

# Grotere rol voor de zwangere

## Naar een nieuwe vorm van communicatie met de cliënt

Kristel Zeeman

**Vraaggestuurde, cliëntgerichte zorg, daar legt de overheid al langere tijd de nadruk op in haar beleidsnota's. Andere beroepsgroepen, zoals huisartsen zijn sinds de jaren negentig bewust vraaggestuurd gaan werken.**

**Verloskundigen werden tot nu echter opgeleid zonder een samenhangend model dat de cliënt centraal zet. De nascholing in het kader van het KNOV project 'Kracht van begeleiding' vormde voor de Nederlandse verloskunde academies de aanleiding een cliëntgericht communicatiemodel te ontwikkelen. Een gesprek met de ontwikkelaars over een positieve verandering in de relatie tussen verloskundige en cliënt.**

### Werken verloskundigen niet al vraaggericht?

**LM:** Als een zwangere vrouw bij de verloskundige komt, lijkt het evident wat zij vraagt: begeleiding bij haar zwangerschap. Verloskundigen gaan dan vaak direct aan de slag met de standaard zorg. Maar iedereen stapt met verwachtingen die zorg in. Daar naar vragen geeft een spannende dialoog, die het beroep veel leuker en effectiever maakt.

**MZ:** Er zitten namelijk vragen achter de zorgvraag. Bijvoorbeeld: iemand vraagt om pijnstilling tijdens de baring. Als je daar eens op doorvraagt, dan kom je vaak bij iets anders uit. Misschien is ze bang voor de pijn of is ze onzeker of ze de bevalling op eigen kracht aankan. Dan vraagt ze eigenlijk om meer of om andere zorg dan alleen pijnbehandeling. Dit model helpt daar bij. Het geeft handen en voeten aan dat waar verloskundigen goed in zijn: coachen, begeleiden, empoweren. Het

*Kristel Zeeman is beleidsmedewerker KNOV en lid van de redactie*

*Over de geïnterviewden: Liesbeth Kool (LK) is orthopedagoog, supervisor en docent/trainer Verloskunde Academie Groningen; Linda Martin (LM) is psycholoog en fasecoördinator hoofdfase Verloskunde Academie Amsterdam; Mieke Zijderwijk MSc (MZ) is verloskundige, onderwijsontwikkelaar en docent/trainer. Het cliëntgericht communicatiemodel is een initiatief van Liesbeth Kool. Zij ontwikkelde het model samen met Linda Martin. Tevens waren betrokken: Mieke Zijderwijk, Nicky van Wely, Irene Korstjens en Josien de Boer.*

### Cliëntgericht communicatiemodel in het kort

De focus ligt op de cliënte. Zij benoemt samen met de verloskundige doelen, die zij met verloskundige begeleiding wil bereiken. De cliënte brengt hierbij haar wensen en behoeften in en de verloskundige haar expertise. Vervolgens doorloopt de cliënte samen met de verloskundige de volgende stappen. Deze stappen hoeven niet in een lineair proces te worden doorlopen. Soms ga je een stap terug, stel je bij en ga je weer verder. De vijf stappen in het model kunnen per consult worden doorlopen, maar ze kunnen ook voor het hele begeleidingsproces opgaan.



**Stap 1:** de cliënte maakt, samen met de verloskundige haar vraag, wens of verwachting expliciet. Vaak moet zij zich hierop nog oriënteren. Bijvoorbeeld: cliënte is bang voor de bevalling, omdat ze verwacht niet met de pijn om te kunnen gaan. De verloskundige geeft uitleg en advies over baringspijn.  
**Stap 2:** verloskundige en cliënte krijgen helder wat het concrete verzoek is van de

maakt het voor je eigen werk en voor de cliënt plezieriger. Dat is er mooi aan. Het is niet van 'het moet, weer iets erbij'. Het model is een handvat, een middel om beter vraaggericht te gaan werken.

