

Takepakket Eerstelijns Verloskunde 2007

door Elsbeth Reitsma, Carola Groenen en Marjolein Fermie.

Drs. Elsbeth Reitsma MCM, organisatieadviseur bij C3 adviseurs en managers in zorg.
Carola Groenen, MSc verloskundige, zelfstandig adviseur en projectmanager,
Marjolein Fermie, adviseur bij C3 adviseurs en managers in zorg.

Het Takepakket Eerstelijns Verloskunde beschrijft alle activiteiten die door eerstelijns verloskundigen worden verricht, zowel op cliëntgebonden aspecten als niet-clientgebonden aspecten (praktijkvoering) en de tijdbesteding die daarmee is gemoeid.

Begin 2001 is door de KNOV de eerste versie van het takepakket voor de eerstelijns verloskunde gepubliceerd. In 2003 heeft een herijking plaatsgevonden. Door de ontwikkelingen in de verloskunde in de afgelopen jaren maar ook vanwege ontwikkelingen in de samenleving en de veranderende wet- en regelgeving is het takepakket aan bijstelling toe. In dit artikel wordt een overzicht gegeven¹.

Ontwikkelingen

De eerstelijns verloskundige werkt vanuit de visie dat zwangerschap en bevalling fysiologische gebeurtenissen zijn waarbij onnodige medicalisering voorkomen moet worden. De zwangere vrouw moet kunnen kiezen tussen een thuisbevalling of een verplaatste thuisbevalling (poliklinisch). De verloskundige biedt de vrouw een op haar toegesneden ondersteuning in alle fasen van het zorgproces en vervult, net als de huisarts, de poortwachterfunctie naar de tweedelijns zorg. Daarbij wordt de zorg laagdrempelig aangeboden, dichtbij de directe leefwereld van de cliënt en houdt de verloskundige rekening met ervaringen, behoeften, mogelijkheden en kracht van de cliënt. Landelijke richtlijnen, kwaliteitseisen en beroepsnormen van de KNOV liggen ten grondslag aan de verloskundige zorgverlening.

De zorgverlening en praktijkvoering van verloskundigen is aan verandering onderhevig. Een aantal ontwikkelingen speelt daarbij een rol;

1. *Cliënten* zijn steeds meer een mondige consument en klant. Dit doet een appèl op een vraaggerichte benadering van voorlichting en zorgverlening door de verloskundige.
2. *Evidence Based Medicine*: het (medisch) handelen van de verloskundige wordt in toenemende mate ondersteund door resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. Verloskundigen dienen hun zorg voortdurend te verbeteren en gebruik te maken van de nieuwe inzichten binnen zowel het medische domein als het verloskundige domein.
3. *Preventie*: in de verloskundige zorgverlening zijn op preventie gerichte activiteiten de laatste jaren toegenomen o.a. door nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen. Dit brengt nieuwe en intensievere voorlichtings- en zorgactiviteiten met zich mee.
4. *Counselen*: steeds vaker wordt op de verloskundige een beroep gedaan om de cliënt te begeleiden bij het verkrijgen van inzicht in eigen gevoelens en gedrag en haar te ondersteunen bij het nemen van (emotioneel geladen) beslissingen.
5. *Kwaliteitszorg en kwaliteitsborging*: deelname aan kwaliteitsregisters, aantoonbaar werken aan kwaliteit en transparantie zijn nieuwe vereisten binnen de verloskundige zorgverlening. Dit vertaalt zich ook naar taken gerelateerd aan de directe cliëntenzorg.
6. *Toename administratieve last*: o.a. door veranderingen in het zorgstelsel.
7. *Overleg buiten de praktijk* met collega-verloskundigen en andere disciplines uit eerste en tweede lijn en organisaties over de zorg in de keten (VSV) en de organisatie van zorg.

¹ Het volledige rapport kan bij de KNOV worden besteld.

De gehanteerde werkwijze

In 2001 en 2003 werd het takenpakket voor de eerstelijns verloskunde nog een ‘basistakenpakket’ genoemd, omdat men er vanuit ging, dat *iedere* verloskundige alle taken uit het takenpakket doet [1,2]. Inmiddels kunnen we niet meer van *basistaken* spreken, in de zin dat *iedere* verloskundige deze taken uitvoert. In de verloskundigenpraktijk worden taken verdeeld en er ontstaan bovenpraktijkse samenwerkingsverbanden, zoals echocentra, waar bepaalde taken worden belegd. De verloskunde ontwikkelt zich en er ontstaan nieuwe vormen van zorg. Sommige verloskundigen bieden bijvoorbeeld preconceptionzorg; anderen (nog) niet.

