

Ambitieuze voorstellen voor hervorming verloskundige zorg

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte presenteert eindrapport

Relinde van der Stouwe, Wil van Veen, Jos Becker Hoff

Op 6 januari was het zover: de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte bracht in Utrecht haar adviesrapport uit aan minister Klink. In het rapport worden voorstellen gedaan voor het optimaliseren van de zorg rond zwangerschap en geboorte met als doel de perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. Als direct betrokkene bij de zorg kunt u dit rapport vinden op de ledensite van de KNOV. Wij zetten hier de belangrijkste punten voor u op een rij en vragen aan het eind aan KNOV directeur Jos Becker Hoff, die namens het bestuur van de KNOV in de Stuurgroep zat, om een eerste algemene reactie.

Stuurgroep

De discussie over de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland was voor minister Klink aanleiding om in 2008 deze Stuurgroep in te stellen. De Stuurgroep kreeg de opdracht om vóór 1 januari 2010 concrete en realistische voorstellen te doen die de zorg rond zwangerschap en geboorte moeten optimaliseren, zodat waar mogelijk de

zaken rondom zwangerschap en geboorte in Nederland geanalyseerd. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van maternale en perinatale sterfte en morbiditeit? Vervolgens zijn voorstellen uitgewerkt voor de zorg rond zwangerschap en geboorte die deze oorzaken aanpakken en daarmee de uitkomsten verbeteren.

De problematiek is steeds vanuit vier invalshoeken benaderd: kwaliteit, organisatie, achterstandssituaties en transparantie. De Stuurgroep richtte hiertoe vier taakgroepen in, bestaande uit professionals uit de praktijk. Iedere taakgroep heeft gewerkt aan deeladviezen, die zijn besproken en gewogen in de Stuurgroep. Vervolgens is de inbreng van de taakgroepen met elkaar gecombineerd om uiteindelijk uit te monden in het voorliggende integrale advies.

Oorzaken

Hoewel de perinatale sterfte in Nederland afneemt, gaat dit ten opzichte van andere Europese landen minder snel. De voornaamste oorzaak hiervoor ligt volgens de Stuurgroep in onze veranderende samenleving waarop in algemene zin niet optimaal is ingespeeld. De zwangeren-

De kans op sterfte en morbiditeit is het grootst voor de oudere moeder en de moeder afkomstig uit een etnische minderheidsgroepering.

perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen.

Professor Koos van der Velden gaf leiding aan de Stuurgroep waarin vertegenwoordigers van cliënten, beroepsgroepen, verzekeraars en relevante institutionele koepels samenwerkten. De inhoud van het advies is dan ook een gezamenlijke inspanning van alle betrokken partijen en wordt door alle besturen gedragen.

Werkwijze

De Stuurgroep heeft allereerst de huidige stand van

populatie heeft een ander profiel gekregen met meer en ernstiger risico's.

De Stuurgroep constateert dat de kans op sterfte en morbiditeit het grootst is voor de oudere moeder en de moeder afkomstig uit een etnische minderheidsgroepering. De kans is het hoogst bij vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen, een laag geboortegewicht en/of zuurstofgebrek bij de geboorte. De onderliggende risico's op sterfte en morbiditeit doen zich vooral voor bij niet-westerse migranten, zwangeren met een onderliggende ziekte en zwangeren die een ongezonde leefstijl hebben (vooral roken, drinken en slechte voedingsgewoonten). Deze risico's cumuleren bij zwangeren in een achterstandssituatie.

Relinde van der Stouwe en Wil van Veen maken deel uit van de redactie van dit tijdschrift; Jos Becker Hoff is directeur van de KNOV

De Stuurgroep constateert dat de zorg wisselend reageert op deze problemen. Gezondheidsvoorlichting en preventie krijgen nog te weinig aandacht. Daarnaast is er een gebrek aan gestructureerde samenwerking van zorgaanbieders in alle geledingen. Deze fragmentatie heeft tot meer vrijblijvendheid in de zorg geleid, ten koste van moeder en kind. Tegelijkertijd wordt een concentratie van ziekenhuisvoorzieningen geconstateerd. Al deze ontwikkelingen zetten de beschikbaarheid en bereikbaarheid, en de kwaliteit van zorg onder druk.

