoveel mogelijk schriftelijk materiaal over de pilotprojecten en het Project Ondersteuningstructuur verzameld. De belangrijkste bronnen waren de KNOV-dossiers, het Tijdschrift voor Verloskundigen en het infobulletin van de KNOV. Dit schriftelijk materiaal is gebruikt om de informatie uit de interviews te verifiëren, in een kader te plaatsen of aan te vullen.

De pilotgebieden vormen geen landelijk representatieve steekproef van verloskundige kringen in Nederland. Het zijn gebieden die, niet geheel toevallig, een voortrekkersrol van de KNOV kregen toebedeeld in het ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur. Om toch enig inzicht te krijgen in de houding van andere kringen ten opzichte van de ondersteuningsstructuur, zijn de focusgroepen uitgebreid met zes verloskundige kringen die niet bij een pilotproject betrokken waren.

De planning en uitvoering van de diepte-interviews verliepen volgens schema. Hoewel de interviews geruime tijd in beslag namen, leverde dit geen probleem op bij de druk bezette verloskundige adviseurs. Ze wilden graag vertellen over de ervaringen die zij in de pilot hadden opgedaan. Dit was ook de indruk die overbleef na de interviews met de

organisatieadviseurs. De planning en uitvoering van de focusgroepinterviews verliepen eveneens zonder veel problemen. Wel varieerde de uiteindelijke opkomst nogal. In Den Bosch was de opkomst uiteindelijk zo laag (twee personen), dat het twijfelachtig is of de uitkomsten van dit interview representatief zijn voor de gehele kring. Niettemin geeft het interview inzicht in de houding van verloskundigen uit een gebied zonder acute crisis, die tot u toe erg aan de zijlijn van de ontwikkelingen rondom de ondersteuningsstructuur hebben gestaan.

Twee andere kringen met een wat lage opkomst (vier respectievelijk vijf personen) waren Amsterdam en Breda. Over deze pilotregio's was al veel informatie beschikbaar uit de diepte-interviews en de daarbij beschikbaar gestelde documenten. De indruk bestaat dan ook dat een goed overzicht is verkregen van de heersende meningen in deze gebieden. Bij alle andere focusgroepen waren minimaal zes personen aanwezig.

De kringen waren vrij in het afvaardigen van deelnemers aan het focusgroepinterview. Het is dus mogelijk dat de deelnemers niet altijd het hele spectrum aan meningen in de kring vertegenwoordigden. In elk geval waren verloskundigen uit solopraktijken afwezig. Er is wel een aantal verloskundigen uit duopraktijken geïnterviewd.

De lezer dient zich tenslotte te realiseren dat het EVROS-onderzoek een beschrijving geeft van de situatie in een bepaalde periode. De interviews vonden plaats in mei 2001 en november 2001. Ontwikkelingen die nadien hebben plaatsgevonden in de pilot- en niet-pilotkringen zijn bij de onderzoekers niet meer bekend, tenzij hierover gepubliceerd is in het Tijdschrift voor Verloskundigen.

7.2 Verloop van de pilotprojecten en resultaten op regionaal niveau

Verloop van de pilotprojecten

De vijf pilotprojecten, die heel verschillend van karakter waren, hadden de volgende gemeenschappelijke kenmerken: Een organisatieadviseur verleende ondersteuning bij het oplossen van de problematiek en werkte tegelijkertijd aan de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur in het pilotgebied. Twee verloskundige adviseurs vormden de schakel tussen beoogde gebruikers (verloskundigen) en de vernieuwers (organisatieadviseurs plus het projectteam van het Project Ondersteuningsstructuur). Gestructureerd overleg van KNOV met enerzijds organisatieadviseurs en anderzijds verloskundige adviseurs zorgde voor afstemming tussen regionale en landelijke ontwikkelingen*.

Resultaten op regionaal niveau

Op regionaal niveau worden primaire en secundaire resultaten onderscheiden.

- I De mate waarin de twee primaire doelstelling van de KNOV voor de pilotprojecten zijn gerealiseerd: Het ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur en het oplossen van regiospecifieke knelpunten.
- II De mate waarin de vooraf door de KNOV geformuleerde doelstellingen van de ondersteuningsstructuur zélf zijn bereikt: de betekenis van de ondersteuning voor de beroepsuitoefening in het algemeen, en voor positionering, werkdruk, kwaliteit van zorg/professionalisering en samenwerking.

* Het pilotproject Noord-Holland kan bestond uit twee verschillende pilotprojecten, één in Zaandam en een in West-Friesland, elk met één verloskundige adviseur en een organisatieadviseur. Dit brengt het aantal pilotprojecten dat onderzocht is op vijf. Amsterdam had behalve een organisatieadviseur ook nog een verloskundig beleidsmedewerker voor de uitvoerende taken. Deze nam ook deel aan het landelijk overleg van organisatieadviseurs.

7.2.1 *Ontwikkelen en invoeren van de ondersteuningsstructuur in de pilotprojecten*

Resultaten

In de pilotgebieden was aan het einde van de pilotfase (mei 2001) het volgende resultaat bereikt als het gaat om de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur:

- In Amsterdam werd in november 2000 een Districtskantoor geopend dat in voorjaar 2001 tot Regiokantoor Noord-Holland werd omgedoopt en daarmee een veel groter werkgebied kreeg. In de pilotprojecten in Zaandam en West-Friesland is de voorbereiding en invoering van het Regiokantoor geen aandachtspunt geweest;
- In Breda en Utrecht is gewerkt aan het opstellen van een ondernemingsplan voor het Districtskantoor. Op het laatste moment zijn deze plannen omgezet in ondernemingsplannen voor de regiokantoren van respectievelijk Zuid-Nederland en Midden-Nederland;
- In alle pilotprojecten was sprake van een multidisciplinair DVP-achtig overleg. Van een officieel Districts Verloskundig Platform, volgens de actuele richtlijnen van de KNOV¹³, was in geen van de pilotprojecten sprake.

