

Naar een nieuwe balans in de geboortezorg

Strategische verkenning van optimalisatiemogelijkheden van de verloskundige zorg tijdens preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamperiode

Tilburg, mei 2011

Drs. Beatriz Roman

Drs. Mary van den Wijngaart

met medewerking van:

Drs. Rob Vink

Karen van der Weijer BA

Drs. Hans Moors

Uitgever: IVA
Warandelaan 2
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
Telefoonnummer: 013-4668466
Telefax: 013-4668477

IVA is gelieerd aan de UvT

© 2011 IVA

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of worden openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het IVA.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 Naar een nieuwe balans in de geboortezorg	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Aanleiding voor dit onderzoek	9
1.3 Vraagstelling en onderzoeksvragen	11
1.4 Onderzoeksstappen	12
1.5 Stap 1: perspectieven van belanghebbenden	13
1.6 Stap 2: ontwikkeling scenario's	14
1.7 Stap 3: impactanalyse	14
1.8 Leeswijzer	15
2 Inzichten uit de literatuur	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Huidige knelpunten verloskundige zorg	17
2.3 Oplossingsrichtingen	20
2.4 Shared care	21
3 Het cliëntenperspectief	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Inzichten uit de interviews met zwangeren	25
3.2.1 Meerwaarde verloskundigen	25
3.2.2 Kwaliteit en kwaliteitsverbetering	26
3.2.3 Wensen en behoeften	27
3.3 Onderzoeksvraag 1: samenvattende conclusie	28
4 Het perspectief van verloskundigen	31
4.1 Inleiding	31
4.1 Visuele brainstorm bijeenkomsten	31
4.1.1 Knelpunt cliënt staat te weinig centraal, gebrek aan continuïteit	32
4.1.2 Knelpunt risicoselectie	32
4.1.3 Knelpunt capaciteit en organisatie van (acute) specialistische zorg	33
4.1.4 Knelpunt overdracht acute situaties	33

4.1.5	Knelpunt slagkracht van de verloskundigen	34
4.2	Inzichten uit de interviews met verloskundigen	34
4.2.1	Ervaringen in de huidige situatie	34
4.2.2	Ontwikkelingen.....	35
4.2.3	Reflectie op inrichtingsvarianten voor de geboortezorg	36
4.3	Onderzoeksvraag 2: samenvattende conclusie.....	37
5	Strategische varianten.....	39
5.1	Inleiding.....	39
5.2	Te hanteren wegingskader.....	39
5.3	Scenario 0: Geboortezorg-plus.....	42
5.3.1	Belangrijkste kenmerken.....	42
5.3.2	Visuele weergave.....	43
5.3.3	Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 0.....	43
5.3.4	Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 0	44
5.4	Scenario 1: 1,5 lijnsverloskunde.....	44
5.4.1	Belangrijkste kenmerken.....	44
5.4.2	Visuele weergave scenario 1	44
5.4.3	Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 1	45
5.4.4	Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 1	46
5.4.5	Inrichting en uitvoering	46
5.5	Scenario 2: Nieuwe netwerken.....	46
5.5.1	Visuele weergave scenario 2	47
5.5.2	Belangrijkste kenmerken van scenario 2.....	47
5.5.3	Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 2.....	48
5.5.4	Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 2	48
5.5.5	Inrichting en uitvoering	48
5.6	Scenario 3: Integrale zorg	49
5.6.1	Belangrijkste kenmerken van scenario 3.....	49
5.6.2	Visuele weergave scenario 3	50
5.6.3	Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 3.....	50
5.6.4	Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 3	50
5.6.5	Inrichting en uitvoering.....	51
5.7	Onderzoeksvragen 3 en 4: samenvattende conclusie.....	51
6	Impactanalyse	53
6.1	Inleiding.....	53
6.2	Uitgangspunten impactanalyse	53
6.3	Scenario 1 – 1,5 lijnsverloskunde.....	54
6.4	Scenario 2 – Nieuwe netwerken.....	59
6.5	Scenario 3 – Integrale zorg	63

7	Afsluitende beschouwing.....	69
	Dankwoord	75
	Bijlage 1: Literatuur.....	77

Voorwoord

Het perinatale sterftecijfer is in de afgelopen vijftig jaar sterk gedaald. In vergelijking met andere Europese landen is de daling in ons land echter minder sterk. Gelet op de hoge kwaliteit van zorg waarmee Nederland wordt geassocieerd, is dit gegeven opmerkelijk en aanleiding voor nader onderzoek. Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)¹ heeft de Stuurgroep zwangerschap en geboorte zich dan ook gebogen over een knelpuntenanalyse en het daarbij horend advies².

In dit advies ligt het accent op twee kernthema's:

- Moeder en kind in de hoofdrol waarbij een sterkere nadruk op de bewustwording bij zwangere vrouwen en hun zorgverleners komt voor wat betreft (een vroege signalering van) risicofactoren en de toepassing van risicopreventieve maatregelen.
- Een optimalisering van (de samenwerking tussen de verschillende verloskundige professionals in) de geboortezorgketen.³

Beide thema's, maar vooral het laatste, zorgen ervoor dat de ketenpartners in de geboortezorg aan de slag zijn gegaan met het ontwikkelen van een visie op wat er gedaan kan worden om de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren en het aantal vermijdbare risicosituaties terug te dringen. Het werkveld van de verloskunde is 'op zoek naar een nieuwe balans', waarmee binnen de spelregels die op dit moment gelden in ons zorgstelsel een zo goed mogelijke afstemming tussen (een veranderende) zorgvraag en (een veranderend) zorgaanbod kan worden gevonden.

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), heeft ten behoeve van haar visieontwikkeling laten onderzoeken welke beleidsscenario's voor de organisatie van de verloskundige zorg er denkbaar en mogelijk zijn vanuit de perspectieven van cliënten, experts en de verloskundigen en wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende keuzemogelijkheden. Het verhogen van de kwaliteit van de verloskundige zorg is daarbij steeds het belangrijkste uitgangspunt geweest.

¹ Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 juni 2009, nr. CZ/EKZ/2930473, houdende instellingsbesluit van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte.

² Eindadvies Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.

³ De geboortezorg is gedefinieerd als alle zorg rondom zwangerschap, geboorte en de postnatale periode, geleverd door verloskundige professionals en ondersteunende zorgverleners.

De in dit rapport uitgewerkte scenario's kunnen worden gezien als een bijdrage ten behoeve van de 'stip op de horizon' die de KNOV wenst te zetten, vanuit haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van verloskundige zorg nu en in de toekomst en zijn daarom expliciet niet ontwikkeld alleen vanuit wat er nu nodig of gewenst is, maar ook vanuit wat er gegeven de gesignaleerde ontwikkelingen mogelijk nodig zal zijn in de toekomst.

In het voorliggend rapport presenteren wij een drietal scenario's, welke worden afgezet tegen de huidige situatie. Vanuit de huidige organisatie van de geboortezorg kan uiteraard nog sprake zijn van kwaliteitsverbetering: zowel binnen de verschillende disciplines die de geboortezorgketen vormen, als wat betreft de wijze waarop de keten opereert. In dit 'scenario 0' verandert er echter niets aan de structuur van de geboortezorg, terwijl de overige scenario's uitgaan van veranderingen in de wijze waarop de verloskundige zorg wordt georganiseerd.

Het onderzoek van IVA is in een kort tijdsplan en uitgevoerd en heeft (deels) parallel gelopen aan de visieontwikkeling van de KNOV. Het onderzoek heeft expliciet de aard van een globale strategische verkenning die naar behoefte met vervolgonderzoek verder is uit te bouwen. Deze strategische verkenning kan dan ook worden gezien als een bouwsteen voor de visie van de KNOV op de toekomstige organisatie van de verloskundige zorg en als input voor debat met ketenpartners, overige zorg- en hulpverleners, opleiders, verzekeraars en het Ministerie van VWS rondom de vraag wat de rol en positie van de verloskundige nu is, kan zijn en/of moet worden, in het streven naar een optimalisering van de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg.

Wij wensen de KNOV een productief overleg toe met de realisatie van een nieuwe balans in de geboortezorg.

Drs. Beatriz Roman
Drs. Mary van den Wijngaart

1 Naar een nieuwe balans in de geboortezorg

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we allereerst de aanleiding voor dit onderzoek en de hoofdlijnen van het debat waarbinnen deze vorm krijgt. Vervolgens presenteren we de doelstelling en onderzoeksvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de opzet van het onderzoek.

1.2 Aanleiding voor dit onderzoek

Nederland neemt internationaal gezien een unieke positie in wat betreft de organisatie van de geboortezorg. Nergens in Europa is het aantal thuisbevallingen zo hoog als in Nederland. De keuzevrijheid die vrouwen hebben om thuis dan wel poliklinisch in het ziekenhuis (of recentelijk ook: in het geboortecentrum) te bevallen wordt in Nederland als een belangrijk gemeengoed en soms zelfs als een voorrecht beschouwd. De geboortezorg in Nederland kenmerkt zich dan ook mede door de rol en verantwoordelijkheden van zelfstandig functionerende eerstelijns verloskundigen en de professionele kraamzorg.

In Europees opzicht presteert Nederland relatief slecht (Bonsel, Birnie, Denktas, Poeran en Steegers, 2010; Evers, Brouwers, Hukkelhoven, Nikkels, Boon, van Egmond-Linden, Hilligersberg, Snuij, Sterken-Hooisma, Bruinse en Kwee, 2010; Mohangoo, Buitendijk, Hukkelhoven, Ravelli, Rijninks-van Driel, Tamminga en Nijhuis, 2008), zoals de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) bevestigt. Nederland kent in vergelijking tot andere Europese landen een relatief hoge perinatale sterfte en morbiditeit. Voor een cijfermatig overzicht verwijzen we naar het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009: pp. 11-13).

Natuurlijk rijst dan onmiddellijk de vraag waaraan dit te wijten is. Een sluitend en afdoend antwoord is vooralsnog niet voorhanden. Het onderhavige onderzoek heeft ook niet die doelstelling. Op het ogenblik lopen er diverse onderzoeken naar de oorzaken van een hogere geregistreerde babysterfte in Nederland. Anders dan vaak wordt gesuggereerd is een verband met de thuisbevalling niet aangetoond. In de beschikbare literatuur worden verschillende factoren genoemd die een verklaring kunnen geven voor de relatief hoge mortaliteit en morbiditeit. Duidelijk is in elk geval dat verschillende factoren enerzijds wijzen in de richting van een hoger risicoprofiel van vrouwen in Nederland en dat verschillende factoren anderzijds verband houden met een suboptimale werking van de geboortezorgketen (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009: p. 13).

De verklaringsrichting⁴ dat in Nederland vergelijkenderwijs mogelijk een groter aantal vrouwen met een hoog risicoprofiel zwanger is en/of bevalt, behoeft nuancering. Het is bekend dat Nederlandse vrouwen in Europees perspectief op relatief hoge leeftijd (voor de eerste keer) zwanger worden. Bovendien roken Nederlandse vrouwen bovengemiddeld vaak vóór en tijdens hun zwangerschap. De recente studie van Bonsel et al. (2010) geeft echter aan dat het hoger risicoprofiel van vrouwen in Nederland vooral een verklaring biedt voor verschillen *binnen* Nederland en dat deze vrouwen vooral gevestigd zijn in de grote steden. Factoren zoals etniciteit, sociale achterstand (lage SES) en (minder gunstige) kenmerken van de buurt waar de vrouw woont, worden hierbij als relevant genoemd. Verder wordt erop gewezen dat de Nederlandse registratie mogelijk nauwkeuriger is dan die in andere EU-landen⁵.

Wat betreft de verklaringsrichting dat de geboortezorgketen suboptimaal functioneert, wijst de studie van Bonsel et al. (2010) op verbeterpunten in de begeleiding van zwangere en barende vrouwen door alle geboortezorgprofessionals, alsook op het belang om de overdracht, communicatie en (snelheid van) afstemming tussen de verschillende disciplines te verbeteren. Het accent ligt hierbij op de relatie tussen de eerste en tweede lijn en dan vooral bij een acute zorgbehoefte. Maar ook in de nazorgfase, ofwel in de follow-up na de geboorte, is verbetering van de overdracht, communicatie en afstemming zinvol, omdat 30% van de sterfte optreedt in de eerste zeven levensdagen van het kind (Bonsel et al., 2010).

Zoals gezegd is er nog geen afdoend en sluitend antwoord op de vraag waarom in Nederland de perinatale sterfte relatief hoog is. Die duidelijkheid moet er wel komen opdat passende interventies kunnen worden voorbereid en geïmplementeerd. Hoe dan ook ligt het in de aard van de problematiek besloten, dat afwachten en niets doen in de tussentijd geen optie is.

Om de geboortezorgketen te verbeteren, heeft het ministerie van VWS in 2008 een externe Stuurgroep zwangerschap en geboorte ingesteld. In 2009 heeft deze Stuurgroep in haar advies "*Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*" haar visie op de geboortezorg beschreven. Daarnaast is een aantal voorstellen geformuleerd om de zorg rondom zwangerschap en geboorte te optimaliseren met het oogmerk de maternale en perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen.

Het advies kent zeven speerpunten: (i) zet moeder en kind in de hoofdrol; (ii) zorg voor goede informatie tijdens de zwangerschap; (iii) zorg voor een kanteling van een reactieve benadering naar een proactief beleid rondom zwangerschap en geboorte; (iv) zet in op preventie een goede risicoselectie en een snelle signalering met als

⁴ Voor een volledig overzicht: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-dalys/sterfte-rond-de-geboorte/verschillen-internationaal/>.

⁵ Voor een volledig overzicht: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-dalys/sterfte-rond-de-geboorte/beinvloeden-ontwikkelingen-in-determinanten-de-trends-in-sterfte-rond-de-geboorte/>.

doel een gezonde en veilige zwangerschap, bevalling en kraamperiode; (v) zorg voor continue begeleiding van bevallende vrouwen; (vi) realiseer 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van passende zorg; en (vii) maak de ketenpartners zoveel mogelijk samen verantwoordelijk. Met deze aanbevelingen verwacht de Stuurgroep een toekomstbestendige geboortezorg te kunnen realiseren.

Op basis van dit advies kan geconstateerd worden dat verklaringen voor de relatief hoge perinatale sterfte en morbiditeit niet eenduidig op één punt in de keten liggen. Het verbeterperspectief is breder en dient zich te concentreren op de *gehele* zorg rondom zwangerschap en geboorte, met aandacht voor bovengenoemde punten. Het advies van de Stuurgroep heeft de verschillende ketenpartners dan ook gestimuleerd om na te denken over de mogelijkheden voor een versterking van de geboortezorg. Het nadenken over de noodzaak tot en mogelijkheden voor herinrichting van de geboortezorgketen zijn daarbij logische stappen.

In april 2011 heeft de NVOG haar visie op de geboortezorg kenbaar gemaakt⁶. De Nederlandse gynaecologen, verenigd in de NVOG, willen dat verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen in één team gaan samenwerken en één (regionale) verloskundige organisatie vormen. De NVOG ziet in die aanpak mogelijkheden om een betere risicoselectie toe te passen. Een regionale afstemming is volgens de NVOG wenselijk om de beschikbaarheid van een hoogwaardige acute zorg te waarborgen. De financiële drempel voor poliklinische bevallingen vraagt verder de aandacht. Deze raakt volgens de NVOG vooral de zwangere uit sociaal kwetsbare groepen, waar juist meer zwangerschapscomplicaties voorkomen. Ook de KNOV oriënteert zich actief op een optimale vormgeving van de geboortezorgketen en in het bijzonder van de positie van de verloskundige zorg hierin.

1.3 Vraagstelling en onderzoeksvragen

In het kader van deze oriëntatie is IVA Beleidsonderzoek en advies (IVA) door de KNOV gevraagd een strategische verkenning uit te voeren, waarin een aantal scenario's of organisatiemodellen voor de verloskundige zorg worden gepresenteerd. Hiertoe heeft IVA een verkennend onderzoek uitgevoerd. Centraal in dit onderzoek staat de vraag:

Welke scenario's of organisatiemodellen zijn er voor het optimaliseren van de verloskundige zorg (eerstelijns en klinisch verloskundigen) en de samenwerking tussen verloskundigen en andere betrokken professionals (gynaecologen, kinderartsen en kraamzorg)?

De KNOV heeft bij opdrachtverstrekking aangegeven dat de volgende uitgangspunten in het onderzoek betrokken moesten worden:

⁶ Volkskrant, 9 april 2011: 'Nieuw verloskundig systeem moet babysterfte vermijden'.

- De zorgvraag en de geïnformeerde keuzevrijheid van de cliënte staat centraal.
- De zorg dient kwalitatief verantwoord en veilig te zijn.
- De verloskundige zorg is toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar.
- De juiste zorg door de juiste professional: de verloskundige als het kan en de gynaecoloog als het moet waarbij de verloskundige als poortwachter fungeert en er beter gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise.
- In de scenario's worden shared care concepten betrokken.
- De scenario's dienen praktisch uitvoerbaar te zijn.

Om aan deze uitgangspunten te voldoen, heeft IVA in overleg met de KNOV de volgende vijf onderzoeksvragen onderscheiden:

1. Wat zijn de wensen en verwachtingen van cliënten bij de (organisatie) van de geboortezorg? Tot welke mogelijke aanpassingen in de keten van geboortezorg kan dit perspectief leiden?
2. Welke ideeën hebben verloskundigen zelf ten aanzien van de optimalisering van de verloskundige zorg en de samenwerking met andere professionals, vanuit het perspectief van kwaliteit van zorgverlening?
3. Wat zijn op basis van de onderzoeksstappen de meest relevante en gedragen scenario's? Welke relevante samenwerkingsverbanden of inrichtingsvarianten kunnen uit literatuur, interviews en gesprekken met de begeleidingscommissie worden gedestilleerd?
4. Wat zijn (de vijf belangrijkste) voor- en nadelen van de geformuleerde scenario's?
5. Welke gevolgen heeft de keuze voor één van de geschetste scenario's ten opzichte van het huidige samenwerkingsmodel? Hierbij valt te denken aan gevolgen voor kwaliteit (veiligheid, bereikbaar, verantwoorde zorg en service) maar ook aan volume-effecten als gevolg van substitutie eerste / tweede lijn en aan de geschatte kosteneffecten.

1.4 Onderzoeksstappen

Om aan de doelstelling van het onderzoek te voldoen en de gestelde vragen te beantwoorden zijn drie onderzoeksstappen uitgevoerd:

Stap 1: Inzicht verkrijgen in de perspectieven van experts, verloskundigen en cliënten en in eventuele best practices uit binnen- en buitenland⁷.

Stap 2: De ontwikkeling van scenario's.

⁷ Naast een literatuuronderzoek op hoofdlijnen is hiertoe een begeleidingscommissie ingesteld die in een tweetal sessies inhoudelijk aan het onderzoek heeft bijgedragen.

Stap 3: Het uitvoeren van een impactanalyse per scenario.

1.5 **Stap 1: perspectieven van belanghebbenden**

Het verkrijgen van inzicht in de visie van cliënten, de beroepsgroep verloskundigen en de KNOV stond in deze stap centraal. Enerzijds is een knelpuntenanalyse uitgevoerd, anderzijds zijn de genoemde partijen uitgedaagd om –waar nodig buiten de bestaande kaders– mee te denken over verbeteringen of daadwerkelijke innovaties in de geboortezorgketen.

Concreet zijn de volgende activiteiten ondernomen in stap 1:

1. *Visuele brainstorm bijeenkomsten:* IVA is als toehoorder aanwezig geweest en / of heeft kennisgenomen van de uitkomsten van de zeven themabijeenkomsten die de KNOV georganiseerd heeft om met de achterban van gedachten te wisselen over de toekomst van de geboortezorg in Nederland. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de verloskundigen (n = 315) groepsgewijs nagedacht over oplossingen voor een vijftal aandachtspunten, namelijk: de cliënt centraal, goede risicoselectie, gedegen overdracht, capaciteitstekort zorgprofessionals en de slagkracht van verloskundigen.
2. *Groepsgesprekken met cliënten:* in één grote, één middelgrote en één kleine gemeente zijn groepsgesprekken of individuele gesprekken met vrouwen gevoerd die zwanger of net bevallen zijn (n = 11). Deze gesprekken zijn georganiseerd in samenwerking met verloskundige praktijken. Er is – gezien de randvoorwaarden waarbinnen het onderhavige onderzoek is uitgevoerd – niet gestreefd naar representativiteit. Aan de deelnemers is gevraagd naar hun ervaringen en verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de geboortezorg en hoe dit eventueel beter kan. Ook zijn enkele (globale) oplossingsrichtingen voorgelegd, waarbij deelnemers zijn uitgenodigd om hierop te reflecteren.
3. *Telefonische interviews met verloskundigen:* in een telefonische quick-scan is bij acht verloskundigen (4 eerstelijns en 4 klinisch verloskundigen) een semigestructureerd interview afgenomen. In deze gesprekken is IVA ingegaan op ontwikkelingen in de vraag naar zorg, ervaren knelpunten en mogelijkheden voor verbetering hiervan.
4. *Gesprek met delegatie experts en KNOV (begeleidingscommissie):* tijdens een tweetal bijeenkomsten is IVA in gesprek gegaan met enkele experts en een delegatie van de KNOV over de concretisering van het op te lossen probleem en hierbij passende oplossingsrichtingen. IVA heeft een aantal strategische varianten gepresenteerd. De begeleidingscommissie heeft deze keuze ondersteund en gevraagd betreffende varianten uit te werken.

5. *Literatuuronderzoek*: gelijktijdig aan activiteiten 1 t/m 4 is een beknopt literatuuronderzoek verricht. De opzet was om relevante recente publicaties op het gebied van de verloskundige zorg uit binnen- en buitenland te bestuderen. Het literatuuronderzoek is bedoeld als *input* voor de overige activiteiten in stap 1 en voor de ontwikkeling van scenario's in stap 2.

