

Pionieren in de geboortezorg

Door meer samen te werken, streeft de geboortezorg naar optimale uitkomsten voor moeder en kind. De eerste resultaten zijn veelbelovend. De integrale geboortezorg wordt zo een voorbeeld voor de hele sector.

Door Ana Karadzovic



W

“We hebben een bijzonder vrouwvriendelijk geboortesysteem, gekenmerkt door een lage babysterfte en veel minder onnodig medisch ingrijpen zoals inleiden of keizersnede (...) dan in de landen om ons heen”, aldus de KNOV, de beroepsvereniging van verloskundigen, op haar website. Dit mag een prestatie van formaat worden genoemd, aangezien Nederland het tot vrij recent helemaal niet zo goed deed.

In de jaren zestig van de vorige eeuw schreven de auteurs van het ‘Leerboek der Verloskunde’ nog trots dat de perinatale sterfte – de sterfte van baby's voor, tijdens of in de eerste vier weken na de geboorte – in Nederland het laagst van Europa is, zo valt te lezen in de meest verschenen uitgave ‘Integrale geboortezorg. Samen bevalt goed’ (zie kader op p.12). Maar in de decennia daarna daalt de babysterfte in Nederland minder hard dan in andere Europese landen. In 2008 blijkt uit het zogeheten Euro-Peristat-rapport zelfs dat Nederland inmiddels één van de hoogste perinatale sterftecijfers in Europa heeft.

Hoofdauteur van de meest recente uitgave over integrale geboortezorg is Hajo Wildschut, die

zelf tot aan zijn pensioen enkele jaren geleden werkzaam was als gynaecoloog. “Nederland is vergeleken met de omliggende Europese landen vooral uniek vanwege de onafhankelijke positie van de verloskundige en het relatief hoge aantal thuisbevallingen.” De zorg wordt in Nederland zo veel mogelijk geleverd door de eigen verloskundige, de gynaecoloog draagt in het ziekenhuis zorg voor zwangere vrouwen met een medische indicatie. “Met deze tweedeling in de zorg werken eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen voornamelijk solistisch – ieder op hun eigen eiland.”

In diverse rapporten die sinds 2008 verschenen, wordt het anders inrichten van de geboortezorg als mogelijke oplossing aangewezen om de verloskundige zorg te verbeteren. Gealarmeerd door de feiten stelde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) destijds de Stuurgroep zwangerschap en geboorte in. Deze roept op tot intensievere samenwerking tussen alle professionals in de geboortezorg, in 2011 krijgt dit zijn beslag in het College Perinatale Zorg (CPZ), waarin onder meer de KNOV namens de verloskundigen, en de Nederlandse

Samen bevalt goed

Voor de achtergronden in dit artikel is uitgebreid en dankbaar gebruik gemaakt van 'Integrale geboortezorg. Samen bevalt goed', een uitgave van IBSL (ISBN 9789036822015, € 60). Initiatiefnemer en coördinerend redacteur is Hajo Wildschut, die als één van de eerste specialisten in Nederland ervaring heeft opgedaan met integrale geboortezorg. Hij kwam in 2011 in dienst bij het Westhiegasthuis in Hboom om de afdeling verloskunde weer op te bouwen na een calamiteit: een baby overleed in het ziekenhuis in 2009 na een reeks misstanden. Toen Wildschut er ging werken, stelde de eerste lijn voor om te gaan samenwerken met de gynaecologen. De twee beroeps groepen begonnen klein: ze bundelden de krachten om van twee concurrerende echoscopische praktijken terug te gaan naar één. "Voordat het zover was, zijn er heel wat tranen gevuld en is er veel woede geweest over deze verandering." Hij wil maar zeggen: samenwerken is niet makkelijk. Wat volgens hem hielp is het feit dat er uitgebreid overleg is geweest over elke stap in de samenwerking.

Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) namens de gynaecologen plaatsnemen. De betrokkenen gaan in gesprek over meer samenwerking onder de noemer 'integrale geboortezorg' (zie kadens Regie en Risicoselectie). Dit berust op een samenwerkingsmodel met gelijkwaardigheid en behoud van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, plus een cruciale rol voor het cliëntenperspectief.

Niet vanzelfsprekend

Bij integrale geboortezorg hoort een kwaliteitskader, dat wordt de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'. Hierover bereiken de gesprekspartners pas na veel gesteggel en drie jaar verder overeenstemming. De enige reden dat er alsnog een zorgstandaard komt, is omdat het Zorginstituut ingrijpt en gebruik maakt van zijn doorzettingsmacht. In korte tijd komt er een bindende oplossing: het multidisciplinaire team wordt gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg voor alle zwangere, waarbij de keuze om de risicoselectie gezamenlijk te doen bij de verloskundige in de regio ligt.

