

Nieuwe balans in verloskundige zorg

KNOV kiest voor een integraal zorgmodel op basis van gelijkwaardigheid

De verloskundigen, verenigd in de KNOV, zijn autoriteit op het gebied van verloskundige zorg en staan voor een gezond verloop van de periode rondom zwangerschap en bevalling. De verloskundige streeft naar de beste medische en psychosociale begeleiding van de (aanstaande) zwangere, haar (ongeboren) kind en haar partner. Zij bereidt de zwangere en haar partner voor op het vroege ouderschap. De KNOV, die de belangen van alle verloskundigen behartigt, zorgt voor kwaliteit en stelt in visie en beleid de keuzevrijheid van de vrouw voorop.

De KNOV wil met deze visie de kwaliteit en continuïteit in de zorgverlening aan zwangeren en hun partners garanderen; ook tijdens bevallingen op andere plaatsen dan thuis. Door een verbreding en verdieping van taken en bevoegdheden enerzijds, en door onderlinge consultatie met andere medische professionals anderzijds, kan de continuïteit en kwaliteit van zorg te allen tijde geleverd worden. De planbare verloskundige zorg kan zo nog meer naar de eigen omgeving van de zwangere gebracht worden. De acute zorg wordt conform het advies “Een goed begin” geregeld. Het gaat in inhoud en proces om een nieuwe balans in de organisatie en samenwerking met directe partners in de keten voor, tijdens en na zwangerschap en bevalling.

Op deze wijze kunnen (aanstaande) zwangeren en hun partners kiezen op grond van objectieve informatie en keuzemogelijkheden en krijgen ze de kwaliteit en continuïteit in de medische en psychosociale zorg waar ze recht op hebben. Hierdoor verbetert de vertrouwensrelatie en is de verloskundige ook beter in staat de vrouw optimaal voor te bereiden op haar bevalling.

Daarbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- de cliënten staan centraal
- iedere zwangere heeft een verloskundige en wanneer nodig en met inachtneming van gezamenlijk vastgestelde multidisciplinaire richtlijnen ook een gynaecoloog
- iedere zwangere wordt in haar zwangerschap bij haar bevalling en in haar kraamperiode begeleid door een verloskundige: thuis, in de buurt, in het geboortecentrum en/of in het ziekenhuis
- de locatie voor acute zorg is voor alle vrouwen bereikbaar, ook voor vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling
- verloskundigen, gynaecologen en andere verloskundige professionals werken inhoudelijk vanuit één team met dezelfde webbased informatie

- de verloskundige zorg wordt geleverd vanuit één gedeelde visie
- de verloskundige heeft als gevolg van de noodzakelijke en wenselijke continuïteit en kwaliteit van zorg voor de verbreding en verdieping van taken en bevoegdheden in de nabije toekomst één beroepsprofiel en één academische opleiding
- aanvullende netwerken zorgen voor de samenwerking en continuïteit van zorg in de buurt met o.a. de huisarts, de kraamzorg, het CJG, de diëtisten, de fysiotherapeut,
- de regie- en verwijfsfunctie ligt binnen het verloskundig team bij de verloskundige als eerste verloskundig aanspreekpunt van de cliënt
- er is één integraal verloskundig tarief, gekoppeld aan de continuïteit van het zorgpad.

Toelichting

De continuïteit in medische en psychosociale begeleiding rondom de zwangerschap heeft tot doel de zwangere en haar partner optimaal voor te bereiden op een goede bevalling, zo mogelijk zonder medische ingrepen. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan ervaringen en verantwoordelijkheden die horen bij het vroege ouderschap.

De cliënt staat centraal. De cliënt wordt op basis van de beste medische zorg en objectieve en toegesneden informatie met realistische verwachtingen naar de geboorte van haar kind begeleid. Startpunt hiervoor is een drempelloze toegang tot de verloskundigenpraktijk in de buurt. Vrouwen en hun partner kunnen hier terecht voor informatie en advies bij een kinderwens en voor de medische en psychosociale begeleiding tijdens de zwangerschap, de bevalling, de kraamperiode en het vroege ouderschap.

Binnen de geboortezorg zijn de verantwoordelijkheden van de verschillende professionals duidelijk omschreven. Een van de manieren waarop dit bereikt wordt, is het aanwijzen van een EVA, *Eerste Verloskundig Aanspreekpunt*.

EVA is een van de verloskundigen uit de gekozen praktijk/het verloskundig team die de zwangere en haar partner begeleidt. Deze verloskundige stelt bij het begin van het begeleidingstraject samen met de zwangere en haar partner een zorgplan op. Hierin zijn de vaste momenten in de zwangerschap opgenomen waarop er een contact is met de EVA, haar collega uit de praktijk of met andere professionals. Ook staan in het plan de wensen van de zwangere en haar partner opgenomen rondom begeleiding tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd. De EVA heeft ook de verantwoordelijkheid om op het juiste moment de juiste informatie te geven.

