

# Over veranderende normen

## De promotie van Marianne Amelink-Verburg

Relinde van der Stouwe

**Verloskundige Marianne Amelink-Verburg promoveerde onlangs op haar proefschrift 'The role of primary care midwives in the Netherlands'. In dit proefschrift evalueert zij het verloskundige zorgsysteem. Daarbij komt zij tot inzichten die ons de huidige ontwikkelingen in het verloskundige werkveld beter doen begrijpen .**



### De geschiedenis van de risicoselectie

In de jaren zestig van de vorige eeuw legde de gynaecoloog Kloosterman de basis voor ons Nederlandse systeem met de scheiding tussen eerste en tweedelij, tussen fysiologie en pathologie, tussen laag en hoog risico. In die tijd had het onderscheid tussen laag en hoog risico een andere betekenis dan vandaag de dag. Stuitbevallingen en tweelingzwangerschappen werden begeleid in de eerste lijn. Bij een trage baring diende de verloskundige of huisarts oxytocine toe en als de uitdrijving stagneerde, kwam de gynaecoloog thuis een forceps doen. In die context deed Kloosterman de uitspraak: "iedere afwijking van het fysiologische verloop rechtvaardigt een ziekenhuisbevalling". Hij introduceerde de eerste verloskundige indicatielijst waarin 39 condities werden beschreven die

Nederlandse verloskundigen presenteren zichzelf als de experts in de begeleiding van de normale zwangerschap en baring. In het promotieonderzoek van Marianne Amelink-Verburg naar de rol van eerstelijns verloskundigen in Nederland, staan drie vragen centraal:

1. wat is een normale zwangerschap en baring?
2. hoe pakt de rolverdeling tussen eerste en tweede lijn in de praktijk uit?
3. hoe kan deze werkwijze worden geëvalueerd?

Amelink analyseert de evolutie van de eerste Kloostermanlijst tot de Verloskundige Indicatielijst (VIL) van 2003, en beschrijft hoe de betekenis van 'normaal' verandert. Voor het beantwoorden van de tweede vraag heeft Amelink (en medeonderzoekers) gebruik gemaakt van de LVR-1 database. Allereerst beschrijft ze de trend in de verwijzingen tijdens de zwangerschap en baring door de eerste- naar de tweede lijn tussen 1988 en 2004. Vervolgens zoomt ze in op de verwijzing tijdens de baring tussen 2001 en 2003 en de neonatale uitkomsten bij deze verwijzingen. Beide studies zijn eerder gepubliceerd in het *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Voor de derde vraag gaat ze (met behulp van de Delphimethode) op zoek naar indicatoren die de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg bepalen. Tevens onderzoekt Amelink de betrokkenheid van de zorgverleners bij de perinatale audit en wat er gebeurt met de uitkomsten van de audit. Tot slot worden de achtergronden onderzocht bij 70 calamiteiten die tussen 2006 en 2008 bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werden gemeld. In een discussie brengt zij samenhang aan in al de informatie die deze afzonderlijke studies hebben opgeleverd. Daarbij geeft zij haar visie op hoe verloskundigen kunnen werken aan kwalitatief goede zorg.

begeleiding in het ziekenhuis indiceerden. Door de tijd heen is die lijst uitgebreid tot 143 condities. De geschiedenis leert ons dat de zogenaamde scherpe scheiding tussen normaal en pathologie niet bestaat; het is eerder een glijdende schaal. Toegenomen diagnostiek en technologische mogelijkheden, nieuwe kennis en inzichten, en maatschappelijke veranderingen hebben onze kijk op wat we als normaal beschouwen, veranderd. De lijst van normale condities is in de loop van de tijd steeds beperkter en homogener geworden terwijl de pathologische condities steeds heterogener en omvang-

wordt daarbij vaak gelijkgesteld aan complicaties en eerstelijns zorg als een thuisbevalling. Dit resulteert in oneliners als 'De helft van de vrouwen die voor een thuisbevalling kiezen, komen uiteindelijk vanwege complicaties in het ziekenhuis terecht'. Een plaatje van een ambulance maakt het beeld van de falende risicoselectie compleet.

