

## Over de grenzen van de eigen praktijk<sup>1</sup>

Hoe geeft de verloskundige cliëntgericht werken vorm met de hele keten?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg spreekt in haar recente rapport (juni 2014)<sup>2</sup> haar waardering uit voor de verbeterbereidheid en grote inspanningen die geleverd zijn sinds het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SGZ)<sup>3</sup>. Zij constateert dat inmiddels tijdens en na de bevalling de sterfte is gedaald en dat de randvoorwaarden voor acute geboortezorg zijn verbeterd. Echter, de sterfte vóór de bevalling is niet gedaald en we schieten als zorgverleners ook tekort op het gebied van preventie van risico's, met name bij groepen met extra zorgbehoefte en een lage sociaal economische status. We benutten de mogelijkheden voor de verbetering van de geboortezorg nog onvoldoende, aldus de Inspectie.

Wat betekent dat nu voor de verloskundige als zorgprofessional, werkend als ketenpartners in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's)? Deze vraag wordt extra spannend omdat de budgetten voor de zorg onder druk staan. Naast de opgave van de hoogste kwaliteit is er ook de maatschappelijke opgave om dat te doen tegen acceptabele kosten. Dat is geen gemakkelijk gesprek zoals we dagelijks zien in de media, maar wel een onontkoombaar gesprek waarin we allemaal een actieve moeten rol spelen. Een eerste stap is daarin gezet door vier samenwerkingsverbanden van eerstelijnsverloskundigen en twee diagnostische centra die in een business case<sup>4</sup> de maatschappelijke waarde van de inzet van de verloskundige in de geboortezorg beschreven. Het rapport heeft als prikkelende ondertitel "Doelmatige geboortezorg kan!"<sup>5</sup> en vormt de basis van dit artikel.

In dit artikel wordt beschreven hoe verloskundigen als zorgprofessionals bij kunnen dragen aan verbetering van de geboortezorg. We starten vanuit wat de cliënten van de zorgprofessionals verlangen. Vervolgens beschrijven we wat de belangrijkste bijdragen van verloskundigen aan verbetering van de zorg zou moeten zijn. In de volgende paragraaf werken we uit hoe de samenwerking tussen de ketenpartners beter kan. We zijn van mening dat het zelfs kan in een tijd dat doelmatigheid ook een eis is die gesteld wordt.

Cliëntgerichte én doelmatige geboortezorg kan als we als ketenpartners goed samenwerken

### Wat willen de cliënten?

In Nederland zien we zwangerschap en bevalling als normale en natuurlijke gebeurtenissen. De vrouw kiest zelf waar ze wil bevallen; thuis, in een kraamhotel, geboortecentrum of ziekenhuis (poliklinisch). En als het nodig is wil ze ook kunnen rekenen op goede specialistische zorg.

<sup>1</sup> Door Freerk Wortelboer (auteur) samen met Eerstelijns Verloskundigen Coöperatie Midden Nederland, Coöperatie Verloskundigen Nijmegen, Verloskundigen Plein Zwolle, Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland, Saltro en SHO, Centra voor Medische Diagnostiek, initiatiefnemers van de Maatschappelijke business case geboortezorg. Voor nadere informatie over de auteur zie [www.freerk.net](http://www.freerk.net).

<sup>2</sup> Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvoldoende benut. Inspectie voor de Volksgezondheid, 2014

<sup>3</sup> Een goed begin, advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009

<sup>4</sup> Een business case is een bedrijfseconomische onderbouwing van haalbaarheid en wenselijkheid van een activiteit of project.

<sup>5</sup> Maatschappelijke business case geboortezorg. Doelmatige zorg kan! 2014 .

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de waardering voor verloskundige zorg hoog is<sup>678</sup>. Vrijwel alle vrouwen voelen zich bij de verloskundige in vertrouwde handen en vinden dat de verloskunde voldoende tijd aan hen heeft besteed. Een paar zaken vallen in die onderzoeken met name op.

