



Deliver.

data eerstelijns verloskunde



Deliver-studie 2008-2011

Nationale studie naar de eerstelijns verloskunde

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>De Deliver-studie: methode van het onderzoek</b>	<b>4</b>
<b>De cliënt: kenmerken, leefstijl, wensen en tevredenheid</b>	<b>5</b>
<b>Interview Klasien Horstman</b>	<b>8</b>
<b>De cliënt: beleving van zwangerschap, bevalling en kraamtijd</b>	<b>9</b>
<b>Interview Merlin Jurg</b>	<b>12</b>
<b>Interview Angela Verbeeten</b>	<b>13</b>
<b>Versterking van Midwifery Science via promotietrajecten</b>	<b>14</b>
<b>Interview Nasim Yadegari</b>	<b>18</b>
<b>De verloskundige: ruimte voor maatschappelijke en medische rol</b>	<b>19</b>
<b>Interview Jan Borleffs</b>	<b>22</b>
<b>Interview Fedde Scheele</b>	<b>23</b>
<b>Interview Eileen Hutton</b>	<b>24</b>
<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>25</b>
<b>Colofon en literatuurlijst</b>	<b>28</b>

# Inleiding



Er wordt veel gezegd en geschreven over de verloskundige zorg in Nederland. Met vaste regelmaat laait de discussie op over de veiligheid van de thuisbevalling en het unieke, maar in de ogen van sommigen achterhaalde, systeem van risicoselectie en overdracht tussen eerste en tweede lijn. De beroepsgroep van verloskundigen heeft telkens weer moeite om haar standpunt in die discussie over tafel te brengen, vooral omdat er zo weinig wetenschappelijk verantwoorde gegevens voorhanden zijn.

Voorhanden wáren, kunnen we inmiddels zeggen. Want in 2008 startten de afdeling Midwifery Science, AVAG, en het EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorg, VUmc, het Deliver-project, dat als doel had om een gedegen en gedetailleerd beeld te geven van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland. We beschikken nu over heel veel gegevens, waarmee we een nieuw, genuanceerd verhaal kunnen vertellen over de eerstelijns verloskunde. Of eigenlijk meerdere verhalen.

Deliver vertelt het verhaal van zowel de doorsnee zwangere (en haar partner) als van de doorsnee eerstelijns verloskundige. Gemiddeld genomen zijn zij tevreden over de verloskundige zorg en organisatie. Maar Deliver vertelt ook andere verhalen: van de cliënten(groepen) die niet helemaal tevreden zijn, van de problemen waar veel verloskundigen mee worstelen, en van aspecten van de verloskundige zorg die beter kunnen. Verder laat Deliver ook andere zorgprofessionals aan het woord, over de samenwerking met de eerstelijns verloskundige. En ten slotte kan met de vele gegevens van de Deliver studie het wetenschapsdomein Midwifery Science verder ontwikkeld worden.

Wij nodigen u uit om de verschillende verhalen van Deliver tot u te nemen. Deze bundel is samengesteld ter gelegenheid van het 150-jarig bestaan van de opleiding verloskunde in Amsterdam. In deze bundel treft u vijf kernhoofdstukken aan: de onderzoeksmethode, de kenmerken en de ervaringen van de cliënt, het perspectief van de verloskundige, en natuurlijk de conclusies en aanbevelingen. Daarnaast hebben we de negen promotietrajecten waarmee de vele gegevens verder geanalyseerd worden, op een rijtje gezet. En ten slotte hebben we, via een serie interviews, een podium geboden aan deskundigen en deelnemers aan de studie over hun visie op aspecten die voor de verloskunde van belang zijn.

Wij zijn erg blij met de uitkomsten van Deliver. Omdat zij een divers, genuanceerd beeld schetsen, omdat zij een bodem voor verder onderzoek vormen en omdat zij een uitnodiging betekenen tot verdergaande verbinding en samenwerking tussen alle partijen die steeds weer streven naar dat ene doel: een gezonde moeder en een gezond kind.

Evelien Spelten en Trudy Klomp, projectleiders van de Deliver studie



dr. Evelien Spelten, Deliver projectleider  
 Trudy Klomp MSc, Deliver projectleider  
 dr. Judith Manniën, senior onderzoeker

# De Deliver-studie: methode van het onderzoek

De dataverzameling voor de Deliver-studie heeft plaats gevonden tussen augustus 2009 en april 2011, in 20 verloskundige praktijken verspreid over het land, in zowel steden als dorpen. Gegevens zijn verzameld bij cliënten, bij individuele verloskundigen, bij eerstelijns praktijken, bij andere professionals en bij partners van cliënten. In onderstaande tabel staat een overzicht van de verzamelde gegevens, de gehanteerde meetmethoden en de aantallen deelnemers per onderdeel.

Door de omvang en kwaliteit van de dataverzameling heeft de Deliver-studie zeer veel en solide gegevens opgeleverd. Hiermee kan een betrouwbaar overzichtsbild geschetst worden van de huidige verloskundige zorg in Nederland.

**Regio Noord:** 5 praktijken, 26% van de cliënten  
**Regio Oost:** 6 praktijken, 30% van de cliënten  
**Regio Zuid:** 3 praktijken, 15% van de cliënten  
**Regio West:** 6 praktijken, 30% van de cliënten



Niveau	Meting	Participanten	Aantal
Cliënt	Vragenlijsten (max 3)	Cliënten in 20 Deliver-praktijken	7850
	Perinatale Registratie Nederland	Deelnemende cliënten	6012
Verloskundige	Zwangerschapskaarten	Deelnemende cliënten	6012
	Vragenlijst	Verloskundigen in 20 Deliver-praktijken	99 (92%)
	Dagboek van werkgerelateerde activiteiten (1 week)	Verloskundigen + assistentes in 20 Deliver-praktijken	136 (100%)
	Video-opnamen van intakeconsulten	Verloskundigen in 6 Deliver-praktijken	~ 300
Praktijk	Vragenlijst	Alle verloskundigenpraktijken in Nederland	319 (61%)
Anders	Interviews	Klinisch verloskundigen, gynaecologen, huisartsen, kraamverzorgenden, kinderartsen, ambulancepersoneel, O&G-verpleegkundige	21
	Focus groepen	Partners van zwangere vrouwen	30



Judith Manniën

# De cliënt: kenmerken, leefstijl, wensen en tevredenheid

In dit onderdeel van de studie is met name gekeken naar een aantal cliëntkenmerken om zo een beeld te kunnen schetsen van wie de zwangere cliënt is, wat haar leefstijl is en hoe tevreden zij is over de geboden verloskundige zorg tijdens de zwangerschap. Hieruit komt niet alleen een gemiddeld beeld naar voren, maar wordt ook duidelijk hoe divers de cliëntenpopulatie is, zowel in eigenschappen als qua wensen en verwachtingen.

## **Cliëntenpopulatie van de Deliver-studie**

De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 31 jaar en 90% van de cliënten is tussen de 23 en 39 jaar. Van de cliënten is 47% zwanger van haar eerste kind, 37% van de tweede en heeft 16% al twee of meer kinderen. Twee procent van de cliënten gaf aan geen partner te hebben. Van de Deliver-cliënten is 17% allochtoon (CBS-definitie: een of beide ouders niet in Nederland geboren), 15% laag opgeleid en 5% woonachtig in een achterstandsgebied. De cliëntenpopulatie van de Deliver-studie is zeer divers en komt behoorlijk overeen met de landelijke zwangere populatie.

## **Zwangerschapsplanning**

Bij bijna 1 op de 5 cliënten was de zwangerschap niet gepland. Dit waren vooral lager opgeleide, allochtone

vrouwen met al meerdere kinderen en een geloof anders dan Rooms Katholiek. Voor een goede voorbereiding op de zwangerschap is het kinderwensspreekuur in het leven geroepen waarbij vrouwen informatie ontvangen over bijvoorbeeld een gezonde leefstijl. Echter, 41% van de cliënten in de Deliver-studie gaf aan nog nooit van een kinderwensspreekuur gehoord te hebben en 38% gaf aan daar geen behoefte aan te hebben. Van de cliënten in de Deliver-studie heeft 46% niet preconceptioneel foliumzuur geslikt. Kenmerken van deze cliënten zijn: ongeplande zwangerschap, niet-Nederlandse nationaliteit, jonger dan 26 jaar, al meerdere kinderen, rookt en drinkt alcohol.