Risicoselectie en overdracht

Uit onderzoek blijkt dat het systeem van risicoselectie zoals dat in de eerstelijns gehanteerd wordt, voldoet. Het aantal overdrachten naar de tweedelijns is echter groot. Ruim tachtig procent van alle zwangeren heeft op enig moment te maken met meerdere zorgprofessionals en dit percentage neemt toe. Slechts een klein deel van de overdrachten is acuut, maar daarin schuilt wel veel risico.

Visie: moeder en kind in de hoofdrol

De zorg rond zwangerschap en geboorte moet meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd worden. De Stuurgroep realiseert zich dat het als een open deur klinkt, maar de realiteit is anders. Met moeder en kind in de hoofdrol zijn de professionals dienend aan belangen van moeder en kind. Deze visie brengt met zich mee dat er meer en systematisch wordt geluisterd naar de ervaringen van de zwangere. Mede op basis daarvan moeten verdere verbeteringen worden doorgevoerd. Daarmee wordt de zorg rond zwangerschap en geboorte gebaseerd op een luisterende en lerende organisatie.

In samenhang met de visie op 'moeder en kind in de hoofdrol', wordt ingezet op meer samenwerking, eenheid in kwaliteitsbeleid, en zorg op maat waarbij vrouwen in achterstandsituaties onze speciale aandacht behoeven.



De zwangerenpopulatie heeft een ander profiel gekregen met meer en ernstiger risico's.

De Stuurgroep wil dat de overheid een standaard voorlichtingsprogramma ontwikkelt over een aantal inhoudelijke onderwerpen gericht op gezond en veilig zwanger worden. Iedereen in Nederland moet door dit programma worden bereikt, niet alleen vrouwen. Het voorlichtingsprogramma moet al vroeg beginnen, zowel op de basisschool als in de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Landelijk moet een uniforme preconceptioneel boodschap worden bepaald die door alle professionals wordt uitgedragen. Een vrouw en haar (eventuele) partner moeten

Slechts een klein deel van de overdrachten is acuut,
maar daarin schuilt wel veel risico.

PCZ

In het rapport wordt ruime aandacht gevraagd voor preconceptioneel zorg. We moeten van een reactieve benadering naar een meer proactief beleid rond zwangerschap en geboorte, gericht op het welzijn van moeder en kind. Of anders gezegd, vooraf de condities voor een gezonde zwangerschap optimaliseren, in plaats van een afwachttende houding innemen. De Stuurgroep geeft duidelijke aanwijzingen voor het organiseren en de inhoud van preconceptioneel zorg. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen voorlichting enerzijds en collectieve en individuele zorg anderzijds.

overal dezelfde basisinformatie over preconceptioneel zorg ontvangen of vinden, ongeacht waar zij deze informatie verkrijgen. Er hoeft niet zo zeer één landelijke uniforme folder of website te zijn, maar de Stuurgroep vindt wel dat via alle verschillende kanalen (denk ook aan internetfora) dezelfde boodschap wordt uitgedragen. Het individuele preconceptioneel consult wordt in principe verzorgd door de eerstelijns verloskundige of de (verloskundig actieve) huisarts. De verloskundigen en huisartsen maken hierover onderling afspraken om een zo groot mogelijk bereik te realiseren. In het consult wordt voorlichting gegeven en gescreend. Indien specifieke risico-

factoren zijn vastgesteld, is een aanvullend individueel specialistisch preconceptieconsult nodig bij de gynaecoloog. De Stuurgroep onderkent dat niet verwacht mag en kan worden dat iedereen zelf op zoek gaat naar individueel preconceptieadvies. Contactpersonen uit het eigen sociale netwerk van de doelgroep (denk aan ouders, leerkrachten, imams, burens, etc.) kunnen hierbij mogelijk fungeren als gids, maar ook andere zorgverleners. Denk daarbij aan de huisarts, maatschappelijk werkster, thuiszorg of de jeugdgezondheidsverpleegkundige.

De Stuurgroep vindt dat er een Preconceptie Indicatielijst (PIL) moet komen. Hiermee worden professionals voorzien van up-to-date en evidence-based informatie over aandoeningen en risicofactoren die van belang zijn voor gezond zwanger worden, en over de bijpassende interventies en zorgverlening. Per aandoening/risicofactor zal verwijzing naar specialistische preconceptiezorg worden beschreven. Vanzelfsprekend zal de PIL afgestemd moeten zijn met de al bestaande Verloskundige Indicatielijst (VIL).

