

ORGANISATIE

dr. Paul van der Velden
lid raad van bestuur Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland

Bert Meershoek
gynaecoloog, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis/verloskundig centrum CuraVita, bestuurslid coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee

Jorieke de Bruin
verloskundige, verloskundigenpraktijk Hellevoetsluis, bestuurslid coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee

Anne-Marie Noorthoek
manager Kraamzorg RST, bestuurslid coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee

CULTUURVERSCHILLEN TUSSEN VERSCHILLENDE ZORGVERLENERS SUCCESVOL OVERBRUGD

Integrale geboortezorg werkt

Na jaren van noeste arbeid en het nemen van vele hobbels is de Coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee een feit: verloskundigen, kraamzorgorganisaties en gynaecologen uit de regio Goeree-Overflakkee, Voorne-Putten en Schouwen-Duiveland werken bij alle zwangerschappen samen in één organisatie.

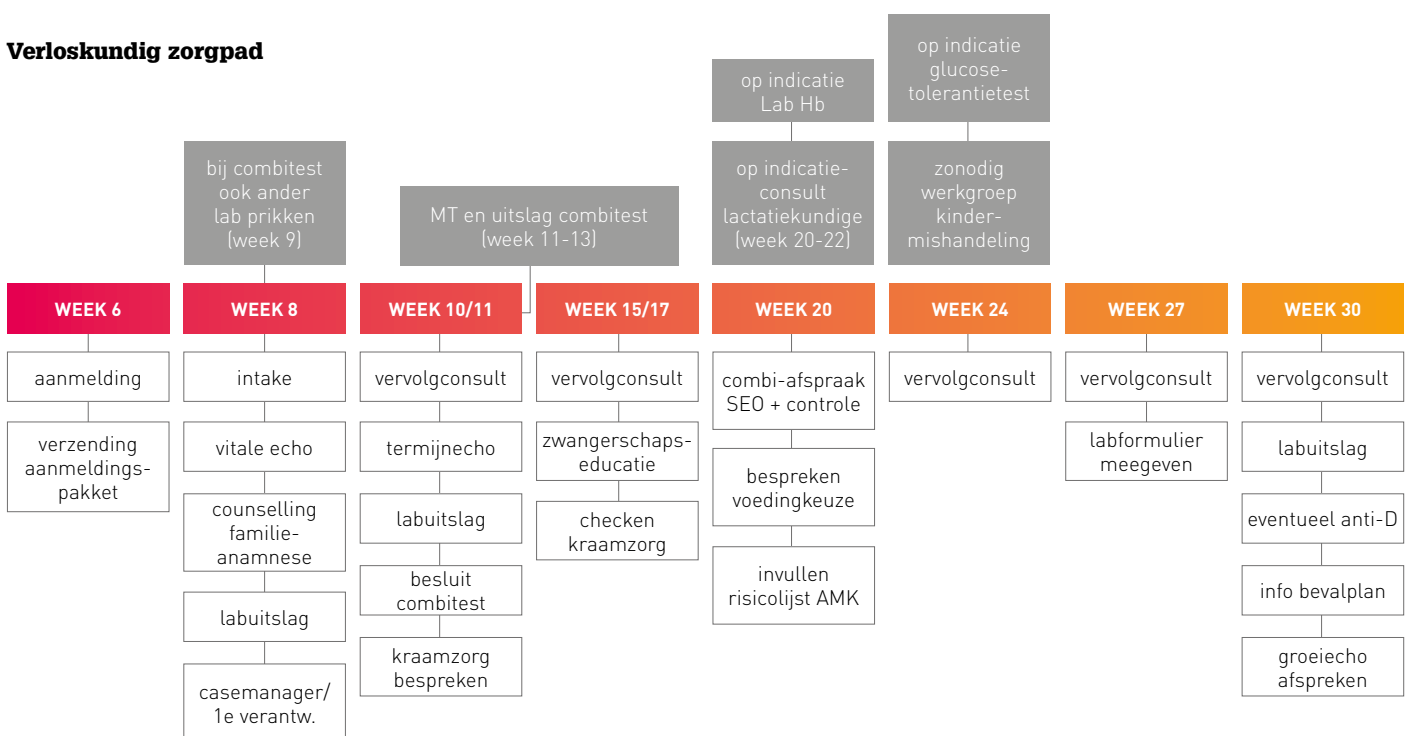
Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland zette al in 2009 de eerste stappen voor integratie van geboortezorg in de regio Goeree-Overflakkee. Financiële en organisatorische redenen vormden oorspronkelijk de aanleiding om de geboortezorg te integreren. Goeree-Overflakkee is een regio met kleine aantallen zwangere vrouwen. Het is duur om voor relatief weinig bevallingen zeven dagen per week, 24 uur per dag zowel verloskundigen als gynaecologen