Beschouwing

Aan het einde van de pilotfase (mei 2001) lijkt de *ontwikkeling* van het model voor de ondersteuningsstructuur grotendeels afgerond. Het definitieve model werd in mei 2001 aan de ALV van de KNOV aangeboden en grotendeels goedgekeurd, waarna de implementatiefase is gestart. De *invoering* van de ondersteuningsstructuur in de pilotregio's blijkt echter slechts gedeeltelijk voltooid. Dit heeft alles te maken met de ingrijpende wijzigingen in het model voor de ondersteuningsstructuur die tijdens het ontwikkeltraject plaatsvonden (zie *hoofdstuk 2*). De oprichting van een facilitair ondersteuningskantoor was oorspronkelijk onderdeel van drie van de vijf pilotprojecten, maar de KNOV heeft op dit punt de regie naar zich toetrokken.

Bij de start van de pilotprojecten was het idee dat er 23 districtskantoren in Nederland zouden komen. In Amsterdam, Breda, maar ook in Utrecht had men de verwachting dat er een zelfstandig 'Districtskantoor' in de stad zou komen. Er is in deze projecten de nodige tijd besteed aan het volgens eigen inzicht uitwerken van zaken als huisvesting en de oprichting van een rechtspersoon voor de aansturing van het Districtskantoor. Ongeveer halverwege de pilotfase (en voor sommigen nog later) werd duidelijk dat er veel minder regiokantoren zouden komen. De teleurstelling over deze koerswijziging van de KNOV was groot. In één geval vergde het diverse gesprekken met de projectleiding KNOV/D&TB om de neuzen weer (grotendeels) dezelfde kant op te krijgen. Dit lijkt ook maar ten dele geslaagd aangezien in deze pilot ten tijde van de interviews nog steeds ideeën bestonden voor een facilitair kantoor voor de eigen kring. Het feit dat in Amsterdam wél een Districtskantoor opende in november 2000, is deels te danken aan de eigen koers die deze kring kon volgen door financiële ondersteuning vanuit verzekeraar ZAO. Dit maakte ook dat de teleurstelling hier uiteindelijk minder groot was.

De pilotprojecten in Breda en Utrecht hebben nog wel een ondernemingsplan opgeleverd voor de regiokantoren Midden en Zuid. De waarde van deze plannen, oorspronkelijk opgesteld voor de districtskantoren Utrecht en Breda, is echter niet geheel duidelijk. De plannen zijn zeker geen blauwdrukken voor de implementatie van de regiokantoren, daarvoor heeft de KNOV zelf een implementatieplan geschreven¹⁹. Het takenpakket van het Regiokantoor in deze plannen weerspiegelt alleen de wensen van kringen die in de pilots deelnamen en dat is maar een klein deel van het werkgebied van de beide regiokantoren in kwestie.

In alle pilotprojecten was sprake van een multidisciplinair overleg. Tweemaal is dit opgezet in het kader van het pilotproject. In Amsterdam, Utrecht en Breda bestond er al een overleg dat tijdens de pilot wel vaak door de organisatieadviseur ondersteund werd. Voor al deze overlegvormen gold, dat zij in meer of mindere mate afweken van het DVP in het definitieve model voor de ondersteuningsstructuur¹³. Ze waren opgezet rondom ad hoc problematiek en het ontbrak daardoor nog aan een structurele basis (duidelijke status, omschrijving van doel, taken, missie, werkgebied). Dit maakt de kans kleiner dat een dergelijk overleg blijft functioneren na het oplossen van de crisisproblematiek waarvoor het is opgericht. Ten aanzien van de participanten aan het overleg viel op dat met name de cliënten vaak ontbraken. Ook een belangrijke gesprekspartner als de verzekeraars was niet altijd vertegenwoordigd.

Tijdens de pilotfase werden de ideeën rondom het Regiokantoor steeds verder uitgewerkt en geconcretiseerd. Voor het DVP gold eerder het tegenovergestelde. Deelnemers, status en werkgebied, takenpakket werden steeds vrijer beschreven in de achtereenvolgende beleidsdocumenten op dit terrein^{8;13;31}. Het realiseren van DVP's verhuisde in het Project Ondersteuningsstructuur duidelijk naar het tweede plan. Op de eerste plaats kwamen de Regiokantoren. De ingewikkelde verhoudingen tussen de vele belanghebbenden in de verloskundige zorgketen alsmede de historisch zwakke positie van de eerstelijns verloskunde vormden naar ons idee een belangrijke reden voor deze gedeeltelijk doelbewuste vertraging in het DVP-traject. Deze ontwikkeling moet gezien worden tegen de achtergrond van een noodgedwongen prioritering van activiteiten binnen het projectteam van KNOV/D&TB als gevolg van de crisisontwikkeling. Voor het verbeteren van de positie van de eerste lijn (door DVP's) is een goede onderlinge samenwerking en afstemming binnen de kring een noodzakelijke voorwaarde. In dat licht is het verschuiven van de aandacht naar het oprichten van Regiokantoren begrijpelijk. Zij hebben van de KNOV immers een belangrijke rol toebedeeld gekregen in het bewerkstelligen van 'Regie in eigen huis'¹³.

