

# De organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten

Trees Wiegiers, Julia Borst en Anke Oostveen

**In de discussie rond de perinatale sterfte ligt de focus op de samenwerking tussen eerste-lijns verloskundigen en de zorgverleners in de tweede lijn. Niet onbelangrijk is echter ook de samenwerking in de verloskundige spoedzorg. Juist in acute situaties moeten de professionals elkaar weten te vinden en elkaar blindelings kunnen vertrouwen. In opdracht van de KNOV en Ambulance Zorg Nederland onderzocht het NIVEL hoe de organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten verloopt. Wat zijn knelpunten en waar kunnen we de spoedzorg verbeteren?**

## Aanleiding en achtergrond van het onderzoek

Door recente discussies over perinatale sterfte en de veiligheid van het Nederlandse systeem van verloskundige zorg is ook de spoedzorg in de verloskundige keten meer in de belangstelling komen te staan. In het advies van de stuurgroep zwangerschap en geboorte: 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' wordt bijvoorbeeld aangedrongen op 'een betere organisatie, meer samenwerking, meer afspraken, meer regie en helderheid over verantwoordelijkheden van professionals op lokaal niveau' [Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009]. Een probleem is echter dat er geen duidelijk inzicht is in de manier waarop de samenwerking binnen de verloskundige keten in spoedsituaties verloopt. De KNOV heeft daarom, samen met Ambulance Zorg Nederland (AZN) het initiatief genomen om onderzoek te doen naar de organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten. Dit initiatief sloot ook goed aan bij het vijfjaren plan Patiëntveiligheid (2008-2012) van de KNOV: 'Verloskundige zorg, veilige zorg!' [Offerhaus, 2008]. Het hier gepresenteerde onderzoek is gesubsidieerd door ZonMw en uitgevoerd door het NIVEL [Borst, 2010].

## Wat is spoedzorg?

Spoedzorg of acute zorg in het algemeen is zorg die geen uitstel duldt. De zorgvraag is zodanig urgent dat er

binnen een bepaalde tijd handelend opgetreden moet worden om ernstige gevolgen of zelfs sterfte te kunnen voorkomen. Er is bijvoorbeeld sprake van spoedzorg als een zwangere met weeën de verloskundige belt, die daar direct op moet reageren. Toch is dat nog geen spoedzorg in de verloskundige keten. Daar spreken we pas van als er meerdere zorgverleners bij betrokken zijn en de zorg met spoed moet worden overgedragen van de ene zorgverlener naar de andere. Bijvoorbeeld als een zwangere zich meldt bij een huisartsenpost, maar met spoed verloskundige zorg nodig heeft of als een verloskundige besluit dat een cliënte met spoed naar de tweede lijn verwezen moet worden. De situatie die centraal heeft gestaan in dit onderzoek is een thuisbevalling waarbij zich complicaties voordoen waardoor met spoed vervoer naar het ziekenhuis en overdracht naar de gynaecoloog nodig wordt. Daarbij kan gedacht worden aan foetale nood, een slechte start van het kind of fluxus bij de moeder. De verloskundige kan dan een beroep doen op de ambulancezorg, of ze kan haar cliënt zelf naar het ziekenhuis vervoeren. In vrijwel alle gevallen zal de vrouw direct naar de afdeling verloskunde gebracht worden en niet naar de afdeling spoedeisende hulp (SEH).