1.6 Stap 2: ontwikkeling scenario's

De inzichten uit stap 1 zijn in stap 2 samengevoegd en geïnterpreteerd tot 3 scenario's voor de optimalisering van de verloskundige zorg en de samenwerking met andere professionals. De huidige situatie, inclusief de kwaliteitsverbetering die daarin kan worden gerealiseerd wordt daarbij gezien als het 'nulscenario', waartegen de overige opties zijn afgezet.

Van elk scenario zijn de belangrijkste voor- en nadelen benoemd op basis van een sterktezwakten analyse. Deze oefening is voor de volledigheid zowel door de begeleidingscommissie uitgevoerd als door de IVA-onderzoekers. Daarnaast zijn inrichtings- en uitvoeringsvarianten zoals deze al in de praktijk en / of literatuur voorkomen bij de verschillende scenario's ondergebracht.

1.7 Stap 3: impactanalyse

Per scenario is een globale inschatting gemaakt van de praktijkuitwerking van de keuze als het gaat om gevolgen voor kwaliteit, kosten en volume-effecten, bijvoorbeeld bij overdracht buiten of substitutie binnen de keten. Waar mogelijk zijn deze keuze-effecten gemonetariseerd met behulp van een impactanalyse.

Voor de impactanalyse is gebruik gemaakt van secundaire bronnen zoals publicaties van bestaande registratiesystemen inzake tarieven, omvang van de verloskundige zorg en aantal verloskundigen (praktiserend en afgestudeerd)⁸.

De impact van de 'nieuwe' scenario's is bepaald op basis van het 'nulscenario', ofwel op basis van de huidige situatie, rekening houdend met de hierin nog mogelijke kwaliteitsverbeteringen.

De impactanalyse geeft een globale indicatie van de richting en omvang van effecten op prijs, volume en kwaliteit die de (strategische) keuze voor de uitwerking van een scenario heeft. Binnen het uitvoeringskader van het onderzoek behoorde, zoals vooraf met de KNOV overeengekomen, een dieper gaande analyse niet tot de mogelijkheden.

⁸ Data uit Jaarboek 2008 Perinatale Registratie (PRN, 2011); Cebeon, 2011; Luijckx, 2010; Van der Putten, Lemmens & Rooijmans, 2010.

1.8 Leeswijzer

In dit rapport wordt vooral gesproken over de eerste en tweede lijn. Met de tweede lijn worden zowel de klinisch verloskundigen als de gynaecologen en andere obstetrisch professionals bedoeld, of kortweg: het ziekenhuis. Waar relevant wordt in de tekst aangegeven wanneer een andere specifieke invulling van de tweede lijn wordt bedoeld. De verhouding van de verloskundigen tot de kraamzorg, consultatiebureaus en de derde lijn, bestaande uit onder meer de specialistische academische ziekenhuiszorg is ook onderwerp van onderzoek geweest. Hierover wordt in zowel de literatuur als in de praktijk echter relatief weinig gesproken. De rol van en samenwerking met professionals buiten de eerste en tweede lijn wordt daarom in onderhavige rapportage wel beschreven, maar krijgt minder aandacht.

Naar zijn aard is het onderhavige onderzoek te omschrijven als een strategische verkenning. Het was er niet op gericht om nieuwe inzichten te verwerven in oorzaken van en verklaringen voor de problematiek in de perinatale zorg. De scenario's zijn dan ook gebaseerd op (consensus binnen) de beschikbare wetenschappelijke kennisbasis en inschattingen van cliënten, de beroepsgroep verloskundigen en van experts.

2 Inzichten uit de literatuur

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is gebaseerd op een overall analyse van relevante literatuur door IVA. De KNOV heeft voorts verschillende beleids- en visiedocumenten beschikbaar gesteld, die eveneens in de analyse zijn betrokken. De literatuuropgave die bij deze rapportage is gevoegd, somt de gebruikte literatuur op. In de tekst verwijzen we alleen naar literatuur als hiervoor een specifieke aanleiding bestaat. Met deze analyse maken we inzichtelijk waar de belangrijkste aandachtspunten c.q. knelpunten zitten in de huidige keten van de geboortezorg. Tevens is aandacht besteed aan de eventuele oplossingsrichtingen voor de genoemde knelpunten die in de literatuur en documentatie worden gepresenteerd. Het accent lag, met het oog op de doelstelling van onderhavig onderzoek bij het uitwerken van scenario's voor optimalisatie van de verloskundige zorg.

2.2 Huidige knelpunten verloskundige zorg

In grote lijnen kunnen de knelpunten in de huidige keten van de geboortezorg – en in het bijzonder van de verloskundige zorg – onderscheiden worden in vijf categorieën. Deze zullen hieronder worden toegelicht.

Het huidige systeem van de risicoselectie is suboptimaal

De geboortezorgketen in Nederland is gebaseerd op het onderscheid in vrouwen met een laag risico op pathologie en vrouwen met een hoog risico. Onafhankelijke eerstelijns verloskundigen begeleiden uitsluitend vrouwen met een laag risico. De zwangerschap van een gezonde vrouw start in de eerste lijn. Als er zich geen complicaties voordoen tijdens de zwangerschap, geboorte en kraamperiode blijven vrouwen onder de zorg van een eerstelijns verloskundige. Wanneer er echter complicaties optreden of risicofactoren zich voordoen tijdens de zwangerschap, de geboorte of in de kraamperiode wordt de vrouw overgedragen naar de tweede lijn. Als de medische of obstetrische geschiedenis van de vrouw daartoe aanleiding geeft, start de zwangerschapbegeleiding direct in de tweede lijn⁹. Welke indicaties in aanmerking komen voor doorverwijzing naar de tweede lijn zijn vastgelegd in de Verloskundige Indicatielijst (VIL).

⁹ Ook bestaat de mogelijkheid, afhankelijk van de aard van de medische of obstetrische geschiedenis van de zwangere vrouw, om tot en met week 36 de zwangerschapsbegeleiding (deels) in de eerste lijn plaats te laten vinden.

Tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode wordt door de professionals steeds een schatting van het risicoprofiel van de vrouw gemaakt. Op basis van deze schatting wordt het beleid bepaald en de vraag beantwoord of doorverwijzing aan de orde is of niet. Dit wordt ook wel de risicoselectie genoemd. In de praktijk blijkt deze schatting niet optimaal te verlopen. Enerzijds bevinden zich vrouwen met een laag risico in de tweede lijn terwijl zij feitelijk in de eerste lijn horen. Anderzijds wordt een verhoogd risico van vrouwen in de eerste lijn niet altijd of tijdig herkend. In beide gevallen zou beter gebruik van en afstemming tussen de specifieke expertises van de verschillende professionals tot meer optimale zorg kunnen leiden.

De kracht van de verloskundige zorg in de eerste lijn kenmerkt zich door de visie dat zwangerschap en geboorte fysiologische processen zijn, die een minimum aan interventies, continuïteit van zorg en een holistische benadering vergen, waarbij een bekend en vertrouwd persoon zowel de zwangerschap als de baring begeleidt. Vrouwen die zorg ontvangen van een verloskundige profiteren ten opzichte van andere zorgmodellen (ziekenhuismodel of shared care) van verschillende voordelen voor moeder en kind. Dit betreft onder andere een hogere cliënttevredenheid en reductie in interventies zoals pijnbestrijding en in kunstverlossingen. Hatem, Sandall, Devane, Soltanii & Gates (2008) komen op basis van een systematische review tot de conclusie dat iedere vrouw - mits verantwoord – gebaat is bij zwangerschapsbegeleiding door een verloskundige. Vanuit dit perspectief is het onwenselijk dat zwangere vrouwen met een laag risico zich in de tweede lijn bevinden en begeleid worden door een gynaecoloog.

Aan de andere kant wordt geconstateerd dat een deel van de zwangerschappen met een verhoogd risico niet altijd als zodanig wordt gesignaleerd door eerstelijns verloskundigen. Dit blijkt onder meer uit het aantal geborenen met een zogeheten Big3 aandoening: vroeggeboorte (< 32 weken zwangerschap), een ernstige aangeboren afwijking en te laag geboortegewicht in relatie tot de duur van de zwangerschap (Bonsel et al., 2010). Het idee is dat deze aandoeningen, althans ten dele, positief beïnvloed kunnen worden door preventie of therapie (Verhoeven & De Miranda, 2010). Als deze risico's tijdig worden herkend, kunnen vrouwen van de zorg profiteren die geboden kan worden vanuit de tweede lijn (en derde lijn). Andere opties die in de literatuur worden genoemd en die te relateren zijn aan een mogelijk ineffektieve risicoselectie zijn (i) dat er een vertraging kan optreden in de signalering van complicaties tijdens de bevalling doordat er in de eerste lijn bij het begin van de bevalling niet, of niet continu een professional aanwezig is en (ii) dat de harttoon van de baby in de eerste lijn minder frequent wordt gemonitord dan in de tweede lijn. Overigens dient hier de kanttekening te worden gemaakt, dat de genoemde knelpunten niet exclusief de eerstelijns verloskundige zorg betreffen, maar ook in de tweedelijns zorg aan de orde zijn.

De risicoselectie van het huidige systeem kan worden verbeterd door effectiever gebruik te maken van de beschikbare informatie voor risicoschattingen en de structurele ontwikkeling van expertise en instrumentarium.

Bereik van vrouwen met een hoger risicoprofiel is suboptimaal

Vanuit de literatuur is een aantal factoren te benoemen dat het risicoprofiel van een zwangere vrouw bepaalt. Dit zijn (i) medisch-biologische factoren (leeftijd, pariteit, etniciteit, meerlingen, ziekte en erfelijke aanleg); (ii) gedragsgerelateerde factoren (leefstijl en seksueel / huiselijk geweld); en (iii) omgevingsfactoren (fysiek, sociaal en werkbelasting).

De Stuurgroep Zwangerschap en geboorte constateert in haar advies (2009), mede op grond van recente wetenschappelijke inzichten, dat een deel van de zwangere vrouwen onvoldoende bekend is met of onvoldoende gebruik maakt van verloskundige zorg, vanwege jonge leeftijd, taalproblemen, lage opleiding, hoog kindertal, ongeplande zwangerschap en ongewenste zwangerschap. Dit zijn veelal vrouwen met een hoger risicoprofiel. Wanneer deze vrouwen in een eerder stadium zouden kunnen profiteren van zorg en ondersteuning rondom zwangerschap en geboorte, zouden mogelijke complicaties eerder gesignaleerd dan wel voorkomen kunnen worden. Dit zou kunnen worden bewerkstelligd door meer *outreaching* te werken en een proactief preventie- en therapiebeleid waarin een verloskundige professional zich naar de betreffende cliëntgroepen beweegt in plaats van af te wachten totdat deze vrouwen naar de professional komen.

Bovendien is de huidige keten, aldus het voornoemde advies (2009), onvoldoende in staat om eventuele negatieve factoren om te buigen. Hiervoor zou het beleid binnen de geboortezorgketen minder afwachtend moeten zijn en zich meer richten op een proactieve aanpak. Er zou meer gedaan moeten worden aan voorlichting, gezondheidsbevordering en leefstijlbeïnvloeding. Dit uitgangspunt sluit aan bij het streven van de overheid naar een meer actieve rol en hogere verantwoordelijkheid van burgers ten aanzien van hun gezondheid en een verhoogde nadruk op preventie, participatie en leefstijl.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid van verloskundige zorg

In perifere gebieden kan de beschikbaarheid van de acute verloskundige zorg niet altijd gegarandeerd worden. Afstanden tot ziekenhuizen zijn groot. Bovendien komt ook de beschikbaarheid van de tweedelijns verloskundige zorg in dunbevolkte gebieden onder druk te staan, omdat het werven en behouden van gynaecologen lastig is (Geuningen, Batenburg & Hansen, 2010). Dat geldt vooral voor de geografisch perifere gebieden in Nederland. Veel ziekenhuizen zijn op het ogenblik wat personele bezetting betreft niet ingericht op het bieden van continue begeleiding tijdens de zwangerschap en op het kunnen bieden van 24/7 acute zorg (Van der Putten et al., 2010). De kwaliteitseisen die de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) adviseert, leggen bovendien extra druk. Het Capaciteitsorgaan geeft in zijn *Capaciteitsplan 2010* (deelrapport 1) een bandbreedte voor de komende jaren van 58 tot 66 nieuwe instromers in het gynaecologische specialisme per jaar. Dat is duidelijk hoger dan het vorige advies uit 2008 van 48 à 50 instromers per jaar (*Capaciteitsplan*, 2010; pp. 105-107, 111, 135). De NVOG geeft aan 64 à 66 plaatsen in te kunnen passen.

Deze situatie kan negatieve gevolgen hebben voor alle zwangere vrouwen. Met name zwangere vrouwen met een verhoogd of hoog risico kunnen te veel vertraging oplopen als zich complicaties voordoen. Bovendien kan de keuzevrijheid van vrouwen ten aanzien van de thuisbevalling in voornoemde situatie negatief worden beïnvloed. Dat geldt eveneens voor de kennelijke behoefte van ouders dat hun kind(eren) in de eigen gemeente geboren worden.

Relatief veel overdracht in het traject van zwangerschap en geboorte.

Het aandeel vrouwen en baby's dat in de eerste lijn aan zwangerschap en / of bevalling begint maar dat op enig moment moet worden overgedragen aan de tweede lijn is groot (67%; Luijckx, 2010). Cliënten hebben dan ook vaak te maken met meerdere en verschillende professionals gedurende zwangerschap en / of bevalling. Hierdoor is specifieke aandacht nodig voor de continuïteit in zorg en in de persoonlijke begeleiding. Bij overdracht van de eerste naar de tweede lijn wordt geconstateerd dat er soms sprake is van een verlies van informatie. Bovendien is in de tweede lijn de begeleiding anders ingericht dan in de eerste lijn, niet de psychosociale begeleiding maar de medische indicatie staat daarbij voorop.

Onvoldoende afstemming geboortezorgketen

De kwaliteitssystemen van professionals zijn onvoldoende op elkaar afgestemd. Op regionaal niveau is geregeld geen sprake van een gezamenlijke visie op de geboortezorg en gezamenlijke uitvoeringsprotocollen ontbreken of zijn niet goed geïmplementeerd. In VSV worden dergelijke afspraken overigens wel gemaakt.

Bovendien laat de communicatie tussen en afstemming met professionals te wensen over. In principe vormen de twee lijnen binnen de geboortezorgketen autonome entiteiten c.q. gescheiden systemen met ieder hun eigen visie, cliëntmodel (medisch / pathologisch versus holistisch / fysiologisch) en protocollen. De Jonge, van der Goes, Ravelli, Amelink-Verburg, Mol, Nijhuis, Bennebroek Gravenhorst en Buitendijk (2009) tonen aan dat een ontoereikende structurering en samenwerking tussen professionals sleutelfactoren zijn voor suboptimale zorg. Er wordt geadviseerd meer te werken met uniforme dossiers en overdrachtsformulieren. Daarnaast dienen medische protocollen (regionaal) gestandaardiseerd te worden en geïmplementeerd te zijn door alle betrokken professionals.

2.3 Oplossingsrichtingen

Op basis van de knelpunten die worden gesignaleerd in de wijze waarop op dit moment de zorg rondom zwangerschap en geboorte is georganiseerd, komt uit de overall analyse van de literatuur een aantal oplossingsrichtingen naar voren:

- Bevorderen bereik en effectiviteit ten aanzien van de vrouwen met een verhoogd risicoprofiel.
- Optimaliseren van de risico-inschatting.
- Borgen van de beschikbaarheid van de (acute) verloskundige zorg.
- Optimaliseren van de overdracht tussen de eerste en tweede lijn; verkorten van de lijnen.
- Maximaliseren van de samenwerking en communicatie tussen de eerstelijns verloskundige en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en obstetrisch professionals.
- Professionalisering van de beroepsgroep verloskundige (academisering) en evidence-based verloskunde.

Maatregelen die het meest worden genoemd in de literatuur, zijn:

- Preconceptiezorg en preventie op grond van cliëntkenmerken.
- Eenduidige individuele en collectieve voorlichting afgestemd op cliënt en zwangerschap.
- Een zorgplan en geboortepan en een Perinataal Webbased Dossier.
- Via het VSV uitbouwen van de samenwerking tussen de ketenpartners.
- Introductie van een case manager. De visie van de KNOV hierop is dat de eerstelijns verloskundige deze rol op zich neemt. In de tweede lijn lijkt deze positie weggelegd voor de klinisch verloskundige of eventueel de gynaecoloog.
- Een perinataal huisbezoek rondom de 34ste week van de zwangerschap. In de visie van de KNOV verricht de verloskundige case manager dit huisbezoek.
- Continue begeleiding tijdens de baring. De KNOV heeft hierbij als standpunt dat de continue begeleiding op wens of naar behoefte van de zwangere vrouw ingezet moet worden. Deze continue begeleiding kan deels ook door de kraamzorg plaatsvinden, onder regie, indicatie en verantwoordelijkheid van de verloskundige.
- Geboortecentra als alternatief voor de huidige niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

2.4 Shared care

Een oplossingsrichting die de KNOV bij aanvang van het onderzoek aangedragen heeft, is het optimaliseren van de geboortezorgketen met behulp van *shared care* modellen of concepten. Hier is dan ook specifieke aandacht aan besteed. *Shared care* kan worden gedefinieerd als de gezamenlijke deelname van zowel eerste- als tweedelijns professionals aan het planmatig en in samenhang verlenen van zorg. Hierbij dient de samenwerking te worden gefaciliteerd door een intensivering van de informatie-uitwisseling ten aanzien van doorverwijzingen en overdracht (Smith, Allwright, O'Dowd, 2009). Het principe van *shared care* wordt vooral toegepast in het verlenen van zorg aan mensen met een chronische conditie zoals diabetes mellitus, COPD, kanker, depressie en hypertensie.

Dit uitgangspunt kan ook worden gebruikt binnen de geboortezorgketen. *Shared care* kan een interessant model zijn voor het optimaliseren van de risicoselectie en het versterken van de samenwerking en communicatie tussen de eerste- en tweedelijns professionals. Nu opereren beide lijnen nog teveel vanuit hun eigen discipline met bijbehorende visie, benaderingswijze, richtlijnen, protocollen en interventies. De vraag is echter of er *best practices* zijn aan te wijzen die als voorbeeld kunnen dienen voor het optimaliseren van de geboortezorgketen, met name op het gebied van de risicoselectie, de communicatie en de afstemming tussen professionals.

Uit diverse studies blijkt, dat in theorie *shared care* belangrijke voordelen heeft. Dat geldt, ten eerste, voor de inclusie van specialistische expertise en interventies in combinatie met de continuïteit van zorg. In de tweede plaats gaat dat op voor de aandacht voor comorbiditeit door een generalistische professional (eerste lijn) die verantwoordelijk is en blijft voor de algehele gezondheidssituatie (fysiek, psychosociaal, welzijn). Toch is de effectiviteit van *shared care* in de praktijk nog niet aangetoond. De theoretische grondslag hiervoor is een conform de hoogste standaard voor wetenschappelijke toetsing uitgevoerde systematische review naar de effectiviteit van *shared care* concepten voor het optimaliseren van de zorg aan chronisch zieken (Smith, Allwright en O'Dowd, 2009).

Smith et al. (2009) onderscheiden verschillende modellen van *shared care* op basis van de modus die is gekozen voor de informatie-uitwisseling:

- Een basismodel dat gekenmerkt wordt door een specifiek communicatiesysteem dat is opgesteld tussen de eerste lijn en tweede lijn. Dit systeem kan ondersteund worden door een medewerker die de afspraken en follow-up regelt.
- Een liaison model waarbij sprake is van een multidisciplinaire ontmoeting (consultatie) waarin de zorg voor gezamenlijke patiënten wordt besproken en vastgesteld.
- Een gezamenlijk (webbased) zorgdossier met een formele afstemming over de informatie die wordt geregistreerd en gedeeld door de verschillende professionals.
- 'Community clinics' waarbij een specialist zich verbindt aan en aanwezig is in de eerstelijnspraktijk. De communicatie verloopt veelal informeel en is afhankelijk van de professionals die in huis zijn.

Smith et al. (2009) constateren dat de *shared care* concepten in de praktijk bestaan uit complexe en veelzijdige maatregelen of interventies, die niet eenduidig te classificeren zijn in de bovenstaande taxonomie. Er is veelal niet sprake van één *shared care* interventie, maar van meer interventies die gezamenlijk het *shared care* model vormen. De auteurs komen tot de conclusie dat er geen eenduidig bewijs is voor het kunnen beoordelen van de effectiviteit van *shared care* voor het optimaliseren van de zorg aan patiënten. Hun analyse van een groot aantal *best practices* heeft niet aangetoond welke (onderdelen van de) onderzochte *shared care* modellen (het meest) effectief zijn. Evenmin is aantoonbaar of er inderdaad een hechte samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijnszorg is ontstaan door het toepassen van de *shared care* concepten.

Bij gebrek aan *evidence-based* bevindingen over de effectiviteit van *shared care* modellen in de praktijk en omdat onderzoek hierna dat specifiek ingaat op de geboortezorgketen ontbreekt, kan het onderhavige onderzoek daar geen valide uitspraken over doen. Hier ligt op termijn nog een opgave voor nader onderzoek.

3 Het cliëntenperspectief

3.1 Inleiding

In diverse onderzoeken¹⁰ is aandacht besteed aan het cliëntperspectief: hoe beleven vrouwen hun bevalling? Wat verwachten zij en hun omgeving van verloskundigen en andere partijen in de geboortezorgketen? In het onderhavige onderzoek is het cliëntperspectief – zoals bij opdrachtverstrekking is afgesproken – geen onderwerp van uitvoerige analyse. Er is bij voorbaat gekozen voor een beperkt aantal, niet-representatieve, maar mogelijk wel illustratieve gesprekken met zwangere vrouwen.

Hiertoe zijn in drie gemeenten (Tilburg, Oosterhout en Veghel) gesprekken georganiseerd. Een deel hiervan waren groepsgesprekken en met een deel van de vrouwen is individueel gesproken. De gesprekken zijn georganiseerd in samenwerking met drie verloskundigenpraktijken. In totaal is met elf vrouwen gesproken. Aan hen is gevraagd te vertellen over hun ervaringen en verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de geboortezorg en hoe dit eventueel beter kan. Omdat een deel van de respondenten al eerder een zwangerschap en bevalling had meegemaakt, konden zij ook vanuit eerdere ervaringen reflecteren op hoe de geboortezorgketen werd doorlopen en beleefd.