Omdat het huidige takenpakket van de eerstelijns verloskundige verder kan gaan dan de ‘basistaken’, wordt nu van ‘Takenpakket Eerstelijns Verloskunde’ of kortweg ‘takenpakket’ gesproken. Het Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007 heeft het Beroepsprofiel van de verloskundige als uitgangspunt [3]. Het takenpakket staat daarmee niet op zichzelf. Het is ook congruent met het Landelijk opleidingsprofiel: Eindtermen en opleidingseisen Verloskunde [4] en de Visie op de verloskundige en verloskundige zorg [5].

Het takenpakket eerstelijns verloskunde is gebaseerd op het werk van een eerstelijns verloskundige, die in een meerpersoonspraktijk werkzaam is. Ruim 80% van de verloskundigen werkt in een groepspraktijk van 3 of meer verloskundigen [6]. Eerstelijns verloskundigen werken in hun praktijk volgens eens rooster, waarbij de continuïteit van zorg 7 x 24 uur gewaarborgd is. Zij stellen gezamenlijk het beleid vast en stemmen onderling de uitvoering ervan af. Voor ondersteunende administratieve en organisatorische taken is er een praktijkassistente in loondienst.

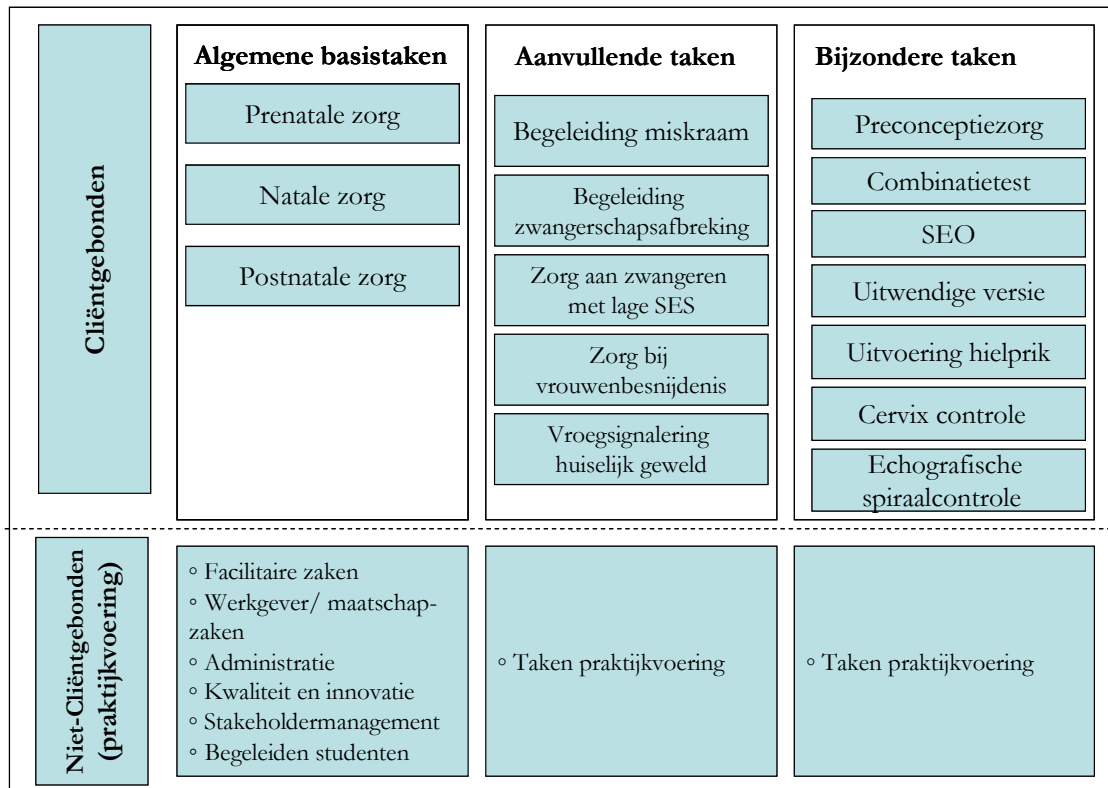
In dit nieuw geformuleerde takenpakket wordt onderscheid gemaakt tussen (figuur 1):

