

Impressie symposium

De klinisch verloskundige 2.0, een nieuwe beroepsgroep?

Drs. V. van Dooren *namens bestuur NVOG*

Dr. J. Derks *voorzitter pijler FMG*

I. Berends-Ten Broeke *waarnemend hoofd klinisch verloskundigen, UMCU*

'Wat zijn mijn taken en verantwoordelijkheden bij de beoordeling of een vrouw wel of geen vaginale bevalling kan hebben na een eerdere sectio?', 'Welke zwangere heeft de hoogste prioriteit om gezien te worden door de gynaecoloog?' en 'Bel ik de gynaecoloog nu thuis of red ik het nog een half uurtje, wetende dat hij dan toch al in huis is?'" Vragen die een klinisch verloskundige dagelijks op haar bord krijgt en die aan de orde kwamen tijdens het symposium 'De klinisch verloskundige 2.0, een nieuwe beroepsgroep?'

De functie klinisch verloskundige is niet meer weg te denken uit de organisatiestructuur van de moderne verloskunde. Inmiddels werken er meer dan 700 klinisch verloskundigen in Nederlandse ziekenhuizen. De NVOG vindt het belangrijk dat gynaecologen en klinisch verloskundigen hun organisatorische en inhoudelijke samenwerking structureel bespreken. Voorts wil de NVOG klinisch verloskundigen een podium bieden voor bij- en nascholing en streeft zij naar meer uniformiteit in kennis- en opleidingsniveau. Het organiseren van een symposium voor deze doelgroep was een lang gekoesterde wens van veel gynaecologen en klinisch verloskundigen. Met dank aan de NVOG-pijler Foetomaternale Geneeskunde (FMG) is deze dag op 14 december jl. tot stand gekomen.

Geen 'harkjes', maar 'amoebe'-vormen

De middag startte met een openingswoord van de voorzitter van de NVOG, Sjaak Wijma. Zijn recente ervaring in gesprekken met buitenlandse collega-gynaecologen hebben de indruk verstrekt dat we in Nederland op de goede weg zijn met de samenwerking tussen gynaecologen en klinisch verloskundigen, en ook dat onze klinisch verloskundigen op het gebied van kennis en vaardigheden een hoog niveau hebben. Dit is belangrijk, de patiënt wil dat we herkenbaar onze zorg gezamenlijk goed regelen. We zijn geneigd onze organisaties in termen van organogrammen te beschrijven ('harkjes'), terwijl we meer in 'amoebe'-vorm zouden moeten denken. Niet wie de baas is mag het zeggen, maar wie het weet mag

het zeggen! Samenwerken is niet werken vanuit een lijst waarin is beschreven op welke onderdelen je niet samen hoeft te werken. Laten we Woodstock als inspiratie zien, vrij denken en zo een leidende coalitie vormen om de zorg voor de patiënt optimaal in gezamenlijkheid te regelen.

De dagvoorzitters Ingeborg Berends (waarnemend hoofd klinisch verloskundigen UMCU) en Jan Derks (voorzitter pijler FMG) leidden met verve het programma in goede banen. Zij gaven aan blij verrast te zijn met de grote opkomst: 200 klinisch verloskundigen en 70 gynaecologen hadden zich op 14 december in Amersfoort gemeld.

Binnen de pijler FMG is geconstateerd dat er behoefte bestaat aan meer structurele gedachtenwisseling met de klinisch verloskundigen. Samen zorgen voor goede patiëntenzorg kan alleen door elkaar beter te leren kennen. Dit is de basis voor de mogelijke oprichting van de werkgroep Klinische Verloskunde, die later op de middag zal worden besproken.

De functie van klinisch verloskundige is steeds belangrijker geworden op de verloskamer. Opvallend is dat een groot deel van de klinisch verloskundigen (47,8%) de opleiding in het buitenland heeft genoten. Niet alleen de personele invulling van de verloskamer is veranderd, ook de behoeften van de maatschappij veranderen sterk. De keuze voor de plaats van de bevalling is gewijzigd ten gunste van het ziekenhuis.

Klinisch verloskundige: rol, rechtspositie en opleiding

Aren van Loon, perinatoloog en lid van de KNOV-NVOG Stuurgroep Klinisch Verloskundigen, nam ons eerst mee in de geschiedenis van de totstandkoming van het Eindrapport Klinisch verloskundige in 2010. De toenmalige KNOV-NVOG-werkgroep Klinisch Verloskundigen kreeg begin 2009 de opdracht te beschrijven hoe de positie van de klinisch verloskundigen binnen de wet- en regelgeving geformaliseerd zou kunnen worden, een kader te schetsen voor de rol, plaats en positie van klinisch verloskundigen binnen de klinische setting en voorstellen te doen hoe de