Samenwerking

De Stuurgroep vindt dat een meer gestructureerde en naadloze samenwerking nodig is zonder schotten, in plaats van de huidige meer gefragmenteerde zorg. Een papieren samenwerking alleen is niet genoeg. Samenwerking vergt organiseren, vastleggen, elkaar er aan houden en verantwoorden (zie hiervoor de bijdragen van Simone Buitendijk en Anna Krüger, elders in dit tijdschrift).

Ten eerste moet daartoe (op kort termijn) een Perinataal Webbased Dossier (PWD) worden ontwikkeld, waarmee professionals hun onderlinge communicatie kunnen versterken. Door zowel medische gegevens als afspraken in het PWD op te nemen kunnen overdrachtssituaties veiliger worden gemaakt.

Ten tweede beveelt de Stuurgroep een onafhankelijk gezaghebbend orgaan 'College Perinatale Zorg' aan, wat min of meer een voorzetting van de huidige Stuurgroep is. Dit orgaan moet landelijke multidisciplinaire protocollen en kaders ontwikkelen en toetsen die regionaal worden geïmplementeerd en lokaal worden uitgevoerd. Dit College zal zich niet zo zeer bezighouden met de daadwerkelijke uitvoering van de zorg, maar is verantwoordelijk voor facilitaire randvoorwaarden, kwaliteitsinstrumenten, monitoring en toetsing. Daarnaast stimuleert het College het gebruik van de gegevens uit de PRN en de terugkoppeling van de uitkomsten van de perinatale audits aan instellingen, professionals en zwangeren ('benchmarking'). Ten derde kent de Stuurgroep aan VSV's een belangrijke rol toe. VSV's gaan zorgdragen voor de implementatie en uitvoering van de door het College Perinatale Zorg vastgestelde protocollen en kaders op lokaal niveau. Daarnaast worden binnen een VSV een zogenaamde

kerngroep geformeerd van verloskundigen, verloskundige actieve huisartsen, gynaecologen, (en waar nodig kinderartsen) die wekelijks alle nieuwe zwangeren en probleemgevallen bespreken.

Nieuwe instrumenten

De Stuurgroep stelt drie nieuwe instrumenten voor om een gezonde en veilige zwangerschap te garanderen: de casemanager, het geboorteplan en het huisbezoek. Voor iedere zwangere is er een vast aanspreekpunt die haar begeleidt bij haar zwangerschap. Dit case management wordt in principe vervuld door de eigen verloskundige, verloskundig actieve huisarts of gynaecoloog. De casemanager stelt samen met iedere zwangere een op haar toegesneden individueel zorgpad voor de zwangerschap op. Dit wordt uiterlijk in de twaalfde week vastgelegd in een zogenoemd geboorteplan. Dit geboorteplan omvat het verwachte verloop van de zwangerschap, geboorte en kraamperiode met heldere ijkmomenten. Ook worden via het geboorteplan de reguliere zwangerschapscontroles ingepland, waaronder een verplicht huisbezoek vóór de 34e week.

Dit huisbezoek is noodzakelijk om voldoende inzicht te hebben in de mogelijke risico's in de thuissituatie van de zwangere. De casemanager is verantwoordelijk voor (de uitvoering van) het huisbezoek ter beoordeling van de

Uit onderzoek blijkt dat het systeem van risicoselectie zoals dat in de eerstelijns gehanteerd wordt, voldoet.



thuissituatie. Zij/hij kan zelf het bezoek afleggen of er zorg voor dragen dat het huisbezoek wordt uitgevoerd door een adequaat geschoolde professional van de kraamzorginstelling of van het ziekenhuis als de zwangere medisch is geïndiceerd.

Tijdens het huisbezoek wordt beoordeeld of in de thuissituatie van de vrouw een veilige bevalling en kraambled mogelijk is. Het gaat hier om zowel de veiligheid van de zwangere en het (ongeboren) kind als om de veiligheid van de werksituatie voor de professionals (verloskundige en kraamverzorgende).