- 1) *Basistaken*: deze worden door *alle* verloskundigen(praktijken) aangeboden. Basistaken zijn te onderscheiden in 2 categorieën:
 - a. *Algemene basistaken* : deze taken worden door *alle* verloskundigen(praktijken) aan *alle* cliënten aangeboden en omvatten de reguliere prenatale, natale en postnatale zorg.
 - b. *Aanvullende basistaken*: deze taken worden door *alle* verloskundigen(praktijken) aangeboden, echter *alleen* aan cliënten die daarvoor in aanmerking komen. Aanvullende taken zijn: zorg voor en begeleiding bij een miskraam, begeleiding bij zwangerschapsafbreking, zorg aan zwangeren met een lage sociaal economische status, zorg bij vrouwenbesnijdenis, voegsignalering huiselijk geweld.
- 2) *Bijzondere taken*: deze taken worden facultatief en dus *niet* door alle verloskundigen-(praktijken) aangeboden. Voorbeelden zijn: het uitvoeren van preconceptionzorg, de combinatietest, het Structureel Echoscopisch Onderzoek, de uitwendige versie, de hielprik ten behoeve van neonatale screening, de cervix controle en de echografische spiraal controle.

Naast deze *cliëntgebonden* taken kent iedere verloskundige (praktijk) ook nog niet-clientgebonden taken. De taken uit de *praktijkvoering* omvatten alle zaken die betrekking hebben op de organisatie van de praktijk. Deze niet-clientgebonden taken zijn verdeeld over zes onderdelen: 1) facilitaire zaken, 2) werkgevers- en maatschapszaken, 3) administratie, 4) kwaliteit(sborging) en innovatie, 5) stakeholdermanagement en 6) het begeleiden van studenten.

Voor de formulering van dit nieuwe takenpakket kregen de onderzoekers inhoudelijke en expertmatige input van de KNOV en van een Raad & Daad-team van verloskundigen. In juni 2007 is een digitale enquête voorgelegd aan een groep van 300 at random geselecteerde verloskundigen. Ruim 150 verloskundigen hebben de digitale enquête ingevuld. Daarnaast waren

ook de verloskundige opleidingen betrokken en is met het Nivel gesproken over de in 2004 vastgestelde tijdbestedingen [7]. Het Takenpakket Eerstelijns Verloskunde is in november 2007 door de Algemene Ledenvergadering van de KNOV vastgesteld.



Figuur 1: Opbouw van het Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007.

Doelen van het takenpakket

Het takenpakket dient meerdere doelen:

1. vaststellen wat eerstelijns verloskundige zorg in Nederland omvat, zodat iedere verloskundige kan beoordelen in hoeverre zijn of haar werkwijze hiermee overeenstemt.
2. behulpzaam zijn bij het tot stand brengen van een evenwichtige onderlinge verdeling van taken binnen verloskundigenpraktijken
3. samenwerkingsmogelijkheden met andere verloskundige praktijken of met andere eerstelijns zorgverleners in kaart brengen.
4. aan zorgverzekeraars of cliënten duidelijk maken wat de zorg omvat (‘wat is gebruikelijk’).
5. berekenen van de normpraktijk (het aantal volledige zorgeenheden dat per jaar per fulltime werkende verloskundige in zorg genomen kan worden).
6. het berekeningen van kostprijzen en tarieven voor afzonderlijke zorgproducten.

Resultaten: takenpakket eerstelijns verloskunde 2007

In de navolgende tabellen worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. De in de tabellen genoemde tijdbestedingen geven de huidige situatie (anno 2007) weer en zijn afgeleid van het Basistakenpakket uit 2001 en 2003, het Nivel-onderzoek naar tijdbesteding in 2004, de digitale enquête over tijdbesteding die door ruim 150 verloskundigen is ingevuld en bestaande en reeds geïmplementeerde standaarden en richtlijnen van de KNOV. Daarmee zijn de genoemde tijdbestedingen een *realistische gemiddelde werkelijke tijdbesteding* anno 2007. In de toekomst te verwachten of wenselijk geachte tijdbestedingen zijn niet in dit artikel opgenomen.