## Citaat 1

**Een cliënte schrijft: Tijdens de uitdrijving meconiumhoudend vruchtwater, verloskundige verwachtte een snelle uitdrijving, daarom aanvankelijk niet ingestuurd. Echter vorderde niet heel snel, dus alsnog besloten tot insturen met de ambulance. Geen cortonenpathologie. Eerste ziekenhuis vol, wil ons niet accepteren, tweede ziekenhuis vol, wil ons niet accepteren. Al met al heeft dit ± 10 minuten vertraging gegeven. Derde ziekenhuis (meest ver) accepteert wel, heeft plaats. Al met al is dit een zeer stressvolle situatie voor zowel de verloskundige als de ouders.**

Om ook in die situaties de verloskundige zorg goed te laten verlopen is vooral samenwerking tussen de verloskundige, de ambulancedienst en de afdeling verloskunde van het ziekenhuis van belang. De centrale vraagstelling van het onderzoek was daarom gericht op het in kaart brengen van de samenwerking tussen verloskundigen en andere

*Trees Wiegiers is senior onderzoeker NIVEL, Julia Borst was junior onderzoeker NIVEL ten tijde van het onderzoek, Anke Oostveen is beleidsadviseur belangenbehartiging KNOV.*

ketenpartners, met name ambulancediensten en medewerkers van de afdeling verloskunde in ziekenhuizen, maar ook huisartsenposten.

### Onderzoeksopzet

Het onderzoek is in twee fasen uitgevoerd. De eerste fase bestond uit semigestructureerde interviews met vier eerstelijns verloskundigen, vijf ambulancemedewerkers, vier huisartsen, twee meldkamer centralisten, twee gynaecologen, drie klinisch verloskundigen en een O&G verpleegkundige. In elk van de elf traumaregio's is tenminste één zorgverlener geïnterviewd. Door middel van deze interviews is een inventarisatie gemaakt van de bestaande situatie, van mogelijke knelpunten daarin en van zaken die anderzijds aandacht vragen met betrekking tot de organisatie van de spoedzorg in de verloskundige keten. De resultaten van deze inventarisatie zijn gebruikt om vragenlijsten op te stellen voor de tweede fase: de kwantitatieve dataverzameling.

In de tweede fase van het onderzoek zijn schriftelijke vragenlijsten verspreid onder eerstelijns verloskundige praktijken, ambulancediensten, huisartsenposten en ziekenhuisafdelingen verloskunde/gynaecologie in alle elf traumaregio's. De vragenlijsten hadden voor elke beroepsgroep dezelfde opbouw, maar waren toegesneden op de eigen situatie. In totaal zijn 180 vragenlijsten verspreid onder zorgverleners en 108 ingevuld terugontvangen (zie tabel 1). Dat is een respons van 60%. Als de huisartsenposten buiten beschouwing gelaten worden komt de respons op 64%. Verschillende huisartsen hebben laten weten de vragenlijst niet in te kunnen vullen omdat ze maar zelden met een verloskundige spoedsituatie te maken hebben.

**Tabel 1: Respons van de verschillende zorgverleners in de verloskundige spoedzorg keten.**

	Aangeschreven		
	n	respons	%
Eerstelijns verloskundigen	88	53	60
Afdelingen verloskunde (zhs)	44	30	68
Ambulancediensten	25	18	72
Huisartsenposten	23	7	30
Totaal	180	108	60

Aan de deelnemende verloskundige praktijken is ook gevraagd een schriftelijke vragenlijst uit te reiken aan cliënten die gedurende de looptijd van de dataverzameling met spoedzorg in de verloskundige keten in aanraking zijn gekomen. Tweeënveertig cliënten hebben een vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. De citaten in dit artikel zijn uit die vragenlijsten afkomstig.

### Hoe vaak is er sprake van spoedzorg in de verloskundige keten?

Om een idee te krijgen hoe vaak een beroep gedaan wordt op spoedzorg in de verloskundige keten, is in de schriftelijke vragenlijst aan de eerstelijns verloskundigen gevraagd aan te geven hoe vaak in de voorgaande twaalf maanden in hun praktijk een cliënt met spoed naar de tweede lijn moest en hoe vaak in de voorgaande twaalf maanden een ambulance is opgeroepen voor een spoedsituatie bij een cliënt thuis. In de vragenlijst voor de afdelingen verloskunde van de ziekenhuizen is gevraagd hoe vaak het in de voorgaande twaalf maanden is voorgekomen dat een patiënt, gestart met de bevalling in de eerste lijn, met spoed is doorverwezen naar het ziekenhuis. In de vragenlijst voor ambulancemedewerkers is gevraagd hoe vaak volgens hen een verloskundige patiënt met spoed naar de tweede of derde lijn vervoerd moest worden (zie tabel 2). Met spoed werd hier bedoeld 'alles wat de zorgverlener als spoed ervaart waarbij hij/zij het noodzakelijk acht dat de vrouw direct doorverwezen wordt naar een andere zorgverlener'. Let wel: dit is een subjectieve definitie, waarbij elke zorgverlener zelf bepaalt wat de mate van urgentie is.