Bij de start van de begeleiding van de zwangerschap door de verloskundige wordt door de EVA de anamnese afgenomen. Hieruit zal de verloskundige een eerste inschatting maken over mogelijke risico's die zich voordoen of kunnen gaan voordoen tijdens de zwangerschap en bevalling. Op basis van deze anamnese besluit de verloskundige in afstemming met de cliënt om de begeleiding verder in eigen beheer te vervolgen en/of indien nodig advies in te

winnen bij een van de andere medische professionals in het verloskundig team en/of sociaal netwerk.

De verloskundige blijft in alle gevallen de zwangere en haar partner begeleiden. Als er sprake is van een verhoogd risico op complicaties gedurende zwangerschap en/of bevalling zal indien verantwoord, in directe afstemming met de gynaecoloog en eventueel andere (medische) disciplines in het zorgteam, de begeleiding ook door de verloskundige met een eigen verantwoordelijkheid worden voortgezet. In deze laatste situatie wordt op basis van richtlijnen, protocollen en werkafspraken tussen verloskundigen en gynaecologen intensief samengewerkt met onder andere periodieke consultatie van de gynaecoloog. De bevalling zal dan volgens protocol als nodig of gewenst, in, of in de directe nabijheid van het ziekenhuis plaatsvinden. Tenslotte is er een situatie waarin het risico op complicaties vereist dat de gynaecoloog de medische verantwoordelijkheid overneemt. De verloskundige voert dan in directe afstemming met de gynaecoloog de begeleiding en mogelijk andere taken uit.

Uitgangspunt 1: wat kan bij de verloskundige, wat moet bij de gynaecoloog

De visie en het model zoals geschetst impliceert een herpositionering van de verloskundige. De verloskundige van de toekomst blijft vanuit de fysiologie haar taken uitvoeren en zal met intensieve begeleiding en opbouw van een persoonlijke vertrouwensrelatie, de zwangere en haar partner voorbereiden op de bevalling.^{1,2} Daarmee vervaagt het onderscheid tussen de verloskundige in de buurt en de verloskundige in het ziekenhuis.

Het model vraagt ook om een herpositionering van de samenwerking tussen alle verloskundigen en de gynaecologen. Voorwaarden voor goede samenwerking zijn onderling vertrouwen en respect voor elkaars expertise. Cliënten moeten kunnen rekenen op deze samenwerking. Vertrouwen moet haar basis vinden in professionaliteit, transparantie en aanspreekbaarheid.

Kernaspecten die hierbij aan de orde komen zijn de volgende.

1. De zorg voor zwangeren, met en zonder verhoogd risico, vereist dat de gynaecoloog en de ziekenhuisvoorzieningen goed toegankelijk en bereikbaar zijn. Complicaties kunnen zich nu eenmaal voordoen, met name in de laatste fase van de zwangerschap, die levensbedreigend kunnen zijn voor moeder en haar aanstaande kind.³ Voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de acute verloskundige zorg in het ziekenhuis

1. KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding, 2008

2. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art.No.:CD004667.001:10.1002/14651858.CD004667.pub2

3. de Jong A et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 women low-risk planned home and hospital births, BJOG 2009 aug;116(9):1177-84

geldt nu minimaal de WTZi norm voor de aanrijtijden voor ambulances. Het College Perinatale Zorg (CPZ) zal uitspraken moeten doen of deze NORM verder moet worden aangescherpt. Voor de planbare of electieve zorg kunnen andere normen gelden. Normen die kunnen leiden tot een herverdeling van acute verloskundige zorg over ziekenhuizen. Deze twee invalshoeken voor de medisch specialistische zorg zal de planning van capaciteiten bemoeilijken. Zeker in combinatie met de verder oplopende tekorten aan obstetrisch specialisten. Intensievere inzet van verloskundigen in samenhang met specifiekere inzet van de medisch specialisten zal leiden tot behoud van continuïteit van verloskundige zorg. Planning van voldoende capaciteiten aan obstetrisch medisch specialisten en verloskundigen op basis van periodiek vast te stellen behoefte is van groot belang. Gelet op de onderlinge samenhang is het noodzakelijk dat verloskundigen worden meegenomen in de periodieke behoefteeraming van het Capaciteitsorgaan.