7.2.2 *Het oplossen van regionale knelpunten*

Resultaten

Bij het oplossen van de regionale knelpunten zijn duidelijke resultaten geboekt. In Amsterdam werden diverse capaciteitscrises bezworen door het beter benutten van de beschikbare capaciteit in de stad en/of het aantrekken van nieuwe verloskundigen. In West-Friesland, Utrecht en Zaandam werd een crisis voorkómen dan wel bezworen door de oprichting van eerstelijns verloskundige centra in of buiten het ziekenhuis. In Breda waren vergevorderde plannen voor de realisatie van een eerstelijns verloskundig centrum.

Beschouwing

Crisisbeheersing voerde binnen het Project Ondersteuningsstructuur en de pilotprojecten steeds meer de boventoon. In de eerste notities over de ondersteuningsstructuur wordt deze doelstelling nog niet (expliciet) genoemd^{6;7;11}. In het projectplan kwam deze doelstelling er als laatste bij⁸. In de beleidsnotitie van de KNOV over de definitieve ondersteuningsstructuur wordt crisisbestrijding echter als eerste genoemd. Pas daarna komen de oorspronkelijke doelen van de ondersteuningsstructuur (positionering, werkdrukverlichting, etc.) aan bod¹³. Deze accentverschuiving is veroorzaakt door diverse ontwikkelingen die de problemen in de eerstelijns verloskunde tijdens het verloop van het Project Ondersteuningsstructuur steeds verder deden toenemen. Het tekort aan verloskundigen bleef stijgen, de concentratietendens onder ziekenhuizen nam toe, problemen met de privatisering van de thuiszorg maakten het capaciteitstekort aldaar nog nijpender, het tekort aan

gynaecologen en kinderartsen bleef en de nieuwe dienstenstructuur maakte verloskunde nog onaantrekkelijker voor huisartsen.

De crisis bleek in een aantal gevallen echter ook een goede motor voor verandering. Crisis dwingt tot actie en samenwerking, en doelgericht overleg ondanks verschillen in de agenda's van belanghebbenden. Dit gold zowel voor verloskundigen onderling als in samenwerkingsverbanden met externe partners.

7.2.3 *Betekenis voor de beroepsuitoefening*

Resultaten

In vijf van de zes niet-pilotkringen die aan het EVROS-onderzoek deelnamen bleek dat er sprake was (geweest) van tijdelijke ondersteuning door een organisatieadviseur naar aanleiding van een specifieke hulpvraag vanuit de regio. In de focusgroepinterviews met deze kringen is aan hen, net zoals aan de pilotkringen en de verloskundige adviseurs van de pilotprojecten, ook de vraag naar de betekenis van deze tijdelijke ondersteuning voorgelegd.

De mening van deze kringen over de betekenis van de ondersteuning voor de beroepsuitoefening is daarom ook meegenomen in de hierna beschreven resultaten.

Alle (acht) verloskundige kringen met ondersteuning en de verloskundige adviseurs van vier van de vijf pilotgebieden, vonden de tijdelijke ondersteuning door een organisatieadviseur nuttig tot zeer waardevol. Bij de start van de ondersteuning moest vaak wel het nodige werk door de organisatieadviseur en/of verloskundig adviseur worden verricht om het idee van ondersteuning te laten aanslaan.

Kijken we meer specifiek naar de betekenis voor de beroepsuitoefening, dan komt het positieve effect van de ondersteuning op de interne samenwerking en de verbeteringen in de organisatie van de kring heel duidelijk naar voren. Daarnaast rapporteerden bijna alle kringen verbeteringen in de contacten met externen, hoewel dit effect soms beperkt bleef tot de duur van de ondersteuning. Van een echte verbetering in de positionering willen de meeste verloskundigen nog niet spreken, maar de voorwaarden hiervoor zijn wel verbeterd. Van effecten op de ervaren werkdruk werd sporadisch melding gemaakt, en meestal was dit het gevolg van een betere organisatie van de kring. Kwaliteit van zorg werd in geen enkel interview genoemd als een terrein waarop de ondersteuning betekenis had gehad, ook niet als hiernaar expliciet gevraagd werd.

Beschouwing

In de notitie 'Stroomopwaarts' die ten grondslag lag aan het verzoek van de KNOV voor de ombuiging van de PROVER-gelden ⁶ stond "het faciliteren van het invoeren van goed kwaliteitsbeleid op praktijkniveau" niet toevallig als eerste doelstelling voor de ondersteuningsstructuur genoemd, gezien de inhoud van dit subsidieprogramma. Ook in het beleidsplan 2001-2003 van de KNOV worden de taken van de ondersteuningskantoren op het terrein van kwaliteit en professionalisering nog benadrukt ¹⁵.

Als we de opbrengst van de pilotprojecten afmeten aan deze doelstelling, dan is ze wat mager. Het feit dat de pilotprojecten primair bedoeld waren om te experimenteren met ondersteuning en tevens de lokale problematiek op te lossen, verklaart wel waarom het onderwerp 'kwaliteit van zorg' in engere zin nauwelijks aan de orde is geweest. De toenemende crisis (en dus lokale problematiek) heeft hierbij zeker ook een rol gespeeld. In bredere zin heeft de ondersteuning wel degelijk een bijdrage geleverd aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het verbeteren van de samenwerking tussen verloskundige zorgverleners onderling als ook met externen is immers van wezenlijk belang voor de kwaliteit van de zorgverlening ⁴². Ook de verbeteringen in de organisatie van de kring (professionalisering), die regelmatig genoemd werden, zijn van belang voor de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening. Dergelijke resultaten worden wel

voornamelijk genoemd door kringen waarbij de ondersteuning een brede oriëntatie kende en dus niet alleen gericht was op het oplossen van een regionale crisis. Het uitblijven van resultaten ten aanzien van de werkdruk is eigenlijk niet onverwacht, aangezien van substantiële ondersteuning ten aanzien niet-cliëntgebonden taken in de pilotprojecten geen sprake was, zelfs niet in Amsterdam, waar tijdens de pilotfase al sprake was van een (startend) ondersteuningskantoor. Daarnaast is er in de onderzoeksperiode sprake geweest van een toename in de capaciteitsproblematiek in een aantal van de geïnterviewde kringen.

