



# **‘ANTICONCEPTIEZORG IN DE EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK’**

**Onderzoeksrapport naar:**

**Anticonceptie zorg als taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen in Nederland**

**Begeleider: dr. H. Finkenflügel, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.**

**Opdrachtgever: drs. R. Gardenbroek, AGIS Zorgverzekeringen, Amersfoort.**

**M.T. van Schuppen**

# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>7</b>
1.1 AANLEIDING .....	7
1.2 DOEL VAN HET ONDERZOEK.....	8
1.3 ONDERZOEKSVRAGEN .....	8
1.4 LEESWIJZER.....	9
<b>2. LITERATUURONDERZOEK</b> .....	<b>9</b>
2.1 VERKLARING VAN HET BEGRIP ‘ANTICONCEPTIEZORG’ .....	10
2.2 TAAKUITBREIDING ANTICONCEPTIEZORG VOOR EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN.....	11
2.3 BEGRIPPENVERHELDERING EN VERHOUDINGEN .....	13
2.4 ANTICONCEPTIEZORG IN NEDERLAND NAAST ANTICONCEPTIEZORG VERLEEND DOOR VERLOSKUNDIGEN IN ANDERE WESTERSE LANDEN .....	14
2.5 JURIDISCHE KADER.....	16
<b>3. THEORETISCH KADER</b> .....	<b>19</b>
<b>4. ONDERZOEKSOPZET EN METHODE</b> .....	<b>21</b>
4.1 UITVOERING EMPIRISCH DEEL.....	21
4.1.1 Instrumentontwikkeling en procedure .....	22
4.1.2 Betrouwbaarheid en Validiteit.....	22
4.2 WIJZE VAN ANALYSEREN .....	23
<b>5. RESULTATEN</b> .....	<b>24</b>
5.1 RESPONDENTEN .....	24
5.2 ONDERLINGE VERSCHILLEN .....	26
5.3 INDIVIDUELE ZORGVERLENER.....	29
5.3.1 Opvattingen .....	29
5.3.2 Persoonskenmerken .....	31
5.3.3 Competentie.....	33
5.4 SOCIALE OMGEVING.....	34
5.4.1 Cliënten.....	35
5.4.2 Zorgverleners.....	36
5.5 STRUCTURELE FACTOREN / RANDVOORWAARDEN.....	37
5.5.1 Organisatie en financiering.....	37
<b>6. DISCUSSIE EN CONCLUSIE</b> .....	<b>39</b>
6.1 DISCUSSIE.....	40
6.2 CONCLUSIE.....	43
<b>7. AANBEVELINGEN</b> .....	<b>45</b>
<b>LITERATUUR</b> .....	<b>46</b>
<b>BIJLAGE I</b> .....	<b>49</b>
<b>BIJLAGE II</b> .....	<b>51</b>
<b>BIJLAGE III</b> .....	<b>52</b>
<b>BIJLAGE IV</b> .....	<b>57</b>

## VOORWOORD

Anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor verloskundigen als onderwerp komt voort uit persoonlijke interesse voor vakinhoudelijke ontwikkelingen en verloskundige zorg in de toekomst. Het beroepsprofiel van de verloskundige en de interesse van de zorgverzekeraar (AGIS) vormden voor mij een mooie aanleiding om een onderzoek op te zetten naar beïnvloedende factoren bij implementatie van anticonceptiezorg in de verloskundige praktijk. Het onderzoek richt zich op de motivatie en mening van eerstelijns verloskundigen in Nederland, tevens mijn collega's.

Dit onderzoeksrapport is geschreven als afstudeerscriptie van de studie Master opleiding Verloskunde aan de Universiteit van Amsterdam / Academisch Medisch centrum, afstudeervariant Beleid & Management. De afstudeervariant werd verzorgd door de Netherlands School of Public and Occupational Health.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van AGIS Zorgverzekeringen te Amersfoort, vertegenwoordigd door drs. R. Gardenbroek, geneeskundig adviseur. Ik wil hem bedanken voor de goede samenwerking bij het ontwikkelen van dit uitdagende afstudeerproject. Het kantoor in Amersfoort was een hele prettige werkomgeving, ook de faciliteiten waar ik gebruik van kon maken waren onmisbaar. Namens de NSPOH ben ik persoonlijk begeleid door dr. H. Finkenflügel, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam. De begeleiding was uitstekend tijdens het doen van onderzoek en de verslaglegging daarvan. De altijd snelle reacties en inhoudelijke overlegmomenten heb ik erg gewaardeerd. Ik ben zowel aan drs. R. Gardenbroek als dr. H. Finkenflügel veel dank verschuldigd.

Rest mij mijn collega's van verloskundigen praktijk Amsterdam-Zuid te bedanken, zij hebben mij ruimte gegeven om naast mijn werk als verloskundige deze studie te kunnen doen. Ook mijn vriend, vrienden en familie mogen hier zeker niet ontbreken voor hun vertrouwen in een goed eindresultaat.

Als doel van mijn onderzoek heb ik getracht een rapport te schrijven wat niet bedoeld is in een 'la' te verdwijnen, maar wat een handvat kan zijn voor beleidsmakers. Ik hoop dan ook een evidence based bijdrage te hebben geleverd aan een effectieve en professionele ontwikkeling van de eerstelijns verloskunde in Nederland.

Tineke van Schuppen

Amsterdam, 1 december 2006

## **ABSTRACT**

### **BACKGROUND**

Contraceptive care as task-extension for Dutch midwives is a wish of the association of midwives (KNOV) and conform to their vision 'primary midwifery care'. Because unnecessary specialist care can be avoided the care insurer (AGIS) and the government are patrons too. To implement contraceptive care in midwifery practice it is required that conditions must be met. Whether Dutch are motivated to offer contraceptive care and what their opinion is about the task-extension is indistinct.

### **PURPOSE**

Identifying what midwives think about the task-extension and what influencing factors for implementation in midwifery practice are, according to Dutch midwives.

### **METHODS**

After literature search an inquiry has been established. To all, in sum 467, primary midwifery practices in the Netherlands an inquiry has been sent. To identify influencing factors defined groups of respondents have been compared for differences.

### **RESULTS**

According to literature the following conditions must be met: skills and competence, amendment to the law, client advantage and good cooperation with other care providers. Response rate: 62% (n= 290). Most midwives (n= 268: 92.4%) think that contraceptive care fits in their task parcel.

Obstructing factors according to midwives are compensation of care, time, influence on cooperation with general practitioners and extra education. Promoting factors according to midwives are their motivation, involvement, knowing of their own possibilities, awareness of continuing vocational training, customer advantage.

### **CONCLUSION**

Because midwives think contraceptive care fits in their task-parcel and they agree the arguments for task-extension, they are motivated to offer contraceptive care. The identified influencing factors for implementation that policy makers can take into account are: skills and competence, amendment of the law, compensation of care, customer advantage, cooperation and agreements with other care providers. Before implementation of 'contraceptive care in Dutch midwifery practice' it is recommended to investigate the opinions of clients and general practitioners.

## SAMENVATTING

### *Aanleiding*

Anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor verloskundigen is een wens van de KNOV en sluit aan bij de visie op eerstelijns verloskundige zorg. Naast de KNOV zijn AGIS zorgverzekeraar en de overheid voorstanders van meer uitgebreide en kwalitatief goede eerstelijns zorg, mede om onnodige medicalisering zoveel mogelijk te vermijden. Om de taakuitbreiding te kunnen implementeren in de eerstelijns verloskundige praktijk dient er aan voorwaarden te worden voldaan.

Of eerstelijns verloskundigen in Nederland anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket en wat volgens hen belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van anticonceptiezorg in de verloskundige praktijk zijn, bestaat onduidelijkheid. De centrale vraag luidt dan ook: In hoeverre zijn eerstelijns verloskundigen in Nederland gemotiveerd om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg en wat zijn voor hen beïnvloedende factoren voor implementatie in de eerstelijns verloskundige praktijk?

### *Doel*

Naar aanleiding van opvattingen onder eerstelijns verloskundigen de factoren identificeren die volgens eerstelijns verloskundigen in Nederland invloed hebben op een effectieve implementatie van anticonceptiezorg in de verloskundige praktijk. Naar aanleiding van deze factoren wordt er een beleidsadvies geformuleerd.

### *Methode van onderzoek*

Naar aanleiding van literatuuronderzoek is er op basis van een theoretisch kader (Wensing e.a. 2000) een enquête opgesteld. Naar alle, in totaal 467, eerstelijns verloskundige praktijken in Nederland is een enquête verstuurd om een zo breed mogelijk beeld van opvattingen te krijgen. Voor analyse en het verwerken van de resultaten is gebruik gemaakt van het programma SPSS 12.0.1. De voor dit onderzoek gedefinieerde groepen respondenten zijn met elkaar vergeleken om beïnvloedende factoren voor implementatie te kunnen identificeren.

### *Resultaten*

Uit de literatuur en documenten komen de volgende voorwaarden naar voren: bevoegd- en bekwaamheid, wetswijziging, cliëntenvoordeel en samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners. De respons van het empirisch onderzoek is 62% (n= 290). 268 (92,4%) van de respondenten geven aan dat zij anticonceptiezorg vinden passen in het takenpakket van de verloskundige voornamelijk voor vrouwen die al bekend zijn bij de verloskundige.

Belemmerende factoren voor implementatie volgens verloskundigen zijn: tarief, gebrek aan beschikbare tijd, mogelijke invloed op samenwerking met huisartsen en (na)scholing. Bevorderende factoren voor implementatie volgens verloskundigen zijn: motivatie, betrokkenheid, inzicht in eigen kunnen, noodzaak tot (na)scholing, cliëntenvoordeel.

## ***Conclusie***

Omdat het merendeel van de verloskundigen anticonceptiezorg vindt passen in hun takenpakket (n= 268, 92,4%) en omdat zij het eens zijn met de argumenten voor taakuitbreiding zijn verloskundigen uit dit onderzoek gemotiveerd om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg.

Positief beïnvloedende factoren voor verloskundigen zijn: betrokkenheid van verloskundigen bij de beroepsgroep, de opvatting dat zij de nieuwe taak wel aankunnen, bereid zijn tot het volgen van (na)scholing en het cliëntenvoordeel volgens de verloskundigen. Als negatief beïnvloedende factoren noemen de verloskundigen: geen tarief ter vergoeding van de zorg, gebrek aan tijd, (na) scholing, totaal pakket anticonceptiezorg als taakuitbreiding en de invloed van de taakuitbreiding op de samenwerking met de huisartsen. De geïdentificeerde beïnvloedende factoren voor implementatie waar door beleidsmakers rekening mee gehouden kan worden zijn: bevoegd- en bekwaamheid, wetswijziging (Wet BIG), cliëntenvoordeel, samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners en verdeeldheid onder verloskundigen over welke onderdelen van anticonceptiezorg passen in het pakket voor taakuitbreiding.

## ***Aanbevelingen***

Naar aanleiding van dit onderzoek verdient het aanbeveling om de plannen voor taakuitbreiding met anticonceptiezorg voor verloskundigen onder voorwaarden voort te zetten.

Allereerst is er wetswijziging nodig ten behoeve van het uitbreiden van de deskundigheid van de verloskundige. De KNOV brengt hiertoe een advies uit naar het ministerie van VWS. De zorgverzekeraar AGIS kan hier zowel naar Zorgverzekeraars Nederland als naar VWS de rol van gesprekspartner op zich nemen en de plannen beargumenteren op basis van dit onderzoek .

De tweede voorwaarde is een tarief ter vergoeding van anticonceptiezorg verleend door verloskundigen. Door de KNOV en Zorgverzekeringen Nederland dient een verzoek ingediend te worden bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Duidelijkheid over wat het pakket van anticonceptiezorg als taakuitbreiding inhoudt is de derde voorwaarde. Het totale pakket inclusief het voorschrijven van anticonceptiemiddelen en het inbrengen en verwijderen van spiraaltjes is het duidelijkst en wordt gesteund door de meeste verloskundigen

Als vijfde voorwaarde: een georganiseerd (na) scholingstraject voor (student) verloskundigen. De beschikbare tijd van de verloskundigen is: twee tot vier dagdelen

Als laatste voorwaarde geldt: afspraken met huisartsen en gynaecologen ten behoeve van het behoud van goede samenwerking. Wat opvattingen over de taakuitbreiding van andere zorgverleners zijn, is onduidelijk. Vervolgonderzoek naar opvattingen onder andere zorgverleners, cliënten en evaluatieonderzoek van ‘anticonceptiezorg verleend door verloskundigen’ verdient dus aanbeveling.

Voordat men start met de implementatie van anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen is het van belang de organisatie hiervan professioneel te begeleiden, dit om de kans op een effectieve invoering zo groot mogelijk te maken.

# 1. INLEIDING

## 1.1 Aanleiding

Dit onderzoek richt zich op de motivatie van eerstelijns verloskundigen om hun taken uit te breiden met anticonceptiezorg. De visie op eerstelijns verloskundige zorg van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is dat de gehele voortplanting en niet alleen het verloop van de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode, een fysiologisch (c.q. gezond) proces is. Deze visie vormt de basis voor het huidige ‘beroepsprofiel verloskundige’ (Liefhebber, van Dam, Waelput 2005). Door inhoudelijke veranderingen in de patiëntenzorg en de behoefte bij sommige zorgverleners aan betere carrièremogelijkheden staan ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de herverdeling tussen beroepsgroepen al enige jaren op de politieke agenda.

Naast de visie van de KNOV zijn ook de doelstellingen van de overheid van belang voor taakuitbreiding met anticonceptiezorg. De Nederlandse overheid stelt zich ten doel de toegankelijkheid van zorg te verbeteren, een efficiëntere werkvorm te creëren en een betere kwaliteit van zorg aan te bieden. Onderzoek naar taakverdeling tussen de beroepsgroepen kan hier, volgens het Ministerie van VWS, aan bijdragen (Hoogervorst, 2005). Minister Hoogervorst stelt dat de eerstelijns zorg goed, voldoende toegankelijk en laagdrempelig moet zijn. Het aantal onderlinge verwijzingen moet beperkt worden. Het doel hiervan is dat het eerstelijns zorgaanbod in Nederland beter zal gaan aansluiten bij de burgers en hun zorgvraag.

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben niet alleen te maken met de beroepsgroep, ook de nieuwe Zorgverzekeringswet heeft per 1 januari 2006 voor diverse veranderingen gezorgd. Deze wet hanteert voor prestaties een functiegerichte in plaats van een beroepsgroepgerichte omschrijving. Deze trendbreuk betekent dat de zorgverzekeraars hun zorg flexibeler kunnen inkopen. Verzekeraars kunnen daardoor kiezen uit meer aanbieders en cliënten kunnen hun keuze voor een zorgaanbieder beter afstemmen op de specifieke zorgvraag. De Wet BIG (de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) staat deze grotere flexibiliteit en vraaggerichtheid niet in de weg (Hoogervorst 2005). De cliënt kan hierdoor dus gericht kiezen, waardoor de marktwerking in de zorg wordt gestimuleerd.

Evenals de KNOV en de overheid is ook de zorgverzekeraar een sterke voorstander van een meer uitgebreide eerstelijns zorg. Zowel doelmatigheids- en kwaliteitswinst als zorg die zo dicht mogelijk bij de patiënt geleverd wordt zijn zaken die tellen. Ook de zorgverzekeraar is ervan overtuigd dat onnodige medicalisering zoveel mogelijk vermeden dient te worden.

Eerstelijns verloskundige zorgverleners hebben in Nederland een poortwachterfunctie voor specialistische zorg. In de huidige zorgsituatie geeft de verloskundige voorlichting over anticonceptie aan jonge moeders bij het afsluiten van het kraambed en/of tijdens nacontrole. Het vervolg van de

anticonceptiezorg wordt verleend door de huisarts of de gynaecoloog in de tweede lijn, voor verloskundigen ligt op dit punt in het zorgaanbod de uitdaging. Met anticonceptiezorg als taakuitbreiding lijken verloskundigen laagdrempelig een continuüm van zorg aan te kunnen gaan bieden. Voor eerstelijns verloskundigen kan de uitbreiding van het takenpakket met de anticonceptiezorg voordelig zijn vanwege vernieuwde carrièremogelijkheden en professionalisering van het vak. Op dit moment zijn er al verregaande ontwikkelingen op het gebied van taakuitbreidingen zoals prenatale screening en preconceptie zorg (Wiegers, Velden van der, Hingstman 2005).

Terwijl anticonceptiezorg door eerstelijns verloskundigen een wens is van de KNOV en de zorgverzekeraar, is het tot op heden onduidelijk of verloskundigen anticonceptiezorg willen verlenen en onder welke voorwaarden. Voordat verloskundigen daadwerkelijk anticonceptiezorg kunnen gaan aanbieden moet er aan randvoorwaarden voldaan worden. Er moet bijvoorbeeld geregeld worden dat verloskundigen recepten voor anticonceptiemiddelen kunnen uitschrijven, er (na)scholing wordt georganiseerd, er tarieven worden vastgesteld en dat er goed overleg plaatsvindt met andere zorgverleners, zoals huisartsen (Raas, Lint 2002). Voor een effectieve implementatie van de taakuitbreiding met anticonceptiezorg is draagvlak onder eerstelijns verloskundigen van essentieel belang (Wensing, van Splunteren, Hulscher en Grol 2000).