3.2 Inzichten uit de interviews met zwangeren

3.2.1 Meerwaarde verloskundigen

De meerwaarde van de verloskundigen heeft volgens de zwangeren hoofdzakelijk met het geven van vertrouwen te maken. Alle vrouwen onderschrijven het belang van het vertrouwen en het bekend gezicht van de verloskundige. Ook zijn alle vrouwen voor coaching / begeleiding door de verloskundige tijdens de bevalling, ook wanneer de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt. De meeste zwangere vrouwen benadrukken dat ze het zeer fijn vinden dat ze altijd vragen kunnen stellen en op ieder moment van de dag kunnen bellen. Avondopenstellingen van de praktijken zijn ideaal, in het bijzonder voor werkende ouders. Als laatste zit de meerwaarde in de gedachte dat de verloskundige vaak meer tijd voor de zwangere vrouw heeft om meer echo's te maken en een duidelijke uitleg te geven over de groei van de baby. De ervaringen van vrouwen die eerder in de tweede lijn terechtkwamen daarmee zijn wisselend.

De meeste vrouwen geven aan dat ze tijdens de begeleiding alle verloskundigen uit de praktijk te zien krijgen, maar dat ze niet zeker weten wie de bevalling zal gaan

¹⁰ Voor een overzicht zie: Rijnders (2011; *proefschrift in druk*); De Boer, Zeeman & Offerhaus (2001).

doen. De meesten vinden dit prima, want het wekt toch vertrouwen als ze iedereen al een keer gezien hebben voor de bevalling. Verder geven de meeste vrouwen die zijn geïnterviewd aan dat, in het geval poliklinisch bevallen in het ziekenhuis gewenst is of de voorkeur heeft, zij de bevalling dan het liefst doen met de eigen verloskundige (of één van de 'eigen' verloskundigen). De poliklinische bevalling wordt gemotiveerd vanuit de gedachte dat als er problemen optreden tijdens de bevalling er sneller ingegrepen kan worden.¹¹ De eigen verloskundige kan coachen en ervoor helpen zorgen dat de bevalling gaat zoals de zwangere zich had voorgesteld op voorhand (bijvoorbeeld in het geval van speciale wensen).

Over de overdracht naar de gynaecoloog is gezegd dat die de zwangere vrouw niet kent en ook haar wensen niet. Een enkeling heeft na consultatie van de tweede lijn zelf de overdracht terug naar de 1e lijn moeten aankaarten. Dat werd door deze respondent als onlogisch en onprettig beschouwd. Als laatste belangrijke opmerking is genoemd dat de voorlichting over de voor- en nadelen van bevallen op verschillende plekken beter kan.

3.2.2 Kwaliteit en kwaliteitsverbetering

Wanneer het gaat om de kwaliteit van de geboortezorg geven de meeste vrouwen aan dat keuzevrijheid een belangrijke indicator is. Ze benadrukken dus dat ze zelf kunnen kiezen waar ze bevallen en dat ze ook meer keuzemogelijkheden hebben qua praktijken en kraamhotel in de regio. Ook hoort hierbij de keuze van de vrouw wat betreft de wijze waarop de bevalling wordt ingestoken, bijvoorbeeld de optie om zittend te bevallen. Een ander belangrijk punt is dat er aandachtig geluisterd wordt naar de signalen van de zwangere en dat ze het gevoel heeft dat ze serieus genomen wordt en dat er aandacht geschonken wordt aan haar wensen. Wanneer de zwangere naar het ziekenhuis moet, vinden de vrouwen het –vooral hierom– erg prettig als hun eigen verloskundige mee gaat. In praktijken waar meer verloskundigen werken, vindt men het belangrijk om de verschillende verloskundigen te leren kennen en om een inschatting te kunnen maken van wie er bij de bevalling aanwezig zal zijn. Sommige vrouwen kregen in de vakantieperiode met invalkrachten te maken en zij vinden het prettig dat ze hier tijdig over ingelicht worden. Het gaat hierbij wederom om vertrouwen en het voorbereid zijn op.

Voor de meeste vrouwen is zekerheid ook een relevante indicator. Ze willen graag de zekerheid over welke verloskundige meegaat naar het ziekenhuis en de zekerheid dat er niet geïmproviseerd wordt met een stagiaire tijdens de bevalling, maar dat een ervaren verloskundige de bevalling begeleidt. Goede coaching / begeleiding tijdens de bevalling vinden de vrouwen erg belangrijk. Pijnbestrijding moet volgens hen alleen gebeuren op verzoek van of in overleg met de zwangere. Tijdens de bevalling moeten er ook niet teveel mensen om het bed heen staan.

¹¹ Er kan, gezien de gehanteerde methode om respondenten te verzamelen, sprake zijn van een oververtegenwoordiging van vrouwen die kiezen voor een poliklinische bevalling. Ter vergelijking: onderzoek van Krol en Groothof uit 2001 heeft uitgewezen dat 72% van de vrouwen in Nederland de voorkeur geeft aan een thuisbevalling. Van der Hulst (2004) vond eveneens dat 70% van de vrouwen kiest voor de thuisbevalling.

Een gedeelte van de vrouwen geeft aan in de media de berichtgeving rondom de mogelijke overdrachtsproblemen tussen eerste- en tweedelijns geboortezorg te hebben gevolgd. Dienaangaande formuleerden ze een aantal verbeterpunten. Om er voor te zorgen dat de verloskundigen en gynaecologen over dezelfde informatie beschikken, wordt het werken met één computersysteem en één gezamenlijk dossier per patiënt aanbevolen. Daarnaast noemde men een aantal punten die meer onder het 'serviceniveau' van de verloskundige praktijk geschaard kunnen worden. Sommige praktijken hebben (nog) geen avond- en / of weekendopenstellingen, terwijl de behoefte aan die openstelling beslist aanwezig is. Sommige vrouwen hebben de wens dat de man tijdens de zwangerschap meer betrokken wordt, want de aandacht gaat te vaak alleen naar moeder en kind uit. Tijdens controles is er ook de wens voor uitgebreide echo's.

3.2.3 Wensen en behoeften

De gesproken vrouwen wensen, zoals hierboven is weergegeven, bij voorkeur een begeleiding door een eerstelijns verloskundige tijdens de zwangerschap met een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Wij benadrukken hierbij graag nogmaals dat in de opzet van de interviews geen representativiteit is beoogd als het gaat om de voorkeur voor o.a. de plaats van bevalling. Zij spreken ook een voorkeur uit dat de 'eigen' (eerstelijns) verloskundige daarbij aanwezig is voor de coaching / begeleiding en het behartigen van eventuele specifieke wensen, met de mogelijkheid om wanneer dit door de cliënt gewenst wordt over te dragen aan de dienstdoende gynaecoloog of tweedelijns verloskundige. Desgevraagd denkt men zo de kans op een veilige bevalling (voor de baby) te verbeteren. Voorts geven enkele respondenten aan bang te zijn dat bij thuisbevalling complicaties optreden die in het ziekenhuis sneller opgelost hadden kunnen worden. Deze vrouwen geven ook duidelijk aan niet tijdens de bevalling naar het ziekenhuis verplaatst te willen worden. Ook daar ligt volgens hen een belangrijke reden om 'preventief' voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis te kiezen. De meerkosten hiervan achten de respondenten niet bezwaarlijk. Het gevoel van zekerheid weegt zwaarder.

Het ideaalbeeld van de zwangere over hoe de organisatie van de geboortezorg eruit moet komen te zien, bevat daarnaast de volgende hoofdpunten:

- a) Het meest genoemd is het vertrouwde gezicht, geen nummer zijn en de persoonlijke binding met de verloskundige. De continue aanwezigheid van de verloskundig professional tijdens de bevalling wordt door sommige vrouwen echter ervaren als inbreuk op hun privacy, dus de verloskundige gaat hier idealiter sensitief mee om en gunt de vrouw en haar partner af en toe wat tijd alleen of samen.
- b) De wensen van de zwangere moeten serieus genomen worden en daar moeten de verloskundigen ook zoveel mogelijk in voorzien. Keuzevrijheid is belangrijk.
- c) Tijdens zwangerschap en bevalling moet de verloskundige goed kunnen 'monitoren', zodat bij eventuele complicaties tijdig wordt doorverwezen naar de tweede lijn.

- d) Daarnaast moet zorg gedragen worden voor het verstrekken van eenduidige informatie, zodat de zwangere dezelfde informatie krijgt ondanks dat er verschillende boodschappers kunnen zijn.
- e) De zwangere moet op tijd worden overgedragen van de eerste- naar de tweedelijns zorg – mocht dat nodig zijn. Men wil er van op aan kunnen dat er niet onnodig risico's worden gelopen. Tijdens deze overdracht moet de gegevensoverdracht ook vlekkeloos verlopen. Wanneer de bevalling plaatsvindt in het ziekenhuis, gaat de eigen verloskundige mee om de bevalling te begeleiden en staat de gynaecoloog klaar als achtervang.
- f) De gynaecoloog moet (ook 's avonds en in het weekend) 'klaar staan' en voorbereid zijn. Hij of zij moet zich niet nog helemaal hoeven in te lezen op de casus.
- g) De bevalling vindt idealiter plaats via de natuurlijke weg, maar op verzoek van de zwangere kan er pijnbestrijding plaatsvinden. Voor de pijnbestrijding is het, afhankelijk van de soort bestrijding, noodzakelijk dat de anesthesist aanwezig is in het ziekenhuis.

3.3 Onderzoeksvraag 1: samenvattende conclusie

Wat zijn de wensen en verwachtingen van cliënten bij de (organisatie) van de geboortezorg? Tot welke mogelijke aanpassingen in de keten van geboortezorg kan dit perspectief leiden?

Opvallend is dat de geïnterviewde vrouwen overwegend de voorkeur geven aan de poliklinische bevalling, ook al moet hierbij de kanttekening van een niet-representatieve steekproef worden geplaatst. Er is een beperkt aantal zwangere vrouwen geïnterviewd, waarbij de resultaten mogelijk afwijken van representatieve onderzoeken. De zwangere vrouwen hebben als voorkeur dat de eigen verloskundige mee gaat naar het ziekenhuis en de bevalling doet. Maar als dat niet kan, gaat nog steeds de voorkeur uit naar bevallen in het ziekenhuis. De belangrijkste reden hiervoor is, aldus de respondenten, de veiligheid van de moeder en (vooral) van het kind tijdens de baring.

De verloskundige heeft vooral tijdens de zwangerschap een coachende en begeleidende rol en deze rol ziet men het liefst ook tijdens de bevalling. Zo is het voor de zwangere belangrijk dat ze het gevoel heeft serieus genomen te worden en dat er naar haar wensen wordt geluisterd. Men verwacht dat de verloskundige dit beter doet dan de gynaecoloog en / of de tweedelijns verloskundige. Men gaat ervan uit dat de verloskundige ook meer tijd heeft voor deze coaching en voorlichting tijdens de zwangerschap.

De geïnterviewde vrouwen hebben geen beeld bij mogelijke nieuwe scenario's voor de organisatie van de geboortezorg. Zij komen vooral met voorstellen voor een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Ze expliciteren de wens om zelf een belangrijke regiefunctie te behouden in de keuzes die gemaakt moeten worden tijdens de zwangerschap en de bevalling.

4 Het perspectief van verloskundigen

4.1 Inleiding

In overleg en op verzoek van de KNOV hebben IVA-onderzoekers als toehoorder deelgenomen aan een serie regionale bijeenkomsten die de KNOV in maart en april 2011 heeft georganiseerd voor haar achterban. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de aanwezige verloskundigen (n = 315) deelgenomen aan een 'visuele brainstorm'. Gegroepeerd naar relevante thema's (zie paragraaf 4.2) hebben zij tijdens de bijeenkomsten nagedacht over mogelijke alternatieven voor de huidige werkwijze. De IVA-onderzoekers hebben tijdens de bijeenkomsten kennis kunnen nemen van de discussies en *marge* met verloskundigen kunnen spreken.

Daarnaast zijn acht verloskundigen, conform de overeengekomen opzet van het onderzoek, in april 2011 uitgenodigd om deel te nemen aan een telefonisch interview. Hierin zijn zij bevraagd op het eigen perspectief op de huidige organisatie van de geboortezorg en de mogelijkheden voor een verbetering ervan in de toekomst. Om verschillende argumenten en meningen te verzamelen, werden respondenten gekozen uit verschillende regio's, die werkzaam zijn in een groepspraktijk (n = 3; > 10 jaar werkzaam als verloskundige) dan wel in een solopraktijk (n = 1; > 10 jaar werkzaam als verloskundige). Verloskundigen uit de eerstelijns (n = 4; > 10 jaar werkzaam als verloskundige) en tweedelijns zorg (n = 4; waarvan 2 < 10 jaar en 2 > 10 jaar werkzaam als verloskundige) geselecteerd uit het KNOV-ledenbestand.

De combinatie van beide dataverzamelingmethoden heeft een inkijk geboden in het perspectief van de verloskundigen als beroepsgroep op de geboortezorgketen. In dit hoofdstuk presenteren wij de bevindingen.

4.1 Visuele brainstorm bijeenkomsten

IVA was als toehoorder aanwezig bij en / of heeft kennis genomen van zeven door de KNOV georganiseerde themabijeenkomsten. Hieraan hebben 315 verloskundigen deelgenomen, verspreid over 7 locaties in Nederland (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Aantal verloskundigen aanwezig bij themabijeenkomsten

Plaats themabijeenkomst	Aantal aanwezige verloskundigen
Utrecht	51
Zaandam	38
Hoogeveen	20
Weert	47
Deventer	44
Zoetermeer	54
Breda	61
Totaal	315

De KNOV had de bijeenkomsten voordat het onderhavige onderzoek van start ging gepland om met de achterban van gedachten te wisselen over de toekomst van de geboortezorg in Nederland. Tijdens deze sessies hebben verloskundigen in kleiner groepsverband oplossingen of alternatieven bedacht voor een vijftal vooraf aangedragen verbeterpunten: de cliënt centraal, een goede risicoselectie, gedegen overdracht, het capaciteitstekort bij zorgprofessionals en de slagkracht van de verloskundigen zelf. IVA heeft tijdens deze bijeenkomsten notities gemaakt van de verschillende perspectieven, belangen en innovatieve ideeën. We presenteren hier puntsgewijs de hoofdlijnen van deze discussies.

4.1.1 Knelpunt cliënt staat te weinig centraal, gebrek aan continuïteit

De verloskundigen zoeken de mogelijkheden om de cliënt meer centraal te stellen en de continuïteit van zorg te borgen in een drietal richtingen: (i) een zo lang mogelijke begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling door de eerstelijns verloskundige, waarbij deze ook meegaat naar het ziekenhuis bij een medische indicatie en de regiefunctie van de eerstelijns verloskundige pas eindigt bij de OK, (ii) een duidelijke positionering van de eerstelijns verloskundige als het eerste aanspreekpunt (Eerste Verloskundig Aanspreekpunt; EVA) en case manager en (iii) een betere samenwerking met andere zorgprofessionals zoals jeugdzorg, ouder en kind centra, kraamzorg, gynaecologie en verloskundigen.

Als belangrijke voorwaarde om bovenstaande oplossingen te kunnen implementeren noemen de verloskundige het opheffen van verschil tussen de eerste- en tweedelijns verloskundigen, wat extra scholing betekent voor de eerstelijns verloskundigen.

4.1.2 Knelpunt risicoselectie

Een betere risicoselectie zou volgens de verloskundigen kunnen worden bewerkstelligd door één team van verloskundige zorgverleners te vormen, waarbij er ontschotting plaatsvindt tussen de 1e en de 2e lijn. Bij het schatten van risico's kan het wenselijk zijn dat verloskundigen en de tweede lijn samen het traject voor een bepaalde cliënt bespreken. Gynaecologen en verloskundigen maken daarbij idealiter

deel uit van één systeem waarbij zij zich steeds (bij elke verandering die zich bij de cliënt voordoet) afvragen waar de cliënt mag bevallen. De intake voor eerste- en tweedelijns cliënten wordt gedaan door de verloskundige, maar het zorgpad wordt bepaald in overleg met de gynaecoloog. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn verdient volgens de verloskundigen hierbij vooral de aandacht en een andere mogelijkheid om deze te versterken is om elkaar goed te kennen en vanuit een gezamenlijke visie besluiten te nemen. Hiervoor zouden (de op risicoselectie gerichte onderdelen van) de opleidingen van verloskundigen en gynaecologen deels gezamenlijk kunnen lopen. Ook hierbij wordt als oplossing benoemd dat de eerstelijns verloskundige als case manager moet fungeren. Verder geven de verloskundigen de voorkeur aan de komst van één zwangerschapskaart en / of medisch dossier. Standaardisatie hiervan vindt idealiter plaats op landelijk niveau.

4.1.3 Knelpunt capaciteit en organisatie van (acute) specialistische zorg

De verloskundigen zien mogelijkheden bij een gedeeltelijke taaksubstitutie van tweede naar eerste lijn. Het takenpakket van de verloskundigen kan worden uitgebreid zodat zij kunnen assisteren bij een klinische partus en beter uitgerust zijn voor hulp in acute situaties. Hiermee kan worden gereageerd op personele tekorten in de tweede lijn. Dit laatste punt verdient hoe dan ook aandacht: gepleit wordt voor een vergroting van het aantal gynaecologen dat wordt opgeleid en voor een herverdeling van de gynaecologen over het land, zodat er een evenredige verdeling is. De opleiding Obstetrie kan mogelijk worden verkort. Verder kan een betere risicoselectie oneigenlijke tweedelijns begeleiding verminderen en zo de druk op de tweede lijn helpen verlagen. Er wordt hiervoor geopperd om een gezamenlijke intake uit te voeren door de verloskundige en de gynaecoloog. Een betere voorlichting in preconceptie en zwangerschap door zowel eerste als tweede lijn verloskundigen, kan tot slot bijdragen aan een vermindering van het aantal medische indicaties doordat vrouwen gezonder de zwangerschap doorlopen en aan de bevalling beginnen.

4.1.4 Knelpunt overdracht acute situaties

Een betere samenwerking in de reguliere praktijk legt volgens de verloskundigen de basis voor een goede samenwerking, communicatie en overdracht tijdens acute situaties. De gynaecologen en verloskundigen moeten samen spoedsituaties ook trainen in bijvoorbeeld simulaties. Meer kennis van elkaars expertise draagt daar mogelijk aan bij. In dit kader zou een versmelting van eerste- en tweedelijns verloskunde de meest ideale oplossing bieden omdat er dan sprake is van één expertise. Verder is rechtstreeks contact met de gynaecoloog belangrijk; het verminderen van 'tussenpersonen' kan informatieverlies bij overdracht helpen tegengaan. Het werken met één gezamenlijk dossier in de toekomst kan eveneens helpen, tot dat moment wordt geadviseerd dat de zwangere die met de ambulance naar het ziekenhuis gaat haar dossier met zich meeneemt, zodat degene die haar ontvangt meteen de achtergrond kent. De gynaecoloog kan dan beter in schatten wat er al in de thuissituatie is gebeurd.

Verder is het uiteraard belangrijk dat wanneer er naar de tweede lijn wordt overgedragen deze de cliënt zo snel mogelijk kunnen helpen. De verloskundigen

benadrukken de noodzaak dat de gynaecoloog en acute teams 24/7 in het ziekenhuis aanwezig zijn.

4.1.5 *Knelpunt slagkracht van de verloskundigen*

De verloskundige beroepsgroep is op dit moment door de verschillende lijnen mogelijk te versnipperd. Een verbetering van de slagkracht kan door de verloskundigen mogelijk worden gerealiseerd door de krachten te bundelen in samenwerkingsafspraken of in een samenwerkingsverband van verloskundigen. De verloskundigen dragen dan samen één visie uit. Idealiter worden bij een dergelijk verband ook de meest relevante ketenpartners betrokken, gynaecologen en kraamzorg.

Verloskundigen die de masteropleiding hebben afgerond vormen mogelijk een meer gelijkwaardige gesprekspartner met de gynaecologen. Academisering van de Verloskunde is in dit kader volgens de beroepsgroep wenselijk.

Verder is het volgens de verloskundigen nodig dat er meer onderzoek komt naar werkwijzen en initiatieven in de eerste lijn. Positieve kanten en ontwikkelingen in de Verloskunde als vak komen hiermee naar verwachting beter tot hun recht, waarmee het imago en de positie van de verloskundige kunnen verbeteren.

4.2 Inzichten uit de interviews met verloskundigen

4.2.1 *Ervaringen in de huidige situatie*

De acht geïnterviewde verloskundigen onderstrepen het belang van een multidisciplinaire benadering van zwangerschap en bevalling. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt in de meeste gevallen als goed bestempeld en slechts door sommigen als 'voldoende'. Deze evaluatie hangt hoofdzakelijk samen met de wederzijdse betrokkenheid en bekendheid. Waar er al sprake is van relatief korte lijnen, door periodiek gezamenlijk overleg tussen eerstelijns verloskundigen en het ziekenhuis, een gezamenlijke ontwikkeling van richtlijnen en protocollen, of door oprichting van een geboortecentrum bij het ziekenhuis, zijn de verloskundigen positief.

In de praktijk worden initiatieven ontwikkeld voor verbetering van overdracht en samenwerking. Voorbeelden van deze *best practices* zijn

- Het bijhouden van een 'partogram' waarin bijzonderheden en verloop van zwangerschap en bevalling worden vermeld, ter vermindering van overdrachtsproblemen.
- Periodieke (wekelijkse) gezamenlijke patiëntenbespreking eerste en tweede lijn.
- Samenwerking in VSV, waarbinnen de eerste en tweede lijn maar ook kinderartsen, verpleging en kraamzorg vertegenwoordigd zijn.
- Periodiek overleg tussen de eerste en tweede lijn binnen het werkgebied, met daarbinnen aandacht voor richtlijnen en protocollen, casuïstiek, vaardigheidstrainingen en perinatale audits.