7.2.4 Succes- en faalfactoren voor de tijdelijke ondersteuningsstructuur

Resultaten

Uit de interviews en de documentenanalyse kwam een groot aantal potentiële succes- en faalfactoren naar voren. De belangrijkste waren:

- De crisis in de verloskunde. Hoewel deze er ook voor zorgde dat de ontwikkeling en invoering van de ondersteuningsstructuur anders liepen dan gepland, was de crisis volgens vele geïnterviewden een goede motor achter het verbeteren van interne én externe samenwerking; De crisis had een gunstig effect op de (aanvankelijk gereserveerde) houding van verloskundigen ten aanzien van ondersteuning.
- Het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur onder de verloskundigen. Een goed functionerend team van organisatieadviseur en verloskundige adviseurs, maar ook het grote enthousiasme voor de pilotprojecten bij de verloskundige adviseurs bleek een belangrijke stimulans voor het winnen van vertrouwen bij de achterban en het creëren van draagvlak voor de ondersteuning. Voor het opbouwen van een goede vertrouwensrelatie met de organisatieadviseur waren concrete resultaten van groot belang, maar ook het intensieve en langdurige contact met één specifieke kring heeft hierbij een positieve rol gespeeld;
- De vele veranderingen in het model voor de ondersteuningsstructuur en de bijbehorende gebiedsindeling. Deze zorgden voor verwarring bij verloskundigen, maar ook begonnen hierdoor de verwachtingen vooraf en de uitkomsten aan het einde van de pilotfase in sommige pilotgebieden nogal uiteen te lopen. Hierdoor was er, soms tijdelijk, sprake van een afname van het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur bij de doelgroep.
- Tijd en geld. Dit bleken geen factoren van belang voor het al dan niet behalen van resultaten in een pilotproject. Geen enkele organisatieadviseur of verloskundige adviseur noemde dit faalfactoren.

Beschouwing

De tijdelijke ondersteuning zoals die in het EVROS-onderzoek geëvalueerd is, vond vooral plaats in goed functionerende vooruitstreven kringen, met één of meerdere verloskundigen met een bovengemiddelde interesse in beleidsmatige zaken. De situatie in de rest van Nederland kan hier in negatieve zin van afwijken. Dit zou betekenen dat meer tijd gereserveerd moet worden voor het verkrijgen van draagvlak voor de ondersteuningsstructuur bij de beroepsgroep. De resultaten uit een aantal van de geïnterviewde niet-pilotkringen bevestigen dit vermoeden. De houding ten aanzien van de ondersteuningsstructuur is duidelijk gereserveerder in deze kringen.

De problemen met het draagvlak, die optraden als gevolg van koerswijzigingen in het Project Ondersteuningsstructuur, zullen in de implementatiefase naar verwachting minder aan de orde zijn, aangezien het definitieve model nu geïmplementeerd wordt. De projectteam Ondersteuningsstructuur benadrukte in het interview dat de huidige structuur over de benodigde 'flexibiliteit' zou moeten beschikken. Deze uitspraak lijkt een voorbode van nog meer aanpassingen in de toekomst. Implementatie van zorgvernieuwingen is echter een complex en traag verlopend proces⁴³, zoals ook blijkt

uit deze evaluatie. Het ontbreken van een periode van rust en continuïteit na invoering zou een aanzienlijke aanslag op het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur kunnen inhouden.

Tenslotte bleken geld en tijd geen rol te spelen in de pilotprojecten. Dit laatste mag wel opmerkelijk worden genoemd. De pilot kostte de verloskundigen veel vergadertijd, meestal zonder vergoeding en in een drukke crisistijd. De grote motivatie voor het project en de werkhouding van verloskundigen in het algemeen verklaart waarschijnlijk waarom hierover niet werd geklaagd. Deze bevinding komt overeen met de resultaten van een recent overzicht van succes- en faalfactoren van de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties⁴³.

Of tijd en geld ook geen belemmering vormen voor de definitieve ondersteuningsstructuur is nog maar de vraag. Ten tijde van de interviews was nog onduidelijk hoe de financiering van de ondersteuningsstructuur eruit gaat zien en wat de lasten voor de gebruikers zullen zijn.

7.3 Resultaten op landelijk niveau: bijdrage van de pilotprojecten aan de modelontwikkeling

Resultaten

Volgens alle sleutelfiguren hebben de pilotprojecten zeker een bijdrage gehad aan de modelontwikkeling: voor de invulling van het takenpakket van de regiokantoren, inzicht in de verschillende behoeften van kringen naar gelang hun functioneren, inzicht in de mogelijke betekenis van ondersteuning voor de eerste lijn, het opdoen van ervaring met DVP's-in-wording en met het eerste Regiokantoor, etc.

Beschouwing

Door de versnelde ontwikkeling en invoering was in het Project Ondersteuningsstructuur geen sprake van pilotprojecten in de ware zin van het woord: experimenten waarvan de ervaringen na afloop worden gebruikt voor de ontwikkeling van het definitieve model. Pilotprojecten en modelontwikkeling verliepen immers gelijktijdig.