**Waar wordt het model voor gebruikt?**

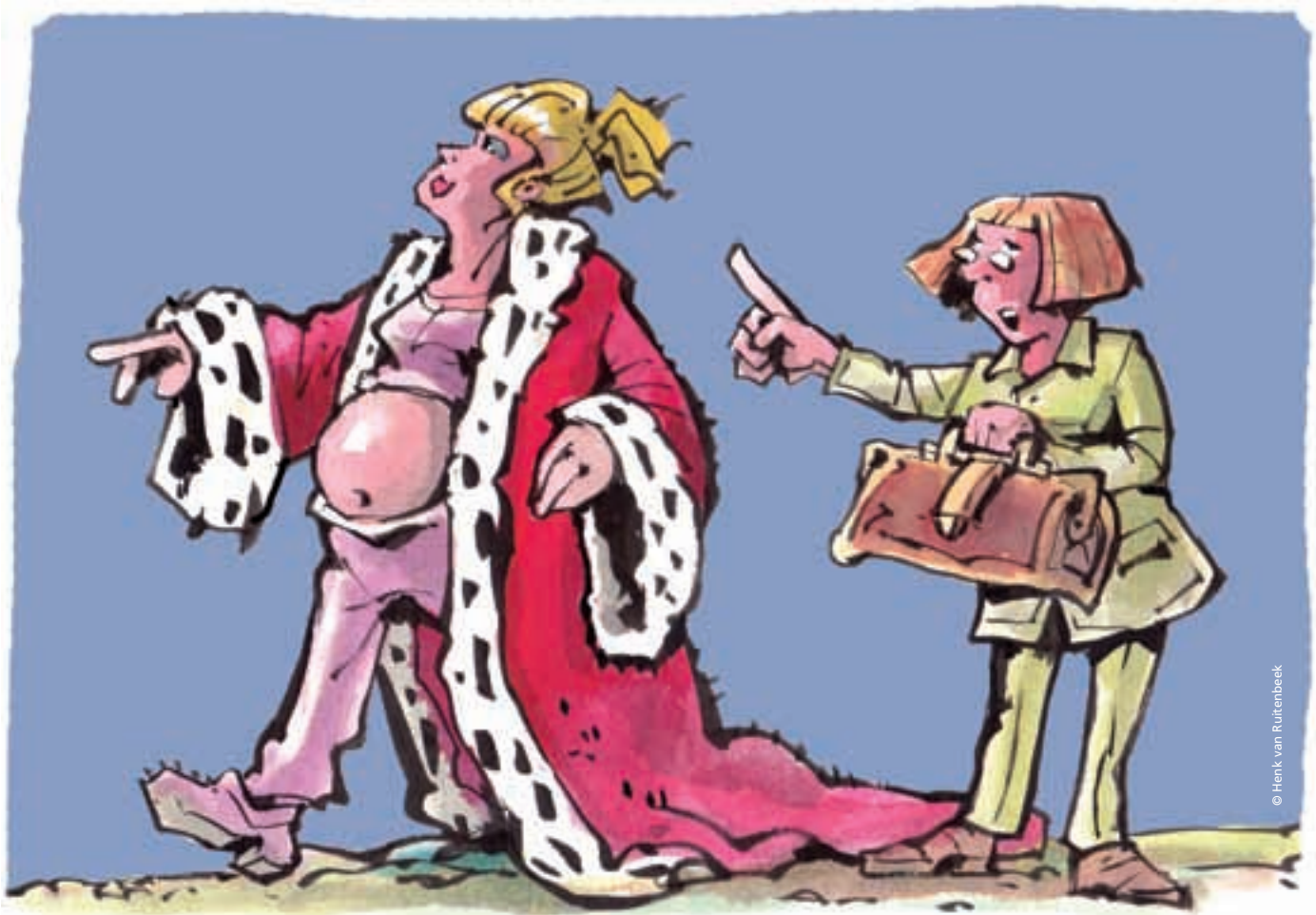
**LK:** In eerste instantie hebben we het ontwikkeld voor de scholing in het kader van het KNOV project 'Kracht van Begeleiding'. Maar we willen het gebruiken voor het hele onderwijs, om de visie van cliëntgerichte zorg in de praktijk te gaan brengen.

**MZ:** En vanuit het initiële onderwijs krijgen stagebiedende verloskundigen er ook mee te maken. Die krijgen te maken met studenten die met dat model zijn opgeleid. Die cliëntgericht begeleiden, doorvragen, noem maar op.

zelfmanagementmodel. Dit past bij de verloskundige zorg, omdat het cyclisch is. Bij de uitwerking maakten we gebruik van het biopsychosociaal model, het ASE model, over het versterken van de eigen effectiviteit, van ethische redeneermodellen en van theorieën over het oplossen van problemen en dilemma's.

**LK:** De communicatiecyclus moest toepasbaar zijn voor de verloskundige zorg in het groot, maar ook in een gesprek. Eerst ontwikkelden we zeven of acht stappen, toen hebben we het vereenvoudigd tot vijf stappen. Bij elke stap hebben we uitgewerkt welke rol(len) van het beroepsprofiel moet(en) worden aangesproken.