- Een laagdrempelige 'insturing' en 'terugsturing' van de zwangere tussen de eerste en tweede lijn ter bevestiging van diagnose en / of preventie van complicaties.
- De eerstelijns verloskundige gaat altijd mee naar het ziekenhuis en draagt persoonlijk over. Men kan onderweg dan ook nog bijspringen indien nodig.
- Afspraken met een ziekenhuis waarbinnen 24 uur per dag een gynaecoloog (en anesthesist) beschikbaar is.
- Het werken met een casemanager en een zorgplan.
- Het huisbezoek door de verloskundige in week 33-36.

4.2.2 Ontwikkelingen

De verloskundigen volgen de afgelopen jaren de discussie die wordt gevoerd over de veiligheid van thuisbevallingen en deze valt hen zwaar. De cliënten volgen deze discussies uiteraard ook via de media en dit maakt dat zij meer dan voorheen proberen om zwangerschap en (vooral) bevalling te regisseren. Alles lijkt maakbaar te zijn en cliënten proberen het dan ook 'zo goed mogelijk te regelen', maar in de praktijk kan het toch anders lopen dan verwacht. De verloskundige moet deze soms tegenvallende verwachtingen managen.

Cliënten zijn volgens de verloskundigen mondiger en veeleisender geworden. Men kent de protocollen en weet waar men 'recht' op heeft. Bijvoorbeeld als het gaat om pijnbestrijding, waar men dan ook sneller en vaker om vraagt. De tweedelijns verloskundigen ervaren een toename in het aantal vrouwen dat vraagt om eerder te mogen bevallen, via inleiding of keizersnede, vanwege lichamelijke klachten of last. Het aandeel poliklinische bevallingen is in de laatste jaren toegenomen. Zoals een verloskundige stelt: "we zijn niet meer zo natuurlijk". Keuzemogelijkheden en serviceaspecten hebben een belangrijkere rol gekregen in de verloskunde.

Vrijwel alle verloskundigen geven aan dat er binnen hun werkgebied ofwel al een geboortecentrum is opgericht, ofwel dat hierover wordt gesproken. De meningen zijn hierover sterk verdeeld. Een gedeelte van de verloskundigen geeft aan deze ontwikkeling het vertrouwen in de verloskunde als een betrouwbare partner bij de thuisbevalling onder druk kan zetten. De veiligheid van thuisbevallingen wordt ermee ter discussie gesteld, terwijl het verschil tussen thuis bevallen en in het geboortecentrum meestal zeer klein is. Als de verloskamers van het ziekenhuis te ver weg zijn, biedt het geboortecentrum weinig meerwaarde.

Een voorwaarde waaronder het geboortecentrum meerwaarde kan hebben is dat deze gevestigd moet zijn in of zeer dicht bij een ziekenhuis. Er moeten dan ook afspraken gemaakt worden met de gynaecologen over hun beschikbaarheid buiten de reguliere diensttijden. Verder is het een ontwikkeling die voortkomt uit de wens van de cliënt en daarmee, volgens de geraadpleegde verloskundigen, een optie die geboden zou moeten worden.

Degenen die ervaring hebben met het werken in een geboortecentrum (gekoppeld aan het ziekenhuis) geven aan dat het echte teamgevoel, met dagelijkse gezamenlijke overlegmomenten en mensen die elkaar en elkaars werkwijzen goed

kennen, zeer prettig werkt en de kwaliteit ten goede komt door de bevordering van een laagdrempelige uitwisseling tussen eerste en tweede lijn.

Het vak van verloskundige is verder veranderd doordat de registratie-eisen zijn toegenomen. Dit vraagt om een meer regelmatige bijscholing. Ook veranderingen in hoe de samenwerking tussen ketenpartners in de regio is georganiseerd volgen elkaar sneller op, wat het 'getraind blijven' in de afgelopen vijf jaar belangrijker heeft gemaakt.

Tot slot geven de geïnterviewde verloskundigen aan dat zij vaker dan voorheen te maken hebben met psychosociale problematiek. Dit geldt vooral voor degenen die werken in een middelgrote tot grote stad. Daarbij verwijzen zij vaker dan voorheen door naar maatschappelijk werk, psycholoog of centrum voor jeugd en gezin. Voor de verloskundigen betekent dit dat een goede uitoefening van het werk om nieuwe competenties vraagt, vooral in dit sociale domein maar ook als het gaat om kennis van wat andere hulpverleners doen, zodat men goed kan doorverwijzen en / of betrekken bij de zorgverlening. Ook het omgaan met cliënten uit andere culturen vraagt om een uitbreiding van het competentiepakket. Daar werpt niet alleen de taal soms drempels op, maar soms heeft men ook andere gedachten over de zwangerschap en bevalling.

De verloskundigen zien de genoemde ontwikkelingen unaniem als uitdagingen. Men probeert alle nieuwe inzichten goed bij te houden om zo goed mogelijk met deze ontwikkelingen mee te kunnen, of beter nog: erop te anticiperen.

4.2.3 Reflectie op inrichtingsvarianten voor de geboortezorg

De verloskundigen zijn trots op hun vak en op hun plaats binnen de geboortezorgketen. Zij wensen de kern ervan niet alleen te behouden, maar ook beter voor het voetlicht te brengen in het publieke debat.

Het behoud van de thuisbevalling staat voor de verloskundigen centraal. Daarnaast mogen de goede initiatieven die al binnen de beroepsgroep zijn gestart niet alleen beter met onderzoek worden gevolgd, zodat hun effectiviteit kan worden bewezen, maar ook beter in de publiciteit worden gebracht. Binnen de beroepsgroep zelf kan men profiteren van elders opgedane kennis, maar een goede kennisdeling komt niet zomaar op gang en zou beter kunnen worden gefaciliteerd. Kortom: men vraagt om een nadruk op de positieve aspecten van het vak en de wijze waarop dat in ontwikkeling is. Daarnaast wenst men een verduidelijking van de herkomst van het hogere babysterftecijfer in Nederland, na berichten over een mogelijke oorzaak in het hogere aantal premature bevallingen.

Over het algemeen geven de verloskundigen aan weinig behoefte te hebben aan organisatieveranderingen. Van de veelbesproken 'ontschotting' van de geboortezorgketen verwacht men niet veel als het gaat om een verbetering van de kwaliteit van zorg, de nadruk wordt hiervoor gelegd bij een betere samenwerking. Immers, zo stelt men, het gaat nu vrijwel altijd goed. Incidenten kunnen in de

toekomst verminderd worden door een goede naleving van de al aanwezige protocollen en afspraken.

Op het gebied van vroegsignalering zijn er de laatste jaren volgens de verloskundigen grote stappen gezet. De samenwerking met nieuwe partijen zoals de centra voor jeugd en gezin en de huisartsen maar ook een versterking van de band met de kraamverzorgende bieden hiertoe goede mogelijkheden. In de toekomst zouden deze lijnen kunnen worden verstevigd en kunnen er nieuwe lijnen worden uitgezet. Een belangrijk knelpunt vormt de sluiting van ziekenhuizen in de periferie. De langere reistijd die ontstaat, vergroot het risico op complicaties voor het kind. Deze ontwikkeling zou volgens de betrokken verloskundige idealiter moeten worden tegengegaan.

Het behoud van de zelfstandigheid van de verloskundige zien sommige bevroegde verloskundigen als een groot goed. Maar zij wijzen er tevens op dat de samenwerking met en het vertrouwen in de andere professionals die betrokken zijn bij het proces van zwangerschap en baring moet groeien. Enkele verloskundigen zien baat in een integratie van de eerste en tweedelijns verloskunde. Een mengeling van de eerste en tweede lijn in een 'vloeiende verloskunde' is voor hen een aantrekkelijk toekomstperspectief. Het biedt mogelijkheden om het eigen vakgebied te verbreden. Dat zou de kwaliteit van het vak in zijn algemeenheid ten goede komen en daarmee ook de zorg voor cliënten. Een onwenselijke richting is, volgens hen, een nog sterkere scheiding van de eerste en tweede lijn. Men heeft elkaar te hard nodig.

4.3 Onderzoeksvraag 2: samenvattende conclusie

Welke ideeën hebben verloskundigen zelf ten aanzien van de optimalisering van de verloskundige zorg en de samenwerking met andere professionals, vanuit het perspectief van kwaliteit van zorgverlening?

De kracht van de verloskundige schuilt in het monitoren en bewaken van het 'normale' fysiologisch proces en in het bevorderen van gezond verloop van zwangerschap en geboorte. Uit de visies en opinies die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd, komt duidelijk naar voren dat de verloskundigen vinden dat op dat eerste punt zo min mogelijk moet worden gedaan. Zonder indicatie of signalen van afwijking of complicatie is een zwangerschap c.q. bevalling een normaal, niet medisch proces. Dat moet het idealiter zo lang mogelijk blijven, wat voor de verloskundigen aanleiding biedt om te pleiten voor het beleggen van de regie of het case-management van de geboortezorg bij de eerstelijns verloskundige. Wat het tweede punt betreft, blijkt dat de verloskundigen hun inspanningen liefst richten op verbetering van de monitoring en verruiming van de begeleiding tijdens de zwangerschap.

Vanuit het perspectief van de verloskundigen zijn er al grote stappen gezet. Dat geldt voor de multidisciplinaire benadering van zwangerschap en bevalling, alsook voor de (regionale of lokale) samenwerkingsafspraken tussen de verloskundigen en andere professionals in de geboortezorg, in het bijzonder de professionals in de tweede lijn. Enkele geïnterviewde verloskundigen benoemen de mogelijkheid om de eerste- en tweedelijns verloskunde wat meer in elkaar over te laten vloeien als een aantrekkelijk toekomstperspectief. Dit zou een academisering van de verloskundige kunnen impliceren. De verloskundige ziet zichzelf als het eerste verloskundig aanspreekpunt en als de casemanager tijdens het gehele traject van zwangerschap en bevalling. De verloskundige begeleidt de zwangere continue en gaat bij een medisch geïndiceerde / klinische bevalling mee naar het ziekenhuis.

Alle professionals moeten kennis hebben van elkaars expertise. Het werken in een 'co-productie' van eerste en tweede lijn is voor velen een aantrekkelijk perspectief. De gynaecoloog en de verloskundige bespreken in dat geval samen elke cliënte en bepalen samen het traject voor de cliënte. De verloskundigen geven ook de voorkeur aan een (gedeeltelijke) gezamenlijke opleiding en / of training voor gynaecologen en verloskundigen. Tevens suggereren ze dat bij de opleiding tot professional over en weer stagemogelijkheden worden gecreëerd. Daarnaast is de beroepsgroep verloskundigen duidelijk voor één gezamenlijk (elektronisch) perinataal dossier.

5 Strategische varianten

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft vier scenario's waarin optimalisatiemogelijkheden voor de organisatie van de zorg door verloskundigen tijdens preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamtijd zijn weergegeven. Scenario's zijn instrumenten om strategische besluitvorming te ondersteunen. Het zijn echter niet de blauwdrukken voor een of meer organisatiemodellen. Die vloeien voort uit uitvoeringskeuzes, waaraan de strategische discussie voorafgaat.

Kernvragen bij het ontwikkelen van scenario's om te komen tot kwaliteitsverbetering zijn: 1) welke verbetering van de kwaliteit wordt concreet beoogd (aantal incidenten m.b.t. de moeder, aantal incidenten met betrekking tot het kind, de cliënttevredenheid, et cetera; of zijn er verschillende kwaliteitsindicatoren) en 2) is er sprake van een organisatievraagstuk, en zo ja om welke reden? Bij deze twee vragen hoort de overweging of de gewenste kwaliteitsverbetering daadwerkelijk vraagt om fundamentele stelselwijzigingen, dan wel om tactische of operationele aanpassingen binnen het huidige stelsel.

De strategische variant waarbij er vanuit de huidige basis verder wordt ontwikkeld en gegroeid, is hierna uitgewerkt als een 0-scenario (geboortezorg-plus) en, na overleg met de begeleidingscommissie van het onderhavige onderzoek, niet als een eigenstandig scenario. De overige scenario's ('1,5 lijnsverloskunde'; 'nieuwe netwerken'; 'integrale zorg') impliceren duidelijk een wijziging van de huidige koers. We beschrijven in dit hoofdstuk allereerst de kaders waarbinnen de scenario-ontwikkeling heeft plaatsgevonden. Vervolgens gaan we in op de ontwikkelde scenario's en presenteren we de belangrijkste kenmerken, voor- en nadelen. Elk scenario wordt afgesloten met een korte doorkijk naar mogelijke inrichtingsvarianten. De uitvoeringskeuzes voor de inrichting en de uitvoering dienen uiteindelijk zo te worden vormgegeven dat ze zwakten van het scenario opvangen en / of bedreigingen afwentelen.

5.2 Te hanteren wegingskader

Elk scenario heeft zowel voor- als nadelen. Die zijn niet statisch, maar dynamisch, situationeel en beïnvloedbaar. In de inrichtingsvarianten die bij elk scenario kunnen worden bedacht, kunnen de voordelen van het scenario worden versterkt en de nadelen worden opgelost. Het aantal afhankelijkheden en de reikwijdte van de beïnvloedbaarheid met eigen middelen zijn bij sommige keuzes echter groter dan bij andere. De scenario's zijn vanwege deze overwegingen zo ontwikkeld dat ze

onderling onderscheidend zijn en ingrijpen op verschillende 'probleem- of oplossingsdomeinen' binnen de verloskundige zorg.

Verder zijn er, gezien de relatief geringe consensus over (de oorzaken van) de onderliggende problematiek van perinatale sterfte en morbiditeit, verschillende overwegingen en opinies over wat voor- en nadelen zijn en hoe zwaar deze gewogen kunnen en moeten worden. De scenario's zijn gebouwd op basis van de consensus die binnen de beroepsgroep van verloskundigen, bij cliënten en experts bestaat en waarvan in de voorafgaande hoofdstukken verslag gedaan is. Die uitgangspunten en kernwaarden (alsook de consensus dienaangaande) worden idealiter in de toekomst behartigd en gelden daarmee als het 'wegingskader' waartegen keuzes voor scenario's kunnen worden afgezet.

Er is geen sprake van cijfermatige wegingsfactoren omdat het niet gelukt is om binnen de kaders van het onderzoek een duidelijk beeld te krijgen wat betreft de waarde van de verschillende uitgangspunten in de weging¹². We kunnen wel beschrijven hoe de begeleidingscommissie de verschillende uitgangspunten of kernwaarden voor de toekomstige ontwikkeling van de geboortezorg in Nederland heeft gerangordend. Deze rangorde ziet er als volgt uit:

1. De toegankelijkheid van de geboortezorg dient gewaarborgd te zijn, landelijk en voor iedereen, in termen van bereikbaarheid en laagdrempeligheid van zorg.
2. De cliënt moet centraal worden gesteld, zo veel mogelijk wordt er vraaggericht gewerkt.
3. Door preventie en nieuwe werkwijzen (inclusief betere risicoselectie) kan er sprake zijn van bevordering van de gezondheid van moeder en kind.
4. Doelmatigheid; de kwaliteitswinst moet in verhouding staan tot de gemaakte kosten.
5. Er is een daling van het aantal gevallen waarbij sprake is van mortaliteit of morbiditeit.
6. De positie en slagkracht van verloskundigen t.o.v. andere professionals in de keten en de autonome meerwaarde van het verloskundige vak worden gehandhaafd en waar mogelijk verbeterd.

Uit gesprekken en analyse van de literatuur zijn verder de volgende kernwaarden naar voren gekomen:

- Er is sprake van een belangrijke eigen verantwoordelijkheid van de vrouw: iedere vrouw is medeverantwoordelijk voor de eigen gezondheid en die van het kind. Vrouwen kunnen helpen om de *uitkomst* in de geboortezorgketen te verbeteren door zich bewust te zijn en het gedrag aan te passen aan de noodzaak om gezond aan een zwangerschap te beginnen en adviezen van verloskundig professionals tijdens de verschillende fasen goed op te volgen. Dit

¹² De uitgangssituatie of context voor het onderzoek wordt beschreven in H1 en H2 en is tussentijds afgestemd met de KNOV en begeleidingscommissie.

betekent ook dat iedere vrouw zo goed mogelijk in staat moet worden gesteld om deze eigen verantwoordelijkheid op zich te nemen.

- Moeder en kind in de hoofdrol, of de cliënt staat centraal: Gezond ouder worden begint al in de baarmoeder. Een kanteling van reactief beleid naar proactief beleid rond zwangerschap en geboorte wordt hierbij door wetenschap en praktijk ondersteund. Bovendien heeft iedere vrouw op ieder moment van de dag recht op zorg die veilig en van de hoogste kwaliteit is en die zo goed als kan is afgestemd op de individuele behoefte van moeder en kind, zowel in medische als in psychosociale zin.
- Zwangerschap en geboorte zijn zonder medische indicatie 'normale' fysiologische gebeurtenissen: De zorg wordt daarom verleend door de verloskundige als dat kan en door de gynaecoloog als dat moet. Hiermee worden de verschillende zorgverleners optimaal ingezet.
- Keuzevrijheid m.b.t. de plaats van bevalling is een belangrijk goed: Iedere vrouw moet de mogelijkheid hebben om goed geïnformeerd een beargumenteerde keuze te maken voor de plaats van bevalling, indien dit verantwoord is.
- Acute zorg kan altijd binnen 15 minuten worden gestart: Acute zorg moet 24/7 binnen 15 minuten worden gestart als de zwangere al in het ziekenhuis is en in geval de verloskundige vanuit een thuissituatie een levensbedreigende situatie doorgeeft aan het ziekenhuis worden alle noodzakelijke voorbereidingen voor de acute zorg direct na de melding in het ziekenhuis gedaan om onnodig tijdverlies te voorkomen. Iedere vrouw die in Nederland thuis bevalt, moet binnen deze norm specialistische zorg kunnen krijgen.
- Verloskundige professionals zijn samen verantwoordelijk: Dit betekent dat zij samen verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitsbeleid en de continuïteit van de geleverde zorg. De verschillende beroepsgroepen hebben ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van het optimaliseren van de *uitkomst* van de geboortezorgketen.
- De verloskundige krijgt meer de rol van case manager: Verloskundigen zijn experts in het medisch en psychosociaal begeleiden van gezonde zwangere vrouwen tijdens een normale zwangerschap en bevalling en in het beoordelen of de kans bestaat dat medische risico's zich kunnen voordoen. Iedere verloskundige heeft daarmee een regie- en een verwijfsfunctie. Continuïteit van zorg van zwangerschap tot bevalling: Het is in termen van kwaliteit van overdracht en cliënttevredenheid beter als de begeleider tijdens de zwangerschap ook aanwezig is tijdens de bevalling.

5.3 Scenario 0: Geboortezorg-plus

Het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) bevat aanknopingspunten voor een verdere kwaliteitsverbetering vanuit de huidige ketenstructuur. Ook de geïnterviewde cliënten en verloskundigen geven aan op dit moment vooral kansen te zien in een betere uitvoering van de huidige ketensamenwerking door het formaliseren van afspraken en communicatie c.q. informatie-uitwisseling. Dat kan worden opgepakt, bijvoorbeeld door het instellen van een webbased cliëntendossier, het uitvoeren van perinatale audits, de uitbreiding van de taken van de verloskundige richting 'case-management', een beter systeem gericht op naleving van afgesproken multidisciplinaire richtlijnen, et cetera.

De in scenario 0 benoemde beleidsmaatregelen kunnen overigens ook in de overige scenario's worden geplaatst: de groei en het lerend vermogen van de verschillende disciplines is intrinsiek en blijft ook binnen nieuwe organisatievormen overeind. Door middel van structuurveranderingen kunnen vooral het tempo en de vrijblijvendheid van samenwerkingsafspraken en de focus van verbeteringen / innovaties worden beïnvloed.

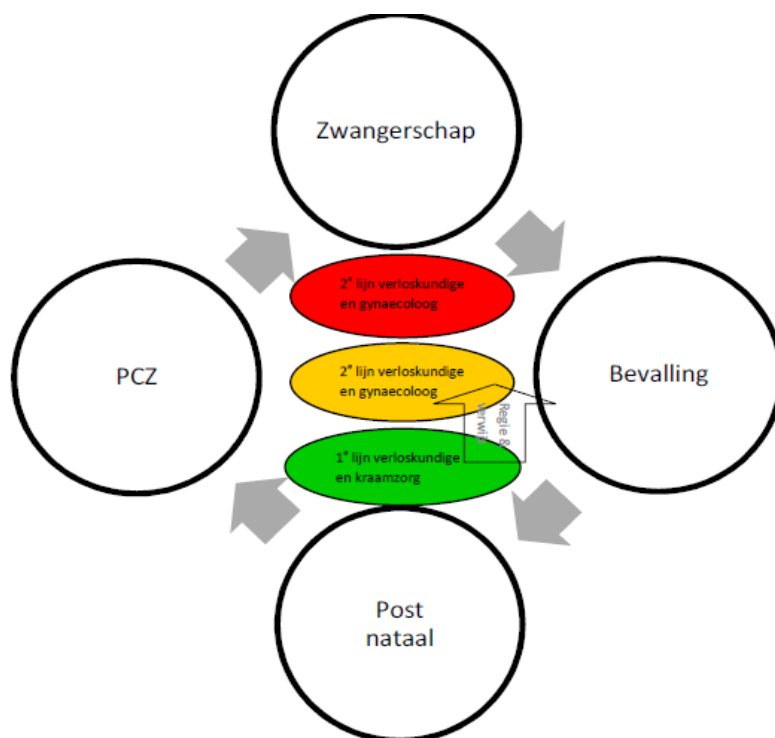
5.3.1 Belangrijkste kenmerken

- a) De huidige inrichting van de geboortezorgketen blijft in stand en ook de positie van de verloskundigen daarin wijzigt niet, maar het systeem richt zich meer dan nu op groei (een *lerend* model).
- b) De samenwerking in de keten wordt geoptimaliseerd en gezamenlijke initiatieven verder ontplooid.
- c) De verschillende ketenpartners werken autonoom en gezamenlijk aan kwaliteitsverbeteringen binnen het eigen werkveld en op de scheidslijnen.
- d) Initiatieven uit de praktijk worden gestimuleerd en / of gefaciliteerd door de KNOV en andere betrokken partijen, getoetst op hun bijdrage aan de gewenste kwaliteitsverbetering en best practices uit zowel wetenschap als praktijk worden (landelijk) gedeeld.
- e) De adviezen van de Stuurgroep worden geïmplementeerd: er komt een standaard voorlichtingsprogramma, er is meer aandacht voor preconceptiezorg, de verloskundige breidt haar takenpakket waar wenselijk uit tot casemanager, er komt een intensievere psychosociale begeleiding vanuit de verloskundige praktijk voor zwangere vrouwen in achterstandsituaties, er wordt gewerkt met een geboorteplan, er wordt door de verloskundige een huisbezoek afgelegd in de 34^{ste} week van de zwangerschap, er is 24/7 de mogelijkheid voor start van de acute zorg binnen 15 minuten (de tweede lijn staat daarmee altijd klaar), er is sprake van een continue begeleiding van de verloskundige tijdens de bevalling, ook wanneer er sprake is van escalatie naar de tweede lijn, er wordt gewerkt met een Perinataal Webbased Dossier, er komt een College Perinatale Zorg, het systeem van perinatale audits wordt verder ingevoerd, de ontwikkeling van de VSV wordt voortgezet. Voor nieuwe initiatieven en / of best practices geldt dit eveneens.