Ruim de helft van de verloskundigen heeft ingevuld dat een spoedverwijzing in hun praktijk hooguit twaalf keer per jaar (maandelijks: 22%) of minder (jaarlijks: 37%) voorkomt. Door respondenten uit de ziekenhuizen wordt een veel hogere frequentie gemeld: bijna driekwart van hen geeft aan dat het wekelijks (28%) of meerdere malen per week (44%) voorkomt. Dit verschil heeft niet (alleen) te maken met een verschillende inschatting van de urgentie van de verwijzing, maar ook met het verschil in schaal: er zijn vijf keer zoveel verloskundige praktijken dan ziekenhuizen, dus ziekenhuizen krijgen verwijzingen uit gemiddeld vijf verloskundige praktijken. Dat betekent dat als een verloskundige praktijk gemiddeld een keer per maand een cliënt met spoed naar een ziekenhuis verwijst, dan ontvangt een ziekenhuis gemiddeld vijf spoedverwijzingen per maand, dat is meer dan een per week. Gemiddeld wordt in een verloskundige praktijk ongeveer

### Citaat 2

Een cliënte schrijft:

02:33 uur bevallen, placenta vast;

03:03 uur ambulance gebeld;

03:20 uur aankomst ambulance; kon niet liggend naar beneden, brandweer gebeld;

04:15 uur (plusminus) aankomst brandweer;

daarna naar ziekenhuis, waar bij aankomst anesthesist en gynaecoloog nog niet aanwezig zijn.

**Tabel 2: Aantal spoedverwijzingen durante partu, naar eigen inschatting van de respondenten**

	Eerstelijns verloskundigen		Afdelingen verlos- kunde ziekenhuizen		Ambulance- diensten	
	n	%	n	%	n	%
Meerdere malen per week	1	2	11	44	2	11
Wekelijks	5	10	7	28	0	-
Meerdere malen per maand	15	29	3	12	7	39
Maandelijks	11	22	2	8	6	33
Jaarlijks	19	37	2	8	3	17
<b>Totaal</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

zes keer per jaar een ambulance oproepen en vrijwel even vaak besluit een verloskundige de cliënt met spoed met eigen vervoer naar het ziekenhuis te brengen. Aan ambulancediensten is gevraagd om aan te geven hoeveel van hun spoedritten om verloskundige zorg gaan. Uit de registratiecijfers van dertien van de 25 aangeschreven ambulancediensten is berekend dat 0,98% van alle spoedritten verloskundige ritten zijn.

### Organisatie van de verloskundige spoedzorgketen

Uit de interviews met vertegenwoordigers van alle betrokken ketenpartners zijn enkele thema's naar voren gekomen waarmee de organisatie van de spoedzorg in de verloskundige keten beschreven kan worden, zoals: de werkwijze van de afzonderlijke ketenpartners, het vervoer, de opvang in het ziekenhuis en samenwerkingsafspraken of protocollen. Daarmee is meer inzicht verkregen in het verloop van de contacten en mogelijke knelpunten daarbij en is meer inzicht verkregen in wat zorgverleners van elkaar weten en verwachten. De teneur van alle interviews was: de samenwerking loopt over het algemeen goed, maar er zijn zeker verbeteringen mogelijk. Enkele opvallende knelpunten die uit de interviews naar voren kwamen zijn:

- er is geen vast omschreven werkwijze voor het doorgeven van een melding bij het aanvragen van een ambulance;
- op de huisartsenpost ontbreekt vaak een overzicht van telefoonnummers van dienstdoende verloskundigen;
- bij een melding aan de meldkamer wordt vaak niet doorgegeven én niet gevraagd of de cliënt zich op een bovenverdieping (zonder lift) bevindt waardoor misschien tilassistentie nodig is;
- het is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor het vinden van een ziekenhuisbed, als het ziekenhuis van de eerste voorkeur geen plek heeft;
- er bestaat onduidelijkheid over nut en noodzaak van het aanvragen van couveusevervoer;

- de overdracht in het ziekenhuis moet soms meerdere malen herhaald worden, bijvoorbeeld als de gynaecoloog niet in huis is;
- met name ambulancemedewerkers en verloskundigen zijn vaak slecht op de hoogte van elkaars bevoegdheden, vaardigheden en kennis;
- er bestaat vrijwel nergens een structureel overleg om probleemsituaties met alle betrokkenen samen te evalueren.

De interviews leverden verder gedetailleerde voorbeelden op van incidenten of bijna-incidenten die wel inzichtelijk maken waar knelpunten in samenwerking zijn, maar niet in de mate waarin of de frequentie waarmee dergelijke situaties zich voordoen.

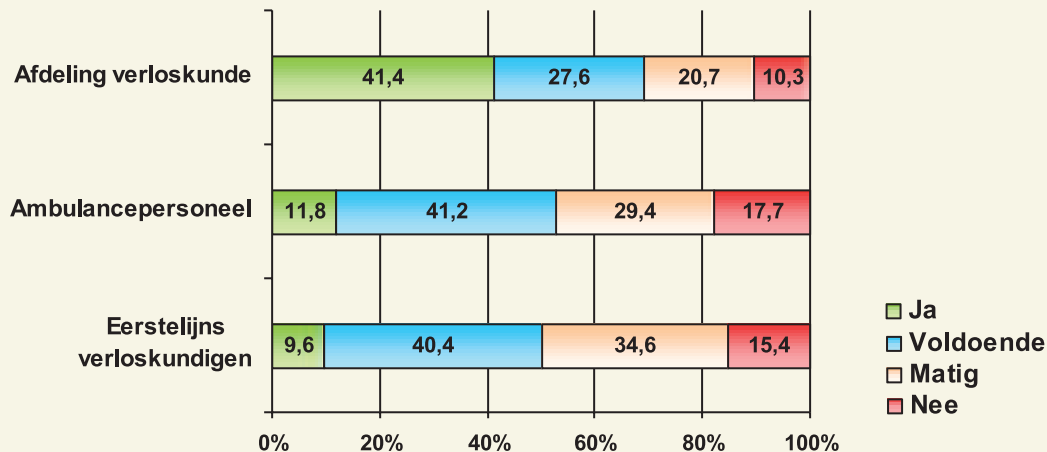
### Citaat 3

**Een cliënte schrijft: aanleiding voor de opname was een niet-vorderende ontsluiting (bleef steken op 9½ centimeter). Ambulance was snel ter plaatse. Echter, groot manco was dat er in de dichtstbijzijnde ziekenhuizen geen verloskamers beschikbaar waren. Verloskundige heeft vijf telefoongesprekken gevoerd met ziekenhuizen in drie provincies. Uiteindelijk heeft de laatste plaats gemaakt.**

Uit de schriftelijke vragenlijsten zijn, evenals uit de interviews, knelpunten naar voren gekomen die vooral te maken hebben met communicatie, met onbekendheid met elkaars werkwijze of expertise en met het ontbreken van heldere afspraken over samenwerking. Wat verder tot onduidelijkheid en misschien tot tijdverlies kan leiden, is het gebrek aan inzicht in elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden. Uit de figuur blijkt dat 50% van de verloskundigen en 47% van de ambulancemedewerkers heeft aangekruist dat ze dat inzicht onvoldoende hebben. Van de respondenten uit de ziekenhuizen geeft een op de drie dat aan.