De studies die Amelink en medeonderzoekers hebben verricht, laten een ander beeld zien. Slechts 3,4 procent van alle thuisbevallingen betreft een spoedverwijzing. Driekwart van alle verwijzingen tijdens de baring vindt plaats tijdens de ontsluitingsfase; de meest voorkomende

## Amelink pleit dan ook voor het loslaten van de laag-hoogrisico-dichotomie en voor een classificatie in meerdere categorieën

rijker geworden zijn. Amelink pleit dan ook voor het loslaten van de laag-hoogrisicodichotomie en voor een classificatie in meerdere categorieën, bijvoorbeeld: laag risico, nadere diagnostiek vereist, additionele hulpmiddelen vereist, dreigende of optredende pathologie. Immers een vrouw die tijdens de bevalling behoefte krijgt aan pijnbestrijding, daarvoor verwezen wordt, en vervolgens normaal bevalt - dat is geen hoogrisicosituatie. Dat is een laagrisico vrouw die een hulpmiddel nodig had dat in de eerste lijn niet beschikbaar was.



Amelink maakt daarbij een scherpe opmerking: onderzoekers die uitkomsten in de eerstelijns zorg vergelijken met die in de tweedelijns zorg, alsof het een vergelijking betreft tussen een laagrisico- versus een hoogrisicopopulatie, verliezen uit het oog dat de populatie die verwezen wordt naar de tweede lijn steeds heterogener wordt. Afhankelijk van wat een studie probeert te bewijzen, zal de eerste- dan wel tweedelijns zorg als gunstiger worden geïnterpreteerd dan ze in werkelijkheid is.

### Werket de risicoselectie?

Bijna de helft van alle primigravida die haar baring begint onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige, wordt verwezen naar de tweede lijn. Verwijzing naar de tweede lijn

indicaties zijn niet-vorderende ontsluiting en behoefte aan pijnstilling. In die gevallen is het transport naar het ziekenhuis over het algemeen niet anders dan naar het ziekenhuis reizen voor een geplande poliklinische bevalling. Niettemin is het voor Amelink duidelijk dat dit hoge verwijspercentage tijdens de baring aanpassing vraagt van onze organisatie. Nu dragen verloskundigen de zorg over en daarmee stopt hun begeleiding. Deze discontinuïteit in de zorg op een cruciaal moment is onwenselijk voor de vrouw in kwestie. Amelink verwijst daarbij naar de studie van Marlies Rijnders waarin vrouwen die verwezen worden tijdens de baring minder tevreden zijn over hun bevalling dan vrouwen die thuis bevallen of gepland in het ziekenhuis. [Rijnders et al, 2008] Om die overgang naar een andere omgeving en zorgverlener soepeler te laten verlopen zou de verloskundige een rol moeten blijven spelen, ook na de overdracht. Afhankelijk van de situatie, kan dit een begeleidende rol zijn dan wel een medische. Een dergelijke verandering van rollen en betrokkenheid vraagt wel om een herorganisatie van ons systeem. De inspecteur perinatale zorg Amelink weet namelijk als geen ander dat onduidelijkheid over verantwoordelijkheden tot onveilige situaties leidt. Veranderingen in de wijze van samenwerken eisen duidelijke afspraken en strikte protocollen.

Overigens pleit zij niet voor een uitbreiding van het werkerterrein van de verloskundige maar voor een herbeoordeling van haar huidige taken. De expertise en capaciteiten van verloskundigen en gynaecologen verschillen. Deze verschillen moeten meer expliciet worden gemaakt. Dan wordt duidelijk hoe eerste en tweedelijns zorgverleners elkaar kunnen aanvullen en hun zorg op de persoonlijke noden van de individuele zwangere kunnen afstemmen.