Clïëntgebonden algemene basistaken

Bij de beschrijving van de algemene basistaken van de verloskundige cliëntgebonden zorg is het verloskundig zorgproces gevolgd: de prenatale, de natale en de postnatale fase. De hier beschreven taken worden door iedere verloskundige(npraktijk) uitgevoerd. In de toelichtingen wordt alleen ingegaan op de grote verschillen met voorgaande takenpakketten.

Prenatale zorg

	Taak	Tijd in minuten
1.	Eerste telefonische contact	15
2.	Eerste controle rond de 8 ^e zwangerschapsweek	35
3.	Counseling PNS en postcounseling na de uitvoering van de testen	35
4.	Vervolgcontroles (13 maal)	195
5.	Eerstelijns echoscopisch onderzoek (termijn- en indicatie-echo's);	40
6.	Voorlichting over neonatale screening	10
7.	Telefonisch spreekuur en tussendoor contact	5
8.	Clïëntgebonden afstemming met collega's en andere professionals	15
9.	Clïëntgebonden administratie	30
	Totale tijd in minuten per zorggeval	380

1. De aan het *eerste telefonische contact* besteedde tijd is iets toegenomen ten opzichte van BTP 2003 en Nivel 2004, o.a. door de invoering van PNS en door een toegenomen vroege preventieve voorlichting [5].

2. De *eerste controle* is in tijd korter dan in het BTP 2003 en 2001. De tijd besteed aan een intake (*exclusief* counselen voor prenatale screening) is gebaseerd op de digitale enquête en is nagenoeg gelijk aan de 36,3 minuten uit het Nivel-onderzoek van 2004.

3. *Counselen voor de prenatale screening*. De digitale enquête laat zien dat gemiddeld 23 minuten wordt besteed aan het counselen van de combinatietest en het SEO. Bij cliënten met een verhoogde wordt aanvullend gemiddeld nog eens 21 minuten gecounseld. Op basis van gegevens van de KNOV-werkgroep PNS wordt uitgegaan van een gemiddelde tijdsinvestering van 12 minuten voor het postcounselen

4. *Vervolgcontroles*. Het gemiddeld aantal prenatale controles is toegenomen van tien x 18 minuten (BTP 2003), naar 12 x 15,5 minuten (Nivel, 2004), naar 13 x 13 minuten in 2007 volgens de digitale enquête. Omdat het keuzevakje bij deze digitale enquête de antwoorden tussen 11 en 15 minuten aangeeft is het aannemelijk dat conform de Nivel metingen het gemiddelde dichter bij de 15 dan bij de 11 minuten zit. Voor dit takenpakket wordt dan ook het gemiddelde van 15 minuten aangehouden.

5. *Eerstelijns echoscopisch onderzoek* is als standaard-zorg is nieuw in het Takenpakket. Een gemiddelde van twee eerstelijns echo's is (zeker gezien het vroegere contact in de zwangerschap) door het Raad & Daad-team eenduidig als gemiddeld aangegeven. Dit wordt ondersteund door gegevens van het Nivel. De tijdsinvestering inclusief administratie en uitleg aan cliënten is 20 minuten per echo.

6. *Voorlichting over de bielprik ten behoeve van neonatale screening*. Deze zorgtaak is in 2007 geïntroduceerd. De gemiddelde tijdsinvestering moet nog (opnieuw) worden gemeten. Tot die tijd is op basis van het protocol (uit te leggen informatie, inclusief beantwoorden van vragen en vastleggen in het dossier) een gemiddelde van 10 minuten te herleiden.

7. *Telefonisch spreekuur en tussendoor contact.* De beschreven 5 minuten zijn conform het BTP 2001 en 2003. Uit de digitale enquête blijkt dat gemiddeld 41% van de zwangeren van deze mogelijkheid gebruik maakt en dat dit contact gemiddeld 13 minuten duurt. Dit geeft bij omrekening naar 100 % een gemiddelde van 5 minuten per cliënt.

8. *Cliëntgebonden afstemming met collega's en andere professionals.* Dit betreft overleg wat direct aan de cliënt is gerelateerd gedurende de prenatale fase. Conform het BTP 2001 en 2003 blijft de gemiddelde tijdsinvestering hierbij 15 minuten.