## Fihuur: Figuur: Inzicht in elkaars (on)mogelijkheden

## Heeft u inzicht in de (on)mogelijkheden van andere zorgverleners in de keten?



Een voorbeeld hiervan is de onduidelijkheid rond het infuusprikken. De ambulanceverpleegkundige verwacht dat de verloskundige dat al gedaan zal hebben, terwijl niet elke verloskundige daar bekwaam in is of tijd voor heeft. Andersom weten verloskundigen vaak niet precies wat ze van de ambulanceverpleegkundigen kunnen verwachten, anders dan dat de patiënt vervoerd gaat worden. De inhoud van de ambulanceprotocollen is onvoldoende bekend bij verloskundigen. Een tweede voorbeeld betreft de overdracht naar het ziekenhuis. Onduidelijkheid en daarmee mogelijk tijdverlies bij de (telefonische) overdracht naar het ziekenhuis ontstaat als de gynaecoloog niet in huis is en degene die de overdracht ontvangt de situatie eerst zelf wil beoordelen alvorens de gynaecoloog alsnog op te roepen. Toch blijkt ook uit de schriftelijke vragenlijsten dat de directe, praktische samenwerking tussen de ketenpartners over het algemeen probleemloos verloopt. Dat geldt in het bijzonder voor de contacten tussen de verloskundigen en de ambulancemedewerkers ter plaatse, zij vullen elkaar meestal goed aan wanneer snel handelen vereist is. Ook het contact tussen de afdelingen verloskunde en de eerstelijns verloskundigen verloopt meestal goed, vooral

als men elkaar kent en met elkaar vertrouwd is. Persoonlijke contacten en vertrouwen dragen bij aan een goede samenwerking en soepele overdracht.

### Aanbevelingen

De conclusie uit dit onderzoek is dat concrete afspraken en protocollen nodig zijn als basis voor een goede samenwerking, zodat er, ook in gevallen waar de persoonlijke contacten nog niet of niet meer zo goed zijn, voldoende houvast is. De afspraken en protocollen vormen de radertjes in de machine van de samenwerking, goede persoonlijke contacten en onderling vertrouwen zijn de olie die alles soepel laat verlopen. Daarom zijn de volgende aanbevelingen gedaan:

1. verbeter de bekendheid van bestaande richtlijnen en protocollen, ontwikkel eventueel aanvullend een ketenbreed protocol, als kader voor regionale afspraken;
2. maak heldere afspraken op lokaal niveau, bijvoorbeeld in het VSV, over wie de verantwoordelijkheid draagt om een ander ziekenhuis te zoeken, wanneer de afdeling vol ligt;
3. maak heldere afspraken in het VSV (verloskundig samenwerkingsverband of soortgelijke vorm van samenwerking) over de ontvangst in het ziekenhuis en over wanneer en op wiens verzoek de gynaecoloog wordt opgeroepen als hij/zij niet in huis is;
4. maak heldere afspraken over het invoeren van tilassistentie, zowel met de zwangere, door vooraf te bespreken wat de mogelijkheden en risico's zijn, als met de regionale meldkamer door in het meldprotocol daar een vraag over op te nemen;
5. maak heldere afspraken op regionaal niveau over couveusevervoer, stel vast wanneer het echt nodig is en wanneer een andere vorm van vervoer van de baby volstaat en neem in het meldprotocol op dat de

### Citaat 4

Een cliënte schrijft: dame op de ambulance was onzeker maar hulpvaardig. Verloskundige heeft haar goed ingelicht. Verloskundige is meegegaan naar het ziekenhuis, samenwerking met de verloskundige daar verliep goed. Verloskundige moest, toen ook de uitdrijving niet vorderde, dit overdragen aan de gynaecoloog. Gynaecoloog schatte de situatie eerst onvoldoende in, maar handelde vervolgens adequaat.

centralist een tijdsindicatie geeft voor aankomst van een ambulance met couveuse;

6. maak heldere afspraken, bijvoorbeeld in het VSV of het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg), over gezamenlijke scholing, met name rond acute zorg. Dit zorgt ervoor dat men elkaar persoonlijk leert kennen, vergroot het inzicht in elkaars mogelijkheden en bevordert vertrouwen in elkaars competenties en expertise (zie ook in dit nummer 'Trainen voor betere samenwerking', pag 49).