De inbedding van de pilotprojecten in de organisatie van het Project Ondersteuningsstructuur was echter zodanig, dat te verwachten valt dat veel van de ervaringen uit de pilotprojecten zijn meegenomen in de ontwikkeling van het definitieve model. De indruk bestaat dat dit meer geldt voor de ervaringen van de organisatieadviseurs dan voor die van de verloskundige adviseurs. Deze hadden meer een functie als klankbord.

Uit de gegevensverzameling kwam echter duidelijk naar voren dat ook andere factoren een belangrijke rol hebben gespeeld in de modelontwikkeling. Budgettaire overwegingen, de ontwikkeling van de crisis, wetgeving (NMa), de mening van verloskundigen in het land en van externe partijen hebben eveneens een grote rol gespeeld in de omslag van een model met 23 zelfstandig bestuurde districtskantoren naar één met vijf centraal geleide regiokantoren. Ook is het zo dat de KNOV niet alleen uit de pilotprojecten leerde, maar ook uit de ervaringen die in andere gebieden door dezelfde of andere organisatieadviseurs werden opgedaan.

De relatief beperkte rol van de pilotprojecten blijkt ook uit het takenpakket van de regiokantoren, zoals dit in de laatste beleidsnotitie hieromtrent werd beschreven door de KNOV¹⁹. De wensen uit de pilotregio's hebben hierbij weliswaar een rol gespeeld, maar het crisisonderzoek van D&TB is van minstens zo groot belang geweest^{44;45}.

7.4 Toekomstverwachtingen voor de ondersteuningsstructuur

Resultaten

Drie kringen hadden een overwegend negatieve houding ten opzicht van het Regiokantoor en/of de ondersteuningsstructuur in het algemeen. Deze kringen hadden om uiteenlopende redenen een slechte eerste indruk gekregen van het Regiokantoor, ze hadden geen van allen concrete ondersteuning van het kantoor ontvangen tot dan toe. In één geval was er sprake van slechte ervaringen met de tijdelijke ondersteuning. Onder deze groep verloskundigen heerste veel onduidelijkheid over de organisatie en toekomstige activiteiten van het Regiokantoor.

In de rest van de kringen waren de verwachtingen echter neutraal tot overwegend positief. Echt positief waren de twee kringen die al concrete ervaringen met het Regiokantoor hadden opgedaan en goede herinneringen aan de tijdelijke ondersteuning hadden.

Wél was er alom bezorgdheid omtrent de capaciteit van deze kantoren in relatie tot de omvang van het werkgebied en de variatie van problematiek die zich daar afspeelt. Vooral organisatieadviseurs benadrukten het belang van snelle concrete resultaten door de Regiokantoren, om zo draagvlak voor de ondersteuningsstructuur te creëren bij de beroepsgroep. Organiseatieadviseurs en een enkele kring benadrukten ook dat de kantoren goed moeten blijven luisteren naar de wensen van regio's, aangezien de aansturing primair vanuit het landelijke KNOV-kantoor is geregeld.

Uit de interviews kwam ook heel duidelijk naar voren dat er veel onduidelijkheid bij verloskundigen bestaat over het begrip DVP. Alleen verloskundigen die ervaring met een dergelijk multidisciplinair platform hadden opgedaan konden hierover vragen beantwoorden. Ook hier gold: hoe meer ervaring, hoe positiever de verwachtingen. Ook bij de organisatieadviseurs zijn de verwachtingen omtrent dit deel van de ondersteuningsstructuur sterk wisselend, conform de ervaringen die men met dit orgaan heeft opgedaan.

Beschouwing

Door de voorlopig beperkte capaciteit van de Regiokantoren (zie *paragraaf 2.1.2*) is de verwachting dat crisisbeheersing voorlopig een groot aandeel in de werkzaamheden zal hebben¹³. In gebieden in Nederland zonder acute crisis zal het Regiokantoor het naar verwachting moeilijk krijgen om zich te profileren met concrete ondersteunende activiteiten en daarmee het vertrouwen van de verloskundigen te winnen, zoals dit ook moeilijk is gebleken bij een aantal van de geïnterviewde kringen in het EVROS-onderzoek. Op de middellange termijn, als de kantoren enige tijd volledig bemand zijn en de crisis mogelijk minder hevig, zou de houding van verloskundigen in deze gebieden mogelijk wel weer kunnen veranderen onder invloed van concrete resultaten. Naarmate dergelijke resultaten langer uitblijven, zal het steeds moeilijker worden om het vertrouwen van deze verloskundigen voor de ondersteuningsstructuur te winnen. Een goede communicatie van het Regiokantoor met de verloskundigen in het werkgebied, bijvoorbeeld door een helder activiteitenplan, is van groot belang in dit kader.

De toekomst van de DVP's lijkt nog veel ongewisser. In crisissituaties is er een natuurlijke behoefte van partijen om in gestructureerd verband naar oplossingen te zoeken. Het is echter onduidelijk wat er zal gebeuren als de crisis ontbreekt. Een multidisciplinair samengesteld orgaan heeft al gauw een zekere stroperigheid in zich. Iedere partij heeft immers zijn eigen belangen. Daar komt nog bij, dat de interesse van externe partijen niet bij voorbaat aanwezig is en het begrip DVP een zeer beperkte bekendheid geniet buiten de grenzen van de KNOV. De onduidelijkheid rondom organisatie, status, uitgangspunten en takenpakket van het DVP zijn daarvoor ook niet bevorderlijk. Ook de afstemming met het VSV is nog onvoldoende uitgewerkt en leidt

onder verloskundigen tot onduidelijkheden, en dus waarschijnlijk ook bij de partijen in de tweede lijn.

