

Variatie in het vak

Referaat

Diversity in the scope and practice of hospital-based midwives in the Netherlands^[1]

Mariet van Diem

Een op de vier verloskundigen in Nederland werkt als klinisch verloskundige. De klinisch verloskundige begeleidt het merendeel van de vrouwen met een verhoogd risico. Vaak met een grote mate van zelfstandigheid. Dit vraagt om veel ervaring en vaardigheden. Toch heeft eenderde van de ziekenhuizen tenminste één relatief onervaren verloskundige in dienst en tweederde eist geen aanvullende opleiding. Doug Cronie, hoofdverloskundige in het Slotervaart ziekenhuis in Amsterdam en promovendus, voerde een online vragenlijstonderzoek uit om de rol van de klinische verloskundigen duidelijker in beeld te brengen.

Mariet van Diem MSc is verloskundige n.p. en lid van de redactie van dit tijdschrift

Inleiding

Inmiddels werkt één op de vier verloskundigen als klinisch verloskundige in een tweede- of derdelijns ziekenhuis, waar zo'n 67% van alle geboorten plaatsvindt. Het is lastig inzicht te krijgen in de rol van de klinisch verloskundigen in de ziekenhuisorganisatie, omdat zij niet als (verantwoordelijke) zorgverlener geregistreerd worden in de Perinatale Registratie Nederland (PRN). Wel is uit de literatuur bekend dat zorg door klinisch verloskundigen een gunstige invloed kan hebben op bijvoorbeeld het aantal kunstverlossingen en de noodzaak tot pijnbestrijding. Klinisch verloskundigen onderscheiden zich van eerstelijns verloskundigen doordat zij in het ziekenhuis min of meer zelfstandig bevallingen begeleiden van vrouwen met een verhoogd risico. Voor klinisch verloskundigen bestaat echter geen landelijke overeenstemming over de benodigde kennis, taken en verantwoordelijkheden. De initiële opleiding tot verloskundige richt zich

Tabel 1. Verantwoordelijkheid voor de begeleiding van de baring in 54 ziekenhuizen met klinisch verloskundigen^a in Nederland

Verantwoordelijkheid voor bevalling	^b Aantal bevallingen(%)	Gemiddeld aantal (SD) ^c bevallingen per ziekenhuis zonder 24/7 gynaecoloog in huis	Gemiddeld aantal (SD) ^c bevallingen per ziekenhuis met 24/7 gynaecoloog in huis	P waarde
Geheel begeleid door KV ^d	114 (40)	2,4 (2,0)	2,1 (2,0)	0,75
Begeleid door KV, 1 of meer malen overleg	84 (30)	1,5 (1,3)	2,8 (1,5)	0,02
Begeleid door KV, gynaecoloog geheel of gedeeltelijk aanwezig	19 (7)	0,3 (0,6)	1,0 (1,4)	0,02
Begeleid door KV, zorg overgedragen aan gynaecoloog	66 (23)	1,3 (2,0)	1,6 (2,0)	0,66

a = werkzaam in een tweede of derdelijns ziekenhuis

b = het totaal aantal bevallingen in de twee diensten voorafgaand het invullen van de vragenlijst was 283

c SD = standaard deviatie

d KV = klinisch verloskundige

op risicoselectie en de normale zwangerschap en baring. Toch is het zo dat de klinisch verloskundige vaak de enige zorgverlener is voor vrouwen met een verhoogd risicoprofiel, terwijl het formeel niet nodig is om een aanvullende opleiding tot klinisch verloskundige te volgen.

Cronie et al onderzochten wat de functie van de huidige klinisch verloskundigen inhoudt en wat hun plaats is binnen de ziekenhuisorganisatie.