Het akkefietje rond de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg maakt duidelijk dat samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen bepaald niet vanzelfsprekend is. Van begin af aan zijn de gynaecologen grosso modo voor meer samenwerking, de verloskundigen zijn huiveriger. De verloskundigen zijn tegen onnodig medisch ingrijpen en medicalisering van de bevalling. Ze zijn bovendien bevreesd dat ze de autonomie en poortwachtersfunctie die ze van oudsher hadden kwijtraken.

De intensievere samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen sluit wel aan op de veranderende ideeën in de samenleving over onder meer thuis bevallen. Steeds minder vrouwen bevallen thuis: slechts 13 procent in 2005 tegen 42 procent in 1975. Tegelijkertijd kiezen steeds



meer vrouwen voor pijnbestrijding. Volgens de KNOV komt dit "mede door de financiële prikkel om te kiezen voor pijnbestrijding". Als een ruggepijn wordt ingezet tijdens de bevalling, dan kost de bevalling in het ziekenhuis de zwangere immers geen geld. Zonder pijnbestrijding bevalen kost een zwangere het eigen risico.

In 2012 stelt het ministerie van VWS in elke ziekenhuisregio een verloofkundig samenwerkingsverband (VSV) verplicht. In 2017 start het ministerie het experiment integrale bekostiging. In de systematiek van de integrale bekostiging kopen zorgverzekeraars alle zorg tijdens het gehele geboortezorgtraject in als één product tegen één integraal tarief. De zorgverzekeraar sluit hiervoor een contract af met bijvoorbeeld één van de integrale geboortezorg-organisaties (IGO's), die weer contracten afsluit met individuele zorgaanbieders in de regio. Inmiddels experimenteren eerste- en tweedelijns zorgverleners in acht regio's met integrale bekostiging. Deze regio's waren al ver in de onderlinge samenwerking en zagen de integrale organisatie en financiering als een volgende stap om deze samenwerking verder te bekrachtigen, volgens de KNOV.

Vruchten

Formeel worden de eerste resultaten van de experimenten pas in 2019 bekend, maar er zijn al aanwijzingen dat integrale bekostiging vruchten afwerpt. Een voorbeeld is de ontwikkeling van complexe zorg tijdens de zwangerschap, oftewel: vrouwen die lang in het ziekenhuis liggen. Bij IGO's ziet zorgverzekeraar Zilveren Kruis wat dat betreft een grotere afname dan in de reguliere geboortezorg. Het is gedaald van 3,5 procent in 2015 tot 1,2 procent in 2017: een afname van twee derde. In de reguliere geboortezorg daalde het percentage van vrouwen die lang in het ziekenhuis liggen minder hard: van

‘Samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen is niet vanzelfsprekend’

3,7 procent in 2015 naar 2,9 procent, oftewel een afname van 22 procent. Iets soortgelijks geldt voor complexe bevallingen, zoals een keizer-
snede, ernstige bloedingen en totaalrupturen. In 2015 is zo'n 20 procent van de bevallingen binnen een IGO complex, in 2017 is dit gezakt naar ruim 14 procent, een afname van 25 procent. Ter vergelijking: het aantal complexe bevallingen in de reguliere geboortezorg is in die periode met 17 procent gedaald.

Bovendien is de babysterfte in Nederland aan het dalen. Tussen 2000 en 2014 is de perinatale sterfte van 11,9 per duizend kinderen gedaald naar 7,4 per duizend kinderen: een afname van bijna 35 procent. Nederland behoort hiermee inmiddels tot de middenmoters in Europa. Overigens is de perinatale sterfte gaan afnemen voordat integrale bekostiging werd ingevoerd. Volgens Willem-Jan Lieve, strategisch beleidsadviseur van de KNOV, kan er dan ook geen verband worden gelegd met integrale bekostiging. Lieve stelt dat de invoering van integrale bekostiging wel helpt "in de verdere verbetering van de samenwerking en onderling vertrouwen". Het RIVM komt eind november met haar eerste evaluatie van de invoering. Daaruit blijkt volgens hem dat de regio's die zijn overgestapt op integrale bekostiging al verder zijn in de onderlinge samenwerking dan de overige regio's. Lieve wijst erop dat nooit onderzocht is "wat nou echt de achterliggende oorzaken zijn" van de dalende babysterfte in Nederland. Enkele mogelijke verklaringen zijn: aandacht voor het probleem, het instellen van de perinatale audit, opkomst van klinisch verloskundigen in het ziekenhuis en het opzetten van verloskundig samenwerkingsverbanden.