paraat te laten staan. Om de beschikbaarheid van verloskundige zorg te garanderen, was ingrijpen noodzakelijk. Rond dezelfde tijd verscheen het rapport 'Een goed begin' van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboortezorg, als antwoord op de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland. Dit rapport bracht ook een kwaliteitsargument voor de integratie van de geboortezorg en gaf een extra stimulans om de plannen uit te werken.

Minder overdrachtsmomenten

Verloskundig centrum CuraVita opende, na zorgvuldige voorbereiding, in 2012 haar deuren. Binnen dit centrum in Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis werken de klinisch verloskundigen en gynaecologen intensief samen. Deze constructie heeft als belangrijkste winst dat de klinisch verloskundige het hele zorgtraject begeleidt van zowel fysiologische zwangerschappen als van zwangerschappen met medische indicatie. Dit zorgt voor minder overdrachtsmomenten en dus minder risico van informatieverlies. In 2013 sloegen het ziekenhuis, de verloskundigenpraktijken Hellevoetsluis, Brielle en Westvoorne, Schouwen-Duiveland en Een goed Begin en kraamzorgorganisaties RST

Verloskundig zorgpad



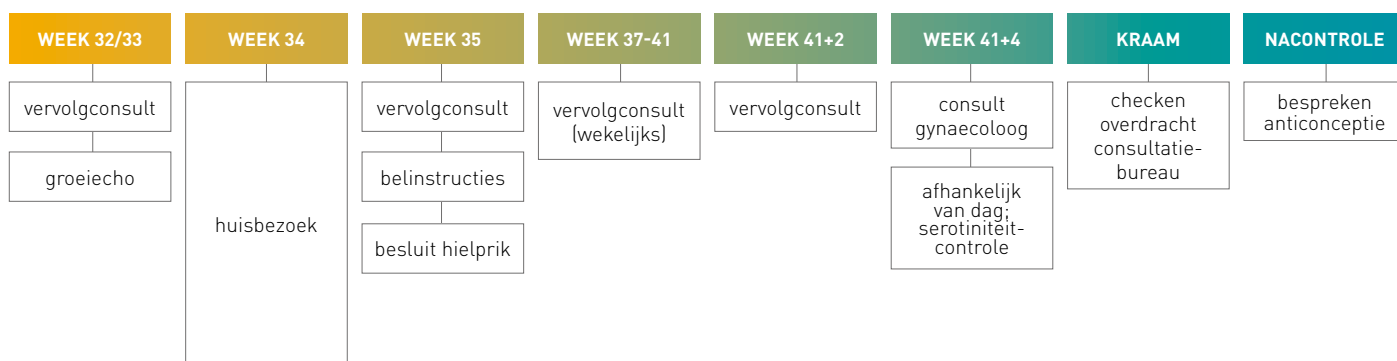


Een vrouw, 38 weken zwanger, wordt onderzocht door de verloskundige.