- *Continuïteit van zorg*  
Deze continuïteit van zorg wordt als heel belangrijk ervaren en verhoogt een veilig gevoel tijdens de bevalling. Overigens lukt dat maar in ongeveer de helft van de gevallen.
- *Dichtbij en betrouwbaar*  
Vrouwen willen verloskundige zorg in de buurt en willen zelf bepalen waar ze bevallen. Ze zijn positief over de verloskundige omdat ze informeert en ondersteunt, zorg dichtbij huis levert, het eerste aanspreekpunt is, medisch betrouwbaar en bereikbaar is.
- *Samenwerking in de keten*  
Ruim 80% van de vrouwen vindt de verloskundige deskundig genoeg om op tijd de gynaecoloog in te schakelen. Dat biedt nog ruimte voor verbetering, net als het feit dat voor veel vrouwen onduidelijk is hoe de samenwerking tussen verloskundige en gynaecoloog of huisarts verloopt.

Als we bovenstaande samenvatten is de opgave voor de hele geboortezorg dus: terugdringen van perinatale sterfte, meer nadruk op preventie, doelmatig werken en continuïteit van zorg dichtbij huis bieden.

### **Wat vraagt dat van de zorg door verloskundigen?**

In onze optiek betekent dat voor de verloskundigen de volgende bijdrage:

1. Versterken van de eigen kracht van burgers
2. Meer aandacht voor preventie
3. Werken aan integrale zorg

#### *Versterken van de eigen kracht van burgers*

Eigen verantwoordelijkheid nemen en onderlinge steun hebben een hoge prioriteit in de huidige tijd, niet in de laatste plaats door de rem op uitgaven in de zorg. Verloskundigen dragen daar sterk aan bij. De verloskundige coacht de zwangere bij een bijzondere maar ook heel natuurlijke gebeurtenis. Ze helpt de vrouw om zelf afgewogen beslissingen te nemen en oplossingen te verzinnen. Door positieve feedback en steun krijgt de vrouw kracht en vertrouwen in het eigen lichaam. Het versterken van deze 'zelfregie' maakt de vrouw weerbaarder en kan latere problemen voorkomen of beter hanteerbaar maken.

#### *Meer aandacht voor preventie*

Meer preventie is de belangrijkste opgave die de Inspectie de zorgprofessionals mee geeft, bijdragen aan 'public health'. Door de intensieve betrokkenheid, de vertrouwensrelatie met de zwangere en de positie in de wijk of dorp zijn verloskundigen bij uitstek in staat om deze rol goed op te pakken. Het gaat daarbij om informatie over gezondheid en voeding, ontmoediging van roken en

<sup>6</sup> Deliver-studie 2008 – 2011, Nationale studie naar de eerstelijns verloskunde, E.Spelten en T.Klomp, 2011.

<sup>7</sup> TNS NIPO, januari 2014

<sup>8</sup> Continuity of care, A. de Jonge, R.Stuijt e.a. 2014

alcoholgebruik, levensstijl, beweging en vroegtijdige signalering van (medische) problemen.

Extra aandacht is nodig voor vrouwen in achterstandswijken, vrouwen met niet-westerse etniciteit en/of een lage sociaal economische status (SES).

Verloskundigen komen als een van de weinige zorgverleners makkelijk 'achter de voordeur' en kunnen dan een signalerende rol oppakken en zo nodig tijdig andere hulp inschakelen.

We zien dat verloskundigen ook steeds innovatiever worden waar het gaat om gedragsbeïnvloeding. Een voorbeeld is de aanpak van *Centering Pregnancy*<sup>9</sup> waarbij het eerste consult weliswaar individueel is, maar de vervolgccontroles gedaan worden in een groep zwangeren. Bloeddruk meting, controle van de groei van de baby in combinatie met voorlichting, leren van gezondheidsvaardigheden en stimulering van onderlinge steun komen aan bod. Op deze manier is er meer tijd samen met de zwangeren, die elkaar ook leren kennen en steunen. Deze aanpak werkt met name goed bij vrouwen met een lage SES die zelf geen netwerk hebben.