**MZ:** Het gaat om samen beslissingen nemen, samen verantwoordelijk zijn. Niet zozeer de verloskundige die meer gaat doen; ook de cliënt wordt aangesproken op



© Henk van Ruitenbeek

**Uitgangspunten**

**Wat zijn de uitgangspunten van dit model?**

**LK:** De basis is 'de cliënt centraal stellen in de zorg'. Daarnaast waren de rollen van het beroepsprofiel ook een uitgangspunt voor ons communicatiemodel.

**LM:** Vervolgens hebben we geprobeerd om verschillende bestaande ideeën in elkaar te vlechten, omdat er niet één sluitend model was. Het zijn theorieën over hoe mensen omgaan met hun gezondheid, met de mensen om hen heen, met zorgverleners. 'Ons' model lijkt op

haar gedrag en besluiten. Het gaat erom eerst te luisteren en vragen te stellen. Niet om roekeloos aan de slag te gaan met oplossingen. Cliëntgericht of vraaggestuurd begeleiden is niet: u vraagt, wij draaien, maar ...

**LK:** ... de cliënt zelf een actieve rol geven in de begeleiding. Een zwangere kan dus niet meer naar de verloskundige gaan en achterover leunen. Want het is de bedoeling dat die haar aan het werk zet. Door haar na te laten denken over de verwachtingen en vragen die zij heeft. En door samen doelen te stellen. De cliënt brengt

haar wensen, verwachtingen en vragen in. De verloskundige haar professionele expertise.

## Cyclus

### *Kunnen jullie iets meer vertellen over de verschillende stappen in de cyclus?*

**LK:** Het begint heel breed. Bij stap 1 vraag je naar de wensen en verwachtingen die de cliënt heeft over bijvoorbeeld de verloskundige zorg in het algemeen of specifiek, bijvoorbeeld over de plaats van bevalling.

### *Dus je begint de hele zorgverlening met die stap, maar ook elk consult.*

**LK:** Dat klopt. Bij die eerste stap probeer je samen met de cliënt bewust te krijgen: 'wat is nou eigenlijk mijn verwachting, heb ik daar over nagedacht?' Want de meeste mensen zijn zich niet heel bewust van hun verwachtingen. Dat leidt tot stap 2 waarin de cliënt haar oorspronkelijke verwachting omzet in een daadwerkelijk verzoek om zorg. Dit verzoek stem je af met wat jij als verloskundige kan betekenen. En dan ga je over tot stap 3: concrete doelen stellen.

**LM:** Dat betekent dat op dat moment de verloskundige haar expertise inbrengt. Want ergens moeten natuurlijk wel de professionele standaarden ingebracht worden.

**LK:** Voorbeeld: De cliënt wil graag thuis bevallen. Maar haar daadwerkelijke verzoek kan anders zijn omdat ze teveel risicofactoren meeneemt om thuis te kunnen bevallen. In haar daadwerkelijke verzoek heeft ze dat genuanceerd, bijvoorbeeld zo huiselijk mogelijk bevallen. Van daaruit gaat ze doelen stellen: 'ik ga uitzoeken waar ik dan het liefst naar toe ga en wat ik nog meer nodig heb voor een zo optimaal mogelijke bevalling'.

**LM:** Dan zit je in de uitvoerende fase (stap 4) waarin de cliënt (vaak) veel te doen heeft. De verloskundige is dan de monitor. De zwangere heeft bijvoorbeeld de wens 'een zo gezond mogelijk kind'. Om dat te bereiken is het nodig dat ze stopt met roken. Dat is haar doel. Het is de bedoeling dat de verloskundige dan navraagt: "goh, lukt het?" Soms lijken veranderingen makkelijk, maar dan nog heeft de verloskundige de verantwoordelijkheid om na te gaan of het ook werkelijk zo gemakkelijk gaat. Of dat mensen toch dingen vergeten. Dit evalueren, is stap 5 in de cyclus. Vanuit die evaluatie kunnen weer nieuwe doelen ontstaan.

## Touwtjes bij de cliënt

**MZ:** De verloskundige is ook een case manager. Zij houdt overzicht op het geheel. Als iemand naar een diëtist gaat omdat ze te zwaar is, kan de verloskundige niet denken: dat is mooi, daar hoef ik niets meer mee. Nee, toch steeds in de gaten houden hoe alles loopt. Zonder dan weer de touwtjes in handen te nemen.

cliënte, mede gebaseerd op de risicoselectie door de verloskundige. Bijvoorbeeld: cliënte wil al het mogelijke doen om de pijn tijdens haar bevalling te verminderen.

