De Verloskundige

2021 | 2e jaargang | nummer 3

Meer gezondheid
minder kosten

Kansrijke start
case in Delft

Het antenataal CTG
in de eerstelijnspraktijk

Waarde-gedreven zorg

KNOV
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

www.sudocrem.nl

voor echte bofkontjes

Gratis samples?

Laat alle baby's en moeders gratis kennis maken met Sudocrem. Mail je naam (functie en organisatie) en adresgegevens naar info.nl@sudocrem.com.

De huid van een kleintje is erg gevoelig, die wil je dus goed verzorgen. Door afsluiting van de huid en/of door een natte luier kunnen baby's schrale, rode billetjes krijgen. Sudocrem behandelt en voorkomt luieruitslag. Ook verzacht, beschermt en helpt het de rode en kwetsbare huid. Sudocrem ruikt lekker en kan meteen vanaf de geboorte worden gebruikt. **Daarom is Sudocrem het meest gebruikte middel bij luieruitslag.***

teva

Sudocrem®
MULTI-EXPERT

Sudocrem is een medisch hulpmiddel. Lees voor gebruik de gebruiksaanwijzing.
KOAG KAG 2977-1114-1569. NL/SUD/20/0013
* Nielsen, Category Report Bottom Care, P.13 2020

WAARDEGEDREVEN ZORG

Charlotte de Schepper, directeur van de KNOV, met haar drie kinderen.

Als ik dit schrijf schijnt er na wat buien een mooi avondzonnetje tussen de wolken. De zomervakantie nadert zijn einde, maar een beetje zon kunnen we nog best gebruiken. Ook om heerlijk buiten deze editie van De Verloskundige te lezen en anders maar binnen op de bank.

One size fits all bestaat niet en dus ook niet in de verloskundige zorg. Omdat dat niet bestaat, staat de behoefte van de zwangere vrouw centraal. In de ideale situatie kiest zij zelf de zorg en begeleiding die bij haar past. Goede ondersteuning van een verloskundige is daarin van ongekend belang. Want weet jouw cliënt eigenlijk welke keuzes zij allemaal kan en moet maken? En wat daarin haar mogelijkheden zijn? Zelf heb ik drie kinderen gekregen. Elk van deze zwangerschappen was uniek en vond plaats in een andere fase van mijn leven. De eerste keer zwanger, zwanger en moeder van één kindje, zwanger na een miskraam; geen van de zwangerschappen leek op elkaar. De informatie van de verloskundige was voor mij waardevol en nodig om keuzes te kunnen maken. Gezamenlijke besluitvorming noemen we dat; een alternatieve gespreksvorm voor 'counselen' Janneke Gitsels en Linda Martin schreven er een artikel over (pagina 14), wat ik met interesse heb gelezen.

Zij schrijven ook, dat aansluiten bij bestaande kennis van de zwangere vrouw van belang is. Dan kan de cliënt je verhaal beter volgen. Dat betekent dat je de basiskennis en de gezondheidsvaardigheden kent, van de vrouw die voor je zit. En dus: dat je de vróúw kent. Dat is in deze tijd een uitdaging. Natuurlijk wordt bij voorkeur iedere cliënt van eerste consult tot baring en de dagen daarna bijgestaan door één vast gezicht. Vroeger was zeker niet alles beter, vinden zowel Beatrijs Smulders als Paul De Reu (pagina 56), maar was die continuïteit wel een haalbaarder streven.

Het is geen onmogelijke uitdaging, als je het mij vraagt. Continuïteit zit 'm ook in goede samenwerkingen met collega's en andere zorgverleners. Kansrijke Start bijvoorbeeld, waarbij ook het verloskundige en sociaal domein elkaar beter weten te vinden (lees pagina 30 voor een mooie case in Delft). En waarbij een focus ligt op een duidelijke overdracht tussen verschillende zorgverleners.

Ook al bieden we allemaal iets anders aan de zwangere vrouw en verschillen we daarbij soms van inzicht, 'als het uitgangspunt is dat de cliënt op nummer één staat, word je het makkelijker eens'. Met die mooie woorden van Charlotte van den Burg (pagina 42) sluit ik dit voorwoord graag af. Ik wens je veel leesplezier met deze mooie editie over waardegedreven zorg.

Hartelijke groet,

Charlotte de Schepper

COLOFON

Redactieraad
Coen Dirkx (KNOV), Manon Louwers (VRHL Content en Creatie), Lianne Zondag, Hanneke Torij, Eveline Mestdagh en Daniëlle Bax.

Grafische vormgeving en druk
Elma Media B.V.
www.elma.nl

Acquisitie
Elma Media B.V.
Silvèr Snoek: s.snoek@elma.nl
0226 - 33 16 00

Vormgeving, redactie en fotografie
VRHL Content en Creatie in opdracht van Elma Media B.V.

Abonnementen, personalia en adreswijzigingen
KNOV, Jolanda Zocchi,
Postbus 2001, 3500 GA Utrecht,
abonnementen@knov.nl

Abonnementsprijzen
Abonnementsprijzen voor niet-leden van de KNOV (inclusief portokosten) voor 4 nummers per jaar:
Nederland €99
Binnen Europa €121
Buiten Europa €142
Studenten (buitenlandse opleidingen) €80
Los nummer €27

Privacy
Op de verwerking van persoonsgegevens van abonnees is het privacy statement van Elma Media van toepassing.

De Verloskundige is het ledenblad van de KNOV en verschijnt vier keer per jaar.
©2021 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Oplage: 5000
ISSN 0378-1925

Waarde-gedreven geboortezorg

Van productiegedreven zorg naar meer gezondheid tegen lagere kosten

6

30

'Niet belerend, maar behulpzaam'

Kansrijke Start in Delft

56

'Veteranen' Paul De Reu en Beatrijs Smulders

over waardegedreven zorg

inhoud

WAARGEDREVEN ZORG

Van productiegedreven naar meer gezondheid tegen lagere kosten **6**
Waardegedreven zorg volgens Ank de Jonge e.a.

Counselen **14**
En gezamenlijke besluitvorming

Waardegedreven stage **21**
Feedback van je cliënt

Column van een klinisch verloskundige **41**
Laurenza Baas-Broere

Initiatieven **53**
Op het gebied van waardegedreven zorg

De visie van KNOV-leden **63**
Vervolg op thema-artikel (pagina 6)

INNOVEREN

Column van een verloskundige in opleiding **13**
'Laat vrouwen naar hun gevoel luisteren'

Blijven leren **28**
Foetale bewaking voor verloskundigen

Perinatale mentale problemen voorkomen **32**
PATH (wetenschap)

E-health **44**
Telemonitoring (wetenschap)

Column van een verloskundige in Zuid-Afrika **49**
Else Vooijs

Boeken **71**

SAMENWERKEN

30 Sociale verloskunde
Kansrijke start in Delft

42 Zij aan zij
Gezamenlijke cliëntgerichte visie eerste en tweede lijn

50 De Moederraad
Van DVP Rijnmond

56 'Veteranen' met elkaar in gesprek
Beatrijs Smulders en Paul De Reu

60 Twinning
Continuïteit van verloskundige zorg bevorderen

ONDERNEMEN

18 Goede Moeders
Interview met Sylvia von Kospoth

36 Geschil
Handelde de verloskundige nalatig bij myoom?

38 Mijn praktijk
CTG in de eerstelijnspraktijk

KNOV

24 'De KNOV, dat zijn we samen'
Charlotte de Schepper vertelt waar de KNOV staat

27 Achter de schermen
Marieke Dijkstra

61 Jouw artikel in De Verloskundige
Richtlijnen bij het schrijven

62 Column van de voorzitter
Carola Groenen

67 Update

68 Geslaagd

72 Gezicht achter de KNOV
Patricia Jansen

74 KNOV in actie
Recap

Waardegedreven geboortezorg

VAN PRODUCTIEGEDREVEN ZORG NAAR MEER GEZONDHEID TEGEN LAGERE KOSTEN

Verloskundige zorgverleners willen de beste zorg leveren aan zwangere vrouwen, maar wat is precies de beste zorg? De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg beschrijft dat de zorgvraag van de zwangere vrouw centraal staat[1]. Keuzevrijheid staat hoog in het vaandel bij zowel cliënten als verloskundigen. Daarnaast zijn richtlijnen en protocollen van belang. Evidence-based zorg is gebaseerd op wetenschappelijke evidence, klinische ervaring van zorgverleners en behoeften en voorkeuren van cliënten[2]. Maar de individuele behoeften en voorkeuren van een cliënt krijgen in de dagelijkse praktijk vaak onvoldoende aandacht.

DIT ARTIKEL WERD GESCHREVEN DOOR:

- **ANK DE JONGE:** hoogleraar Verloskundige Wetenschap, AVAG/ Amsterdam UMC, verloskundige verloskundigenpraktijk Vondelpark.
- **CORINE VERHOEVEN:** hoogleraar Midwifery, Nottingham University, senior onderzoeker, AVAG/ Amsterdam UMC, verloskundige Maxima Medisch Centrum.
- **JOB PAULUS:** senior programmamanager bekostiging & contractering bij de KNOV.
- **JOKE KLINKERT:** MSc Public Health, verloskundige, biografisch coach, innovator, adviseur en ondernemer.

Wat is waardegedreven geboortezorg?

Waardegedreven zorg kan bijdragen aan meer aandacht voor de individuele behoeften en voorkeuren van de cliënt[3]. Dit begrip is door de econoom Michael Porter geïntroduceerd en houdt kort gezegd in: het bereiken van de maximale waarde van zorg die voor de cliënt zelf van belang is, tegen de laagste kosten. In economische termen betekent dit het verbeteren van de doelmatigheid.

Enkele kenmerken van deze visie:

1. organiseren van de zorg rondom afgebakende patiëntgroepen, zoals zwangere vrouwen (zorgpaden);
2. meten van uitkomsten en kosten voor iedere patiënt;
3. voortdurend kunnen evalueren en bijsturen van de zorg.

Waardegedreven zorg sluit zo aan bij concepten als: de patiënt centraal, integrale zorg en positieve gezondheid. →

$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

Figuur 1: Value Based Healthcare Center Europe, vrij naar Michael Porter[4,5].

Efficiëntere zorg
Lagere kosten
Betere gezondheid

Volgens het Oxford Centre for Triple Value Healthcare staat waardegedreven zorg voor meer dan de zorg voor het individu in de spreekkamer[2]. Net als bij Triple Aim gaat deze benadering over de gezondheid van een hele populatie[2,6]. Om bijvoorbeeld maximale gezondheidsuitkomsten te bereiken die voor cliënten in de geboortezorg van belang zijn, zijn naast medische zorg ook preventie en zorg in het sociale domein van belang. Zo kan een vrouw met een postnatale depressie meer gebaat zijn bij een ontmoetingsgroep voor jonge moeders dan bij medicatie. Daarnaast wordt bij Triple Value Healthcare ook rekening gehouden met een plafond van het budget voor de gezondheidszorg en met de voorwaarde dat de zorg voor iedereen toegankelijk moet blijven.

In de visie van Triple Value Healthcare zijn drie waarden belangrijk[2]:

1. Persoonlijke waarde: de waarde van het individu als basis voor besluitvorming.
2. Technische waarde: optimaal gebruik van mensen en middelen.
3. Allocatieve waarde: een eerlijke verdeling van mensen en middelen in de gezondheidszorg (of zelfs breder: in de publieke sector) onder de bevolking.