Gezien de beperkte capaciteit bij de regiokantoren zal het tempo waarin de DVP's worden opgericht waarschijnlijk laag liggen. Eenmaal opgericht, zal het functioneren van een platform buiten crisistijd sterk afhangen van de inzet vanuit het Regiokantoor. Het is echter zeer de vraag of die daar voldoende capaciteit voor heeft, gezien ook het aantal potentiële DVP's per werkgebied.

De keuze om ook verloskundigen uit niet-pilotgebieden in het onderzoek te betrekken was vooral ingegeven door het idee dat de houding van de pilotgebieden ten aanzien van de ondersteuningsstructuur positiever zou zijn dan in de rest van het land, door de opgedane kennis en ervaring (zie ook *paragraaf 7.1*). Het verschil in de kennis over en ervaring met de ondersteuningsstructuur tussen pilot en niet-pilotkringen bleek kleiner dan aanvankelijk gedacht. Vooral de kringen die substantiële tijdelijke ondersteuning hadden gehad en concrete ervaringen hadden opgedaan met het Regiokantoor, weken in hun houding en verwachtingen weinig af van de pilotgebieden. De houding in de overige niet-pilotkringen was wel duidelijk gereserveerder, ook in sommige kringen die wél goede ervaringen met tijdelijke ondersteuning hadden opgedaan. De sceptische houding van deze laatste groep komt vooral voort uit de waarschijnlijk terechte verwachting dat de ondersteuningsstructuur hen voorlopig weinig te bieden heeft omdat er geen crisis is in het gebied.

8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Conclusies

In het kader van de ontwikkeling van een landelijke ondersteuningsstructuur financierde de KNOV vanuit het PROVER-budget vijf experimenten met tijdelijke ondersteuning voor verloskundigen. De ondersteuning bestond uit een organisatieadviseur op parttime basis, bijgestaan door één of twee verloskundige adviseurs uit het pilotgebied. Een evaluatie van het functioneren van deze vijf pilotprojecten door TNO Preventie en Gezondheid leidt tot de volgende conclusies.

- De ervaringen uit de pilotprojecten zijn door de KNOV op systematische wijze betrokken bij de ontwikkeling van een definitieve landelijke ondersteuningsstructuur. Naast talrijke andere overwegingen, hebben deze ervaringen dan ook zeker een rol gespeeld bij het ontwikkelen van een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundigen.
- De tijdelijke ondersteuning door een organisatieadviseur werkte over het algemeen goed voor het oplossen van lokale (capaciteits)problematiek. Het invoeren van regiokantoren en Districts Verloskundige Platforms, ook een doelstelling van de pilotprojecten, is op de achtergrond geraakt als gevolg van beleidswijzigingen bij de KNOV en de toenemende (capaciteits)problematiek.
- De ondersteuning werd door het merendeel van de betrokken verloskundigen erg gewaardeerd en had positieve (bij)effecten op de volgende aspecten van de beroepsuitoefening: het functioneren van de kring (professionalisering), de samenwerking tussen verloskundigen onderling en op de contacten met externen. Indirect heeft ondersteuning daarmee ook effect op de kwaliteit van zorg. Van een betere positionering van de eerstelijns verloskunde is nog geen sprake, wel zijn de randvoorwaarden hiervoor verbeterd.
- Het succes van de ondersteuning in de pilotprojecten kan op een aantal punten niet zomaar doorgetrokken worden naar de regiokantoren. De meeste pilotgebieden behoorden tot een groep van relatief vooruitstrevende kringen, waar a-priori een zeker enthousiasme en draagvlak voor ondersteuning aanwezig was, bij tenminste een deel van de verloskundigen. Daarnaast speelde de crisis een positieve rol in de behaalde resultaten, als ook de goede verstandhouding tussen verloskundigen en organisatieadviseurs, gegroeid onder invloed van tastbare resultaten.
- Het draagvlak voor de ondersteuningsstructuur is niet a-priori aanwezig bij verloskundigen in de rest van Nederland. Door de beperkte capaciteit van de regiokantoren is de verwachting dat zij voorlopig een zekere preoccupatie met het oplossen van acute (capaciteits)problematiek zullen hebben. Kringen waar geen sprake is van een crisis blijken een zeer kritische houding ten aanzien van de ondersteuningsstructuur te hebben. Het kan erg lastig worden voor het Regiokantoor om zich te profileren en het vertrouwen te winnen van de verloskundigen in gebieden zonder acute problematiek.
- In de meeste pilotprojecten is ervaring opgedaan met een multidisciplinair overleg, meestal gericht op het oplossen van een specifiek knelpunt. Van de oprichting van

een Districts Verloskundig Platform, met een meer structurele basis echter nergens sprake. Het DVP is voor veel verloskundigen nog een onduidelijk begrip. Het oprichten, maar zeker ook het instandhouden van deze platforms wordt een omvangrijke taak voor de regiokantoren en zal waarschijnlijk langzaam vorderen.

8.2 Aanbevelingen

Uit het EVROS-onderzoek komt een aantal zaken naar voren die van belang zijn bij de verdere invoering van de ondersteuningsstructuur voor verloskundigen.