**Stap 3:** verloskundige en cliënte stellen concrete doelen en besluiten samen. De cliënte heeft helder wat zij wil bereiken. Zij heeft afgestemd met de verloskundige hoe ze haar doelen wil bereiken en hoe de verloskundige haar daarbij kan begeleiden en steunen. Bijvoorbeeld: cliënte wil continue ondersteuning en een badbevalling en wil misschien medicamenteuze pijnbehandeling.

**Stap 4:** cliënte voert de afgesproken acties uit. De verloskundige ondersteunt een gunstig verloop ervan. Bijvoorbeeld: cliënte gaat op zoek naar iemand die haar continue kan ondersteunen tijdens de bevalling, regelt een huurbad. De verloskundige komt geregeld terug op het onderwerp en regelt een consult bij een gynaecoloog om de mogelijkheden van medicamenteuze pijnbehandeling te bespreken.

**Stap 5:** cliënte en verloskundige evalueren de uitkomsten van de uitvoeringsfase, trekken op basis daarvan conclusies en starten de cyclus opnieuw. Bijvoorbeeld: voor de partus evalueren beiden of alles naar wens verlopen is en of cliënte zich goed voorbereid voelt op de bevalling.

*Zo leg je de verantwoordelijkheid bij de cliënt neer, zonder dat ze zich aangevallen voelt. Het is de cliënt haar eigen doel. De verloskundige heeft aangegeven hoe ze dat doel kan bereiken, zij heeft de verantwoordelijkheid om daarmee aan de slag te gaan.*

**LK:** Belangrijk is dat de zwangere met de verloskundige vastlegt wat zij gaat doen om haar doel te bereiken. Dus: "ik ga minder roken". Hoeveel minder, wat is haalbaar? Wat ga je de komende weken doen om dat te bereiken? En in het volgende consult komt de verloskundige daarop terug: hoe is het gegaan?

**LM:** Dan heb je dus de afspraak dat je er weer naar mag vragen. Wat ik nu wel eens merk bij studenten is dat ze het spannend vinden om te vragen hoe het gaat, omdat ze dan het idee hebben dat ze de controleur zijn. Het kan ook wrijving geven. Het mooie van doelen afspreken en benoemen wat de cliënt zou kunnen doen in de uitvoeringsfase, is dat je dan kunt afspreken dat je er weer naar vraagt. Op een bepaalde manier die voor beide partijen goed voelt.

**MZ:** Dat ondergaan van een zwangerschap en een baring, dat gaat er een beetje vanaf. De vrouw krijgt grip op de zaak, maar kan ook op het eigen gedrag worden aangesproken. Het overkomt haar niet zomaar. Het mooie eraan is dat de cliënt er sterker van wordt. Als zij terug kijkt, dan kan ze trots zijn op het behaalde doel. Voor de verloskundige is dit de invulling van de coachende rol.

### Betere poortwachter

**MZ:** Met dit model kun je ook je poortwachterfunctie beter uitoefenen. Je gaat vragen stellen en luisteren. Je komt er beter achter wat de cliënt nodig heeft.

**LK:** Je ontdekt de redenen achter de vraag. Zo kun je voorlichting geven over die zaken waaraan de cliënt behoefte heeft. Je krijgt ook meer tevreden cliënten als je haar echte vraag beantwoordt.

**LM:** In de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de Huisartspraktijk hebben ze naar de relatie tussen arts en patiënt gekeken. Daarin zie je onder meer dat artsen die veel vragen stellen en cliënten stimuleren om zelf vragen te stellen, veel beter diagnoses stellen en gezondere cliënten hebben. Zij hebben mindere cliënten die allerlei symptomen rapporteren die vervolgens irritatie opwekken bij de behandelaar. Omdat onder andere goed wordt gevraagd naar de reden achter de aanvankelijke zorgvraag.

### Omslag

#### *Gaat dat niet veel tijd kosten, meer vragen stellen?*

**MZ:** In beginsel zal het de verloskundige tijd kosten. Je moet het model in de vingers krijgen. Er mee leren en durven spelen. Als je dat eenmaal kunt, dan denk ik dat het alleen maar tijdswinst oplevert. Doordat je niet meer iedereen het hele scala van mogelijkheden aanbiedt, maar inzoomt op het moment en het onderwerp dat nodig is.

