

De rol van klinisch verloskundigen bij bevallingen in de tweede lijn

Trees Wiegens en Chantal Hukkelhoven

In toenemende mate hebben ziekenhuizen de laatste jaren verloskundigen in dienst genomen, om een deel van het werk op de verloskamers op zich te nemen, om een rol te spelen in de begeleiding van de zwangerschappen in de tweede lijn en om een bijdrage te leveren aan de opleiding van artsen, verpleegkundigen en anderen (NVOG, 2000; NVOG 2008; PRN, 2009). Een onderzoek door het NIVEL, louter op basis van LVR-2 cijfers, maakt zichtbaar wat de bijdrage is van de klinische verloskundigen in het totaal van de tweedelijns verloskundige zorg.

Aanleiding

Nieuwsgierigheid naar het werk en de rol van de verloskundigen in ziekenhuizen is de drijfveer achter dit onderzoek geweest. De brochure van het NIVEL over de registratie van werkzame verloskundigen laat al jaren achter elkaar een stijging zien van het aantal klinisch werkende verloskundigen (Hingstman, 2010; Kenens, 2004). Sinds 1994 is dat aantal meer dan verdrievoudigd (van 192 naar 641 in 2010). Daar zijn verschillende redenen voor te geven, bijvoorbeeld personeelskrapte op de verloskamers door onder andere een teruglopende inzetbaarheid van arts-assistenten. Maar ook de toegenomen wens van verloskundigen om een baan met reguliere werktijden en een vast inkomen te hebben, heeft waarschijnlijk een rol gespeeld, zeker na de jaren rond de millenniumwisseling, toen de werkdruk bij eerstelijns verloskundigen hoog was (Wiegens, 2000). Met de toegenomen vraag naar en aanbod van klinisch werkende verloskundigen is er ook meer aandacht gekomen voor de eisen die aan het werk van een verloskundige in de tweede (of derde) lijn verbonden zijn (KNOV, 2002). Vanaf 2005 zijn er verschillende initiatieven genomen voor aanvullende opleidingen voor klinisch werkende verloskundigen, maar overeenstemming over inhoud en eindtermen is er (nog) niet.

Trees Wiegens en Chantal Hukkelhoven zijn onderzoekers bij respectievelijk het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de Stichting PRN (Perinatale Registratie Nederland)

Dit artikel is een bewerking van:

Wiegens TA, Hukkelhoven CWPM. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2010, 10:80 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/80>

Daarmee is ook het debat over de rol van de verloskundige bij bevallingen in de tweede lijn nieuw leven ingeblazen: is de verloskundige – ook in het ziekenhuis – de specialist in fysiologische bevallingen en is haar bijdrage daarom vooral te omschrijven als het zo fysiologisch mogelijk houden van bevallingen in de tweede lijn; of moet de tweedelijns verloskundige een specialist worden in bepaalde pathologie en daarmee in het begeleiden van gecompliceerde bevallingen, waarbij ze taken van de gynaecoloog gaat overnemen? Wiens plaats hebben de klinisch verloskundigen eigenlijk ingenomen de afgelopen jaren, die van de Obstetrie en Gynaecologie (O&G) verpleegkundige, die van de co-assistenten, die van de gynaecologen in opleiding of toch die van de gynaecologen? En bij welke bevallingen zijn ze eigenlijk het meest betrokken, bij welke pathologie en bij welke interventies is hun rol toegenomen? Dit zijn vragen die geleid hebben tot het hier beschreven onderzoek.

Kind aanpakken

Voor dit onderzoek zijn alle LVR-2 data over bevallingen die plaatsvonden tussen 1 januari 1998 en 31 december 2007 gebruikt. Dit bestand omvat gemiddeld 61% van alle bevallingen die jaarlijks gedurende die tien jaar in Nederland plaatsvonden.

In die registraties staat niet alleen vermeld onder wiens verantwoordelijkheid de bevalling heeft plaatsgevonden – in de LVR-2 per definitie de gynaecoloog – maar ook wie het kind heeft ‘aangepakt’. Dat is ook letterlijk zo bedoeld: op het registratieformulier wordt aangetekend wie de baby heeft opgevangen. Dat kan de gynaecoloog zijn of de verloskundige, maar dat kan ook de co-assistent of de vader van de baby zijn. Omdat verder niet wordt geregistreerd wie de bevalling begeleid heeft, is deze rubriek op het registratieformulier gebruikt om vast te stellen wie in ieder geval bij de geboorte aanwezig was en hoogstwaarschijnlijk het meest betrokken is geweest

bij de bevalling. Onze aanname is geweest dat, als geregistreerd staat dat de verloskundige het kind heeft aangepakt, zij ook de bevalling voor het grootste deel zal hebben begeleid. Daarom zijn we eerst nagegaan hoe vaak in deze periode van tien jaar de verloskundige degene is geweest die het kind heeft aangepakt. Tabel 1 geeft een overzicht.