#### *Werken aan integrale zorg*

De verloskundige begeleidt de zwangere, haar partner en het kind dichtbij: in de praktijk in de buurt en bij het gezin thuis. Ze levert maatwerk: ze neemt de tijd, kent de zwangere en het gezin en houdt in de psychosociale en medische begeleiding steeds rekening met sociale en culturele aspecten. In die zin is haar zorg integraal: gericht op de vrouw in haar leefomgeving. En daarmee werkt de verloskundige volgens het 'Zorg-op-maat' beginsel zoals geadviseerd door de SZG en voldoet ze aan een belangrijke behoefte van de cliënt: 'dichtbij en betrouwbaar'.

#### **Wat betekent dat voor de samenwerking in de keten?**

Eerstelijns verloskundigen kunnen de rol als eerste aanspreekpunt alleen goed vervullen als de integrale zorg in nauwe samenwerking met klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en de kraamzorg wordt vormgegeven. Het uitgangspunt is daarbij 'in de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet'. Intensieve en persoonlijke zorg dichtbij huis door de eerstelijns verloskundige en specialistische hulp in de tweede lijn.

Medisch gezien is met name de overdracht tussen verloskundige en gynaecoloog precies geregeld. De afgelopen jaren is bovendien fors geïnvesteerd in de VSV's om die samenwerking ook in de praktijk verder te versterken.

Toch zijn we hier nog niet op het gewenste niveau zoals ook de Inspectie constateert. Verdere versterking van de samenwerking biedt nog vele kansen op verbetering, zowel in kwaliteit als in doelmatigheid.

Het gaat dan om zaken als taakverschuiving, specialisatie en innovatie en continuïteit van zorg.

#### *Taakverschuivingen en doorbreking en rolpatronen*

Taakverschuiving of substitutie is erop gericht de behandeling met behoud van kwaliteit (gezondheid en cliëntervaring) tegen zo laag mogelijke kosten te laten verrichten. Aangezien kosten in de eerste lijn vele malen lager liggen dan in de tweede lijn, is het belangrijk onnodige medicalisering te voorkomen en mogelijkheden voor substitutie optimaal te benutten.

Vele kansen op verbetering:  
taakverschuiving,  
specialisatie, innovatie en  
continuïteit van zorg

<sup>9</sup> <http://www.centeringhealthcare.nl>

Een veelgehoorde zorg is “Gaan zij ons werk dan doen?” en “Hoe borgen we dan de kwaliteit?”. Deze zorgen komen we tegen bij alle betrokken, bijvoorbeeld bij gynaecologen die werk ‘kwijt raken’ aan de verloskundigen maar ook werk dat van verloskundigen naar de kraamzorg overgaat. Het is niet makkelijk om over de grenzen van de eigen praktijk te kijken naar de waarde en het belang van de hele keten en dat geldt voor alle zorgprofessionals.

Eerstelijns verloskundigen screenen en alleen bij vermoeden of vaststelling van een probleem wordt de tweede lijn ingezet. Enkele zorgactiviteiten die nu vaak in ziekenhuizen plaatsvinden zijn prima in de eerste lijn mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan diagnostiek (echo’s, bloedonderzoek) en bevallingen met een gemiddeld risico. Steeds meer verloskundigen zijn bovendien verenigd in een coöperatie en kunnen op die manier ‘bovenpraktijks’ werken en daarmee efficiencywinst boeken. Denk aan een verloskundig centrum voor echoscopie, prenatale screening, zwangerschapsvoorlichting en cursussen en een geboortecentrum nabij een ziekenhuis.