Bovenstaande ontwikkelingen en vragen vormen voor AGIS Zorgverzekeringen aanleiding om een onderzoek in te laten stellen naar beïnvloedende factoren bij de implementatie van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk. Deze scriptie is de weergave van dit onderzoek.

## **1.2 Doel van het onderzoek**

Dit onderzoek richt zich vooral op de voorwaarde dat verloskundigen bereid moeten zijn om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg. Het doel van dit onderzoek is dan ook het identificeren van factoren, die volgens eerstelijns verloskundigen in Nederland, invloed hebben op een effectieve implementatie van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk. Naar aanleiding van deze factoren wordt er een beleidsadvies geformuleerd voor implementatie.

## **1.3 Onderzoeksvragen**

### **Centrale vraag:**

In hoeverre zijn eerstelijns verloskundigen in Nederland gemotiveerd om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg en wat zijn voor hen beïnvloedende factoren voor implementatie in de eerstelijns verloskundige praktijk?



**Deelvragen:**

1. Hoe verhouden de plannen voor implementatie van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk in Nederland zich tot anticonceptiezorg, verleend door verloskundigen, in andere westerse landen?
2. Wat zijn, in de literatuur en documenten, factoren die de implementeerbaarheid van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk kunnen beïnvloeden?
3. Vinden verloskundigen anticonceptiezorg passen in hun takenpakket en wat zijn, volgens de verloskundigen, belangrijke factoren die de implementeerbaarheid van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk kunnen beïnvloeden?
4. Wat zijn volgens de verloskundigen aandachtspunten voor de acties die nodig zijn om anticonceptiezorg te kunnen implementeren in de eerstelijns verloskundige praktijk?

**1.4 Leeswijzer**

Bovenstaande vragen worden behandeld in twee delen. Het eerste deel omvat literatuuronderzoek, het tweede deel richt zich op de resultaten van het empirisch onderzoek. Hoofdstuk twee, het literatuur- en documenten onderzoek, bevat het antwoord op de deelvragen een en twee. In hoofdstuk drie wordt het theoretische kader uiteengezet. De onderzoeksopzet en de methode worden behandeld en verantwoord in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van het empirisch onderzoek onder eerstelijns verloskundigen getoond, de deelvragen drie en vier komen in dit hoofdstuk aan de orde. De resultaten worden gebundeld in hoofdstuk zes, waaruit de beschouwing en conclusie volgen. Aanbevelingen zijn in hoofdstuk zeven opgenomen. Tot slot de geraadpleegde literatuur in alfabetische volgorde.

## 2. LITERATUURONDERZOEK

Dit hoofdstuk omvat literatuur en documentenonderzoek, wat als vooronderzoek gezien wordt voor het theoretische kader en de uitvoering van het empirisch onderzoek onder eerstelijns verloskundigen. In paragraaf een wordt het begrip 'anticonceptiezorg' verduidelijkt en paragraaf twee is een verduidelijking van de taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen. Vervolgens worden de begrippen en verhoudingen in paragraaf drie uiteengezet. In paragraaf vier van dit hoofdstuk wordt daarna verder ingegaan op anticonceptiezorg in Nederland naast anticonceptiezorg verleend door verloskundigen in andere westerse landen. Ten slotte beschrijft paragraaf vijf het juridische kader voor implementatie van anticonceptiezorg verleend door verloskundigen.

Dit hoofdstuk omvat de deelvragen een en twee: *hoe verhouden de plannen voor implementatie van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk zich tot anticonceptiezorg in andere westerse landen en wat zijn, in de literatuur en documenten, factoren die de implementeerbaarheid van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk beïnvloeden?*

### 2.1 Verklaring van het begrip 'anticonceptiezorg'

In de standaarden van het Nederlandse Huisartsengenootschap (Het spiraaltje M14 2000 en Hormonale anticonceptie M02 2003) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (Orale anticonceptie, de combinatiepil 2000 en Intra-uteriene anticonceptie 2002) worden de handelingen beschreven voor het verlenen van anticonceptiezorg, zoals het uitschrijven van anticonceptiemiddelen en het inbrengen c.q. verwijderen van het spiraaltje (IUD). Vanuit de literatuur wordt het begrip 'anticonceptiezorg' en wat de zorg rondom anticonceptie precies moet inhouden verder niet helder uiteengezet. In dit onderzoek is ervoor gekozen om anticonceptiezorg breed te interpreteren.

Met anticonceptiezorg die voorgesteld wordt als taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen wordt hier het *totale* pakket anticonceptiezorg bedoeld. De onderdelen van dit pakket zijn: informatie, voorlichting en advies geven over anticonceptiemiddelen; de cliënte helpen bij het maken van keuzes; voorschrijven van anticonceptiemiddelen; inbrengen en verwijderen van spiraaltjes. De mogelijke anticonceptiemiddelen zijn: het condoom, orale anticonceptie(OAC), het spiraaltje (Mirena® en koperhoudend), het pessarium, de vaginale ring, de pleister, Implanon, de LAM-methode (e.g. lactatie amenorroe methode) en natural family-planning (e.g. periodieke onthouding). Dit onderzoek richt zich in het kader van de taakuitbreiding op de niet vrij verkrijgbare anticonceptiemiddelen zoals orale anticonceptiemiddelen, het spiraaltje, de vaginale ring, de pleister en Implanon. Deze middelen zijn alleen verkrijgbaar op recept en van de hulpverlener wordt deskundigheid vereist.

## 2.2 Taakuitbreiding anticonceptiezorg voor eerstelijns verloskundigen

In het beroepsprofiel van de verloskundige (Liefhebber 2005) wordt de taakuitbreiding met reproductieve zorg<sup>1</sup>, waar anticonceptiezorg een onderdeel van is, genoemd als ‘integraal onderdeel’ van verloskundige zorg. Het beroepsprofiel heeft als doel om een bijdrage te leveren aan verdere professionalisering van het vak, de herkenbaarheid en inzichtelijkheid van het vak te verbeteren, de kwaliteit van het werk te waarborgen en de identiteit van het vak te versterken. Uitgangspunten van het beroepsprofiel zijn dat de verloskundige werkt op basis van risicoselectie, dat zij evidence based werkt, dat zij reproductieve zorg verleent en dat zij psychosociale begeleiding, voorlichting en nazorg geeft. Volgens Liefhebber (2005) kunnen moeder en kindzorg en van daaruit gezinsplanning, SOA’s en geweld door verloskundigen opgepakt worden. De KNOV geeft duidelijk aan dat reproductieve zorg goed past bij de verloskundige, omdat zij cliënten fysiologisch in plaats van pathologisch benadert en omdat zij medisch opgeleid is. Liefhebber (2005) stelt ook dat cliënten mogelijk de voorkeur geven aan een vrouwelijke zorgverlener en dat verloskundigen dus bij uitstek geschikt zijn voor het verlenen van zorg in de vruchtbare periode van vrouwen. Voorbeelden van deze zorg zijn anticonceptiezorg en zorg rondom seksualiteit, reproductie en SOA’s. Risicoselectie is hierbij een belangrijke taak van de verloskundige.

In het beroepsprofiel sluit de KNOV met haar visie<sup>2</sup> op eerstelijns verloskundige zorg aan bij de definitie van de verloskundige (midwife) van de World Health Organisation (WHO 2006);

“A midwife is a person who, having been regularly admitted to an educational programme, duly recognised in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practise midwifery.

She must be able to give the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct deliveries on her own responsibility and to care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the detection of abnormal conditions in mother and child, the procurement of medical assistance and the execution of emergency measures in the absence of medical help. She has an important task in health counselling and education, not only for women, but also within the community. The work should involve antenatal education and preparation for parenthood and extends to certain areas of gynaecology, family planning and child care. She may practise in hospitals, clinics, health units, domiciliary conditions or any other service.”

Reproductieve zorg bevat over het algemeen meerdere thema’s (zie hoofdstuk twee) en betekent de zorg die gericht is op de bevordering van gezondheid van de vrouw in haar vruchtbare periode. De WHO definieert reproductieve zorg als volgt (WHO 2006);

---

<sup>1</sup> Reproductieve zorg betekent de zorg in de vruchtbare leeftijd van vrouwen. Deze zorg beslaat meerdere thema’s; gezinsplanning, infertiliteit, zorg rondom ongewenste zwangerschappen, moeder en kindzorg, seksueel overdraagbare aandoeningen en aids, (baarmoederhals- en borst) kanker, geweld tegen vrouwen, ouder worden en menopauze (Liefhebber 2005)

<sup>2</sup> ‘De gehele voortplanting (niet alleen zwangerschap en bevalling) is een fysiologisch proces. Ingrijpen is niet nodig tenzij er zich afwijkingen voordoen’

“ Reproductive health is a state of complete psysical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Impliciet in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases”

Naar aanleiding van de gewenste uitbreiding van zorg door de verloskundige wordt verduidelijkt wat er praktisch verandert als verloskundigen in Nederland anticonceptiezorg gaan verlenen.

Als een vrouw in Nederland ongeveer acht weken zwanger is komt zij voor een intakegesprek bij haar eerstelijns verloskundige. Tijdens de intake wordt er een anamnese afgenomen, er wordt informatie verstrekt en er worden vragen beantwoord. Als er sprake is van een gezondheidsrisico naar aanleiding van de algemene-, familie-, en/of obstetrische anamnese wordt er extra onderzoek ingezet. De zwangere wordt daarvoor verwezen naar de gynaecoloog. Indien er daadwerkelijk sprake is van een gezondheidsrisico voor moeder en/of kind komt de zwangere onder begeleiding van de tweede lijn voor zwangerschap, bevalling en eventueel kraambed. De gezonde zwangere blijft dus onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige en kan thuis of poliklinisch bevallen onder begeleiding en verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige. Verloskundigen zijn eerstelijns poortwachters voor specialistische zorg. Bij het afsluiten van het kraambed wordt informatie gegeven over de verschillende methoden van anticonceptie en worden er vragen over dit onderwerp beantwoord door de verloskundige. Zes weken na de bevalling komt anticonceptie vaak nogmaals ter sprake tijdens de nacontrole bij de verloskundige. Voor het uitschrijven van recepten, het plaatsen van een spiraaltje en de verdere verlening van anticonceptiezorg moet de cliënte naar haar huisarts en wordt ze al dan niet doorverwezen naar de gynaecoloog. Op dit moment in het zorgtraject vindt er dus een overdracht van zorg plaats, terwijl het continuüm van zorg hier kan worden verlengd door dezelfde zorgverlener: de eerstelijns verloskundige. De cliënte heeft evenwel een vertrouwensband opgebouwd met de verloskundige en in overeenstemming met de WHO-definitie van reproductieve zorg zou het vervolg van zorg op zwangerschap en bevalling prima verlengd kunnen worden met anticonceptiezorg.

## 2.3 Begrippenverheldering en verhoudingen

Bij een *taakverruiming of taakverrijking* voert de verloskundige volgens Mintzberg (1994) niet alleen meer taken uit, maar wordt ook de zeggenschap en de controle over het werk uitgebreid. Omdat anticonceptiezorg tot nu toe verleend wordt door huisartsen is hier niet alleen sprake van een taakverruiming voor verloskundigen, maar ook een gedeeltelijke taakherschikking van huisartsen naar eerstelijns verloskundigen. In een artikel over taakherschikking in de verloskunde (Waelput e.a. 2005) wordt uiteengezet dat *taakherschikking* een structurele (her)verdeling van taken is tussen verschillende beroepsgroepen, niet tussen functies. Bij een structurele taakherschikking worden de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden overgedragen voor indicatiestelling voor voorbehouden handelingen (zie Wet BIG). Volgens Raas e.a. (2002) is het doel van taakherschikking in de gezondheidszorg een betere afstemming van vraag en aanbod, kwaliteitsverbetering en cliëntgerichtheid. Taakherschikking in de verloskunde kan volgens Waelput e.a. (2005) leiden tot de gestelde doelen van Raas e.a.

Eerstelijns verloskundigen kunnen, net zoals huisartsen, anticonceptiezorg aanbieden als zij aan criteria voldoen. Zo moet verloskundigen bijvoorbeeld bevoegd en bekwaam zijn. *Bevoegdheid* is volgens Raas e.a. (2002) op grond van de wet BIG nodig om voorbehouden handelingen te kunnen verrichten. Onder *bekwaamheid* wordt de ‘individuele’ bekwaamheid van een beroepsbeoefenaar op grond van ervaring en vaardigheden verstaan. Andere criteria zijn dat het inzichtelijk en duidelijk voor cliënten moet zijn wie welke taak uitvoert. Tevens moet er een meerwaarde van taakherschikking zijn en de vrouwen (cliënten) moeten er voordeel bij hebben (Waelput e.a. 2005).

Taakuitbreiding met anticonceptiezorg voor verloskundigen kan gezien worden als de implementatie van een zorgvernieuwing. *Implementatie* wordt in de literatuur gedefinieerd als: ‘procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze structureel plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg’ (ZON 1997). In hoofdstuk drie wordt er verder op de implementatie van anticonceptiezorg als zorgvernieuwing ingegaan.

### Verhoudingen

De verhouding tussen de huisarts en de eerstelijns verloskundige is gebaseerd op onderlinge samenwerking en zorgvuldige overdracht van gegevens. Een andere onderlinge verhouding is die van de verloskundige en de gynaecoloog. De verloskundige past risicoselectie toe en wijst, ingeval van een verhoogd risico of complicaties, door naar de tweede lijn. Deze onderlinge verhoudingen zijn belangrijk om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen.

Eerstelijns verloskundigen hebben in het kader van hun financiële vergoeding ook een relatie met de zorgverzekeraar. De nieuwe zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 hanteert voor prestaties

een functiegerichte in plaats van een beroepsgroepgerichte omschrijving. Deze trendbreuk in de gezondheidszorg betekent dat de zorgverzekeraars hun zorg flexibeler in kunnen kopen. Verzekeraars kunnen daardoor meer kiezen uit zorgaanbieders. En patiënten (cliënten) kunnen beter kiezen voor die zorgaanbieder die zijn zorg het beste afstemt op de zorgvraag. De professionalisering van het vak van de verloskundige door het uitbreiden van taken, zou de onderhandelingspositie van verloskundigen met de zorgverzekeraar kunnen versterken.

## **2.4 Anticonceptiezorg in Nederland naast anticonceptiezorg verleend door verloskundigen in andere westerse landen**

In de literatuur is er weinig bekend over anticonceptiezorg aangeboden door eerstelijns verloskundigen. Eerstelijns verloskundigen in Nederland werken zelfstandig en hebben eigen verantwoordelijkheid over hun handelen. Verloskundigen in veel landen om ons heen werken echter onder verantwoordelijkheid van de tweede lijn. Onderzoek wat in het buitenland gedaan is, is daardoor moeilijk te generaliseren. Er is gezocht naar relevant onderzoek uit vergelijkbare westerse landen. Om de anticonceptiezorg verleend door verloskundigen in goed ontwikkelende, westerse landen voor een deel in kaart te kunnen brengen, is er gekozen voor onderzoeken uit Nederland, Zweden, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten.

Reproductieve zorg wordt in de huidige situatie in Nederland over het algemeen door huisartsen verleend, zij zijn de poortwachters voor gespecialiseerde zorg. In onderzoek van Hardon e.a. (2003) wordt beschreven hoe de reproductieve zorg in Nederland georganiseerd en geïntegreerd is in de eerste lijn. De auteur stelt dat de zorg gefragmenteerd is door verschillende historische ontwikkelingen. In het onderzoek worden verschillende componenten van de zorg beschreven, waaronder anticonceptiezorg. In de jaren zestig kwam het gebruik van anticonceptie in opmars. De acceptatie van de anticonceptiepil werd gestimuleerd doordat de pil vanaf 1971 werd vergoed door de zorgverzekeraar. Ook het spiraaltje en andere vormen van anticonceptie werden een jaar later vergoed. In 1998 gebruikten 70% van de vrouwen in de reproductieve fase anticonceptie. Hardon e.a. (2003) stellen dat de psychologische counseling van reproductieve- en seksuele problemen over het algemeen onvoldoende is door weinig tijd en gebrek aan training. Het onderzoek concludeert dat reproductieve zorg hier en daar significante tekortkomingen laat zien als het om de zorgvraag gaat. Volgens Wiegers e.a. (2005) is een taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen op het gebied van anticonceptiezorg zeker voorstelbaar; niet alleen het terugkijken op de zorg rondom de zwangerschap, maar ook het verder kijken met de cliënt kan het continuüm van zorg verlengen.

In een onderzoek uit Groot-Brittannië (Hall 2005) wordt beschreven dat de hulpverlener die anticonceptiezorg verleent adequate kennis en voldoende begrip voor het psychosociale proces moet hebben. Een volgende zwangerschap mag geen gevolg zijn van slecht anticonceptiegebruik en/of –

keus. Verloskundigen hebben in Groot-Brittannië een belangrijke, duidelijke en stevige rol bij de voorlichting en het gebruik van anticonceptie na de bevalling.