Informatie over bestaande richtlijnen en protocollen (zie aanbeveling 1) is onder andere te vinden op de website van de KNOV. Daar is ook een toelichting van de KNOV bij het meest recente Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA7) te vinden.

In een afsluitend symposium op 21 september 2010 is met betrokkenen uit alle sectoren die te maken hebben met spoedzorg in de verloskundige keten gediscussieerd over de resultaten uit het onderzoek.

De hierboven vermelde aanbevelingen zijn mede tot stand gekomen op grond van die discussies. ■

### Citaat 5

Een cliënte schrijft: G3P; 02: 42 uur. Ik zou die dag ingeleid worden, maar 's nachts werd ik wakker met veel bloedverlies. Mijn eigen verloskundige had tegen mij gezegd dat ik ze altijd kon bellen dus dat heb ik gedaan. Zij was er meteen. Het hartje klopte goed maar er was veel bloedverlies. Omdat het ziekenhuis in de buurt was, zijn de verloskundige en ik in één auto snel naar het ziekenhuis gereden. Mijn partner volgde in onze eigen auto. Daar is de gynaecoloog erbij gekomen en heeft een echo gemaakt. Op dat moment braken mijn vliezen en twee weeën later ben ik bevallen. Het vruchtwater was bloederig en er zaten meerdere stolsels achter de placenta. Onze zoon is gezond geboren!

### Referenties

- Borst J. de, Wieggers TA. (2010). *Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten*. Utrecht, NIVEL.
- Offerhaus P., Hoff I. van der. (2008). *Verloskundige zorg, veilige zorg! 2008-2012. 5 jaren plan Patiëntveiligheid*. Utrecht, KNOV.
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Stuurgroep zwangerschap en geboorte, Utrecht

### Verloskundigen trainen ambulancepersoneel en vice versa

Volgens het NIVEL-rapport betreft slechts 1% van alle ambulanceritten een verloskundige indicatie. Niettemin is het niet uitzonderlijk dat ambulancepersoneel bij een bevalling er alleen voorstaat. Raak je met ambulancepersoneel in gesprek, dan komen de verhalen los. Wat dacht u van een intra-uteriene overplaatsing naar een derdelijns ziekenhuis waarbij de premature tweeling in de ambulance onderweg wordt geboren?



Of de zwangere vrouw van een drieling met gebroken vliezen die op de bovenverdieping ligt? Een vrouw van 50 jaar die totaal onverwacht een baby baart. Een stuitbevalling van een asielzoekster in een caravan? Redenen te over om ambulancepersoneel te trainen in verloskundige vaardigheden. Zo schoolden verloskundigen Anne Margreeth Elsinga en Relinde van der Stouwe ambulancepersoneel in Friesland bij. Ambulanceverpleegkundige Harm Roemeling mailde de verloskundigen een week na de training: 'Nogmaals bedankt voor jullie leerzame training. Gisteren heb ik een bevalling gedaan bij de lift van het ziekenhuis. Ik wist precies wat ik moest doen, heb de navelstreng afgehaald, hoofdje omvat. Het ging heel rustig. Vader stond alles te filmen.'

Omgekeerd verzorgden Harm Roemeling en een collega een reanimatietraining voor de verloskundigen. Training blijkt een goed middel om elkaar te leren kennen, begrip te krijgen voor elkaar werksituaties en de werkwijzen op elkaar af te stemmen.