## **Aanmelding bij verloskundige**

Ruim driekwart (78%) van de cliënten meldt zich

vóór 10 weken zwangerschap bij de verloskundige, dus ruim op tijd. Elf procent meldt zich tussen 10 en 12 weken zwangerschap, 6% tussen 12 en 16 weken zwangerschap en slechts 5% na 16 weken zwangerschap. Cliënten vinden een verloskundigenpraktijk voornamelijk via internet, via een zorgverlener, of via bekenden. Van de multiparae gaf 74% aan dat ze de praktijk kenden van een vorige zwangerschap. Slechts 1,2% van de cliënten kon niet bij de praktijk van hun voorkeur terecht omdat die vol was. Van de cliënten in de Deliver-studie heeft 24% de combinatietest gedaan en koos 90% voor de SEO ('20 weken echo'). De vrouwen die niet kozen voor prenatale screening waren vaker multiparae (hoe meer kinderen, hoe lager de uptake), lager opgeleid, jonger, woonachtig in het oosten van het land, en behorend tot bepaalde religies.

### Leefstijl

Een gezonde leefstijl tijdens de zwangerschap is zeer belangrijk voor een goede groei en ontwikkeling van de foetus. Van de cliënten in de Deliver-studie gaf 9,2% aan wel eens te roken tijdens de zwangerschap. Aan het eind van de zwangerschap was dit 5,9%. Alcohol werd genuttigd tijdens de zwangerschap door 10,9% van de cliënten en 2% gaf aan wel eens meer dan 6 glazen alcohol op één dag te hebben gedronken. In vergelijking met buitenlandse studies lijkt het alcoholgebruik onder Nederlandse zwangeren laag te zijn, maar is nog steeds te hoog aangezien de aanbeveling is om geheel geen alcohol te nuttigen tijdens de zwangerschap. Van de cliënten in de Deliver-studie is één op de drie teveel in gewicht aangekomen en voldoet niet

aan de internationale richtlijn over gewichtstoename tijdens de zwangerschap. Tevens heeft één op de vier cliënten aangegeven zich zorgen te maken over gewichtstoename en/of dat ze hun oude figuur niet meer terug zullen krijgen.

Kenmerken van rokers, alcoholdrinkers, en cliënten die teveel aankomen verschillen echter onderling. Zo waren bijvoorbeeld rokers vooral lager opgeleid, alcoholgebruikers hoger opgeleid en multiparae, en vrouwen met teveel gewichtstoename lager opgeleid en nulliparae.

Zo bezien valt er wel wat te verbeteren aan de leefstijl en gezondheid van zwangeren. Echter, één op de 6 cliënten denkt dat ze haar gezondheid niet of nauwelijks kan beïnvloeden door haar eigen gedrag. Tevens beoordeelden negen op de tien cliënten hun algemene gezondheid als goed tot uitstekend.

## “Te veel cliënten roken en drinken tijdens de zwangerschap”

### Tevredenheid over de verloskundige zorg

Gemiddeld geven cliënten aan de kwaliteit van de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap het rapportcijfer 8,4. Minder dan 1% gaf een onvoldoende, en 88% gaf een 8 of hoger. De cliënten die een 7 of lager gaven waren voornamelijk allochtonen, woonachtig in een achterstandsgebied,

woonachtig in de regio zuid (t.o.v. noord en oost), hoger opgeleid, lagere pariteit.

Op de vraag wat verloskundigen vooral moeten blijven doen, werd door de cliënten het vaakst geantwoord: luisteren en informeren. Vrijwel alle cliënten hebben aangegeven het gevoel te hebben bij de verloskundige in vertrouwde handen te zijn en ze vonden ook dat de verloskundige meestal of altijd voldoende tijd aan hen besteedde.

Als belangrijkste verbeterpunten werden aangegeven:

1. Tijdsplanning: minder lange wachttijden bij spreekuur, meer tijd per persoon inplannen.
2. Tegenwoordig zijn de meeste praktijken 'groepspraktijken' met meerdere verloskundigen. Een groot deel van de cliënten wil liever steeds dezelfde verloskundige bij het spreekuur zien, maar een ander groot deel wil juist alle verschillende

verloskundigen even vaak zien. Betere communicatie tussen de verloskundigen is gewenst zodat ze onderling geen tegenstrijdige informatie geven en op de hoogte zijn van wat er eerder besproken is.

3. Bereikbaarheid: telefonische bereikbaarheid vergroten, avondspreekuur invoeren.

Tevens gaven veel cliënten aan dat verloskundigen niet te routinematig moeten werken maar dat ze juist aandachtig moeten luisteren en geïnteresseerd moeten zijn. Cliënten vinden dat verloskundigen niet hun eigen mening moeten opdringen maar achter keuzes van cliënten moeten staan, bijvoorbeeld voor ziekenhuisbevalling, ruggenprik, flesvoeding.

Uit de focusgroepen bleek dat partners van zwangere vrouwen iets andere eisen stellen aan de verloskundige zorg: zij hebben minder focus op de psychosociale begeleiding en meer focus op inhoudelijke deskundigheid van de zorgverlener.

## DE cliënt bestaat niet

### De ene cliënt ...

"Verloskundige moet niet al te close doen terwijl ik haar toch nauwelijks ken."

"Verloskundige moet me niet als een vriendin of vriend aanspreken."

"Verloskundige moet me iets minder overdreven blij benaderen."

"Verloskundige moet professioneel zijn."

### ...is de andere niet

"Verloskundige moet tijdens de spreekuren niet zo zakelijk zijn, dat komt koud over."

"Verloskundige moet doen alsof ze me al jaren kent en een goede vriendin van me is."

"Verloskundige moet ons wat enthousiaster benaderen."

"Verloskundige moet me het gevoel geven dat ik 'thuis' ben."

"Verloskundige moet gezellig en warm zijn."



prof.dr. Klasien Horstman, hoogleraar 'Philosophy of Public Health',  
Universiteit Maastricht

**Prof.dr. Klasien Horstman houdt zich in haar werk bezig met de relatie tussen experts en cliënten binnen de volksgezondheid. In de verloskunde en allerlei andere medische sectoren wil men graag 'de cliënt centraal zetten'. Aan Horstman de vraag of dat volgens haar voldoende gebeurt.**

“Nee, dat denk ik niet. In de verloskunde draait het natuurlijk primair om de zwangere vrouw. Maar in debatten en onderzoek over verloskunde komt haar stem niet naar voren. In feite hebben wij weinig inzicht in hoe vrouwen hun zwangerschap en de begeleiding daarvan ervaren. Vrouwen worden vooral gerepresenteerd in termen van epidemiologisch onderzoek. Het gaat dan om complicaties, sterftcijfers. Dat onderzoek is niet gericht op het exploreren van de ervaringen van zwangeren in verschillende contexten.”

Soms wordt er wel grootschalig survey-onderzoek gedaan naar de mening van vrouwen. Het grote bezwaar van dergelijk onderzoek vindt Horstman dat de cliënt als een soort consument wordt beschouwd: een individu dat op de vrije markt kiest of ze thuis wil bevallen, of poliklinisch, of in het ziekenhuis.

“Uit sociologisch onderzoek weten we dat die vrije markt niet bestaat, noch de individueel kiezende cliënt. De keuzes die een cliënt heeft zijn niet vrij, maar krijgen vorm door verhalen over de onveiligheid of de gezelligheid van de thuisbevalling, en door de symbolische betekenis van risico's, van gezondheid, verantwoordelijkheid en dergelijke. Een keuze is het

eindresultaat van zo'n proces.” Horstman pleit daarom voor onderzoek naar de manier waarop vrouwen hun zwangerschap ervaren en naar processen van besluitvorming. “Dan heb ik het over antropologisch onderzoek: meelopen met mensen, hen volgen in hun dagelijks leven. Je ziet dan ook de

**“Weten wat vrouwen ervaren betekent: meekijken in hun dagelijks leven”**

sociale context waarin mensen beslissingen nemen. Kijk mee in een achterstandswijk, in een elitebuurt, hoe vrouwen hun zwangerschap beleven, hoe ze risico's beleven en vervolgens beslissingen nemen. Over wel of niet doorgaan met roken, af en toe een glas wijn nemen, wel of geen prenatale diagnostiek toepassen, thuis of in het ziekenhuis bevallen... Dat vereist intensief etnografisch onderzoek, maar je kijkt veel meer vanuit het perspectief van de vrouw en krijgt daarmee wel echt antwoord op je vragen.”