Ander onderzoek uit Zweden (Sundstrom-Feigenberg 1984) laat zien dat verloskundigen vanaf 1972 anticonceptiezorg verlenen, omdat de huisartsen kampten met een te hoge werkdruk. Na een 'inservice'-opleiding zijn verloskundigen in staat anticonceptiezorg te verlenen. Verloskundigen geven informatie en organiseren zelfstandig een anticonceptie-unit. In 1978 is de wet voor verloskundigen aangepast om anticonceptiemiddelen te kunnen voorschrijven. Van tevoren waren er wel twijfels over, maar er werd snel bekend dat verloskundigen het goed deden. Volgens Sundstrom-Feigenberg zijn verloskundigen goede adviseurs door hun psychologische gevoeligheid en hun vertrouwdheid met cliënten. Ook zijn ze gemakkelijk te bereiken voor een afspraak of telefonische vragen en dat ze bijna allemaal vrouw zijn werkt positief bij cliënten. Van de 3000 verloskundigen hebben er in 1984 1000 de 'inservice'-opleiding afgerond, zij schrijven ook anticonceptiemiddelen voor. In Zweden worden de meeste anticonceptieconsulten door verloskundigen verzorgd.

Burst e.a. (1998) onderzochten de rol van de verloskundigen in de Verenigde Staten en de ontwikkelingen op dit gebied in de afgelopen dertig jaar. De anticonceptiezorg verleend door 'nurse-midwives' verschilt per staat. Over het algemeen kregen de 'nurse-midwives' steeds meer taken, de praktijk heeft uitgewezen dat de zorg verleend door 'nurse-midwives' zich ontwikkeld heeft van een focus op verloskundige zorg tot eerstelijns zorg voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd, inclusief anticonceptiezorg. Daarnaast beschrijft Roemer e.a. (1997) ook dat verloskundigen in USA-California bevoegd zijn om te voorzien in prenatale en postnatale zorg, normale bevallingen te begeleiden en anticonceptiezorg te verlenen. Anticonceptiezorg houdt hier ook het plaatsen en verwijderen van spiraaltjes in.

Samenvattend komt uit de literatuur naar voren dat anticonceptiezorg over het algemeen nog niet door verloskundigen in Nederland verleend wordt. Er zijn echter vergelijkbare, goed ontwikkelende, westerse landen waar verloskundigen tot ieders tevredenheid actief zijn betrokken bij de anticonceptiezorg en ook landen waar de verloskundige de aangewezen hulpverlener is op het gebied van reproductieve zorg inclusief anticonceptiezorg. In een aantal andere westerse landen is anticonceptiezorg verleend door verloskundigen dus zeker niet van de laatste tijd.

## 2.5 Juridische kader

In deze paragraaf worden de juridische randvoorwaarden uiteengezet. Eenvoudig gezegd: wat moet er wettelijk geregeld worden voordat anticonceptiezorg als taakuitbreiding geïmplementeerd kan worden in de eerstelijns verloskundige praktijk?

Wat belemmerende en bevorderende factoren zijn in het kader van taakherschikking in de gezondheidszorg beschrijft Raas e.a. (2002) aan de hand van de juridische aspecten. De volgende aspecten zijn van belang bij taakherschikking, te weten: het in het oog houden van eigen verantwoordelijkheid, goede samenwerkingsafspraken over taken en verantwoordelijkheden, aandacht voor uitwisseling van informatie en een zorgvuldige overdracht van patiënten (Raas 2002).

De beroepsbeoefenaar (de verloskundige) is alleen bevoegd indien ook bekwaam. Volgens Waelpuut e.a. (2005) geeft de wetgever in algemene termen aan wat het werkkterrein is waarop de beroepsbeoefenaar op grond van zijn opleiding deskundig is: het deskundigheidsgebied. Uit het deskundigheidsgebied van een bepaalde beroepsgroep moet blijken wat het specifieke aandachtsgebied van de beroepsuitoefening is. Het deskundigheidsgebied van de verloskundige is wettelijk vastgelegd, hierin staat omschreven tot welke voorbehouden handelingen zij zelfstandig bevoegd is en welke handelingen deel uitmaken van de beroepsuitoefening van verloskundigen. Volgens artikel 14 (Wet BIG) stelt de beroepsgroep zelf de deelgebieden waarvoor bijzondere deskundigheid vereist is en de opleidingseisen vast. Ter verduidelijking van beïnvloedende factoren bij implementatie worden de verschillende wetten geanalyseerd.

### De wet BIG

Het uitgangspunt van de wet BIG (vanaf 1997 in werking) is om de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg te waarborgen. Voordat de wet BIG in werking trad waren alleen artsen, tandartsen, verloskundigen en paramedici bevoegd om geneeskundige handelingen te verrichten, maar met de komst van de wet BIG wordt het geneeskundig handelen vrij gelaten: iedereen mag handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten, met uitzondering van de voorbehouden handelingen (Boomen e.a. 1996). Bovenstaande betekent titelbescherming in plaats van beroepsbescherming. Volgens Raas e.a. (2002) heeft de wet als doel om de titel en de deskundigheid van een beroepsbeoefenaar te beschermen. De wet stelt opleidingseisen vast (wie daaraan voldoet heeft het recht een wettelijk beschermde titel te voeren) en in artikel 36 van de wet BIG<sup>3</sup> zijn 13 clusters van voorbehouden handelingen beschreven.

---

<sup>3</sup> heilkundige handelingen, verloskundige handelingen, verrichten van endoscopieën, verrichten van catheterisaties, geven van injecties, verrichten van puncties, onder narcose brengen, verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, verrichten van electieve cardioversie, toepassen van defibrillatie, toepassen van electroconvulsie therapie, stedenvergruizing voor geneeskundige doeleinden en het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke



Voorbehouden handelingen zijn handelingen die bij ondeskundige uitvoering gevaarlijk zijn voor de patiënt. Het onbevoegd uitvoeren van een voorbehouden handeling is verboden volgens artikel 52 en strafbaar volgens artikel 110 van de wet BIG. Verloskundigen zijn bevoegd om heelkundige-, verloskundige handelingen en catheterisaties te verrichten, injecties te geven en puncties te verrichten. Deze handelingen moeten zijn beschreven in het deskundigheidsgebied van de verloskundige dat opgenomen is in de algemene maatregel van Bestuur; artikel 19 (zie voor het totale deskundigheidsgebied bijlage I). Het deskundigheidsgebied van de verloskundige omvat het adviseren van de vrouw en haar partner met betrekking tot anticonceptie en gezinsplanning, maar ook het voorschrijven van aangewezen geneesmiddelen. De in het deskundigheidsgebied van de verloskundige aangewezen geneesmiddelen zijn; ijzerpreparaten, oxytocine, moederkoornalkaloïden en hiervan afgeleide verbindingen, anti-D-rhesus immunoglobuline, hepatitis B immunoglobuline, hepatitis B vaccin en vitamine K. Anticonceptiemiddelen komen niet in dit rijtje voor.

Zoals eerder in deze paragraaf duidelijk werd moet de verloskundige bevoegd en bekwaam zijn om anticonceptiezorg te mogen verlenen. Vooralnog is de verloskundige dus niet bevoegd om anticonceptiemiddelen voor te schrijven. In het kader van dit onderzoek kan bevoegdheid dus als belemmerende factor aangemerkt worden. Het plaatsen van een spiraaltje wordt in de wet BIG niet duidelijk gekenmerkt als een voorbehouden handeling, hier geldt dat als de verloskundige bekwaam is, zij ook bevoegd is.

### **Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO)**

Het doel van deze wet (vanaf 1995) is om de rechtspositie van de patiënt te versterken; de onderlinge verhouding van hulpverlener en patiënt. Voor de patiënt moet het duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. In het kader van de taakuitbreiding moet de hulpverlener de cliënte duidelijk kunnen informeren over de verleende zorg, de risico's en alternatieven. De cliënte moet een verantwoorde keuze kunnen maken en weten welke argumenten zij daarvoor kan gebruiken (Dute, Friele, Gevers 2000).

De WGBO is dus geen belemmering te zijn bij de implementatie van anticonceptiezorg in de verloskundige praktijk indien er duidelijke afspraken over de taakverdeling gemaakt worden.

---

geslachtscellen en embryo's gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap(artikel 36).

### **Wet Op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG)**

Deze wet beschrijft welke personen, onder welke omstandigheden, bevoegd zijn geneesmiddelen te bereiden en af te leveren. Een recept wordt afgegeven door een arts, een tandarts of een verloskundige. Voor de verloskundige zijn dit de aangewezen geneesmiddelen die opgenomen zijn in het deskundigheidsgebied.

Naar aanleiding van dit hoofdstuk komen verschillende beïnvloedende factoren naar voren, die de implementeerbaarheid van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk kunnen beïnvloeden. Verloskundigen zijn tot dusver niet bevoegd en bekwaam om het totale pakket van anticonceptiezorg te verlenen. Om anticonceptiezorg door eerstelijns verloskundigen wettelijk mogelijk te maken moeten de opleidingseisen van verloskundigen aangepast worden. Het deskundigheidsgebied (algemene maatregel van Bestuur; artikel 19, bijlage I) van de verloskundige moet vervolgens door de KNOV uitgebreid worden met anticonceptiezorg. Ook moeten anticonceptiemiddelen toegevoegd worden aan de aangewezen middelen door Onze Minister. Er is dus wetswijziging nodig.

Het maken van afspraken met andere zorgverleners over taken en verantwoordelijkheden kan ook als beïnvloedende factor gekenmerkt worden. Het gaat hierbij vooral om goede samenwerkingsafspraken met huisartsen en gynaecologen.

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader uiteengezet, dit vormt de leidraad voor het empirisch onderzoek onder eerstelijns verloskundigen.

### 3. THEORETISCH KADER

Er is gekozen om factoren te identificeren die het implementatieproces van anticonceptiezorg kunnen beïnvloeden voor eerstelijns verloskundigen. Wensing e.a.(2000) hebben een model voor implementatie van zorgvernieuwingen beschreven. Het model is opgesteld aan de hand van onderzoek in de gezondheidszorg en theoretische inzichten vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines. Het vernieuwde handelen van zorgverleners (verloskundigen), de zorg voor cliënten en de organisatie staan centraal in dit model. De volgende vier stappen worden onderscheiden: de implementeerbaarheid van een vernieuwing onderzoeken; diagnose van de situatie; een implementatiestrategie bepalen; de evaluatie. Dit onderzoek is een voorbereiding op de derde stap; het kiezen van een implementatiestrategie. De beïnvloedende factoren zijn ingedeeld in drie categorieën, deze komen duidelijk naar voren in het theoretische model;

#### **Individuele zorgverlener:**

- *Competentie*; het vermogen om informatie te zoeken over vernieuwingen, kennis, inzicht in eigen functioneren en vaardigheden wat betreft vernieuwing
- *Opvattingen over de vernieuwing en de toepasbaarheid ervan in de praktijk*; mening over anticonceptiezorg als vernieuwing / taakuitbreiding en over specifieke onderdelen of aanbevelingen
- *Motivatie tot verandering*; de mate van onvrede met de huidige gang van zaken
- *Persoonskenmerken*; de mate van betrokkenheid bij beroepsgroep, het geloof in eigen kunnen en de persoonlijke leerstijl

#### **Sociale omgeving**

- *Patiënten*; de invloed van verwachtingen en voorkeuren, de kennis en vaardigheden met betrekking op de vernieuwing en het gedrag en navolging van adviezen
- *Zorgverleners*; de opvattingen van collega's, opinieleiders en professioneel netwerk

#### **Structurele factoren / Randvoorwaarden**

- *Organisatie*; de aanwezigheid van voorzieningen en organisatiekenmerken, zoals omvang en complexiteit
- *Financiering*; de financiële belangen en gerichte financiële prikkels

Volgens Wensing e.a. (2000) is de implementeerbaarheid van een vernieuwing (anticonceptiezorg als taakuitbreiding) in de zorg afhankelijk van de motivatie onder eerstelijns verloskundigen in Nederland. Het bovenstaand kader is aan de hand van het literatuuronderzoek, gesprekken met opinieleiders (KNOV,

zorgverzekeraar), collega's uit de praktijk en informatie van de Eerste Lijn Amsterdam <sup>4</sup> toepasbaar gemaakt voor de eerstelijns verloskundige praktijk in Nederland.

Categorie	Subcategorie	Vragen / aandachtspunten
<b>INDIVIDUELE ZORGVERLENER / VERLOSKUNDIGE</b>		
Opvattingen	Mening over anticonceptiezorg als taakuitbreiding en toepasbaarheid in de praktijk	- Passend in takenpakket, mening over verschillende onderdelen van anticonceptiezorg - Argumenten voor / tegen anticonceptiezorg als taakuitbreiding
Persoonskenmerken	Betrokkenheid beroepsgroep	- Aantal activiteiten in het kader van de beroepsgroep naast de werkzaamheden als verloskundige
Competentie	Inzicht in eigen kunnen	- Mening over nascholing - Het aankunnen van de nieuwe taak
<b>SOCIALE OMGEVING</b>		
Clënten	Gedrag van cliënten en voordeel van taakuitbreiding	- Mening over cliëntenvoordeel
Zorgverleners	Samenwerking met huisartsen	- Invloed van taakuitbreiding op samenwerking met huisartsen
<b>STRUCTURELE FACTOREN / RANDVOORWAARDEN</b>		
Organisatie	Beschikbare tijd Praktijkruimte	- Tijd voor taakuitbreiding - Geschikte praktijkruimte - Belemmeringen volgens de respondenten
Financiering	Aanwezigheid van tarief	- Belang van vastgesteld tarief

<sup>4</sup> in het voorjaar van 2006 is hier met verloskundigen en huisartsen gesproken over de taakuitbreiding voor verloskundigen met anticonceptiezorg

## 4. ONDERZOEKSOPZET EN METHODE

Omdat er weinig bekend is over anticonceptiezorg verleend door eerstelijns verloskundigen in Nederland en de praktische invulling van het onderwerp ontbreekt, is er voor een exploratief en beschrijvend onderzoek gekozen (Baarda 2001). Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden kan men interviews houden en / of een enquête uitzetten. Het doel van dit onderzoek is om een snelle en brede indruk te krijgen van de opvattingen onder eerstelijns verloskundigen in Nederland. Er is daarom niet gekozen voor het houden van interviews, maar voor het uitzetten van een enquête. Het theoretische kader vormt de leidraad voor het maken van de vragenlijst.

In paragraaf een wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd met behulp van de instrumentontwikkeling. Verder komen de betrouwbaarheid, validiteit en de wijze van analyseren in dit hoofdstuk aan de orde.

### 4.1 Uitvoering empirisch deel

De factoren die de motivatie beïnvloeden van de verloskundigen zijn vorm gegeven in een enquête. Er is uitgegaan van de aanname dat de factoren die invloed hebben op de motivatie (ook wel ‘draagvlak’) onder eerstelijns verloskundigen logischerwijs ook invloed hebben op een effectieve implementatie van anticonceptiezorg.

Beïnvloedende factoren (waaronder motivatie tot verandering) → implementeerbaarheid

Beïnvloedende factoren → motivatie → implementeerbaarheid

Om opvattingen van eerstelijns verloskundigen over implementatie in de eerstelijns praktijk in beeld te krijgen is het van belang dat zij ook de vragenlijst invullen. Volgens de laatste cijfers uit de registratie van verloskundigen waren er in 2005 in totaal 1639 eerstelijns verloskundigen werkzaam in Nederland (Kenens, Hingstman 2005). Om een brede indruk te krijgen van opvattingen onder verloskundigen is er naar elke verloskundige praktijk in Nederland, uit het adressenbestand van de KNOV, een enquête verstuurd. In totaal betreft dit 467 praktijken.

#### **4.1.1 Instrumentontwikkeling en procedure**

Om beïnvloedende factoren goed te kunnen identificeren is er een vragenlijst opgesteld aan de hand van stappen. Allereerst is er een topiclijst samengesteld naar aanleiding van de uit de literatuur bekende factoren (zie hoofdstuk 3 voor het theoretisch kader). De aangepaste topiclijst volgens de drie categorieën / thema's; individuele zorgverlener, sociale omgeving en structurele factoren/randvoorwaarden, is de leidraad geweest voor een gestructureerde vragenlijst. Voorafgaand aan de thema's zijn er een aantal algemene vragen gesteld over praktijkvorm, type werkgebied (stedelijk, verstedelijkt of platteland), provincie, leeftijd, aantal jaren werkervaring en opleidingsplaats. Er zijn verder drie soorten vragen gesteld: ja / nee- vragen; stellingen; een tweetal openvragen. Bij de antwoordformulering van de stellingen is er gebruik gemaakt van een Vijf-punts Likertschaal (1=helemaal oneens; 2=oneens; 3= niet eens / niet oneens 4=eens 5= helemaal mee eens). De blokken van vragen zijn voorafgegaan aan korte inleidingen en er is korte en bondige introductiebrief (zie bijlage II) bijgevoegd om de vragenlijst verder te structureren. Om de vragenlijst te toetsen is deze voorgelegd aan collega-verloskundigen, drie leken en een deskundige op het terrein van vragenlijstontwikkeling met de vraag om te kijken naar spelling, lay-out en naar een gemakkelijke en zelfde interpretatie van de vragen. Naar aanleiding van het commentaar is de vragenlijst meerdere malen aangepast. Het resultaat was de definitieve en gestructureerde vragenlijst (zie bijlage III).