Plaats van bevallen

Uiterlijk in de 34ste zwangerschapsweek bepaalt de case-manager - in samenspraak met de zwangere - waar de bevalling in principe gaat plaatsvinden. Daarbij geldt: in de eerstelijns als dat kan, in de tweedelijns als dat moet. De Stuurgroep vermeldt expliciet dat de thuisbevalling niet ter discussie staat; onderzoek staft geen relatie tussen de perinatale sterfte en thuisbevalling. Wel kunnen woonomstandigheden of gezinssituaties een indicatie vormen voor een poliklinische bevalling of een bevalling in een geboortecentrum. Een geboortecentrum is volgens de Stuurgroep een locatie met een 'droge' verbinding naar het ziekenhuis, waar laagrisicozwangeren onder regie van een eerstelijns verloskundige bevallen, met dezelfde faciliteiten als in een thuissituatie. Op dit moment heeft ongeveer 25% van de ziekenhuizen een geboortecentrum dat aan deze definitie voldoet. De Stuurgroep ziet dit percentage graag groter in de grote steden waar ze uitkomst bieden aan vrouwen in achterstandssituaties, maar geeft aan dat nadere studie naar de effecten van de introductie op grotere schaal van geboortecentra gewenst is. Ook als de vrouw (en haar partner) zelf kiest voor een poliklinische bevalling of geboortecentrum, mogen er geen financiële drempels bestaan. De eigen bijdrage voor bevallen in een geboortecentrum of zonder medische indicatie poliklinisch in het ziekenhuis (op eigen verzoek) moet daarom vervallen.

Continue begeleiding tijdens bevalling

De Stuurgroep is van mening dat optimale zorg voor moeder en kind alleen gegarandeerd kan worden als de zwangere niet meer alleen gelaten wordt tijdens de bevalling. Zodra de bevalling is begonnen mag de zwangere niet meer alleen gelaten worden. De bevalling begint met de aanvang van de actieve ontsluitingsfase, na het volledig verstrijken van de baarmoederhals. Bij laagrisicozwangeren kan de een-op-een begeleiding worden gegeven door kraamverzorgden (die binnen 30 minuten na oproep door de verloskundige aanwezig is), bij hoogrisicozwangeren door O&G-verpleegkundigen of klinisch werkzame kraamverzorgenden.

Bij laagrisicobevallingen bewaakt de verloskundige de voortgang van de bevalling en de conditie van moeder en kind tenminste iedere twee uur. In de actieve fase begeleidt een verloskundige een barendende vrouw. Vanaf de actieve ontsluitingsfase bij een bevalling in het ziekenhuis (hoog risico) geldt voor de professionele bewaking en behandeling een verhouding van 1:2 (obstetrisch professional: vrouw). Een obstetrisch professional in het ziekenhuis (gynaecoloog, geautoriseerde arts-assistent of klinisch verloskundige) kan dus verantwoord maximaal twee bevallingen tegelijk bewaken/behandelen.



© Blonda Heeringa, Deift

Dit huisbezoek is noodzakelijk om voldoende inzicht te hebben in de mogelijke risico's in de thuissituatie van de zwangere. De casemanager is verantwoordelijk voor (de uitvoering van) het huisbezoek ter beoordeling van de thuissituatie.

Daarnaast is er een superviserend gynaecoloog beschikbaar, aangezien deze professional in een spoedsituatie altijd beschikbaar moet zijn voor een ingreep (zie ook de Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde van de NVOG, nog niet onderschreven door de NVZ). Van de instelling wordt verwacht dat zij flexibel en proactief met hun menkracht omgaat. Daarmee wordt bedoeld dat er een (vaste) basisbezetting is en dat er professionals worden opgeroepen als het drukker wordt. Zo kan iedere zwangere te allen tijde de zorg krijgen die zij nodig heeft.

De Stuurgroep beveelt verder aan in 2010 te onderzoeken hoe tijdens de actieve ontsluitingsfase de foetale conditie gemonitord moet worden. Dit zou in een beroepsgroep-overstijgend protocol moeten worden vastgelegd. Vanwege de discussie in de media dringt de Stuurgroep aan op nader onderzoek naar de voor- en nadelen van het huidige beleid rond 'overtijd zijn'. De Stuurgroep heeft in ieder geval een extra ijkmoment opgenomen in het geboorteplan: bij 41 weken moet beoordeeld worden of er risico is voor de individuele zwangere en haar (ongeboren) kind. Daarbij gaat het niet alleen om de medische aspecten, maar ook om de (psycho)sociale aspecten.

dat de vrouw voor een acute situatie naar het ziekenhuis komt. De gynaecoloog zorgt er direct na deze melding voor dat de noodzakelijke voorbereidingen worden getroffen, zodat zonder uitstel de noodzakelijke behandeling kan worden gegeven (sectio, andere kunstverlossing, opvang pasgeborene e.d.). De eerstelijns professional zorgt er ook voor binnen vijftien minuten in het ziekenhuis te zijn om de overdracht (verder) te faciliteren.