Uit tabel 1 blijkt dat het aandeel van de verloskundigen hierin flink is toegenomen: van acht procent in 1998 naar 26% in 2007 (een toename van 225%). Het aandeel van gynaecologen in opleiding is licht afgenomen, van 44% naar 42% (een afname van 5%), het aandeel van de gynaecologen is sterker afgenomen, van 36% naar 28% (een afname van 22%) en het aandeel van anderen (verpleegkundigen, co-assistenten) is teruggelopen van 12% naar 3% (een afname van 75%).

baring), verloop van de bevalling (spontaan versus instrumenteel), tijdstip van geboorte van het kind (op een werkdag overdag versus 's avonds, 's nachts of in het weekend) Daarbij hebben we de gegevens van 1998 tegenover de gegevens uit 2007 gezet zodat de verandering in de tijd goed zichtbaar wordt. Tabel 2 geeft hier een samenvatting van. De verschillen zoals gevonden in de univariate analyses zijn niet statistisch getoetst omdat het hier om populatiegegevens gaat (alle bevallingen die in genoemde periode in de 2e lijn plaatsvonden) en niet om steekproefgegevens.

Wat in tabel 2 opvalt is vooral de toegenomen betrokkenheid van verloskundigen bij spontaan verlopen bevallingen, ongeacht of er sprake geweest is van inleiding of bijstimulatie. Van deze spontane bevallingen zijn het vooral de bevallingen op werkdagen overdag, waarbij de verlos-

Tabel 1: aantal geboortes in de tweede lijn (PRN data), naar zorgverlener die het kind 'aangepakt'

jaar	Aantal geboortes in 2e lijn (% van alle geboortes)	Zorgverlener die het kind heeft 'aangepakt': N (%)			
		gynaecoloog	gyn. in opleiding	verloskundige	ander (bv. verpleegkundige, co-assistent)
1998	112149 (0.59)	40120 (35.8)	49635 (44.3)	9304 (8.3)	13090 (11.7)
1999	109147 (0.57)	39421 (36.1)	49890 (45.7)	9106 (8.3)	10730 (9.8)
2000	116394 (0.60)	41308 (35.5)	56305 (48.4)	9814 (8.4)	8967 (7.7)
2001	113279 (0.61)	41994 (37.1)	55259 (48.8)	8016 (7.1)	8010 (7.1)
2002	108298 (0.60)	38272 (35.3)	55307 (51.1)	7901 (7.3)	6818 (6.3)
2003	111555 (0.62)	36842 (33.0)	54806 (49.1)	13699 (12.3)	6208 (5.6)
2004	108553 (0.62)	34208 (31.5)	52086 (48.0)	16594 (15.3)	5665 (5.2)
2005	105174 (0.63)	32213 (30.6)	49897 (47.4)	18668 (17.8)	4396 (4.2)
2006	108457 (0.64)	32215 (29.7)	48156 (44.4)	24186 (22.3)	3900 (3.6)
2007	109670 (0.65)	31178 (28.4)	46282 (42.2)	28577 (26.1)	3633 (3.3)
totaal	1102676 (0.61)	367771 (33.4)	517623 (46.9)	145865 (13.2)	71417 (6.5)

Op grond van deze gegevens kunnen we concluderen dat de klinisch verloskundigen als eerste de plaats van de formeel onbevoegden, namelijk verpleegkundigen en co-assistenten, hebben overgenomen' (de sterkste terugloop van hun aandeel was in de eerste helft van deze periode) en vervolgens, na ongeveer 2002, ook steeds meer gynaecologen en gynaecologen in opleiding zijn gaan vervangen als degene die het kind aanpakt.

Spontane bevallingen

Vervolgens hebben we onderzocht wat de kenmerken waren (voor zover die in de registratie zijn vastgelegd) van de bevallingen waarbij de verloskundige het kind heeft aangepakt. Het betreft de volgende kenmerken: tijdstip van verwijzing (tijdens de zwangerschap versus tijdens de

kundige het kind heeft aangepakt. Het aandeel spontane bevallingen is overigens in de jaren 1998 tot 2002 afgenomen van 61% naar 56% en daarna weer toegenomen naar 61% van alle bevallingen in de tweede lijn in 2007. Dit is weergegeven in de figuur, niet als aandeel spontane bevallingen, maar als aandeel instrumentele bevallingen, met een toename van 39% naar 44% in de jaren 1998 tot 2002 gevolgd door een daling naar 39% in 2007.