In augustus 2006 zijn de, in totaal 467, vragenlijsten verstuurd met de vraag deze binnen twee weken ingevuld te retourneren in de bijgevoegde retourenvelop. De respondenten kregen een week extra om de vragenlijst te retourneren. Indien de respons na drie weken minder dan 60% zou zijn, zou er een schriftelijke herinnering verstuurd worden. Er is hier voor 60% (n= 280) gekozen, omdat er dan een goed beeld van opvattingen van eerstelijns verloskundigen over de taakuitbreiding met anticonceptiezorg verkregen kan worden.

#### **4.1.2 Betrouwbaarheid en Validiteit**

Om rekening te houden met de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten is er allereerst gekozen voor een groot aantal enquêtes, naar alle 467 eerstelijns verloskundige praktijken in Nederland. Ten tweede is het van groot belang dat de vragen op eenzelfde manier geïnterpreteerd worden om betrouwbaar antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, hiertoe is er bij de vraagstelling aandacht geweest voor eenzelfde interpretatie van de vragen. Om dubbelzinnigheid en onduidelijkheid te voorkomen is de vragenlijst voorgelegd aan verschillende beoordelaars en naar aanleiding van het commentaar aangepast.

## 4.2 Wijze van analyseren

Voor het analyseren van de vragenlijsten is er gebruik gemaakt van het programma SPSS versie 12.0.1. De open vragen zijn voor analyse opgenomen in een Worddocument.

Om de representativiteit van de onderzoeksgegevens te toetsen is er gebruik gemaakt van een Chi-kwadraat-toets. De respondenten zijn hiertoe op basis van algemene kenmerken zoals leeftijd vergeleken met verloskundigen uit de landelijke registratie (Kenens RL., Hingstman L. 2005).

Naar aanleiding van antwoordverschillen in de enquête zijn verschillende groepen respondenten met elkaar vergeleken en op basis hiervan konden beïnvloedende factoren voor implementatie volgens eerstelijns verloskundigen geïdentificeerd worden. Omdat er in de vragenlijst gebruik gemaakt is van stellingen en een Vijfpunts-schaal is er gekeken naar het gemiddelde- en middelste antwoord (de mediaan) in de groepen. Met betrekking op de open vragen uit de enquête zijn de mogelijke belemmeringen voor implementatie gerangschikt naar voorkomen; frequentie.

De structuur volgens de drie categorieën factoren uit het theoretisch kader wordt eveneens gehanteerd bij het bespreken van de resultaten en de conclusie.

## 5. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek onder eerstelijns verloskundigen beschreven. Ter beantwoording van de deelvragen drie en vier worden de resultaten gepresenteerd; *Vinden verloskundigen anticonceptiezorg passen in hun takenpakket en wat zijn, volgens de verloskundigen, belangrijke factoren die de implementeerbaarheid van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk beïnvloeden? Wat zijn, volgens de verloskundigen, aandachtsgebieden voor de acties die nodig zijn om anticonceptiezorg te kunnen implementeren in de eerstelijns verloskundige praktijk?*

De drie categorieën beïnvloedende factoren voor implementatie van Wensing e.a. (2000); de individuele zorgverlener, de sociale omgeving en de randvoorwaarden, worden in dit hoofdstuk herkend.

### 5.1 Respondenten

Drie weken na het versturen van de 467 vragenlijsten hebben er 290 verloskundigen gereageerd, dit betekent een respons van 62%.

De algemene vragen uit de enquête hebben als doel erachter te komen of de verloskundigen die de vragenlijst hebben ingevuld representatief zijn voor verloskundigen in Nederland. In totaal zijn er 2080 verloskundigen werkzaam in Nederland, waarvan 1639 in de eerste lijn. De cijfers uit het onderzoek worden in tabel 1 naast de cijfers uit de landelijke registratie van verloskundigen (Kenens 2005) gepresenteerd. Op het kenmerk ‘aantal jaren werkervaring’ en ‘type werkgebied’ kan niet vergeleken worden, omdat er geen cijfers bekend zijn uit de landelijke registratie, deze zijn hiertoe opgenomen in bijlage IV. Indien er geen antwoord op de desbetreffende vraag is gegeven, wordt dit weergegeven als ‘missing’.



<b>Kenmerken</b>	<b>Respondenten onderzoek N = 290</b>	<b>Eerstelijns verloskundigen in NL 2005. n = 1639</b>	
<b>Hoe werkzaam</b>			
- eigen praktijk of maatschap	265 (91,4%)	1240 (75,6%)	Chi Square: 42,435
- in loondienst	21 (7,2%)	237 (14,5%)	Sign.: 0,000
- als waarneemster	4 (1,4%)	162 (9,9%)	
<b>Praktijkvorm</b>			
- solo- / duopraktijk	83 (28,6%)	350 (21,4%)	Chi Square: 11,394
- groepspraktijk	199 (68,%)	1223 (74,6%)	Sign.: 0,003
- gezondheids- of eerstelijns verloskundig centrum	6 (4,0%)	66 (4,0%)	
- missing	2 (0,7%)		
<b>Leeftijd van verloskundigen</b>			
	<b>n = 290</b>	<b>n = 2080 *</b>	Chi Square: 17,435
- <25	13 (4,5%)	178 (8,6%)	Sign.: 0,026
- 25-29	82 (28,3%)	448 (21,6%)	
- 30-34	49 (16,6%)	365 (17,6%)	
- 35-39	42 (14,5%)	254 (12,2%)	
- 40-44	38 (13,1%)	288 (13,9%)	
- 45-49	21 (7,2%)	211 (10,2%)	
- 50-54	28 (9,7%)	175 (8,4%)	
- 55-59	10 (3,4%)	104 (5,0%)	
- 60-64	5 (1,7%)	45 (2,2%)	
- >=65	0 (0%)	6 (0,2%)	
- missing	2 (0,7%)	6 (0,2%)	
<b>Opleidingsplaats ***</b>			
	<b>n = 290</b>	<b>n = 2080</b>	Chi square: 3,045
- Amsterdam / Groningen	84 (29%)	550 (26,4%)	Sign.: 0,385
- Rotterdam	71 (24,5%)	576 (27,7%)	
- Kerkrade / Heerlen / Maastricht	85 (29,3%)	573 (27,5%)	
- Anders (buitenland)	46 (15,9%)	381 (18,3%)	
- missing	4 (1,4%)		
<b>Verloskundigen per provincie ***</b>			
	<b>n = 290</b>	<b>n = 1479 **</b>	Chi Square: 6,246
- Groningen	5 (1,7%)	29 (2,8%)	Sign.: 0,856
- Friesland	9 (3,1%)	43 (2,9%)	
- Drenthe	10 (3,4%)	34 (2,3%)	
- Overijssel	14 (4,8%)	107 (7,2%)	
- Flevoland	8 (2,8%)	36 (2,4%)	
- Gelderland	44 (15,2%)	208 (14,1%)	
- Utrecht	22 (7,6%)	116 (7,8%)	
- Noord-Holland	47 (16,2%)	263 (17,8%)	
- Zuid-Holland	59 (20,3%)	311 (21,0%)	
- Zeeland	3 (1,0%)	12 (0,8%)	
- Noord-Brabant	42 (14,5%)	232 (15,7%)	
- Limburg	21 (7,2%)	88 (5,9%)	
- missing	6 (2,1%)		

Tabel 1. Algemene kenmerken respondenten

\* Totaal aantal wijkt af van 1639, omdat de klinisch werkzame verloskundigen hier meegerekend zijn.

\*\* Totaal aantal wijkt af van 1639, sommige verloskundigen zijn in meerdere provincies werkzaam.

\*\*\* In dit onderzoek representatief voor alle verloskundigen in Nederland, P-waarde > 0,05

De representativiteit van de respondenten is met een Chi Square test berekend, het significantieniveau is vastgesteld op 5% ( $\alpha = 0.05$ ). Indien de P-waarde groter is dan 0,05 betekent dit dat er geen significante onderlinge verschillen zijn en dus sprake van representatieve getallen.

De respondenten zijn representatief wat betreft 'opleidingsplaats' (significantieniveau 0,385). Ook het percentage 'verloskundigen per provincie' is representatief voor de Nederlandse verloskundigen (significantieniveau 0,856). Uit de tabel blijkt verder dat de respondenten voor het merendeel werkzaam zijn in eigen praktijk of maatschap (n= 265: 91,4%), in de meeste gevallen betreft dit een groepspraktijk (n= 198: 68%). In tabel is te zien dat de cijfers redelijk overeen komen met de totale populatie verloskundigen in Nederland, ook hier is het merendeel van de verloskundigen in eigen praktijk of maatschap werkzaam (n= 1240: 75,6%). Het percentage groepspraktijken is eveneens hoog: 74,6% (n= 1223). De meeste verloskundigen in de groep van de respondenten en in de groep van de totale populatie zitten in de leeftijdscategorie 25-29 jaar, respectievelijk 28,3% (n= 82) en 21,6% (n= 448). Wat verder opvalt uit de tabel is dat 36,5% (n= 106) van de verloskundigen werkzaam zijn in de provincies Noord- en Zuid-Holland, in vergelijking met 38,8% (n= 574) van de totale populatie.

## 5.2 Onderlinge verschillen

Als belangrijke vraag is in de enquête opgenomen of verloskundigen anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket. 92,4% (n= 268) van de respondenten beantwoordt deze vraag met 'ja', 7,6% (n= 22) met 'nee'. Op basis van het antwoord is er allereerst gekeken naar twee groepen; de verloskundigen die anticonceptiezorg wel vinden passen hun takenpakket en de verloskundigen die dit niet vinden ('ja'- en 'nee'-groep). Ter illustratie van het verschil in mening twee citaten;

*'Wij juichen deze ontwikkelingen toe'*

*'Wat een belachelijk idee, anticonceptiezorg hoort helemaal niet thuis bij de verloskundige'*

De twee groepen zijn allereerst vergeleken op algemene kenmerken (voor een overzicht kan tabel 2 in bijlage IV geraadpleegd worden). Wat opvalt tussen de twee groepen, is dat bijna de helft van de verloskundigen in de 'nee'-groep werkzaam zijn in Zuid-Holland (n= 10 / 47,6%). Ook op het kenmerk 'leeftijd van de verloskundige' komt er een klein verschil naar voren. In de groep met de respondenten die anticonceptiezorg wel vinden passen in het takenpakket, is 64,1% (n= 186) jonger en 36,2% (n= 105) ouder dan 40 jaar. In de groep die het geen taak voor de verloskundige vinden zijn de respondenten wat betreft leeftijd gelijk verdeeld (50%, n= 11 < 40 jaar en 50%, n= 11 > 40 jaar). Ook is er gevraagd naar het aantal jaren werkervaring. De grootste groep, bijna eenderde, van de verloskundigen uit dit onderzoek heeft 5 tot 9 jaar werkervaring, in beide groepen is dit kenmerk redelijk gelijk verdeeld (27,6%, n= 74 in

de 'ja'-groep en 27,3%, n= 6 in de 'nee'-groep). In de enquête wordt bij het kenmerk 'type werkgebied' onderscheidt gemaakt tussen stedelijk, verstedelijkt en platteland. De respondenten zijn nagenoeg gelijk verdeeld in beide groepen. Een verschil tussen de groepen wordt verder opgemerkt bij het kenmerk 'opleidingsplaats'. In de 'nee'-groep zegt de helft (n= 11 / 50%) van de verloskundigen opgeleid te zijn in Rotterdam, terwijl dit in de 'ja'-groep een verdeeld kenmerk is (Amsterdam 28,7% / n= 77, Rotterdam 22,4% / n= 60, Kerkrade/Maastricht 31% / n= 83, anders 16,4% / n= 44, missing 1,5% / n= 4).

De verschillen zijn niet groot, maar er is wel een trend aan te geven. In de groep die anticonceptiezorg niet vinden passen in het takenpakket ('nee'-groep) lijken de verloskundigen iets ouder, opgeleid aan de Rotterdamse opleiding en werkzaam in de provincie Zuid-Holland.

Naast de vraag of verloskundigen anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket van de verloskundige (ja-, nee-groep) is er ook gevraagd welke onderdelen (paragraaf 2.2) van anticonceptiezorg zij vinden passen in het pakket voor taakuitbreiding.

In tabel 2 is te zien voor welke onderdelen de verloskundigen in de 'ja'-groep (n= 268) kiezen, in de 'nee'-groep (n= 22) is er logischerwijs niet voor onderdelen van anticonceptiezorg voor taakuitbreiding gekozen.

		Inbrengen / verwijderen van spiraaltjes	
		Ja	Nee
Voorschrijven anticonceptie middelen	Ja	178 / 66,4%	37 / 13,8%
	Nee	7 / 2,6%	46 / 17,2%

Tabel 2. Onderdeel anticonceptiezorg in pakket voor taakuitbreiding volgens verloskundigen in de 'ja'-groep (totaal: n= 268)

De verloskundigen die anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket verschillen duidelijk van mening over welke onderdelen zij in het pakket anticonceptiezorg als taakuitbreiding vinden passen. Uit de tabel wordt duidelijk dat het merendeel van de verloskundigen kiest voor het totale pakket, inclusief het uitschrijven van anticonceptiemiddelen en het inbrengen / verwijderen van spiraaltjes (n= 178 / 66,4%). Er zijn ook respondenten die anticonceptiemiddelen uitschrijven wel vinden passen in het pakket voor taakuitbreiding (n= 37 / 12,8%), maar het plaatsen en verwijderen van spiraaltjes niet.

Verloskundigen die anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket, maar alleen kiezen voor het onderdeel informatie, voorlichting en advies zijn eveneens vertegenwoordigd (n = 46 / 15,9%). Een laatste opvallende groep respondenten zijn de verloskundigen die wel kiezen voor het onderdeel 'inbrengen en verwijderen van spiraaltjes', maar het uitschrijven van anticonceptiemiddelen niet tot hun takenpakket rekenen (n= 7 / 2,4%). Deze laatste groep van zeven respondenten wordt niet meegenomen in de analyse en alleen vermeld als er opvallende verschillen zijn gevonden in vergelijking met andere groepen.

Naar aanleiding van de verschillende opvattingen over het pakket van anticonceptiezorg als taakuitbreiding worden de resultaten verder gepresenteerd in groepen. Er is voor een indeling in vier groepen gekozen om te kunnen vergelijken en verschillen in beïnvloedende factoren volgens verloskundigen bij implementatie duidelijk naar voren te laten komen.

Groep een: de verloskundigen die anticonceptiezorg niet vinden passen in het takenpakket van verloskundigen ('nee'-groep), n= 22. Groep twee: de verloskundigen die anticonceptiezorg wel vinden passen in het takenpakket, maar verder alleen 'informatie, voorlichting en advies geven' als onderdeel aankruisen (dit onderdeel behoort tot het huidige pakket anticonceptiezorg van de verloskundige), n= 46. Groep drie: de verloskundigen die anticonceptiezorg wel vinden passen in het takenpakket en die ook het onderdeel 'anticonceptiemiddelen uitschrijven' aangekruist hebben, n= 37. Groep 4: de verloskundigen die kiezen voor het totale pakket inclusief het inbrengen en verwijderen van spiraaltjes, n= 178. Bij de indeling in deze vier groepen is het onderdeel om de cliënte te helpen bij het maken van een keuze buiten beschouwing gelaten. Dit onderdeel lijkt verschillend geïnterpreteerd, geeft geen opvallende verschillen in de groepen en kan beschouwd worden als onderdeel van de huidige anticonceptiezorg die verloskundigen verlenen.

Naast de keuze voor verschillende onderdelen, zijn ook de verschillende anticonceptiemiddelen in de enquête op een rijtje gezet. Aan de verloskundige is gevraagd om aan te kruisen welke middelen zij vindt passen in het pakket. Het gaat hier vooral om de niet vrij verkrijgbare anticonceptiemiddelen, zoals; orale anticonceptiemiddelen, het spiraaltje, het pessarium, de vaginale ring, de pleister en Implanon. Wat opvalt, is dat meer dan de helft van de respondenten, ook in groep vier (de respondenten die kiezen voor het totale pakket) Implanon als enige middel niet vinden passen in het takenpakket van de verloskundig; 60,3% (n= 175) van alle 290 respondenten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het middel relatief onbekend is en dat er speciale deskundigheid vereist wordt van de zorgverlener.

### **5.3 Individuele zorgverlener**

Deze paragraaf beschrijft de beïnvloedende factoren die direct met eerstelijns verloskundigen te maken hebben. De volgende subcategorieën komen aan de orde, te weten; opvattingen, persoonskenmerken, en competentie.

#### **5.3.1 Opvattingen**

In tabel 2 worden de opvattingen over taakuitbreiding met anticonceptiezorg aan de hand van de vier eerder gedefinieerde groepen gepresenteerd. De redenen voor het wel / niet vinden passen van anticonceptiezorg in het takenpakket van de verloskundige staan onder elkaar in de vorm van stellingen. Er is gebruik gemaakt van een Vijfpuntsschaal: 1 = helemaal oneens; 2= oneens; 3= niet een / niet oneens; 4= eens; 5= helemaal mee eens. In de tabel is het gemiddelde antwoord en de mediaan gegeven, de mediaan geeft het middelste antwoord aan. Het gemiddelde en de mediaan geven een goed beeld van de antwoordcategorie waar in de desbetreffende groep voor gekozen is.