5.3.2 Visuele weergave

Scenario 0 ziet er schematisch als volgt uit:

Figuur 5.1 Visuele weergave scenario 0



5.3.3 Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 0

- 1) Groeimodel, focus op het lerend vermogen.
- 2) Geen systeemwijziging of grote veranderingen noodzakelijk dus minder risico op: een overreactie, extra kosten voor herinrichting / bijscholing / aanpassing, een vermindering van de herkenbaarheid van de inrichting van de geboortezorg voor cliënten en overige zorgverleners, veranderingen in de financiering, et cetera.
- 3) De meerwaarde van de verloskundige als coach en (psychosociale) begeleider tijdens preconceptie, zwangerschap en bevalling blijft gewaarborgd.
- 4) De ruimte voor het ondernemerschap van verloskundigen blijft intact.
- 5) De werkwijzen, taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners worden niet veranderd.

5.3.4 *Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 0*

- 1) De prikkels om structurele of culturele veranderingen aan te pakken zijn minder aanwezig. Een daadwerkelijke verbetering is sterk afhankelijk van de uitvoering door verschillende partijen.
- 2) Discussie over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de eerste en tweede lijn kan pregnanter blijven voortbestaan.
- 3) De verloskundigen stellen zich in potentie te behoudend op ten opzichte van ketenpartners die ambitieuzer scenario's volgen.
- 4) Weinig vernieuwend ten aanzien van de structuur en / of inrichting van de keten.

5.4 **Scenario 1: 1,5 lijnsverloskunde**

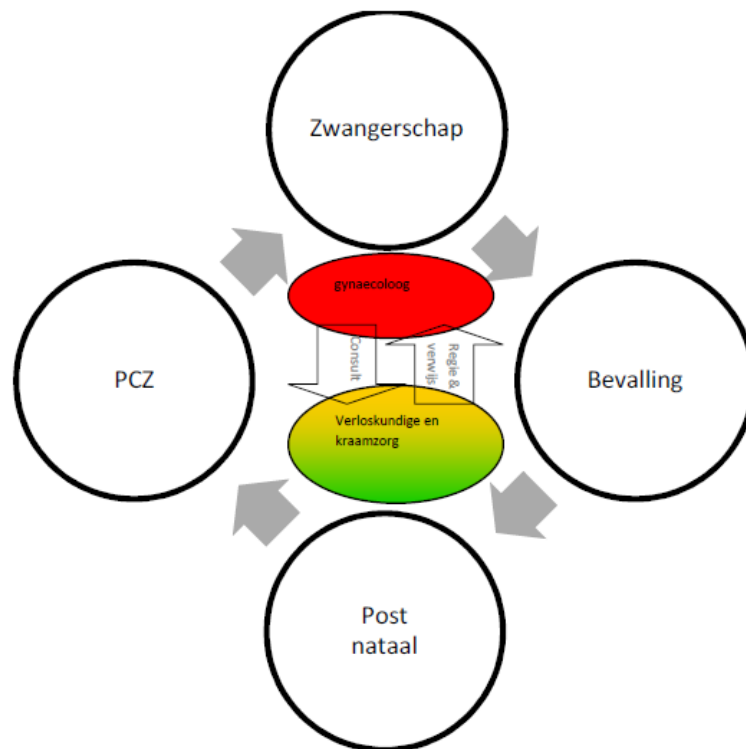
Het integreren van de eerste en tweede verloskundige lijn dwingt en stimuleert verloskundigen om intensief samen te werken, vanuit een integrale verloskundige visie op geboortezorg en door middel van gezamenlijke uitvoeringsprotocollen. Een betere risicoselectie kan bijdragen aan de behandeling van zwangerschappen door de "juiste" professionals, in de "juiste" lijn, op het "juiste" moment. De toevoeging van een 'midden' categorie aan de huidige indeling van 'laag risico' (*zonder* indicatie voor de tweede lijn) en 'hoog risico' (*met* indicatie voor de tweede lijn) kan een impuls geven aan deze risicoselectie. Wanneer deze nieuwe categorie cliënten wordt gekoppeld aan een verschuiving in het takenpakket van de verloskundigen, ontstaat er naast de eerste en tweede lijn een 'anderhalve' lijn. Voor deze groep zwangeren kan de baring worden begeleid door de verloskundige die ook de zwangerschapsbegeleiding heeft gedaan. De toevoeging van een categorie in het verloskundig beroep kan niet alleen zorgen voor een ontlasting van de tweede lijn door (gedeeltelijke) taaksubstitutie, maar biedt ook een nieuw loopbaanpad voor verloskundigen.

5.4.1 *Belangrijkste kenmerken*

- a) De inrichting van de geboortezorgketen ontwikkelt en hierbinnen worden zowel een nieuwe categorie cliënten als een nieuwe categorie verloskundigen gedifferentieerd.
- b) Er vindt in potentie een betere risicoselectie plaats waardoor de kwaliteit van zorg en een betere *uitkomst* voor moeder en kind kunnen worden bevorderd.
- c) De eerstelijns verloskundigen substitueren gedeeltelijk de taken van de tweede lijn, waarmee zij een actieve rol verkrijgen / behouden tijdens de begeleiding en de baring.
- d) Het vak van verloskundige wordt uitgebreid met een tussenstap in medicaliseringsniveau tussen eerste en tweede lijn.
- e) De verloskundige heeft de mogelijkheid om bij de 1,5 lijnszorg tussentijds de gynaecoloog in consult te roepen.

5.4.2 *Visuele weergave scenario 1*

Scenario 1 ziet er schematisch als volgt uit:

Figuur 5.2 Visuele weergave scenario 1

5.4.3 Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 1

- 1) Verhoogt continuïteit en doelmatigheid van zorg, in het bijzonder voor de vrouwen die in de 'midden' categorie worden ingedeeld.
- 2) Draagt bij tot een vervaging van de 'schotten' tussen eerste en tweede lijn, doordat er een nieuwe impuls komt voor samenwerking en afspraken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling.
- 3) Meer functiedifferentiatie kan interessant zijn voor professionals vanuit een loopbaanperspectief.
- 4) Behoudt wat nu goed gaat, maar maakt wel een duidelijke stap richting vernieuwing en kwaliteitsverbetering.
- 5) De cliëntgerichtheid neemt toe door een vermindering van de kans op overdracht- en communicatieproblemen en doordat de (in de beleving van cliënten meer uitgebreide) psychosociale begeleiding door de verloskundige voor een grotere groep cliënten gehandhaafd kan worden.

5.4.4 *Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 1*

- 1) Taken en verantwoordelijkheden zijn nieuw / onduidelijk met het gevaar op onduidelijkheid voor professionals en cliënten.
- 2) Het vak van verloskundigen verbreedt richting pathologie.
- 3) De differentiatie tussen eerste en tweede lijn blijft, weliswaar op een ander niveau, bestaan: 'het schot' wordt opgeschoven.
- 4) Het komen tot een goede risicoselectie vraagt zowel veel van de multidisciplinaire protocollen die hierin leidend zijn als van de (competenties en bevoegdheden van) professionals die ermee moeten werken; dat stelt (op korte termijn) grenzen aan de haalbaarheid.
- 5) Opleiding, beroepskrachtenplanning, bevoegdheden en de bekostigingssystematiek moeten worden aangepast.

5.4.5 *Inrichting en uitvoering*

- De eerste en tweede lijn verloskundige zorg kan verdwijnen en plaats maken voor de 'anderhalve lijn', maar deze laatste kan ook (in eerste instantie of permanent) naast de bestaande lijnen worden geïntroduceerd.
- De 'anderhalvelijns verloskundigen kunnen in dienst gaan van een ziekenhuis. of opgaan in één organisatie (bijvoorbeeld in de vorm van een coöperatie). Vanuit deze organisatie schakelt het ziekenhuis al dan niet via bijvoorbeeld een toelatingsovereenkomst de verloskundigen naar behoefte in.
- De opleiding tot verloskundige wordt academisch, waarbij vooral de 'medische' component van het vak zwaarder wordt aangezet.
- In dit scenario kan worden gepleit voor het opheffen van verschillen in de bekostiging van de eerste- en tweedelijns verloskundige. Gekozen kan worden voor integrale bekostiging in de zin van één integraal verloskundig tarief.

5.5 **Scenario 2: Nieuwe netwerken**

De constatering in het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) met betrekking tot een mogelijke kwaliteitsverbetering door middel van gezondheidsbevorderende maatregelen tijdens preconceptie en zwangerschap, maakt dat een lossere, op (cliëntengroepen-)casuïstiek gebaseerde structuur tussen de professionals in de geboortezorg en andere zorg- en hulpverleners een nadere verkenning waard is. Ook de ontwikkelingen die in het veldwerk waargenomen zijn, waarbij enerzijds serviceaspecten voor zwangere vrouwen (en hun partners) belangrijker worden en anderzijds de psychosociale en netwerkgerichte competenties van verloskundigen op de proef worden gesteld, sluit hierbij aan. In dit scenario hebben verloskundigen een sterkere regierol tijdens de preconceptiefase en zwangerschap, waarbij naar behoefte de expertise van andere professionals wordt ingeschakeld.

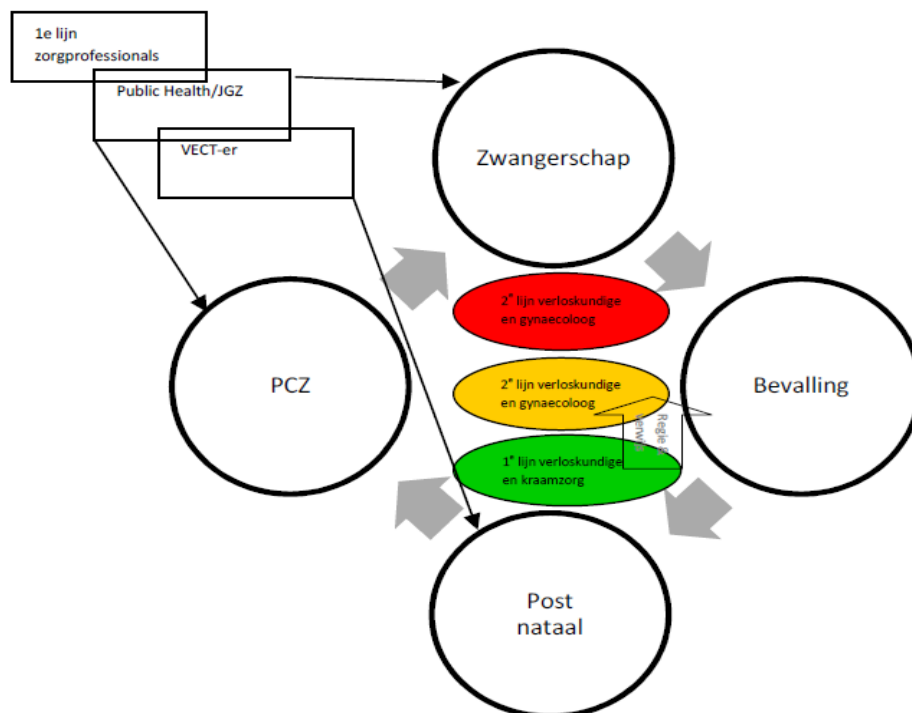
Deze 'nieuwe netwerken' kunnen gebaseerd zijn op kenmerken van de cliëntengroep in termen van specifieke problematiek / risico's (denk hierbij bijvoorbeeld aan een verbijzonderde begeleiding van tienermoeders of vrouwen met diabetes) of in termen van serviceniveau, bijvoorbeeld met ruimte voor avond- of weekendopening, een

uitgebreidere of frequentere monitoring tijdens de zwangerschap, meer aandacht voor de begeleiding en voorbereiding voor de toekomstige vaders, etc. In de praktijk komen dergelijke verbijzonderingen lokaal al voor.

5.5.1 Visuele weergave scenario 2

Scenario 2 ziet er schematisch als volgt uit:

Figuur 5.3 Visuele weergave scenario 2



5.5.2 Belangrijkste kenmerken van scenario 2

- De huidige inrichting van de geboortezorgketen wordt behouden maar verandert van een keten in een netwerk en de permanente toetreding van nieuwe partners wordt mogelijk.
- Er ontstaan specifieke samenwerkingsverbanden tussen zorg- en hulpverleners voor cliënttypen welke worden gedefinieerd in termen van risico en service.
- De verloskundige krijgt hierbij de regierol en fungeert als 'spin in het web'.
- Optimalisatie van preventie en cliëntgerichtheid door doelgroepenbenadering.
- Kennisdeling wordt eerder / beter gevangen in protocollen.

5.5.3 *Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 2*

- 1) De cliënt staat centraal; er komt meer maatwerk in de verloskundige zorg.
- 2) Er kan meteen mee worden gestart.
- 3) Stimuleert het ondernemerschap en de inhoudelijke verdiepingsmogelijkheden voor verloskundigen.
- 4) Kan zorgen voor een versterking van de eerste lijn en daarmee voor een versterking van de preventie en hieraan gekoppelde morbiditeit / mortaliteit.
- 5) Biedt mogelijkheden voor de verloskundige om een regiefunctie rondom zwangerschap en bevalling te behouden / claimen.

5.5.4 *Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 2*

- 1) De huidige samenwerkingsproblemen tussen de eerste en tweede lijn worden niet opgelost en mogelijk komen er nieuwe samenwerkingsproblemen met andere professionals bij.
- 2) Het vak van verloskundige is nu niet volledig op deze competenties ingericht, het vraagt tijd en opleiding om te leren hoe goed een dergelijk netwerk op te zetten en te onderhouden.
- 3) De toegang tot zorg wordt door lokale differentiatie van het aanbod mogelijk voor verschillende cliëntengroepen anders.
- 4) Het maken van samenwerkingsafspraken voor een relatief kleine groep cliënten en / of voor veel verschillende cliëntengroepen is mogelijk te arbeidsintensief en te weinig rendabel.
- 5) De financieringsstromen zijn hier niet op ingericht, een aanpassing hiervan in overleg met de zorgverzekeraars zou nodig zijn.

5.5.5 *Inrichting en uitvoering*

- Er kan worden gekozen voor een 'basis- of normpakket' aan zorg en service, welke door de praktijken naar wens en (lokale) behoefte kan worden aangevuld. Er kan in dit scenario ook gekozen worden voor volledige marktwerking en integrale bekostiging.
- Er kunnen landelijk afspraken worden gemaakt over de te differentiëren cliëntengroepen als de zorg voor deze groepen tot het basis- of normpakket moeten worden gerekend, en voor andere groepen of zorg-servicepakketten kan dit worden overgelaten aan het ondernemerschap van de verloskundige praktijk.
- De differentiatie van de verloskundige zorg die binnen dit scenario kan plaatsvinden, kan gekoppeld worden aan een differentiatie binnen de opleidingsstructuur, initieel of postinitieel. Gedacht kan worden aan specialismen in bijvoorbeeld de richtingen medisch, psychosociaal, public health en service.
- Het werken in dit scenario betekent dat competenties relevant worden, zoals het kunnen oprichten, beheren en opereren binnen nieuwe netwerken, ofwel: met andere zorgprofessionals dan men nu gewend is. Daarvoor is aandacht nodig in scholing- en / of bijscholingsprogramma's.

5.6 Scenario 3: Integrale zorg

Waar een betere samenwerking tussen ketenpartners in termen van kwaliteitsverbetering wenselijk is, rijst al gauw de vraag of het niet beter is om de schakels tussen professionals weg te halen en hen in een nieuwe organisatievorm samen te voegen. Het integreren van de eerste en tweede lijn dwingt en verleidt verloskundig professionals om intensief samen te werken, vanuit een integrale visie op geboortezorg en middels gezamenlijke uitvoeringsprotocollen. Preconceptie, zwangerschap en bevalling worden in dit scenario een multidisciplinaire coproductie, waarbij het beleggen van de regierol moet worden afgestemd.

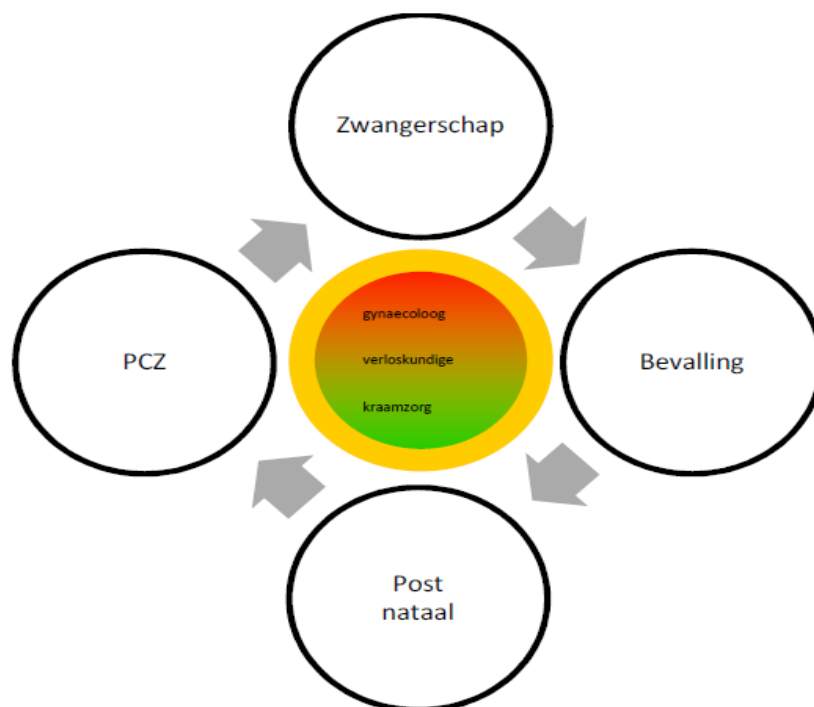
5.6.1 Belangrijkste kenmerken van scenario 3

- a) Er is geen sprake meer van een geboortezorgketen zoals deze nu bestaat; hiervoor in de plaats komt een integrale geboortezorg; deze kan gevestigd zijn in één nieuw op te richten (fysieke of netwerk-)organisatie (bijvoorbeeld een coöperatie), of worden ondergebracht in één van de huidige organisatievormen (verloskundige praktijk; ziekenhuis; VSV, et cetera).
- b) Verloskundige professionals werken vanuit een gezamenlijke visie op zwangerschap en bevalling en hanteren gezamenlijke uitvoeringsprotocollen, waarbij sprake is van een optimale kennisdeling tussen en inbreng van de verschillende disciplines.
- c) Preconceptie, zwangerschap en bevalling zijn een 'coproductie' van de verschillende verloskundig professionals, waarbij de leiding wisselend kan worden belegd.
- d) Er is voor cliënten sprake van één duidelijke zorgverlener voor het gehele geboorteproces (eerste verloskundig aanspreekpunt).
- e) De oprichting van één integrale geboortezorgorganisatie maakt dat de geboortezorgprofessionals samen sterker staan richting financiers, collega-zorgverleners en (maatschappelijke) instanties.

5.6.2 Visuele weergave scenario 3

Schematisch ziet scenario 3 er als volgt uit:

Figuur 5.4 Visuele weergave scenario 3



5.6.3 Belangrijkste voordelen / sterkten van scenario 3

- 1) De cliënt staat meer centraal en heeft maar met één organisatie te maken.
- 2) De geboortezorg opereert vanuit één gezamenlijke visie; de verloskundige professionals delen de verantwoordelijkheid en mogelijke perverse prikkels t.a.v. overdracht (bijvoorbeeld in de financiering) kunnen verdwijnen.
- 3) Een verbetering van de samenwerking tussen verloskundig professionals is niet vrijblijvend.
- 4) De continuïteit van zorg wordt beter gewaarborgd.
- 5) Het werken als team rondom een cliënte is voor zorgprofessionals inspirerend.

5.6.4 Belangrijkste nadelen / zwakten van scenario 3

- 1) Het risico op medicalisering / problematisering van de geboortezorg is aanwezig wanneer er vanaf het begin multidisciplinair naar gekeken wordt.

- 2) Door een integrale zorgorganisatie kan mogelijk de druk toenemen ten aanzien van de zorg dicht bij huis en het aantal thuisbevallingen waardoor het beroep van de verloskundige aan verandering onderhevig is.
- 3) Het ondernemerschap van verloskundige zorgprofessionals krijgt minder ruimte en kan aanzienlijk wijzigen afhankelijk van de organisatiekeuzes.
- 4) De positie van de verloskundige zorgprofessionals verandert, kan per locatie verschillen en wordt wellicht onduidelijker.
- 5) De slagkracht van verloskundigen dient te worden geoptimaliseerd om de eigen visie op zwangerschap en bevalling in een integraal geboortezorgbedrijf naast de gynaecoloog overeind te houden.