Kraamzorg

Zowel de verloskundige als de kraamverzorgende moet 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar zijn voor de pasgeworden moeder.

Het 'College Perinatale Zorg' moet landelijke multidisciplinaire protocollen en kaders ontwikkelen en toetsen die regionaal worden geïmplementeerd en lokaal worden uitgevoerd.

Acute zorg

De kwaliteit van de acute zorg is gegarandeerd, ongeacht het moment van de dag, avond, nacht of weekend. Dit geldt zowel voor laagrisicozwangeren in de eerstelijns, als voor de hoogrisicozwangeren in de tweedelijns. De Stuurgroep vindt dat de medisch verantwoordelijke professional in staat moeten zijn om binnen vijftien minuten de noodzakelijke behandeling te kunnen starten, zodat de zwangere nooit hoeft te wachten. Bij een onverwachte spoedsituatie thuis kan nodeloos tijdverlies optreden door aanrijdtijd van verloskundige én ambulance, gevolgd door tijd voor verplaatsing naar het ziekenhuis. In het rapport worden drie situaties genoemd waarover duidelijke afspraken moeten worden vastgelegd in VSV-verband en met de Regionale Ambulance Dienst:

De verloskundige beoordeelt de spoedoproep en zorgt dat zij/hij of een collega binnen vijftien minuten bij de vrouw ter plekke is om de benodigde verloskundige zorg te verlenen.

De verloskundige beoordeelt de spoedoproep en stelt een niet-acuut risico vast, maar wel een risico met mogelijke overdracht naar de gynaecoloog. In deze situatie draagt de zorgverlener de zwangere op direct naar het geboortecentrum of ziekenhuis te gaan. De eerstelijns professional, die ook binnen 15 minuten ter plaatse is in het geboortecentrum of ziekenhuis, controleert de vrouw aldaar.

De verloskundige beoordeelt de spoedoproep en stelt een acuut risico vast. Zij/hij voorziet de noodzaak tot overdracht aan de gynaecoloog en spoedingrijpen door de gynaecoloog. Om nodeloos tijdverlies te vermijden, schakelt de eerstelijns professional direct de ambulance in. Tevens informeert zij/hij het ziekenhuis (de gynaecoloog)

De verloskundige beoordeelt tijdens vijf huisbezoeken in de kraamperiode de medische situatie, signaleert eventuele risico's en onderneemt zo nodig actie om de adequate zorg voor de moeder en/ of haar kind te organiseren. Bijvoorbeeld door contact op te nemen met de huisarts of de betrokken gynaecoloog of kinderarts. Wisseling van kraamverzorgende moet tot maximaal één keer worden beperkt, om de continuïteit van zorg voor moeder en kind te waarborgen.

Aandacht voor achterstandssituaties

Bij vrouwen in een achterstandssituatie gaat de Stuurgroep uit van vrouwen van niet-westerse afkomst, vrouwen met een lage sociaaleconomische status en vrouwen die in achterstandswijken wonen. Er is een enorme diversiteit in de individuele profielen van deze vrouwen, maar leven in een achterstandssituatie is vaak een leven in isolement en in een aantal gevallen een leven in twee culturen met verschillen in ziektebeleving en met een andere manier van hulp zoeken. Een kind op komst leidt ook vaak tot meer sociale en financiële problemen, tot meer spanning in de relatie en soms tot huiselijk geweld.

Cruciaal voor het verbeteren van de achterstandssituatie is het dichten van de informatiekloof en zorg op maat met bijzondere aandacht voor medische en (psycho)sociale problemen. Dit betekent doelgroepspecifieke voorlichting, preventieprogramma's en intensivering van zorg.

Allereerst suggereert de Stuurgroep een landelijke aanvalsplan à la Rotterdam. Daarnaast moet in de inburgeringscursus aandacht worden besteed aan veilig zwanger worden en zijn, aan de verloskundige en aan kraamzorg. Er moet meer meertalig informatiemateriaal komen. Een duidelijk (fysiek) loket in de wijk waar vrouwen informatie

kunnen verkrijgen over preconceptiezorg is noodzakelijk. De begeleiding van zwangeren in de achterstandssituatie vraagt een strakker regime van zorg. De casemanager vervult voor deze doelgroep een cruciale rol. Zij/hij moet deel uit maken van een samenhangend systeem van organisaties en instellingen binnen, maar vooral ook buiten de gezondheidszorg. De casemanager zorgt voor een actieve opsporing en monitoring van risicofactoren met bijzondere aandacht voor verwaarlozing en kindermishandeling in de baarmoeder. Denk aan het identificeren van zorgwekkende opvoedingssituaties met behulp van bijvoorbeeld Alpha NL.