Het eerste punt gaat over waardegedreven zorg tussen zorgverlener en individu. Wat is voor de individuele vrouw in de geboortezorg belangrijk voor het bereiken van een optimale uitkomst en een goede ervaring? De andere twee beogen het optimaliseren van de inzet van mensen en publieke middelen voor alle mensen. Mensen en middelen kunnen maar één keer worden ingezet. Dit zijn zogenoemde schaarse middelen. Waardegedreven zorg kan helpen om zoveel mogelijk effectieve zorg te krijgen voor die ene euro die uitgegeven kan worden. Dit spanningsveld tussen individu, populatie en middelen zien wij ook terug in de geboortezorg.

Hieronder lichten we toe waarom waardegedreven zorg een goede toevoeging is voor het Nederlandse zorglandschap en introduceren we twee aanvullingen voor de toekomst. De eerste met betrekking tot de zorg die we leveren aan het individu en hoe we de kwaliteit van die zorg kunnen meten. De tweede gaat over de verdeling van mensen en middelen in de geboortezorg.

Evalueren en verbeteren

In de geboortezorg staan, met waardegedreven zorg, de waarden en voorkeuren van vrouwen en hun gezinnen centraal, ongeacht waar en door wie de zorg wordt geleverd. Het systematisch meten van uitkomsten biedt de mogelijkheid om de zorg te evalueren en te verbeteren.

WAARDEGEDREVEN ZORG INTERNATIONAAL EN NATIONAAL

Er lopen veel initiatieven internationaal en in Nederland. Hierbij lichten we er drie uit.

ICHOM[7]

ICHOM is de internationale organisatie die zich bezighoudt met het samenbrengen van voorlopers op het gebied van waardegedreven zorg. Met wetenschappers over de hele wereld wordt gewerkt aan een basisset aan uitkomsten die gemeten kunnen worden in verschillende zorgpaden, zo ook in de geboortezorg.

Linnean Initiatief[8]

Het Linnean Initiatief is een samenwerkingsverband ondersteund door het ministerie van VWS, met daarin voorlopers in Nederland op het gebied van waardegedreven zorg. Het is een platform waar gewerkt wordt aan verschillende vernieuwende initiatieven. Tevens biedt het een mogelijkheid om kennis te delen en goede initiatieven naar voren te brengen.

BUZZ-traject voor de geboortezorg[9]

De ICHOM uitkomstenset voor zwangerschap en geboorte is in het Nederlands vertaald en aangepast in het BUZZ-project (Bespreken Uitkomsten Zwangerschap met de Zwangere) en wordt op dit moment in verschillende VSV's geïmplementeerd. Deze set bevat medische uitkomsten (mortaliteit en morbiditeit), patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs = patient reported outcome measures) en patiënt gerapporteerde ervaringen (PREMs = patient reported experience measures).

Meer initiatieven op het gebied van waardegedreven zorg vind je op pagina 53.

Many things that count cannot be counted*

Uniek aan de geboortezorg is dat de meeste vrouwen niet ziek zijn. Alleen de nadruk leggen op medische zorg die gemeten kan worden, past daar minder goed bij. Dit raakt ook een punt van kritiek op waardegedreven zorg, namelijk dat de nadruk ligt op meetbare zorg; de PROMs en PREMs. Veel zorg die van grote waarde is, is onzichtbaar en onmeetbaar. Hoogleraar Marian Verkerk merkt daarover op: 'Waardegedreven zorg heeft niets met waarden als menswaardigheid, zorgzaamheid, vertrouwen en betrokkenheid te maken'[10]. Dat is een gemiste kans. Want dit zijn hele belangrijke waarden, die wel degelijk een plek moeten krijgen in de zorg.

Naast wat de zorg aan waarde toevoegt voor de zwangere vrouw, zal inzichtelijk gemaakt moeten worden wat de zorg kost. Zorg die geen of beperkte waarde toevoegt, maar wel (forse) kosten oplevert, zal zoveel mogelijk

'HET IS BELANGRIJK OM DE ESSENTIËLE 'ZACHTERE' KANTEN VAN DE ZORG EEN PLEK TE GEVEN'

voorkomen moeten worden. Hierin kan je waardegedreven zorg zien als antwoord op de vraag: 'moet alles wat kan?' Tegelijkertijd vormt het ook de basis voor preventie en het aloude adagium: 'voorkomen is beter dan genezen'. Zonder dit kostenelement wordt de zorg met name uitgebreid met nieuwe ingrepen en handelingen tegen steeds hogere kosten. Dat is onhoudbaar. Elke euro kan immers maar één keer worden uitgegeven. Iedereen wil uit deze euro zoveel mogelijk toegevoegde waarde voor de zwangere vrouw. Waardegedreven zorg laat ons hierover nadenken, zodat de geboortezorg geoptimaliseerd wordt.

Ook voor de hele populatie in de geboortezorg biedt waardegedreven zorg een aantal interessante handvatten. Het kan een enorme bijdrage leveren aan het verdelen van mensen en middelen op basis van toegevoegde waarde voor de zwangere vrouw in plaats van de huidige verdeling van mensen en middelen op basis van zorgaanbod ('wie lukt het beste om zijn zorg te vermarkten?'). Daarbij is het belangrijk om de essentiële 'zachtere' kanten van de zorg een plek te geven, zoals betrokkenheid en tijd hebben voor cliënten. Anders zal onterecht de focus komen te liggen op handelen: steeds meer doen, ook als de toegevoegde waarde beperkt of onzeker is.

De (meer)waarde van continuïteit van zorgverlener en sociale verloskunde

Continue zorg door één verloskundige of een klein team verloskundigen tijdens de hele zwangerschap, baring en kraamperiode is zeer waardevolle zorg. Vanuit de verbondenheid met het gezin en de leefomgeving van vrouwen zijn verloskundigen nauw bij hen betrokken. Verloskundigen gaan een relatie aan met vrouwen en hun gezinnen in hun eigen leefomgeving en verlenen zorg in samenwerking met partners uit het netwerk waar nodig. Een vrouw krijgt begeleiding van iemand die ze kent. Continue zorg door verloskundigen, vergeleken met andere zorgmodellen, leidt tot minder vroeggeboortes, epidurale anesthesie, instrumentele bevallingen en vroege foetale sterfte[11, 12]. Vrouwen zijn meer tevreden met deze zorg en er is een trend naar lagere kosten. Een onderdeel van continuïteit van zorgverlener is 'watchful attendance', de zorg die verloskundigen bij een baring geven waarbij 'klinische evaluatie en beleidsbepaling gecombineerd worden met continue begeleiding tijdens de baring en de verloskundige openstaat voor en inspeelt op de wensen en behoeften van de vrouw'[13].
De inhoud en duur van deze persoonlijke zorg wordt nu niet vastgelegd in dossiers. Het wordt niet gemeten en daarom niet meegenomen in de evaluatie van waardegedreven geboortezorg. Terwijl wetenschappelijk →

is bewezen dat de zorg voor de vrouw wel verbetert[14, 15]. Een gemiste kans bij het bepalen van waardegedreven zorg.

Ook sociale verloskunde is moeilijk meetbaar. De inzet op preventie en positieve gezondheid maakt vaak geen onderdeel uit van het zorgpad en de specifieke meetinstrumenten. Terwijl uit recent onderzoek van het RIVM blijkt dat juist door preventie de perinatale sterfte verder zou kunnen dalen[16]. De zwangerschap is bij uitstek een moment om in te zetten op sociale verloskunde. Niet alleen omdat het betere zorg oplevert voor moeder en kind, maar ook omdat veranderingen in leefstijl eenvoudiger te starten en vol te houden zijn tijdens de zwangerschap[3]. Dit kan positieve effecten hebben op de gezondheid van moeder en kind, ook ver na de zwangerschap.

Aparte financiering voor complexe en acute zorg

In de praktijk is het ingewikkeld voor zorgverleners om het kostenelement mee te wegen in waardegedreven zorg. Immers, in de spreekkamer gaat het met name om de individueel te leveren zorg, niet om het effect op de verdeling van de middelen en de kosten. Hierdoor komt de focus vaak onterecht te liggen op de voordelen van curatieve interventies op de korte termijn, ongeacht de kosten, in plaats van bijvoorbeeld op preventie, om medische ingrepen en hogere kosten te voorkomen.

Waardegedreven zorg zou gericht moeten zijn op alle zorg die een cliënt nodig heeft in het hele netwerk, van nulde tot derde lijn en van sociaal tot curatief. Het is belangrijk om zoveel mogelijk te voorkomen dat de cliënt gebruik moet maken van complexe of acute zorg. Dit is immers voor niemand fijn. Niet voor de zwangere vrouw. En niet voor de belastingbetaler.

In de praktijk ligt de nadruk vaak op de acute zorg of specifieke groepen met complexe problemen en minder op preventie en ondersteuning. Dit is op het eerste gezicht logisch. Acute zorg is immers per direct nodig, anders gaat er wat mis. Hetzelfde geldt vaak voor complexe

ACUTE ZORG GAAT VOOR

Coronacrisis – voorrang acuut en complex

De prioritering van de zorg ten tijde van de coronacrisis is een evident voorbeeld. Zo werden schaarse mondkapjes veel later verplicht in de eerstelijns ouderenzorg dan in ziekenhuizen, terwijl juist ouderen een hoog risico lopen op ernstige gevolgen van een corona-infectie[17]. Coronapatiënten hadden prioriteit. Zij lagen op de intensive care. Dit ging vervolgens ten koste van de reguliere zorg, waarvoor weer een eigen prioritering was en een landelijke urgentielijst is opgesteld. Zo ging oncologische zorg bijvoorbeeld voor knieoperaties. In eerste instantie lijkt dit logisch. Maar het had twee negatieve effecten. Ten eerste was er ook schade in de reguliere zorg, maar deze bleef grotendeels onzichtbaar. Recent zijn pogingen gedaan om de schade aan reguliere zorg in te schatten en die zijn fors[18]. Ten tweede lag de focus hierdoor sterk op het behandelen van de coronapatiënten in plaats van op het voorkomen dat er coronapatiënten op de IC kwamen. Zo hebben veel mensen eerder gewezen op het belang van preventie en gezonde leefstijl in het voorkomen van ziekenhuisopnames[19].

Changing Childbirth in Engeland, Schotland en Wales

In Engeland kwam in 1993 een belangrijk overheidsrapport uit (Changing Childbirth) waarin een reorganisatie van de geboortezorg werd ingezet. Vrouwen zouden hierin meer keuzes hebben (bijvoorbeeld de keuze voor plaats van de bevalling), meer autonomie en meer continuïteit van zorg[20]. Omdat deze reorganisatie nooit volledig is doorgevoerd, is dit beleid onlangs geherformuleerd in beleidsdocumenten in Engeland, Schotland en Wales rond de thema's veiligheid en persoonlijke zorg[21, 22]. Dat implementatie van Changing Childbirth niet gelukt is, heeft onder andere te maken met de moeite die het kostte om mensen en middelen anders te besteden, waardoor fundamentele systeem- en cultuurveranderingen niet hebben plaatsgevonden[20]. Vanwege budgettaire beperkingen moesten er moeilijke keuzes gemaakt worden in de geboortezorg. Vaak kregen de belangen van de acute zorgsector voorrang boven andere waardevolle zorg, zoals continuïteit van zorgverlener.

Continuïteit van zorgverlener geen prioriteit

In Zweden werd continue zorg door een team verloskundigen verleend gedurende de zwangerschap, bevalling en kraamperiode in een geboortecentrum in het ziekenhuis in Stockholm[23]. De medische uitkomsten waren net zo goed en het aantal medische interventies was lager dan in de reguliere zorg. Ook waren meer vrouwen en hun partners tevreden met de zorg. Toch werd dit geboortecentrum gesloten toen de verlosafdeling meer ruimte nodig had.