Gegevensverzameling

De onderzoekers maakten gebruik van een speciaal voor dit doel ontworpen online vragenlijst. Alle ziekenhuizen in Nederland met een verloskunde afdeling ontvingen deze vragenlijst (n=98). De vragenlijst had 31 vragen, verdeeld over vijf groepen: demografie, taken, verantwoordelijkheden en autonomie, ervaring, aanvullende opleiding en de rol van de klinisch verloskundige in het obstetrisch

team. Bij de analyse is rekening gehouden met vragenlijsten van verschillende respondenten uit dezelfde organisatie en het aantal bevallingen per jaar per ziekenhuis. De betrokkenheid van de klinisch verloskundige werd verdeeld in vier categorieën, waarbij onderscheid is gemaakt tussen het geheel zelfstandige begeleiding van de baring, een of meerdere malen consultatie van de gynaecoloog, geheel of gedeeltelijke aanwezigheid van de gynaecoloog of overname van de begeleiding van de baring door de gynaecoloog.

Resultaten

Respons en respondenten

Het responspercentage was 60% (n=59). Zorgverleners uit ziekenhuizen, verspreid over heel Nederland met een representatieve verdeling in aantal bevallingen per jaar, hebben de vragenlijst beantwoord. 68% (n=40) van de

Tabel 2. Gerapporteerde uitgevoerde taken door de klinisch verloskundigen^a werkzaam in verloskundige afdelingen (54) van ziekenhuizen in Nederland

Taken en verantwoordelijkheden van de klinisch verloskundige (aantal ziekenhuizen dat deze vraag heeft beantwoord)	Klinisch verloskundige voert deze taken zelfstandig uit in het ziekenhuis n(%)	Klinisch verloskundige voert deze taken niet zelfstandig uit in het ziekenhuis n(%)
Begeleiden naast barenden, vrouwen die opgenomen zijn op de zwangeren-of kraamafdeling (n=52)	39 (75)	13 (25)
Doen prenatale controles (n=51)	39 (76)	12 (24)
Schrijven medicatie voor (bijv. sedatie voor de nacht) (n=50)	27 (54)	23 (46)
Vragen onderzoek aan (bijv. echo/laboratorium onderzoek) (n=51)	48 (94)	3 (6)
Interpreteren uitslagen van onderzoek	47 (90)	5 (10)
Ontslaan patiënten (n=52)	45 (87)	7 (13)
Veranderen beleidsplan (bijv. de frequentie van de controles van 4 tot 2 maal per dag) (n=50)	25 (50)	25 (50)
Voeren andere zorgtaken uit (bijv. foetale bloedafname, vacuüm extractie, echoscopische cervixlengtemeting; assisteren bij keizersnede, keuze methode van inleiden, versies; starten/coördineren van het beleid bij spoedeisende verloskunde; coördinatie van interdisciplinaire consulten) (n=40)	30 (75)	10 (25)
Zijn naast het verloskamerwerk verantwoordelijk voor andere klinische taken. (bijv. pre-en postnatale zorg, triage, prenatale controles en echoscopie. (n=54)	32 (59)	22 (41)
Superviseren een of meer andere groepen (bijv. medische studenten assistenten in opleiding, assistenten niet in opleiding, verpleegkundigen, student verloskundigen en kraamverzorgenden) (n=54)	53 (98)	1 (2)

^a = werkzaam in een tweede of derdelijns ziekenhuis

respondenten was zelf klinisch verloskundige, 25% (n=15) was manager (met een klinische achtergrond) en 7% (n=4) anders (twee gynaecologen, een leidinggevende, een manager zonder klinische achtergrond). In 54 ziekenhuizen (92%) werkten klinisch verloskundigen, maar in 17 ziekenhuizen (29%) niet in alle diensten. In de grote ziekenhuizen (n=11) met meer dan 2093 bevallingen per jaar werkten relatief de meeste verloskundigen (gemiddeld 11,45) en was er vaker een gynaecoloog in alle diensten aanwezig (55%). In de middelgrote ziekenhuizen (n=41) met tussen de 793 en 2093 bevallingen per jaar was er vaker een verloskundige in alle diensten aanwezig (55%). Het gemiddeld aantal bevallingen, waarbij de klinisch verloskundige overleg had met de gynaecoloog of waarbij de zorg overgedragen werd aan de gynaecoloog was beduidend hoger wanneer de gynaecoloog in huis was in de dienst ($p=0,02$). Tabel 1 laat de mate waarin klinisch verloskundigen verantwoordelijk waren voor de begeleiding tijdens de baring van vrouwen met een verhoogd risico.