- Bij veel verloskundigen is een cultuuromslag nodig: van autonome beroepsbeoefening naar een model van samenwerking en ondersteuning. Deze cultuuromslag is van groot belang voor het functioneren van de ondersteuningsstructuur. Dit kost tijd en begeleiding op kring- en soms zelfs praktijkniveau. De regiokantoren hebben in dit proces een belangrijke rol te vervullen door:
 - Regelmatig contact met de kring; laten zien dat er betrokkenheid is bij problemen in de kringen en het op deze wijze opbouwen van een vertrouwensrelatie met de doelgroep;
 - Een heldere voorlichting over de taken en activiteiten van het Regiokantoor tot nu toe en in de nabije toekomst;
 - Aandacht voor de wensen van de kringen. Binnen het werkgebied van een Regiokantoor kunnen er grote verschillen zijn in de wensen en behoefte van kringen, al naar gelang de heersende problematiek;
 - Laten zien van enkele concrete resultaten, zodat verloskundigen de meerwaarde van het kantoor inzien, ook buiten de crisisgebieden.
- Om al deze activiteiten vorm te kunnen geven is het belangrijk dat de kantoren zo snel mogelijk op sterkte worden gebracht. De capaciteit van de kantoren is echter beperkt gezien hun werkgebied en de variatie aan problemen die zich daarbinnen afspeelt. Het takenpakket van de kantoren zoals dat tot nu toe is gepresenteerd, is vooral een opsomming van alle geïnventariseerde wensen. Om valse verwachtingen te voorkomen is het van belang om snel prioriteiten te stellen, daar zoveel mogelijk gebruikers bij te betrekken en hen zo snel mogelijk van deze prioritering op de hoogte te brengen.
- Aandacht voor het functioneren van de kring en het verbeteren van externe contacten, als een eerste stap in het verbeteren van de positionering van de eerste lijn, verdienen enige prioriteit in het takenpakket van de regiokantoren. Het is een terrein waarop alle kringen met ervaring aangaven dat de ondersteuning effectief was en gewaardeerd werd. Op het terrein van de facilitaire ondersteuning lijken de wensen veel meer te verschillen en afhankelijk te zijn van de organisatie van de individuele praktijken in de kring.
- Het vormgeven van kwaliteitsbeleid in engere zin (intercollegiale toetsing e.d.) stond in de pilotfase op een laag pitje. Hoewel crisismanagement en de invoering van de ondersteuningsstructuur van wezenlijk belang zijn voor het overleven de eerstelijns verloskunde, mag de kwaliteit van zorg als onderwerp niet van de agenda verdwijnen. Het uitwerken van de aanpak van dit beleidsterrein (o.a. implementatie van standaarden, opzet van een netwerk van ICT-groepen) blijft een essentiële taak voor de beroepsorganisatie KNOV.

- Het opzetten en begeleiden van DVP's wordt als een belangrijke taak voor de Regiokantoren beschouwd. Het is naar verwachting ook een tijdrovende taak, binnen onzekere kaders. Om kostbare tijd van de Regiokantoren te besparen moeten deze kaders (organisatie, doelstellingen, taken, regionale inbedding) verder worden uitgewerkt. Een document, waarin ook de waarde van het DVP voor de totale verloskundige zorg aan bod moet komen, kan ook een belangrijke rol spelen bij het overtuigen van externe partners van nut en noodzaak van het DVP. Op dit gebied lijkt nog veel werk te verrichten, zeker in gebieden waar acute (capaciteits)problematiek niet als aanjager voor dit overleg kan worden gebruikt. Aangezien dit kader voor de DVP's niet regiospecifiek is, ligt het voor de hand dat een dergelijke beleidsnotitie op landelijk niveau wordt opgesteld.

Tenslotte

Het 'definitieve' model voor de ondersteuningstructuur dient de komende tijd niet gewijzigd te worden. Uit het EVROS-onderzoek blijkt duidelijk dat het veld nog geruime tijd nodig heeft om de (on)mogelijkheden van de huidige ondersteuningsstructuur te ontdekken. Hernieuwde wijzigingen op korte termijn zullen het vertrouwen bij de doelgroep ernstig ondermijnen en daarmee ook de effectiviteit van de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns verloskunde ernstig benadelen.

9 Literatuur

- 1 Wiegers T, Calsbeek H, Hingstman L. Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick-scan' onder verloskundigen in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 2 Stuurgroep Modernisering Verloskunde. Derde concept Tussenrapportage stuurgroep modernisering verloskunde. Bilthoven: SMV, 2000.
- 3 Stuurgroep Modernisering Verloskunde. Eindrapport: Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21e eeuw. Bilthoven: SMV, 2000.
- 4 Huis M van. Crisis in de kraamzorg. T v verloskundigen 2001;26:812-812.
- 5 Nivel. Inventarisatie verloskundig actieve huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 6 KNOV. Stroomopwaarts: Ontwikkeling van een regionale ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns verloskunde. Bilthoven: KNOV, 2000.
- 7 Waelput A, Gorp J van. Invoering van Districts Verloskundige Platforms (DVP's). Bilthoven: KNOV, 2000.
- 8 KNOV. Projectplan DVP-vorming. Bilthoven: KNOV, 2000.
- 9 Berkelmans I. Decentralisatie. T v verloskundigen 2000;25:705-709.
- 10 Gorp Jv. Strategische overwegingen bij een nieuwe structuur. T v verloskundigen 2000;25:470-474.
- 11 Crimpen R van. Districts verloskundige platforms, stand van zaken juli 2000. Bilthoven: KNOV, 2000.
- 12 Maas I, Offerhaus P. EVROS: EValuatie Regionale OndersteuningsStructuur Verloskundigen; Tussenrapportage in de vorm van een nadere uitwerking van het onderzoeksvoorstel. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.
- 13 Crimpen R van. Ondersteuningsstructuur voor verloskundigen: Naar vijf Districtskantoren voor verloskundigen en een integraal perspectief verloskunde Bilthoven: KNOV, 2001.
- 14 KNOV. Activiteitenplan projectorganisatie DVP-vorming/Ondersteuningsstructuur periode april - december 2001. Bilthoven: KNOV, 2001.
- 15 KNOV. Beleidsplan 2001-2003. Bilthoven: KNOV, 2000. 16 Crimpen, R van. Vervolg op 30 maart: wat is toegezegd & hoe wordt dat uitgewerkt? KNOV-bulletin 2000; 5-6.
- 17 Uffelen, S van. Bericht van de DVP-desk. KNOV-bulletin 2001; 2: 4-5.
- 18 Crimpen R van, Onnes A, Reitsma E. Toelichting op het document ondersteuningsstructuur van maart 2001. Bilthoven: KNOV, 2001.
- 19 Crimpen R van. Plan van aanpak implementatie districtskantoren – concept. Bilthoven: KNOV, 2001.
- 20 Uffelen, S van. Bericht van de DVP-desk. KNOV-bulletin 2001; 5: 4-5.
- 21 Crimpen R van. Besteding PROVER gelden tbv ondersteuningsstructuur 2000. Bilthoven: KNOV, 2001.
- 22 Huis M van. De modernisering verder doorgevoerd. T v verloskundigen 2001;26:544-544.
- 23 Crimpen R van. Vijf regiokantoren operationeel. KNOV-bulletin 2002;(1):4.
- 24 Ipenburg J, Uffelen S van. Berichten van de DVP-desk. KNOV-bulletin 2001;(10):4-5.
- 25 Crimpen R van. Nieuwe ontwikkelingen: DVP-vorming officieel gestart. KNOV-bulletin 2000;(9):2-3.
- 26 Crimpen R van. Districts Verloskundige Platforms in de praktijk. T v verloskundigen 2000;25:466-469.
- 27 Huis M van. 18 mei 2001, de volgende ALV. KNOV-bulletin 2000;(12):9-10.