Zorgverleners, Kraamzorg De Eilanden, kraamcentrum DAT en Dé Provinciale Kraamzorg de handen ineen om de integratie van de geboortezorg uit te breiden naar de hele regio. Dit is niet op een achternamiddag geregeld. Ging het in Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis alleen om integratie van de zorg van gynaecologen en klinisch verloskundigen, bij het vervolg van het project waren ook eerstelijnsverloskundigen en kraamzorgorganisaties betrokken. Tussen de verschillende beroepsbeoefenaren bleken duidelijke cultuurverschillen te bestaan. De eerste en tweede lijn kijken anders aan tegen zwangerschap en geboorte. De eerste lijn richt zich op fysiologie: zwangerschap als een natuurlijke gebeurtenis, waarbij af en toe iets misgaat. De twee-

De eerste en tweede lijn kijken anders aan tegen zwangerschap en geboorte

de lijn richt zich op pathologie: zwangerschap als een potentieel risicovolle gebeurtenis, waarbij het nodig is om alert te zijn op zaken die kunnen misgaan. Daarnaast is een overdracht van eerste naar tweede lijn altijd een moment dat belangrijke informatie verloren kan gaan. Ook bestond er angst onder de verschillende professionals om patiënten aan elkaar kwijt te raken.



In het verloskundige zorgpad liggen consulten, diagnostiek en voorlichting vast. Iedere zwangere krijgt dezelfde begeleiding, van preconceptie tot zes weken na de bevalling.

Zelfde zorgpad

Om een domeinstrijd te voorkomen, spraken alle betrokkenen bij aanvang af dat de inhoud van zorg steeds leidend zou zijn. Met als uitgangspunt de fysiologie tijdens preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraambed. De juiste zorg wordt geleverd door de verloskundige als het kan en door de gynaecoloog als het moet. Om de zorg in goede banen te leiden, werden verloskundige zorgpaden ontwikkeld voor zowel de fysiologische zwangerschap als voor de zwangerschap met medische indicatie. Iedere zwangere krijgt hetzelfde zorgpad en als medische problematiek optreedt, wordt het zorgpad uitgebreid. Iedere zwangere wordt na de intake door de verloskundige in een multidisciplinair overleg (mdo) met de gynaecoloog besproken. In dit overleg krijgen zwangeren een persoonlijk zorgpad en een verloskundige als zwangerschapscoördinator toegewezen. De zwangerschapscoördinator regisseert de zorg rond de zwangere en is verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg en voor het zo nodig organiseren van bijvoorbeeld maatschappelijk werk.

De gynaecoloog heeft meer tijd voor hoogrisicozwangeren

Iedere zwangere krijgt in de basis dezelfde begeleiding, van preconceptie tot zes weken na de bevalling. In het verloskundige zorgpad (zie *figuur* op blz. 18-19) liggen de geplande consulten, de uitgevoerde diagnostiek en gegeven voorlichting vast. Bij een fysiologisch zorgpad blijft de zwangere bij de eerstelijnsverloskundige. Bij een klinisch zorgpad wordt het fysiologische zorgpad met extra onderzoek en/of controles door een klinisch verloskundige en/of gynaecoloog uitgebreid. Controles en onderzoeken zijn per medische indicatie gestandaardiseerd, zoals voor hypertensie, pre-eclampsie en Hellp-syndroom in de voorgeschiedenis. De gynaecoloog wordt alleen ingeschakeld waar nodig. Ook bij een klinisch zorgpad blijft de eerstelijnsverloskundige betrokken. Zij draagt in ieder geval verantwoording voor de voorlichting, een rol die ook beter past bij de verloskundige.