**LK:** We hebben geklokt in het voorbeeld van de pijnstillingsvraag. Het kostte 5-10 minuten om helder te krijgen wat het probleem precies was. Maar die tijd bespaar je op de informatie die je geeft. Omdat je die nu heel gericht kan geven. Per saldo hoeft het niet meer tijd te kosten.

Het heeft er meer mee te maken of je bereid bent je houding tegenover de cliënt te veranderen, om haar een grotere rol te geven. Want de techniek van vragen stellen, die beheerst elke verloskundige. De gespreksvaardigheden zijn het probleem niet, daar hoeft niet meer zoveel aan gedaan te worden. Je moet meer een omslag maken: in welke positie zet je die cliënt? In de standaard 'Prenatale Verloskundige Begeleiding' bijvoorbeeld zitten nieuwe onderwerpen die benadrukt moeten worden, zoals stemming. Om dat ten uitvoer te kunnen brengen

moet je goed duidelijk hebben welke plek je de cliënt in je zorgverlening geeft. Je moet psychosociale begeleiding als onderdeel van het vak gaan zien. Daar heb je gereedschap voor nodig.

**LM:** En je hebt ook behoefte om te kaderen. Want als je de standaard leest, dan zijn dat nogal grote onderwerpen. Bijvoorbeeld informatie geven over het ouderschap. Dan lijkt het alsof de verloskundige er weer een grote taak bij krijgt. Maar je kunt het ook bij de cliënt leggen: "het ouderschap, hoe kijk je daartegenaan?" Met het antwoord van de cliënt kun je onderzoeken wat deze cliënt nodig heeft om zich voor te bereiden op het ouderschap en wie of wat haar daar mogelijk bij kan helpen.

**MZ:** ... en vragen: wat verwacht je hierin van mij? De een zal meer sturing wensen dan de ander.

**LK:** Je hoeft er ook niet het hele consult aan te wijden. Je kunt mensen stimuleren daar thuis over na te denken, over te praten met anderen. Dan kun je er later nog eens op terug komen.

**MZ:** zo voorkom je dat je mensen standaard overlaadt met teveel informatie. De een heeft meer behoefte aan info over voeding, de ander over werk of voorbereiding op de bevalling.

**LM:** Wat ik vaak van studenten terug hoor is: "ik ben toch geen psycholoog". Nee dat ben je ook niet. Maar je bent wel verantwoordelijk om bepaalde thema's aan te snijden. En uit te zoeken met de cliënt of ze daar zelf met haar omgeving uit kan komen of dat ze aanvullende zorg nodig heeft.

**MZ:** Het grappige is dat verloskundigen ook zelf die cyclus van het model doormoet. Ze moet zelf dat wilsbesluit nemen: "Oké, in mijn praktijk gaan wij op deze manier werken. Wat zijn daarvan de implicaties in de praktijk?" Daarbij moeten heilige huisjes omver, gaat niet alles meer standaard. Misschien meer consulten in het begin, omdat die cliënt daarom vraagt, een primi iets meer informatie. Dat vraagt flexibiliteit.

**LM:** Het kan best zijn dat je in het intakegesprek meer tijd kwijt bent. In dat gesprek ga je het beleid bepalen. Je moet het dus niet per consult bekijken, maar over de complete zorg. Dan krijg je het meest reële beeld van de tijd die je 'kwijt' bent. Het kan zijn dat een half uur anamnese niet voldoende is. Maar dat kwartier, half uur dat je extra gebruikt, haal je weer in in de rest van je consulten.

#### *Het heeft dus consequenties voor hoe je tijd indeelt?*

**LK:** Het betekent dat je durft te spelen met het terugkomschema. Dat kan richtinggevend blijven voor wat er allemaal moet gebeuren. Maar het kan per cliënt verschillen op welk tijdstip het gebeurt. Dat vraagt trouwens ook om betere rapportage.

**MZ:** Dat is een heel belangrijk punt, dat je goed afstemt



wie wat doet of gedaan heeft. Ik kan me voorstellen dat sommige mensen het bevalpraatje, dat nu rond de 36 weken ligt, op onderdelen al veel eerder hebben gekregen. Bijvoorbeeld bij twintig weken als daar behoefte aan is. Maar dat je goed opschrijft wat wanneer aan de orde is geweest, zodat iedereen in de praktijk ervan op de hoogte is.