In Amsterdam werd in 2015 een samenwerkingsovereenkomst getekend door de eerste lijn en de twee academische ziekenhuizen, om twee geboortecentra in de ziekenhuizen te bouwen waar verloskundigen meer continuïteit van zorg zouden verlenen. De besturen van de ziekenhuizen besloten echter dat hun prioriteit lag bij de tweede- en derdelijns zorg en dat de beperkte ruimte daarom gebruikt moest worden voor deze zorg[24]. De bouw van de geboortecentra werd daarop uitgesteld en is nog niet gerealiseerd.

zorg, waar het zonder medische ingrepen ook goed mis kan gaan. Daardoor trekken de acute en de complexe zorg aan de mensen en middelen. Zij krijgen vaak voorrang bij het verdelen van de mensen en middelen. Ook als de toegevoegde waarde beperkt of onzeker is. In het kader op pagina 10 zijn voorbeelden van deze acute zorg uitgelicht.

Veelbelovend, maar nog niet af

Gezien het bovenstaande vinden we de ontwikkeling naar waardegedreven zorg in de geboortezorg veelbelovend. Het kan een goede bijdrage leveren aan de individuele zorg aan vrouwen. Het kan ook bijdragen aan een goede verdeling en inzet van mensen en middelen. Het is daarbij essentieel dat kosten hierbij goed meegewogen worden.

Om waardegedreven zorg in de geboortezorg te verbeteren, zien we twee concrete verbeterpunten. Ten eerste gaat het om overwegend gezonde mensen die een life event ervaren waarbij een nieuw gezinslid wordt verwelkomd. Dit maakt de geboortezorg uniek. Dit betekent dat bij het meten van de uitkomsten en het bepalen van het zorgpad, een aantal zorgaspecten een prominente plek moeten krijgen, omdat deze tegen relatief lage kosten belangrijke meerwaarde hebben voor de zwangere vrouw. Het betreft hier continuïteit van zorgverlener, watchful attendance en sociale verloskunde. Het is wetenschappelijk bewezen dat deze zorg uitkomsten kan verbeteren en het aantal vrouwen dat acute zorg nodig heeft kan verminderen[11, 13, 14, 16]. Daarmee heeft het ook een positief effect op de kosten van de zorg.
Ten tweede zal, om te waarborgen dat continuïteit van zorgverlener, watchful attendance en sociale verloskunde de noodzakelijke aandacht krijgen, deze zorg expliciet gefinancierd moeten worden als onderdeel van de reguliere zorg voor alle zwangere vrouwen. Hiermee zal de kwaliteit van zorg direct verbeterd worden. We moeten voorkomen dat, in geval van krapte of nood, de financiële middelen vooral naar de acute of complexe zorg gaan, zoals verschillende voorbeelden laten zien[3]. Er moet ruimte zijn om financiële middelen in te zetten op continuïteit van zorg en preventie en het zoveel mogelijk voorkomen van acute en complexe zorg. Intensieve netwerksamenwerking tussen de geboortezorg van nulde tot derde lijn en het sociaal domein is daarbij van wezenlijk belang.

Een mooie opgave voor ons allen om hierover het gesprek aan te gaan en deze aanbevelingen handvatten te geven in de praktijk. Samen moeten we zorgen dat waardegedreven geboortezorg niet alleen gaat over wat we bij individuele cliënten kunnen meten, maar daadwerkelijk over welke zorg waardevol is. ←

Op pagina 63 delen vier verloskundigen en een cliënt hun ervaringen met waardegedreven zorg in een reactie op dit artikel.

'WE MOETEN VOORKOMEN DAT, IN GEVAL VAN KRAPTE OF NOOD, DE FINANCIËLE MIDDELEN VOORAL NAAR DE ACUTE OF COMPLEXE ZORG GAAN'

Scan de QR-code voor de bronnen horend bij dit artikel.

* Vrij naar William Bruce Cameron/ Albert Einstein: 'Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted'. Zie ook website van Verloskundigenpraktijk Vondelpark www.vondelpark.nu.

SAMUNG HERA SERIES

EXCLUSIEF VERKRIJGBAAR BIJ BIOMEDIC B.V.

Echografie onderzoeken in de obstetrie en gynaecologie zijn al jarenlang het thuisdomein van Biomedic B.V. Sinds 1987 verkopen en onderhouden wij echo apparatuur op het gebied van Women's Healthcare! Door de innovatieve ontwikkelingen van Samsung zoals automatische biometrie, 4D/5D scannen en de verschillende doppler mogelijkheden wordt het stellen van de juiste diagnose voor echografisten steeds gemakkelijker!

Met de HERA series heeft Samsung nieuwe revolutionaire apparatuur op de markt gebracht. Deze systemen bieden u dan ook de beste beeldkwaliteit met het hoogst haalbare gebruiksgemak!

biomedic

www.biomedic.nl
036-5463000

SAMSUNG

LAAT VROUWEN NAAR HUN GEVOEL LUISTEREN

Onderzoeken beschrijven slechts een klein risico op nadelige effecten bij het inleiden van de baring middels een ballonkatheter. Het meest gerapporteerde nadelige effect daarbij is pijn/ongemak. Verder wordt geen verschil geconstateerd in de veiligheid en effectiviteit van een ballonkatheter in de eerste of tweede lijn. Er wordt juist gesteld dat substitutie van deze zorg zou kunnen bijdragen aan meer cliënttevredenheid, kortere ziekenhuisopnames en minder kosten en keizersneden, zonder toename in morbiditeit[1,2,3]. Ik concludeerde dat het inleiden van laag-risico zwangerschappen middels een ballonkatheter in de eerste lijn potentie heeft en overwogen dient te worden.

Toch stellen onze regioprotocollen dat alle zwangere vrouwen tweedelijnszorg ontvangen vanaf het moment van ballonplaatsing, ongeacht hun risicostatus. Terwijl steeds meer wetenschappelijk onderzoek de positieve effecten laat zien van continuïteit van zorgverlener tijdens zwangerschap en bevalling. Denk aan meer tevredenheid, betere uitkomsten, minder medische interventies en waarschijnlijk minder kosten[4]. In de praktijk ervaar ik dit met regelmaat. Vrouwen vinden het jammer om niet meer met hun eigen verloskundige te kunnen bevallen, dat ze niet meer thuis kunnen bevallen of dat de mogelijkheid tot een badbevalling vervalt in het ziekenhuis.

Ik vind het jammer dat we steeds meer vrouwen overdragen aan de tweede lijn en hiermee mogelijk afbreuk doen aan de keuzevrijheid en continuïteit van de verloskundige zorg. Ik neem de ballonkatheter als voorbeeld, maar er zullen nog tal van andere situaties zijn waarbij de keuzevrijheid en continuïteit van zorg beter gewaarborgd kunnen worden binnen de verloskundige zorg. Ik vind het belangrijk dat vrouwen zo lang mogelijk een keuze hebben en dat ze naar hun gevoel kunnen en mogen luisteren. Ik hoop dat ik als verloskundige kan bijdragen aan de fysiologische blik, dat ik vrouwen in hun kracht kan zetten en kan bijdragen aan goede ervaringen binnen de geboortezorg, waarin we er alles aan doen om vrouwen een keuze en een goede ervaring te geven.

Kijk voor de bronnen behorend bij dit artikel op tijdschrift.knov.nl.

De KNOV publiceerde onlangs een wetenschappelijk advies over de foleykatheter. Scan de QR-code om het te lezen.

ANNE FLEUR DE GANS
is vierdejaars verloskundige in opleiding in Amsterdam. Zij schreef een CAT over de veiligheid en effectiviteit van het inleiden van de baring middels een foley-ballonkatheter in de eerste lijn.

WETEN SCHAP

TEKST: LINDA MARTIN EN JANNEKE GITSELS

BESLUITVORMING IN DE VERLOSKUNDIGENPRAKTIJK: COUNSELEN EN GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING

Gezamenlijke besluitvorming is een gespreksvorm waarin de verloskundige met de vrouw (en voor haar belangrijke andere personen) nagaat welke keuze(s) er van haar gevraagd worden. Daarna bespreken zij op een neutrale wijze welke opties er zijn, waarna de verloskundige de vrouw begeleidt bij het maken van de te maken keuze(s). Dit soort gesprekken voeren verloskundigen dagelijks over bijvoorbeeld naderende serotiniteit, omgaan met baringspijn en anticonceptie. Betekent dit daarmee dat verloskundigen de hele dag counselen? Ja en nee.

	FASE	OMSCHRIJVING	TIP
STAP 1	**Choice talk**	De keuze wordt onderling uitgesproken.	Bevraag initiële kennis en voorkeuren en vraag daarop door.
STAP 2	**Option talk**	De professional gaat na wat de cliënt weet over de beleidsopties en vult aan, zodat alle opties en hun consequenties benoemd zijn (inclusief niets doen).	• Vraag per optie of de cliënt er al iets over weet. Als je aansluit bij bestaande kennis, maak je het voor de cliënt makkelijker om jouw verhaal te volgen. • Om na te gaan of de cliënt begrepen heeft wat er zojuist besproken is, kun je vragen wat haar, nu alle opties besproken zijn, het meest is bijgebleven en/of welke informatie haar verrast, beangstigt, enzovoorts (teach back methode).
STAP 3	**Decision talk**	De professional begeleidt de cliënt bij haar keuze.	• Stel vragen als: 'wat is het allerbelangrijkste voor jou met betrekking tot het naderen van 42 weken zwangerschap?' En: 'Wat zijn voor jou de meest relevante voordelen van de genoemde opties én wat zijn de meest relevante nadelen?' • Het beslissingsgesprek kan gevoerd worden met keuzehulpen, het maken van een beslissingsbalans en het stellen van scenario vragen (stel dat ...) en schaalvragen (hoe zwaar weegt x) waarop mensen ter plekke een antwoord geven.

Drie stappen voor gezamenlijke besluitvorming volgens Elwyn[6]

Wat is counselen?

Counselen is van origine een psychologische gespreksvorm. Deze werd gebruikt om cliënten, die worstelden met levensvragen ofwel existentiële vragen, te helpen zelf antwoorden op die vragen te vinden[1,2,3]. Een belangrijke bron voor beantwoording is de seculiere dan wel religieuze levensbeschouwelijke visie van de cliënt, omdat deze impliciete of expliciete visie, zin aan en zin in het leven geeft[4]. Daarmee is levensbeschouwing onderdeel van het gesprek en luisteren vanuit aandachtige aanwezigheid dé kern van counselen.

Belangrijk uitgangspunt voor de counselor is dat elk individu in de basis in staat is de keuzes te maken die voor dat moment passend zijn. Counseling kan vanuit dit oogpunt niet anders plaatsvinden, dan vanuit een gelijkwaardige relatie waarin de individuele competenties, rollen en onderlinge afhankelijkheid van de gesprekspartners erkend worden[2,3,5,6]. De counselor weet meer van het ene gebied, bijvoorbeeld van prenatale screening op aangeboren afwijkingen. De cliënt weet meer van een ander gebied, bijvoorbeeld haar zingeving, waarden en normen. Door kennis, vaardigheden, inzichten en mogelijkheden met elkaar te delen, ontstaat er een synergie tussen counselor en cliënt, waardoor beiden groeien als mens en de counselor als counselor[2,3,4,6].

Counselen verloskundigen de hele dag?