Huisbezoek

Iedere zwangere krijgt een huisbezoek van de kraamzorgconsulent van een kraamzorgorganisatie, en indien geïndiceerd van de verloskundige, om een compleet beeld van de gezinssituatie te krijgen, eventuele psychosociale zorg te signaleren en in te schatten of een veilige bevalling en kraamperiode mogelijk is. Eventuele prenatale voorlichting en advies voor aanpassing worden op maat gegeven. Tijdens de thuisbevalling en de poliklinische bevalling geeft de

kraamzorg al ondersteuning aan kraamvrouw en verloskundige. Bij een klinische bevalling begeleidt een obstetrisch verpleegkundige de partus. Na de bevalling neemt de kraamverzorgende de zorg thuis over. De verloskundige die de bevalling heeft begeleid, bezoekt de zwangere nog een aantal keren, afhankelijk van de moeilijkheidsgraad van de bevalling. De zwangerschapscoördinator legt minimaal één van deze kraamvisites af en sluit het zorgpad zes weken post partum af.

Zij vraagt de vrouw naar haar welbevinden, evalueert de zorg volgens het zorgpad en regelt waar nodig besprekingen met andere zorgverleners. Dit beantwoordt aan de eisen van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg die in juni 2016 is gepubliceerd.

Integratie compleet

Sinds we volgens het integrale model werken, komen zwangeren minder vaak bij de gynaecoloog en zijn dubbelingen in controle en onderzoek aanzienlijk gedaald. Door de grotere rol van de verloskundigen heeft de gynaecoloog meer tijd voor hoogrisicozwangeren. De verwachting is dat nu alle professionals sinds begin dit jaar met één echosysteem werken, de kwaliteit nog verder omhooggaat. Alle professionals zetten dan de echometingen in dezelfde groeicurve uit. De integratie is compleet als najaar 2017, volgens plan, alle professionals en verloskundige praktijken met hetzelfde elektronisch patiëntendossier en overdrachtsformulier werken.

Coöperatie

De organisatie rondom CuraVita was nog betrekkelijk eenvoudig, omdat alle verloskundigen in dienst waren van het ziekenhuis en zowel klinische als fysiologische zwangerschappen begeleidden. De uitbreiding met de in de regio gevestigde verloskundige praktijken en kraambureaus maakte dit lastiger. Eerst werd in 2014 het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Dirksland opgericht, waarin vier eerstelijnsverloskundigenpraktijken, vijf kraamzorgorganisaties en de gynaecologen en verloskundigen van CuraVita en Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis samenwerken. Toen dit VSV zoveel stappen had gezet om de integrale geboortezorg te realiseren, voelden alle deelnemers de behoefte de samenwerking verder te intensiveren om de kwaliteit van zorg voor moeder en kind naar een nog hoger niveau te brengen.

Er moest een nieuwe juridische structuur worden opgezet passend bij de gemaakte afspraken over de zorginhoud, werkwijze en de gecreëerde verbondenheid tussen de partijen. Om de autonomie van alle leden te waarborgen, werd besloten om een coöperatie te vormen. De coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee is eind november 2016 officieel opgericht. Het bestuur en de verschillende werkgroepen van de coöperatie bestaan uit vertegenwoordigers van alle verschillende disciplines: gynaecologen, verloskundigen en de kraamverzorgenden, waarbij alle partijen een evenredige stem hebben.

De stap naar een integrale organisatie was niet eenvoudig. Regel-

matig kwam de autonomie van de verschillende professionals en organisaties aan de orde. Ook al begrijpt iedereen de meerwaarde van integraal werken, het betekent toch dat alle partijen 'een beetje zelfstandigheid inleveren'. Dit proces vereist zorgvuldigheid en onderling vertrouwen. Er is ruimte nodig voor communicatie met de achterban en het bestuur en vice versa. Respect voor elkaars situatie moet groeien. De uiteindelijke afspraak is nu dat de coöperatie verantwoordelijk is voor het eindresultaat en dat alle partijen autonoom zijn binnen het eigen onderdeel.