2. Het beroepsprofiel voor de verloskundige wordt verbreed en verdiept. Het profiel moet de taken en verantwoordelijkheden beschrijven zoals hierboven geschetst. Dit betekent dat de verloskundige zorg verleent in de buurt van de zwangere en haar partner, thuis, in het geboortecentrum en in het ziekenhuis. De verloskundige competenties gaan zich begeven op het terrein van medisch professional, counselor/coach, Public Health professional, innovator, wetenschapper, opleider, netwerkspeler en organisator. Dit bredere taakgebied met accent op fysiologie, meer kennis en vaardigheid van pathologie en public health, impliceert dat ook het initiële opleidingsniveau van academisch niveau is.
3. De intensievere en bredere inzet van verloskundigen vereist een nauwe samenwerking met de gynaecologen enerzijds. Anderzijds vraagt het uitgangspunt om een inbedding van de twee expertisegebieden met een scheiding van taken en verantwoordelijkheden.
4. De samenwerking moet inhoudelijk bogen op een stelsel van landelijke afgestemde en multidisciplinaire richtlijnen waarvan regionaal en/of individueel alleen beredeneerd mag worden afgeweken (VIL). Hiermee wordt duidelijkheid gegeven aan de professionals maar ook aan de cliënten. De professionals moeten elkaar ook gemakkelijk kunnen en willen aanspreken op hun kwaliteit of gedrag zodat men van elkaar leert. Dit vraagt om onderling vertrouwen en respect voor de positie, taak en verantwoordelijkheid die de professional heeft. De Perinatale Audit Nederland (PAN) en een goed functionerend Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) dragen bij aan het bespreekbaar maken van knelpunten in kwaliteit van handelen en/of samenwerken.

Uitgangspunt 2: keuzevrijheid en risicoperceptie

Keuzevrijheid vinden vrouwen van groot belang.⁴ Keuzevrijheid draagt bij aan een grotere kans op een bevalling waarop met tevredenheid wordt teruggekeken. Uitgangspunt is dat de vrouw op basis van haar verwachtingen over de plaats van bevallen en de informatie die zij krijgt van de verloskundige weloverwogen een besluit kan nemen. Dit betekent dat de verloskundige objectieve en eenduidige informatie geeft over de voor- en nadelen van verschillende keuzes. In deze voorlichting hebben risico's en risicopercepties een belangrijke plaats. Maatwerk afgestemd op de situatie van de zwangere, zoals het krijgen van een eerste kind, de thuismogelijkheden, de afstand tot een ziekenhuis, de mogelijkheden van intensievere inzet van de kraamzorg, verloskundige of derden rondom de bevalling, etc. worden besproken en vastgelegd in het zorgplan.

Uitgangspunt 3: communicatie

Het zorgplan heeft een centrale plek in de begeleiding van de cliënten. Dit plan wordt een onderdeel van het perinataal webbased dossier (PWD). De communicatie van de cliënten met de verloskundige professionals maar vooral ook de communicatie tussen de professionals in de verloskundige keten moet worden gevoerd met behulp van het PWD.

De verloskundige professionals overleggen periodiek in de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) over alle relevante aspecten en ontwikkelingen op verloskundig vlak in het werkgebied van een VSV. In beginsel is er een VSV voor ieder ziekenhuis dat verloskundige zorg levert. Ingeval er meerdere ziekenhuizen binnen het werkgebied van verloskundigenpraktijken actief zijn, zorgen de ziekenhuizen voor de noodzakelijke onderlinge afstemming met als optie om VSV's samen te voegen. Ook is het van het grootste belang dat de professionals elkaar kennen. Dit kan door periodiek sociale of functionele bijeenkomsten te organiseren. De VSV's, de regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg (ROS) in samenwerking met de ziekenhuizen nemen hiertoe initiatieven.

Uitgangspunt 4: beroepsprofiel en initieel opleidingsniveau

De KNOV stelt vast dat gezien de visie en de continuïteit van zorg de verloskundige toe is aan een upgradings met fundamentele inbedding van de wetenschap binnen het vak verloskunde. Vanwege de diversiteit in de cliëntenpopulatie en haar maatschappelijke context, de groeiende complexiteit van de verloskundige zorg en de structuur en organisatie waarin deze zorg is ingebed, is in 2007 de noodzaak tot academisering van de opleiding tot verloskundige vastgesteld.

4. Marlies Rijnders. Intervention in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes: Effects and women's experiences. 2011

Het is noodzakelijk om het curriculum uit te breiden. Reden hiervoor is tevens dat er meer wetenschap en academische vaardigheden nodig zijn met een steilere leercurve. De huidige opleidingen lopen tegen grenzen aan wat betreft de mogelijkheden binnen het huidige curriculum en de beschikbare tijd. Verdere uitbreiding van het programma kan niet binnen de bestaande tijdslimieten en het gemiddelde startniveau qua vooropleiding van de student-verloskundigen.