In de volgende stap van de analyses hebben we de vrouwen die begeleid werden door een klinische verloskundige uitgesplitst naar enkele achtergrondkenmerken, om te zien of daar door de jaren heen een verschuiving in heeft plaatsgevonden. Ook hierbij hebben we alleen kenmerken

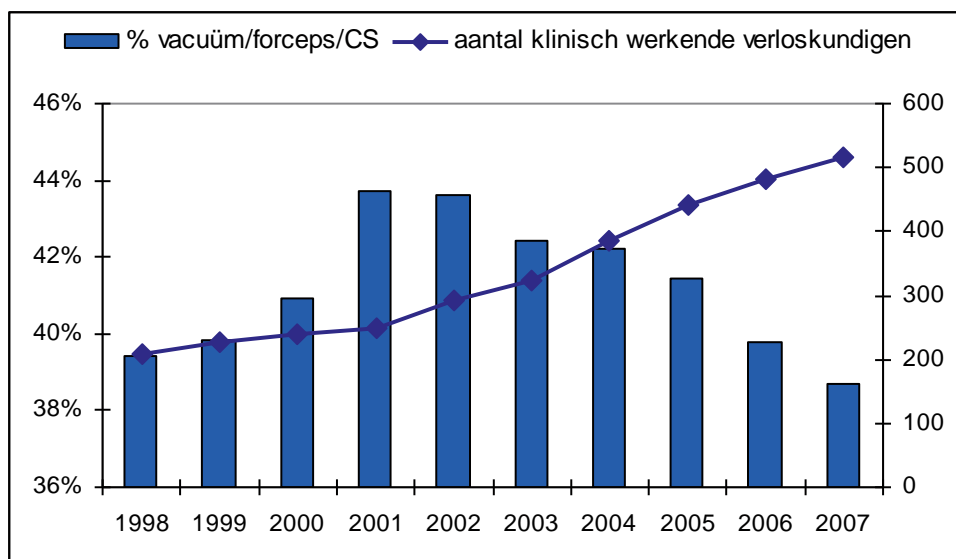
kunnen meenemen die in de registratie zijn vastgelegd. Het betreft de volgende kenmerken: leeftijd van de moeder, pariteit, culturele/etnische achtergrond en zwangerschapsduur. Ook hebben we een onderscheid naar soort ziekenhuis gemaakt. Tabel 3 geeft daar een overzicht van.

Uit tabel 3 blijkt dat, hoewel het aandeel bevallingen waarbij de verloskundige is betrokken sterk is toegenomen, dit niet tot verschuivingen binnen de verschillende categorieën heeft geleid. Nog steeds zijn de verloskundigen minder dan gemiddeld betrokken bij oudere zwangeren, bij eerste bevallingen en bij vroeggeboortes. Ook lijkt in opleidingsziekenhuizen de betrokkenheid van verloskundigen bij bevallingen het minst. Daar zijn het, net als in de academische ziekenhuizen, vooral de gynaecologen in opleiding die het kind aanpakken.

bleek dat er interactie-effecten waren tussen pariteit en zwangerschapsduur, pariteit en verloop van de bevalling en pariteit en tijdstip van verwijzing.

Voor elk kenmerk (zoals getoond in de tabellen 2 en 3) zijn gecorrigeerde (adjusted) odd's ratio's (OR) en betrouwbaarheidsintervallen (BI) berekend. Er werd gecorrigeerd voor de overige kenmerken en voor het jaar van geboorte. In de groep primiparae bleek het tijdstip van verwijzing (voor of tijdens de bevalling) in de vroegere periode (1998-2002) wel (OR 1,23, 95% BI 1,18 – 1,28) maar in de latere periode geen rol van betekenis te spelen (OR 1,02, 95% BI 0,99 – 1,05). In de vroegere periode werden vrouwen die tijdens de bevalling waren verwezen, significant vaker door een verloskundige begeleid dan vrouwen die vóór de bevalling waren verwezen. In de groep multiparae was in beide periodes de verloskundige vaker betrokken bij de bevalling van vrouwen die tijdens

Figuur: Percentage instrumentele bevallingen (vacuüm/forceps/CS) in de tweede lijn (linker schaal) en aantal klinisch werkende verloskundigen (rechter schaal)