Noodzaak tot verandering

De aandacht van samenwerkende eerste- en tweedelijns zorgverleners richt zich tegenvoor-

dig vooral op kwaliteitsverbeteringen voor goede integrale geboortezorg. "Wat we in het begin verkeerd deden, was dat we alles onder integrale geboortezorg schaarde: inhoud, financiën en organisatie", zegt Carola Groenen, interim-manager van de KNOV-regio Zuid. "Organisatie en financiën zijn belangrijk, want ze ondersteunen integrale zorg, maar het zijn heel complexe onderwerpen." De nadruk op kwaliteitsverbetering sluit aan op wat Hajo Wildschut en zijn mede-auteurs zeggen. Zij adviseren de zorgverleners in samenwerkingsverbanden om eerst thema's te behandelen die de groep en het team verbinden, zoals afspraken over gezamenlijke protocollen, voordat zij overgaan op lastiger onderwerpen, zoals financiën of bestuurlijke organisatiemodellen. Dat wil niet zeggen dat samenwerken per se gemakkelijk is. Volgens Jan van Lith, voorzitter van de NVOG en hoofd verloskunde en foetale geneeskunde bij het LUMC, moet overeenstemming worden bereikt over schijnbaar kleine dingen. "De gynaecologen en de verloskundigen vinden eengezind dat de bloeddruk van zwangeren moet worden gemeten. Maar wie moet dat doen?" Volgens hem heeft dit te maken met de verschillende belangen, bijvoorbeeld op financieel gebied. "Mensen vragen zich af wat samenwerking gaat betekenen voor hun boterham." Ondanks de hobbels op de weg naar samenwerking, heeft Van Lith er alle vertrouwen in dat het wel gaat lukken. De voortekenen zijn goed: het College Perinatale Zorg (CPZ) en de andere betrokken organisaties hebben samen de Agenda voor de Geboortezorg opgesteld voor de periode 2018-2022. Deze agenda, 'Integrale Geboortezorg: Samen Bevalt Beter!', verwoordt volgens CPZ-directeur Dineke Moerman de ambitie van de geboortezorg om tot "internationaal toonaangevende geboortezorg" te komen. De komende jaren is de Agenda voor de Geboortezorg het kompas voor de betrokkenen. ➔

Regie

In Nederland is gekozen voor integrale geboortezorg, terwijl dit misschien niet het beste zorgmodel is. In een systematisch literatuuroverzicht uit 2016 van Cochrane worden verschillende buitenlandse organisatiemodellen voor geboortezorg vergeleken. Hieruit komt als beste naar voren het 'midwife-led continuity model of care' (MLCC), een model waarin de verloskundige de regie heeft. Het model waarin de verloskundige de regie heeft, gaat namelijk gepaard met minder kunstverloskingen, minder ruggenprikken, minder vroeggeboorte en minder neonatale sterfte. De KNOV is voorstander van dit model en het CPZ stelt dat het MLCC niet strijdig is met de integrale geboortezorg. In Nederland heeft de regio Amsterdam ervoor gekozen om in een pilot integrale geboortezorg vorm te geven volgens het MLCC-concept, en noemt dit Geboortezorg 2.0.



'Armoede helpt niet om je kind een veilige start te bieden'

Risicoselectie

Nadat de verloskundigen de zorgstandaard in eerste instantie afwijpen in 2008, beschuldigt een boos Chiel Bos, voorzitter van het College Perinatale Zorg (CPZ), de KNOV er in interviews van dat de organisatie per se wil dat verloskundigen de risicoselectie van zwangerschap alleen blijven doen. "Nou, dat is nou het wat er niet goed ging de afgelopen twintig jaar, dat moet juist anders." De KNOV zegt het vertrouwen in hem als voorzitter van het CPZ op. Exit Bos. Het conflict tussen de KNOV en de voorzitter heeft er toe geleid dat het CPZ het roer heeft omgegooid. Om de samenwerking in de geboortezorg vlot te trekken, is Geri Bonthof aangetrokken als nieuwe voorzitter. Bovendien heeft het CPZ de manier van werken veranderd. "We willen mensen in het veld graag helpen", zegt directeur Dineke Moorman. "Dus we bieden informatie en instrumenten die zorgverleners kunnen gebruiken om integrale geboortezorg te implementeren." Het betreft uiteenlopende zaken zoals een online kennisbank, voorlichtingsfilmpjes, informatiebijeenkomsten voor bestuurders van Verloskundig Samenwerkingsverbanden.

Kernonderwerpen binnen de agenda zijn onder meer de implementatie van de zorgstandaard, multidisciplinaire preventie, kwaliteit, cliënt als gelijkwaardige partner en de randvoorwaarden voor de organisatie en bekostiging van integrale geboortezorg.

Veilige start

De voorlopers in de integrale geboortezorg kijken inmiddels verder dan alleen de eigen discipline. Zij zoeken steeds meer de samenwerking met partijen buiten de zorg, en wel met organisaties in het sociaal domein, zoals sociale wijkteams. Want niet alleen de zwangerschap en bevalling zijn van cruciaal belang voor de lichamelijke, emotionele en sociale ontwikkeling van een kind, dit strekt zich uit tot de periode voordat de vrouw zwanger raakt en de eerste twee jaar na de bevalling. "Voordat een vrouw een kwetsbare zwangere wordt, is ze vaak al op andere vlakken kwetsbaar. Armoede, bijvoorbeeld, helpt niet mee om je toekomstige kind een veilige start in het leven te bieden", zegt Moorman.

Door de samenwerking te zoeken tot buiten de zorg, is de integrale geboortezorg een koploperpositie aan het innemen. Het past in de visie die steeds meer opgeld doet in de hele sector, namelijk dat zorg om meer draait dan een individuele, eenmalige behandeling. Ook preventie en nazorg zijn van belang. Zo zijn er ziekenhuizen, zoals het Radboudumc en Ziekenhuis Gelderse Vallei, die inzetten op het optimaliseren van de uitkomsten van de behandeling door patiënten voeding aan te bieden waardoor zij sneller herstellen. Bovendien zijn er steeds meer zorgaanbieders die in netwerken samenwerken, zoals rond thuiswonende cliënten. Hierbij zijn alle partijen betrokken die iets voor de cliënt, bijvoorbeeld een senior, kunnen betekenen: van de huisarts tot de thuiszorgaanbieder. De geboortezorg gaat een stap verder dan andere doelsectoren, en richt haar pijlers nadrukkelijk op alle mogelijke risico's waar de cliënt mee te maken heeft.

Zorgverleners kijken verder dan alleen zorg en leefstijlfactoren als voeding, zij houden rekening met de gevolgen van bijvoorbeeld armoede, verslavingsproblematiek of huiselijk geweld. Om die reden zoeken verloskundigen contact met sociale wijkteams en gemeentelijke diensten. Deze zogeheten interprofessionele samenwerking noemt Wilschut 'integrale sociaal-verloskundige zorgverlening'. Dit begint "bij voorkeur al vóór de conceptie, zodat er voldoende tijd is om gerichte hulp en/of ondersteuning te geven voor de verbetering van welzijn en gezondheid van kwetsbare vrouwen en hun kinderen."

Digitale gegevensuitwisseling

De geboortezorg loopt ook voorop met betrekking tot digitale gegevensuitwisseling. Het streven is om te komen tot optimale informatieuitwisseling tussen zorgverleners en de zwangere, en tussen zorgverleners onderling. Om die reden is er een Programma Realisatie Digitaal Informatie Delen Geboortezorg Nederland (Babyconnect), in opdracht en onder regie van het ministerie van VWS en in samenwerking met CPZ, registratie-organisatie Perined en Nictiz. Het ministerie heeft hier voor de komende vier jaar apart geld voor vrijgemaakt. Nictiz heeft samen met de veldpartijen speciaal voor integrale geboortezorg een gemeenschappelijk 'woordenboek' ontwikkeld: het Perinataal Webbased Dossier (PWB). Dankzij dit gemeenschappelijke dossier wordt gegevensoverdracht efficiënter en veiliger. Dit laatste wordt geborgd met het Privacy Raamwerk, dat een belangrijk onderdeel is van het PWB.

VWS verwacht dat deze ontwikkeling "een goed startpunt vormt voor betere digitale informatievoorziening in de gehele gezondheidszorg". Volgens het ministerie is ondanks de beperkte omvang van de geboortezorg "alle denkbare complexiteit" aanwezig die ook andere deelssectoren in de zorg kennen.