5.6.5 Inrichting en uitvoering

- De verloskundigen kunnen zich als individu of praktijk (niet vrijblijvend) aansluiten bij een coöperatie of evenals de overige verloskundige professionals in dienst treden van een nieuwe organisatie. Ook is het mogelijk dat de verloskundigen in dienst treden van bestaande organisaties, zoals het ziekenhuis of geboortecentrum, of dat de tweede- en derdelijns professionals in dienst treden van de verloskundige praktijk.
- Wanneer er door alle verloskundig professionals gewerkt wordt vanuit één organisatie kan het wenselijk en / of nodig zijn om de aansprakelijkheid juridisch anders dan te regelen.
- De financiering is nu gebonden aan het tarief van verschillende zorgverleners, wanneer er per casus wordt besloten wat de benodigde inzet is kan het wenselijk en / of nodig zijn om te werken vanuit een ander model, bijvoorbeeld integrale bekostiging.

5.7 Onderzoeksvragen 3 en 4: samenvattende conclusie

Wat zijn op basis van de onderzoeksstappen de meest relevante en gedragen scenario's? Welke relevante samenwerkingsverbanden of inrichtingsvarianten kunnen uit literatuur, interviews en gesprekken met de begeleidingscommissie worden gedestilleerd? Wat zijn (de vijf belangrijkste) voor- en nadelen van de geformuleerde scenario's?

De in dit onderzoek ontwikkelde scenario's laten globaal vier mogelijkheden zien: 1) Het lerend vermogen van de beroepsgroep verloskundigen en hun samenwerkingspartners wordt versterkt, zodat mogelijke tekortkomingen van de geboortezorgketen binnen de huidige organisatiestructuren kunnen worden opgelost. 2) het vak van verloskundige ontwikkelt zich in verticale richting door taaksubstitutie van de eerstelijns verloskundige in de tweede lijn. 3) het vak van verloskundige ontwikkelt in horizontale richting, door een bredere oriëntatie op het zorg- en welzijnsdomein en een sterke regierol daarbinnen. 4) De geboortezorgketen streeft ernaar om één te worden en zo te zorgen voor een integrale benadering van preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

6 Impactanalyse

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat onderzoeksvraag 5 centraal. Die is als volgt geformuleerd:

Welke gevolgen heeft de keuze voor één van de geschetste scenario's ten opzichte van het huidige samenwerkingsmodel? Hierbij valt te denken aan gevolgen voor kwaliteit (veiligheid, bereikbaar, verantwoorde zorg en service) maar ook aan volume-effecten als gevolg van substitutie eerste / tweede lijn en aan de geschatte kosteneffecten.

We beschrijven per scenario de voornaamste effecten op prijs, volume en kwaliteit. Het is belangrijk om hierbij twee constatering te doen. Ten eerste gaat het om globale indicaties op basis van een secundaire bronnenanalyse. IVA heeft, conform opdracht, geen simulaties uitgevoerd of gerekend vanuit microdata. In de tweede plaats is vooral sprake van een kwalitatieve indicatie. De benodigde gegevens voor een economische kwantificering zijn niet voorhanden, of gaat het kader van onderhavig, verkennend onderzoek te buiten.

6.2 Uitgangspunten impactanalyse

In deze studie vormt het 0-scenario 'Geboortezorg-plus' de uitgangspunt voor de impactanalyse. Dit betekent dat de effecten van de scenario's worden geschat ten opzichte van dit groeiscenario, dat gekenmerkt wordt door een verdere kwaliteitsverbetering vanuit de huidige ketenstructuur. Hiervoor biedt het adviesrapport van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) de nodige aanknopingspunten.

Het 0-scenario wordt op verzoek van de begeleidingscommissie niet meegenomen in de impactanalyse. Het is op dit moment nog onduidelijk hoe en in welk tempo de adviezen van de Stuurgroep opgevolgd zullen worden. De begeleidingscommissie gaat ervan uit dat de ketenpartners deze adviezen hoe dan ook oppakken, met als kanttekening de haalbaarheid van de adviezen. Er zijn twee studies verricht naar de haalbaarheid en de financiële effecten van enkele adviezen van de Stuurgroep (Luijckx, 2010; van der Putten, Lemmens en Rooijmans, 2010). Dit betreft de acute zorg (24/7; start binnen 15 minuten) en de continue begeleiding van de bevalling in de tweede lijn. Hieruit blijkt dat de haalbaarheid van deze adviezen minimaal is vanwege capaciteitstekorten van de benodigde professionals die ook niet binnen enkele jaren opgelost kunnen worden. Bovendien vragen de adviezen een forse financiële investering die bijna een verdubbeling van de huidige kosten van een bevalling in de tweede lijn met zich meebrengt.

Een ander uitgangspunt is dat we bij de impactanalyse een onderscheid maken tussen de verschillende fasen van de zorg rondom zwangerschap en geboorte: preconceptie, start van de zwangerschap, zwangerschapsbegeleiding, baring en postnatale zorg.

In de impactanalyse is er vanuit gegaan dat er financiële effecten optreden op basis van drie componenten:

- Lagere kosten vanwege *substitutie van taken* van de tweede naar de eerste lijn.
- Hogere kosten vanwege *uitbreiding van taken* van de eerstelijns verloskundigen.
- Hogere inkomenskosten voor eerstelijns verloskundigen vanwege een *verzwaring van taken* en een hoger opleidingsniveau.

Daarnaast zijn er andere, minder directe financiële effecten te verwachten. Te denken valt aan investeringskosten, transitiekosten, controlekosten ter voorkoming van dubbele werkzaamheden en kosten ten behoeve van initiatieven die een betere borging van de continuïteit van de zorg beogen. Een kwantificering van deze effecten voert te ver voor het huidige onderzoek. Ten aanzien van deze effecten beperken we ons tot een kwalitatieve indicatie van de impact.

Verder kunnen er nog volume-effecten onderscheiden worden, doordat er substitutie of uitbreiding van taken plaatsvindt die van invloed is op de benodigde capaciteit van verloskundigen en gynaecologen. Ook hiervan zal een kwalitatieve indicatie worden gegeven van de impact.

Tot slot, zal er voor elk scenario een indicatie worden gegeven van de mate waarin wordt tegemoet gekomen aan de (kwaliteits)criteria die gezamenlijk het wegingskader vormen (zie paragraaf 5.2).

6.3 Scenario 1 – 1,5 lijnsverloskunde

In dit scenario ontstaat een 'anderhalvelijns' verloskunde. De verloskundige wordt verantwoordelijk voor het begeleiden van middenrisico bevallingen. De cliëntencategorie 'middenrisico' wordt toegevoegd aan de bestaande categorieën 'laagrisico' (in principe een eerstelijnsbegeleiding) en 'hoogrisico' (in principe een tweedelijnsbegeleiding).

Preconceptiezorg

Ten opzichte van het 0-scenario worden geen effecten verwacht.

Start zwangerschap

De generalistische medische functie, met onder meer de risicoselectie door de verloskundige, blijft in dit scenario gehandhaafd. De verwachting is dat er geen

verschuivingen optreden ten aanzien van de start van de zwangerschapsbegeleiding (vanuit de eerste, dan wel de tweede lijn). De aanname is dat dit scenario zich in eerste instantie richt op substitutie van taken rondom de bevalling. Een aantal bevallingen dat nu onder regie van de gynaecoloog in de tweede lijn plaatsvindt, kan ook onder eigen verantwoordelijkheid door een verloskundige verricht worden, omdat het een spontane vaginale baring betreft die feitelijk meestal door verloskundigen (klinisch) wordt gedaan.

Middenrisico bevallingen betreffen onder meer meconium houdend vruchtwater, onvoldoende vorderen van de ontsluiting, langdurig gebroken vliezen zonder weeën, noodzaak tot sedatie en pijnbestrijding. Vaak gaat het bij middenrisico bevallingen om indicaties die geen aanleiding geven om bij een eventuele volgende zwangerschap de begeleiding van de zwangerschap vanuit de tweede lijn te starten en te continueren. Als een vrouw met een middenrisico is bevallen in de tweede lijn, kan zij een volgende keer vanuit de eerste lijn begeleid worden. Daarom gaan wij er hier vanuit dat geen effecten optreden rondom de start van de zwangerschap. Nader onderzoek, onder andere met gegevens uit de Perinatale Registratie, is gewenst om deze veronderstelling verder te staven.

Tijdens de zwangerschap

Ten opzichte van het 0-scenario worden geen effecten verwacht. Ook hier gaat de veronderstelling op, dat in principe alleen substitutie optreedt rondom de bevalling.

Het is aannemelijk dat de substitutie van taken rondom de bevalling zeker ook effect heeft op intensivering van begeleidingstaken gedurende de zwangerschap. Verondersteld kan worden, dat ook ten aanzien van de zwangerschap een onderscheid gemaakt kan worden in laag – midden – hoog. Dit zou betekenen dat een deel van de zwangere vrouwen die nu qua verantwoordelijkheid onder begeleiding van een gynaecoloog vallen, beschouwd gaan worden als middenrisico zwangeren en in het vervolg begeleid worden door en onder verantwoordelijkheid van verloskundigen. Binnen het bestek van het onderhavige onderzoek zijn geen empirische gegevens verzameld om deze effecten te onderbouwen ten aanzien van de haalbaarheid, wenselijkheid en de feitelijke indicaties die als middenrisico zouden kunnen gelden. Om deze reden hebben wij deze mogelijkheid niet verdisconteerd in de impactanalyse.

De bevalling

Ten aanzien van de baring worden de nodige financiële effecten verwacht. Op de eerste plaats betreft dit een kostenbesparing, omdat er minder ongecompliceerde bevallingen onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog worden verricht in de tweede lijn.

In 2008 zijn volgens de PRN registratie in totaal 26.840 vrouwen overgedragen tijdens de baring en direct postpartum. Van deze doorverwijzingen vindt 54 procent (58% in 2007) plaats omdat er sprake is van meconium houdend vruchtwater,

onvoldoende vorderende ontsluiting, langdurig gebroken vliezen zonder weeën en / of noodzaak tot sedatie en pijnstilling. Als wordt aangenomen dat er in een derde van deze gevallen sprake is van aanvullende risicofactoren die de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog behoeven¹³, zou tweederde van deze doorverwijzingen geschat kunnen worden als middenrisico. Dit houdt in dat voor bijna 36 procent van de vrouwen die tijdens de baring worden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn de zorg gecontinueerd zou kunnen worden door een verloskundige. Het gaat bijgeval om 9.662 bevallingen.

Wanneer we de kostenbesparing van de substitutie van de middenrisico bevallingen (n=9.500) willen schatten, dienen we enerzijds de minderkosten van een bevalling in de tweede lijn inzichtelijk te maken en anderzijds de meerkosten van deze bevallingen als zij begeleid worden door een verloskundige. De *minderkosten* voor een klinische bevalling in de tweede lijn bedragen circa € 2.500 (DBC-code 11000V510133)¹⁴. Dit bedrag vermenigvuldigd met het aantal middenrisico bevallingen van circa 9.500 levert een totaalbedrag op van € 23,7 miljoen. Bij het schatten van de *meerkosten* gaan we er vanuit dat middenrisico bevallingen door de verloskundige poliklinisch dan wel via een dagopname worden begeleid. De gemiddelde kosten van een bevalling poliklinisch / dagopname (DBC-code 1100V510131 / 11000V510132) bedragen € 1.125. Dit betekent voor ongeveer 9.500 aan middenrisico bevallingen een totaalbedrag van € 10,7 miljoen¹⁵.

Om de kostenbesparing te kunnen schatten, dienen de minderkosten vermindert te worden met de meerkosten. Per bevalling gaat het dan om een verschil van circa € 1.375 (€ 2.500 minus € 1.125), dat als een besparing kan worden getypeerd. Op landelijk niveau gaat het in totaal om een kostenbesparing van € 13,1 miljoen per jaar.

Voorts zal er een kostenverhoging optreden als gevolg van de academisering van de beroepsgroep verloskundige. Dit brengt hogere inkomens- en opleidingskosten met zich mee. Het begeleiden van middenrisico bevallingen stelt hogere eisen aan zowel het opleidingsniveau als aan de (oefening van) competenties van de verloskundigen. Dat betekent concreet een verzwaring van inhoud van de beroepsgroep. Voor het kunnen verrichten van de middenrisico bevallingen is academisering van de beroepsgroep een vereiste.

Het onderzoek van Van der Putten et al. (2010), verricht voor de NVZ, stelt vast dat de opleidingskosten voor een (academisch opgeleid) obstetrisch professional (niet zijnde gynaecoloog) gesteld mag worden op €167.000 (studie geneeskunde zonder specialisatie) in totaal. De academische opleiding voor verloskundigen zal echter geen 6 jaren duren, zoals voor basisartsen het geval is, maar slechts 4,5 jaar. Naar verwachting zullen de huidige kosten voor de HBO-opgeleide verloskundige dan ook

¹³ Deze aanname is overgenomen van het Cebeon onderzoek naar de academisering van de opleiding verloskunde.

¹⁴ Deze kosten vallen in het zogeheten B-segment waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf afspraken kunnen maken over de prijzen. Dit betekent dat ieder ziekenhuis een andere prijsstelling kent. De in deze impactanalyse gehanteerde tarieven zijn gebaseerd op de prijslijsten van 10 at-random gekozen ziekenhuizen.

¹⁵ Eventuele inverdieneffecten door het uitblijven van onnodige medische interventies zijn niet meegenomen.

niet substantieel toenemen. Wel zijn extra opleidingskosten te voorzien om reeds praktiserende HBO-opgeleide verloskundigen tot academisch niveau bij te scholen.

Een ander gevolg van de academisering is dat elke bevalling wordt verricht door een duurdere verloskundige (inkomenseffecten). Daarmee gaan de kosten van eerstelijns bevallingen omhoog. Het aantal bevallen vrouwen in 2008 is 174.376 (Stichting Perinatale Registratie Nederland & TietoEnator, 2008). Hiervan bevalt ruim 33% in de eerste lijn (thuis / poliklinisch)¹⁶. Dit betekent dat van circa 58.000 bevallingen de vergoeding waarschijnlijk omhoog zal gaan. De huidige vergoeding voor een eerstelijns bevalling bedraagt naar schatting € 650 euro (€ 436 verloskundige en rest partusassistentie kraamzorg). Een spontane bevalling poliklinisch kost op dit moment circa € 1.000. Wanneer we dit bedrag uitmiddelen (ter beeldvorming), betekent dit een vergoeding van ongeveer € 800 voor iedere bevalling die begeleid wordt door een geacademiseerde verloskundige. Dit houdt een verhoging van de kosten in van € 150 per eerstelijns bevalling. Op macroniveau gaat het om een bedrag van € 8,7 miljoen euro.

Naast deze directe financiële effecten zijn er ook effecten te verwachten ten aanzien van de benodigde capaciteit aan professionals. Vanwege de substitutie van bevallingen van de tweede lijn naar de eerste lijn treedt er een verschuiving in volume op. Dit heeft tot gevolg dat er minder gynaecologen nodig zijn.

Postnatale zorg

Ten opzichte van het 0-scenario worden er geen effecten verwacht.

De veronderstelling hierbij is dat de plaats van de middenrisico bevallingen niet zal veranderen. Ook als de bevalling gedaan wordt onder verantwoordelijkheid van een verloskundige moet een beroep gedaan worden op faciliteiten die aanwezig zijn in een gespecialiseerde zorginstelling (geboortecentrum of ziekenhuis), zoals een CTG-monitor, tenzij deze faciliteiten ook in de thuissituatie kunnen worden aangeboden. Deze mogelijkheden zijn op dit moment sterk in ontwikkeling maar nog niet evident.

Concluderend

De substitutie van middenrisico bevallingen van de tweede lijn (onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog) naar de eerste lijn (onder verantwoordelijkheid van een verloskundige) levert naar schatting een kostenbesparing op van €13,1 miljoen per jaar. Als gevolg van de academisering zullen er inkomenseffecten optreden die de kosten van een thuisbevalling doen toenemen. Verwachting is dat hiermee jaarlijks een bedrag is gemoeid van € 8,7 miljoen. Een substantiële toename van de kosten voor het opleiden van geacademiseerde verloskundigen wordt niet verondersteld. Daarnaast is er sprake van een volume-effect ten aanzien van de benodigde capaciteit aan gynaecologen.

¹⁶ Percentage is gebaseerd op een mededeling van PRN. Het aantal bevallingen in de eerste lijn in 2008 is 33,2%.

Het is aannemelijk om te verwachten dat de kostenbesparing hoger uitvalt als er ten gevolge van de academisering van de beroepsgroep een verdere intensivering van de begeleidingstaken van een verloskundige optreedt. Wij doen hierover geen uitspraken, omdat een dergelijke impactanalyse buiten het bereik van de huidige verkenning valt.

In 2010 heeft Cebeon een onderzoek verricht naar de academisering van de opleiding verloskunde. In dit onderzoek wordt aangenomen dat van het aantal cliënten dat *gedurende de zwangerschap* per saldo van de eerste naar de tweede lijn gaat (55.000 vrouwen in 2007) de helft begeleid kan worden door geacademiseerde verloskundigen. Dit zou een kostenbesparing met zich meebrengen van bijna € 43 miljoen. De vergoedingen voor prenatale zorg voor de eerste lijn zijn namelijk lager dan voor de tweede lijn en een deel van de cliënten zal niet klinisch bevallen.

Als we het bovenstaande in ogenschouw nemen, kan worden gesteld dat de financiële effecten van het anderhalvelijns scenario in grote lijnen neerkomen op een geschatte kostenbesparing van € 4,4 miljoen op jaarbasis. Als we er vanuit gaan dat door de academisering van de opleiding verloskunde er tevens een intensivering plaats vindt van de begeleidingstaken tijdens de zwangerschap kan er een kostenbesparing worden gerealiseerd van € 47 miljoen op jaarbasis.

Indicatie (kwaliteits)criteria

In onderstaande tabel wordt een inschatting gegeven van de criteria die gezamenlijk het wegingskader vormen voor de beoordeling van de scenario's (zie ook paragraaf 5.2). Voor elk criterium wordt aangegeven in hoeverre een positief effect wordt verondersteld ten opzichte van het 0-scenario. Daarnaast wordt aangegeven in welke mate de inschatting van het effect onderbouwd wordt door de empirie of de algehele opinie. De onderbouwing is sterk als er sprake is van empirische argumentatie. Als de empirie onvoldoende evidence oplevert maar de opvattingen in het veld eenduidig zijn spreken we van een matige onderbouwing. De onderbouwing is zwak als ook de opvattingen in het veld niet eenduidig een bepaalde richting op wijzen.

Tabel 1 – Criteria scenario 1,5 lijnsverloskunde

Criteria	Indicatie*	Onderbouwing**
Toegankelijkheid	0	Er is geen evidence dat dit scenario de toegankelijkheid kan verbeteren of verslechteren.
Cliënt centraal	^^	Continuïteit van de zorg neemt toe door de continuering van de begeleiding door de verloskundige. Bovendien neemt tevredenheid toe doordat vrouwen profiteren van de voordelen van de zorg verleend door een verloskundige (Hatem et al., 2008). Matig tot sterke onderbouwing.

Betere risicoselectie	^^^	Het scenario richt zich op een betere risicoselectie. Zwakke onderbouwing omdat er argumentatie voorhanden is.
Doelmatigheid	^^	Impactanalyse laat een kostenbesparing zien. Matig tot sterke onderbouwing.
Daling mortaliteit en morbiditeit	?	Er is geen evidence dat dit scenario leidt tot een betere outcome. Daarnaast zijn de meningen verdeeld wat betreft een eventuele verhoogde kans op fouten in de risicoselectie als gevolg de toevoeging van een extra categorie (middenrisico).
Positie en slagkracht verloskundigen	^^	De algehele opvatting is dat een vervaging van de schotten tussen eerste en tweede lijn en de academisering van de beroepsgroep leidt tot een gelijkwaardige positie ten opzichte van andere verloskundige professionals. Matige onderbouwing.

* ? = effect onbekend; 0 = geen effect; ^ = enig positief effect; ^^ = positief effect; ^^^ = sterk positief effect¹⁷.

** sterk = empirisch onderbouwd; matig = algehele opinie; zwak = niet eenduidige opvattingen.

De haalbaarheid van het scenario is op middellange termijn groot. Temeer omdat op dit moment al een aanzienlijk deel van de tweedelijns bevallingen door (klinisch) verloskundigen begeleid worden (Wiegers en Hukkelhoven, 2010). Zij zijn dan vooral betrokken bij spontane bevallingen die naar verwachting beschouwd kunnen worden als middenrisico baringen. Dit scenario vormt dan in principe een formalisatie van een bestaande praktijksituatie. In de inrichting en uitvoering van dit scenario kan gekozen worden voor een gefaseerde verschuiving van de beroepsgroep richting de 1,5 lijnsverloskunde. Er zou kunnen worden uitgegaan van een groeimodel waarbij de nieuwe instroom academisch is en waarbij een overgangperiode moeten worden neergezet voor de huidige praktiserende verloskundigen. Taakdifferentiatie en dergelijke is mogelijk van groter belang voor de (tussenliggende) periode als er zowel wel als niet academisch opgeleide verloskundigen zijn.

6.4 Scenario 2 – Nieuwe netwerken

Scenario 2 kenmerkt zich door nieuwe samenwerkingsverbanden voor specifieke cliënttypen op basis van cliëntkenmerken en / of serviceaspecten. De huidige geboortezorgketen blijft gehandhaafd maar wordt als netwerk uitgebreid met nieuwe partners. Ten denken valt bijvoorbeeld aan zorgprofessionals die opereren in het domein van public health, hulpverleners met een psychosociale inslag of

¹⁷ N.B. het gaat om verwachte effecten.

professionals in het brede domein 'welzijn', bijvoorbeeld haptonomie, massage en ouderschapscoaching. De kern van dit scenario is gericht op het specifiek multidisciplinair begeleiden van vrouwen en hun partners.