Als je als verloskundige altijd counselt zoals omschreven in de bovenstaande alinea, dan is het antwoord 'ja'. Of als je uitgaat van een andere definitie van counselen; een definitie waarbij informeren en – indien passend – adviseren de kern vormen, zoals bij leefstijlcounseling[7]. Onderzoek[8,9] laat zien dat het antwoord vaker 'nee' is en dat is prima. Heel vaak vragen keuzes in de verloskunde om een andere gespreksvorm, namelijk 'gezamenlijke besluitvorming'.

Wat is gezamenlijke besluitvorming?

De KNOV heeft een Handreiking Gezamenlijke besluitvorming uitgebracht[10], waarin de basisprincipes van de grondlegger G. Elwyn worden toegelicht. Leidende ethische principes zijn gebaseerd op de Self Determination Theory van Deci en Ryan, die aangeeft dat elk mens, met welke achtergrond dan ook, behoefte heeft aan zelfbeschikking (autonomie), competentie en verbondenheid[11,12]. Binnen gezamenlijke besluitvorming →

is het de rol van de professional om de autonomie van de cliënt te vergroten door een goede relatie met haar aan te gaan en respect te hebben voor het gegeven dat zij zowel individuele competenties heeft, als afhankelijk is van anderen[11]. Dat is de kern van zowel zelfbeschikking als relationele autonomie; we leven in een *samen*leving en maken regelmatig keuzes die niet alleen onszelf aangaan (bijvoorbeeld bevallen buiten de VIL, beleid bij stuitligging, keuze plaats van de bevalling, voeding neonaat).

Elwyn beschrijft concreet hoe hij gezamenlijke besluitvorming voor zich ziet in drie overzichtelijke stappen (zie ook de tabel op pagina 15). Gezamenlijke besluitvorming start met de bewustwording dat er een keuze gemaakt moet worden. Soms realiseert de cliënt zich dit vanzelf en soms geven bloeduitslagen of UO aanleiding om een keuze voor te leggen. Tijdens de choice talk wordt de keuze die voorligt onderling uitgesproken. Bijvoorbeeld de beslissing hoe om te gaan met naderende serotiniteit. De weg die wordt afgelegd naar een beslissing, wordt toegelicht. Tijdens de option talk gaat de professional na wat de cliënt weet over de beleidsopties en vult zij aan, zodat álle opties en hun consequenties benoemd zijn, inclusief niets doen. Vervolgens begeleidt de professional de cliënt bij haar keuze (decision talk). Aan de orde komt welke optie haar het meest aanspreekt, om welke redenen, welke optie haar het minste aanspreekt en waarom en wat zij het belangrijkste vindt bij het maken van de keuze.

Anders dan bij counseling, waarin de cliënt beslist, kan binnen gezamenlijke besluitvorming de mate waarin de professional meebeslist wisselen, afhankelijk van het onderwerp van de beslissing[13]. Overigens is het niet noodzakelijk dat de zorgverlener en de cliënt het uiteindelijk eens zijn met de door de cliënt genomen beslissing. Dat betekent soms dat de verloskundige de cliënt niet meer kan begeleiden. Dat hoeft niet tot problemen te leiden; het helpt als zowel de cliënt als de verloskundige achter het proces staan, waarin tot deze beslissing is gekomen. En als er wederzijds begrip is voor de gemaakte keuze[10].

Voeren verloskundigen de hele dag op deze manier beslissingsgesprekken? Nee, als we kijken naar onderzoek onder medische professionals. Daaruit blijkt dat professionals zelden de genoemde drie stappen doorlopen en dat zij gezamenlijke besluitvoering nog niet helemaal in de vingers hebben[9]. Ja, zou je kunnen zeggen, omdat gezamenlijke besluitvorming een kerncompetentie van de verloskundige zou moeten zijn.

Tot slot

In de praktijk nemen we het woord 'counselen' gemakkelijk in de mond en in de literatuur wordt deze term op diverse manieren gebruikt en gedefinieerd. Ook over gezamenlijke besluitvorming is in de literatuur een dialoog gaande over de mate van gezamenlijkheid in proces en besluit, waarbij counseling een wijze van begeleiding kan zijn[13]. In de medische praktijk blijken zowel counselen als gezamenlijke besluitvorming vaak nog niet zo goed uit de verf te komen[8,9]. Tijd om te reflecteren en te leren. ←

Bronnen

1. Engler, B. (1995). Personality Theories: an introduction. Houghton Mifflin Company, Bosto
2. Rogers, C.R. (1995). Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Constable Company Ltd, London
3. Jung, C.G., Jaffe, A. (1991). Herinneringen, dromen en gedachten. C.G. Jung een autobiografie. Uitgeverij Lemniscaat (oorspronkelijke titel: Erinnerungen, Träume, Gedanken)
4. Baart, A (2016). Aandacht: Etudes in Presentie. Boom Lemma Uitgevers
5. Mearns D., Thorne B. (1997). Person-centred counseling in action. Sage publications, London.
6. Kalanithi, P., Verghese, A. (2016). When breath becomes air. Uitgeverij: Random House Deci en Ryan; alleen als ref in het kader van aantal woorden
7. Noordman J, Koopmans B, Korevaar JC, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. Fam. Pract. 2013 Jun;30(3):332-40. DOI: 10.1093/fampra/cms077.
8. Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Pereboom MTR, Spelten ER, Hutton EK, Van Dulmen S. Patient Education and Counseling 2015; doi: 10.1016/j.pec.2015.02.002
9. Gezamenlijke besluitvorming: de stand van zaken - Skipr
10. Marleen van Son. Gezamenlijke besluitvorming; een handreiking. KNOV, 2018
11. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2013). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med 27(10):1361–7
12. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), Handbook of personality: Theory and research (pp. 654–678). The Guilford Press.
13. Vanstone, M., Kinsella, E.A., Nisker, J. Information-Sharing to Promote Informed Choice in Prenatal Screening in the Spirit of the SOGC Clinical Practice Guideline: A Proposal for an Alternative Model. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada Volume 34, Issue 3, March 2012, Pages 269-275.

PHILIPS

AVENT

Borstvoeding

Maak kennis met **de nieuwe manier van kolven**

Gratis handkolf
Test het nu zelf!

GEKOZEN PRODUCT VAN HET JAAR 2021***

Handkolf

Elektrische kolf

Ontdek de nieuwe Philips Avent borstkolven met **Natural Motion technologie,** geïnspireerd door hoe baby's drinken. De kolven hebben **één borstschild dat geschikt is voor alle tepelmaten*** en het is **klinisch bewezen** dat de elektrische kolven zorgen voor een bijna **4x snellere toeschietreflex****.

Wil je ook kennis maken met de nieuwe manier van kolven?

Schrijf je dan nu in voor onze **nieuwe sample shop voor professionals** op **www.philips.nl/avent/professionals** of scan de QR-code en ontvang de **nieuwe handkolf** gratis om zelf te testen.

* Past op 99,98% van alle tepelmaten (tot 30 mm). ** Gebaseerd op klinisch onderzoek (n=40) uitgevoerd in Nederland (2019) en vergeleken met voorgaande kolftechnologieën van Philips. Ga voor meer informatie naar www.philips.nl/avent/borstvoeding *** In de categorie borstvoeding. Online studie en test uitgevoerd door Nielsen/treetz op een totaal van 10.000 consumenten in Nederland eind 2020 - poynetherlands.com.

Philips Avent is partner van KCKZ Kenniscentrum Kraamzorg

DE TOEGEWIJDE VERLOSKUNDIGE UIT

Goede Moeders

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE **BEELD** FLAIR - MARIEL KOLMSCHOT FOTOWERKEN

'Als we meer tijd en aandacht voor onze cliënten zouden hebben', zegt Sylvia von Kospoth, 'dan hoefden we 'kwetsbare vrouwen' helemaal niet via signaleringsinstrumenten op te speuren.' We spreken Sylvia naar aanleiding van Teledoc KRO-NCRV Goede Moeders. In de documentaire is te zien hoe toegewijd Sylvia strijdt voor een eerlijke kans voor moeders van wie eerdere kinderen uit huis zijn geplaatst.

Enkele jaren geleden begeleidde Sylvia de regisseuse Jorien Nes van Goede Moeders. 'Ze vond dat ik de verloskundige zorg op een indrukwekkende manier vormgaf. Daar wilde ze een film over maken. Het onderwerp 'Goede Moeders' ontstond tijdens het filmen.

In Goede Moeders zien we hoe intensief jouw contact met je cliënten is. Waar haal je die tijd vandaan?
'De vrouwen die ik begeleid, zie ik niet enkel als cliënten. Ik ontmoet een vróúw en zij mogen ook mij ontmoeten. Dit is in het belang van veilige zorg aan moeder en kind. Daar is extra tijd en aandacht voor nodig. Wat dat me financieel oplevert, heb ik lang geleden losgelaten. Ik heb op de barricades gestaan voor extra vergoedingen voor het hebben van tijd en aandacht, onafhankelijk van de zogenaamde postcodegebieden in Nederland. De kwetsbare zwangeren wonen overal. In mijn zelfstandige praktijk bepaal ik gelukkig zelf de zorgtijd. Wat moet ik anders doen? Wachten totdat ik betaald ga krijgen? Dan zijn we jaren verder en daar hebben de zwangeren nu niets aan. Terwijl de extra zorg die ik geef bepalend is voor de rest van het leven van moeder en kind.'

Besteed je aan elke vrouw zoveel tijd?
'Zonder vooringenomenheid zorg geven voorkomt onnodige verwijzingen, medicalisering en pathologisering. Daarom geef ik iedere vrouw meer tijd en aandacht. Zij ondergaat geen behandeling, maar ervaart zelfcontrole. Zij doet appèl op mijn medische, psychologische, en sociale begeleiding. Ik hanteer niet alleen vijftien minuten durende signaleringsgesprekken op basis van vragenlijsten, met onder aan de streep een doorverwijzing, want wat gebeurt er na zo'n doorverwijzing? Vluchtige indicatiestelling creëert foutpositieven en foutnegatieven. Een vermoeden wordt snel een diagnose. Het scala aan integrale zorgverlenende partijen en interne doorverwijzingen is nauwelijks te overzien. Als expert van de fysiologie kan ik dit voorkomen door samen met de vrouw een zorgvuldige en weloverwogen risicotaxatie te maken. Zij participeert

in haar zorg en dit vergt zorgtijd. Waar nodig wordt samenwerking met ketenpartners opgezocht. Dit geldt voor iedere vrouw en in het bijzonder voor deze 'verloren moeders'.

Waar houdt jouw verantwoordelijkheid op?
'Ik ben verantwoordelijk voor de zorg die ik geef en voor al mijn verwijzingen. Als ik weet dat de vrouw niet angstig is, geen vragen meer heeft en als zij aangeeft niet terug te hoeven vallen op mijn verloskundige begeleiding, kan ik met een gerust hart de zorg afsluiten. De vrouwen die we zien in Goede Moeders, hebben hun vertrouwen in zorgverleners, de integrale zorg en jeugdzorg verloren. Ze zijn als de dood voor zorgverleners en vooral voor ziekenhuizen. Een of meerdere kinderen werden op niet gefundeerde gronden uit huis geplaatst en nu zij zwanger is, is ze bang dat ook dit kind haar ontnomen wordt. Een terechte angst, als je leest welke rapportage- en interpretatiefouten er gemaakt worden. Hoe vermoedens als feiten worden gepresenteerd, ook aan rechters. En hoe die niet worden hersteld als erop gewezen wordt. Ik ben moreel verplicht er voor deze 'goede moeders' te zijn.'