Verschillen in de tijd

Om verbanden tussen al deze verschillende kenmerken en het toegenomen aantal bevallingen waarbij verloskundigen het kind aanpakken, zijn de gegevens verdeeld in twee periodes van vijf jaar: de periode 1998 tot en met 2002, met een beperkte toename van het aantal klinisch werkende verloskundigen en de periode 2003 tot en met 2007, met een sterke toename daarvan. Vervolgens zijn multivariate logistische regressieanalyses uitgevoerd voor twee groepen afzonderlijk: vrouwen die van hun eerste kind bevielen en vrouwen die van een volgend kind bevielen, met als uitkomstvariabele het percentage bevallingen waarbij een verloskundige het kind aanpakte. De analyses zijn voor de genoemde twee groepen afzonderlijk gedaan omdat in een gezamenlijke analyse

de baring verwezen waren (OR 1,54, 95% BI 1,48 – 1,60 versus OR 1,12, 95% BI 1,08 – 1,16). De samenhang met de soort bevalling: wel of niet spontaan; het tijdstip van de bevalling: doordeweeks overdag of niet; en de zwangerschapsduur is in de tijd niet veranderd: in beide periodes en in beide groepen zijn verloskundigen minder vaak betrokken bij niet-spontane bevallingen, bij bevallingen buiten kantoor tijden en bij vroeggeboortes (OR's allemaal kleiner dan 1,0 en 95% BI geheel onder 1,0). Er zijn daarnaast hele kleine verschillen gevonden ten aanzien van leeftijd en cultureel-etnische achtergrond, met odds ratio's die net wel of net niet significant zijn. Met opleidingsziekenhuizen als referentiecategorie blijkt de kans dat verloskundigen bij de bevalling betrokken zijn in beide andere soorten ziekenhuizen en in beide groepen

cliënten veel groter, met OR's tussen 7,55 en 8,80 in de vroegere periode en tussen 2,12 en 4,09 in de latere periode. De verschillen tussen de soorten ziekenhuizen zijn dus wel kleiner geworden (tabel op te vragen bij auteurs).

Conclusie

Dit onderzoek, op basis van LVR-2 registraties, heeft laten zien dat steeds meer tweedelijns bevallingen door verloskundigen begeleid worden, dat wil zeggen, dat het in de tweede lijn steeds vaker verloskundigen zijn die de baby 'aanpakken'. Op zich was dat te verwachten omdat er, vooral sinds 2002, steeds meer verloskundigen in de tweede lijn zijn gaan werken, zoals valt op te maken uit de jaarlijkse NIVEL registratie van werkzame verloskundigen. Nieuw aan dit onderzoek is dat het laat zien dat verloskundigen in de tweede lijn vooral betrokken zijn bij

risicoprofiel betreft, het meeste lijken op vrouwen die in de eerste lijn bevallen.

We hebben laten zien dat in 2007 klinisch verloskundigen betrokken waren bij 26% van de tweedelijns bevallingen. Wetend dat in 2007 gemiddeld 61% van alle tweedelijns bevallingen spontane bevallingen waren, kunnen we veronderstellen dat er voor verloskundigen in ziekenhuizen voldoende werk is om hun aantal verder uit te breiden.

Discussie

De bevinding dat klinisch verloskundigen voornamelijk spontane bevallingen begeleiden sterkt de veronderstelling dat tweedelijns verloskundigen vooral de fysiologie bewaken van bevallingen in de klinische setting. Ook de bevinding dat parallel aan het toegenomen aantal klinisch werkende verloskundigen sinds 2002 het percentage

Tabel 2: Kenmerken van de bevallingen in de tweede lijn, bijgestaan door een verloskundige (percentage van alle bevallingen in de tweede lijn)

Kenmerken van de bevalling		Kind aangepakt door verloskundige: (%)	
		1998	2007
Alle tweedelijns bevallingen		8.3	26.1
Tijdstip van verwijzing	Tijdens de zwangerschap	7.3	24.5
	Tijdens de baring	9.4	27.5
Verloop van de bevalling	spontaan	13.3	41.0
	- geen inleiding ,geen weeënstimulatie	15.2	41.4
	- inleiding	11.3	41.5
	- weeënstimulatie	13.4	39.8
instrumenteel (vacuüm, forceps of keizersnede)		0.2	1.9
Tijdstip van geboorte	werkdag 8.00- 20.00 uur	8.6	26.9
	avond, nacht of weekend	8.0	25.3
Tijdstip spontane geboorte	werkdag 8.00- 20.00 uur	14.2	45.7
	avond, nacht of weekend	12.9	37.2