organisatie. Voor de zorg zie ik ten eerste een uitdaging in de preconceptiezorg. Hierin hebben wij een voorsprong opgebouwd en nu kunnen we onze eerdere investeringen omvormen in uitvoering. De samenwerking met de huisartsen hierin vormt ook een uitdaging. Ten tweede is de intensievere begeleiding, vooral rondom de geboorte, een kans voor ons. Wat de organisatie betreft vind ik van belang de versterking van het VSV en het verplicht uitwisselen van informatie over alle nieuwe zwangeren belangrijk en een stevig door alle betrokken beroepsorganisaties gedragen college perinatale zorg dat voor meer uniforme werking van richtlijnen zorg gaat dragen.

De professionals op de werkvloer hebben een sleutelrol: een deel van de aanbevelingen kunnen zij direct gaan oppakken.

De Stuurgroep vindt het van belang dat in elke regio van het land de mogelijkheid bestaat tot opname vanwege klinisch kraambed van moeder en kind. Hiervoor is een speciale ruimte noodzakelijk met gespecialiseerd verpleegkundig personeel. Deze opnames zijn nodig om de moeder-kind interacties te observeren, crisisinterventies te plegen, het sociale netwerk te activeren en de nazorg te coördineren. De Stuurgroep vindt bovendien dat er voor risicokinderen een gestandaardiseerd overdrachtprotocol moet worden ontwikkeld van kraamzorg (eerstelijns of klinisch) naar jeugdgezondheidszorg.

Hoe nu verder?

In het slotwoord geeft de Stuurgroep aan dat het realiseren van de aanbevelingen geen sinecure is en een gezamenlijke inspanning vergt van professionals, zwangeren en overheid.

De professionals op de werkvloer hebben een sleutelrol: een deel van de aanbevelingen kunnen zij direct gaan oppakken. Voor andere aanbevelingen zijn ze afhankelijk van de overheid, zorgverzekeraars en de beroepsorganisaties. Het zal een ieder duidelijk zijn dat 2010 een interessant jaar gaat worden voor ons, verloskundigen, en alle (toekomstige) zwangere vrouwen.

Bij het ter perse gaan van dit tijdschrift, waren we nog niet op de hoogte van een eerste reactie van de minister. Daarom vroegen we KNOV directeur Jos Becker Hoff, die de KNOV mede vertegenwoordigde in de Stuurgroep, om een eerste reactie.

Waar, in welk onderdeel van het advies, zie je als KNOV directeur de grootste winst voor de beroepsgroep?

Ik zou er toch graag meer willen noemen maar wel beperken tot twee terreinen namelijk de zorg en de

Waar, in welk onderdeel zit de grootste uitdaging (knelpunt/gevaar) voor onze eigen beroepsgroep?

Een echte uitdaging ligt toch vooral in het overleg, het gesprek dat verloskundigen moeten gaan voeren in de VSV's maar ook in het kader van de perinatale audit. Hier moeten onze verloskundigen "hun mannetje" staan gesteund met het onderschreven uitgangspunt: "wat **kan** in de eerstelijns en wat **moet** in de tweede- en derdelijns".

Willen wij in het veld met het advies aan de slag gaan, dan moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan worden: o.a. tarief voor pcz, loslaten eigen bijdrage poliklinische bevalling, meer personeel in ziekenhuis en kraamzorg om continue begeleiding te realiseren en een lagere normpraktijk voor de verloskundigen.

Hoe kijk je daar tegenaan?

Is het denkbaar dat de minister deze aanbevelingen naast zich neerlegt en er geen middelen voor beschikbaar stelt?

Als dit niet wordt gerealiseerd (lees: het moet binnen het bestaande budget en middelen) hoe kunnen we er dan mee aan de slag?

De Stuurgroep heeft in heldere bewoordingen aangegeven dat ook de minister en de politiek hun verantwoordelijkheid moeten nemen.

Ja, het kost wat en ja het levert ook op. Het eerste is overigens gemakkelijker hard te maken en bij het tweede komt ook wat gezond verstand kijken. Dit geldt natuurlijk zeker de collectieve maatregelen die ook inzetten op een brede maatschappelijke trendverandering en die zijn altijd voor de langere adem.