Uitgangspunt 5: de organisatie voor de verloskundige zorg

De KNOV heeft haar visie op de organisatie voor de verloskundige zorg mede gebaseerd op een onafhankelijk uitgezet onderzoek, uitgevoerd door “IVA beleidsonderzoek en advies” verbonden aan de universiteit Tilburg.⁵ Voor de keuze en beoordeling van de scenario’s is een aantal basale uitgangspunten als vertrekpunt genomen. De belangrijkste hierbij zijn: de cliënten centraal, bij de verloskundige wat kan en bij de medisch specialist wat moet, beter gebruik maken van de verschillende expertisegebieden binnen de verloskundige keten en de verantwoordelijkheid voor de risicoselectie van de verloskundige met inachtneming van de multidisciplinair gemaakte afspraken. In de context van de opdracht ligt de vaststelling besloten dat het tekort aan gynaecologen/obstetrisch specialisten de komende periode verder zal oplopen.

Op grond van onder meer dit onderzoek, ook in relatie tot de wensen van cliënten, wordt de visie van KNOV en die van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte gestaafd dat de continuïteit in de verloskundige zorg en begeleiding van cliënten essentieel is. De verloskundige moet de gelegenheid krijgen om zich academisch te vormen dan wel bij te scholen teneinde extra medische bevoegdheden te verkrijgen waar de zwangere om vraagt. Deze categorie verloskundigen slaat in de continuïteit van zorg als het ware de brug tussen de gynaecoloog en de verloskundige die voldoet aan de eisen van het kwaliteitregister. Een gevolg hiervan is dat het onderscheid tussen de eerstelijns verloskundigen en klinisch verloskundigen verdwijnt. De verloskundige krijgt één gezicht met één duidelijk integraal beroepsprofiel. De opleiding is academisch en draagt zorg voor een uitstroom van verloskundigen die zelfstandig en met meer bevoegdheden een grotere groep zwangeren begeleidt vóór (preconceptiezorg) en in de zwangerschap, bij de bevalling en in het kraambed. Deze visie op de verloskundige zorg komt ook de wens van de zwangere tegemoet om zoveel mogelijk door dezelfde verloskundige of verloskundigenpraktijk te kunnen worden begeleid, zo mogelijk in de buurt. De samenwerking van verloskundigen en gynaecologen vindt plaats op basis van gelijkwaardigheid en met erkenning van de verschillende taken, verantwoordelijkheden en deskundigheden.

5. Roman B et al. Naar een nieuwe balans in de geboortezorg. IVA beleidsonderzoek en advies, 2011

Vanuit deze positie en een eenduidige uitwerking van de geformuleerde randvoorwaarden, kiest de KNOV voor het integrale zorgmodel. Hierbij wordt het als noodzakelijk gezien om een vorm en invulling te vinden die gelijkwaardigheid en ook zelfstandigheid borgt. De optie van de coöperatie waarin de maatschappen van verloskundigen en gynaecologen opgaan, verdient nader onderzoek. Het voordeel van het integrale model is dat daadwerkelijk vanuit één visie zonder belemmerend schot continue zorg wordt geleverd. De uitkomsten voor de zwangere zullen zijn: meer aandacht, meer kwaliteit en meer doelmatigheid, mits de uitgangspunten en randvoorwaarden zoals in de visie en uitwerking zijn verwoord, goed zijn ingevuld. De ontwikkeling van geboortecentra zoals door de KNOV beoogd kan de samenwerking van de eerstelijns verloskundigen en klinisch verloskundigen maar ook die van de verloskundigen en gynaecologen, versnellen.

Daarbij kan het netwerk inzetten op de samenwerking van de verloskundige met andere sectoren die ook zorg in de buurt leveren. De winst van dit netwerk zal vooral gevonden worden in het verbeteren van de gezondheidssituatie van de vrouw en haar partner voor de conceptie en de gewenste gedragsverbeteringen tijdens de zwangerschap.

Slot

Met de komst van het College Perinatale Zorg (CPZ) zullen afspraken binnen de geboortezorgketen minder vrijblijvend worden. Van het college wordt verwacht dat er goed onderbouwd en met de cliënt centraal, op alle zorgpaden helderheid en duidelijkheid ontstaat. Helderheid over de wijze waarop en de randvoorwaarden waaronder de verloskundige professionals hun zorg kunnen verlenen. Samenwerking volgens deze voorwaarden zal de komende jaren tot minder morbiditeit en mortaliteit leiden. De KNOV meent dat haar visie, die op onderdelen al wordt geconcretiseerd, bijdraagt aan daadwerkelijke verbetering en continuïteit van verloskundige zorg rondom de cliënt.