Preconceptiezorg

De meerwaarde van scenario 2 betreft vooral de preconceptiefase waarin meer outreachend gewerkt wordt om vrouwen eerder en in grotere getallen te kunnen informeren over een gezonde zwangerschap en geboorte. Dit brengt een intensievere rol voor de verloskundige met zich mee, bijvoorbeeld in de vorm van een (op de cliëntengroep gericht) kinderwensspreekuur en brede voorlichtende taak aan zwangeren, scholieren, tieners, allochtone vrouwen en vrouwen in achterstandssituaties. Deze voorlichting kan individueel en collectief van aard zijn.

Dit betekent een uitbreiding van taken voor de eerstelijns verloskundige en mogelijk een formele differentiatie binnen de beroepsgroep naar specialisatie. Deze uitbreiding van taken zal enerzijds een verhoging van de kosten met zich mee brengen. De verloskundige neemt immers meer verantwoordelijkheden op zich als 'spin in het web' of als 'casemanager' binnen het netwerk. Dit is overigens een rol die de verloskundigen zelf nadrukkelijk bij de eigen beroepsgroep beleggen, uiteraard in nauw overleg met de cliënt. Anderzijds heeft die uitbreiding van taken ook een volume-effect. De capaciteit van verloskundigen dient toe te nemen om aan deze taakverbreding tegemoet te komen.

Start zwangerschap

Er wordt vanuit gegaan dat meer zwangerschappen in de eerste lijn starten, omdat het bereik onder moeilijke doelgroepen door de eerstelijnspraktijken wordt vergroot. Het advies van de Stuurgroep (2009) geeft aan dat een deel van de zwangere vrouwen onvoldoende bekend is met of onvoldoende gebruik maakt van verloskundige zorg, vanwege factoren zoals jonge leeftijd, taalproblemen, lage opleiding, hoog kindertal, ongeplande zwangerschap en ongewenste zwangerschap. Deze cliëntengroepen verdienen binnen dit scenario dan ook speciale aandacht. Door deze vrouwen actief en vroegtijdig te benaderen zal de bekendheid met de verloskundige zorg toenemen en daarmee ook het gebruik ervan. Deze 'zwangerschappen' zullen dan waarschijnlijk sneller in de eerste lijn starten.

Tijdens zwangerschap

De verwachting is dat door de optimalisatie van het bereik van moeilijke doelgroepen deze vrouwen ook vaker in de eerste lijn kunnen blijven, omdat de begeleiding tijdig vorm krijgt, waardoor zij minder vaak of snel naar de tweede lijn gaan. Dit kan een kostenbesparing opleveren als gevolg van een substitutie-effect van de tweede naar de eerste lijn bij bepaalde cliëntgroepen. Aan de andere kant is er sprake van een kostenverhoging door de intensievere psychosociale begeleiding van vrouwen in achterstandssituaties en verbijzonderde begeleiding van bepaalde cliëntgroepen.

Bovendien zal er meer overleg en afstemming zijn met ketenpartners in de eerste lijn. Voor verschillende cliënttypen worden zorgpaden vastgesteld waar de samenwerking en afstemming met andere partners een onderdeel van is. Voor vrouwen met overgewicht zal dat bijvoorbeeld de diëtiste zijn. Voor vrouwen met psychosociale problematiek wellicht het maatschappelijk werk. Het werken in netwerken en met zorgpaden zal ook gevolgen hebben voor de opleiding tot verloskunde. Hierin zal meer aandacht moeten komen voor competenties op gebied van samenwerking in netwerken en het indiceren en begeleiden van specifieke cliëntgroepen. De verloskundigen moeten weten wat andere zorgprofessionals voor hun cliëntengroepen kunnen betekenen, in staat zijn om afspraken met hen te maken, eventueel ook richting financiers en de netwerken die ontstaan moeten worden onderhouden.

Door de proactieve benadering zullen ook tijdens de zwangerschap preventieve effecten optreden ten aanzien van de leefstijl en gezondheid van zwangeren. Vrouwen worden zich meer bewust van de keuzes die zij kunnen maken om zo gezond mogelijk zwanger te zijn. Verwacht mag worden dat dit positief van invloed is op de kwaliteit en het welbevinden van de zwangere, met als effect minder verwijzing en overdracht en dus minder kosten.

Bevalling

Doordat er meer zwangerschappen starten in de eerste lijn en meer zwangeren in de eerste lijn zullen blijven, kan worden verondersteld dat ook meer bevallingen in de eerste lijn zullen plaatsvinden. Dit zal een kostenbesparing opleveren omdat eerstelijns bevallingen goedkoper zijn dan bevallingen in de tweede lijn.

Postnatale zorg

Ook hier zal er vanwege het toegenomen bereik van vrouwen en de preventieve effecten ten aanzien van het welbevinden van moeder en kind een toename te verwachten zijn in het aantal vrouwen dat de kraamperiode thuis doorbrengt.

Concluderend

In scenario 2 zullen naar verwachting een aantal positieve maar ook negatieve effecten optreden ten aanzien van het volume en de kosten. Deze effecten zijn sterk afhankelijk van de gekozen inrichtingsvariant, bijvoorbeeld ten aanzien van de doelgroepen waarop de cliëntsegmentatie zich richt. Deze effecten zijn daarom op dit moment niet verder te kwantificeren. Eveneens ontbreekt binnen de kaders van dit onderzoek de mogelijkheid om een diepgaand inzicht te verkrijgen in de activiteiten die verloskundigen in dit scenario precies kunnen gaan verrichten, hoeveel tijd dit in beslag neemt en welke vergoeding hier in het huidige financieringsstelsel tegenover staat. Daarnaast is meer inzicht nodig in hoeveel bevallingen in de eerste en tweede lijn betrekking hebben op moeilijke doelgroepen.

Wel kan er in grote lijnen de richting van de te verwachten prijs- en volume effecten worden aangegeven. In het scenario 'Nieuwe netwerken' kunnen de volgende effecten worden verondersteld:

- Hogere kosten vanwege een verbreding van de verloskundige taken als gevolg van de preconceptiezorg en de intensivering van de psychosociale begeleiding aan vrouwen in achterstandsituaties.
- Lagere kosten als gevolg van substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn tijdens de zwangerschap en de bevalling.
- Verhoging van de indirecte kosten als gevolg van samenwerking in netwerken en het specifieke doelgroepenbeleid.
- Verwachte toename van het aantal verloskundigen om te kunnen voldoen aan de taakverbreding die dit scenario met zich meebrengt.

Wanneer dit scenario door de KNOV wordt ondersteund verdient het de aanbeveling om deze punten nader te verkennen.

Maar bovenal wordt er met dit scenario een gezondheidswinst beoogd die ervoor moet zorgen dat er meer vrouwen bewust en gezond beginnen aan hun zwangerschap en deze ook zo gezond mogelijk doorlopen. De behoeften (en eventueel: de wensen) van de cliënt worden hierbij centraal gesteld. De samenwerking tussen partners in deze nieuwe netwerken moet – om effectief en efficiënt te kunnen zijn – niet vrijblijvend zijn.

Indicatie (kwaliteits)criteria

Tabel 2 geeft een schatting van de criteria die gezamenlijk het wegingskader vormen voor de beoordeling van de scenario's (zie ook paragraaf 5.2). Er wordt voor elk criterium geschat of er sprake is van een positief effect ten opzichte van het 0-scenario. Daarnaast wordt aangegeven in welke mate de inschatting van het effect onderbouwd wordt door de empirie of de algehele opinie. De onderbouwing is sterk als er sprake is van empirische argumentatie. Als de empirie onvoldoende evidence oplevert maar de opvattingen in het veld eenduidig zijn spreken we van een matige onderbouwing. De onderbouwing is zwak als ook de opvattingen in het veld niet eenduidig een bepaalde richting op wijzen.

Tabel 2 – Criteria scenario Nieuwe netwerken

Criteria	Indicatie*	Onderbouwing**
Toegankelijkheid	^	Eenzijds neemt bereik onder vrouwen naar verwachting toe door samenwerking met zorgverleners die wél in aanraking komen met cliënten die nu in de geboortezorg ondervertegenwoordigd zijn. Anderzijds bestaat er het gevaar van versnippering en onduidelijkheid. Zwakke tot matige onderbouwing.

Cliënt centraal	^^^	Opvattingen zijn eenduidig dat in dit scenario de cliënt centraal wordt gesteld. Bovendien neemt continuïteit van de zorg toe door de continuering van de begeleiding door de verloskundige en stijgt tevredenheid doordat vrouwen profiteren van de voordelen van de zorg verleend door een verloskundige (Hatem et al., 2008). Matig tot sterke onderbouwing.
Betere risicoselectie	^	Door meer bewust maken van leefstijl en de invloed hiervan op de zwangerschap en kind kan welbevinden worden bevorderd van moeder en kind. Zwak tot matige onderbouwing.
Doelmatigheid	?	Economische kwantificering is in het kader van deze strategische verkenning niet mogelijk.
Daling mortaliteit en morbiditeit	?	Er is geen empirisch bewijs dat preventie leidt tot een betere outcome. Dit is wel de algehele verwachting.
Positie en slagkracht verloskundigen	^^	De algehele opvatting is dat het samenwerken in netwerken de daadkracht van verloskundigen positief beïnvloedt. De verloskundige kan zich positioneren als 'spin in het web' van zorgverleners, maar moet dit wel waarmaken. Matige onderbouwing.

* ? = effect onbekend; 0 = geen effect; ^ = enig positief effect; ^^ = positief effect; ^^ = sterk positief effect.

** sterk = empirisch onderbouwd; matig = algehele opinie; zwak = niet eenduidige opvattingen.

6.5 Scenario 3 – Integrale zorg

Er is sprake van een geoptimaliseerde samenwerking waarbij een zwangere niet vanuit of de eerste of de tweede lijn wordt begeleid, maar vanuit één organisatiemodel waarin de verschillende verloskundige professionals gezamenlijk en zoveel als mogelijk op basis van gelijkwaardigheid optrekken vanuit een gezamenlijke visie en eensluidende uitvoeringsprotocollen. Er vindt daardoor, via de lijnen van de huidige geboortezorgketen, geen doorverwijzing of overdracht meer plaats; er wordt indien nodig een andere verloskundige professional geraadpleegd en/of eindverantwoordelijke gemaakt.

Preconceptiezorg

Ten opzichte van 0-scenario worden er geen effecten verwacht.

Start zwangerschap

Zwangerschappen starten niet meer in de eerste of tweede lijn maar in een nieuw integraal zorgmodel. Het is aannemelijk dat de intake van alle zwangere vrouwen verricht wordt door verloskundigen vanuit het perspectief van kwaliteit, kosten en capaciteit. Daarna is eventuele doorverwijzing binnen de eigen organisatie mogelijk. Maar in de inrichtingsvarianten bij dit scenario kunnen ook andere keuzes gemaakt worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan een teambespreking waarbij zowel vertegenwoordigers van de huidige eerste als tweede lijn aanwezig zijn bij aanmelding van een nieuwe cliënt.

Doordat de intake centraal wordt verricht, kan worden verondersteld dat zwangerschappen met een oneigenlijke pathologie die normaliter – ten onrechte – in de huidige tweede lijn starten, nu bij de verloskundige beginnen. In het onderzoek van Cebeon naar de academisering van de verloskundige (2010) wordt gesteld dat van alle zwangerschappen met een laag risico (aan het begin van de baring) ongeveer 18% van start is gegaan in de tweede lijn en daar is gebleven. Dit zijn zwangerschappen die in de eerste lijn hadden kunnen starten en door een verloskundige begeleid hadden kunnen worden, ofwel het betreft substitutie van cliënten van de gynaecoloog naar de verloskundige. De genoemde 18% heeft betrekking op 19.850 cliënten en dateert van 2003. In het onderhavige onderzoek zijn, conform opdracht, geen recentere gegevens verzameld. Nader onderzoek, onder andere met gegevens van uit de Perinatale Registratie, is gewenst.

Gynaecologen begeleiden in dit scenario ongeveer 20.000 vrouwen per jaar minder tijdens de gehele zwangerschap, bevalling en periode daarna. Dat heeft effect op de benodigde capaciteit binnen de beroepsgroep. We beschikken echter niet over een exacte registratie van de uren die een gynaecoloog gemiddeld besteed aan de begeleiding van zwangere vrouwen met een laag risicoprofiel. Hierdoor kan dit volume-effect niet verder worden gekwantificeerd. Hier tegenover staat een te verwachte toename van het aantal verloskundigen om de begeleiding van ongeveer 20.000 vrouwen per jaar op te kunnen vangen.

Tijdens de zwangerschap

Het aantal vrouwen met een laag risico die tijdens de zwangerschap begeleid kunnen worden door een verloskundige in plaats van een gynaecoloog lijkt ongeveer 20.000. Een substitutie in de inzet van gynaecologen door verloskundigen brengt een kostenbesparing met zich mee. De vergoeding van de prenatale zorg door een verloskundige bedraagt in 2011 € 402. Een directe benadering van de prenatale zorgkosten door een gynaecoloog is helaas niet mogelijk vanwege de vele DBC's die hierop betrekking hebben. In het onderzoek van Cebeon (2010) is er vanuit gegaan dat de begeleiding door een gynaecoloog gemiddeld genomen drie maal zo duur is als die door een eerstelijns verloskundige. Dat maakt de geschatte vergoeding ongeveer 1.200 euro. Op macroniveau bedragen de verloskundige kosten € 8,4 miljoen en de kosten voor gynaecoloog € 24 miljoen. In dit scenario wordt dan ook globaal gezien een kostenbesparing van €15,6 miljoen verwacht door substitutie.

Dit effect kan verder oplopen als een groter aantal vrouwen direct vanaf de start van de zwangerschap door een verloskundige wordt begeleid. Dit is afhankelijk van de wijze waarop verloskundigen en gynaecologen elkaars expertise en sterke kanten herkennen en erkennen. Het tegenovergestelde effect kan ook optreden: doordat de tweede lijn in een model van integrale zorg betrokken is bij het opstellen van protocollen en mogelijk ook in de dagelijkse uitvoeringspraktijk, kan het kosteneffect worden getemperd door een toename in het aantal medische ingrepen.

Baring

Er zal ook ten aanzien van de baring naar verwachting een positief prijseffect optreden. In 2008 zijn er 174.376 vrouwen bevallen (PRN, 2008). Hiervan heeft er bij 26.840 vrouwen (15%) een overdracht plaatsgevonden van de eerste naar tweede lijn tijdens de baring of direct postpartum. Dit zijn in principe vrouwen die vlak voor de bevalling een laag risico hadden maar waarbij tijdens de baring een complicatie ontstaat. Dit zou betekenen dat van de 20.000 vrouwen met een laagrisico vlak voor de bevalling er bij 3.000 zich nog complicaties voordoen die om de inzet van een tweedelijns professional (vooral van de gynaecoloog) vragen. Ofwel, bij 17.000 vrouwen zou de bevalling ook begeleid kunnen worden door een verloskundige thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis.

De vergoeding van een bevalling door een verloskundige inclusief de partusassistentie bedraagt € 650. Een poliklinische bevalling kost € 1.000 , €1.250 dagopname en een klinische bevalling kost €2.500 (conform DBC-systematiek). We hebben de uitmiddeling van de bedragen overgenomen van het Cebeon onderzoek (2011). Dat leidt tot een gemiddeld tarief per bevalling in de tweede lijn van € 1.813. Op macroniveau gaat het dan om een bedrag van € 11 miljoen voor een bevalling onder begeleiding van een verloskundige en € 30 miljoen voor een bevalling in de tweede lijn. Dit houdt een kostenbesparing in van €19 miljoen.

Postnatale zorg

Ook bij de kraamzorg zal een kostenbesparing optreden. Dit kan helaas niet berekend worden omdat de vergoeding voor de kraamzorg in de tweede lijn niet goed kwantificeerbaar te maken is.

Concluderend

Het scenario 'Integrale zorg' kan op macroniveau een kostenbesparing met zich mee brengen van minimaal € 34 miljoen op jaarbasis. Dit komt doordat de juiste cliënt bij de juiste professional terecht komt. Er is geen sprake van oneigenlijke indicaties op basis van pathologie dan wel fysiologie. Bovendien wordt de kostenbesparing niet getemperd door een verhoging van de kosten vanwege uitbreiding of verzwarening van de taken of vanwege inkomenseffecten.

Wel is er sprake van een toename van de indirecte kosten ten aanzien van de afstemming, coördinatie en samenwerking met gynaecologen en andere

professionals, zowel op individueel cliëntniveau als op organisatorisch niveau. Daar komt bij dat de transitie van het huidige systeem naar een integraal zorgsysteem eveneens de nodige implementatiekosten met zich meebrengt. Het voert te ver om daar in het huidige onderzoek een gekwantificeerde indicatie van te geven.

Naast de financiële effecten zullen er ook volume-effecten optreden omdat het aantal vrouwen dat door een verloskundige wordt begeleid toeneemt. Dit heeft gevolgen voor de capaciteit van gynaecologen en verloskundigen. Een kwantitatieve indicatie van respectievelijk de verwachte vermindering en vermeerdering in capaciteit was niet haalbaar binnen het huidige onderzoek.

Indicatie (kwaliteits)criteria

In tabel 3 wordt een schatting gepresenteerd van de criteria die gezamenlijk het wegingskader vormen voor de beoordeling van de scenario's (zie ook paragraaf 5.2). Per criterium wordt aangegeven of er sprake is van een positief effect ten opzichte van het 0-scenario. Daarnaast wordt aangegeven in welke mate de inschatting van het effect onderbouwd wordt door de empirie of de algehele opinie. De onderbouwing is sterk als er sprake is van empirische argumentatie. Als de empirie onvoldoende evidence oplevert maar de opvattingen in het veld eenduidig zijn spreken we van een matige onderbouwing. De onderbouwing is zwak als ook de opvattingen in het veld niet eenduidig een bepaalde richting op wijzen.

Tabel 3 – Criteria scenario Integrale zorg

Criteria	Indicatie*	Onderbouwing**
Toegankelijkheid	0	Gevaar dreigt van concentratie van zorg, afhankelijk van inrichtingsvariant
Cliënt centraal	^^^	De cliënt komt centraal te staan als gevolg van betere samenwerking en afstemming. De juiste professional voor de juiste cliënt. Bovendien neemt continuïteit van de zorg toe door de continuering van de begeleiding door de verloskundige en stijgt tevredenheid doordat vrouwen profiteren van de voordelen van de zorg verleend door een verloskundige (Hatem et al., 2008). Matig tot sterke onderbouwing.
Betere risicoselectie	^^	Omdat er vanuit één visie op zwangerschap en geboorte wordt gewerkt en er dus structureel multidisciplinair gekeken wordt is de verwachting dat de verschillende disciplines samen tot de best mogelijke inschatting van risico's kunnen komen. Dit hangt echter sterk af van de daadwerkelijke uitvoering van het scenario en hoe de multidisciplinariteit wordt benut. Zwak tot matige onderbouwing.
Doelmatigheid	^^^	Impactanalyse laat een kostenbesparing zien. Sterke onderbouwing.
Daling mortaliteit en morbiditeit	?	Er is geen evidence dat ontschotting en betere samenwerking leidt tot betere outcome. Er wordt echter wel een positief effect verwacht bij een multidisciplinaire benadering.
Positie en slagkracht verloskundigen	?	Dit is totaal afhankelijk van de wijze waarop de inrichtingsvariant wordt vormgegeven en uitgevoerd. De kans bestaat dat de verloskundigen als beroepsgroep in dit scenario kunnen groeien, echter zij zullen dan als beroepsgroep een goed tegenwicht moeten kunnen bieden op de van oudsher hoger gepositioneerde professionals van de tweede lijn.

* ? = effect onbekend; 0 = geen effect; ^ = enig positief effect; ^^ = positief effect; ^^^ = sterk positief effect.

** sterk = empirisch onderbouwd; matig = algehele opinie; zwak = niet eenduidige opvattingen.

7 Afsluitende beschouwing

De KNOV wil een duidelijke stip op de horizon zetten, onderbouwd met de kennis van dit moment: hoe zou de zorg door verloskundigen in de komende jaren idealiter moeten worden georganiseerd. Het verbeteren van de kwaliteit van deze zorg geldt daarbij als het voornaamste uitgangspunt. Maar uiteraard zijn ook cliënttevredenheid, doelmatigheid en de waarborging van de meerwaarde van de verloskundige binnen de geboortezorg relevante en nastrevenswaardige uitgangspunten.

Om de kwaliteit in termen van een vermindering van de mortaliteit en morbiditeit rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren, worden in wetenschap en praktijk verschillende problemen geconstateerd en daarmee samenhangend diverse (typen) oplossingen. Deze verbeteropties zijn soms generiek en geldend voor de landelijke populatie cliënten. Soms zijn ze specifiek en gekoppeld aan kenmerken van cliëntengroepen. Over de haalbaarheid, effectiviteit en wenselijkheid van deze oplossingen zijn de meningen tussen en binnen de groepen verloskundige professionals verdeeld. Daarom zou het zinvol zijn om een diepgaander inzicht te verwerven in de (verwachte) effecten van verschillende verbeteracties voor moeder en kind. Data uit de Perinatale Registratie kunnen hier een belangrijke rol bij spelen. Daaraan gekoppeld geldt ook de aanbeveling om (in gezamenlijkheid) te investeren in de leer- en verbeterkracht van de geboortezorgketen.

Ondanks het ontbreken van een eenduidig antwoord op de vraag hoe de verloskundige zorg het beste kan worden vormgegeven, geven de verloskundigen zelf aan dat explicitering van een toekomstgerichte visie door de KNOV voor hen op dit moment belangrijk is. De verloskundigen hebben behoefte aan een perspectief op de ontwikkelrichting van de verloskundige praktijk: zowel wat betreft de positie die de verloskundige zal innemen ten opzichte van andere professionals in de geboortezorgketen, als wat betreft de meerwaarde van de verloskundige professie op zichzelf.