Financiering

Voor de integratie van de geboortezorg heeft CuraVita in 2014 met de preferente zorgverzekeraar CZ binnen de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties op basis van experiment, een vast tarief per begeleide zwangerschap afgesproken. Dit tarief is gebaseerd op het budget eerstelijns- en tweedelijnsgeboortezorg. De totale bekostiging van eerste- en tweedelijnsverloskunde in de regio van vóór 2014 werd hiervoor gedeeld door het aantal unieke patiënten. Aan het bedrag is een opslag toegevoegd voor de extra werkzaamheden volgens het rapport 'Een goed begin'. In de onderhandelingen over het integrale tarief trokken andere zorgverzekeraars zich helaas terug.

De coöperatie wil nu als vertegenwoordiger van alle partijen met de zorgverzekeraars afspraken maken voor de bekostiging van alle geïntegreerde geboortezorg die coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee levert. Dit tarief is gebaseerd op de negen deelprestaties van de NZa in de beleidsregel Verloskunde. De verrichtingen binnen zorgpaden worden toebedeeld naar deze deelprestaties. Het totaalbedrag gedeeld door het aantal unieke patiënten levert dan een integraal tarief op.

De onderhandelingen met zorgverzekeraar CZ over een integraal tarief voor de zorg geleverd door gynaecologen, verloskundigen en kraamverzorgenden zijn inmiddels afgerond. Er is goede hoop dat op korte termijn afspraken met overige zorgverzekeraars volgen. Nu ook de financiering gezamenlijk geregeld is, krijgt de samenwerking tussen de zorgverleners onderling én met de zorgverzekeraar(s) een extra impuls. Sowieso zijn alle betrokken partijen trots op het feit dat de integratie van veilige geboortezorg in de regio goed geregeld is. Zorginhoudelijk gaat de coöperatie op de ingeslagen weg verder. Met als doel de geboortezorg in de regio naar een kwalitatief nog hoger niveau te brengen. De afspraken over het integrale tarief zijn daarbij een bekroning op dit werk. ■

contact

dmz@curamare.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE HUISARTS



JOS VAN BEMMEL is
praktijkhouder in Amersfoort

Kromcommunicatie

Zo'n vijftig jaar geleden kwam hij als gastarbeider naar Nederland. We praten met handen en voeten als zijn dochter, die ook al een kwart eeuw patiënte bij me is, geen tijd heeft om te tolken. We lachen veel. Hij neemt altijd afscheid met een handdruk die rechtstreeks vanuit zijn hart komt. Wederzijdse warmte en respect. Maar nu is zijn lijf op. Al een jaar krijgt hij geregeld bloedtransfusies en ondergaat hij ascitespuncties. De maag-darm-leverarts wil terecht stoppen met het zinloze rekken van zijn leven en maakt me dat duidelijk in zijn brief. Hij heeft het uitgebreid besproken met mijnheer: dat de huisarts hem zal begeleiden tijdens deze laatste weken van zijn leven. Dat verhaal neem ik over en bespreek het tijdens een

visite aan huis met hem en zijn dochter. Hij ligt op bed. Zijn pretogen glimmen niet meer. Tegen mijn verwachting in voelt de dochter zich overvallen door mijn gepraat over het naderende einde. Ik zie tranen. Ook mijnheer schrikt. 'Papa terminaal? Hij wil naar zijn geboorteland over drie maanden...'. Ook ik schrik. Blijkbaar is het verhaal van de mdl-arts

DE DOCHTER
VOELT ZICH
OVERVALLEN
DOOR MIJN
GEPRAAT OVER
HET NADERENDE
EINDE

niet overgekomen. Ik baal ervan. De oudste zoon wordt ingeschakeld. Zijn ze boos op me? Zo'n directe dokter... Volgens de zoon moet alles gedaan worden wat kan; de mdl-arts weet ervan. Ik bel de mdl-arts. De assistent. 'Opname geen probleem hoor. Zakje bloed? Ascitespunctie?' Ik voel me in de kou staan. De foute boodschapper. Na een korte opname – van harte welkom – overlijdt hij vredig in het ziekenhuis. Mijn condoleances moeten wachten, want direct na zijn overlijden vertrekt de familie voor de begrafenis naar zijn geboorteland. Ik heb gefaald.