opleiding, registratie en accreditatie van klinisch verloskundigen geregeld zouden moeten worden. In dit kader is de wet BIG, en dan vooral de artikelen aangaande de deskundigheid van artsen en van verloskundigen (artikel 19 lid 1 en artikel 31), van belang en moeten we ons afvragen wanneer een zorgverlener al dan niet zelfstandig bevoegd is voorbehouden handelingen te verrichten. In de werkgroep is destijds uitgebreid gediscussieerd over de keuze tussen uitbreiding van de AMvB (Algemene Maatregel van Bestuur) en het instellen van een specialistenregister voor klinisch verloskundigen. Gekozen is uiteindelijk voor het laatste, met als belangrijkste redenen dat de titel klinisch verloskundige op deze manier wettelijk beschermd is, dat de professionele zelfstandigheid van de klinisch verloskundige zo gewaarborgd is, dat de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid van zowel de klinisch verloskundige als de gynaecoloog op deze manier eenduidig geregeld zijn en dat het voor de ziekenhuisorganisatie en de patiënt duidelijkheid geeft. De huidige KNOV-NVOG-stuurgroep, licht hij toe, werkt aan een *Modelprotocol organisatie van cliëntgebonden werkzaamheden en verantwoordelijkheidsverdeling, aan het Beroeps- en opleidingsprofiel en aan een verzoek aan de Minister van VWS tot Instelling van een specialistenregister klinisch verloskundigen*. Het blijkt niet mee te vallen om een en ander goed te beschrijven; dat we onder een vergrootglas van onder andere de inspectie, van justitie en ook van het publiek liggen maakt het er niet gemakkelijker op. Laten we Klinisch Verloskundige 2.0 gaan vertalen in Samenwerken 2.0: geen discussies over "Wie is de baas?" of "Raak ik mijn autonomie kwijt?", maar over de vraag hoe we samen de beste zorg bieden; niet denken in termen van bedreiging, maar in termen van kansen. Er volgt een korte discussie over rol en positie van de klinisch verloskundige in het ziekenhuis (in hoeverre wordt er meebevestigd, waarover en door wie) en over de wenselijkheid van de aanwezigheid van de gynaecoloog op de werkvloer. Een discussie als deze leidt al snel tot een gesprek over (eind)verantwoordelijkheid. Laat er geen misverstand over bestaan, een klinisch verloskundige heeft een eigen professionele verantwoordelijkheid. Overigens net als de gynaecoloog, die daarnaast ook de verantwoordelijkheid

draagt voor de inhoud en organisatie van de verloskundige zorg in het ziekenhuis.

Verantwoordelijkheden

'Bij wie liggen welke verantwoordelijkheden bij een vrouw die een vaginale baring wil na een eerdere sectio?', vroegen Anneke Kwee (perinatoloog en perswoordvoerder NVOG) en Daphne Bergkotte (klinisch verloskundige) bij de presentatie van hun casus aan de aanwezigen. Door de zaal wordt heftig gediscussieerd over het beleid, de voortgang van de baring en wat zouden de aanwezigen hebben gedaan?

In de aansluitende presentatie werd benoemd dat een van de problemen is, dat een sectio in de voorgeschiedenis geen verplicht veld is in de LVR, de tip is om dit wel te benoemen.

Tevens wordt benoemd dat in de Verenigde Staten het sectiopercentage grotendeels wordt bepaald door vrouwen die een eerdere sectio hebben gehad. De Amerikaanse gynaecologenvereniging herkent dit probleem, maar krijgt het roer niet om. Amerikaanse artsen durven een 'trial of labor' niet meer aan. Wel ontstaat er een patiëntenlobby, waarbij er al zelfs tuchtzaken zijn van artsen die worden beschuldigd van een onterechte sectio. Deze kant moeten we niet op, we moeten onze counselling echt goed doen. Een Nederlands probleem hierbij is dat de praktijkvariatie groot is. Hier moeten we wat aan doen.

Na een korte bespreking van de richtlijn 'Zwangerschap en bevalling na een eerdere sectio caesare' en de incidentie van uterusrupturen, wordt er een discussie gevoerd aan de hand van de volgende vragen:

- Wat is een afwijkend CTG; is dat op te schrijven?
- Hoe lang wacht je bij volledige ontsluiting als er geen persdrang is?
- Hoe zit het met bijstimuleren?
- Wat is het beleid durante partu?
- Wat moet de inhoud van het counselinggesprek zijn?
- Hoe staat het met de perceptie van de risico's?

De presentatie eindigde met een aantal 'take home messages':

- Counseling: bespreek in het hele team door wie dit wordt gedaan, in welk geval en op welke (uniforme) wijze.

- Is de klinisch verloskundige voldoende opgeleid?
- Hoe gaan we om met de juridische risico's? Gaan we verloskunde bedrijven zoals gynaecologen en klinisch verloskundigen vinden dat het vanuit kwaliteit van zorg moet gebeuren of gaan juristen dat bepalen. Zij zien alleen de slechte casus.

Verantwoordelijkheden en keuzes maken

Het benoemen van verantwoordelijkheden en het maken van keuzes is aan de orde van de dag bij het verrichten van triage. Onderwerp van de interactieve casus 'Triage in de praktijk voor de klinisch verloskundige' van Ien van der Woerdt (klinisch verloskundige) en Steven Koenen (perinatoloog).