spontane bevallingen, al dan niet tot stand gekomen na inleiding of bijstimulatie, die doordeweeks en overdag plaatsvinden en nauwelijks bij gecompliceerde, dat wil zeggen instrumentele bevallingen. Het tijdstip van verwijzing (voor of tijdens de baring) en de culturele of etnische achtergrond van de vrouw spelen daarbij nauwelijks een rol, de leeftijd, pariteit en zwangerschapsduur daarentegen wel. Tweedelijns verloskundigen zijn vaker betrokken bij bevallingen van vrouwen jonger dan 35 jaar en vrouwen die van een tweede of volgend kind bevallen in de atermen periode. Vrouwen dus, die wat

kunstverlossingen lijkt te dalen wijst in die richting. Maar let op: conclusies kunnen hier (nog) niet aan verbonden worden omdat op grond van deze gegevens geen causale verbanden gelegd kunnen worden. De vraag: 'Zijn verloskundigen in ziekenhuizen meer betrokken bij ongecompliceerde bevallingen omdat er meer ongecompliceerde bevallingen plaatsvinden in de tweede lijn of vinden er meer ongecompliceerde bevallingen plaats in de tweede lijn omdat er meer verloskundigen bij betrokken zijn?' kan met deze analyses niet beantwoord worden.

De bevinding dat verloskundigen minder betrokken zijn bij bevallingen die 's avonds of in het weekend plaatsvinden kan samenhangen met het beleid van de ziekenhuizen om niet te voorzien in een 24-uurs bezetting door verloskundigen op de verloskamers. Verder onderzoek is nodig om vast te stellen of grotere betrokkenheid van verloskundigen in de avonden en weekenden kan leiden tot betere uitkomsten in de zin van meer ongecompliceerde bevallingen. Los daarvan is het belangrijk om onderzoek te doen naar wat de rol van de klinisch verloskundigen precies is: niet alleen op de verloskamers, maar ook bij de begeleiding van zwangeren, bij de organisatie van de afdeling, kortom, bij alles wat tot hun

werk gerekend kan worden. Ook voor de opleidingen, zowel die tot klinisch verloskundige als ook de initiële opleidingen, is het van belang om meer inzicht te krijgen in de rol van verloskundigen in de tweede lijn om hun studenten daar goed op te kunnen voorbereiden. Daarbij zouden zij zich de volgende vragen kunnen stellen. Een: dient het curriculum voor klinisch verloskundigen vooral gericht te zijn op bewaken en bevorderen van fysiologie in een klinische setting of moeten zij veel meer opgeleid worden in de omgang met pathologie? En twee: in hoeverre is dit een taak van de initiële opleiding tot verloskundige en in hoeverre is daar een vervolgopleiding voor nodig?

Tabel 3: Kenmerken van de vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen, begeleid door een verloskundige; soort ziekenhuis

		Kind aangepakt door verloskundige: (%)	
		1998	2007
Achtergrond variabelen			
Alle tweedelijns bevallingen		8.3	26.1
Leeftijd	< 20 jaar	10.1	31.7
	20-40 jaar	8.3	26.1
	≥ 40 jaar	6.6	22.5
Pariteit	0	6.5	21.8
	1	9.7	27.5
	2+	10.1	30.5
Culturele / etnische achtergrond	Westers	8.2	26.1
	Niet Westers	8.9	26.2
Zwangerschapsduur	37 - < 42	8.9	27.2
	32 - < 37	6.7	23.2
	< 32	3.0	10.4
Soort ziekenhuis	academisch ziekenhuis	9.3	24.7
	opleidingsziekenhuis (niet academisch)	2.2	17.1
	overig ziekenhuis	11.3	36.1

Referenties

- Hingstman, L. & Kenens, R.J. (2010). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2010*. Utrecht; NIVEL.
- Kenens, R.J. & Hingstman, L. (2004). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2004*. Utrecht; NIVEL.
- KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen). (2002). *Onderbouwing van een specialisatie tweedelijns verloskundige*. Bilthoven; KNOV.
- NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie). (2000). *Nota inzake organisatie klinische verloskundige zorg: de 2e lijns verloskundige*. Utrecht; NVOG.
- NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie). (2008). *Nota klinisch verloskundigen. Versie 1.0*. Utrecht; NVOG.

PRN (Stichting Perinatale Registratie Nederland).(2009). *Perinatale Zorg in Nederland 2007/Perinatale Care in the Netherlands 2007*. Utrecht; Stichting Perinatale Registratie Nederland.

Wiegiers, T.A., Hingstman, L., Zee J. van der. (2000). Thuisbevalling in gevaar: overheid pakt personeelsproblemen aan. *Medisch Contact* 56(19):701-704.



kennispoort-verloskunde.nl

rol klinisch verloskundigen

Zoeken