

Voorjaar 2011

zorg belang
Fryslân



BelangStelling **extra editie Geboortezorg**



“De zorg door verloskundigen en in ziekenhuizen ligt op een bijzonder hoog peil. Dat betekent niet dat er geen verbeteringen mogelijk zijn.”

Inhoud

- 3 Voorwoord
- 4 Nederlands verloskundig systeem onder de loep
- 6 Project 2Move stelt moeder centraal
- 7 Oorzaken babysterfte
- 8 It Fryske antwurd
- 9 Verloskundige samenwerkingsverbanden
- 10 Zorgbelang Groningen onderzoekt mening moeders
- 12 Column

REACTIE

Wilt u reageren op één van de artikelen of heeft u zelf een bericht voor de BelangStelling? Stuur dan een mail naar info@zorgbelang-fryslan.nl.

Contactgegevens
Zorgbelang Fryslân
Postbus 186
8900AD Leeuwarden

058-2159222
www.zorgbelang-fryslan.nl

VOORWOORD

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor de geboortezorg in Nederland. Helaas is de aanleiding daarvoor dat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de sterftcijfers hier hoger liggen dan in andere Europese landen. Het is een pijnlijke vraag die we onszelf moeten stellen: doen we in Nederland iets slechter dan in de ons omringende landen. Sterker nog, doen we het in Fryslân eigenlijk wel goed, want binnen Nederland ligt de babysterfte het hoogst in onze provincie.

Een akelige constatering.

Met dat in het achterhoofd is het overigens opvallend te constateren dat er bij ons Informatie en Klachtenbureau nauwelijks meldingen binnenkomen van moeders die ontevreden zijn over de geleverde verloskundige zorg.

Het is een onderwerp dat de gemoederen in de media eind vorig jaar flink bezig hield. Nu de stofwolven wat zijn neergedaald, leek het ons zinvol de zaken eens op een rij te zetten: alle onderzoeken, adviezen, meningen en concrete stappen die worden gezet om de geboortezorg in Nederland in het algemeen en Fryslân in het bijzonder, te verbeteren.

Zorgbelang Fryslân wil graag een steentje bijdragen aan die inspanningen. Naast onderzoeksmateriaal dat door universiteiten aangeleverd wordt en nieuw beleid en protocollen die door de beroepsgroepen zelf ontwikkeld moeten worden, kan onze inbreng zijn dat de moeders zélf gehoord worden. Zij zijn een bron van onschatbare informatie. Zij kunnen precies vertellen wat hun ervaringen zijn, waar knelpunten zitten die opgelost moeten worden.

Wij hopen daarom dat moeders met dergelijke ervaringen alsnog contact met ons Informatie- en Klachten bureau willen opnemen. Niet omdat we hopen dat er veel is misgegaan, maar om ervan te leren en eenzelfde fout in de toekomst te kunnen voorkomen. Want als er iets is waarvoor Zorgbelang Fryslân in het leven is geroepen, dan is het dat wel: ervaringen om te zetten in verbeteringen van de zorg.

Margeet de Graaf

Directeur Zorgbelang Fryslân

HOGE STERFTECIJFERS AANLEIDING VOOR NIEUWE BLIK OP GEBOORTEZORG

Als je kijkt naar de media-aandacht voor het onderwerp geboortezorg dan is er maar één conclusie mogelijk: het onderwerp raakt een gevoelige snaar. Kranten, tijdschriften, weblogs, radio en TV buitelden eind 2010 over elkaar heen in een poging het probleem te duiden. Niet alleen onderzoekscijfers en feiten, maar ook emoties kwamen naar voren in een debat dat voor buitenstaanders misschien niet altijd even goed te volgen was.

Juist toen het debat achter de rug leek, kwam daar het nieuws dat de babysterfte in Fryslân het hoogste is van alle Nederlandse provincies¹. Het gemiddelde sterftecijfer in Nederland ligt op 9,9 per duizend bevallingen, in Fryslân ligt dat op 11,3 kinderen die overlijden kort voor, tijdens of kort na de bevalling. Over die cijfers bestaan nog veel vragen, maar het geeft zeker aanleiding om de gehele keten van de verloskundige zorg kritisch te bekijken: vanaf voorlichting en gezonde zwangerschap, via de begeleiding en bevalling thuis met een verloskundige of in het ziekenhuis bij een gynaecoloog.

De oorzaken lijken te liggen in twee belangrijke redenen: als vrouwen relatief laat in de zwangerschap begeleiding van een verloskundige zoeken, verhoogt dat de kans op complicaties en sterfte. Een andere oorzaak is de afstand tot een ziekenhuis. In geval van nood kan een lange reistijd naar een ziekenhuis fataal zijn. Juist in het dunbevolkte Fryslân is dat een bepalende factor: veel platteland, (relatief) weinig ziekenhuizen en dat geldt niet alleen voor de Waddeneilanden. Ook de uiterste Zuidwesthoek (rond Stavoren en Lemmer), it Bildt en op de grens met Groningen bij Kollum en Buitenpost ligt de reistijd rond de dertig minuten.

Margreet de Graaf is directeur van Zorgbelang Fryslân en volgt de berichten over de geboortezorg in Nederland op de voet.

“Een oplossing voor de langere reistijd naar de ziekenhuizen heb je niet zomaar. Al decennia lang draait de verloskundige zorg in Nederland rondom de as thuisbevalling - ziekenhuisbevalling. De sector kenmerkt zich als je het zo bekijkt misschien niet als de meest innovatieve. Het is tijd om te kijken of er verdere aanpassingen van het zorgaanbod mogelijk zijn. Ik vind het daarom belangrijk dat ideeën over bijvoorbeeld geboortecentra vlot en daadkrachtig onderzocht worden. Ik denk dan aan het initiatief van

Mascha Perquin die op dit moment de haalbaarheid van een kraamhotel in Fryslân onderzoekt. Ik ben blij met zo'n initiatief, want een geboortecentrum waar niet de medische insteek uitgangspunt is, maar juist de hospitality voor een andere sfeer kan zorgen, lijkt mij op het eerste gezicht een prima aanvulling op het bestaande aanbod.”

De feiten op rij:

- in Nederland worden jaarlijks ongeveer 175.000 baby's geboren
- jaarlijks sterven zo'n 10 moeders tijdens of kort na de geboorte
- jaarlijks sterven zo'n 1700 baby's kort voor, tijdens of kort na de geboorte
- de babysterfte ligt daarmee hoger dan in de meeste Europese landen

Bron: Erasmus MC

Positieve trend

In december 2009 publiceerde de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte het rapport Een Goed Begin, dat in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) werd opgesteld. Het rapport begint met de conclusie dat de perinatale sterfte de afgelopen decennia is gedaald van 10.9 (in 1999) naar 10.0 per duizend levend- en doodgeborenen (in 2004). In 2007 is de daling doorgezet naar 9.7 per duizend levend en doodgeborenen. Hoewel dit een positieve trend is blijkt uit de vergelijking met andere landen dat deze daling minder snel gaat dan elders.

Het rapport heeft dan ook een aantal harde noten te kraken. Allereerst wat de moeders zelf betreft: nog steeds rookt 14% van de zwangere vrouwen en 50% drinkt regelmatig alcohol. Risicofactoren als slechte voedingspatronen, gebrek aan beweging en (dus) overgewicht, spelen ook een rol.

Een ander probleem is dat veel niet-westerse vrouwen zich relatief laat voor een eerste controle melden. Achterstanden in taalbeheersing, opleidingsniveau en soms ook het feit dat men niet blij is met de (ongepande) zwangerschap, zorgt ervoor dat deze vrouwen pas laat contact zoeken met een verloskundige.

Het is een conclusie die Margreet de Graaf triggered: “als belangenorganisatie moeten we niet alleen naar de zorgsector kijken en met opgeheven vinger vertellen wat zij beter moeten doen.

Wij moeten zeker ook kijken naar de gebruikers van die zorg die een eigen verantwoordelijkheid hebben. Als ik dan lees dat nog steeds veel zwangere vrouwen roken, alcohol drinken en een slechte conditie hebben, dan is het duidelijk dat er in de preventie en begeleiding van aanstaande moeders nog veel moet gebeuren. Het verdrietige is echter dat nog altijd acht van de duizend zwangerschappen ontstaan uit een incestueuze relatie of verkrachting. Het totaal aantal ongewenste zwangerschappen is onbekend, maar zal op het gedrag van de moeders zeker een negatieve invloed hebben."

Risicoselectie

Naast de rol van de moeders zelf lijkt de risicoselectie een cruciale rol te spelen in het Nederlandse verloskundige systeem. Daar waar de inschatting wordt gemaakt dat een zwangerschap weinig risico met zich meebrengt, kan de moeder begeleid (blijven) worden door een verloskundige. Is er wel sprake van verhoogd risico, dan vindt overdracht naar een gynaecoloog plaats.

In het rapport wordt echter geconcludeerd dat de verloskundige onvoldoende in staat is de vier belangrijkste oorzaken van babysterfte (zie kader) tijdig op te sporen dan wel te voorkomen. daarmee wordt een

Oorzaken babysterfte:

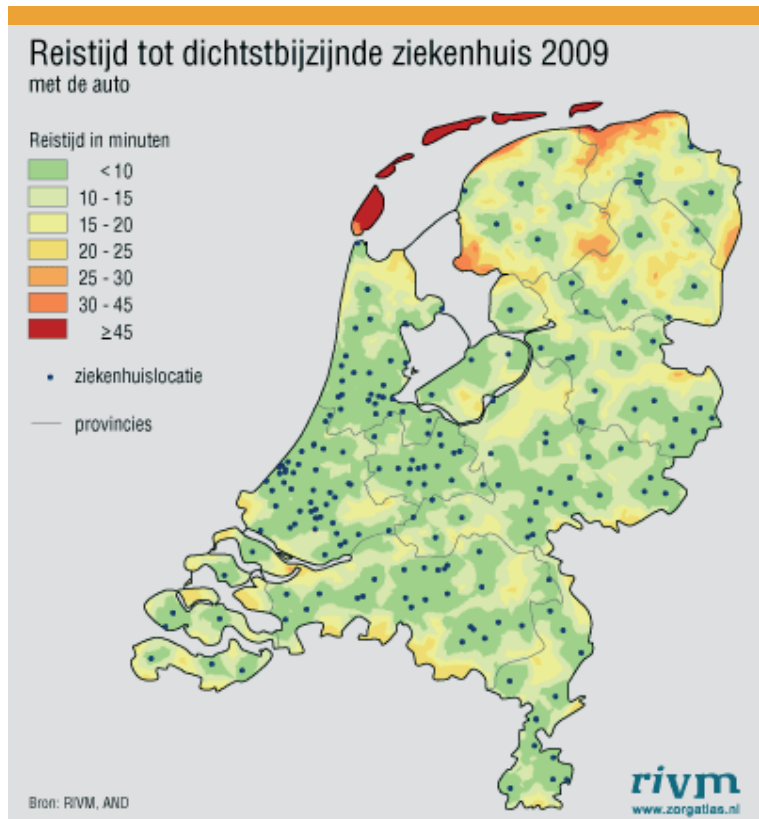
- vroeggeboorte (58%)
- ernstig aangeboren afwijking (16%)
- te laag geboortegewicht (9%)
- zuurstoftekort tijdens geboorte (6%)

Onder babysterfte wordt verstaan de sterfte na week 32 van de zwangerschap tot twee weken na de bevalling.

Bron: Een Goed Begin, Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009

cruciaal punt aangesneden. Juist omdat het aantal thuisbevallingen in Nederland hoog is in vergelijking met andere westerse landen, verdient het de extra aandacht die het krijgt. Daarmee is niet gezegd dat verloskundigen hun werk niet goed doen, maar wel dat de (technische) mogelijkheden van gynaecologen in een ziekenhuis effectiever zijn in het

opsporen van bijvoorbeeld groeistoornissen.



Deze stelling werd naar voren gebracht in het onderzoek dat in het najaar door het UMC Utrecht werd gepresenteerd. Onderzoekers Hens Brouwers en Anneke Kwee wezen net als in het rapport Een Goed Begin nadrukkelijk naar de risicoselectie. Zo stelden zij dat als de risico's laag worden ingeschat, het in de lijn der verwachting ligt dat de bevallingen thuis vervolgens ook vaker goed zullen aflopen. Opvallend is dat de thuisbevallingen een even hoog sterftecijfer kennen als de ziekenhuisbevallingen, waar een groter risico in het spel is.

Juist als een moeder tijdens een bevalling van een verloskundige wordt overgedragen aan een gynaecoloog, blijkt dat deze laatste vaak een dusdanig grote informatie achterstand heeft. De verloskundige en gynaecoloog lijken dus in gescheiden werelden te opereren, aldus de onderzoekers.

Academisering

Alarmerende cijfers, die echter ook op weerstand stuiten. In een discussie in het TV programma Nieuwsuur wees verloskundige Beatrijs Smulders - voorstander van thuisbevallingen - op andere "gerenommeerde" onderzoeken, die het tegendeel zouden bewijzen. In een artikel in de Volkskrant stelde hoogleraar eerstelijnszorg Victor Pop vraagtekens bij de gevolgde onderzoeksmethode.

vervolg op pagina 7

PROJECT 2MOVE)) STELT MOEDER CENTRAAL

In het denken over de toekomst van de geboortezorg in Nederland, speelt de wijze waarop de verloskundige zorg georganiseerd is, een belangrijke rol. Onderwerpen die daarin een rol spelen zijn de mogelijkheden die verloskundigen hebben om risico's in te schatten en de informatieachterstand die een gynaecoloog kan hebben als een moeder tijdens de bevalling overgedragen wordt.

Stichting STBN uit Utrecht heeft hiervoor in opdracht van Agis Zorgverzekeringen het project 2MoVe)) ontwikkeld. Het adviesbureau voor de verloskundige zorg - een initiatief van de verloskundige beroepsgroep zelf - wil met het project bijdragen aan het terugbrengen van het aantal onnodige interventies, de tevredenheid bij de vrouw na de geboorte van haar kind en een verbetering in het perinatale sterftecijfer.

Daarvoor zijn twee zogenoemde 'pijlers' uitgedacht waarop het model staat: het centraal stellen van de cliënt en een Verloskundig Samenwerkingsverband Plus (VSV-Plus).

De cliënt centraal

Hoewel de kreet 'de cliënt centraal' bepaald niet nieuw is, is het volgens projectleider Jolande IJsseldijk noodzakelijk om dit binnen de verloskundige zorg een duidelijker plek te geven: "in de huidige situatie hebben alle hulpverleners een eigen taak en eigen dossier. De zwangere vrouw zoekt vervolgens zelf haar weg in de zorg. Het organisatiemodel 2MoVe)) is juist een werkwijze waarin de zorg door de zorgverleners samen rondom moeder en kind wordt georganiseerd."

Dit gebeurt onder meer door het aanstellen van een casemanager die de zorg rond de zwangere coördineert. Het is één van de twee vaste verloskundige zorgverleners binnen één praktijksetting die de zwangere ziet bij de individuele consulten. Is er langduriger zorg door een gynaecoloog nodig, dan wordt het casemanagement overgedragen.

Onderdeel van het zorgdossier wordt een zorgplan, waar de cliënt zelf eigenaar van wordt. Het zorgplan biedt de zwangere (en de verloskundig zorgverlener) inzicht in wat er wanneer staat te gebeuren en wie daarvoor welke actie onderneemt. Het is als het ware een checklist die voor beiden beschikbaar is.

Iedere zwangere wordt tijdens de zwangerschap thuis bezocht. Dit huisbezoek biedt inzicht in de thuissituatie van de zwangere in aanvulling op de contacten in de praktijk en/of het ziekenhuis.

Projectleider IJsseldijk: "het standaard huisbezoek draagt bij aan een goede en praktische voorbereiding voor de komende bevalling en kraamperiode."

2MoVe)) heeft als uitgangspunt dat een eerste bezoek tijdens een vroeg stadium van de bevalling plaatsvindt, zodat in overleg met de cliënt beoordeeld kan worden welke mate van begeleiding door de cliënt gewenst is en vastgesteld wordt in welke fase van het bevallingsproces zij zich bevindt.

Verloskundig Samenwerkingsverband Plus

Met een goed organisatorisch kader en een heldere regie is de kans groot dat vrijblijvendheid tot het verleden gaat behoren. Hiervoor wordt een VSV-Plus opgezet. De leden van het samenwerkingsverband ontwikkelen samen een visie waarin de cliënt een centrale plaats inneemt. De cliënt kan, op de voor haar meest passende wijze, gebruik maken van de zorg vanuit het samenwerkingsverband. Een Verloskundige Regie Groep (VRG) wordt geïnstalleerd door de leden van het VSV-Plus, die de taak krijgt de samenwerking te realiseren en te borgen. De VRG zorgt voor afspraken en randvoorwaarden die het nakomen van afspraken borgen en vrijblijvendheid voorkomen.

Pilot

Op 1 oktober is met financiering van Agis een pilot van het project gestart in vijf verloskundige praktijken in Amsterdam-west, het Sint Lucas Andreas ziekenhuis en de kraamzorgorganisaties in Amsterdam. De pilot is een proeftuin, waar concrete onderdelen uitgewerkt worden: de introductie van de casemanager, het zorgplan, het huisbezoek, continue begeleiding tijdens de baring, een gezamenlijk voorlichtingsaanbod en het gezamenlijk dossier.

IJsseldijk: "in deze pilot wordt een aantal vrouwen volgens ons model begeleid. We zijn nu bezig met het plannen van de huisbezoeken. Eigenlijk kunnen we pas na een jaar - na de eerste bevallingen - zeggen of het model succesvol is of niet, maar naast de tevredenheid die ik bij de zwangere vrouwen zie, krijg ik nu al enthousiaste reacties van verloskundigen en gynaecologen. Met het model worden verantwoordelijkheden en verwachtingen helder beschreven en dat blijkt voor alle betrokkenen duidelijke winst op te leveren."

vervolg van pagina 5

Volgens hem is in het rapport onvoldoende, onder meer omdat er niet voldoende gekeken is naar andere factoren die een mogelijk gevonden samenhang tussen perinatale sterfte en bevallen in de eerste lijn óók kunnen verklaren. Hoewel ook Pop van mening is dat er goede afspraken moeten komen tussen eerste (verloskunde) en tweedelij (gynaecologie), stelt hij ook dat “verdere academisering” niet het juiste antwoord is?

Daar wringt de schoen. Want wat is nu het juiste antwoord op het probleem dat nu verschillende keren is geconstateerd? Waar moeten zwangere vrouwen nu rekening mee houden? Is het verstandiger om sowieso voor een ziekenhuisbevalling te kiezen? Het lijkt er op dat er meer vragen zijn dan antwoorden.

“Waar we voor moeten oppassen is dat er een beeld ontstaat dat bevallen in Fryslân risicovol of zelfs gevaarlijk is”, zegt Margreet de Graaf, “dat is het zeker niet. De zorg door verloskundigen en in ziekenhuizen ligt op een bijzonder hoog peil, dus we moeten geen paniek zaaien. Dat betekent niet dat er geen verbeteringen mogelijk zijn. Ik zie drie aandachtsgebieden die daartoe kunnen leiden: de moeders zelf, het zorgaanbod en de samenwerking tussen de verschillende disciplines.”

In zekere zin is het laatste woord aan het ministerie van VWS, jaren geleden opdrachtgever van de stuurgroep die het rapport Een Goed Begin samenstelde. Het ministerie



heeft besloten onderzoeksinstituut ZonMW een subsidie van 8.1 miljoen te geven. Het onderzoek dat ZonMW de komende jaren zal uitvoeren, zal het geheel van oorzaken van perinatale en maternale sterfte, gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering voor, tijdens en na de zwangerschap, risicoselectie en screening, organisatie en concentratie van zorg in kaart brengen.

De Graaf: “Ik vind overigens niet dat wij of de zorgsector zelf alle oplossingen moeten bedenken. Mijn ervaring uit met name onze spiegelgesprekken is dat hulpverleners vaak staan te kijken van de ideeën die hun cliënten hebben over de zorgverlening. Het gebruiken van suggesties van zwangere vrouwen en moeders is misschien wel de slimste zet die de zorgsector kan doen.”



Verloskundige zorg in Fryslân op zoek naar verbeteringen

“DE ZORG VRAAGT OM AANPASSINGEN, ZOWEL INHOUDELIJK ALS ORGANISATORISCH”

Negentig mensen bezochten eind november 2010 het symposium It Fryske Antwurd over de toekomst van de geboortezorg in Fryslân. Dat hoge aantal bezoekers mag gezien worden als een signaal dat het onderwerp leeft onder medewerkers uit de zorgsector. Uiteraard kan een symposium een goed startmoment vormen, maar het is belangrijk om te kijken welke concrete stappen er nu worden gezet.

Het lijkt geen twijfel dat de gynaecologen, kraamverzorgsters, beleidsmakers van zorgverzekeraars en verloskundigen doordrongen zijn van de problematiek. Het symposium werd georganiseerd door ROS Friesland, de organisatie die werkt aan versterking van de samenwerking, samenhang en kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg in Fryslân. Volgens de organisatoren bleek het nog niet eenvoudig om los te komen van de dagelijkse praktijk en vrijelijk deze discussie te voeren. Wel is besloten dat het Districts Verloskundig Platform Friesland (DVPF) het voortouw neemt om uit het symposium suggesties en ideeën te verzamelen en deze “als bouwstenen in een concreet actieplan aan het veld voor te leggen”.

Relinde van der Stouwe is als verloskundige werkzaam in Akkrum en betrokken bij het DVPF. Zij begint met uit te leggen dat er nog steeds vraagtekens zijn bij de hogere sterftecijfers in Fryslân: “we hebben te maken met een perinataal sterftecijfer in Nederland dat minder daalt dan in de meeste andere Europese landen. Dat is opmerkelijk omdat ons welvaartsniveau en onze verloskundige zorg dat als goed te boek staan. Het is dan ook zeer wenselijk dat er onderzoek gedaan wordt naar de achtergronden van dit relatief hoog sterftecijfer. Daar zijn op dit moment geen afdoende verklaringen voor. Het hogere percentage vrouwen dat meer dan twintig minuten reist naar ziekenhuis, is mogelijk een factor die een rol speelt. Hoewel uit eerder onderzoek niet gebleken is dat een lage Sociaal Economische Status (SES) van invloed is op het sterftecijfer in Friesland, hebben we in onze provincie wel een relatief hoog percentage zwangere vrouwen met een lage SES wonen.”

Medicalisering

Van der Stouwe bestrijdt het beeld dat uit recente onderzoeken naar voren is gekomen dat verloskundigen en gynaecologen in twee gescheiden werelden werken maar erkent ook dat er nog beter samengewerkt kan worden.

“Het Nederlandse verloskundig systeem functioneerde

in het verleden goed. Er wordt van uitgegaan dat een gezonde zwangere bij complicaties overgedragen wordt aan de zorg van de gynaecoloog. Maar onze wereld verandert en ook ‘de zwangere’, de technische mogelijkheden in de zorg, opvattingen van professionals en van aanstaande ouders over risico’s enzovoort”, aldus Van der Stouwe. “Er zijn in de loop van de tijd veel meer overlegmomenten tussen professionals bijgekomen dan bijvoorbeeld twintig jaar geleden. Dit vraagt om aanpassingen van de zorg, zowel organisatorisch als inhoudelijk. Een voorbeeld: de eerste en tweedelijns gebruiken verschillende computerprogramma’s die uitwisseling van gegevens bemoeilijken. Voor effectieve overdracht is het gebruik van een zelfde webbased dossier belangrijk.”



Doaitse Wilbers, gynaecoloog in het Medisch Centrum Leeuwarden, gaat zelfs nog een stap verder: "duidelijk is dat dit klassieke, uniek Nederlands systeem van verloskundigen en thuisbevallen enerzijds en de ziekenhuizen anderzijds, aan z'n einde komt. Dat hoort bij de hedendaagse cultuur: we willen een zwangerschap van begin tot eind onder controle hebben. Het resultaat is dat de 'gezonde' zwangerschap gemedicaliseerd raakt en daarmee veel meer dan voorheen in het domein van de doktoren en ziekenhuizen terecht komt."

Wilbers wijst er op dat Minister Schippers van VWS in de Tweede Kamer heeft aangegeven dat ziekenhuizen aan strengere normen moeten gaan voldoen. De inspectie gaat dit controleren en al voor de zomer moeten de ziekenhuizen aangeven hoe ze aan deze normen willen gaan voldoen. In de Tweede Kamer zei minister Schippers hierover dat een aantal ziekenhuizen dan tot de conclusie zal komen dat "de verloskundige zorg die men tot op heden heeft geboden, onder de maat is. Als men die zorg op geen enkele manier kan verbeteren, betekent het dat er een concentratie van verloskundige zorg optreedt. Er zit hier echt een spanningsveld tussen kwaliteit en bereikbaarheid." De minister lijkt daarmee de consequentie te accepteren dat de bereikbaarheid van de zorg en de mogelijkheid tot thuisbevalling, in de knel komt. De consequenties voor Fryslân zijn nog niet te overzien, maar nu al hebben de huisartsen op Terschelling aangegeven geen thuisbevallingen meer te zullen begeleiden.

Wilbers: "grotere centra zullen financieel misschien beter in staat zijn aan de normen te voldoen, maar de minister spreekt nergens van extra geld en dus gaat



dit een groot punt worden. Persoonlijk hoop ik dat de grootste zorgverzekeraar het voortouw gaat nemen

om een provinciebrede organisatie te ontwikkelen waarin alle verloskundige zorg, ketenzorg, gestalte krijgt met inzet van nu allen die daar nu al bij betrokken zijn. Hoe zelfstandig een verloskundige dan nog kan zijn, is dan wel een punt van wellicht grote verandering."

Casemanager

Relinde van der Stouwe ziet een groot aantal verschillende mogelijkheden die op korte termijn opgepakt kunnen worden: "een gezonde zwangerschap begint voor de bevruchting. Op allerlei niveaus en voor alle vrouwen moet meer voorlichting komen. Verder hebben vrouwen met een lage sociaal-economische status meer onze aandacht nodig, voor, tijdens en na de zwangerschap. Deze vrouwen zijn met name gebaat bij laagdrempelige, gecombineerde zorg van eerste en tweede lijn, dichtbij huis van belang."

Van der Stouwe pleit voor continue begeleiding tijdens de bevalling, thuis en in het ziekenhuis.

vervolg op pagina 11

Verloskundige samenwerkingsverbanden

Rond alle 5 ziekenhuizen in Friesland bestaan verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). Daarin zijn eerstelijns en tweedelijns zorgverleners vertegenwoordigd. In deze VSV's worden de perinatale sterftegevallen op structurele wijze geëvalueerd (de zogenaamde perinatale audit). Naar aanleiding van de audit worden verbeterpunten geformaliseerd. In alle VSV's wordt momenteel gepraat over hoe de samenwerking verbeterd kan worden (dus de zorg in bredere context dan alleen terugdringen van sterfte). Daar zijn al concrete acties uit voort gekomen.

Zo hebben eerste- en tweedelijns zorgverleners in Sneek een prenataal voorlichting programma opgezet, in Heerenveen werkt de kraamzorg samen met verloskundigen, diëtisten en fysiotherapeuten aan een gecombineerd aanbod van bewegen en voorlichting voor zwangeren. De kraamzorg werkt met de ziekenhuizen in Sneek en Heerenveen samen door kraamverzorgenden op drukke dagen op de verloskamers in te zetten voor continue ondersteuning van barende vrouwen.

In Dokkum werken gynaecologen en eerstelijns verloskundigen nauw samen om 24 uur bereikbare zorg te garanderen.

VERLOSKUNDIGE ZORG IN GRONINGEN

Vraag het willekeurig welke moeder, ze zeggen allemaal hetzelfde: als de baby maar gezond is, dat is het belangrijkste. Dat betekent natuurlijk niet dat vrouwen geen uitgesproken mening hebben over hoe zij de begeleiding tijdens de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode het liefst zouden willen zien.

Zorgbelang Groningen heeft via een online vragenlijst 54 moeders bevroegd over de geboortezorg in Groningen. Daaruit bleek onder meer dat vrouwen liefst thuis bevallen, of toch in ieder geval de mogelijkheid willen hebben thuis te bevallen. Verder vinden ze het prettig als degene die de bevalling begeleidt, ook degene is die de hele zwangerschap heeft begeleid.

Dergelijke uitkomsten klinken wellicht vertrouwd, maar het is wel de eerste keer dat vrouwen zelf over dit onderwerp bevroegd. De uitkomsten geven inzicht in wat moeders belangrijk vinden doordat Zorgbelang Groningen niet alleen percentages registreerde, maar vrouwen ook hun verhaal liet vertellen, bijvoorbeeld over de keuze voor thuis- of ziekenhuisbevalling:

"...aangezien er geen kraamafdeling meer is in het OZG locatie Delfzicht, heb je geen keus en mag je niet meer thuis bevallen..."

".....ik wilde heel graag thuis bevallen, maar omdat de vorige bevalling niet helemaal soepeltjes verliep is mij geadviseerd poliklinisch te bevallen. De gesprekken daarover waren zeer verhelderend..."

Andere vragen gingen over de aanwezigheid van de gynaecoloog:

"... had ik om half zeven 's avonds 9 cm ontsluiting en al vanaf half 12's middags weeën. Ik kreeg geen pijnbestrijding omdat 'het zo kon komen', terwijl hij na een dag weeën nog niet te zien was en niet in het geboortekanaal zakte. Uiteindelijk na anderhalf uur persen heb ik na de derde overdracht aan gynaecoloog die weer ter plaatse was een spoed keizersnede gekregen.

Over de nazorg:

"...de begeleiding was wel goed alleen hielden ze er in het ziekenhuis andere ideeën op na. Mijn dochter is uiteindelijk met een keizersnee gehaald en toen de zorg van de verloskundige over ging naar het ziekenhuis had ik het gevoel dat er niet meer naar mij geluisterd werd, maar dat de regeltjes van het ziekenhuis gingen gelden. Werd er heel onzeker van..."

Uiteraard lopen de ervaringen per deelnemer vaak uiteen, van positief tot negatief:

"...en mochten er zich dingen voordoen die meer tijd kosten dan maakten ze daar tijd voor. Men was in het ziekenhuis zeer betrokken..."

"...zwangerschap met complicaties en begeleiding van ziekenhuis. Doordat het een enorm ziekenhuis is, vond ik de begeleiding, tijd en aandacht erg summier..."

Bij de vraag of er voldoende naar je werd geluisterd, valt het verschil in ervaringen op tussen de thuisbevalling en de poliklinische bevalling enerzijds en de klinische anderzijds. Bij de thuisbevalling en de poliklinische zijn er alleen antwoorden in de categorieën voldoende en ruim voldoende. Bij de klinische bevalling heeft een derde van de vrouwen negatieve ervaringen.

E-panel onderzoeken geven op eenvoudige wijze een goed beeld van meningen en ervaringen van - in dit geval - moeders met geboortezorg. Een nieuwsbrief over het onderzoek is te downloaden via de website zorgbelang-groningen.nl.

Meer informatie:

Truus Pinkster (t.pinkster@zorgbelang-groningen.nl).

Uw ervaringen

Complicatie

"Ik kwam hier tijdens een zware bevalling. Mijn huisarts was met me mee. Dat had op zich niet hoeven, de band tussen mij en mijn huisarts is niet optimaal en ik begreep niet waarom hij mee kwam. Hij vond dat de bevalling wat te lang op zich liet wachten en vertrok uit het ziekenhuis zonder dat hij verder maar iets overdroeg. Ik kreeg de indruk dat hij het niet meer zag zitten.

Zijn opvolger kwam snel. Er was een complicatie in het spel die niet was waargenomen voor die tijd; mijn kind kwam met het voorhoofd naar voren ter wereld.

De tweede arts hielp me voor mijn gevoel veel beter. Er was veel drukte om me heen, ik merkte wel dat er veel in en uit werd gelopen. Ik ben blij dat ik in het ziekenhuis ben bevallen."

vervolg van pagina 9

De daarvoor noodzakelijke samenwerking tussen kraamzorg, verloskundigen en ziekenhuizen zou dan gecoördineerd moeten worden door een casemanager. "Het zou verder een grote stap vooruit zijn als de eigen bijdrage voor poliklinische bevalling zou worden afgeschaft. Vrouwen moeten kunnen kiezen voor een omgeving waar ze zich veilig voelen, zonder dat zij gehinderd worden door financiële overwegingen."

De verloskundige zorgsector in Fryslân zit vanwege de hoge babysterfte niet in zak en as. Er worden ideeën uitgewerkt, samenwerking gezocht en nieuwe voorlichting ontwikkeld.

Voor Wilbers is het een uitgemaakte zaak: "de registratie in Nederland is zoveel beter dan in andere landen, dat we slachtoffer zijn van ons eigen goed presteren. Maar ja, getallen gaan een eigen leven leiden en nu is de politiek er mee aan de haal gegaan, terwijl er waarschijnlijk helemaal geen probleem is. Het is in ieder geval nog nooit zo veilig geweest."

Optimale start

De provincie Friesland heeft subsidie toegekend aan een pilot 'gelijke kansen voor een optimale start'.

Daarin gaan verloskundigen voorlichting geven op vmboscholen en ROC's over gezond zwanger worden en geven JGZ verpleegkundigen extra ondersteuning aan de (aanstaande) moeder/ ouders in achterstandssituaties bij de verzorging en opvoeding van hun kind (Stevig Ouderschap).

Deze ondersteuning begint al tijdens de zwangerschap. Een belangrijk doel van dit project is dat professionals uit de zorg, onderwijs en welzijnwerk elkaar gaan vinden in de zorg rond aanstaande moeders in achterstandssituaties.

Uw ervaringen

Huisarts

Toen mijn vrouw twaalf weken zwanger was, begon ze plotseling hevig te bloeden. Ze belde mij op het werk dat de huisarts niet wilde komen. Omdat ik ver van huis werk, heb ik toen 112 maar gebeld. Een ambulance heeft haar naar het ziekenhuis gebracht. Dat was niet nodig geweest als de huisarts eerst was komen kijken.



Uw ervaringen

Monitor

"Ik ben in het ziekenhuis bevallen van mijn zoon. Hij werd kort na de geboorte overgeplaatst naar de kinderafdeling. Helaas lag ik op de afdeling gynaecologie; daar hebben ze geen monitor met zicht op de couveuse afdeling. Bij de wisseling van nacht- naar dagdienst is de overdracht volgens mij niet goed gedaan, want ik kreeg geen hulp bij het kolven. Daar had ik wel om gevraagd, want ik wilde graag borstvoeding geven.

Ook de communicatie tussen de afdeling gynaecologie en de kinderafdeling was niet goed. Niemand wist wanneer ik op de kinderafdeling werd verwacht, of de gekolfde moedermelk dan ook meeging en wie het dan geeft.

Column

...NEE, DAN WIJ VADERS!

Het is geen gemakkelijke opgave de geboortezorg te verbeteren. Dat we daar naar streven is mooi, maar alle onderzoeken, rapporten en vernieuwde protocollen zetten nog geen zoden aan de dijk. Daarom heeft Zorgbelang Fryslân voorgesteld om vooral ook naar de moeders te luisteren. Wat zij te vertellen hebben, vanuit hun ervaringsdeskundigheid, zou leidend moeten zijn voor de verbetering van de geboortezorg in Fryslân.

Onzin!

Iedere vader die naast het kraambed heeft gezeten weet dat moeders voor, tijdens en na de bevalling labiel en ontoerekeningsvatbaar zijn. Daar hebben wij vaders overigens het volste begrip voor. Wij weten dat in het zwangere lichaam een orkaan van hormonen rondraast, die voor de geboorte zorgt voor extreme stemmingswisselingen, tijdens de bevalling een vrouw doet schelden als een bouwvakker wiens bier op is en haar in de kraamperiode in staat stelt engelachtige blikken op de pasgeborene te laten werpen, waardoor je toch weer voor haar valt.

Volstrekt ontoerekeningsvatbaar willen vrouwen - als ze pasgetrouwd zijn - twee, hooguit drie kinderen. Tijdens de bevalling schreeuwen ze dat ze dit nooit meer willen meemaken en mismoedig leg je je er als man bij neer dat je eerstgeborene waarschijnlijk geen broertjes of zusjes zal krijgen. Nog voor de kraamvisite echter aan het bed staat, is de kinderwens bij de nog uitgeputte moeder alweer opgelopen tot vijf, hooguit zes.

Zo zat ik tijdens de keizersnede waarmee onze dochter werd gehaald, dapper aan het hoofdeinde van de operatietafel en sprak mijn vriendin moed in. Zij drukte haar nagels kapot in mijn hand, waardoor

ik na de bevalling nog voor drie hechtingen bij de eerste hulp langs moest. Toen we later naar de foto's van de bevalling zaten te kijken, die door een verpleegkundige waren gemaakt, zei ze verrast: "hé, daar houd je mijn hand vast! Daar heb ik niks van gemerkt...."

Ach nee, veel moeders zeggen achteraf dat het allemaal in een roes ging. En gelukkig maar. De vraag is alleen of moeders, met dergelijke 'ervaringsdeskundigheid', de meest geschikte bron zijn om verbeteringen van de geboortezorg aan te geven. Wat weten zij ervan? Zij liggen daar maar te puffen en weeën op te vangen, schelden op hun man en de gynaecoloog, verliezen alle besef van tijd en verkeren in een 'natural high' onder de invloed van een cocktail van hormonen als prostaglandine, oxytocine, adrenaline en endorfine.

Die ga je toch niet vragen hoe de zorg verbeterd kan worden? Die vragen alleen om meer pijnstillers.

Nee, dan wij, de vaders. Van begin tot eind zijn wij alert, wij maken alles bewust mee. Wij overtuigen de verloskundige dat het tijd is om te komen of dolen door de gangen van het ziekenhuis, op zoek naar een verpleegkundige. Wij houden de wijzertjes van de apparatuur in de gaten. Wij dragen glaasjes water aan en draaien de CD met dolfjngeluiden. Wij tellen de minuten tussen de weeën en wij horen de gynaecoloog vloeken als de keizersnede niet zo soepel verloopt als hij had verwacht.

Wij zien alles, wij assisteren overal, niets ontgaat ons en niemand ontsnapt aan onze aandacht. Wij slepen onze vrouwen door de bevalling heen en als het moet de verloskundige en de kraamverzorgster erbij. Wij en alleen wij zijn het die kunnen vertellen wat er anders kan, wat er beter moet.

Wij zijn er klaar voor. Wat wilt u weten?

Johannes Beers

Uw ervaringen

Operatiekamer

"Bij mij wou de placenta niet los wilde laten. Het lukte ook de verpleegkundige niet. Na 1 uur was er pas een gynaecoloog bij mijn bed. Hij moest van huis komen, begreep ik, het was weekend. Toen maakte ik me niet ongerust, maar achteraf had ik daar wel vragen bij. Men zei me: de gynaecoloog komt zo! Maar het duurde maar. Uiteindelijk moest ik naar de operatiekamer.

Tegen mijn man werd gezegd: het kan goed gaan, maar het kan ook fout gaan, hoor! Daar stond hij dan, met zijn dochter aan de hand, en zijn vrouw werd weggereden. Ik weet natuurlijk best dat er risico is, maar we vonden dit moment erg ongelukkig getimed. De begeleiding verder vond ik wel goed."

zorg belang
Fryslân

www.zorgbelang-fryslan.nl