De mening van verloskundigen over de taakuitbreiding is een belangrijke factor die implementatie kan belemmeren of bevorderen. Beïnvloedende factoren hebben invloed op de motivatie en dus op het draagvlak van verloskundigen om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg. Voor een effectieve implementatie is de kennis van knelpunten en behoeften van verloskundigen onmisbaar (Wensing e.a. 2000).

Redenen anticonceptiezorg een taak voor de verloskundige *	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		Totaal	
	n= 22		n= 46		n= 37		n= 178		n= 290	
	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan
Past in het takenpakket	2,2	2	4,1	4	4,5	5	4,7	5	4,4	5
Professionalisering van het vak	2,5	2	4,0	4	4,3	4	4,6	5	4,3	4
Uitbreiding van carrièremogelijkheden	2,0	2	3,3	3	3,9	4	4,2	4	3,8	4
Versterking 1 <sup>ste</sup> lijn Verloskundige	2,3	2	3,8	4	4,2	4	4,6	5	4,2	4
Voldoende basiskwaliteiten	3,9	4	4,0	4	4,3	4	4,5	5	4,4	4
Cliëntenvoordeel	2,9	3	3,6	4	3,9	4	4,3	4	4,1	4
Kan tijd vrijmaken voor taakuitbreiding	2,7	3	3,7	4	3,9	4	4,2	4	4,0	4
Nascholing zien zitten	2,7	3	3,9	4	4,2	4	4,4	4	4,2	4
Kost geen extra geld	2,2	2	2,6	3	2,8	3	2,9	3	2,8	3
Geschikte praktijkruimte	3,5	4	3,7	4	3,9	4	4,1	4	4,0	4
Liever een onderdeel van anticonceptiezorg	3,9	4	3,7	4	3,3	3	2,1	2	2,7	2
<b>Anticonceptiezorg aanbieden *</b>										
Alleen vrouwen > bevalling	4,0	4	4,3	4	4,2	5	3,6	4	3,8	4
Aan alle vruchtbare vrouwen	1,8	2	2,6	2	3,2	3	3,8	4	3,4	4
missing	0		1		1		1		0	

Tabel 3. Opvattingen anticonceptiezorg als taakuitbreiding

\* In de enquête is er sprake van stellingen. Er kan aangegeven worden in hoeverre men het eens is met de stelling: een Vijfpunts Likertschaal. 1= helemaal oneens, 2= oneens, 3= niet een / niet oneens, 4= eens, 5= helemaal mee eens. In de tabel worden het gemiddelde en het middelste antwoord weergegeven; de mediaan.

Uit bovenstaande tabel blijkt allereerst dat de respondenten in de antwoorden een tweedeling laten zien, groep een (n= 22) in vergelijking met de groepen twee, drie en vier samen. De verloskundigen die anticonceptie niet vinden passen in takenpakket van de verloskundige zijn het over het algemeen oneens met de argumenten dat anticonceptiezorg een professionalisering van het vak betekent (oneens), dat de carrièremogelijkheden uitgebreid worden (oneens) of dat het een versterking van de eerstelijns verloskundige zou kunnen zijn (oneens). Deze groep is echter wel van mening dat zij voldoende basiskwaliteiten bezitten om anticonceptiezorg aan te kunnen leren (eens). Over het cliëntenvoordeel laten zij zich neutraal uit (niet oneens / niet eens). Met de mogelijkheid om tijd vrij te kunnen maken voor de taakuitbreiding is men het logischerwijs minder eens dan in de andere groepen. Over nascholing hebben de respondenten opvallend genoeg geen duidelijke mening (niet oneens / niet eens), zij denken verder dat de taakuitbreiding extra geld zou kunnen kosten (oneens met stelling), maar ze hebben wel een geschikte praktijkruimte om anticonceptiezorg te kunnen verlenen (eens). Uit de tabel is ook af te leiden dat de respondenten die voor meer onderdelen kiezen in het pakket voor de taakuitbreiding, het ook meer eens zijn met de argumenten om anticonceptiezorg te vinden passen in het takenpakket van de verloskundige. In de tabel is van links naar rechts te zien, in de groepen een, twee en drie, dat men het respectievelijk

meer eens is met de stelling. Met de stelling of men zich liever bezig houdt met een onderdeel is de mening van de respondenten in tegengestelde richting waarneembaar (van eens naar oneens).

Op de vraag of anticonceptiezorg door de verloskundige alleen aangeboden moet worden aan vrouwen die al bekend zijn bij de verloskundige of aan alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd hebben de verloskundigen verdeeld geantwoord. Een opvallende groep is hier wederom groep een, de verloskundigen in deze groep zijn van mening dat voorlichting en advies over anticonceptiezorg alleen aangeboden kan worden aan bekende cliënten van de verloskundige. De tweede groep (n=46) zou anticonceptiezorg wel aan bekende cliënten aan willen bieden (eens), maar niet aan alle vrouwen (oneens). Over het algemeen (in de totale groep, n= 290) is men het met beide stellingen eens, maar verloskundigen die kiezen voor de taakuitbreiding met het totale pakket anticonceptiezorg lijken iets positiever over het aanbieden van anticonceptiezorg aan alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

### 5.3.2 Persoonskenmerken

Volgens Wensing e.a. (2000) zijn zorgverleners die actief deelnemen aan beroepsgerelateerde activiteiten over het algemeen meer open staan voor vernieuwingen dan andere zorgverleners. Betrokkenheid wordt dus gekenmerkt als positief bij implementatie.

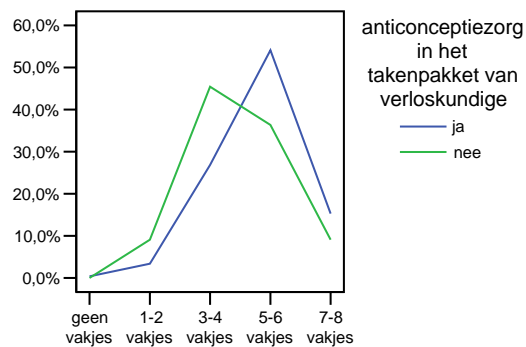
In tabel 4 wordt aangegeven met hoeveel beroepsgerelateerde activiteiten verloskundigen zich bezig houden naast de werkzaamheden als verloskundige. De mate van betrokken zijn bij de beroepsgroep wordt in dit onderzoek bepaald door het aantal beroepsgerelateerde activiteiten naast de werkzaamheden als verloskundige; hoe meer beroepsgerelateerde activiteiten, hoe meer betrokken bij de beroepsgroep.

Betrokkenheid	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		Totaal	
	n= 22		n= 46		n= 37		n= 178		n= 290	
	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan
<b>Aantal activiteiten naast werkzaamheden als verloskundige *</b>	3,5	3	3,8	4	3,7	4	3,8	4	3,8	4
Geen	0		0		0		1		1	
1-2 activiteiten	2		1		1		7		11	
3-4 activiteiten	10		14		13		41		82	
5-6 activiteiten	8		25		18		101		153	
7-8 activiteiten	2		6		5		28		43	
Totaal	22		46		37		178		290	

Tabel 4 Betrokkenheid bij de beroepsgroep

\* In de enquête is er sprake van stellingen. Er kan aangegeven worden in hoeverre men het eens is met de stelling; een Vijfpunts Likertschaal. 1= helemaal oneens, 2= oneens, 3= niet een / niet oneens, 4= eens, 5= helemaal mee eens. In de tabel worden het gemiddelde en het middelste antwoord weergegeven; de mediaan

Wat opvalt in de tabel is dat verloskundigen uit de groepen twee, drie en vier meer betrokken lijken bij de beroepsgroep, dan verloskundigen die anticonceptiezorg niet vinden passen in het takenpakket (groep 1; n= 22). Als verloskundigen in twee groepen (wel / niet vinden passen van anticonceptiezorg in takenpakket) ingedeeld worden, is er afkappunt waarneembaar tussen de vier en vijf activiteiten naast de werkzaamheden als verloskundige. In de grafiek is dit afkappunt gevisualiseerd, het aantal vakjes zijn het aantal beroepsgerelateerde activiteiten op de horizontale as. Op de verticale as het percentage van de respondenten die het betreffende aantal activiteiten hebben aangekruist ('ja': n= 268, 'nee': n= 22)



Op basis van tabel 4 en de vergelijking tussen de twee groepen in de grafiek lijkt er een trend aanwezig die laat zien dat hoe meer verloskundigen betrokken zijn bij de beroepsgroep (hoe meer activiteiten), hoe meer zij anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket en hoe vaker zij kiezen voor het totale pakket inclusief het voorschrijven van anticonceptiemiddelen en het inbrengen / verwijderen van spiraaltjes. Meer dan de helft (52,8% / n= 153) van het totaal aantal respondenten is zeker betrokken bij de beroepsgroep, dit is een positief beïnvloedende factor voor effectieve implementatie.



### 5.3.3 Competentie

Om de competentie van de verloskundigen te beoordelen is er in de enquête gevraagd naar het inzicht in eigen kunnen en het aantal dagdelen wat volgens de verloskundigen nodig is voor (na)scholing. Een goed inzicht in eigen kunnen betekent dat men realistisch is over de taken die de zorgverlener denkt uit te kunnen voeren, dit inzicht wordt gezien als positief bij implementatie van een zorgvernieuwing (Wensing 2000).

Het inzicht in eigen kunnen is gevraagd door middel van twee stellingen, te weten; in hoeverre men denkt scholing nodig te hebben voordat men anticonceptiezorg kan aanbieden en in hoeverre men denkt de nieuwe taak aan te kunnen. Uit praktisch oogpunt is gevraagd hoeveel dagdelen de verloskundigen denken nodig te hebben voordat zij bekwaam zijn om anticonceptiezorg te kunnen verlenen. In tabel 5 zijn de vier groepen wederom op basis van antwoorden, naast elkaar gepresenteerd (het gemiddelde en de mediaan).

Inzicht in eigen kunnen *	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		Totaal	
	n= 22		n= 46		n= 37		n= 178		n= 290	
	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan
<b>Eerst nascholing nodig</b>	3,7	4	3,7	4	4,1	4	4,4	4	4,2	4
<b>Kan de nieuwe taak wel aan</b>	3,1	3	4,0	4	4,1	4	4,4	4	4,2	4
<b>Aantal dagdelen nascholing nodig:</b>	2,5	2	2,1	2	2,7	2	3,5	3	3,1	3
	<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>	
<2	5		10		3		7		26	
2 – 4	3		22		20		80		128	
4 – 6	5		5		10		58		79	
>= 6	0		0		0		17		18	
Missing	9		9		5		16		39	
Totaal	22		46		37		178		290	

Tabel 5. Competentie

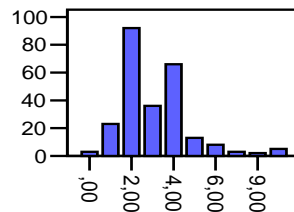
\* In de enquête is er sprake van stellingen. Er kan aangegeven worden in hoeverre men het eens is met de stelling; een Vijfpunts Likertschaal. 1= helemaal oneens, 2= oneens, 3= niet een / niet oneens, 4= eens, 5= helemaal mee eens. In de tabel worden het gemiddelde en het middelste antwoord weergegeven; de mediaan

De verloskundigen uit dit onderzoek zijn het met de stelling eens (eens) dat zij (na)scholing nodig hebben voordat zij anticonceptiezorg kunnen aanbieden. Ook denken de verloskundigen over het algemeen dat ze de nieuwe taak wel aan zouden kunnen (eens), deze opvatting kan beschouwd worden als bevorderend voor implementatie, omdat het een positieve invloed heeft op motivatie en dus op het draagvlak voor taakuitbreiding. De respondenten denken verder gemiddeld drie dagen nodig te hebben voor (na)scholing.

Hier hebben echter veel verloskundigen geen aantal gegeven. Verloskundigen gaven hier soms aan dat zij dit afhankelijk vinden van wat er nodig is om bekwaamheid te verkrijgen, dit kan een verklaring zijn voor het aantal bij ‘missing’.

Wat opvalt, is dat de verloskundigen naarmate zij meer onderdelen van anticonceptiezorg vinden passen in het pakket voor taakuitbreiding, het meer eens zijn met de stelling dat zij (na)scholing nodig hebben, de nieuwe taak aankunnen en ook kiezen voor meer dagdelen (na)scholing. Het merendeel van de verloskundigen (n= 128 / 44,1%) geven aan 2 tot 4 dagdelen te willen besteden aan (na)scholing.

Verticaal: frequentie / aantal respondenten.  
Horizontaal: aantal dagdelen (na)scholing



## 5.4 Sociale omgeving

Als sociale omgeving worden de cliënten en andere zorgverleners beschouwd als beïnvloedende factoren bij effectieve implementatie (Wensing 2000).

In dit onderzoek is aan de verloskundigen gevraagd of zij anticonceptiezorg verleend door de verloskundige voordelig vinden voor cliënten en in hoeverre zij het eens zijn met twee verschillende stellingen, die betrekking hebben op redenen. Bij taakuitbreiding moet het voordeel voor cliënten duidelijk zijn, het gaat om cliënt gerichte zorg (Waelput 2005). De samenwerking met andere zorgverleners, zoals huisartsen en gynaecologen, is essentieel voor het leveren van kwalitatief goede anticonceptiezorg, overlegmomenten en overdracht van patiëntgegevens. Of de respondenten van mening zijn dat taakuitbreiding invloed heeft op de samenwerking met huisartsen is beschreven in paragraaf 5.4.2

### 5.4.1 Cliënten

Cliënten kunnen grote invloed hebben op de implementatie. De invloed is deels afhankelijk van de inschatting van de zorgverleners doordat verloskundigen inschatten wat cliënten willen en op grond daarvan handelen.

In tabel 6 wordt uiteengezet, in de verschillende groepen, welke mening de respondenten zijn toegedaan. Opnieuw wordt het gemiddelde en middelste antwoord gegeven.

	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		Totaal	
	n= 22		n= 46		n=37		n= 178		n= 290	
<b>Anticonceptiezorg door verloskundige heeft wel / geen cliëntenvoordeel</b>	Ja: 10		Ja: 43		Ja: 37		Ja: 177		Ja: 274	
	Nee: 10		Nee: 2		Nee: 0		Nee: 1		Nee: 13	
	Missing:2		Missing: 1		Missing: 0		Missing: 0		Missing: 3	
	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan
<b>Voordeel is laagdrempelig continuüm van zorg *</b>	3,1	3	4,1	4	4,6	4	4,5	5	4,3	4
<b>Voordeel is vertrouwde en vrouwelijke zorgverlener *</b>	3,2	3	3,9	4	4,2	5	4,4	5	4,3	4

Tabel 6. Cliëntenvoordeel

\* In de enquête is er sprake van stellingen. Er kan aangegeven worden in hoeverre men het eens is met de stelling: een vijfpunts Likertschaal. 1= helemaal oneens, 2= oneens, 3= niet een / niet oneens, 4= eens, 5= helemaal mee eens. In de tabel wordt het gemiddelde en het middelste antwoord gegeven; de mediaan.

In bovenstaande tabel is te zien dan de respondenten denken dat een taakuitbreiding met anticonceptiezorg voordelig kan zijn voor cliënten, 274 respondenten tegenover 13 respondenten die geen voordeel zien. Ook in de groep die anticonceptiezorg niet vinden passen in het takenpakket (groep 1, n= 22) valt op dat de helft (n= 10) toch cliëntenvoordeel ziet. Met de stelling dat de taakuitbreiding een laagdrempelig continuüm van zorg kan betekenen zijn de meeste verloskundigen het eens, de tweede groep (n= 46) is hier iets gematigder in (eens). Dat het voordelig is voor cliënten omdat de verloskundige een vertrouwde en vrouwelijke hulpverlener is, wordt ook als positief gewaardeerd in drie van de vier groepen. In groep een zijn de verloskundigen neutraal over de voordelen voor cliënten.

Het voordeel van anticonceptiezorg door verloskundigen, voor cliënten, wordt over het algemeen als positief gezien en is bevorderend bij implementatie. Ter illustratie plaatste een van de verloskundigen de volgende opmerking:

*‘Als afsluiting van het kraambed bespreken we de anticonceptie en laten informatie achter. Het zou prettig zijn dat cliënten bij het definitief maken van de keuze bij ons terecht kunnen’*

## 5.4.2 Zorgverleners

De samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen in de eerste lijn is essentieel bij een heldere informatieoverdracht van patiëntgegevens en voorwaarde van implementatie (Raas, Lint 2002).