#### *Professionalisering, specialisatie en innovatie*

Taakverschuiving levert niet alleen efficiencywinst op, het stimuleert ook innovatie. Verloskundigen vergroten hun professionaliteit door het verwerven van nieuwe vaardigheden op het gebied van diagnostiek, groepsgewijze behandelingen en voorlichting zoals we hierboven schetsten. Gynaecologen kunnen meer tijd besteden aan specialistische behandelingen en onderzoek naar nieuwe behandelmethodieken. Ook bij de kraamzorg is er sprake van taakverrijking, bijvoorbeeld in voorlichting.

#### *Continuïteit van zorg*

Continuïteit van zorg is een van de belangrijkste aspecten van cliënttevredenheid waar het gaat om de beleving van de zwangerschap en bevalling. De cliënt wil niet elke keer haar verhaal opnieuw vertellen aan weer een nieuwe zorgverlener. Het proces is al emotioneel en vraagt vertrouwen in de zorgverlener. Bij een overdracht begin het weer van onderaf in die vertrouwensrelatie.

Deze continuïteit wordt op dit moment slechts in ca. 50% van de zwangerschappen gerealiseerd. Met name een overdracht terwijl de bevalling al gaande is, wordt als erg belastend ervaren. Nu is zeker in acute situaties en bij specialistische hulp niet te voorkomen dat cliënten een andere arts of verloskundige treffen. Maar het is wel de moeite waard om met alle spelers in de keten te zoeken naar mogelijkheden om de continuïteit van zorg flink te verbeteren over de grenzen van de eigen praktijk heen. Bijvoorbeeld:

- Welke ruimte bieden groepsgewijze bijeenkomsten om zwangeren met meerdere verloskundigen kennis te laten maken, ook bijvoorbeeld uit het ziekenhuis?
- Is het denkbaar dat een kraamverzorgster al kennis maakt in de aanloop van de bevalling?
- Welke ruimte is er voor de eerstelijns verloskundigen om de zorg voort te zetten als de cliënt is opgenomen in het ziekenhuis?
- Welke mogelijkheden biedt het geboortecentrum voor nog betere afstemming tussen de eerste en tweede lijn zodat het voor de cliënt ook daadwerkelijk een geboorte(t)huis kan worden?

### **Wat levert deze omslag nu op?**

We begonnen dit artikel met de constatering dat de geboortezorg positieve stappen zet maar dat er nog veel ruimte voor verbetering is. Wij geloven dat als we echt de handen ineen slaan met alle ketenpartners en

werken aan bovengenoemde punten er winst voor iedereen te behalen.

De cliënten zullen hun zwangerschap positiever beleven met uitstekende zorg dichtbij huis, geleverd door kundige professionals die ze kennen, met meer steun van anderen, resulterend in een betere gezondheid van moeder en kind en versterking van zelfvertrouwen en eigen kracht.

Professionals (verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en kraamverzorgers) doen precies waar ze goed in zijn en worden uitgedaagd om verder te professionaliseren en bij te dragen aan de innovatie van de geboortezorg.

Verzekeraars en ziekenhuizen tonen aan hoe ze werken aan de maatschappelijke opgave van doelmatigheid. Dit creëert weer ruimte voor investeringen in innovatie van de geboortezorg.

De maatschappelijke business case laat zien dat op basis van voorzichtige aannames de totale maatschappelijke baten van goede eerstelijns geboortezorg neerkomen op minimaal €45 miljoen per jaar. Kwaliteitsverbetering zoals we hierboven schetsen en doelmatigheid kunnen ons inziens hand in hand gaan. Wilt u hier meer over lezen kijk dan op [www.doelmatigegeboortezorgkan.nu](http://www.doelmatigegeboortezorgkan.nu). De boodschap is visueel gemaakt in een kort filmpje. Voor verdieping is ook het hele rapport beschikbaar.

Als we echt de handen ineen slaan, gaan kwaliteitsverbetering en doelmatigheid hand in hand