### Causale verbanden

Veel is gezegd en geschreven over perinatale sterfte en

het verband met ons verloskundige systeem van eerste- en tweedelijns zorg. Voor Amelink staat het als een paal boven water dat de beschikbare data geen inzicht geven in de achtergronden van het relatief hoge perinatale sterftecijfer. De nieuwe PRN dataset kan wellicht een bijdrage leveren aan een beter inzicht in de relatie tussen baringsuitkomsten en de geleverde zorg in de eerste, tweede en derde lijn. Amelink wijst er op dat interpretatie van data moeilijk zal blijven vanwege de heterogeniteit van de verwijzingen en omdat een aanzienlijk deel van de vrouwen die in de tweede lijn bevalt in feite laagrisico-vrouwen zijn.

Met een perinatale audit hebben zorgverleners een belangrijk analytisch instrument in handen. Daarmee kunnen zij substandaard factoren maar ook *best practices* blootleggen, en onder- en overbehandeling aantonen. Perinatale audits zijn volgens Amelink vooral geschikt op lokaal niveau. Daar hebben multidisciplinaire discussies over de zorg grotere openheid en verbeteracties tot gevolg. Amelink waarschuwt ook voor de beperkingen van perinatale audits. Perinatale mortaliteit betreft een aantal selectieve gevallen. De resultaten uit een audit kunnen nooit leiden tot nieuw beleid of interventies zonder de consequenties voor de hele populatie te overwegen.

### Betere zorg

Verbeteringen in de zorg verwacht Amelink door vooral te werken aan de communicatie tussen zorgverleners in het algemeen en specifiek bij de overdracht van zorg. Daarnaast is een voortdurende waakzaamheid bij de monitoring van de maternale en foetale conditie essentieel en een duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden. Deze verbeteringen in wat Amelink basisvoorwaarden voor goede zorg noemt, komen voort uit het onderzoek naar de achtergronden bij 70 ernstige incidenten (zie kader). Deze basisvoorwaarden gelden voor alle echelons en alle disciplines. Goede zorg wordt namelijk niet geleverd door stenen en gebouwen maar door de zorgverleners die er in werken. [Keirse, 2010] ■

### Referentie

- Amelink-Verburg MP. (2011). *The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery care in the Dutch maternity care system: a descriptive study*. Thesis University of Amsterdam. Den Haag: Pasmans Offsetdrukkerij BV
- Keirse MJ. (2010). Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. [cursief] *Birth*[einde cursief] 37(4):341-346
- Rijnders M, Baston H, Schönbeck T., van der Pal, K. Prins M, Green J et al. (2008) Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experiences in women 3 years post partum in the Netherlands. [cursief] *Birth*[einde cursief] 35(2):107-116.

#### Verloskundigenpraktijk Vondelpark in Amsterdam-West

**Zoekt een vroedvrouw**, die weet, dat zij het verschil kan maken. Die, het motto van de praktijk, **“Many things that really count cannot be counted”** van harte kan onderschrijven.

*“The effect of warmth and kindness on the measurable outcomes of pregnancy may be difficult to demonstrate, but these qualities are simply good in themselves.”*  
*Many things that really count cannot be counted.*  
 (Enkin and Chalmers 1982)

**De praktijk** is gevestigd in een mooi pand midden in de stad. Tevens Ouder en Kind Centrum, waarmee wij een goede samenwerking hebben. Heeft een eigen echo-centrum samen met vier andere stadspraktijken. Is vennoot in Beval Centrum West

#### Wij hechten aan:

Continue (barings)ondersteuning door de verloskundige zelf  
 Meerdere dagen dienst achter elkaar in verband met zoveel mogelijk continuïteit  
 30 minuten spreekuurtijd  
 Beperkt aantal inschrijvingen

**Wij zoeken** een collega voor langere tijd die full-time wil werken.

Voor meer info over de praktijk kun je op onze website kijken; [www.vondelpark.nu](http://www.vondelpark.nu)  
 Bel voor informatie: naar Constance Erwich 06-33035135 of Joke Klinkert 06-16788833.

## VERLOSKUNDIGENPRAKTIJK VONDELPARK



BREDERODESTRAAT 108 1054 VH AMSTERDAM  
**TEL 06 52478953** TEL.SPREEKUR 13-14UUR  
**BGG 020 592 38 61** INFO@VONDELPARK.NU  
**FAX 020 772 83 66** WWW.VONDELPARK.NU  
 AANGESLOTEN BIJ DE CYCLUSGROEP