In tabel 7 is uiteengezet welke invloed de taakuitbreiding, volgens verloskundigen, heeft op de samenwerking met de huisartsen

Invloed op de samenwerking met huisartsen *	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		Totaal	
	n= 22		n= 46		n= 37		n= 178		n= 290	
	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan
Geen invloed	2,5	2,5	3,1	3	3,0	3	3,1	3	3,0	3
Positieve invloed	2,6	3	3,2	3	3,0	3	3,4	3	3,3	3
Negatieve invloed	3,1	3,0	2,6	3	2,6	2	2,6	3	2,6	3

Tabel 7. Zorgverleners

\* In de enquête is er sprake van stellingen. Er kan aangegeven worden in hoeverre men het eens is met de stelling; een vijfpunts Likertschaal. 1= helemaal oneens, 2= oneens, 3= niet een / niet oneens, 4= eens, 5= helemaal mee eens. In de tabel wordt het gemiddelde en het middelste antwoord gegeven; de mediaan

Verloskundigen hebben geen duidelijke mening over de invloed op de samenwerking met huisartsen, er wordt dan ook vaak neutraal geantwoord. Wel is duidelijk dat de groepen twee, drie en vier deze invloed positiever waarderen dan de verloskundigen die minder gemotiveerd zijn om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg. Groep vier is hier opnieuw de meest positieve groep (gemiddelde van 3,4 / neutraal). Over het algemeen geven de verloskundigen een neutraal (niet eens / niet oneens) antwoord op stellingen die betrekking hebben op de samenwerking met huisartsen.

Een verklaring voor opvattingen van verloskundigen over cliëntenvoordeel en invloed van de taakuitbreiding op samenwerking met huisartsen is niet voorhanden, omdat dit onderzoek zich vooral richt op de mening van de verloskundigen. Wensing (2000) stelt dat de invloed van andere zorgverleners wel afhangt van de voorkeuren van de individuele zorgverlener; de ene verloskundige zal zich meer laten leiden door de mening van andere zorgverleners, terwijl de andere meer haar eigen weg zal gaan. Een opmerking door een van de respondenten bevestigt deze invloed van de individuele voorkeur:

*‘Ik zet al jaren IUD’s in mijn verloskundige praktijk. De vrouwen zijn erg enthousiast. We werken samen met de huisartsenpraktijken en ik zet veelal ook bij andere patiënten op advies van de huisarts IUD’s, bijvoorbeeld bij overgangsdames of bij jonge meiden’. ‘We hebben iedere zes weken een terugrapportage en alle partijen zijn erg tevreden’*

## 5.5 Structurele factoren / Randvoorwaarden

Als laatste categorie worden structurele factoren voor implementatie behandeld. Deze factoren zijn soms feitelijk aanwezig zoals; de bevoegdheid om anticonceptiemiddelen uit te mogen schrijven als verloskundige. De mening van verloskundigen is dan van ondergeschikt belang. Andere beïnvloedende factoren die niet altijd feitelijk hoeven te zijn zoals bijvoorbeeld ‘tijd’ zijn in de enquête ook benoemd als mogelijke belemmering. Naast beschikbare tijd van verloskundigen voor taakuitbreiding kunnen ongunstige financiële gevolgen van de taakuitbreiding eveneens als belemmering gelden voor implementatie.

Om factoren te identificeren is er door middel van stellingen en open vragen gevraagd wat verloskundigen als belangrijke belemmeringen zien als anticonceptiezorg geïmplementeerd wordt in de eerstelijns verloskundige praktijk. De subcategorieën organisatie en financiën worden in deze paragraaf uiteengezet.

### 5.5.1 Organisatie en financiering

In de enquête is aan de hand van stellingen gevraagd in hoeverre de verloskundigen het eens zijn (Vijfpuntschaal) met het feit dat de genoemde factoren (zie tabel 8) een belemmering voor implementatie kunnen zijn.

Uit de tabel valt op dat het totale pakket hier als belemmering gekenmerkt wordt, vooral door de groepen een en twee; zij zijn het eens (4) met de stelling dat het totale pakket een belemmering kan zijn. Te weinig tijd is voor verloskundigen die anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket en kiezen voor meer onderdelen als uitbreiding geen belemmering (oneens), terwijl de verloskundigen uit de groepen een en twee te weinig tijd mogelijk wel een belemmering vinden.

De derde mogelijke belemmering is de invloed op de samenwerking met de huisartsen. Groep een (n= 22) is hier opnieuw de groep die verschilt met de andere groepen. De respondenten uit deze groep zijn de verloskundigen die neutraal (niet oneens / niet eens) ten opzichte van een mogelijke invloed staan, terwijl andere groepen meer geneigd zijn om de invloed op de samenwerking niet als duidelijke belemmering te kenmerken.

Uit tabel 8 valt verder op dat alle verloskundigen over het algemeen over een geschikte praktijkruimte<sup>5</sup> beschikken, dit vormt dus op basis van dit onderzoek geen duidelijke negatief beïnvloedende factor bij implementatie. Als laatste genoemde belemmering in de enquête wordt ‘het beschikbaar zijn van een tarief’ genoemd. Het niet beschikbaar zijn van een tarief wordt echter door alle groepen die anticonceptiezorg in hun takenpakket vinden passen als beïnvloedende factor beoordeeld, de verloskundigen zijn het hier dus duidelijk mee eens (4).

---

<sup>5</sup> Het beschikken over faciliteiten om anticonceptiezorg te verlenen in de praktijk.

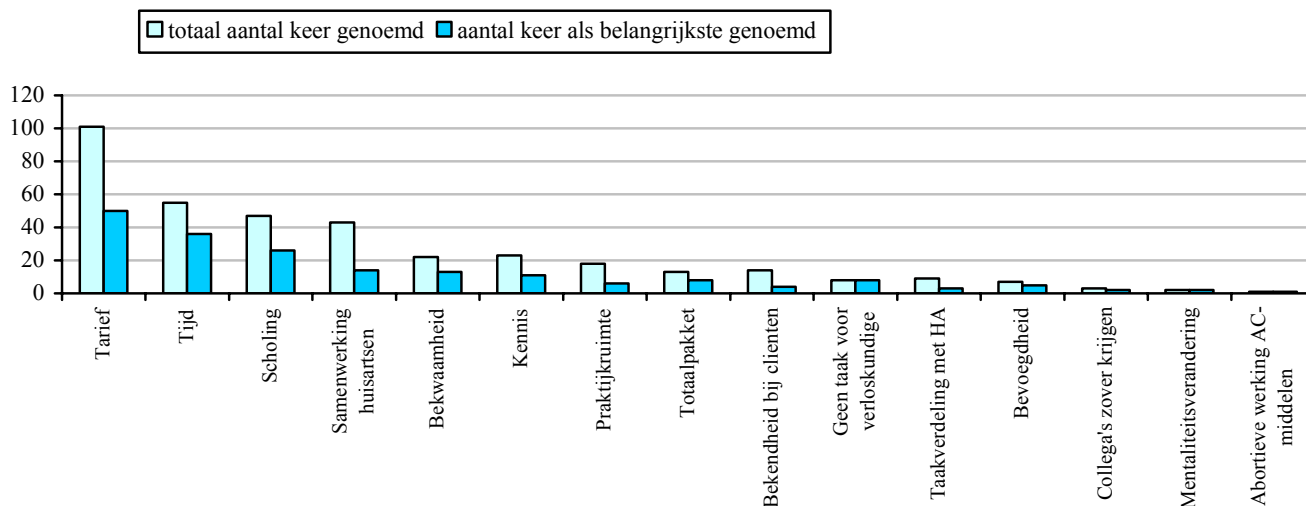
	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		Totaal	
	n= 22		n= 46		n= 37		n= 178		n= 290	
Belemmeringen bij implementatie *	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan	X	Mediaan
Te weinig tijd voor extra taak	3,0	3	3,1	3	2,9	2	2,6	2	2,7	2
Totale pakket als belemmering (liever een onderdeel van anticonceptiezorg)	4,0	4	3,5	4	3,0	3	2,0	2	2,6	2
Invloed op de samenwerking met de huisarts	3,2	3	2,6	2,0	2,7	3	2,5	2	2,6	2
Geen geschikte praktijkruimte	2,3	2	2,2	2	2,1	2	2,0	2	2,1	2
Geen tarief beschikbaar	2,8	2,5	3,7	4	3,5	4	3,8	4	3,7	4

Tabel 8 organisatie en financiering

\* In de enquête is er sprake van stellingen. Er kan aangegeven worden in hoeverre men het eens is met de stelling; een vijfpunts Likertschaal. 1= helemaal oneens, 2= oneens, 3= niet een / niet oneens, 4= eens, 5= helemaal mee eens. In de tabel wordt het meest voorkomende antwoord weergegeven; de modus

De respondenten geven in een open vraag scholing, bevoegd- en bekwaamheid en aandacht in de media voor meer bekendheid, aan als andere mogelijke belemmeringen bij implementatie.

In de enquête konden de respondenten ook aangeven welke belemmeringen zij het belangrijkste en het minst belangrijke vinden. In de grafiek op de volgende pagina een overzicht van de genoemde belemmeringen. Uit de grafiek valt af te leiden dat het vaststellen van een tarief voor anticonceptiezorg, beschikbare tijd, (na)scholing en de samenwerking met huisartsen de vier belangrijkste belemmeringen voor implementatie vormen voor eerstelijns verloskundigen.



## 6. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Reproductieve zorg direct gerelateerd aan zwangerschap en geboorte, zoals anticonceptiezorg, is een wenselijke taakuitbreiding voor verloskundigen. Anticonceptiezorg verleend door verloskundigen sluit aan bij de visie van KNOV op verloskundige zorg, deze visie is gebaseerd op het idee dat de hele voortplanting een fysiologisch proces is. Ook kan het verloskundig zorgcontinuüm voor cliënten met de taakuitbreiding verlengd worden. Evenals de KNOV zijn ook de zorgverzekeraar AGIS en de overheid sterke voorstanders van meer uitgebreide en kwalitatief goede eerstelijns zorg, mede om onnodige medicalisering zoveel mogelijk te vermijden. Met onderzoek naar de taakverdeling tussen beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg en onderzoek naar hoe het zorgaanbod beter afgestemd kan worden op de zorgvraag kan de kwaliteit van zorg verbeteren. Ook cliënten kunnen hierdoor gerichter kiezen voor een zorgaanbieder, waardoor marktwerking gestimuleerd wordt.

Om anticonceptiezorg als taakuitbreiding te kunnen implementeren in de eerstelijns verloskundige praktijk dient aan voorwaarden te worden voldaan. Het is tot dusver onduidelijk hoe de plannen voor taakuitbreiding zich verhouden tot andere westerse landen. Over wat de opvattingen onder eerstelijns verloskundigen over de taakuitbreiding en beïnvloedende factoren voor implementatie in de eerstelijns verloskundige praktijk zijn, bestaat eveneens onduidelijkheid. Het doel van dit onderzoek is dan ook om duidelijkheid te geven over beïnvloedende factoren voor implementatie volgens eerstelijns verloskundigen. Vandaar dat de centrale vraag luidt:

*In hoeverre zijn eerstelijns verloskundigen in Nederland gemotiveerd om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg wat zijn voor hen beïnvloedende factoren voor implementatie in de eerstelijns verloskundige praktijk?*

Na de discussie wordt het antwoord op bovenstaande vraag op basis van literatuur- en empirisch onderzoek in de conclusie uiteengezet.

## 6.1 Discussie

Als antwoord op de eerste deelvraag (zie hoofdstuk één: inleiding) kan worden gesteld dat de houding ten opzichte van een uitbreiding van het takenpakket voor verloskundigen met anticonceptiezorg zich over het algemeen positief verhoudt ten opzichte van onderzoeken uit een aantal andere westerse landen. In de literatuur is weinig tot niets bekend over anticonceptiezorg verleend door verloskundigen in Nederland. Onderzoek uit het buitenland is moeilijk te generaliseren omdat verloskundigen daar meestal onder de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog werken, terwijl verloskundigen in Nederland zelfstandig zijn en hun eigen verantwoordelijkheid over hun handelen hebben. Er is dan ook literatuuronderzoek gedaan met aandacht voor een redelijk vergelijkbare zorgsituatie in westerse, goed ontwikkelende landen. Onderzoek uit Engeland, Zweden en de Verenigde Staten laat zien dat anticonceptiezorg verleend door verloskundigen zeker niet van de laatste tijd is. In Zweden zijn verloskundigen zelfs de aangewezen hulpverlener op dit terrein (Sundstrom-Feigenberg 1984). Verloskundigen zijn in een aantal andere westerse, goed ontwikkelde landen actief betrokken bij het verlenen van reproductieve zorg, zoals anticonceptiezorg. In Nederland wordt anticonceptiezorg echter verleend door huisartsen in de eerste- of gynaecologen in de tweede lijn, verloskundigen geven voorlichting en advies over anticonceptie.

Ter beantwoording van deelvraag twee komt er naar aanleiding van literatuuronderzoek naar voren dat verloskundigen in Nederland anticonceptiezorg kunnen verlenen, mits er aan voorwaarden voldaan wordt. Verloskundigen moeten allereerst bevoegd en bekwaam zijn om anticonceptiezorg te kunnen verlenen (Raas 2002). Verloskundigen zijn bevoegd om geneesmiddelen voor te schrijven, maar anticonceptiemiddelen zijn niet opgenomen in het rijtje van de, door onze minister, Aangewezen Middelen (zie paragraaf 2.5). Voordat verloskundigen anticonceptiemiddelen mogen uitschrijven moeten deze toegevoegd worden aan de uit te schrijven middelen door verloskundigen, hier is dus wetswijziging voor nodig. Ook het deskundigheidsgebied van de verloskundige dient door de KNOV uitgebreid te worden met het verlenen van anticonceptiezorg. Als handelingen eveneens aan het deskundigheidsgebied toegevoegd kunnen worden, is het duidelijk dat verloskundigen bevoegd en bekwaam zijn om spiraaltees in te brengen en te verwijderen. Dit lijkt geen noodzakelijkheid, omdat het inbrengen en verwijderen van spiraaltees niet gekenmerkt wordt als voorbehouden handeling (Wet BIG), maar wel een verduidelijking. Ten tweede komt uit de literatuur naar voren dat er bij een taakuitbreiding cliëntenvoordeel (Waelput 2005) moet bestaan en dat het duidelijk voor cliënten moet zijn wie voor welke taak verantwoordelijk is (Friele, Gevers 2000). Als derde factor stelt Raas (2002) dat het bij taakherschikking van belang is om goede samenwerkingsafspraken te maken met huisartsen en gynaecologen en dat er een zorgvuldige overdracht van patiënten plaatsvindt.



Aangezien motivatie onder eerstelijns verloskundigen (draagvlak) essentieel is om te kunnen starten met implementatie van taakuitbreiding zijn de beïnvloedende factoren, volgens de verschillende niveaus van Wensing e.a. (2000) middels een enquête voorgelegd aan eerstelijns verloskundigen in Nederland. De respons was 62% (n=290) binnen drie weken, een verklaring voor deze snelle respons kan de keuze van het onderwerp zijn. Anticonceptiezorg als taakuitbreiding heeft inhoudelijke gevolgen voor het vak en verloskundigen zijn dan ook bereid de vragenlijst in te vullen en te retourneren. Ook kan de korte, gestructureerde, gemakkelijk in te vullen en professioneel uitziende enquête een verklaring zijn voor de goede respons. Verder werd de anonimiteit van de verloskundige gewaarborgd en was de bijgevoegde retourenvelop voorzien van een AGIS-antwoordnummer. Een verklaring voor de non-respons kan zijn dat augustus een vakantiemaand is en de post dan minder prioriteit heeft.

Met een Chi-kwadraat-toets verschillen de respondenten op een aantal algemene kenmerken significant met de doelgroep (paragraaf 5.1; tabel 1). Een verklaring hiervoor kan zijn dat de groepen verloskundigen die getoetst zijn een iets andere samenstelling hebben. Zo zijn in de groep van 2080 verloskundigen bij leeftijd ook de tweedelijns verloskundigen opgenomen. De kenmerken ‘werkervaring in jaren’ en ‘type werkgebied’ zeggen op zichzelf wel iets over de groep respondenten, maar zijn niet vergelijkbaar met cijfers uit de landelijke registratie van verloskundigen (Kenens RL., Hingstman L. 2005) en dus niet relevant voor het bepalen van de representativiteit van de onderzoeksgegevens. Al verschillen de respondenten op een aantal kenmerken significant met de verloskundigen uit de landelijke registratie van verloskundigen (Kenens 2005), de verschillen tussen de respondenten en de doelgroep lijken echter zo klein (bijvoorbeeld: leeftijd) dat de onderzoeksresultaten met enig voorbehoud niet op toeval berusten en dus voldoende representatief zijn om een goed beeld te kunnen geven van opvattingen onder eerstelijns verloskundigen in Nederland.

De factoren in de eerste categorie *individuele zorgverlener* zijn duidelijk naar voren gekomen. Uit de enquête blijken de verloskundigen over het algemeen eensluidend over de vraag of anticonceptiezorg past in hun takenpakket. Zij zijn echter verdeeld over de onderdelen die tot het pakket voor taakuitbreiding behoren. Deze verdeeldheid maakte de indeling in de voor te vergelijken groepen lastig. Als er vanuit de literatuur meer duidelijk zou bestaan over wat anticonceptiezorg precies inhoudt en welke onderdelen tot het pakket anticonceptiezorg als taakuitbreiding moeten behoren was het indelen in te vergelijken groepen misschien eenvoudiger geweest. Naar aanleiding van de resultaten zijn de respondenten voor dit onderzoek in vier groepen verdeeld. Op basis van deze verdeling was het goed mogelijk om trends in de verschillen aan te geven en beïnvloedende factoren voor implementatie te identificeren. De competentie op basis van het inzicht in eigen kunnen lijkt realistisch naar voren te zijn gekomen. Het merendeel van de verloskundigen uit dit onderzoek vindt dan ook dat zij nascholing nodig heeft, denkt dat ze de nieuwe taak wel aankan en heeft geen mening over het aantal dagdelen nascholing, dat nodig is voor taakuitbreiding (aantal ‘missing’ is groot in tabel 5). Een verklaring voor het aantal ‘missing’ kan zijn dat

de respondenten het aantal dagdelen nascholing afhankelijk vinden van de tijd die nodig is om bekwaam te worden in het verlenen van anticonceptiezorg.