'Het woord triage is bedacht door de lijfarts van Napoleon, Dominique Jean Larrey', zo vertelt Steven de aanwezigen. Het doel is een schifting te maken en te bepalen wat er nuttig is om te doen:

1. niets aan de hand, soldaat terug naar het front;
2. soldaat is dood, niets meer aan te doen;
3. soldaat kan opgelapt worden en dan terug naar het front.

Ook voor de tegenstander is deze triage ingevoerd en hiermee heeft deze man vele levens weten te redden. Het Franse woord 'trier' betekent: 'het rangschikken van gewonden naar aard en ernst van de verwondingen en het aan de hand daarvan bepalen van behandelings- of afvoerurgentie'.

Voorbeelden van situaties waarin triage essentieel is, zijn het neerstorten van het Turkse vliegtuig bij Schiphol en '9/11'. Belangrijkste principes zijn: 'Do the most good for the most people' en pas het toe in de juiste volgorde.

Op de verloskamers wordt de hele dag triage gedaan, aan de telefoon, bij binnenkomst op de verloskamers en door het stellen van prioriteiten op een drukke verloskamerafdeling.

Koenen en Van der Woerdt schetsen een casus waarin in tien verloskamers diverse dames in partu zijn met uiteenlopende problematiek. Er volgt een geanimeerde discussie in de zaal over de triage. Onverwachte gebeurtenissen in de casus laten zien dat triage geen moment is, maar een proces waarin prioriteiten kunnen wijzigen. Actie vraagt om reactie.

Teamtraining acute situaties

In acute situaties wordt zeker om actie en reactie gevraagd. Guid Oei (perinatoloog) liet in zijn presentatie zien dat met behulp van teamtrainingen acute situaties beter het hoofd kunnen worden geboden.

In de historie zijn talrijke voorbeelden te vinden van calamiteiten waarin duidelijk wordt wat er werkelijk gebeurt qua communicatie, leiderschap en handelen. In het voorbeeld van het Italiaanse cruiseschip dat in januari 2012 is gekapseisd werd de kapitein aan de schandpaal genageld; vergeten wordt echter dat er een heel team bij betrokken was. Een prachtig voorbeeld is de noodlanding op de rivier de Hudson in

2009. De piloot nam letterlijk een time-out om zijn team te vragen of iemand een beter idee had dan te landen op de Hudson.

Oei vertelt hoe dit soort situaties zijn te trainen in de verloskunde. De ontwikkelde teamtraining is dusdanig van opzet dat iedereen uit zijn comfortzone wordt gehaald en vergeten wordt dat het om een oefening gaat. Het allerbelangrijkst is dat nabesproken wordt 'wat ging er goed en wat kon er beter?'

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de obstetrische teamtraining; teams die getraind waren presteren significant beter bij een onverwachte steekproef. Er is een effect op kennis, vaardigheid en patiëntenuitkomsten. De nieuwste inzichten gaan uit van het principe van 'deliberate practice', hetgeen zoveel betekent dat oefening belangrijker is dan talent. De 10.000-uren-regel, afkomstig van de Amerikaan Ericsson, stelt dat als je maar genoeg oefent je heel ver kunt komen. Dit principe is expliciet toegepast in de obstetrische klinische training. Zeer geschikt hiervoor is ook Serious Gaming. Guid Oei geeft een voorbeeld van een simulatie van een (onverwachte) stuitbevalling. Het is een demoversie, maar dit is wel de toekomst en wellicht kan er het volgende symposium getraind worden!

Mede namens het bestuur van de NVOG willen wij alle deelnemers hartelijk danken voor hun aanwezigheid en enthousiaste deelname aan de discussies. Bovenal willen we de sprekers bedanken voor hun inspirerende presentaties.

Wordt vervolgd!

Werkgroep Klinische Verloskunde

Eén van de onderwerpen op de agenda van het symposium was de bespreking van de oprichting van de werkgroep Klinische Verloskunde. Door de dagvoorzitters werd aangegeven dat het doel van de werkgroep is het bieden van een inhoudelijk podium waarop klinisch verloskundigen en gynaecologen van gedachten kunnen wisselen, conform het model dat de NVOG voor al haar werkgroepen kent. Een werkgroep biedt gelegenheid voor de beroepsgroep om onderling en met andere aanpalende zorgverleners (zoals echoscopisten, kinderartsen, IVF-artsen, analisten histologie en nu dus ook klinisch verloskundigen) van gedachten te wisselen over de inhoud van onze diverse vakgebieden en de samenwerking op de werkvloer.

De zaal geeft aan dat de voorgestelde werkgroep in een behoefte voorziet. Benadrukt wordt dat de werkgroep over de inhoud zal gaan en niet over beroepsbelangen. Vanuit de zaal wordt aangegeven dat deze middag een heel positief initiatief is dat zeker vervolg moet krijgen!