Trudy Klomp

# De cliënt: beleving van zwangerschap, bevalling en kraamtijd

Kwaliteit van zorg is ook afhankelijk van de ervaring van cliënten, onder andere omdat die ervaring van invloed is op de gezondheid van de moeder, de vorming van een band met het kind en de relatie met de partner. De psychische gezondheid van de (aanstaande) moeder verdient daarom aandacht. In dit deel van de Deliver-studie worden de resultaten gegeven van vrouwen die zich voorbereiden op de bevalling, over hun bevalling zelf en de periode daarna.

## Vorbereiding op de bevalling

Vorbereiden op de bevalling betekent o.a. een zwangerschapscursus volgen, aanmelden voor

kraamzorg en een wens voor de plaats van bevalling uitspreken. In de tabel staat hoe de zwangere vrouwen in de Deliver-studie dat deden.

Vorbereiding bevalling en kraam	Ja	Nee
zwangerschapscursus gevolgd?	yoga: 15% zwangerschapsgym: 13% anders: 16%	57%
borstvoeding voorgenomen?	83%	17%
aangemeld bij kraamzorg?	99% (60% kiest voor 8 dagen 6-8 uur)	1%
voorgenomen plaats van baring	thuis: 38% poliklinisch: 39% ziekenhuis (met medische indicatie): 12% elders: 1%	nog niet beslist: 10%

### **Baringspijn: verwachtingen en ervaringen**

Bij de verwachting over de pijn tijdens de bevalling geeft de helft aan dat zij veel tot zeer erge pijn tijdens haar ontsluitings- en persweeën verwacht. Zo'n 53% zegt dat ze een voorkeur voor pijnbestrijding tijdens de bevalling heeft besproken met de verloskundige, een kwart geeft aan dat ze dit nog niet heeft gedaan. Van de vrouwen zegt 39% dat haar voorkeur voor het tegengaan van de pijn tijdens de bevalling is vastgelegd in haar dossier of geboortepan.

We hebben de verwachte pijn vergeleken met de uiteindelijk ervaren pijn, voor zowel de ontsluitingsweeën als de persweeën. Op een tienpuntsschaal was de gemiddeld verwachte ontsluitingspijn gelijk aan de ervaren ontsluitingspijn: 7,6. Bij de pijn door persweeën was er wel een verschil: een 7,7 voor verwachte pijn, maar een significant lagere score voor ervaren pijn, nl. 7,1. Het is aannemelijk dat vrouwen vooraf weinig onderscheid maakten tussen verwachte pijn bij ontsluitings- of persweeën, maar achteraf de persweeën als minder pijnlijk hebben ervaren omdat ze actief en meer in controle konden zijn door het persen.

### **Angstgevoelens tijdens zwangerschap**

De meeste angst hebben vrouwen voor de bevalling zelf. Ruim 47% van de primi heeft angst voor de bevalling omdat ze er nog nooit één heeft meegemaakt en 38% van de zwangeren heeft angst voor de pijn van de weeën en de bevalling. Allochtonen, primi en lager opgeleiden zijn significant banger

voor de pijn tijdens de bevalling.

Verder hebben vrouwen angst voor het krijgen van een ziekelijk en zwak kindje, en voor gewichts-

## **“Ruim 38% van de zwangeren heeft angst voor de pijn van weeën en de bevalling”**

toename en het niet terug krijgen van het oude figuur. Het zijn vooral autochtonen, primi en hoger opgeleiden die angst hebben voor een ziekelijk en/of zwak kind.

### **Baringshouding**

Van de barenden is 85% liggend bevallen en 15% anders (zittend bed/bad, hurkend, anders). Bij de thuisbevallingen is 22% anders dan liggend bevallen, bij de ziekenhuisbevallingen slechts 7%. Een opvallend gegeven, omdat uit de literatuur blijkt dat een liggende houding meer risico geeft op kunstverlossingen en episiotomieën en meer ervaren pijn geeft. Van het totaal aantal vrouwen geeft 45% aan dat ze tijdens de bevalling niet heeft kunnen bewegen zoals ze zelf graag wilde, o.a. 'vanwege medische apparatuur' en 'te pijnlijke en/of snel openvolgende weeën'.

### Verloop van de bevalling

Bijna alle partners (97.5%) waren aanwezig bij de bevalling en ook in 8% een (schoon)ouder. Voor meer dan de helft (58.7%) van de vrouwen was hun eigen verloskundige of waarneemster van de praktijk aanwezig bij de bevalling en bij 43% de gynaecoloog/ arts-assistent van het ziekenhuis. Bij 12 baringen is de huisarts aanwezig geweest. De thuis- en poliklinische bevalling is onder verantwoordelijkheid van de 'eigen verloskundige', zij dient hierbij aanwezig te zijn. Daarnaast bleek ook dat de eigen verloskundige aanwezig was bij rondom de 10% van de vrouwen die met een medische indicatie in het ziekenhuis zijn bevallen. (40% van de vrouwen is in het ziekenhuis bevallen met een medische reden, 32% thuis en 16% poliklinisch). Dit betekent dat bij de vrouwen die worden overgedragen tijdens de baring een aanzienlijk deel niet meer begeleid wordt door de eigen verloskundige of waarneemster van de praktijk.

### Na de bevalling

Het totaaloordeel over de kraamzorg laat een gemiddeld hoge score zien. Onder degenen die laag scoorden, minder dan een 7, blijken significant meer allochtonen dan autochtonen te zitten. Bij de vraag hoe tevreden vrouwen zijn met het aantal gekregen uren kraamzorg zegt 37% dat ze te weinig tot niet voldoende kraamzorg heeft gehad. Minder moeders geven borstvoeding in de kraamperiode (64%) dan ze vooraf van plan waren (83%). Daarbij zegt 17% niet aan borstvoeding te zijn begonnen.

### Tevredenheid

De cliënten geven een totaaloordeel van 8,8 voor zowel bevalling als kraamperiode. Meer dan 95% van de cliënten voelde zich in vertrouwde handen, serieus genomen en beoordeelde dat ze voldoende tijd heeft gekregen tijdens de zorg. Onder de cliënten die een lager cijfer gaven (minder dan 7) zaten meer primi (5.7%) dan multi (3.6%) en meer allochtonen (7.6%) dan autochtonen (3.9%). Interessant is dat het voor het totaaloordeel tijdens de

**“De cliënten geven een totaaloordeel van 8,8 voor zowel de bevalling als kraamperiode”**

bevalling een belangrijk verschil maakt of de eigen verloskundige/waarneemster aanwezig was bij de bevalling, al dan niet in combinatie met een andere zorgverlener.

Wanneer de verloskundige de bevalling begeleidt samen met de gynaecoloog, is de score hoger dan wanneer de cliënt alleen begeleid wordt door de verloskundige van het ziekenhuis of geboortecentrum of alleen de gynaecoloog. Door wie men begeleid wordt lijkt belangrijker dan de plaats waar.



Merlin Jurg, cliënt

Merlin Jurg was zwanger van haar tweede kind toen ze door haar verloskundige gevraagd werd om deel te nemen aan de Deliver-studie. Ze aarzelde geen moment.

“Dat komt omdat ik zelf onderzoeker ben. Ik weet hoe lastig het altijd is om genoeg respondenten te krijgen, dus dat was al een reden om mee te doen. En verder is het altijd goed om onderzoek uit te voeren zodat je een aantal dingen kunt verbeteren.”

Haar deelname heeft ze absoluut niet als belastend ervaren. “Ik heb geloof ik drie keer een vragenlijst ingevuld, allemaal gekoppeld aan de reguliere consulten, dus het kostte ook nauwelijks extra tijd. In feite heb ik me er niet zo mee bezig gehouden. Mijn houding was gewoon dat er op die manier nuttige gegevens voor het onderzoek verzameld konden worden. Ik had niet het idee dat door deelname aan dit onderzoek de consulten anders waren.”

Op de vraag hoe ze zelf haar begeleiding bij haar verloskundigen heeft ervaren, reageert Jurg positief. “Ik had geen lastige zwangerschap en heb die periode daarom als heel plezierig ervaren. Mijn verloskundigen zijn gewoon heel professioneel, ze namen de tijd voor me, waren persoonlijk geïnteresseerd. Ik ben er heel tevreden over. In de laatste vragenlijst, een paar weken na de bevalling, werd nog gevraagd of er dingen verbeterd konden worden. Ik heb daar goed over nagedacht, maar kon eigenlijk niets bedenken.

Dan kom je uit op zoiets als het uitlopen van consulten, dat je soms wat langer zit te wachten, maar ja, ik ben zelf ook wel eens te laat geweest en dan stelden zij zich ook heel flexibel op.” Het allerbelangrijkst vindt Jurg dat je als zwangere serieus wordt genomen, dat er goed naar je geluisterd wordt. “En dat stralen mijn verloskundigen aan alle kanten uit. Als ik ergens zorgen over had, dan gingen ze daar heel goed op in, lieten me soms een keer extra terugkomen. Daar gingen ze gewoon heel goed mee om. Misschien niet zo handig voor de studie, maar ik was heel erg tevreden!”

“Serieus genomen worden, dat vind ik het allerbelangrijkst”



Angela Verbeeten, **voorzitter KNOV**

De positie van de verloskundige is aan het veranderen. Eind mei van dit jaar presenteerde de beroepsvereniging KNOV haar nieuwe toekomstvisie, waarin de rol van de verloskundige in de toekomst geschetst wordt. De verloskundige krijgt een flinke uitbreiding aan taken, zoveel is wel duidelijk.

KNOV-Voorzitter Angela Verbeeten licht dit toe. “In onze visie blijft de verloskundige de spilfunctie in de verloskundige zorg houden. Maar er wordt wel meer van haar verwacht: meer allround zijn, meer en betere samenwerking aangaan met de gynaeco-

## “Voortdurend werken aan kwaliteitsverbetering”

loog, de kraamzorg en de huisarts, en deelnemen aan onderzoek. Dat heeft consequenties voor het beroepsprofiel en de opleiding.” Verbeeten geeft een concreet voorbeeld. “Als tijdens de zwangerschap een medisch probleem ontstaat, wordt de zwangere vrouw verwezen naar de tweede lijn. Maar ze vindt het vaak niet fijn dat ze dan het contact met haar verloskundige kwijt is. In onze visie hoeft de verloskundige haar cliënt niet meteen over te dragen: ze kan bij bepaalde problemen de gynaecoloog consulteren, maar zo lang mogelijk zelf de leiding houden. Natuurlijk hebben we richtlijnen waarin staat wanneer er wel een overdracht moet komen, maar ook dan verwachten wij van de verloskundige dat zij niet uit beeld geraakt.

De gynaecoloog is er dan bijvoorbeeld om de hoge bloeddruk te bestrijden, maar de verloskundige kan gewoon de begeleiding en voorlichting blijven doen.” De veranderingen nopen tot aanpassing van de opleiding en een sterkere betrokkenheid van de verloskundige bij onderzoek, vindt Verbeeten. “De verloskundige krijgt een flinke uitbreiding van taken, gaat intensiever samenwerken met andere zorgprofessionals en gaat deelnemen aan onderzoek. Je moet dan academisch opgeleid zijn, dat is duidelijk. In het veld leeft dat besef ook steeds meer: een paar jaar geleden was een minderheid van de eerstelijns verloskundigen voor academisering van de opleiding. Inmiddels is dat, zo blijkt uit de Deliver-studie, 80%.” De KNOV houdt zich nadrukkelijk bezig met alle veranderingen door het opstellen van nieuwe richtlijnen, het uitvoeren van projecten en het voeren van vele discussies met de achterban. “We doen dat samen met andere partijen,” zegt Verbeeten. “Zo hebben we met de kraamzorg een convenant gesloten rondom de continue zorg en stellen we samen met de opleidingsinstellingen het nieuwe beroepsprofiel op. In feite werken wij voortdurend aan kwaliteitsverbetering.”



Trudy Klomp, Evelien Spelten

# Versterking van Midwifery Science via promotietrajecten

Het doel van de Deliver-studie is in eerste instantie het inventariseren en beschrijven van de actuele situatie op het gebied van de verloskundige zorgvraag en zorgverlening, vanuit het perspectief van zowel de cliënt als de eerstelijns verloskundige. De studie heeft echter nog een doel: het versterken van het nog jonge wetenschapsdomein Midwifery Science door met name ook verloskundigen als onderzoekers in te zetten.

De binnen Deliver verzamelde gegevens zijn bij uitstek geschikt voor verder wetenschappelijk verloskundig onderzoek. Daarom zijn aan Deliver een aantal promotietrajecten gekoppeld waarin actuele onderwerpen worden uitgediept en waarin naast andere professionals verloskundigen als onderzoeker werkzaam zijn. Op het moment van schrijven van deze bundel zijn

zes promotie-onderzoeken in volle gang; sommige bevinden zich in het beginstadium, andere naderen hun afronding. Drie andere promotie-onderzoeken staan op het punt van beginnen.

## Verloskundig zorggebruik door allochtone vrouwen

Relatief veel vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst maken laat en beperkt gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. Dit onderzoek bestudeert de redenen voor dit inadequate gebruik. Het onderwerp wordt bekeken vanuit het perspectief van zowel de allochtone cliënten als de verloskundigen en kraamverzorgenden. Daarnaast wordt onderzocht hoe allochtone vrouwen de kwaliteit van de verloskundige zorg en kraamzorg in Nederland beoordelen. De resultaten kunnen bijdragen aan het opstellen van specifieke interventies die het inadequate gebruik voorkomen.



**Agatha Boerleider MD, MSc, arts:**

“Vanwege mijn eigen allochtone herkomst en mijn interesse in public health spreekt dit onderzoek mij erg aan. Mooi vind ik de creativiteit van sommige verlos-

kundigen bij zorgverlening aan allochtone cliënten die het Nederlands onvoldoende beheersen.”

### **Determinanten van zorggebruik in de prenatale periode**

Dit onderzoek brengt in kaart hoe de Nederlandse zwangere populatie zich beweegt in de eerstelijns zorg, met als doel het verbeteren van prenatale zorg. Onder andere wordt onderzocht welke vrouwen kwetsbaar zijn in de prenatale periode en hoe hun zorggebruik is bij huisartsen, verloskundigen en andere zorgprofessionals. De eerste resultaten van een systematische review laten zien dat vrouwen die minder zorg gebruiken, meer kans op negatieve zwangerschapsuitkomsten hebben. Risico lopen o.a. vrouwen met meer dan drie kinderen, met een laag opleidingsniveau en vrouwen die roken.



**Esther Feijen MSc, verloskundige:** “Deliver biedt mij een uitgelezen kans om uit te vinden met welke zorgvraag zwangere vrouwen bij verloskundigen en huisartsen komen en wie tot de kwetsbare groep behoren.”

### **Islam en prenatale screening**

Aanstaande ouders hebben diverse redenen om wel of niet deel te nemen aan prenatale screening en eventueel te kiezen voor vroegtijdige beëindiging van de zwangerschap. Eén van die redenen kan de religieuze achtergrond zijn. Dit onderzoek bestudeert de rol die een religieuze achtergrond speelt in beslissingen die zwangere stellen maken; met name wordt gekeken naar zwangeren met een islamitische

achtergrond. De voorlopige resultaten laten zien dat religie inderdaad een rol speelt en dat veel verloskundigen het belangrijk vinden om aandacht te besteden aan de levensbeschouwelijke achtergrond.



**Janneke Gitsels MA, verloskundige en theoloog:** “Mijn interesse voor dit onderwerp werd gewekt tijdens de counseling van een islamitische vrouw. Ik kwam erachter dat de Islam minder dogmatisch is dan veel vrouwen denken.”

### **Prenatale counseling voor screening op aangeboren afwijkingen door verloskundigen**

De mogelijkheden om te testen op congenitale afwijkingen nemen snel toe. Een zorg is dat zwangeren te gemakkelijk zullen instemmen met zo'n test, terwijl een ongunstige uitslag ingrijpende beslissingen vereist. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe verloskundigen hun rol van counselor in praktijk brengen en hoe die counseling is afgestemd op de behoeften van aanstaande ouders. De eerste resultaten laten zien dat cliënten graag een expliciete keuze krijgen en dat het verhaal van de verloskundige op maat is, op hén toegesneden.



**Drs. Linda Martin, psycholoog:** “Voor mij is dit een verrijkend onderzoek door de ethische aspecten en het contact met cliënten. Bijzondere ervaring was mijn eigen zwangerschap in het licht van mijn promotieonderzoek.”

### **Infectieziekten in de zwangerschap; voorlichting en voorkomen**

Op de infectieziekten listeria, toxoplasmosis, cytomegalovirus en chlamydia trachomatis wordt in Nederland niet standaard gescreend. Ze kunnen wel serieuze gevolgen hebben voor zowel de zwangere vrouw als het (on)geboren kind, maar besmetting kan voorkomen worden door het juiste gedrag te hanteren met betrekking tot voedsel en de omgang met dieren en personen. Dit onderzoek bestudeert het gedrag van zwangere vrouwen om deze infectieziekten te voorkomen. Ook wordt er op diverse manieren gekeken naar de kennis en vaardigheden van verloskundigen met betrekking tot deze infecties.



**Drs. Monique Pereboom, gezondheidswetenschapper:** “In dit onderzoek kan ik mijn interesses uit vorige studies combineren, een unieke kans.”

### **Pijnbeheersing tijdens de baring**

Pijn tijdens de baring heeft de aandacht van (zwangere) vrouwen, hun partners, verloskundige zorgverleners en de media. Onderzoek wordt hier in Nederland echter weinig naar gedaan. Deze studie onderzoekt welke vormen van pijnbeheersing het meest worden toegepast bij vrouwen die hun zwangerschap zijn gestart in de eerste lijn, welke verwachtingen en ervaringen vrouwen en hun verloskundigen hebben over pijn en pijnbeheersing tijdens de baring en welke factoren samenhangen met de tevredenheid van de baringservaring.



**Trudy Klomp MSc, verloskundige:**

“Met de resultaten hoop ik bij te dragen aan meer inzicht in de verwachtingen en ervaringen van vrouwen over baringspijn en aan verbetering van de mogelijkheden van pijnbeheersing tijdens de baring.”

## **“Onderzoek in de verloskunde is belangrijk om vrouwen een kans te geven op een vrouwvriendelijke zwangerschap en bevalling”**

### **Continuïteit in de verloskundige zorgverlening**

In dit onderzoek worden vragen over continuïteit beantwoord met behulp van de Deliver-data, literatuuronderzoek en eventueel aanvullende gegevensverzameling. Dat kan gaan over continuïteit van de zorgverlener, maar ook over continuïteit van het zorgtraject dat de zwangere/ barende/ kraamvrouw en haar partner doorlopen. De (mogelijk positieve) effecten van meer continuïteit in de verloskundige zorgverlening worden onderzocht.



**Carien van de Werf-Baas MSc, verloskundige:**

“Onderzoek in de verloskunde is belangrijk om vrouwen een kans te geven op een veilige, vrouwvriendelijke zwangerschap



en bevalling. Ook is het onze taak onnodige angst bij vrouwen weg te nemen. Ik ben ervan overtuigd dat de lopende onderzoeken en de Deliver-data hier zeker positief aan bijdragen.”

### **Leefstijl van zwangere vrouwen**

In dit onderzoek wordt aan de hand van het Deliver-databestand, interviews met zwangere vrouwen en verloskundigen en veel literatuuronderzoek een aantal vragen beantwoord die betrekking hebben op leefstijl (zoals roken, drinken, voeding en stress). Hoe ziet de leefstijl van zwangere vrouwen in Nederland eruit en welke leefstijlfactoren zijn voorspellend voor negatieve zwangerschapsuitkomsten (zoals prematuriteit en laaggewicht)? Wat zijn de kennis en attitudes van zwangere vrouwen ten aanzien van leefstijl en welke rol spelen verloskundigen bij het geven van gezondheidsvoorlichting?

**“Met kennis en eenvoudige veranderingen in de manier van leven kan de gezondheid van een ongeboren kind voor een groot deel worden beïnvloed”**



**Drs. Ruth Baron, gezondheids-wetenschapper:** “Wat mij met name aanspreekt is dat met kennis en relatief eenvoudige veranderingen in de manier van leven van een zwangere vrouw, de gezondheid van een ongeboren kind ook voor een groot deel kan worden beïnvloed. Gezonde baby’s worden ook eerder gezonde volwassenen, die vervolgens de kans op een gezonde volgende generatie ook vergroten. De gevolgen zijn dus verstrekkend.”

### **Organisatie van de zorg**

Het doel van dit onderzoek is onder meer het in kaart brengen, met behulp van binnen Deliver verzamelde gegevens, van (ontwikkelingen in) de organisatie van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland. Verder wordt onderzocht of er een verband is tussen de uitkomsten van zorg en de verwachtingen en ervaringen van cliënten met betrekking tot inhoud, organisatie en kwaliteit van zorg. Daarmee worden aanbevelingen gegeven voor verdere verbetering van de verloskundige organisatie in Nederland.



**Drs. Catja Warmelink, psycholoog:** “Onderzoek doen vind ik net zo boeiend en spannend als het oplossen van een puzzel. Ik leer om overstijgend te denken, maar ook om minutieus een onderzoeksvraag of een aanbeveling te formuleren. Soms frustrerend, maar erg bevredigend als het is gelukt.”



Nasim Yadegari, **eerstelijns verloskundige**

**Verloskundige Nasim Yadegari werd door projectleider Trudy Klomp gevraagd om deel te nemen aan de Deliver-studie en was meteen enthousiast. “Ik volg zelf de masteropleiding verloskunde aan de UvA en ben ook heel geïnteresseerd in onderzoek. Ik zag meteen het unieke van het project: voor het eerst werden er zoveel data op gestructureerde wijze uit de eerste lijn verzameld. Daar wilde ik met mijn collega’s graag aan meedoen.”**

Deelnemen betekende dat Yadegari tijdens intake-gesprekken met cliënten gefilmd werd en dat ze op een aantal momenten vragenlijsten moest invullen. Daarnaast probeerde ze haar zwangere cliënten enthousiast te krijgen voor deelname, om vragenlijsten in te vullen. Terugkijkend vindt Yadegari dat ze niet het beoogde resultaat behaald hebben. “Ik had gehoopt op een deelname van 60%, maar dat hebben we niet bereikt. Ondanks alle inspanningen, want we hebben er veel energie in gestoken. We hebben er dus geen slecht gevoel over, want onze inzet was goed. Misschien is het gewoon een resultaat van de studie: wij hebben een praktijk met relatief veel allochtone cliënten en wellicht heeft de geringe deelname daarmee te maken.”

Behalve dat Yadegari en haar collega’s data voor de studie hebben aangeleverd, vindt ze dat het project haar ook iets heeft opgeleverd. “Een van de vragen die we na de intake stelden, was wat de zwangere vindt van het krijgen van een kind met een handicap

en wat de invloed daarvan op het gezin zou zijn.

Dat is een goede vraag en zelf heb ik er nooit bij stil gestaan om die vraag te stellen. En zo waren er nog een paar vragen. Daar hebben wij zelf wat aan in de praktijk.”

Ook hoopt Yadegari dat de Deliver-studie ideeën oplevert voor het ontwikkelen van een methode

**“Ik zag meteen het unieke van het project”**

waarmee je de tevredenheid en waardering van de cliënte achteraf echt goed kunt meten.

“Als we bij de nacontrole evalueren, zeggen de cliënten altijd dat ze tevreden zijn. Fijn om te horen, maar volgens mij is er altijd wel iets dat beter kan. Een objectieve methode om dat boven tafel te halen, zou fijn zijn.”



Evelien Spelten

# De verloskundige: ruimte voor maatschappelijke en medische rol

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek onder verloskundigen weergegeven. Wie is de Deliver-verloskundige? Hoe kijkt zij aan tegen haar vak, takenpakket, gebruik van richtlijnen, professionalisering en de samenwerking met andere zorgverleners? Samen geeft dit een beeld van de verloskundige anno 2011: een redelijk tevreden en gedreven professional is die zich ook terdege bewust is van het feit dat er werk aan de winkel is.

## De verloskundige

De Deliver-verloskundige is een autochtone vrouw van 37 jaar, ze werkt 13 jaar als verloskundige in een zelfstandige praktijk met drie collega's. Zij heeft

gemiddeld 400 inschrijvingen, waarvan 70 allochtone cliënten. Ze heeft, net als 53% van haar collega's een praktijkassistent die gemiddeld 25 uur per week werkt. Ze heeft meestal een partner en iets vaker wel kinderen dan niet. Maar in de steekproef zaten ook een man en elf allochtone verloskundigen.

## Werktijd en takenpakket

De gemiddelde werkweek is 33 uur met een grote individuele spreiding (20-45 uur). Bijna een derde hiervan is niet-cliëntgebonden werktijd. Een vergelijking met 2004 leert dat de gemiddelde werktijd is toegenomen, maar dat het aandeel cliëntgebonden uren is gedaald. De tijd voor de bevalling is afgenomen van 5,4 uur (19% van de werktijd) naar 3,9 uur (12%).

Uit de data kan de ideale praktijkomvang afgeleid worden: een praktijk van 4,3 verloskundigen die samen 346 bevallingen doen (81,1 bevallingen per persoon per jaar) met een praktijkassistent voor 27,1 uur per week.

Het takenpakket breidt zich uit. Gezondheidsvoorlichting hoort volgens 95% van de verloskundigen bij hun werk en 90% geeft die voorlichting ook. Aan groepsvoorlichting wordt weinig deelgenomen, het meest over kraamzorg/ziekenhuis en borstvoeding, het minst aan voorlichting voor allochtonen. Nieuw is ook het kinderwenspreekuur. Dat wordt wel aangeboden (51%) zij het in lage frequentie. Verloskundigen zijn het met cliënten eens dat het ze aan tijd ontbreekt om aan al deze ontwikkelingen goed invulling te geven.

Goede voorlichting is van belang om zwangeren te wijzen op een goede leefstijl. Uit 129 video-opnames van intakegesprekken bleek dat gewicht bij 68% van de gesprekken ter sprake kwam, dat de zwangere bij 17% werd gewogen, en dat bij 4% gesproken werd over gewichtstoename tijdens de zwangerschap. Roken en alcohol kwam bij ruim 90% van de intakegesprekken ter sprake. Slechts bij een klein gedeelte hiervan werd er ook toelichting of advies gegeven en zelden werden (vervolg) afspraken gemaakt.

### Continue baringsondersteuning

Het rapport 'Een goed begin' stelt dat een barende vrouw niet alleen gelaten moet worden. Verloskundigen zijn hierover verdeeld. Meer dan de helft (57%) volgt de aanbeveling niet zonder meer op: 'Het hangt van het geval af, soms wel, soms niet', 'Niet elke cliënt wil de hele tijd iemand aanwezig hebben', 'De tijd hiervoor ontbreekt helaas'.

### Professionalisering

Een ruime meerderheid van verloskundigen neemt deel aan intercollegiale toetsing (70%) of bijscholing (98%). Aan het bijhouden van vakliteratuur komt de verloskundige te weinig toe, de norm van gemiddeld 80 uur per jaar wordt door 86% van de verloskundigen niet gehaald. Verloskundigen vinden een goed begin voor henzelf ook van belang: ruim 80% vindt dat de initiële opleiding een WO-opleiding moet worden.

Over richtlijnen richtte de aandacht in het onderzoek zich op het partogram, het geboorteplan en de CBO-richtlijn pijnbestrijding. Driekwart van de verloskundigen gebruikt nooit of soms het partogram en het geboorteplan. Redenen om het partogram niet te gebruiken zijn o.a. dat het ten koste gaat van de tijd voor de barende en dat het voor ervaren verloskundigen 'misschien toch niet zo nuttig is'. Opvallend is dat het gebruik van het partogram geassocieerd wordt met overdracht naar de tweede lijn: 'In geval van twijfel over eerstelijnsbeloop/overdracht'. Veel verloskundigen laten het opstellen van een geboorteplan afhangen van wat de cliënt wil, of de cliënt stelt zelf een plan op, en dat doet slechts 16%. 83% van de verloskundigen volgt de CBO-richtlijn 'Medicinale pijnbehandeling tijdens de baring' als het gaat over het bespreken van de mogelijkheden tot medicinale pijnbestrijding in de regio.

### Samenwerking met andere zorgverleners

Er zijn veel collega-zorgverleners: gynaecologen, kraamzorg, kinderarts, O&G verpleegkundigen, maar ook huisarts, tandarts, ambulancedienst. Hoe is het

onderlinge contact? Inmiddels werkt 76% van de verloskundigen in een multidisciplinair verloskundig samenwerkingsverband (VSV). Er is nauwelijks regulier overleg met huisartsen, terwijl zwangeren wel hun huisarts consulteren. De verloskundigen beoordelen in ruime meerderheid het overleg met collega's als (redelijk) goed. In volgorde van hoogste tevredenheid: klinisch verloskundigen (98%), kraamzorg (97%) en gynaecologen (89%). Lager scoort het overleg met huisartsen (81%) en kinderartsen (78%). Uit de interviewresultaten met collega zorgverleners blijkt dat de overgrote meerderheid (95%) (zeer) tevreden is over de samenwerking met verloskundigen. Men vindt de communicatie goed en laagdrempelig, en de overdracht vaak goed. De voornaamste aanbeveling is verbetering van de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Volgens de 21 collega's geeft dit vertrouwen in de samenwerking:

- geen of weinig fouten/ calamiteiten
- goede communicatie met collega en cliënt
- goede diagnoses en adviezen

Volgens de 21 collega's zijn dit redenen voor verminderd vertrouwen:

- kwaliteit van het werk is persoons- of praktijkafhankelijk
- te lang wachten met doorsturen
- niet voldoende openstaan voor zienswijzen van anderen
- handelingen uitvoeren waarvoor expertise gemist lijkt te worden

### Tevredenheid en verbeterpunten

Tot slot in een top 3-formule: wat vindt de verloskundige essentieel, waar is zij tevreden over, wat valt haar zwaar en wat zou ze het liefst als eerste veranderen?

Dit vindt de verloskundige essentieel voor haar werk:

1. Voldoende tijd voor en goed contact met cliënten
2. Goede samenwerking met collega's
3. Goede samenwerking met tweede lijn

Dit vindt de verloskundige zwaar aan haar werk:

1. 24/7 beschikbaarheid
2. Onregelmatigheid van het werk
3. Combinatie werk-privé

Dit maakt dat de verloskundige een tevreden professional is:

1. Contact met cliënt
2. Collegialiteit
3. Zelfstandigheid

Dit zou de verloskundige als eerste willen veranderen:

1. Niet-cliëntgebonden tijd verminderen
2. Werkdruk verlagen
3. Betere samenwerking met tweede lijn



prof.dr. Jan Borleffs, prodecaan Onderwijs en Opleiding, UMC Groningen

Het UMC Groningen is vanaf 2003 een vernieuwingstraject ingeslagen voor wat betreft het onderwijs aan studenten geneeskunde. Volgens prof.dr. Jan Borleffs, in zijn functie als prodecaan verantwoordelijk voor het onderwijs, werd dit vooral gemotiveerd door veranderingen in de maatschappij en de daardoor sterk veranderende rol van patiënt en dokter. “De huidige maatschappij vraagt om een ander soort dokter.”

“Voorheen was de dokter de alwetende deskundige”, zegt Borleffs. “De patiënt van nu is veel meer gesprekspartner, alleen al vanwege het feit dat hij door het internet behoorlijk beslagen ten ijs komt. De dokter moet daarom niet alleen een ‘knappe dokter’ zijn, maar ook andere vaardigheden hebben die passen bij die veranderde rol. Heel belangrijk daarbij is dat wij in ons nieuwe onderwijs nieuwsgierigheid willen bevorderen. De student moet een attitude ontwikkelen voor ‘het willen weten’ en voor het ‘life long learning’.” Aan de hand van het zogenaamde CANMEDS-model (Canadees medisch model) is in Groningen het competentiegerichte onderwijs ingevoerd. Het model is uitgewerkt in 7 rollen waarin de arts een expert moet zijn. “De basis blijft natuurlijk het medisch handelen,” zegt Borleffs. “Maar ook kwaliteiten als communicatie of het organiseren van de zorg moet de student zich eigen maken.” Borleffs benoemt een aantal sterke kanten van het nieuwe Groningse onderwijs die ook bij het denken over de academische opleiding verloskunde van belang zijn. “Een belangrijk kenmerk is dat ons onderwijs patiëntgestuurd is en niet uitgaat van een specialisme, maar van de patiënt

met een bepaalde klacht. Een ander krachtig element in het programma is de ‘Beroepsvoorbereiding’.

## “Competentiegericht onderwijs stimuleert ‘het willen weten’”

Hierbij worden in coachbijeenkomsten ervaringen gedeeld en reflecteren studenten op eigen handelen. Verder hebben wij een duidelijke wetenschapslijn waar het wetenschappelijk denken en het doen van onderzoek centraal staan. Ten slotte is het duaal leren in het eerste jaar van de master een zeer kenmerkend punt. In ons onderwijsconcept gaan we ervan uit dat je praktische vaardigheden zoals bijvoorbeeld de anamnese en het lichamenlijk onderzoek, het beste kunt leren op het moment dat je die nodig hebt. In het eerste jaar van de master wordt daarom elk junior co-schap voorafgegaan door een periode in het Klinisch Trainingscentrum: een jaar lang steeds 5 weken oefenen en daarna 5 weken co-schap.”



prof.dr. Fedde Scheele, hoogleraar gynaecologie, VUmc/St. Lucas Andreas Ziekenhuis

In het stuurgroeperapport ‘Een goed begin’ wordt de samenwerking tussen alle professionals rondom zwangerschap en geboorte als een van de speerpunten genoemd.

Gynaecoloog prof.dr. Fedde Scheele is daar vol lof over: “Het is ontzettend belangrijk dat de stuurgroep dit punt als een hoofdonderwerp op de agenda heeft geplaatst.”

Samenwerking, zo stelt Scheele, behelst nu eemaal meer dan ieder individueel werken vanuit de eigen professie. Dit speerpunt dwingt ons tot het maken van gezamenlijke afspraken.” In die samenwerking moet je elkaar op twee niveaus kunnen vinden, vindt Scheele: “Ten eerste is het gewoon een kwestie van opvoeding. Je moet respect en aandacht voor elkaars belangen en kunde opbrengen. Daarnaast is een structuur nodig waarbinnen die samenwerking mogelijk en zelfs dwingend wordt. Je moet gezamenlijk afspraken maken en gedisciplineerd te werk gaan. Hulpmiddelen daarbij zijn gezamenlijk opgestelde protocollen en checklists. In feite beregelen die de communicatie, zodat je duidelijker met elkaar spreekt, waardoor slordigheden voorkomen worden en je als team beter functioneert.”

Scheele geeft een concreet voorbeeld: “Binnen onze eigen afdeling hebben wij een ‘time-out procedure’.

“Uiteindelijk gaat het om  
het structureren van je  
onderlinge communicatie”

Als wij in een crisissituatie terecht komen, zeggen wij bijvoorbeeld: ‘We hebben nu te maken met een fluxus, open de checklist.’ Er is een voorlezer die de af te handelen punten voorleest. Dat voorkomt allerlei chaos en slordigheid.” Dergelijke protocollen en checklists zijn volgens Scheele ook heel goed op regionaal of landelijk niveau te maken. “Je moet het wel gezamenlijk aanpakken: gynaecologen, eerste en tweedelijns verloskundigen, verpleegkundigen, huisartsen, ambulancebroeders. Uiteindelijk gaat het om het structureren van je onderlinge communicatie. Dat vergt een cultuuromslag: van individueel, autonoom werken naar gedisciplineerd als team optreden.”

Scheele is positief over de toekomst. “Er is in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn nog een flinke slag te slaan. Maar rond steeds meer ziekenhuizen wordt serieus gewerkt aan samenwerking tussen disciplines, bijvoorbeeld met oefeningen waarin crisissituaties worden uitgespeeld. Daar is geen sprake van paniek, maar van teamwerk. Het is ons wel eens gebeurd dat na het ontstaan van zo’n crisissituatie, de vader achteraf zegt: ‘Hebben jullie dit geoefend of zo?’ En inderdaad, dat hebben we vele malen samen geoefend.”



prof.dr. Eileen Hutton, hoogleraar afdeling Midwifery Science, AVAG  
en EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorg, VUmc

Goede professionals, praktisch ingesteld en bezig met belangrijke dingen. Zo omschrijft Eileen Hutton de Nederlandse verloskundige. “Dat er uit de Deliver-studie tevredenheid spreekt, verbaast me niet. De Nederlandse verloskunde heeft een goede naam in het buitenland, daar mogen we wel wat trotser op zijn.”

Dat gezegd hebbende, voegt Hutton er meteen aan toe dat er veel gedaan moet worden om deze positie te behouden. “Neem de voorlichting over gezond leven. Uit onderzoek weten we dat gezond zwanger zijn erg belangrijk is. Maar we mogen de verantwoordelijkheid daarvoor niet alleen op de vrouw afschuiven; we weten allemaal dat het veranderen van leefstijl erg moeilijk is. Dus als we counselen, moeten we duidelijk aangeven wat nodig is en waarom. We moeten begeleiden, niet op een beschuldigende toon maar vanuit de wens om de vrouw te helpen en met oog voor de situatie waarin ze leeft, soms met stress, soms in armoede.”

De in de Deliver-studie gesignaleerde caseload voor verloskundigen vindt Hutton ook zo’n onderwerp waar serieus naar gekeken moet worden. “Verloskundigen hebben gewoon veel en soms veeleisende cliënten. Ook hier zijn geen simpele oplossingen, maar we moeten goed bekijken of we bijvoorbeeld de begeleiding efficiënter kunnen inrichten of de leefstijlcounseling kunnen standaardiseren. Dat vergt veel onderzoek en evaluatie.”

Daarmee noemt Hutton een derde belangrijke

## “Nederlandse verloskunde is goed, maar er is werk aan de winkel”

uitdaging voor de toekomst: onderzoek doen. “Verloskundigen moeten zich meer gaan bemoeien met onderzoek op hun terrein, praktijken moeten meedoen. Verloskundig Nederland staat er niet slecht voor, maar er kan duidelijk nog veel verbeterd worden.” Ten slotte wijst Hutton op de berichtgeving in de media. “Krantenartikelen die gebaseerd zijn op het slecht lezen van onderzoeksrapporten schetsen een verkeerd beeld. Vrouwen die dat lezen, worden bang om thuis te bevallen. Schokkend vind ik dat, juist omdat het Nederlandse systeem zulke goede zorg biedt. Ook hier ligt een uitdaging voor de verloskunde, om haar eigen resultaten op een goede manier te presenteren. Zoals bijvoorbeeld de Deliver-studie doet. Nogmaals, de Nederlandse verloskunde heeft een goede positie, maar er is veel werk aan de winkel om die te behouden.”





Evelien Spelten, Trudy Klomp, Judith Manniën

# Conclusies en aanbevelingen

## Verloskunde in perspectief

Wat heeft de Deliver-studie opgeleverd? Het voorname doel van het project was om een gedegen en gedetailleerd beeld te geven van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland. We mogen concluderen dat die doelstelling behaald is: er zijn veel gegevens verzameld waarmee een divers beeld te schetsen is en waarin het perspectief van zowel de cliënt, de eerstelijns verloskundige als andere zorgprofessionals is meegenomen.

## Nuancering van huidige beeldvorming

Dit gedetailleerde en diverse beeld vormt een tegenwicht tegen het wat eenzijdige beeld dat in de media geschetst wordt over de (eerstelijns) verloskunde. In die berichtgeving wordt sterk ingezoomd op de plaats van de bevalling – thuis of in het ziekenhuis – waarbij al gauw de conclusie getrokken wordt dat het Nederlandse systeem van thuisbevallingen onnodige risico's met zich meebrengt.

In de internationale media, daarentegen, wordt juist vaak hoog opgegeven van een uniek systeem, waarbij de zorg wordt uitgesproken dat Nederland de waarde daarvan niet langer zelf inziet. En de meningen en ervaringen van de cliënt komen eigenlijk al helemaal niet aan bod. Deliver laat zien dat het beeld genuanceerder is.

## Ruimte maken voor verbetering

Cliënt, verloskundige en collega-zorgverleners geven aan in het algemeen tevreden te zijn. Maar er is ook werk aan de winkel. De zorg kan verbeterd en vernieuwd worden. Niet alleen rond de bevalling en zeker niet alleen ten aanzien van de plaats van de bevalling. De kwaliteit van de Nederlandse verloskunde is gebaat bij een brede herbezinning door alle partijen op basis van de nu beschikbare gegevens. Alle partijen – eerste en tweede lijn, cliënten en verloskundigen, onderzoekers, opleiders en praktijkwerkers – moeten daarvoor verbindingen durven aangaan, vooroordelen opzij durven zetten, kortom op allerlei terreinen samenwerking aangaan om de ruimte voor verbetering die er zeker is, daadwerkelijk te benutten.

De eerste resultaten van de Deliver-studie leiden tot de volgende zeven conclusies en aanbevelingen:

## Conclusies

### 1. *Aanwezigheid eigen verloskundige werkt goed*

De aanwezigheid van de eigen verloskundige bij de bevalling is belangrijker dan de plaats van bevalling. Continue aanwezigheid zorgt voor een goede beleving bij de cliënt. Echter, niet alle verloskundigen volgen deze aanbeveling van 'Een goed begin', voor een deel door ervaren tijdsdruk. De verloskundige

# “De Deliver-studie heeft een gedegen en gedetailleerd beeld van de eerstelijns verloskundige zorg opgeleverd”

ziet haar cliëntgebonden werktijd dalen, inclusief de tijd voor de bevalling, terwijl ze liever juist meer tijd en meer aandacht voor de cliënt zou willen hebben. De cliënt en haar verloskundige willen hetzelfde.

## **2. Er is een grote diversiteit onder zwangeren**

Er valt wel een beeld te schetsen van de doorsnee cliënt, maar belangrijker is om ons te realiseren dat er een grote diversiteit is. Cliënten hebben zorg ‘op maat’ nodig en wensen dat ook. Tegelijkertijd zijn er duidelijke risicogroepen te onderscheiden die meer aandacht behoeven.

## **3. Ervaringen rond de baring kunnen beter**

Er zijn voldoende aanknopingspunten voor verbeteringen in zaken waar cliënten minder goede ervaringen mee hebben. Voorbeelden zijn: angstgevoelens over de bevalling, beperkte bewegingsvrijheid tijdens de bevalling, keuze voor niet-medicinale pijnbestrijding.

## **4. Leefstijl zwangeren verdient meer aandacht**

Te veel zwangeren roken, drinken alcohol en eten ongezond. Een gezonde leefstijl komt in het

intakegesprek vrijwel altijd ter sprake, maar uitgebreide voorlichting, vervolgspraken en controles op naleving van gezond gedrag vinden veel minder plaats, terwijl een deel van de vrouwen daar bewust risico in neemt. Het kinderwensspreekuur komt nog nauwelijks van de grond, terwijl verloskundigen dit wel belangrijk vinden.

## **5. Een hoger opgeleide verloskundige is goed voor cliënt en collega**

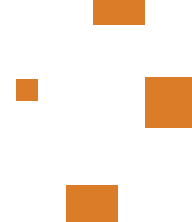
Een ruime meerderheid van verloskundigen is van mening dat de initiële opleiding een WO-opleiding moet worden; dit zou de zorg voor moeder en kind, de continuïteit van zorg en de samenwerking met collega's ten goede komen.

## **6. Richtlijnen worden wisselend nageleefd**

KNOV-richtlijnen worden als goed beoordeeld en tegelijkertijd worden bepaalde onderdelen zoals het partogram en het geboorteplan beperkt gevolgd. Verloskundigen wijken in hun richtlijngebruik niet af van andere zorgverleners.

## **7. Samenwerking kan beter zowel tussen eerste en tweede lijn als ook in de eerste lijn**

Verloskundigen en collega-professionals zijn vrij positief over hun samenwerking. Toch kan die samenwerking beter, met name tussen de eerste en tweede lijn, maar zeker ook met de huisarts. Er is nauwelijks regulier overleg met de huisarts, terwijl zwangeren hun huisarts regelmatig consulteren.



## **Aanbevelingen:**

### **1. Creëer meer ruimte voor de cliënt en voor continuïteit van zorg**

Realiseer een betere balans tussen cliëntgebonden uren en andere taken. Hieraan kunnen een lagere caseload en andere consultvormen bijdragen. Met groepsconsulten blijken internationaal al succesvolle ervaringen te zijn. Zo komt er ruimte voor alle gewenste medische en maatschappelijke/psychosociale taken. Bij een geïntegreerd zorgmodel hoort een verloskundige die opgeleid is voor zowel de eerste als de tweede lijn en zo continuïteit van zorg kan waarborgen.

### **2. Herken en erken de individuele cliënt en de risicogroepen**

De verloskundige moet beter inspelen op de individuele cliënt en risicogroepen bij het geven van informatie, advies en begeleiding. Dat kan door rekening te houden met achtergronden (opleiding, etniciteit, religie, leefstijlgevoonten) maar ook door adequaat te communiceren.

### **3. Verbeter de baringservaring met open communicatie**

Met toegesneden eerlijke informatie, op basis van reële verwachtingen en open vragen, wordt de zorg goed afgestemd op de zwangere en haar partner. Meer aandacht voor angstgevoelens over de bevalling, bewegingsvrijheid tijdens de bevalling en keuze voor niet-medicinale pijnbestrijding verhoogt de tevredenheid en het controlegevoel tijdens de baring en vermindert het risico op kunstverlossingen en episiotomieën.

### **4. Onderstreep en onderbouw het belang van leefstijl**

De verloskundige moet meer en consequenter aandacht besteden aan leefstijl, om haar cliënt te overtuigen van het belang van het eigen gedrag en het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Kinderwensspreekuren moeten landelijk ingevoerd worden, immers gezond aan een zwangerschap beginnen geeft een gezondere baby en moeder.

### **5. Verloskunde moet een WO-opleiding worden**

Een academische opleiding verloskunde geeft de beroepsuitoefening een kwalitatieve impuls, draagt bij aan integrale en continue zorg en aan de ontwikkeling van het eigen kennisdomein. Bovendien loopt de opleiding dan beter in de pas met opleidingen in andere westerse landen.

### **6. Gebruik richtlijnen eenduidig**

Richtlijnen vormen belangrijke instrumenten voor een veilige bevalling en een goede beleving daarvan door de cliënt en haar partner. Daarom is het belangrijk dat er volgens richtlijnen gewerkt wordt. De verloskundige werkt actiever met een zorgplan – inclusief een geboorteplan – wat opgenomen kan worden in een geïntegreerd digitaal zorgdossier.

### **7. Werk aan de verbinding**

Goede regionale samenwerking is nodig tussen alle zorgprofessionals voor optimale zorg voor moeder en kind. Met respect voor de keuzes van de cliënt en haar partner en met respect voor elkaars kennis en kunde als medische beroepsbeoefenaars. Huisartsen dienen hier actiever bij betrokken te worden. Er zijn regionaal al goede voorbeelden van geïntegreerde verloskundige zorg. Elkaar aanvullen en versterken verhoogt de veiligheid, de kwaliteit en de continuïteit van zorg.

# Deliver.

data eerstelijns verloskunde

Voor het tot stand komen van deze bundel willen wij 8000 cliënten, 30 partners van zwangeren, 99 Deliver-verloskundigen, 300 verloskundigen uit andere praktijken in Nederland, 21 met verloskundigen samenwerkende zorgverleners, 13 adviesraadleden, 3 senior onderzoekers, 1 junior onderzoeker, 2 onderzoeksassistenten, 5 veldwerkers en 9 promovendi hartelijk danken. Hun inzet en advies is van onschatbare waarde geweest.

**Redactie:** Evelien Spelten, Trudy Klomp, Judith Manniën

**Eindredactie:** Nic van Son

**Vormgeving:** Sixtyseven, Beverwijk

**Fotografie:** Sander van der Torren

Met dank aan Intomart-GfK voor de cliëntdataverzameling en telefonische interviews met samenwerkende zorgverleners en MCA Communications voor de dataverzameling van Turkse en Marokkaanse cliënten.

Dit is een uitgave van de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen, Louwesweg 6, 1066 EC Amsterdam

Meer informatie? Zie [www.deliver-studie.nl](http://www.deliver-studie.nl)

September 2011

In samenwerking met: NIVEL, Midwifery Science/VUmc en EMGO+



ACADEMIE VERLOSKUNDE  
AMSTERDAM GRONINGEN



## Deliver-publicaties

Klomp T., Spelten, E., Meijde, M van der. **DELIVER: een studie naar de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland.** *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2008, 33(juli/augustus), 42-43.

Manniën, J., Klomp, T., Spelten E. **Verloskundigenzorg in cijfers: Praktijken van de DELIVER studie.** *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2011, 36(januari), 30-32.

Manniën, J., Klomp, G., Wiegers, T., Pereboom, M., Brug, J., Jonge, A. de, Meijde, M. van der, Hutton, E., Schellevis, F., Spelten, E. **Evaluation of primary care midwifery in the Netherlands: design and rationale of a dynamic cohort study (DELIVER).** *Submitted to BMC Health Services Research.*

Spelten, E., Nieuwenhuijze, M. **Midwifery Science: onderzoek in een stroomversnelling.** *TH&MA - Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management*, 2011, 18(1), 15-18.

Stouwe, R. van der. **Video-opnamen in de verloskundige praktijk: de eerste ervaringen in de Deliver studie.** *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2011, 36(januari), 40-41.

Zeeman, K. **"Dit onderzoek gaat over ons." Voortgang van de Deliver studie.** *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2009, 34(juli/augustus), 17-19.

Stouwe, R. van der. **Voortgang Deliver.** *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 2010;35(maart), 21-22.

Uitgave ter gelegenheid van het 150-jarig bestaan van de opleiding verloskunde in Amsterdam.