Verloskundigen hebben in de categorie *sociale omgeving* een duidelijke mening over cliëntenvoordeel als gevolg van de taakuitbreiding, maar de mening over de invloed op de samenwerking met de huisartsen is in de meeste gevallen neutraal. In de open vraag aan het einde van de enquête beschouwen de respondenten de invloed van de taakuitbreiding op de samenwerking met huisartsen echter wel als mogelijke belemmering (grafiek op blz. 38). De resultaten in deze categorie zijn niet opmerkelijk, omdat dit onderzoek een exploratief karakter heeft en zich richt op de mening van verloskundigen, het is tot dusver niet duidelijk wat de opvattingen van cliënten en huisartsen zijn over de taakuitbreiding voor verloskundigen.

Organisatie en financiering in de derde categorie *structurele factoren / randvoorwaarden* worden door de verloskundigen veelal gekenmerkt als duidelijk beïnvloedende factoren. Tijd en tarief komen zowel in de stellingen als in de open vragen als belemmerende factoren naar voren.

Met behulp van de open vragen was het mogelijk consequentie in de beantwoording van de vragen te controleren.

Verloskundigen laten in dit onderzoek duidelijk zien in hoeverre zij het eens zijn met de invloed van de verschillende beïnvloedende factoren voor implementatie. De factoren uit het theoretische kader (Wensing 2000) worden in de enquête herkend door de respondenten en lijken relevant voor eerstelijns verloskundigen. Het doel om factoren volgens de verloskundigen te identificeren die invloed hebben op een effectieve implementatie van anticonceptie als taakuitbreiding is dan ook behaald.

## 6.2 Conclusie

Gebleken is dat de eerstelijns verloskundigen uit dit onderzoek over het algemeen gemotiveerd zijn om hun takenpakket uit te breiden met anticonceptiezorg. 92,4% (n=268) van de respondenten vindt anticonceptiezorg passen in hun takenpakket en veruit de meeste verloskundigen zijn het eens met de argumenten voor taakuitbreiding.

De factoren die voor eerstelijns verloskundigen van invloed zijn op de implementatie van de taakuitbreiding worden uiteengezet volgens de verschillende categorieën uit het theoretisch kader (Wensing 2000): de individuele zorgverlener (verloskundige); de sociale omgeving; organisatie en financiën.

### *Factoren op het niveau van de verloskundige*

Het merendeel van de verloskundigen uit dit onderzoek (n=268 / 92,4%) vindt anticonceptiezorg passen in hun takenpakket. Ook is het positief dat ze de in de enquête aangedragen argumenten om anticonceptiezorg te gaan verlenen, lijken te waarderen. De meningen zijn echter verdeeld over welke onderdelen van anticonceptiezorg behoren tot het pakket voor taakuitbreiding, deze verdeeldheid zou belemmerend kunnen zijn bij implementatie. Implanon als anticonceptiemiddel vinden verloskundigen veelal niet passen in het pakket voor taakuitbreiding (n= 175 / 60,3%). Uit de resultaten blijkt ook dat verloskundigen anticonceptiezorg liever alleen aanbieden aan cliënten die al bekend zijn bij de verloskundige en liever niet aan alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

Bevorderend voor implementatie is dat verloskundigen over het algemeen betrokken zijn bij de beroepsgroep. Naast betrokkenheid als bevorderende factor komt ook het inzicht in eigen kunnen van de verloskundigen als bevorderend voor implementatie naar voren, omdat de verloskundigen die anticonceptiezorg vinden passen in hun takenpakket zelf in de enquête aangeven (na)scholing nodig te hebben om de nieuwe taak aan te kunnen. Indien er bij het organiseren van (na) scholing rekening gehouden wordt met de wens van verloskundigen om twee tot vier dagdelen te besteden aan scholing kan dit eveneens bevorderend zijn.

### *Factoren op het niveau van de sociale omgeving*

Uit de resultaten blijkt dat verloskundigen over cliëntenvoordeel zien als gevolg van taakuitbreiding met anticonceptiezorg. Het laagdrempelige continuüm van zorg en de vertrouwde en vrouwelijke zorgverlener kunnen volgens de verloskundigen voordelen zijn voor cliënten. Uit dit onderzoek komt verder naar voren dat de invloed van de taakuitbreiding op de samenwerking met huisartsen volgens de verloskundigen een belemmerende factor voor implementatie kan zijn en dus door de beroepsvereniging serieus genomen moet worden. Op basis van dit onderzoek kan alleen bepaald worden in hoeverre de factoren met

betrekking op cliënten en huisartsen, volgens verloskundigen, bevorderend of belemmerend zijn voor implementatie. Om een totaal beeld te krijgen van de opvattingen van cliënten en andere zorgverleners en te bepalen in hoeverre de sociale omgeving beïnvloedend kan zijn voor implementatie van anticonceptiezorg in de eerstelijns verloskundige praktijk is vervolgonderzoek zinvol.

#### *Factoren op het niveau van organisatie en financiën*

Uit de enquête is gebleken dat verloskundigen een nog niet vastgesteld tarief als belangrijkste belemmering beschouwen. Andere meest genoemde, belemmerende factoren bij implementatie zijn volgens de verloskundigen: beschikbare tijd, (na) scholing, de invloed op de samenwerking met huisartsen en kennis van anticonceptiezorg. Een minder belangrijke belemmering volgens de respondenten is een geschikte praktijkruimte voor het verlenen van anticonceptiezorg. De bekendheid bij cliënten over de taakuitbreiding, collega's zover krijgen om het takenpakket uit te breiden en mentaliteitsverandering worden eveneens genoemd als mogelijk belemmerende factoren. Naar aanleiding van bovenstaande factoren is het van belang dat er meer aandacht vanuit de KNOV, zorgverleners en media aan anticonceptiezorg als taakuitbreiding gegeven wordt, dit ten behoeve van verloskundigen, huisartsen en cliënten.

Gezien de conclusie van dit onderzoek zijn de opvattingen onder eerstelijns verloskundigen in Nederland duidelijk naar voren gekomen. De aandachtsgebieden volgens eerstelijns verloskundigen voor de acties die nodig zijn om anticonceptiezorg te kunnen implementeren in de eerstelijns verloskundige praktijk zijn opgenomen in hoofdstuk zeven; aanbevelingen.

## 7. AANBEVELINGEN

Inzicht in factoren leidt volgens Wensing e.a. (2000) tot effectieve implementatie aangezien de gekozen implementatiestrategie zich logischerwijs richt op de meest relevante factoren. Voor beleidsmakers is het dus aan te bevelen om rekening te houden met beïnvloedende factoren die volgens eerstelijns verloskundigen - naar aanleiding van onderzoeksresultaten - naar voren zijn gekomen.

Allereerst verdient het aanbeveling om op basis van dit onderzoek de plannen voor taakuitbreiding met anticonceptiezorg voor eerstelijns verloskundigen onder voorwaarden verder voort te zetten.

De eerste voorwaarde is dat er wetswijziging plaats gaat vinden. Ten behoeve van het uitbreiden van het deskundigheidsgebied van de verloskundige en het toevoegen van anticonceptiemiddelen aan het rijtje uit te schrijven middelen door verloskundigen (wet BIG) dient de KNOV een advies uit te brengen naar het ministerie van VWS. De zorgverzekeraar AGIS kan zowel naar Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als naar het ministerie van VWS de rol van gesprekspartner op zich nemen en plannen beargumenteren op basis van dit onderzoek.

Naar aanleiding van dit onderzoek vormt de tweede belangrijke voorwaarde, ook voor verloskundigen, dat er een tarief voor anticonceptiezorg aanwezig is. De KNOV en ZN wordt dan ook aanbevolen hiertoe een verzoek in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Omdat de verloskundigen verdeeld zijn over de invulling van het takenpakket, is de derde voorwaarde dat er duidelijkheid verschaft wordt over het pakket van anticonceptiezorg als taakuitbreiding. Het totale pakket inclusief het voorschrijven van anticonceptiemiddelen en het inbrengen en verwijderen van spiraaltjes lijkt het meest haalbaar en wordt gesteund door de meeste verloskundigen uit dit onderzoek.

Voordat anticonceptiezorg verleend kan worden door verloskundigen dient er ook aan de vierde voorwaarde voldaan te worden: een georganiseerd (na) scholingstraject voor (student) verloskundigen. Voor een effectieve implementatie is het aan te bevelen om (na) scholing te organiseren in twee tot vier dagdelen, dit komt overeen met de wens van de verloskundigen.

De vijfde en laatste belangrijke voorwaarde is dat er goede afspraken met huisartsen en gynaecologen worden gemaakt ten behoeve van de voortzetting van een goede samenwerking. Wat de opvattingen van andere zorgverleners, zoals huisartsen en gynaecologen, zijn is tot dusver onduidelijk. Gesprekken met andere zorgverleners en vervolgonderzoek op dit punt wordt naar aanleiding van dit onderzoek dan ook aanbevolen. Ook onderzoek naar cliëntenperspectief en evaluatieonderzoek van 'anticonceptiezorg verleend door verloskundigen' in Nederland verdient aanbeveling.

Voordat men start met de implementatie van anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen is het van belang de organisatie hiervan professioneel te begeleiden, dit om de kans op een effectieve invoering in de eerstelijns verloskundige praktijk zo groot mogelijk te maken.

## LITERATUUR

- Achterberg, P.W. en P.G.N.Kramers (maart 2001), *Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21<sup>ste</sup> eeuw*, RIVM Bilthoven: Stuurgroep Modernisering Verloskunde.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede en J. Teunissen (2001), *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Stenfert Kroese, Groningen.
- Baarda, D.B., M.P.M de Goede en C.J. van Dijkum (2003), *Basisboek statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren van (onderzoeks) gegevens*, Stenfert Kroese, Groningen.
- Boomen, van den I.J.H.C. en A.A.C.Vlaskamp (1996), *Onder voorbehoud, Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG*, Ministerie van VWS Rijswijk.
- Burst, H.V. (1998), History of nurse-midwifery in reproductive health care, *Journal Nurse Midwifery*, 43(6), 526-9
- Dute, J.C.J., R.D. Friele, J.K.M. Gevers et al. (2000), *De evaluatie van de WGBO*. Den Haag, ZonMW 2000. website geraadpleegd 26 juli 2006, <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=431>
- Glasier, A.F., J.Logan en T.J. MCGlew (1996), Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*, 53(4), 217-20.
- Hall, J. (2005), Midwifery basics: postnatal care, 'Postnatal fertility control advice', *The practising midwife*, 8(5), 39-43.
- Hardon, A. (2003), Reproductive Health Care in the Netherlands 'Would Integration Improve It?' *Reproductive Health Matters*, 11(21), 59-73.
- Hiller, J.E., E. Griffith en F.Jenner (2002), Education for contraceptive use by women after childbirth, *Cochrane Database Systematic Review*. 2002(3): CD001863.
- Hoogervorst, H. (2005), *Zorgverzekeringswet en wet BIG; kamerstuk 8 juli 2005*. VWS, geraadpleegd 15 augustus 2006, <http://www.minvws.nl/kamerstukken/z/2005/zorgverzekeringswet-en-wet-big.asp>
- Hoogervorst, J.F. (2003), *De toekomstbestendige eerstelijnszorg, Kamerstuk 21 november 2003*. website VWS, geraadpleegd 26 juli 2006, <http://www.snellerbeter.nl/eerstelijns/beleid/eerstelijnszorg/>
- Hoogervorst, J.F. (2005), *Memorie van toelichting Zorgverzekeringswet mei 2005*. website VWS, geraadpleegd 26 Juli 2006, <http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm>, 8 mei 2005
- Kenens, R.J. en L. Hingstman (2005), *Cijfers uit de registratie van verloskundigen – peiling 2005*, NIVEL . website NIVEL geraadpleegd 22 september 2006; <http://www.nivel.nl/pdf/cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-2005.pdf>.

Liefhebber, S., C. van Dam en A. Waelput (december 2005), *Beroepsprofiel Verloskundige*, KNOV, Bilthoven.

Mintzberg, H. (1994), *Mintzberg over management, de wereld van onze organisaties*, Business contact, Amsterdam.

NHG-Standaard (2000), *Het spiraaltje M14*. Website geraadpleegd 26 Juli 2006, [http://nhg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_104\\_TICH\\_L730443008/AMGATE\\_6059\\_104\\_TICH\\_R1195991373945248//](http://nhg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_104_TICH_L730443008/AMGATE_6059_104_TICH_R1195991373945248//)

NHG-Standaard (2003), *Hormonale anticonceptie M02*. Website geraadpleegd 26 Juli 2006, [http://nhg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_104\\_TICH\\_L730443008/AMGATE\\_6059\\_104\\_TICH\\_R1195991373945248//](http://nhg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_104_TICH_L730443008/AMGATE_6059_104_TICH_R1195991373945248//)

NVOG-Richtlijn (2000), *Orale anticonceptie, de combinatiepil*. Geraadpleegd 26 Juli 2006, <http://www.nvog.nl/pub/dynamic/richtlijnen.asp?maingrp=richtlijnen&statgrp=static.richtlijnen>

NVOG-Richtlijn (2002), *Intra-uteriene anticonceptie*. Geraadpleegd 26 Juli 2006, <http://www.nvog.nl/pub/dynamic/richtlijnen.asp?maingrp=richtlijnen&statgrp=static.richtlijnen>

Raas, G.P.M. en M.W. de Lint (2002), *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, sectie gezondheidsrecht, universiteit Maastricht, Zoetermeer.

Roemer, R. (1997), The nurse practitioner in family planning services: law and practice. *JOICFP Review* 6(3), 28-34.

Sundstrom-Feigenberg, K. (1984), Swedish midwives - a case of professional domination of family planning provision by women, *Planned Parenthood in Europe regional information bulletin*, 13(1), 46-7

Waelput, A. en I. van der Hoff, (2005), Taakherschikking in de Verloskunde, *Tijdschrift voor Verloskundigen mei*, p. 25-28.

Wensing, W., P. van Splunteren, M. Hulscher en R. Grol (2000), *Praktisch nieuw, Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. van Gorcum & Comp., B.V. Assen.

WHO (2006), website geraadpleegd 15 augustus 2006, [www.who.int/reproductive-health/publications/global\\_action\\_for\\_skilled\\_attendants/rhr\\_02\\_17\\_3.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/global_action_for_skilled_attendants/rhr_02_17_3.html), [www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf)

Wiegers, T.A., L.F.J. van der Velden en L. Hingstman (2005), *Behoeftetermining verloskundigen 2004-2015*. NIVEL, ISBN 90-6905-733-6

ZON, (1997), Zorg Onderzoek Nederland, Met het oog op toepassing, Beleidsnota Implementatie ZON 1997-1999. Den Haag 1997, In Wensing W., P. van Splunteren, M. Hulscher en R. Grol (2000), *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*, van Gorcum & Comp. B.V., Assen.





## BIJLAGE I

Deskundigheidsgebied van de verloskundige Algemene Maatregel van Bestuur art. 19.

1. Tot het gebied van deskundigheid van de verloskundige wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunst en andere handelingen, gericht op het bevorderen en bewaken van het natuurlijke verloop van de zwangerschap, de bevalling en de kraambedperiode, alsmede op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundige risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambedperiode, het vertalen van het verloskundige risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts.
  2. Tot de handelingen op het gebied van de verloskunst, bedoeld in het eerste lid, behoren het:
    - a medisch begeleiden van de zwangerschap en de bevalling, van de geboorte van de placenta, van de eerste ontwikkelingen van het kind en van het herstel van de vrouw gedurende de kraambedperiode;
    - b verrichten van vaginaal onderzoek zonder apparatuur dan wel met behulp van door Onze Minister aan te wijzen apparatuur;
    - c opheffen van liggingafwijkingen door uitwendige handgrepen;
    - d verrichten van amniotomie tijdens de bevalling.
  3. Tot de andere handelingen, bedoeld in het eerste lid, behoren het:
    - a. psychologisch begeleiden van de vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambedperiode;
    - b. aan de vrouw of het kind voorschrijven dan wel voorschrijven en oraal of door middel van een intramusculaire injectie toedienen van door Onze Minister aangewezen geneesmiddelen;
    - c. verrichten van episiotomieën of het hechten van laesie van perineum of labium, al dan niet gepaard gaand met het toepassen van lokale anesthesie door middel van een injectie, met door Onze Minister aangewezen middelen;
    - d. ten behoeve van onderzoek bij de vrouw afnemen van bloed al dan niet door middel van een punctie;
    - e. ten behoeve van onderzoek bij de vrouw afnemen van materiaal van de baarmoedermond voor het maken van een cytologisch preparaat;
    - f. ten behoeve van onderzoek bij het kind afnemen van bloed door middel van een punctie in de hiel;
    - g. bij de vrouw afnemen van urine door middel van catheterisatie;
    - h. verrichten of laten verrichten van laboratoriumonderzoek;
    - i. adviseren van de vrouw over haar levenswijze gedurende de zwangerschap;
    - j. geven van voedingsadviezen aan de vrouw of ten behoeve van het kind, waaronder het adviseren over borstvoeding;
    - k. geven van voorlichting aan de vrouw en, in voorkomende gevallen, haar partner, over en het stellen van de indicatie voor prenatale diagnostiek;
    - l. adviseren van de vrouw en, in voorkomende gevallen, haar partner, met betrekking tot anticonceptie en gezinsplanning;
    - m. reanimatie van de pasgeborene;
- KNOV - Beroepsprofiel Verloskundige, december 20056 5
- n. optreden bij acute shock of fluxus postpartum, waaronder wordt begrepen het intraveneus inbrengen van een infuus en het door middel van een infuus dan wel door middel van een intraveneuze injectie toedienen van door Onze Minister aangewezen geneesmiddelen.