Naast de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van de bevallingen rapporteerde 98% van de respondenten dat klinisch verloskundigen ook verantwoordelijk waren voor de supervisie van andere groepen, zoals verpleegkundigen en junior-assistenten in opleiding. 54% van de respondenten rapporteerden dat klinisch verloskundigen medicatie voorschrijven, hoewel dit niet binnen de bevoegdheden van de verloskundige valt. Tabel 2 laat zien op welke andere gebieden de klinisch verloskundige zelfstandig optreedt.

24 (41%) ziekenhuizen hadden meer dan vijf ervaren (meer dan vijf jaar gepraktiseerd na afstuderen) klinisch

verloskundigen in dienst. Daarentegen hadden twintig (31%) ziekenhuizen tenminste één onervaren (minder dan een jaar gepraktiseerd na afstuderen) klinisch verloskundige in dienst. In tien (17%) ziekenhuizen had tenminste één verloskundige een masteropleiding en in twee ziekenhuizen hadden alle verloskundigen een masteropleiding. In negen (15%) ziekenhuizen had geen van de verloskundigen een masteropleiding. In 42 (71%) ziekenhuizen was er een klinisch verloskundige in alle diensten. Deze verloskundige was meestal alleen, hoewel er in tien ziekenhuizen overdag een tweede verloskundige aanwezig was. Slechts in elf ziekenhuizen (19%) was er ook een gynaecoloog in alle diensten. Dit was meestal in de grotere ziekenhuizen ($p=0,02$). In de meeste ziekenhuizen werken de verloskundigen volgens lokale protocollen (92%).

Conclusie

Cronie et al. concluderen dat de klinisch verloskundige niet werkt binnen de bij wet vastgestelde kaders, die vooral gericht zijn op de eerstelijns verloskunde. De klinisch verloskundigen zijn daardoor door de wet noch door een landelijke overeenstemming over minimumeisen beschermd. De onderzoekers pleiten voor een aanvullende opleiding en een nationale standaard van minimumeisen voor de klinisch verloskundige. De bevindingen in deze studie zijn belangrijk voor de discussie over de positie van de klinisch verloskundige en de eisen die aan de klinisch verloskundigen gesteld kunnen en moeten worden met betrekking tot de opleiding, taken en verantwoordelijkheden. ■

Referentie

1. Cronie D, Rijnders M, Buitendijk S. Diversity in the scope and practice of hospital-based midwives in the Netherlands. *J Midwifery Womens Health* 2012; Sep-Oct;57(5):469-75.

Eén echodossier voor alle zwangeren in regio Breda

De verloskundigen en gynaecologen in de regio Breda hebben een eerste stap gezet op weg naar integrale zorg met de oprichting van B.V. Echocentrum Focus. In dit zelfstandige echobedrijf zijn alle echo's voor zwangeren ondergebracht; eerstelijns echo's, prenatale screening en tweedelijns echo's (zoals groei- en dopplerecho's). Iedere zwangere heeft dus één echodossier waarin alle echogegevens beschikbaar zijn en bij verwijzing zijn er geen herhalingsecho's nodig.

Op 17 mei jl. is Echocentrum Focus feestelijk geopend, uiteraard door een verloskundige en een gynaecoloog gezamenlijk, omdat zij samen Echocentrum Focus besturen. ■



Zie ook www.echocentrumfocus.nl