9. *Cliëntgebonden administratie.* De gemiddelde tijdsinvestering is van 20 minuten in het BTP 2001 en 2003 toegenomen naar 30 minuten in 2007. Het Nivel (2004) laat geen uitsplitsing zien in cliëntgebonden en niet cliëntgebonden administratie. Het belang van zorgvuldige verslaglegging is groot; zo laten onder andere de jaarverslagen van de klachtencommissie aan verloskundigen zien. Daarbij is met de keuzes voor onderzoeken (prenatale screening en hiepriek ten behoeve van neonatale screening) een wettelijke informatieplicht en informed consent vereist, wat extra (zorgvuldige) administratieve handelingen met zich meebrengt. Hierdoor is op basis van de input uit het Raad & Daad-team de cliëntgebonden administratie met 10 minuten voor de hele prenatale zorg toegenomen.

Natale zorg

	Taak	Tijd in minuten
1.	Vaststellen van begin van de baring, (inclusief reistijd van 25 minuten)	50
2.	Begeleiding ontsluitingsfase	165
3.	Uitdrijving	35
4.	Nageboortetijdperk	20
5.	Post partum	120
	Totale tijd in minuten per zorggeval	390

Bij de natale zorg blijven de tijdsbestedingen aan de uitdrijving (3), het nageboortetijdperk (4) en het post partum (5) gelijk omdat dit vaststaande (medische) feiten zijn, gebaseerd op de gemiddelde duur volgens de LVR 1 of richtlijn (120 minuten post partum verantwoordelijk voor de medische zorg). De zorg en tijdsinvestering besteed de ontsluitingsfase is de afgelopen jaren gestegen. Het BTP laat een stijging in minuten zien van in totale minuten 335 (2001), 350 (2003) naar 390 (2007). Ook het Nivel laat in 2004 een stijging zien van 50 minuten van 2003 naar 2004. (van 228 naar 279). Omdat de standaard Niet Vorderende ontsluiting [8] na 2004 is uitgekomen en in de implementatiefase zit (waarbij meer zorg in de ontsluitingsfase als richtlijn wordt gehanteerd) is het aannemelijk dat de verdere stijging in tijdbesteding na metingen uit 2004 heeft plaatsgevonden. Daarom is in de digitale enquête de gemiddelde tijdsinvestering gemeten. Dit laat een gemiddelde van 7,5 uur zien bij primipara's (vrouwen die van een eerste kind bevallen) en 5,5 uur bij multipara's (vrouwen die bevallen van een tweede of hoger aantal kind). Aangezien verloskundigen 50 % primipara's begeleiden en 50 % multipara's [9] geeft dit een gemiddelde van 6,5 uur per cliënt. Dit is totaal 390 minuten.

Postnatale zorg

	Taak	Tijd in minuten
1.	Kraambedcontroles (5 maal)	225
2.	Begeleiding na de kraamperiode, inclusief de nacontrole rond 6 weken pp	30
3.	Overdracht naar ketenpartners	15
4.	Administratie	15
	Totale tijd in minuten per zorggeval	285

Bij de kraambedcontroles (1) is het gemiddelde van 5 controles gelijk aan BTP 2003 en aan de Nivel-metingen in 2004. De gemiddelde duur per controle inclusief reistijd was in het BTP 2003 35 minuten en bij het Nivel (2004) 37, 9 minuten. De duur per kraambedcontrole is in de huidige situatie met gemiddeld 15 minuten toegenomen ten opzichte van het BTP 2003. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door de toename van reistijd per controle en voor een kleiner gedeelte door de toename van zorgactiviteiten (begeleiding bij borstvoeding, herindiceren kraamzorg, voorlichtingsaspecten).

Cliëntgebonden aanvullende taken

De aanvullende taken worden alleen aan cliënten aangeboden die daarvoor in aanmerking komen. Aanvullende taken worden **wel** door alle verloskundigen uitgevoerd.

Aanvullende taken

	Taak	Tijd in minuten
1.	Zorg voor en begeleiding bij een miskraam (betreft vaak acute zorg)	73
2.	Begeleiding bij zwangerschapsafbreking	150
3.	Zorg aan zwangeren met een laag sociaal economische status (inclusief allochtonen)	23 % extra tijd bij alle zorgactiviteiten
4.	Zorg bij vrouwenbesnijdenis	120
5.	Vroegsignalering huiselijk geweld en kindermishandeling)	120

1. Zorg voor en begeleiding bij een *miskraam* heeft altijd bij de taken van verloskundigen gehoord. Wel is er een toename in de begeleiding van deze zorg te zien door het vroegere contact met de zwangere (8 ipv 12 weken) en door de stijging van de leeftijd van de zwangere vrouw. In de LESA Miskraam [10] is inhoudelijke zorg vastgelegd. Geconstateerd wordt dat de behoefte aan psychosociale begeleiding bij een miskraam in de loop der jaren is toegenomen. De digitale enquête laat een gemiddelde tijdsbesteding van 73 minuten per miskraam zien.