De Stuurgroep zegt duidelijk tegen de minister: "neem het advies integraal over" en eigenlijk wil ik niet nadenken over de vraag 'wat als...'. Het moet gewoon, punt uit.

Er wordt om regie gevraagd. Verliest de verloskundige haar zelfstandige positie?

Alle nieuwe cliënten moeten namelijk worden gepresenteerd in een zogenaamde kerngroep van VsV's. Dit kan een kantelpunt in de relatie verloskundige versus gynaecoloog zijn.

Gaan we onze functie als poortwachter verliezen?

En hoe gaan we dit praktisch realiseren?

Kan de kerngroep wekelijks alle nieuwe cliënten in de eerstelijns praktijken en in de tweedelijns bespreken?

Nee, natuurlijk blijft de verloskundige een zelfstandig medicus. Dat heeft niet ter discussie gestaan. Haar positionering blijft evenwel een sterk aandachtspunt, vooral ook gezien haar toekomstige taak en rol binnen VsV's.



Cruciaal voor het verbeteren van de achterstandssituatie is het dichten van de informatiekloof en zorg op maat met bijzondere aandacht voor medische en (psycho)sociale problemen.

Waar het nu op aan komt, is dat alle betrokkenen opnieuw onderschrijven dat de eerstelijns verloskundige zo lang mogelijk in charge moet blijven. We moeten samen onze functie en taken blijven verbeteren en afstemmen, dit geldt dus ook voor de risicoselectie. En voor het verbeteren hiervan willen wij samenwerken. Wat de praktische kanten betreft van de bespreking van alle zwangeren kan ik mij voorstellen dat het hierin vooral om de uitwisseling en mogelijke (digitale) match van informatie zal gaan en bespreking van de zwangeren die daartoe noodzakelijk zijn.

Wat betekent het College Perinatale Zorg voor het richtlijnenbeleid van de KNOV? Participeren we straks alleen maar in multidisciplinaire richtlijnen?

Het betekent in ieder geval dat alle partijen onderschrijven dat die richtlijnen waar meerdere disciplines mee te maken hebben, in gezamenlijkheid tot stand moeten komen en ook gezamenlijk moeten worden vastgesteld. Het zal ook betekenen dat er enige betrokkenheid zal zijn van aanpalende groepen, net als nu, bij die richtlijnen die uitsluitend monodisciplinair zijn gericht.

Over tijd raken. De Stuurgroep heeft in ieder geval een extra ijkmoment opgenomen in het geboorteplan: bij 41 weken moet beoordeeld worden of er risico is voor de individuele zwangere en haar (ongeboren) kind. Wie ijkt? De casemanager?

Ja, dat is wat de Stuurgroep aangeeft en is feitelijk niet nieuw, want de verloskundig medische professionals doen dit al.

Over de casemanager in achterstandssituaties: voor veel zwangeren zal de eerstelijns verloskundige de casemanager zijn. Maar in achtersituaties is dit wel een erg zware taak voor verloskundigen. Lijkt ook niet combineren met bereikbaarheid voor verloskundige zorg.

Hoe ziet je dit?

Zoals de stuurgroep aangeeft, is het juist in deze situaties van groot belang dat de casemanager goed op de hoogte is van de sociale kaart. Zodat zij kennis heeft wat anderen voor haar zwangere zouden kunnen en moeten betekenen. De casemanager mag zich niet alleen voelen staan. Het in opdracht van de NZa gedane onderzoek laat zien dat er onduidelijkheid is over de besteding en effecten van de beschikbare gelden voor achterstandssituaties. Het ontbreekt aan meetbare effecten; anders gezegd er lijkt geen verschil te bestaan in geleverde zorg. Naar de wijze waarop deze gelden beschikbaar worden gesteld zullen zorgverzekeraars en KNOV vanaf januari kijken. Een structuur zoals die voor huisartsen geldt en waarbij de helft van de middelen in een fonds wordt gestort voor praktijkoverstijgende investeringen, wordt niet uitgesloten.

Wordt vervolgd!

De redactie van Tijdschrift voor Verloskundigen is voornemens vanaf maart 2010 elk van deze vragen en mogelijk ook andere vragen die bij u leven, artikelsgewijs te gaan behandelen. Mocht u vragen en of suggesties hebben: tvv@knov.nl ■