Wat zou volgens jou een oplossing zijn?
'Met integrale zorg verschuif je verantwoordelijkheden. Dat maakt het mogelijk om van verantwoordelijkheden – de eigen cliënten die je doorverwijst – weg te kijken. Een suggestie voor een oplossing zou zijn: laten we ons als verloskundigen realiseren dat onze verwijzingen impact hebben op levensbepalende interventies die daaruit voortkomen. Protocollair wordt ons gevraagd zwangere vrouwen in een zorgpad te voegen, maar niet iedere vrouw komt hiermee tot haar recht. Een vrouw uit Goede Moeders bijvoorbeeld, laat ik niet 'los' als ik haar verwijs naar de tweede lijn. Ik ga met haar mee en blijf op haar verzoek verantwoordelijk voor haar. De verantwoordelijkheid écht nemen wordt ons moeilijk gemaakt door de overheid, die inzet op gezondheidsbeheersing, centraliseren van zorg, overregulering en verregaande regionale sociale controle tot achter de voordeur. Daarmee verschuift de sociale prenatale regie richting JGZ en regionale zorgpartijen. Daarmee worden verloskundigen hofleverancier van de POPP (psychiatrie-, obstetrie- en pediatrie-poli) en jeugdzorginstanties. en jeugdzorginstanties en wordt kwetsbaarheid een verdienmodel. Wat vervolgens met onze zwangere vrouw gebeurt, kunnen we alleen maar raden. Daarmee werkt het nobele streven voor zinnige, zuinige zorg juist averechts. Binnen kleinschalige en autonome praktijken kunnen verloskundigen zelfstandig verantwoordelijkheid nemen en kritisch optreden waar dat nodig is. Maar binnen grote organisaties is hier nauwelijks ruimte voor. Terwijl dit wél van levensbelang is voor moeder en kind, getuige de vele reacties op Goede Moeders. Als je mij naar de oplossing voor de vrouwen uit Goede Moeders vraagt zeg ik: de integrale geboortezorg on hold zetten. Laten we eerst de keerzijde ervan agenderen.' ←

Scan de QR-code om Goede Moeders te bekijken.

Bio-Oil® Huidverzorgingsolie vermindert de kans op het ontwikkelen van huidstriemen doordat het de elasticiteit van de huid bevorderd. Het dient twee keer per dag aangebracht te worden, vanaf de start van het tweede trimester. Nu ook verkrijgbaar in een 100% natuurlijke formule! Aanbrengen al vanaf de eerste trimester. Parfum- en geurvrij. Voor uitgebreide productinformatie en details van de klinische testen, ga naar bio-oil.com. Resultaten kunnen per persoon verschillen.

Bij het Verloskundig Huys in Zwolle is veel aandacht voor de begeleiding van verloskundigen in opleiding. Studenten hebben zelf een belangrijke stem in de werkzaamheden die zij doen en kunnen zelfs verblijven in een woonruimte die speciaal voor hen is ingericht. In het kader van waardegedreven zorg, wordt waar mogelijk de cliënt bij het leerproces betrokken. 'Zij kan het beste vertellen wat ze wel en niet prettig vindt aan het handelen van de student', zegt Erna Kerkhof, een van de maten van Het Verloskundig Huys.

MEER AANDACHT VOOR CLIËNTBELEVING

Waardegedreven stage

WENDY MULDER

is een van de cliënten van Erna. Ze heeft een zoon van tien, een dochter van acht en is momenteel zwanger van haar derde kind. Vorige week vroeg Erna voor het consult of ze het goed vond dat Demy, een verloskundige in opleiding die stageloopt bij het Verloskundig Huys, het consult voerde. En of Wendy haar naderhand feedback zou willen geven. 'Die vraag had ik nog niet eerder gehad, maar ik kan me voorstellen dat feedback van mij – de vrouw zelf – leerzaam kan zijn voor een student. Erna geeft haar studenten vast ook tips, maar die heeft een heel ander perspectief dan ik. Bovendien is de beleving van iedere vrouw ook weer anders; wat ik prettig vind, vindt een andere zwangere vrouw misschien helemaal niet fijn. Het lijkt me waardevol voor de student om van verschillende kanten te horen wat voor invloed je hebt op de ervaring van cliënten. Deze manier van feedback geven past goed bij de visie van Erna en haar collega's. Zij kijken naar wat de persoon zelf wil, dus eigenlijk is het logisch dat zij het cliëntperspectief meeneemt in feedback aan studenten.'

'Demy voerde de controle uit. Ook hadden we een gesprek over de zorgen die ik had naar aanleiding van mijn vorige bevalling. Daar sprong Erna bij, maar het was wel echt een gesprek met z'n drieën. Het viel me op dat Demy volwassen overkwam. Terwijl ze, als ik het me goed herinner, pas in het eerste jaar van haar opleiding zat. Ze had een open houding, stelde goede vragen en wist me gerust te stellen. Ik maakte eerder mee dat stagiairs wat geslotener zijn. Een tip die ik Demy gaf is dat ze zekerder van zichzelf mag zijn. Volgens mij weet ze al veel en is onzekerheid niet nodig.' →

'DE BELEVING VAN IEDERE VROUW IS ANDERS, WAARDEVOL OM DAT TE BENOEMEN'

Waarde-gedreven stage

'JE DOET HET NIET VOOR DE VERLOSKUNDIGE NAAST JE, MAAR VOOR DE ZWANGERE VROUW VÓÓR JE.'

DEMY POT

loopt bij het Verloskundig Huys haar eerste stage. 'De beoordeling vanuit school is vooral gericht op de hoeveelheid verrichtingen. Alleen aan een buik voelen mag je al als een controle rekenen. Erna's visie is dat er meer op de kwaliteit mag worden beoordeeld. Toen ze voorstelde om cliënten direct feedback te laten geven, moest ik even slikken. Ik vond het een spannend idee dat ook de cliënt mij zou beoordelen. Maar even later dacht ik: doen! Het kan juist heel leerzaam zijn om van háár te horen of ze zich bij me op haar gemak voelt en wat er bij haar blijft hangen als ik haar iets uitleg. Uiteindelijk doe je het niet voor de verloskundige naast je, maar voor de zwangere vrouw voor je.'

'Meestal is de feedback positief, dus in die zin leer ik meer van de feedback van Erna. Zij gaat in op het inhoudelijke en op dat gebied heb ik nog veel te leren. Maar de positieve feedback vanuit cliënten vind ik ook nuttig; het zorgt voor vertrouwen en maakt je wat zelfverzekerder als je hoort dat je iets goed uitlegt. Van een cliënt die de opleiding tot huisarts volgde, kreeg ik een tip voor mijn gespreksvaardigheden. Ik wilde haar vertellen wat de reden was dat we bloed afnamen en vertelde de cliënt over complicaties die we daarmee zouden kunnen ontdekken. Zij gaf later aan dat dat voor wat ongerustheid kan zorgen en dat ik dergelijke details beter voor me kan houden. Goede tip; in mijn enthousiasme had ik verteld wat ik net op school had geleerd, terwijl dat complicaties zijn die maar heel weinig voorkomen.'

'Van mij mag deze manier van feedback geven beter geïntegreerd worden, ook in de opleiding. Alles wat je doet, doe je voor de cliënt. Dat mijn begeleider vindt dat ik iets goed uitleg, is in feite minder belangrijk dan hoe de cliënt het ervaart.'

ERNA KERKHOF

werkt al jaren als verloskundige en vindt het belangrijk om een bijdrage te leveren aan het leerproces van verloskundigen in opleiding. 'Ik vraag onze studenten wat hun leerdoelen zijn en waar hun interesses liggen. Vinden ze een spreekuur draaien interessant of gaan ze liever mee de dienst in? Maar ook met andere kanten van het vak en met het runnen van een praktijk laat ik hen kennis maken. Ze mogen mee naar VSV-overleggen, meewerken aan onderzoeken en protocollen en als ze interesse hebben in de financiële zaken, breng ik hen daar ook mee in contact. Sommige studenten laat ik meelopen met een lactatiekundige of in het echocentrum. Het is zo waardevol dat zij van al die takken van sport die bij de geboortezorg horen iets meekrijgen.'

'Laten we eerlijk zijn, je leert meer van een ingewikkelde casus of feedback van een cliënt dan van een vliegende, ongecompliceerde mult of van heel veel 'standaard' consulten. Ik vind ook dat je beter meer tijd aan één consult kunt besteden, waarbij je de student veel uitleg en aandacht geeft, dan haar gewoon maar heel veel consulten van een kwartier laten doen. Waar mogelijk betrek ik cliënten bij de feedback voor de student. Niet altijd, want soms is er geen tijd voor. En ik probeer altijd in te schatten of deze cliënt erop zit te wachten om feedback te geven. Wendy's consult bijvoorbeeld, was aan het einde van een spreekuur. Wendy ken ik al wat langer en ze is altijd erg open en enthousiast; ik verwachtte dat zij het wel leuk zou vinden om Demy tips te geven. Als een verloskundige in opleiding bij een baring aanwezig was, vraag ik in het kraambed overigens wél altijd hoe de cliënt de rol van de student heeft ervaren.'

'Het is heel nuttig om te horen waar cliënten mee komen. Zij kijken naar wat zíj belangrijk vinden en leggen op ogenschijnlijk onbelangrijke dingen de nadruk. Tijdens standaard controles of een ongecompliceerde baring krijgen studenten de mooiste complimenten. Een mooi voorbeeld is een student van wie mijn collega's en ik vonden dat ze nog veel moest leren. De feedback van cliënten was juist heel lovend. De combinatie van inhoudelijke feedback van de verloskundig begeleider en het wat 'softere' perspectief vanuit de cliënt is waardevol.' ←

'ZIJ GEEFT FEEDBACK OP ZAKEN DIE ZÍJ BELANGRIJK VINDT'

De KNOV, dat zijn we samen

TEKST CHARLOTTE DE SCHEPPER

Toen ik in 2019 bij de KNOV startte, was er een herpositionering en organisatie-ontwikkeltraject gaande. Dit bood de kans om stil te staan bij de leden, het bureau, de veranderingen in het zorglandschap en de ontwikkelingen in de geboortezorg. Deze herpositionering en het organisatie-ontwikkeltraject maakten ook duidelijk hoe die veranderingen en ontwikkelingen op een goede wijze zijn door te vertalen binnen de KNOV, nu en in de toekomst. Dit leverde een organisatieplan op, waar ik als kersverse directeur van de KNOV – in de eerste fase ondersteund door een paar externen – mee aan de slag ging. Ik laat graag zien waar de KNOV nu staat.

Aan het organisatieplan lag een aantal punten ten grondslag: Het veranderende zorglandschap. Zorg is belangrijk, maar de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid staan onder druk. Er vindt een beweging plaats naar zorg dicht bij de cliënt en naar zorg met eigen regie. Dit geldt ook voor de geboortezorg. De regio is hierdoor steeds bepalender geworden, dat is de plaats waar de zorg aan de zwangere vrouw wordt geleverd. De primaire oriëntatie van de KNOV moet dan ook gericht zijn op zorg in de regio: bij de zorgverleners, de moeder en het kind.

Daarnaast heeft de KNOV regie nodig om bij te kunnen dragen aan kwalitatief goede geboortezorg, zowel in het landelijke als regionale speelveld. Landelijke activiteiten – zoals visie- en beleidsontwikkeling, onderzoek en politiek bestuurlijke beïnvloeding – moeten dan ook ondersteunend zijn aan de lokale zorg. De leden van de KNOV hebben aangegeven dat zij betrokken willen zijn bij de regionale en landelijke ontwikkelingen. Het is ook zeker nodig dat hun inhoudelijke kennis goed gehoord wordt om beleid op te maken in de geboortezorg.

De KNOV wil inspelen op de veranderingen in het zorglandschap, maar uiteraard ook resultaat boeken. We moeten ons daarvoor samen met de leden proactief aanpassen aan de ontwikkelingen in de geboortezorg.

Kortom, het bureau moet goed zicht hebben op wat zich in de regio afspeelt en, nog belangrijker, een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg in de regio's. Hierbij is een vertegenwoordiging van de beroepsgroep in het regionale speelveld essentieel. Met de coronapandemie hebben we dit versneld kunnen realiseren, doordat in alle regio's verloskundigen aangesloten zijn in de ROAZ-en.

Het proces

De zes senior programmamanagers zijn inmiddels bekende gezichten op jullie beeldschermen. Jammer dat door corona de kennismakingen niet 'gewoon' bij jullie in de praktijk of het ziekenhuis hebben kunnen plaatsvinden. Zodra het mag, komen ze graag langs.

Jullie, de leden van de KNOV, zijn werkzaam in de regio. Daar vindt de geboortezorg plaats. Die zorg wordt op verschillende manieren en op verschillende plaatsen geleverd. Die verschillen willen we omarmen. De mooie voorbeelden halen we op, om te delen, te leren en te ontdekken. De senior programmamanagers zijn daarom altijd op zoek naar jullie goede voorbeelden uit de regio, maar vernemen ook waar de issues liggen. Alle programmamanagers kennen de belangrijke punten van elkaars expertisegebied en nemen die weer mee de regio in, naar jullie. Hun expertise, gecombineerd met hun generalistische insteek zorgt ervoor dat je met al je vragen – algemeen, maar ook verdiepend als dat nodig is – bij jouw programmamanager terechtkunt.

Alle medewerkers op het bureau zijn betrokken bij de uitvoering van het jaarplan. Dit doen we samen met jullie in diverse werkgroepen en commissies. Ideeën, issues en al het andere wat jullie kwijt willen, halen we op in de regio. Dit delen we op het bureau en nemen we vervolgens mee naar landelijke tafels. Wat we daar horen, nemen we weer mee terug naar het bureau, waarna het met de regio gedeeld wordt.

We zijn een vereniging voor en door verloskundigen. Van onze leden komt de verloskundige kennis! Zo werken we als bureau – waar onder andere juridische, economische, politieke en bedrijfskundige kennis aanwezig is – met elkaar samen om passend bij de missie en de visie aan het jaarplan te werken.

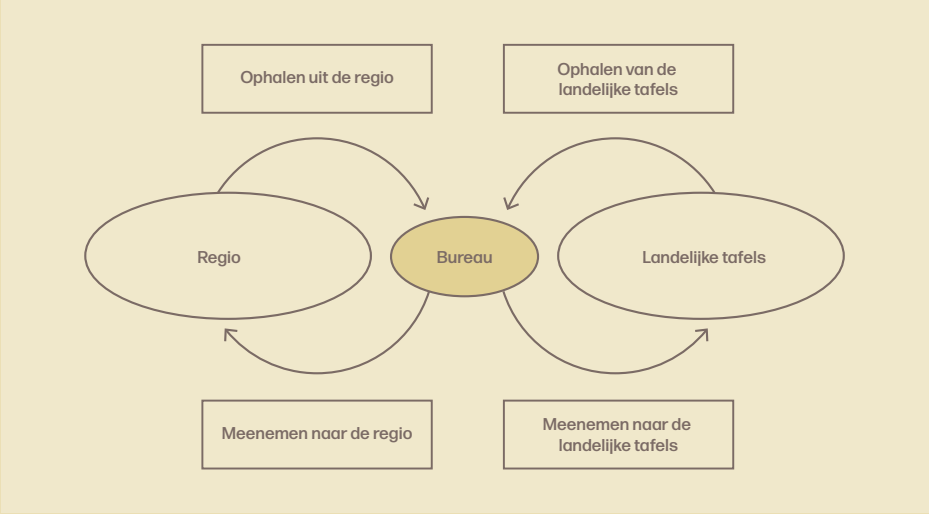
Blijven bouwen aan goede geboortezorg

De coronapandemie heeft veel van jullie gevraagd. Er is ontzettend hard gewerkt en er is veel veerkracht getoond, om ondanks de maatregelen, de zwangere vrouw zo goed mogelijk te begeleiden.

Het organisatieplan uitvoeren moest ook op een andere manier. We waren net gestart met de reorganisatie van het bureau toen corona alle aandacht opslokte. We zijn een vereniging met leden, een bestuur en een bureau. Als je ergens iets verandert heeft dat invloed. Met het bestuur werk ik zeer nauw samen. Met hen neem ik de zaken door die spelen. Ik informeer hen en vraag hen om advies. Het is prettig en goed om nauw samen te werken. Ook met de leden werken we nauw samen. Het jaarplan wordt uitgewerkt in werkgroepen en commissies binnen de diverse programma's en ook bij het bureaumanagement en team communicatie zijn leden in werkgroepen en commissies actief. Van leden hoor ik dat ze het ook leuk vinden om een bijdrage te kunnen leveren aan de verloskundige zorg via onze vereniging. Onze leden zijn terecht trots op hun vak, op hun beroepsgroep. We zijn met elkaar de vereniging en hoe meer leden een actieve bijdrage leveren, hoe sneller we onze doelen behalen. Iedereen die lid is en iets bij wil dragen, kán ook bijdragen. Er is nog genoeg te doen, kom je talenten inzetten! Dan maken we er samen iets moois van. #samensterk voor de geboortezorg.

Vorig jaar hebben we de eerste stappen in dit organisatie-veranderproces gezet. De grote lijnen vormgegeven door te reorganiseren, een meerjaren- en jaarplan te maken, een beleidsrijke begroting vorm te geven, het bureau opnieuw in te richten, de samenwerking met de leden te bespreken en vast te leggen, enzovoorts. Voor jullie is het niet anders, de praktijk loopt door terwijl de wereld om jullie heen verandert en meer en meer van jullie vraagt. Vanuit de KNOV willen we er graag voor jullie zijn. Met het team op het bureau ben ik de eerste grote lijnen die we vorig jaar hebben opgezet, verder aan het inkleuren naast de inhoudelijke zaken die onze aandacht behoeven. Waar we samen met jullie hard aan werken.

We zijn er nog niet. We zitten midden in een proces, waarbij ik met een organisatieplan in mijn achterzak bouw aan een solide bureau. Samen met jullie en met het bestuur wil ik een bijdrage leveren aan de goede geboortezorg, waar verloskundigen zo'n belangrijke taak in vervullen. Verloskundigen zijn met hun holistische opleiding de poortwachter van de geboortezorg: jullie coördineren en bewaken het zorgproces. Jullie beschikken over het netwerk om sociale verloskunde mogelijk te maken. Jullie bewaken de fysiologie en zorgen voor continue, goede en veilige begeleiding tijdens de zwangerschap en geboorte. Aangevuld met specialistische zorg als dat nodig is. De KNOV wil jullie ondersteunen waar dat nodig is. Samen versterken we elkaar. ←



Mediq brengt persoonlijke aandacht in de praktijk

MEDIQ

Bent u op zoek naar een breed assortiment met producten voor u in de praktijk? Dan bent u bij Mediq aan het juiste adres. U kunt via onze webshop pluspunt.mediqmedeco.nl gemakkelijk en snel producten bestellen. U kunt bij ons terecht voor producten zoals Philips echografiesystemen, Wesseling onderzoeksbanken, instrumentarium, disposables en praktijkrinrichting.

Wilt u meer informatie? Neem dan contact op met onze klantenservice via telefoonnummer 0186 - 63 45 00 of stuur een e-mail naar: sales.eerstelijn@mediq.com.

0186 63 45 00 | sales.eerstelijn@mediq.com | www.mediq.nl

Marieke Dijkstra is een van de drie officemanagers bij het bureau van de KNOV. Binnenkomende telefoontjes worden onder hen verdeeld en daarnaast heeft iedere office-manager een eigen takenpakket. Marieke houdt zich vooral bezig met HRM-taken en de ondersteuning van de directie.

Marieke Dijkstra

Wat vind je van de KNOV?
'Een leuke organisatie om bij te werken! De situatie is wat anders dan anders natuurlijk, door het vele thuiswerken. Van de week was ik een dag op kantoor. Aan het einde van de dag zeiden mijn communicatie-collega Kristi en ik tegen elkaar: volgens mij is dit de eerste keer dat we elkaar in het echt zien. Best gek. De baan zelf is ontzettend leuk. Ik krijg veel vrijheid om dingen op te pakken. Ik koos voor de KNOV, omdat het geen gespreid bedje zou zijn en we alles nog op moesten zetten. Ik houd van regel- en uitzoekwerk. Daarnaast heb ik bij de organisatie van bijeenkomsten vaak leuk contact met verloskundigen, stakeholders en medewerkers. Het was het afgelopen jaar hard werken, maar we hebben een mooie start gemaakt!'

Voor welk deel van die start ben jij verantwoordelijk?
'Mijn belangrijkste rol is om Charlotte de Schepper te ontzorgen. Ik beheer haar agenda en zorg dat ze goed voorbereid haar afspraken in kan. Ik heb een goede band met haar en kan fijn met haar samenwerken. Als ze iets aan mij vraagt, dan komt het goed! In heel veel wat het afgelopen jaar nieuw is opgezet heb ik een ondersteunende rol gehad. Aan het begin was ik vooral druk met HRM-zaken; ik was betrokken bij de werving van nieuwe medewerkers, regelde de introductieprogramma's en zorgde dat de contracten in de salarisadministratie werden verwerkt. Maar ook in de opzet van nieuwe systemen heb ik een aandeel gehad.'

Wat deed je hiervoor?
'Ik heb in meerdere internationale organisaties en zelfs in het vastgoed gewerkt. Dat zijn dynamische bedrijven waar je snel moet schakelen en waar veel gebeurt. Dat stuk zocht ik ook in een nieuwe functie en dat is bij de KNOV goed gelukt!'

Hoe ziet je leven er verder uit?
'Ik woon met mijn gezin in Soest. We hebben een dochter van negen en een zoon van dertien. Ik heb een haat-liefdeverhouding met sport; er zijn periodes dat ik liever een film kijk op de bank, maar nu heb ik weer genoeg energie voor mountainbiken, bodyshape, pilates en boksen. Ook ben ik actief als teammanager van het hockeyteam van mijn dochter. Ik ben gek op wintersport en in het weekend kun je me vinden in de Soesterduinen.' ←

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

CTG in de eerste lijn

TRAINING
Foetale Bewaking voor verloskundigen

INHOUD
Basiskennis van het CTG en de interpretatie daarvan

DUUR
5 dagdelen van 2,5 uur, exclusief voorbereiding en een toets

LOCATIE
Op locatie/online

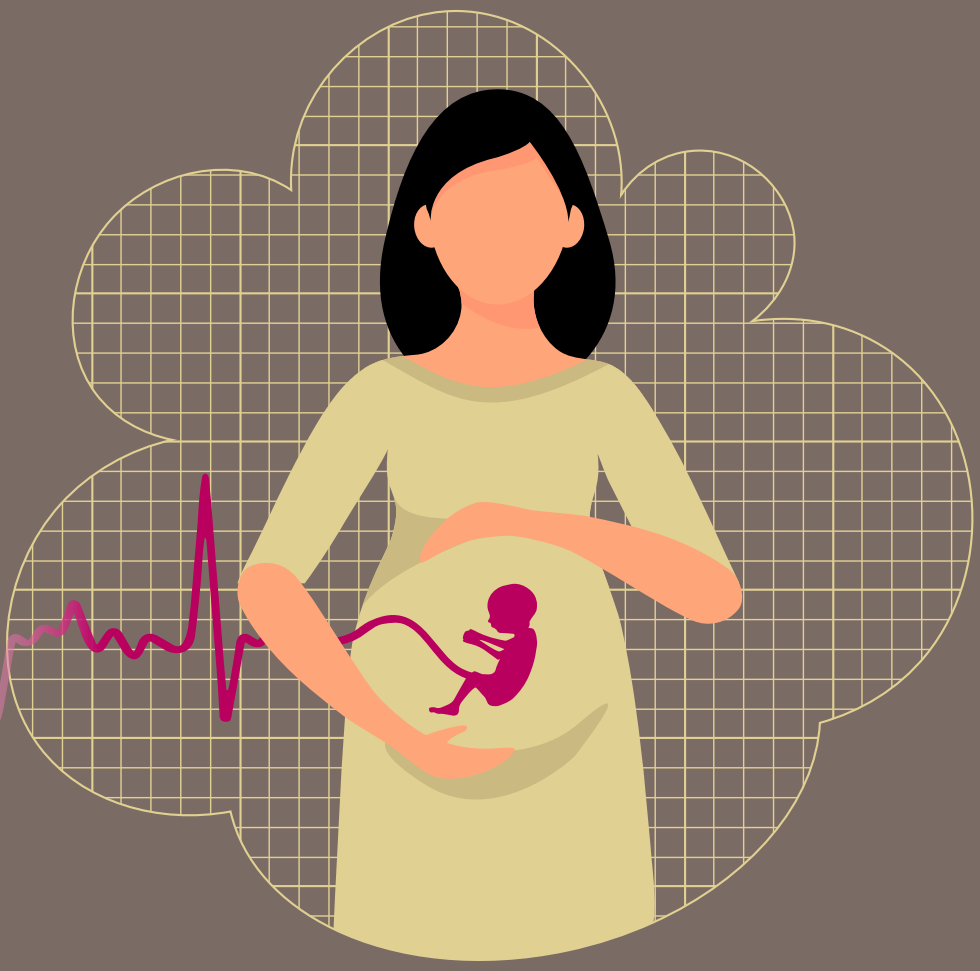
DOCENT
Latifa Belodi, docent vanuit Academie Verloskunde Maastricht

CURSIST
François Hesseling, verloskundige bij 't Hart Verloskunde

't Hart Verloskunde behoort tot een van de drie regio's waar de eerste lijn sinds 2015 CTG's uitvoert. In Zwolle zijn daartoe 49 verloskundigen (van 11 praktijken) opgeleid. François Hesseling is een van hen en volgde zo'n drie jaar geleden de training 'Foetale Bewaking voor verloskundigen'. Sindsdien is hij gemachtigd om op het moment dat de zwangere vrouw haar kind minder voelt bewegen, een CTG uit te voeren. Hij verwijst zijn cliënt pas naar het ziekenhuis als de hartfilm uitwijst dat dat nodig is.

François: 'Het aansluiten van de CTG op zich is geen hogere wiskunde. En als eerstelijnsverloskundige weet ik ook wat de hartslag van de moeder en het kind moet zijn. Maar er is een groot grijs gebied, waar ik voorheen geen conclusies aan kon verbinden. De hartslag van een kind mág immers vertragen en versnellen. Maar hoelang mag zo'n versnelling of vertraging duren? En wat kunnen oorzaken zijn? Voor elke verloskundige is die kennis een verrijking. Dan kun je de vrouw beter uitleggen wat mogelijke oorzaken zijn van een kind dat minder beweegt.

Het grootste deel van de training bestond uit theorie over zuurstoftekort, wat voor effecten dat kan hebben en hoe dit zichtbaar wordt op een CTG. Maar het was vooral ook veel oefenen. We kregen CTG's te zien, die we moesten beoordelen. Sinds we de training hebben afgerond, worden binnen onze regio ook kwaliteitsmiddagen georganiseerd waarbij een gynaecoloog uit de regio is betrokken. Die laat de hartfilmpjes zien van vrouwen die door ons voor een second opinion naar het ziekenhuis zijn verwezen. Deze worden beoordeeld en besproken. De gynaecoloog geeft verdiepende informatie. Deze kwaliteitsmiddagen helpen ook bij het beoordelen van onze eigen CTG's. Inmiddels werkt onze praktijk drie jaar met het CTG. Ieder CTG beoordelen we met twee personen. Aan het begin overlegden we nog veel, maar tegenwoordig trekken mijn collega's en ik vrijwel direct dezelfde conclusie.



Het is een meerwaarde voor de zorg dat verloskundigen in de eerste lijn CTG's kunnen maken. Het past bij onze taken om te selecteren wie wel en wie niet naar het ziekenhuis moet. We ontzien de ziekenhuizen er enorm mee, want van het grote aantal vrouwen dat we normaal naar het ziekenhuis stuurden voor een CTG, blijkt slechts bij een klein deel ook echt sprake van een probleem te zijn. Als wij die schifting maken, scheelt dat werk voor de tweede lijn en daarmee scheelt het ook zorgkosten. Cliënten vinden het fijn dat wij die CTG maken, dat ze snel geholpen worden door vertrouwde gezichten. En bovendien was het een hele leuke en relevante cursus om te volgen. Het is nuttig om deze kennis te bezitten en het was mooi om dit in samenwerking met andere verloskundigen en een gynaecoloog uit de regio te doen.' ←

Op pagina 38 lees je over de toepassing van het antenataal CTG in jouw eerstelijnspraktijk.

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

Delft is een van de zo'n zestig gemeenten die een lokale coalitie hebben gevormd in het kader van Kansrijke Start. Arjenne Hoeksema is de voorzitter van VSV Reinier en was nauw betrokken bij de opzet van het Delftse 'Kasto'.

KANSRIJKE START IN DELFT

'Niet belerend, maar behulpzaa

De geboortezorgorganisaties in Delft hadden geluk; de gemeente nam zelf het initiatief om met Kansrijke Start aan de slag te gaan. Een externe adviseur werd aangetrokken om alle partijen in de geboortezorg in kaart te brengen. Hij nam ook contact op met het VSV en kwam zo bij Arjenne terecht. 'Wat ik interessant vind aan het project, is dat het medische domein en het sociaal domein aan elkaar gekoppeld worden. Om zo bemoeizorg te voorkomen en laagdrempelige hulp te bieden aan gezinnen die dat kunnen gebruiken.'

Tussen wal en schip

'In Delft hebben we veel gezinnen die wel de potentie hebben, maar het door omstandigheden lastig vinden om hun kind een goede start te geven', vertelt Arjenne. Deze gezinnen vallen volgens haar tussen wal en schip. Van een noodzaak voor een melding bij Veilig Thuis is geen sprake, maar zonder hulp en steun kan er op den duur wel zware problematiek ontstaan. De essentie van Kansrijke Start is dat er een hulpstructuur wordt opgezet voor ouders die zich in dit grijze midden bevinden. 'Met onze coalitie beslisten we dat die hulpstructuur een coachend team zou moeten zijn, waarnaar alle geboortezorgverleners kunnen verwijzen op het moment dat zij een kwetsbaar gezin signaleren. Een moeder die eenzaam is, een gezin dat niet met internet overweg kan en daardoor ouderavonden mist; het zijn voorbeelden die vaak voorkomen. In de basis is de ernst van het probleem niet zo groot. Door hen te ondersteunen door een speciaal daarvoor opgezet team, kun je grotere problemen en bemoeienis van Jeugdzorg voorkomen. Want als een gezin dat stempel eenmaal heeft, is het erg moeilijk om dat weer kwijt te raken.'

Kasto

Het team dat in Delft werd opgezet heet 'Kasto': Kansrijke Start voor Ouders. Zorgverleners kunnen ernaar verwijzen als zij denken dat een gezin daar baat bij heeft. Deelname is vrijwillig en (aanstaande) ouders melden zichzelf aan, of de zorgverlener doet dat voor hen. 'Het is een spil die wij nog misten. Het medische en sociale domein wisten elkaar vaak niet te vinden. Nu hebben we een team wat ouders ondersteunt die vanuit beide domeinen gesignaleerd worden. De terugkoppeling naar ons gaat via zorgmail of een

Op dit moment bereiden zo'n 150 gemeenten een coalitie voor Kansrijke Start voor. Dit is hét moment voor verloskundigen om aan te sluiten. Scan de code en zie waar in Nederland gemeenten met Kansrijke Start willen beginnen.

Scan de code voor meer informatie

am’

warme overdracht.’ Kasto biedt gezinnen een vaste begeleider tot het kind twee jaar wordt. De begeleider komt thuis, kijkt naar de leefsituatie en naar wat ouder(s) en kind nodig hebben. Hij of zij is een jeugdverpleegkundige bij JGZ of cliëntondersteuner bij Delft voor Elkaar. Veel laagdrempeliger dan iemand van Jeugdzorg, geeft Arjenne aan. ‘Diegene vertelt niet hoe de ouder het moet doen, maar vraagt hoe het gaat, of er problemen zijn en of de ouder ergens hulp bij nodig heeft. Niet belerend, maar behulpzaam. Fijn voor de jonge ouders en tegelijkertijd goed dat zij niet uit het zicht raken en het dus gesignaleerd wordt als het onverhoopt de verkeerde kant op gaat.’

Budget

‘In Kansrijke Start zijn we budgettair gezien flexibeler dan wanneer je middelen uit de Jeugdwet zou inzetten; de begeleider kan langere tijd meelopen en hoeft niet na een x aantal weken te stoppen omdat het geld op is. Het nadeel is dat we een risico lopen dat – bij een andere samenstelling van bijvoorbeeld de gemeenteraad – ervoor gekozen wordt om te stoppen met Kansrijke Start. Hoewel ik niet verwacht dat ze Kasto zomaar in de prullenbak zullen gooien – we hebben er veel tijd in geïnvesteerd – is het niet gezegd dat Kasto over een paar jaar nog steeds bestaat.’

Aandachtspunten

De opzet van Kasto verliep soepel. ‘Het scheelde dat onze gemeente dit zélf wilde; we hoefden niemand te overtuigen. Maar ik kan me voorstellen dat als de gemeenteraad van politieke kleur verandert en je als geboortezorgverlener met Kansrijke Start aan de slag wil, je in sommige gevallen behoorlijk moet lobbyen. Een goed argument kan dan zijn dat je met Kansrijke Start bespaart op Jeugdzorg. Maar ook dat is lastig, want resultaten zijn moeilijk aan te tonen. Je kunt meten hoeveel kinderen in de sociale hulpverlening terechtkomen, maar daar hebben natuurlijk meerdere factoren invloed op; een exacte rekensom is moeilijk te maken.’
De gemeentelijke insteek van Kansrijke Start ziet Arjenne als een nadeel in de uitvoering. Arjenne: ‘Als verloskundigenpraktijk werken wij gemeente-overstijgend. Dat betekent dat de ene cliënt wel en de andere niet in aanmerking komt voor hulp vanuit Kansrijke Start. Dus komt het voor dat ik een kwetsbare zwangere signaleer die niet uit de gemeente Delft komt, dan bel ik met het consultatiebureau in de gemeente waar de cliënt woont en zorg ik voor een warme overdracht. Maar de kans bestaat dat die gemeente niet met Kansrijke Start werkt. Hoe meer gemeenten eraan meedoen, hoe beter. En dan zou een nauwe samenwerking tussen gemeenten het succes vergroten.’