2. Met de invoering van de testen voor prenatale screening en de daarbij behorende mogelijkheid tot zwangerschapsafbreking is de *begeleiding bij zwangerschapsafbreking* een regelmatig voorkomende taak geworden. De natale zorgverlening van de zwangerschapsafbreking vindt in de tweede- of derdelijn plaats. De postnatale zorg vindt in de thuissituatie plaats en valt onder de verantwoording van de verloskundigen. Voor de psychosociale begeleiding doen zwangeren veelvuldig een beroep op de verloskundigen. Het Raad & Daad-team is eenduidig over een gemiddelde begeleiding van 150 minuten per cliënt.

3. De gegevens over de extra tijdsinvesteringen voor *zorg aan zwangeren met een lage sociaal economische status* (inclusief allochtonen) zijn niet nieuw. In het Basistakenpakket 2003 zijn deze extra activiteiten destijds niet opgenomen in afwachting van een 'achterstandstarief'. In 2001 is in opdracht van de KNOV door Deloitte & Touche Bakkenist in het 'Onderzoek verloskundig tarief in achterstandsgebieden' een extra tijdsinvestering van 20 % vastgesteld (2001). Verloskundigen geven in de digitale enquête van 2007 een gemiddelde extra tijdsinvestering van 23 % aan.

4. De genoemde activiteiten bij *vrouwenvermindering/ besnijdenis* worden onderbouwd door de taken zoals beschreven in het standpunt van de KNOV [11] over dit onderwerp.

5. *Vroegsignalering huiselijk geweld* heeft meer nadruk gekregen door de aandacht van de overheid. De landelijke richtlijnen de in 2007 verschenen richtlijn van de KNOV ² over vroegsignalering kindermishandeling geeft de inhoudelijke onderbouwing van deze taak.

De niet-cliëntgebonden taken

Niet-cliëntgebonden taken gelden als randvoorwaardelijk voor het realiseren van de algemene basistaken door een full-time werkende verloskundige die de continuïteit van zorg 52,2 werkweken per jaar en de beschikbaarheid van de zorg 7 x 24 uur per week dient te garanderen. De hierna weergegeven gegevens zijn gebaseerd op een verloskundige die in een praktijk van 3 of meer verloskundigen werkzaam is en van praktijkassistentie gebruik maakt.

Voor wat betreft de concrete invulling van de tijdbesteding is waar mogelijk uitgegaan van de Monitor verloskundige zorgverlening uit 2004 en de resultaten van de digitale enquête in 2007. In 2004 zijn echter niet alle taken onderzocht, deels om dit deze toen nog niet aan de orde waren. Dit geldt voor: automatisering, hygiëne en infectiepreventie, onderdelen van het kwaliteit & innovatie en stakeholdermanagement.

	Niet Cliëntgebonden taken	Tijd in uren
1.	Facilitaire zaken, o.a. inkoop, voorraadbeheer, praktijkinrichting en – automatisering, organisatie en uitvoeren Hygiëne en Infectiepreventie	88
2.	Werkgevers- en maatschapstaken: o.a. opstellen dienstroosters, maatschapoverleg, werkoverleg, functioneringsgesprekken	96
3.	Administratie, o.a. financiële administratie, post en archief	104
4.	Kwaliteit(sborging) en innovatie, o.a. deelname aan Kwaliteitsregister KNOV, kwaliteitsborging (praktijk-/zorganalyses en bespreking, deelname aan wetenschappelijk onderzoek	97
5.	Stakeholdermanagement, o.a. voorlichtingsbijeenkomsten, kringoverleg, deelname aan CVO, VSV, en KNOV-activiteiten	80
6.	Begeleiden van studenten verloskundige	46
	Totale tijd in uren per verloskundige voor niet-cliëntgebonden taken per jaar	511 uur

Veranderingen ten opzichte van voorgaande jaren zijn vooral opgetreden door, o.a.:

- in 2004 is de standaard Hygiëne en infectiepreventie [13] ingevoerd, waardoor o.a. het gebruik van een autoclaaf verplicht werd.