- 28 Gorp J van. Een kleine time out: de ALV is verschoven naar maart 2001. KNOV-bulletin 2000;(11):2.
- 29 Crimpen R van. Toelichting op de verschillen in de documenten over de ondersteuningsstructuur. Bilthoven: KNOV, 2001.
- 30 KNOV. Ondersteuningsstructuur voor verloskundigen: hoe gaat het in zijn werk? Bilthoven: KNOV, 2001.
- 31 Crimpen R van. Ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Bilthoven: KNOV, 2000.
- 32 Crimpen R van. Ketenzorg: een nieuw begrip. T v verloskundigen 2001;25:327-328.
- 33 Assema P van, Mesters I, Kok G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. T Soc Gezondheidsz 1992;70(7):431-437.
- 34 Morgan D. Focus groups. Annu Rev Social 1996;22:129-152.
- 35 KNOV. Modernisering Verloskunde. Notitie ten behoeve van raadsvergadering 25-2-2000. Bilthoven: KNOV, 2001.
- 36 Ministerie van VWS. Brief over de aanpassing PROVER., d.d. 3 mei 2000. CSZ/EZ-2066627. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.
- 37 Commissie Samenwerking 2000. Zorgvisie voor de eerstelijns verloskunde in Breda e.o. 2000. Breda: Cie Samenwerking 2000, 2000.
- 38 Goossens C. Plan van aanpak verloskundige zorg West-Friesland. Bunnik: Projectmanagement Zorg, 2001.
- 39 Goossens C. Intentieverklaring. Verloskundige Kring West-Friesland. Bunnik: Projectmanagement Zorg, 2001.
- 40 Piket T. Concept plan van aanpak problematiek verloskundigen. Piket, 2000.
- 41 Kring Breda e.o. Verloskundige Vereniging; Concept Ondernemingsplan. Bilthoven: KNOV, 1999.
- 42 Ziekenfondsraad (red.). Verloskundig Vademecum, eindrapport. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999.
- 43 Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Aan tijd en geld geen gebrek. Belemmerende en bevorderende factor bij vernieuwingen in de zorg. Rapport in voorbereiding. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
- 44 Hartings RCP, Kuperus KJ, Eikelenboom R, Wel M van der. Crisisbestrijding Eerstelijns Verloskunde. Rapport op landelijk niveau. Leusden: Deloitte&Touche Bakkenist, 2001.
- 45 Hartings R, Kuperus K, Eikelenboom R, Wel Mvd. Crisisbestrijding Eerstelijns Verloskunde. Rapport op districts niveau. Leusden: Deloitte & Touche Bakkenist, 2001.
- 46 Treurniet H. Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg: ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
- 47 Elfrink-Stinkens P. Quality management in obstetrics. Proefschrift. Katholiek Universiteit Nijmegen, 2000.
- 48 Rosendal H, Beekum WT van, Linden B van der, Schrijvers AJP. De effectiviteit van transmurale zorg. Een literatuurstudie naar de stand van zaken in Nederland. TSG 2002; 78(7):426-431.
- 49 Wensing M, Splunteren P van, Hulscher M, Grol R. Praktisch Nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.
- 50 Goossens C. Rapportage Werkgroep Verloskundige Zorg Noord-Kennemerland. Bunnik: Projectmanagement Zorg, 2001.
- 51 Goossens C. Werkdocument Stuurgroep Verloskunde Friesland. Bunnik: Projectmanagement Zorg, 2001.

A Gebruikte afkortingen

ALV	Algemene Ledenvergadering (van de KNOV)
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	Centrum Thuisbevalling Zaanstad
D&TB	Organisatieadviesbureau Deloitte & Touche Bakkenist
DHV	District Huisartsen Vereniging
DVP	District Verloskundig Platform
EVROS	EValuatie Regionale OndersteuningsStructuur verloskundigen
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
PROVER	PROgramma ter bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van zorg door VERloskundigen
RK	Regiokantoor
SMV	Stuurgroep Modernisering Verloskunde
STN	Stichting Thuisbevalling Nederland
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
UMCU	Universitair Medisch Centrum Utrecht
VSV	Verloskundig SamenwerkingsVerband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen

