

Gedeelde zorg voor zwangeren

Verloskundigen zien weinig in meer samenwerking met huisartsen

F. Baarveld, B.J. Kollen, M.M. de Boone, M.J. Kockelkoren, J.J. Galema, S. Apers,

Huisartsen en verloskundigen vullen de eerste-lijnszorg rond zwangerschap en geboorte in. Helaas verloopt de samenwerking tussen deze professionals soms moeizaam. Maar ze hebben elkaar wel nodig, want optimale (pre)natale en postnatale zorg is en blijft gedeelde zorg.

Het mag duidelijk zijn dat het doel om vóór, tijdens en na de zwangerschap zorg te organiseren is dat er een gezond kind wordt geboren uit een gezonde moeder^[1]. In Nederland vindt iets meer dan 30 procent van alle bevallingen thuis plaats: in 2005 werden bijna 58.000 kinderen thuis geboren^[2]. Naast verloskundigen voeren huisartsen (een deel van) de eerstelijns verloskundige zorg uit.

Het aantal verloskundigen is de laatste jaren flink toegenomen. Zo waren er in 2005 ten opzichte van 2001 maar liefst 453 verloskundigen meer werkzaam^[2].

Het aantal verloskundig actieve huisartsen is de laatste decennia juist snel gedaald. In 2002 was nog slechts 6 procent van de huisartsen verloskundig actief^[3]. Door veranderingen als de explosieve toename van het aantal centrale huisartsenposten die ANW-diensten overnemen, is het aandeel van huisartsen in de zorg voor zwangeren verder afgenomen. Daarnaast geeft tijdens de huisartsenopleiding alleen nog een drie maanden durende (facultatieve) differentiatie module Verloskunde kans op verdieping^[4].

Eigen gebied

Het primaat van de verloskundigen, jarenlang de drempel om tot samenwerking tussen verloskundigen en huisartsen

dr. F. Baarveld is huisarts en hoofd huisartsopleiding Universitair Medisch Centrum Groningen,

dr. B.J. Kollen is epidemioloog en verbonden aan het research bureau Isala Academie, Isala klinieken Zwolle.

M.M. de Boone, M.J. Kockelkoren, J.J. Galema en S. Apers zijn verloskundigen die op dit onderwerp verleden jaar afstudeerden
Correspondentie: f.baarveld@med.umcg.nl

Met toestemming overgenomen uit Medisch Contact, nr. 37 van 14 september 2007 pag. 1492 ev. Het commentaar op het artikel is eveneens afkomstig uit Medisch Contact, nr. 44 van 2 november 2007, pag. 1828

te komen, is in 2001 opgeheven. Het begeleiden van zwangerschap, partus en kraambed door de huisarts wordt, zelfs als in het eigen gebied ook een verloskundige is gevestigd, weer gehonoreerd^[5]. Wel is van belang hoe deze hulpverleners samenwerken en elkaar informeren. Als het merendeel van de huisartsen nog slechts in de marge actief is op verloskundig gebied en obstetrische fysiologie niet meer in het takenpakket zit, moet ook de vraag worden gesteld of de huisarts zwangerschaps-pathologie nog herkent. Om goede zorg te leveren aan zwangeren, kraamvrouwen en pasgeborenen zal er afstemming moeten zijn tussen huisartsen en verloskundigen.

Heikel punt

In 2001 tekenden de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een convenant. Hierin onderstrepen zij hun gezamenlijke basisfilosofie over het kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van richtlijnen.^[6] Vanuit dit convenant is onder andere de Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak Verloskunde (LESA-V) ontstaan. Ook hebben NHG en KNOV samen aan de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode gewerkt^[7].

Op beleidsniveau is er dus samenwerking. In de praktijk lijkt dit echter nog een heikel punt. Hiernaar is onderzoek gedaan door de huisartsopleiding van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en de Verloskunde Academie Groningen (VAG)^[8]. Er is getracht een antwoord te vinden op een aantal vragen. Zo was namelijk nog niet duidelijk of er tussen de eerstelijns verloskundige zorgverleners afspraken bestonden over de afbakening van taken in de prenatale, natale en postnatale zorg. Wellicht is daarbij sprake van overlap. Ook was het de vraag wie de zorg moest leveren bij het eerste zwangerschapsconsult of bij een miskraam en, in bredere zin, of samenwerking tussen huisarts en verloskundige in de toekomst mogelijk is.

Experts van beide opleidingen, UMCG en VAG, stelden een vragenlijst op om te achterhalen hoe verloskundige zorgverleners uit de eerste lijn de prenatale, natale en postnatale zorg ervaren. Van tevoren werden de respondenten ingedeeld in drie groepen: eerstelijns

verloskundigen en daarnaast wel en niet-verloskundig actieve huisartsen. At random zijn 300 verloskundige praktijken geselecteerd en benaderd. Daarnaast zijn alle 271 huisartsleden van de Vereniging Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) en at random nog eens 350 huisartsen aangeschreven. In deze laatste steekproef bevonden zich twaalf verloskundig actieve huisartsen; zij werden uit deze categorie uitgesloten.

Miskraam

De totale respons bedroeg 47 procent. Van de niet-verloskundig actieve huisartsen verleent een kwart enige vorm van verloskundige zorg. Hierbij gaat het vooral om de eerste zwangerschapscontrole en het postpartumbezoek. Over de zorgverlening bij een eerste zwangerschapsconsult of bij een miskraam bestaat overigens een groot verschil van inzicht: verloskundigen zien daarbij een taak voor zichzelf weggelegd, terwijl de meerderheid van beide huisartsengroepen die zorg meer tot het eigen terrein rekent. Mogelijk zijn de groepen niet goed op de hoogte van elkaars kennis en vaardigheden op dit gebied. Van de niet-verloskundig actieve huisartsen beschouwt 82 procent een eerste zwangerschapsconsult bij de huisarts als wenselijk. Ook 87 procent van de verloskundig actieve huisartsen vindt dit. Slechts 9 procent van de verloskundigen zien dat als een goed plan.

Op de vraag welke zorgverlener idealiter een miskraam zou moeten begeleiden, antwoordde meer dan 90 procent

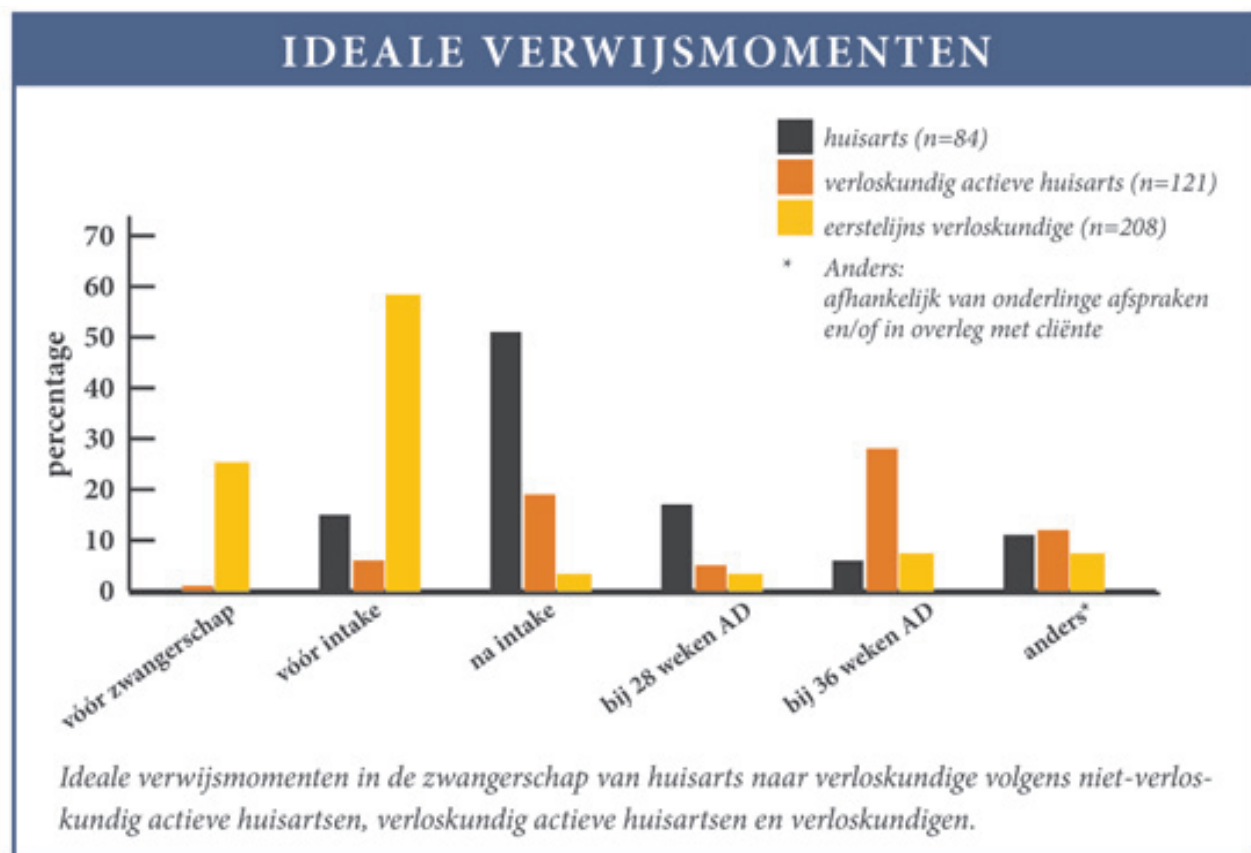
van alle huisartsen dat de huisarts dit zou moeten doen als de zwangere nog niet bij een verloskundige was geweest. Van de verloskundigen vond 67 procent dat zij deze begeleiding moeten verzorgen.

Heeft de zwangere vrouw al wel een verloskundige gezien en krijgt ze daarna een miskraam, dan kan de begeleiding volgens 55 procent van de niet-verloskundig actieve huisartsen wel beter door de verloskundige worden uitgevoerd. Van de huisartsen die wel verloskundig actief zijn, vindt 55 procent dat de huisarts dit juist moet doen. Van de verloskundigen vindt 94 procent de eigen beroepsgroep daarvoor het meest geschikt.

Preconceptiezorg

Meer dan de helft van de verloskundigen zou het liefst zien dat zwangeren voor de eerste controle (intake) naar hen worden doorverwezen. Mogelijk speelt het veranderende beroepsprofiel van de verloskundige hierbij een rol: het geven van preconceptiezorg behoort nu ook tot de mogelijke taken. Van de niet-verloskundig actieve huisartsen vindt de meerderheid echter dat verwijzing naar de verloskundige pas na de eerste zwangerschapscontrole moet plaatsvinden. Er bestaan kennelijk verschillende visies over wat in deze fase nu ideale zorgverlening is. De verschillende momenten voor doorverwijzing die de drie respondentengroepen als beste ervaren, zijn weergegeven in de figuur.

Huisartsen en verloskundigen ervaren overlap van taken op het gebied van het anemiebeleid en vooral op het



gebied van zwangerschapsgerelateerde klachten - hier zegt 60 procent van de niet-verloskundig actieve huisartsen en nagenoeg een kwart van de verloskundig actieve huisartsen en verpleegkundigen ervaring mee te hebben. Ten aanzien van het postpartumbezoek en -onderzoek stelt ruim 90 procent van de verloskundigen dat de huisarts daarbij geen rol heeft.

Wederzijds respect

Van de niet-verloskundig actieve huisartsen vindt de meerderheid het van belang om te komen tot goede samenwerking, een betere afstemming van taken, het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op verloskunde, goede overdracht en honorering. Collega-huisartsen die wel verloskundig actief zijn, benadrukken andere aspecten, zoals afspraken over beschikbaarheid, communicatie, geprotocolleerd werken en taakverdeling. De meeste verloskundigen zien voldoende ervaring en/of verloskundige opleiding bij huisartsen, een gedegen overdracht, wederzijds respect en goede communicatie als belangrijkste voorwaarden om te komen tot goede samenwerking.

Ten aanzien van de natale zorg ziet overigens 34 procent van verloskundig actieve huisartsen, bijna 60 procent van de niet-verloskundig actieve huisartsen en 90 procent van de verloskundigen géén mogelijkheden tot meer samenwerking. Een hoger risico op fouten bij twee kapiteins op één schip, het gevoel overbodig te zijn, een te hoge werkbelasting en een gebrek aan ervaring worden door niet-verloskundig actieve huisartsen hiervoor het vaakst als reden genoemd. Collega-huisartsen die wel actief zijn in de natale zorg, noemden als argument vóór juist meer samenwerking het feit dat ze zelf verloskundig actief zijn. Zij noemden hierbij organisatorische en geografische redenen (samenwerking in één regio, het voorkomen van doublures in beschikbaarheid in dunner bevolkte gebieden).

Verloskundigen zijn van mening dat de huisarts te weinig kennis, vaardigheden en tijd heeft, de continuïteit van zorg niet goed kan waarborgen en dat er voldoende verloskundigen beschikbaar zijn om natale zorg te leveren.

Reactie op 'gedeelde zorg voor zwangeren'

De samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen in de regio is volop in ontwikkeling. Dit ter aanvulling op het artikel in Medisch Contact (MC 37/2007: 1492) waarin Frank Baarveld c.s. een onderzoek presenteren dat twee jaar geleden is uitgevoerd door vier verloskundigen die hierop vorig jaar afstudeerden.