**LM:** Wel een punt van aandacht is het computerprogramma waarin de gegevens worden vastgelegd. Dat is best dominant voor hoe je je consult vormgeeft. Daarmee kunnen spelen, is heel belangrijk. Onthouden wat de cliënt gezegd heeft en dat in een later venster invullen.

*Zou dat aangepast moeten worden volgens jullie?*

**LM:** Ik denk het wel. Het programma kan best nog wel eens interfereren in de mate waarop je het model op kunt pikken. En dan heb ik het vooral over het eerste gesprek, wanneer je de anamnese moet gaan invullen.

**MZ:** Het dwingt je in een bepaald parcours waar we eigenlijk los van willen.

**Communicatie en wetenschap**

*In het model stellen jullie dat er een kloof bestaat tussen evidence based medicine en cliëntgericht werken en dat communicatie die kloof kan overbruggen. Kunnen jullie dat uitleggen?*

**LM:** Er is in de verloskunde dominant ingezet op het paradigma 'evidence based midwifery'. De maatschappelijke verschuiving in de relatie tussen arts/verloskundige en cliënt, die ook plaatsvond, heeft tot nu veel minder aandacht gekregen. Eigenlijk moet je die verschuivingen elkaar laten versterken. Evidence based communicatie lijkt daar de sleutel voor.

**LK:** Het model is er om vorm te geven aan cliëntgerichte communicatie. Maar het versterkt ook het evidence based werken. Omdat jij de rol hebt als expert, die vanuit de medische wetenschap adviezen geeft over hoe vrouwen hun gestelde doelen zouden kunnen bereiken. Als je helder hebt wat de vragen van cliënten eigenlijk zijn, kun je gericht informatie geven, en daar op aansluiten.

**LM:** Dit verzoek uit stap 2 moet niet alleen de wens van de cliënt behartigen, maar ook accurate verloskundige zorg opleveren.

**Stevige grondhouding**

*Is het model klaar voor gebruik, of moet het nog verder ontwikkeld worden?*

**MZ:** We kunnen het nog wel wat concreter maken, met de uitwerking van rollen. Bijvoorbeeld in de vorm van een praktijkkaart met daarop de verschillende stappen. Dat je in een oogopslag ziet wat je zou moeten doen. Met praktijkvoorbeelden erbij.

**LM:** Het spannende zit 'm er nog wel in of het model ook gaat werken bij de signaleringsfunctie van de verloskundige. Die kan wel eens wringen met de (ogenschijnlijke) wensen van de cliënt. Maar ik denk zeker dat het toegepast kan worden.

**LK:** Het gaat er bij begeleiding niet altijd om wat de cliënt wil of verwacht, maar ook wat de maatschappij verwacht van ons. Je hebt de verantwoordelijkheid om vrouwen te wijzen op hun verantwoordelijkheden ten opzichte van het kind. Dus: niet roken, huiselijk geweld aanpakken etc.

Belangrijk is dat je niet gaat marchanderen met de cliënt, maar dat je je vak trouw blijft. Dus als de vrouw zegt: de gevolgen van roken vallen wel mee, ik blijf gewoon doorgaan, dan heb jij de verantwoordelijkheid om haar erop te wijzen dat ze het niet bij het rechte eind heeft. En haar het vertrouwen geven dat ze dat ook kan. Iedereen kan stoppen met roken, maar dan moet je het wel echt willen.

**LM:** Dat betekent een enorme stevige grondhouding van verloskundigen. Dat je niet bang bent om de anti-rook-maffia te zijn, de borstvoedingsmaffia. Dat is een oneigenlijk argument. Want jouw angst gaat dan bepalen hoe goed je jouw cliënt begeleidt. Verantwoordelijkheid bij de cliënt leggen betekent niet dat je als verloskundige je handen aftrekt van haar besluiten.

**MZ:** Het vraagt in ieder geval een pas op de plaats. Zo van: hoe zijn we nu bezig en hoe willen we gaan werken?

**LK:** Ik hoop heel erg dat verloskundigen de stap durven maken. In andere beroepsgroepen is die omslag ook geweest en dat heeft veel positiefs opgeleverd: zowel klanttevredenheid als tevredenheid bij de professionals over de te verlenen zorg.

**MZ:** Verloskundigen doen het volgens cliënten nu al heel goed, maar op nuances kan het beter. En dit model is een hulpmiddel om de cliëntgerichtheid net iets te verbeteren.

**LK:** Je kunt het zien in het licht van een 'leven lang leren'. Altijd verder leren, altijd verbeteren en moderniseren. Daar gaan we voor! ■