Besluit van 19 november 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige. Staatsblad 1997; 552.

## BIJLAGE II

### Introductiebrief

Aan: Verloskundigen in de eerste lijn

Betreft: Onderzoek naar taakuitbreiding anticonceptiezorg voor verloskundigen

Amersfoort, augustus 2006

Beste Collega,

In het kader van mijn Masterstudie Verloskunde vraag ik u door middel van een enquête met mij mee te denken over anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen.

Het doel van het onderzoek is erachter te komen wat uw mening is over anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor eerstelijns verloskundigen. Voor de KNOV is anticonceptiezorg een gewenste taakuitbreiding en opgenomen in het beroepsprofiel verloskundige. De verloskundige lijkt bij uitstek geschikt voor het verlenen van reproductieve zorg direct gerelateerd aan de zwangerschap en baring, zoals anticonceptiezorg. Op basis van de onderzoeksresultaten formuleer ik een beleidsadvies aan de KNOV en AGIS Zorgverzekeringen

Mijn vraag is of u deze enquête in wilt vullen en binnen twee weken wilt terugsturen in de bijgevoegde retourenvelop. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen.

Als u op de hoogte gehouden wilt worden van de resultaten, kunt u mij een e-mail sturen met uw naam en adres. U krijgt dan een samenvatting van het eindrapport toegestuurd.

Uw adresgegevens zijn verkregen via de KNOV. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en uw anonimiteit is gewaarborgd.

Voor meer informatie kan er tijdens kantooruren contact met mij opgenomen worden.

Alvast hartelijk bedankt voor de medewerking, uw mening telt!

Vriendelijke groet,

Tineke van Schuppen

AGIS Zorgverzekeringen  
Zorg 34  
Antwoordnummer 117  
3800 VB Amersfoort  
[mtvanschuppen@gmail.com](mailto:mtvanschuppen@gmail.com)  
06-41390330

## BIJLAGE III

### Enquêteformulier

Deze vragenlijst begint met een aantal algemene vragen, in het daaropvolgende deel worden vragen gesteld aan de hand van drie thema's. De hele vragenlijst beslaat 27 vragen cq stellingen.

Kruis bij de keuzevragen het rondje aan van het antwoord wat het beste bij u past

**1. Hoe bent u werkzaam?**

- Eigen praktijk
- In loondienst
- Als waarneemster

**2. Wat is de praktijkvorm?**

- Solo- of duopraktijk
- Groepspraktijk(2 – 4 verloskundigen)
- Grote groepspraktijk(> 5 verloskundigen)
- Gezondheidscentrum
- Eerstelijns verloskundig centrum

**3. Hoe zou u het gebied waar u werkt typeren?**

- Stedelijk
- Verstedelijk
- Platteland

**4. In welke provincie werkt u?**

.....

**5. Wat is uw leeftijd?**

..... jaar

**6. Hoeveel werkervaring heeft u?**

..... jaar

**7. Aan welke opleiding heeft u gestudeerd?**

- Amsterdam / Groningen
- Rotterdam
- Kerkrade / Maastricht
- Anders

In het volgende deel van de vragenlijst komen er drie thema's van beïnvloedende factoren aan de orde, te weten; de verloskundige, de sociale omgeving en de randvoorwaarden.

Het **totale pakket anticonceptiezorg** houdt het volgende in;

- Informatie, voorlichting en advies geven over anticonceptiemiddelen
- De cliënte helpen bij het maken van keuzes
- Voorschrijven van anticonceptiemiddelen
- Inbrengen en verwijderen van spiraaltjes

De mogelijke anticonceptiemiddelen zijn; condoom, pessarium, orale anticonceptie(OAC), het spiraaltje (Mirena® en koperhoudend), de Nuvaring en Implanon.

Thema 1; Individuele zorgverlener

**8. Met welke activiteiten heeft u zich de afgelopen twee jaar bezig gehouden, naast uw werkzaamheden als verloskundige?**

Kruis het rondje aan van het antwoord wat het beste bij u past, er zijn meerdere antwoorden mogelijk

- Nascholingsactiviteiten
- Vaardigheidstrainingen
- Maandelijks lezen van het Tijdschrift voor Verloskundigen
- Bijwonen van kringvergaderingen
- Bijwonen van ledenvergaderingen van de KNOV
- Bijwonen van congres / symposium
- Volgen van de Master studie verloskunde
- Anders namelijk; .....

**9. Vindt u, mits de verloskundige bekwaam en bevoegd is, anticonceptiezorg een taak voor de verloskundige?**

- Ja
- Nee

**10. Kruis hieronder aan welke onderdelen van anticonceptiezorg u mogelijk tot het totale pakket anticonceptiezorg als taakuitbreiding voor verloskundigen vindt behoren?**

	Anticonceptiemiddelen:
<input type="radio"/> Informatie, voorlichting en advies	<input type="radio"/> Condoom
<input type="radio"/> De cliënte helpen bij het maken van keuzes	<input type="radio"/> Pessarium
<input type="radio"/> Voorschrijven van anticonceptiemiddelen	<input type="radio"/> Orale anticonceptie(OAC)
<input type="radio"/> Inbrengen en verwijderen van spiraaltjes	<input type="radio"/> Het spiraaltje (Mirena® en koperhoudend)
	<input type="radio"/> Nuvaring <input type="radio"/> Implanon

Kruis hieronder aan in hoeverre u het eens / oneens bent met de mogelijke **redenen** naar aanleiding van vraag 9;

Indien 'Ja' of 'Nee' bij vraag 9 →	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / niet oneens	Eens	Helemaal mee eens
• Ik vind het (net zoals de KNOV) <u>wel</u> passen in het takenpakket van de verloskundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik vind het <u>een professionalisering</u> van het vak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik vind het <u>een uitbreiding</u> van carrièremogelijkheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik vind de taakuitbreiding <u>een versterking</u> van de eerstelijns verloskundige zorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik denk dat ik <u>voldoende</u> basiskwaliteiten heb om de anticonceptievaardigheden aan te kunnen leren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik denk dat cliënten <u>wel</u> naar de verloskundige gaan voor anticonceptiezorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik kan <u>wel</u> tijd voor anticonceptiezorg vrijmaken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik zie de nascholing <u>wel</u> zitten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik denk dat het <u>geen</u> geld hoeft te kosten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik heb <u>wel</u> een geschikte praktijkruimte voor anticonceptiezorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ik wil me liever bezig houden met een onderdeel van anticonceptiezorg en NIET met het <i>totale</i> pakket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Andere reden, namelijk..... ..... .....					

→ Bij de beantwoording van de vervolgvragen kunt u uitgaan van het door u bij vraag 10 gedefinieerde pakket anticonceptiezorg

**11. Ik zou anticonceptiezorg willen aanbieden aan;**

Kruis aan in hoeverre u het eens / oneens bent met het **antwoord**

Helemaal oneens    Oneens    Niet eens / niet oneens    Eens    Helemaal mee eens

• Alleen vrouwen die bevallen zijn, +- zes weken na de bevalling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd (reproductieve periode)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kruis aan in hoeverre u het eens / oneens bent met de volgende stellingen:	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / niet oneens	Eens	Helemaal mee eens
<b>12. Ik heb nascholing nodig voordat ik anticonceptiezorg kan aanbieden</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>13. Ik heb het gevoel dat ik de nieuwe taak van anticonceptiezorg wel aan zou kunnen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14. Hoeveel dagdelen zou u willen besteden aan een nascholingsprogramma?**

..... Dagdelen

Thema 2: Sociale omgeving

**15. Bent u van mening dat cliënten er voordeel bij hebben als anticonceptiezorg ook door verloskundigen aangeboden kan worden?**

- Ja
- Nee

Kruis aan in hoeverre u het eens / oneens bent met de volgende stellingen:	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / niet oneens	Eens	Helemaal mee eens
<b>16. Cliënten hebben er voordeel bij, omdat het verloskundige zorgtraject dan laagdrempelig verlengd kan worden met anticonceptiezorg</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>17. (Allochtone) Cliënten hebben er voordeel bij, omdat het prettig is dat de verloskundige een vertrouwde en vaak vrouwelijke zorgverlener is</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Een goede samenwerking met de huisartsen is belangrijk voor de kwaliteit van anticonceptiezorg. Bij de taakuitbreiding met anticonceptiezorg voor eerstelijns verloskundige gaat het tegelijkertijd om een gedeeltelijke taakherschikking van huisartsen naar de verloskundigen. De volgende drie stellingen gaan hierover.

Kruis aan in hoeverre u het eens / oneens bent met de volgende stellingen:	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / niet oneens	Eens	Helemaal mee eens
18. Ik denk dat anticonceptiezorg door verloskundigen geen invloed heeft op de samenwerking met huisartsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ik denk dat anticonceptiezorg door verloskundigen een positieve invloed heeft op de samenwerking met huisartsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ik denk dat anticonceptiezorg door verloskundigen een negatieve invloed heeft op de samenwerking met huisartsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Thema 3; Structurele voorwaarden / Randvoorwaarden

Voordat er kwalitatief goede anticonceptiezorg (het totale pakket) aangeboden kan worden door eerstelijns verloskundigen moet er aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Voorbeelden hiervan zijn dat de bevoegd- en bekwaamheid duidelijk moet zijn door middel van een nascholingstraject en een wetwijziging. Ook zal er een tarief anticonceptiezorg vastgesteld moeten worden door het CTG(College Tarieven Gezondheidszorg). In de komende vier stellingen en twee vragen staan uw persoonlijke belemmeringen voor anticonceptiezorg als taakuitbreiding centraal.

Kruis aan in hoeverre u het eens / oneens bent met de volgende stellingen:	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / niet oneens	Eens	Helemaal mee eens
21. Ik vind het belemmerend dat ik te weinig tijd heb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ik vind het belemmerend dat de taakuitbreiding het <i>totale</i> pakket anticonceptiezorg inhoudt(zie kader op pagina 1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ik vind het belemmerend dat de samenwerking met de huisartsen kan veranderen door de taakuitbreiding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ik vind het belemmerend dat ik geen geschikte praktijkruimte heb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ik vind het belemmerend dat er nog geen tarief anticonceptiezorg vastgesteld is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Wat zijn voor u mogelijk nog andere belemmeringen / voorwaarden voordat u anticonceptiezorg wilt verlenen?					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>					

27. Ten slotte wil ik u vragen de voor u belangrijkste belemmeringen, voordat anticonceptiezorg in het takenpakket van de verloskundige opgenomen wordt, te noemen.

Bij nummer 1 de belangrijkste belemmering enzovoort.

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Ruimte voor opmerkingen:

.....  
.....  
.....  
.....

**B e d a n k t   v o o r   h e t   i n v u l l e n !**



**BIJLAGE IV**  
Overige resultaten

Kenmerken	Respondenten onderzoek n = 290	Eerstelijns verloskundigen in NL 2005. n = 1639
<b>Werkervaring in jaren</b>		
- <5	74 (25,5%)	Geen gegevens bekend
- 5-9	80 (27,6%)	
- 10-14	41 (14,1%)	
- 15-19	33 (11,4%)	
- 20-24	18 (6,2%)	
- 25-29	18 (6,2%)	
- 30-34	11 (3,8%)	
- 35-39	4 (1,4%)	
- >=39	0 (0%)	
- missing	11 (3,8%)	
<b>Type werkgebied</b>		
- stedelijk	185 (63,7%)	Geen vergelijkbare gegevens bekend
- niet stedelijk / platteland	104 (35,9%)	
- missing	1 (0,3%)	

Tabel 1 Algemene kenmerken respondenten

<b>Kenmerken</b>	<b>Groep 'ja' n= 268</b>	<b>Groep 'nee' n= 22</b>	<b>Totaal n= 290</b>
<b>Verloskundigen per provincie ***</b>			
- Groningen	4 (1,5%)	1 (4,5%)	5 (1,7%)
- Friesland	9 (3,9%)	0	9 (3,1%)
- Drenthe	9 (3,4%)	1 (4,5%)	10 (3,4%)
- Overijssel	13 (4,9%)	1 (4,5%)	14 (4,8%)
- Flevoland	8 (3,0%)	0	8 (2,8%)
- Gelderland	41 (15,3%)	3 (13,6%)	44 (15,2%)
- Utrecht	22 (8,2%)	0	22 (7,6%)
- Noord-Holland	44 (16,4%)	3 (13,6%)	47 (16,2%)
- Zuid-Holland	49 (18,3%)	10 (45,5%)	59 (20,3%)
- Zeeland	1 (0,4%)	2 (9,1%)	3 (1,0%)
- Noord-Brabant	42 (15,7%)	0	42 (14,5%)
- Limburg	21 (7,8%)	0	21 (7,2%)
- missing	5 (1,9%)	1 (4,5%)	6 (2,1%)
<b>Leeftijd van verloskundigen</b>			
- <25	12 (4,5%)	1 (4,5%)	13 (4,5%)
- 25-29	78 (29,1%)	4 (18,2%)	82 (28,3%)
- 30-34	45 (16,8%)	4 (18,2%)	49 (16,6%)
- 35-39	40 (14,9%)	2 (9,2%)	42 (14,5%)
- 40-44	35 (13,1%)	3 (13,6%)	38 (13,1%)
- 45-49	20 (7,5%)	1 (4,5%)	21 (7,2%)
- 50-54	23 (8,6%)	5 (22,7%)	28 (9,7%)
- 55-59	9 (3,4%)	1 (4,5%)	10 (3,4%)
- 60-64	4 (0,2%)	1 (4,5%)	5 (1,7%)
- >=65	0	0	0 (0%)
- missing	2 (0,7%)	0	2 (0,7%)
<b>Praktijkvorm</b>			
- solo- / duopraktijk	78 (29,1%)	5 (22,7%)	83 (28,6%)
- groepspraktijk	183 (68,3%)	16 (72,7%)	199 (68,%)
- gezondheids- of eerstelijns verloskundig centrum	5 (1,9%)	1 (4,5%)	6 (4,0%)
- missing	2 (0,7%)	0	2 (0,7%)
<b>Werkervaring in jaren</b>			
- <5	69 (25,7%)	5 (22,7%)	74 (25,5%)
- 5-9	74 (27,6%)	6 (27,3%)	80 (27,6%)
- 10-14	39 (14,6%)	2 (9,1%)	41 (14,1%)
- 15-19	32 (11,9%)	1 (4,5%)	33 (11,4%)
- 20-24	16 (6,0%)	2 (9,1%)	18 (6,2%)
- 25-29	17 (6,3%)	1 (4,5%)	18 (6,2%)
- 30-34	8 (3,0%)	3 (13,6%)	11 (3,8%)
- 35-39	4 (1,5%)	0	4 (1,4%)
- >=39	0	0	0 (0%)
- missing	9 (3,4%)	0	11 (3,8%)
<b>Type werkgebied</b>			
- stedelijk	172 (64,2%)	13 (59,1%)	185 (63,7%)
- niet stedelijk / platteland	95 (35,4%)	9 (40,9%)	104 (35,9%)
- missing	1 (0,4%)	0	1 (0,3%)

<b>Kenmerken</b>	<b>Groep 'ja'</b> <b>n= 268</b>	<b>Groep 'nee'</b> <b>n= 22</b>	<b>Totaal</b> <b>n= 290</b>
<b>Opleidingsplaats ***</b>			
- Amsterdam / Groningen	77 (28,7%)	1 (31,8%)	84 (29%)
- Rotterdam	60 (22,4%)	11 (50%)	71 (24,5%)
- Kerkrade / Heerlen / Maastricht	83 (31%)	2 (9,1%)	85 (29,3%)
- Anders (buitenland)	44 (16,4%)	2 (9,1%)	46 (15,9%)
- missing	4 (1,5%)	0	4 (1,4%)
<b>Hoe werkzaam</b>			
- eigen praktijk of maatschap	246 (91,8%)	19 (86,4%)	265 (91,4%)
- in loondienst	17 (6,3%)	3 (13,6%)	20 (6,9%)
- als waarneemster	4 (1,5%)	0	4 (1,4%)
- missing	1 (0,4%)	0	1 (0,3%)

Tabel 2 Twee groepen vergeleken op algemene kenmerken