Het onderhavige onderzoek toont een sector waarin zowel de problemen als de oplossingen niet of niet *alleen* te vinden zijn in de aanpassing van één van de actoren, maar in het spanningsveld van de interacties tussen verschillende betrokken actoren. De geboortezorg als geheel kan dan ook het beste omschreven en benaderd worden als een complex adaptief systeem. Complexe systemen waarbij verschillende partijen betrokken zijn die elkaar beïnvloeden, werken niet-lineair. Een kleine variatie ten aanzien van de startsituatie kan leiden tot een gigantisch verschil in uitkomst. De uitkomst van veranderingsproces verschilt daarbij vaak sterk van het aanvankelijk beoogde en nagestreefde doel¹⁸. Over het algemeen zijn we gewend

¹⁸ Hargrave en Van de Ven, 2006 in Van Geste, De Beer en Van der Meer(2009) Het hervormingsmoeras van de verzorgingsstaat, veranderingen in de organisatie van de sociale zekerheid. Amsterdam University Press.

om te denken vanuit Newton's 'clockwork universe', waarbij grote problemen uiteen worden gezet als een som van kleinere problemen die afzonderlijk geanalyseerd en opgelost kunnen worden¹⁹. Maar de afhankelijkheid van de ketenpartners maakt dat het gehele systeem zich aanpast wanneer één van de belangenpartijen iets verandert: alle actoren zullen dan moeten bewegen om hun plek te hervinden.

Om toekomstgericht te zijn moet in deze visie rekening gehouden worden met de veranderbaarheid en het aanpassingsvermogen van de geboortezorg als gezamenlijk opererende keten, maar ook als het gaat om de afzonderlijk opererende actoren. Nieuwe wetenschappelijke inzichten, veranderingen in de wensen en behoeften van cliënten, in financieringsstromen of in het maatschappelijk debat kunnen ervoor zorgen dat het systeem, in ambitieniveau en onderlinge verdeling van mandaat en uitvoeringsmiddelen, verandert. Omdat het veld op dit moment erg in beweging is, is dit voor de komende jaren niet ondenkbaar.

Omdat de kwaliteit van de geboortezorg voor een groot gedeelte draait om de kwaliteit van de interacties tussen de verschillende verloskundige professionals, is het bewerkstelligen van een optimale interactie tussen deze actoren belangrijk om het systeem gezond te houden en op termijn te laten groeien richting innovaties. Van actoren binnen dergelijke adaptieve complexe omgevingen is bekend dat zij vaak een vaststaand repertoire van reacties hebben om met veranderingen om te gaan. Een visie die helpt bij het bereiken van een (nieuwe, of beter gezegd: steeds weer een nieuwe) balans, biedt de verschillende actoren nieuwe mogelijkheden om toe te voegen aan dat gedragsrepertoire en / of maakt sommige oude mogelijkheden niet meer mogelijk. Dat kan op een zeer sturende wijze, bijvoorbeeld door aanpassingen door te voeren in de wetgeving. Het kan ook op een geheel vrijblijvende wijze, bijvoorbeeld door in te steken op het niveau van bewustwording en kennisdeling. Ook hierbij geldt dat de ernst van het probleem en de mogelijkheden die er zijn voor implementatie van de daarbij passende oplossing bepaalt wat de wenselijke uitvoeringsvariant zal zijn.

Het gedrag van complexe adaptieve systemen in de toekomst is per definitie onvoorspelbaar: met iedere 'zet' verandert het speelveld. Het kiezen van één punt waarbij wordt gestart met verandering richting een nieuwe blauwdruk lijkt daarmee weinig zinvol. Wel is het mogelijk om een punt te kiezen waar men naartoe wil (in de systeemtheorie wordt dit een *attractor* genoemd). Deze horizon of visie wordt niet op basis van nieuwe ontwikkelingen aangepast, maar de weg ernaartoe mogelijk wel. Bij verschillende strategische varianten horen (één of een aantal) tactische *paden*, of inrichting- of organisatievarianten, waaronder vervolgens verschillende uitvoeringsmodellen kunnen worden geplaatst. De keuzes die op tactisch en operationeel niveau worden gemaakt, komen idealiter voort uit de geformuleerde lange termijn ambitie (de toekomstvisie) en liggen steeds in elkaars logische verlengde.

¹⁹ Plsek, P. en Greenhalgh, T. (2001) Complexity science. The challenge of complexity in health care. *BMJ* (323): 625-628.

De in dit onderzoek ontwikkelde scenario's laten globaal gezien vier mogelijkheden zien: 1) het lerend vermogen van de beroepsgroep verloskundigen en hun samenwerkingspartners wordt versterkt zodat mogelijke tekortkomingen van de geboortezorgketen binnen de huidige organisatiestructuren kunnen worden opgelost, 2) het vak van verloskundige ontwikkelt zich in verticale richting, door taaksubstitutie naar de verloskundige, 3) het vak van verloskundige ontwikkelt zich in horizontale richting, door een bredere oriëntatie op het zorg- en welzijnsdomein en een sterke regioleer daarbinnen en 4) de geboortezorgketen streeft ernaar om één te worden en zo te zorgen voor een daadwerkelijke integrale benadering van preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

De keuzes die worden gemaakt in de inrichting en uitvoering van de scenario's kunnen helpen om de voordelen te versterken en de nadelen af te zwakken. Dit maakt dat het niet mogelijk is om één scenario objectief gezien als 'beter' dan de andere te bestempelen. Wel is het mogelijk om de geschatte effecten bij ieder scenario af te zetten tegen de door de KNOV bij aanvang van het onderzoek meegegeven uitgangspunten en de rangorde die de begeleidingscommissie daaraan heeft toegekend. We presenteren deze weging allereerst in woorden, waarna tabel 7.1 een concluderend overzicht biedt.

Scenario 1

Scenario 1 ('de 1,5 lijnsverloskunde') heeft geen positieve effecten als het gaat om het verbeteren van de algemene toegankelijkheid van de verloskundige zorg, maar richt zich op continuïteit van zorg en een betere risicoselectie. De cliënt wordt met deze insteek meer centraal gezet dan in de huidige structuur. Er wordt een positief effect verwacht ten aanzien van de cliënttevredenheid doordat de 'eigen' verloskundige vaker of langer bij de cliënt kan blijven bij 'middenrisico' situaties. Scenario 1 heeft verder naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid vanwege de kostenbesparing die uitgaat van substitutie van de tweede lijn door de eerste lijn. De substitutie van middenrisico bevallingen van de tweede lijn naar de eerste lijn zou een kostenbesparing kunnen opleveren. Daarnaast is er sprake van een volume-effect, waarbij het aantal benodigde gynaecologen afneemt.

De positie, slagkracht en daadkracht van de verloskundigen worden in dit scenario zonder twijfel groter. Verbeterde werkwijzen (inclusief betere risicoselectie) zou kunnen leiden tot een vermindering van mortaliteit en morbiditeit maar dit effect is niet eenduidig te benoemen. Bovendien kan het toevoegen van een extra categorie cliënten ook een verhoogd risico op late overdracht naar de tweede lijn betekenen. Wat de haalbaarheid betreft, dienen twee verschillende tijdspaden in ogenschouw te worden genomen: het academiseren van de verloskundigen is haalbaar, maar vraagt tijd en kan niet op korte termijn gerealiseerd worden.

Scenario 2

Scenario 2 ('nieuwe netwerken') vergroot het bereik van de verloskundige mogelijk door de intensievere samenwerking met professionals uit het zorg- en

welzijnsdomein. Deze hebben naar verwachting een betere toegang tot cliëntengroepen die de toegang tot de verloskundige zorg tot nu toe moeizaam vinden. De toegankelijkheid wordt hierdoor beter, echter dit effect is sterk afhankelijk van keuzes in de inrichting en uitvoering. Een meer gedifferentieerde verloskundige zorg kan ook zorgen voor onduidelijkheid en het ontstaan van nieuwe drempels.

Scenario 2 gaat uit van een netwerk dat zich vormt rondom cliëntengroepen met specifieke wensen of behoeften en zet de cliënt dus nadrukkelijk centraal. De kans dat de 'juiste' professional op het juiste moment wordt ingeschakeld wordt groter. In scenario 2 zal het aantal vrouwen dat door een eerstelijns verloskundige wordt begeleid tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode naar verwachting toenemen. Dit sorteert een positief prijseffect omdat deze vrouwen niet naar de tweede lijn worden overgedragen. Bovendien zullen er positieve effecten optreden ten aanzien van het uitgangspunt "Gezond ouder worden begint al in de baarmoeder". Er is echter ook sprake van een kostenverhoging omdat er een uitbreiding van taken plaats vindt. Bovendien zullen er meer verloskundigen opgeleid dienen te worden om de volumetoename van cliënten te kunnen opvangen.

Wanneer de verloskundige de regierol in dit scenario wil en kan realiseren vergroot dit de daadkracht en positie als 'spin in het web' van de geboortezorg. Dit komt ook de continuïteit ten goede. Wat de beoogde positieve effecten op mortaliteit en morbiditeit betreft: dit scenario zet sterk in op het feit dat vrouwen gezonder aan de zwangerschap beginnen en deze ook gezonder (in medische en psychosociale zin) blijven doorlopen. Het scenario is op korte termijn haalbaar. In de praktijk zijn er al voorbeelden van netwerken zoals in scenario 2 worden beoogd. Wel stelt het kunnen vormen en onderhouden van dergelijke 'nieuwe' netwerken mogelijk ook nieuwe eisen aan de inhoud van opleidingen en trainingen van verloskundigen.

Scenario 3

Scenario 3 tot slot bepleit een integrale geboortezorg, waarbij de huidige lijnen wegvallen. Dit heeft naar verwachting geen effect op de toegankelijkheid van zorg in de huidige eerste lijn maar wellicht wel op die van de tweede lijn, doordat deze systematisch kan worden geconsulteerd *zonder dat er overdracht plaatsvindt*. Deze laatste zinsnede is belangrijk omdat het scenario uitgaat van één visie, gezamenlijk overleg en maatwerk. Hierdoor wordt de kans op het inzetten van de juiste professional op het juiste moment naar verwachting het grootst en wordt de cliënt optimaal centraal gesteld. Het werken als één organisatie verbetert naar verwachting de continuïteit van zorg en daarmee de (subjectieve en objectieve) kwaliteit. Wanneer het overleg tussen gynaecologen en verloskundigen leidt tot een betere inschatting van risico's en een mogelijke vergroting van bevallingen onder supervisie van de verloskundige komt dit de doelmatigheid ten goede. Bij dit scenario wordt verwacht dat een betere samenwerking tussen verloskundig professionals leidt tot een vermindering van mortaliteit en morbiditeit, maar dit effect is niet kwantitatief te onderbouwen.

Belangrijk aandachtspunt is het creëren van een gelijkwaardige positie van alle betrokken verloskundige professionals. Hierbij is noodzakelijk dat de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken verloskundige professionals op een evenwichtige wijze terugkomen bij het ontwikkelen van de gezamenlijke visie, het opstellen van protocollen en in de dagelijkse uitvoering. Wat betreft de haalbaarheid op korte termijn zijn er twijfels, aangezien dit scenario een vergaande medewerking vereist van de ketenpartners. In de uitvoering dient dan ook oog te zijn voor de valkuil om het accent te leggen op (medische) problemen in plaats van uit te gaan van zwangerschap en bevalling als 'normale' fysiologische gebeurtenissen.

Scenario 3 brengt op macroniveau een kostenbesparing met zich mee van minimaal € 34 miljoen op jaarbasis. Dit komt doordat de juiste cliënt bij de juiste professional terecht komt. En er is geen sprake van een kostenverhoging vanwege uitbreiding of verzwaaring van taken. Wel zal er een volume-effect optreden omdat het aantal vrouwen dat door een verloskundige wordt begeleid toeneemt. Dit heeft gevolgen voor de capaciteit van verloskundigen en gynaecologen.

Tabel 7.1 Impact scenario's t.a.v. uitgangspunten KNOV

Uitgangspunten	Scenario 1*	Scenario 2*	Scenario 3*
	1,5 lijns Verloskunde	Nieuwe Netwerken	Integrale zorg
Toegankelijkheid	0	^	0
Daling mortaliteit en morbiditeit	?	?	?
Betere risicoselectie	^^^	^	^^
Cliënt centraal	^^	^^^	^^^
Doelmatigheid	^^	?	^^^
Positie en slagkracht verloskundigen	^^	^^	?

* ? = effect onbekend; 0 = geen effect; ^ = enig positief effect; ^^ = positief effect; ^^^ = sterk positief effect²⁰.

²⁰ Zie het hoofdstuk 'Impactanalyse' voor een volledig overzicht en voor de onderbouwing.

Dankwoord

Bij het uitvoeren van het onderzoek en de verslaglegging hiervan hebben diverse mensen ons geholpen. Onze dank gaat allereerst uit naar de leden van de commissie die het onderzoek heeft begeleid: mevrouw A.M.A. Annegarn, verloskundige; de heer F. Annot, directeur STBN; de heer J.J.M. Becker Hoff, directeur KNOV; mevrouw M.M. Beentjes, verloskundige MSc, beleidsmedewerker richtlijnontwikkeling KNOV; de heer mr P.E. Buisman, hoofd team belangenbehartiging KNOV; mevrouw R.W.A.A. van Crimpen MMO, faculteitsdirecteur Academie Verloskunde Maastricht; mevrouw J.C. Droog MBA, verloskundige; mevrouw C. Kirpestein, verloskundige; mevrouw drs. A.M. Oostveen, beleidsadviseur belangenbehartiging KNOV; mevrouw L.C. Rentes, verloskundige en vice-voorzitter KNOV.

De directie en de afdeling belangenbehartiging van de KNOV waren uiterst betrokken. Ze maakten het mogelijk dat we in maart en april 2011 aansloten bij de reeks regionale bijeenkomsten waar verloskundigen door middel van een 'visuele brainstorm' hun visie op de toekomst van de verloskundige zorg gaven. Daarnaast voorzagen ze ons van relevante documentatie en staken ze veel tijd in zorgvuldige lezing van de conceptversies van deze rapportage. Veel dank hiervoor. Juist vanwege de beperkte doorlooptijd van het onderzoek was deze inzet onmisbaar.

Onze waardering geldt ten slotte ook de vele gesprekspartners: verloskundigen, zwangere vrouwen, experts, die ons waardevolle informatie en inzichten hebben gegeven. Wij hebben geprobeerd ieders bijdrage recht te doen in de tekst. Eventuele fouten of omissies komen voor rekening van de auteurs.

Beatriz Roman, senior onderzoeker

Mary van den Wijngaart, onderzoeker

Rob Vink, senior onderzoeker

Karen van de Weijer, trainee

Hans Moors, hoofd afdeling veiligheid & criminaliteit, welzijn & zorg

Bijlage 1: Literatuur

- Ackerman, B., Cooke, P., Hutcherson, A., Jokinen, M. Shallow, H. & Walker, J. (2009). *Standards for Birth Centres in England: a Standards Document*. Published by the Royal College of Midwives Trust, August 2009.
- Amelink-Verburg, M.P., Verloove-Vanhorick, S.P., Hakkenberg, R.M.A., Veldhuijzen, I.M.E. Bennebroek Gravenhorst, J. & Buitendijk, S.E. Evaluation of 280 000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG 2007*; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01580.x.
- Bonsel, G.J., Birnie, E., Denktas, S., Peoran, J. & Steegers, E.A.P. (2010). *Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Cebeon (2011). *Academisering opleiding verloskunde. Kwantitatieve onderbouwing betekenis voor optimalisering van zorg*. Amsterdam: Cebeon.
- De Jonge, A., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C.J., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J. & Buitendijk, S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG 2009*; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.
- Droog, J. (2010). *Turnaround of a Dutch regional Perinatal Care Organization: providing scenarios and decision criteria for upcoming change*. MBA Management Project Report.
- Europees Hof: vrouw moet keuze hebben om thuis te bevallen 06-01-2011.
- Evers, A.C.C., Brouwers, H.A.A., Hukkelhoven, C.W.P.M., Nikkels, P.G.J., Boon, J., Egmond-Linden, A., Hillegersberg, J., Snuif, Y.S., Sterken-Hooisma, S., Bruinse, H.W. & Kwee, A. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ 2010*; 341: c5639. DOI: 10.1136/bmj.c5639.
- Hall, S., Samuel, L. & Murchie, P. (2011). Toward shared care for people with cancer: developing the model with patients and GPs. *Family Practice*. 2011; 0: 1-11. DOI: 10.1093/fampra/cmr012.
- Hatem, M., Sandall, J., DEvane, D. Soltanii, H. & Gates, S. Midwife-led versus other models of care for chikdbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. no.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

- Hendrix, M.J.C. Home or home-like hospital birth for low-risk nulliparae: does it matter? *Universitaire Pers Maastricht*, 2010: 7-137.
- Hingstman, L. & Kenens, R.J. (2010). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2010*. Utrecht: Nivel.
- Hutton, E. (2011). *De vrouw centraal in de verloskundige zorg*. Inaugerale rede bijzonder hoogleraar Midwifery Science VU Amsterdam.
- Hutton, E. (2011). *Lessen uit Canada voor betere thuisbevalling*. Artikel in de Volkskrant van 21 februari 2011. Amsterdam: Volkskrant
- IJsseldijk, J. (2010). *2Move: het model*. Utrecht: STBN
- Kates, N., McPherson-Doe, C 7 George, L. Integrating mental health services within primary care settings: The Hamilton Family Health Team. *Journal of Ambulatory Care Management*. april/juni 2011; 34(2): 174-182.
- Kirpestein, C. (Aanvrager) (2010). *De zwangere centraal; multidisciplinaire samenwerking rondom geboortezorg in de Regio Rivierenland*. ZonMw subsidieaanvraag programma Op één Lijn.
- Klink, A. (minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2008). AMVB verloskunde 2008. *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, Vol. 300, 1-17.
- Kluiwers, K. (2011). Reactie brief NVOG procesgang oprichting CPZ.
- KNOV, Landelijke Huisartsen Vereniging, NVOG, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Verloskundig vademecum 2003: eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen*.
- KNOV (2010). *Uitwerking aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte: KNOV-visie op verloskundige begeleiding tijdens zwangerschap, geboorte en kraamperiode*. Utrecht: KNOV
- KNOV. *Standpunt concentratie van verloskundige zorg*. Utrecht: KNOV.
- KNOV & STBN. *Kwaliteitskader geboortecentra*. Utrecht: KNOV.
- KNOV & Actiz. *Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden*. Utrecht: KNOV.
- KNOV (2010). *Verloskundige zorg op de kaart. Uitgangspunten KNOV*. Utrecht: KNOV.

- KNOV (2010). *Overzicht verloskundige tarieven*. Utrecht: KNOV.
- KNOV (2010). *Informatieblad. Opbouw van het tarief voor verloskundige zorg in 2011*. Utrecht: KNOV.
- Luijckx, K. (2010). *Van wens naar realisatie: inventarisatie van de benodigde financiering voor opvolging van het advies van Stuurgroep zwangerschap en geboorte*. Rotterdam: Logex.
- Malinowski, T. & Adams, P. (2009). *Shared Care Models. A high-level literature review*. Alexandria: Cancer Institute NSW.
- Malmberg, A & Winkeler, D. (2010). *Scenarioschetsen. Visie op Moeder & Kind*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Zwangerschap en geboorte*. Brief aan Tweede Kamer van 14 december 2010 (kenmerk CZ/EKZ 3040205). Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Motie gemeenteraad Meppel inzake verloskunde*. Brief aan Gemeenteraad Meppel van 3 maart 2011 (kenmerk CZ/EKZ 3053126). Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Verzoek stand-van-zaken-brief*. Den Haag: VWS
- Mohangoo, A.D., Buitendijk, S.E., Hukkelhoven, C.W.P.M., Ravelli, A.C.J., Rijninks-van Driel, G.C., Tamminga, P. & Nijhuis, J.G. (2008). Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, Vol. 152, 2718-2727.
- Mol, B.W. (Aanvrager) (2011). *Implementation of an integrated care system for labouring women: bridging the gap between primary and secondary obstetric care. A problem analysis*. ZonMw subsidieaanvraag Ronde 12 Grant application IMP.
- NVOG. (2011). *Integrale verloskundige zorg in Nederland: een stap verder*. Utrecht: NVOG.
- Paquette-Warren, J., Vingilis, E., Greenslade, J. & Newman, S. What do practitioners think? A qualitative study of a shared care mental health and nutrition primary care program. *International Journal of Integrated Care*. 2006; 6. ISSN 1568-4156. www.ijic.org.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. & Buitendijk, S. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth, 2008*; vol. 35, no. 2, 107-116.

- Rockman, P., Salach, L. Gotlib, D. Cord, M. & Turner, T. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. *Canadian Family Physician*. 2004; 50: 397-402
- Royal College of Midwives. (2009). *Staffing Standard in Midwifery Services: Guidance paper*.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & The Royal College of Midwives (2007). *Making normal birth a reality: consensus statement from the maternity care working party, our shared views about the need to recognize, facilitate and audit normal birth*.
- Smith, S.M., Allwright, S. & O'Dowd, T. (2009) Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management (Review). *Cochrane Database Of Systematic Reviews 2007*, Issue 3. Art. No.: CD004910. DOI: 10.1002/14651858.CD004910.pub2..
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (2011). *Perinatale zorg in Nederland 2008*. Utrecht: PRN.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland & TietoEnator (2008). *Praktijkanalyse LVR1 2007. 1^e Lijns Verloskunde*. Utrecht: PRN/TE: Bunnik.
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte.
- Van der Putten, J., Lemmens, K. & Rooijmans, D. (2010). *Acute Verloskunde: praktijkonderzoek naar gevolgen van 'Een goed begin'*. Breukelen: Plexus.
- Van Greuningen, M., Batenburg, R. & Hansen, J. (2010). *De arbeidsmarkt voor gynaecologen in Nederland, stand van zaken in 2009, met een behoefteraming voor 2027*. Utrecht: Nivel.
- Verhoeven & De Miranda (2010), De Triple P studie in: TvV, juli/augustus.
- Walker, J. & Jokinen, M. (2010). *Birth Centre Resource: a practical guide*. Published by the Royal College of Midwives Trust, November 2010.
- Wiegers, T.A. & Bekkema, N. (2010). *Clïëntervaringsindicatoren en Etalageplus-informatie voor de Eerstelijns Verloskunde: meetinstrumentontwikkeling en praktijktest*. Utrecht: Nivel.