In de tussentijd is veel gebeurd. Het door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ondertekende convenant in 2001 vormde de basis voor verdere samenwerking. Met de opmerking dat er alleen samenwerking zou zijn op beleidsniveau, doen Baarveld c.s. geen recht aan het vele werk dat er in de afgelopen twee jaar is verzet en de effecten daarvan op de werkvloer.

Inmiddels zijn er twee Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) verschenen: LESA-miskraam en LESA-anemie. Ook is er een derde LESA in ontwikkeling (het onderzoek van de pasgeborene). Deze LESA's gaan primair over de samenwerking tussen verloskundigen en huisartsen en stimuleren dergelijke afspraken op regionaal niveau. De implementatie, gecoördineerd en gestimuleerd door de regionale onder-

steuningsstructuren (ROS'en) in het veld, is door verloskundigen en huisartsen enthousiast ontvangen.

In samenwerking met de ROS'en zijn er verder diverse ondersteunende materialen ontwikkeld: een draaiboek LESA-V, een programma voor individuele bijscholing (PIN), een samenwerkingsmodule, een overdrachtsformulier en een gezamenlijke patiëntenfolder. Deze producten hebben in verschillende delen van het land voorzien in een behoefte naar gestructureerde samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen ten einde de zorg voor de cliënt te verbeteren.

Het is jammer dat Baarveld c.s. er niet voor hebben gekozen het artikel met een positieve noot over de ontwikkelingen rondom de LESA's af te sluiten en daarmee de verloskundigen en huisartsen een hart onder de riem te steken. Juist omdat wij elkaar ook in de toekomst hard nodig hebben.

Suze Jans en Antje Beuckens, verloskundigen en beleidsmedewerkers KNOV
Sander Flikweert, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker NHG

Geen behoefte

Zowel wat betreft taakafbakening als verloskundige zorgverlening, verwijzing, rapportage en samenwerking bestaat er een groot verschil tussen de ideeën van huisartsen en verloskundigen. Een groot deel van de verloskundigen meldt geen behoefte te hebben aan samenwerking met de huisarts.

Als er sprake is van een verloskundig samenwerkingsverband worden er over het algemeen meer afspraken gemaakt tussen huisartsen en verloskundigen.

Huisartsen die aangeven in een verloskundig samenwerkingsverband te werken, hebben een betere taakafbakening dan collega's die niet zodanig zijn georganiseerd. Het verschil tussen al dan niet in een samenwerkingsverband werkende verloskundigen is minder uitgesproken. Inzicht in wederzijdse kennis, vaardigheden en competenties lijkt een vereiste, onafhankelijk van welke vorm van samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen dan ook. Aandacht voor verbetering van de communicatie tussen de beroepsgroepen onderling is daarbij noodzakelijk. Voor verloskundigen kan het bevorderlijk zijn om duidelijk voor ogen te hebben welke taken deel uitmaken van de verantwoordelijkheden van huisartsen. Ook moet

de verloskundige zicht krijgen op de rol die de huisarts als familiearts vervult. Mogelijk kan hieraan in de opleidingen tot respectievelijk huisarts en verloskundige aandacht worden geschonken. Omdat optimale prenatale, natale en postnatale zorg een gedeelde zorg is en blijft, zullen de eerstelijnszorgverleners elkaar ook in de toekomst nodig hebben. ■

Literatuur

1. Baarveld F, Schuling J. Afkalking. De verloskundige zorg van de huisarts: vroeger en nu. In: Bij de dokter. De achterkant van het genezen: voor huisartsen en hun patiënten. Elseviers Gezondheidszorg, Maarssen.2005; 157-63.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg/Heerlen. 2007.
3. Wiegers TA. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. Huisarts Wet. 2003; 432-4.
4. Diem van MTh, Baarveld F, Schuling J, Springer MP. Thuisbevalling moet blijven. MC 2002; 8: 284.
5. Wiegers TA, Jansen BM. Monitor Verloskundige Zorgverlening. Utrecht, Nivel. 2006.
6. Flikweert S, Convenant NHG en KNOV: Huisartsen en verloskundigen bundelen krachten op het terrein van het kwaliteitsbeleid. De Bilt, 2004.
7. Flikweert, S, Wiersma Tj, Daemers DOA, Oldenzijl JH. NHG-Standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' (eerste herziening). Huisarts Wet. 2003; 369-87.
8. Apers S, Boone de MM, Galema JJ, Kockelkoren MJ. Samenwerking eerstelijns zorgverleners. Afstudeerscriptie Verloskunde Academie Groningen, 2006.