- de tijdbesteding voor automatisering en informatisering is sterk toegenomen. Verloskundigen zijn inmiddels gemiddeld 40 uur per jaar bezig zijn met deze taak.

- aan begeleiding van praktijkassistentes en schoonmaakpersoneel wordt meer tijd besteed.

Anderzijds is het voeren van werkoverleg, praktijk- en maatschapoverleg is in vergelijking met 2003 substantieel verlaagd.

- de administratieve taken zijn ten opzichte van 2003 intensiever geworden. Dit hangt samen met de toegenomen vraag naar verantwoording en transparantie, daarnaast heeft het toegenomen elektronische berichtenverkeer de administratieve taken verzaamd. Op administratief gebied kan geen vergelijking worden getrokken met de Nivel-meting omdat de administratieve taken bij het Nivel bij verschillende andere categorieën zijn ondergebracht.

- als gevolg van deelname aan het Individueel Kwaliteitsregister Verloskundigen dienen verloskundigen 40 uur effectieve tijd te besteden aan scholing (200 uur in 5 jaar) [14]. In

werkelijkheid komt dit neer op 52 uur per jaar omdat een opleidingsactiviteit een dag duurt in plaats van het beperktere aantal registratie-uren.

- Met het implementeren van nieuwe richtlijnen en Evidence Based Medicine zijn 12 uur en met de registratieactiviteiten zijn 4 uur gemoeid.
- aan het gebruik van kwaliteitsbevorderende instrumenten en het bevorderen van innovatie op praktijkniveau wordt op jaarbasis 20 uur besteed. De tijdbesteding voor de deelname aan wetenschappelijk onderzoek is gelijk gebleven op het niveau van 2003 (10 uur). Het Nivel komt in 2004 op 45 uur uit voor de taken deskundigheidsbevordering, inclusief methodisch intercollegiaal overleg en 49 uur voor het bijhouden van vakliteratuur etc. In totaal bedraagt dat 94 uur. Het takenpakket 2007 komt uit op 97 uur voor deelname aan activiteiten in het kader van het kwaliteitsregister, het gebruik van kwaliteitsbevorderende instrumenten op praktijkniveau en deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Dat is een kleine verlaging ten opzichte van 2003 (101 uur).
- In de Nivel-meting uit 2004 wordt 21 uur per jaar aan overleg met andere zorgverleners gemeten en 24 uur per jaar aan KNOV- en Kringactiviteiten (totaal dus 45 uur). In digitale enquête komt uit op 72 uur per jaar. Dat is substantieel minder dan de 104 uur die in het Basistakenpakket uit 2003 zijn opgenomen. De uitkomst van digitale enquête anno 2007 wordt qua tijdbesteding het meest realistisch geacht.
- Voor het begeleiden van studenten wordt in zijn algemeenheid aangenomen dat hier 1 uur per begeleidingsdag aan wordt besteed. De Nivel-meting uit 2004 komt uit op 46 uur per jaar. Deze tijdbesteding is in dit takenpakket overgenomen.

Toekomstige ontwikkelingen

De in dit artikel beschreven taken zijn gebaseerd op de situatie in 2007. De verwachting is echter dat een aantal taken tussen nu en vijf jaar wordt uitgebreid en dat een aantal nieuwe taken wordt toegevoegd. Het gaat om de volgende taken:

- Meer aandacht voor psychosociale begeleiding in de prenatale fase, o.a. als gevolg van een toenemende behoefte bij cliënten en nieuwe richtlijnen van de beroepsgroep.
- Vaker groepsvoorlichtingsbijeenkomsten in de prenatale fase.
- Uitbreiding van de begeleiding in de ontsluitingsfase, ter preventie van niet vorderende ontsluitingen.
- Begeleiding kraamperiode, o.a. meer aandacht voor borstvoeding.
- Uitvoeren geven aan verantwoord ondernemerschap, in verband met invoering gereguleerde marktwerking.
- Realisatie kwaliteitssysteem verloskundigenpraktijk, in verband met Kwaliteitswet Zorginstellingen en beleid KNOV.
- Uitvoeren beroepsgeoriënteerd onderzoek.
- Bijdrage leveren aan innovatie, visieontwikkeling en de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen op regionaal/kringniveau en landelijk niveau, vanwege deskundigheidsomschrijving, het opleidingsprofiel en beleid KNOV.
- Meer activiteiten ter versterking van de zorgketen, vanwege de deskundigheidsomschrijving en het opleidingsprofiel.