Aanvullende mogelijkheid

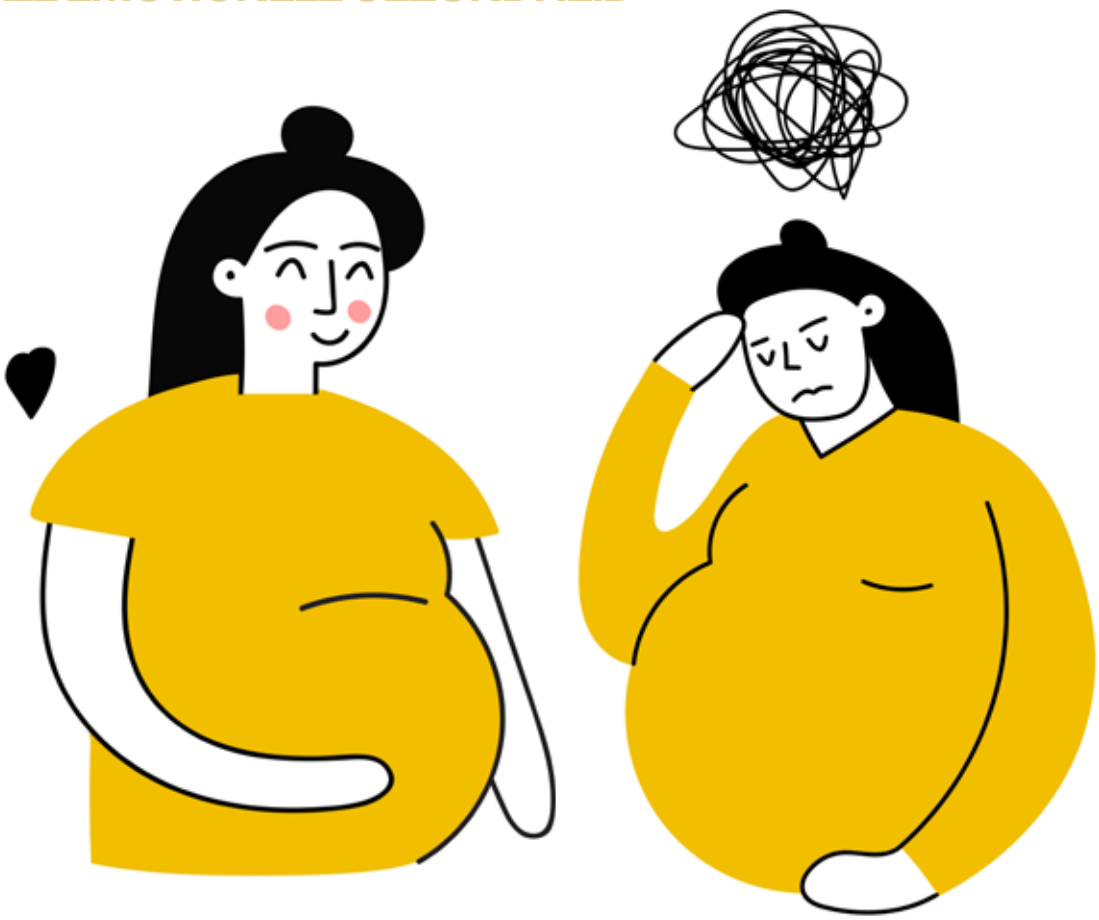
Vanaf 1 januari volgend jaar zijn gemeenten verplicht om een prenataal huisbezoek in te kopen bij hun JGZ-organisaties. Zou ook dat onderdeel van Kasto kunnen zijn? ‘Ik denk van wel’, zegt Arjenne. ‘In de vorm zoals kraamorganisaties dat nu al doen tijdens intakegesprekken. Dus geen bemoeizorg, maar een helpende hand en alleen als het echt nodig is een signalerende rol. Misschien kunnen de JGZ-organisaties hier wel kraamorganisaties bij betrekken. Een mooie rol voor kraamverzorgenden en een oplossing voor de capaciteitsuitdaging bij JGZ.’ ←

TEKST: PROF. DR. YVONNE FONTEIN-KUIPERS

PATH is een Europees gefinancierd project en samenwerkingsverband tussen dertien gezondheidszorgpartners in België, Nederland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk (2019-2022). Het doel is vrouwen en gezinnen in staat te stellen om milde tot matige perinatale mentale problemen tijdens transitie naar ouderschap te voorkomen, herkennen en reduceren. De waarschijnlijke persoonlijke en maatschappelijke (economische) gezondheidswinst vormden aanleiding tot het project. Per land worden online en face-to-face interventies ontwikkeld.

PerinatAl menTal Health (PATH)

PERINATALE EMOTIONELE GEZONDHEID



PATH-project in Vlaanderen

De key-stakeholders in Vlaanderen zijn zwangere en postpartum vrouwen en vroedvrouwen. Om doelmatige interventies te ontwikkelen, werd met verschillende studies een needs-assessment uitgevoerd (januari 2018 - juni 2020). De deelstudies gaven input aan de strategieën en inhoud van de interventies en werden uitgevoerd door een team van zes onderzoekers (vroedvrouwen en psychologen), van wie drie promovendi aan de Universiteit Antwerpen (UA). Masterstudenten van de UA werden betrokken bij de onderzoeksactiviteiten.

Needs-assessment vrouwen

Om de prevalentie van perinataal emotioneel welbevinden en de predisponerende factoren onder Vlaamse (aanstaande) moeders te onderzoeken, werd ten eerste een cross-sectionele studie uitgevoerd onder 420 Vlaamse zwangere vrouwen (gemiddelde leeftijd 30 (± 3.5, 18-41) jaar, 87% in 2e/3e trimester, 51% nulliparae en 49% multiparae). Depressie werd gemeten met de Edinburgh Depression Scale (EDS), angst met de State Trait Anxiety Inventory (STAI) en zwangerschaps- en baringsgerelateerde angst met de Pregnancy Related Anxiety Questionnaire-Revised (PRAQ-R2). Van de participanten scoorde 31% boven de afkapwaarde van de EDS, 42% boven de afkapwaarde van de STAI en 13% scoorde >90e percentiel van de PRAQ-R2. De verhoogde EDS en STAI-scores indiceren mogelijke depressieve symptomen en/of angstsymptomen. Uit de multivariate regressieanalyse bleek dat er een significante positieve relatie bestond tussen depressie en angstscores en psychische klachten in de voorgeschiedenis (p <.001) en de coping strategie zelfverwijt (p <.001). Er was een negatieve relatie tussen angstscores en positief denken (p <.001). Bij vrouwen met verhoogde PRAQ-scores was significant vaker sprake van psychische klachten in de voorgeschiedenis (p .013), van een zwangerschap van een eerste kind (p <.001), van een gevoel dat zij slecht voorbereid waren op het ouderschap (p <.001), en van minder sociale (p .002) en praktische steun (p <.001) die zij ondervonden, dan bij vrouwen zonder verhoogde scores[1,2,3].

In een tweede cross-sectionele studie met 949 Vlaamse zwangere vrouwen (gemiddelde leeftijd 29.4 (± 3.7, 20-44) jaar, gemiddeld 27.6 (± 8, 12-42) weken gravida, 46% nulliparae en 54% multiparae), werd zwangerschaps- en baringsgerelateerde angst gemeten met de Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS). Emotioneel welzijn werd met de Mental Health Inventory (MHI-5) gemeten. 35% had een verhoogde TPDS-score en 29% een verminderd emotioneel welbevinden[4].

Een derde cross-sectionele studie werd uitgevoerd bij 385 postpartum vrouwen van gemiddeld 29.9 (± 3.9, 21-43) jaar en met gemiddeld 1.6 (±0.8, 1-4) kinderen. Emotioneel welbevinden werd gemeten met de General Health Questionnaire (GHQ-12). 64% had een verhoogde score[5]. Een mogelijke verklaring voor de hoge prevalentie is het GHQ-12 afkappunt. Een Nederlandse studie heeft een lager afkappunt aanbevolen. Wanneer dit gebruikt zou worden, zou dit een prevalentie van 36% betekenen[6]. Uit een multiple lineaire regressie analyse bleek dat postnataal emotioneel welbevinden een positieve relatie had met bonding (p <.001), hanteerbaarheid van het huidige leven (p .03) en het ontkennen of negeren van klachten (p .01). Postnataal emotioneel welbevinden had een negatieve relatie met tevredenheid met het huidige leven (p .002), tevredenheid over eigen competenties en autonomie in de postnatale fase (p <.001) en het begrijpen van de gebeurtenissen die zich postpartum voordoen (p .01). Moeders met verminderd emotioneel welbevinden hadden vaker psychische klachten in de voorgeschiedenis, dan vrouwen die goed in hun vel zaten (p .007)[4]. Zelfverwijt blijkt een belangrijke coping strategie te zijn bij postpartum vrouwen[3]. Bij 731 Vlaamse vrouwen met kinderen tot vier jaar oud, bleek dat verminderd emotioneel welbevinden een significante voorspeller is van een verminderde life-balance in het leven van een moeder (p <.001)[7,8].

Zwangere vrouwen in Vlaanderen werden voorafgaand aan een prenatale controle in de wachtkamer gevraagd de Whooley en de EDS in te vullen. De Whooley bestaat uit twee detectievragen naar verminderd emotioneel welbevinden. De scores werden vervolgens besproken met de gynaecoloog of vroedvrouw. Scores van zwangere vrouwen onder controle in een Vlaams ziekenhuis werden vergeleken met scores uit een online bevraging[1,2]. De prevalentie van de online scores (Whooley 59%, EDS 33%) bleken significant hoger dan de offline scores (Whooley 26%, EDS 13%) (p <.001, p .002). Eerder Nederlands onderzoek suggereert dat zwangere vrouwen het online, en dus anoniem, beantwoorden van vragen naar emotioneel welbevinden meer waarheidsgetrouw invullen[9].

Needs-assessment vroedvrouwen

Meerdere studies exploreerden de rol en taken van de vroedvrouw in de ondersteuning en begeleiding van vrouwen tijdens de zwangerschap tot een jaar postpartum. In een Q-methode studie werd door 83 Vlaamse vroedvrouwen 36 attitude-uitspraken over de pre- en →

postnatale zorg voor (aanstaande) moeders tijdens transitie naar het moederschap gerangschikt (-5 helemaal niet mee eens; +5 helemaal mee eens). De centroid by-person factor analyse resulteerde in twee significante factoren, met een totale verklarende variantie van 59%: (1) een beroepsprofiel en -taken georiënteerd perspectief en (2) een vrouwgericht perspectief. De participanten werden na de rangschikking individueel geïnterviewd om de factoren te interpreteren. De vroedvrouw die de vrouw begeleidt vanuit een beroepsprofiel en -taken georiënteerd perspectief, verleent aanbodgestuurde zorg binnen de kaders van haar takenpakket, vanuit een biomedisch perspectief. De vroedvrouw die begeleiding biedt vanuit een vrouwgericht perspectief verleent vraaggerichte, geïndividualiseerde zorg vanuit een biopsychosociaal perspectief. Binnen beide perspectieven is er behoefte aan kennis en scholing over specifieke taken en coaching[10].

WHAT'S UP MAMA

What's Up Mama is een website die (aanstaande) moeders door een vragenlijst loodst. Op basis van de antwoorden die de gebruiker geeft, krijgt zij een persoonlijk advies en wordt omschreven bij welke zorgverleners zij terechtkan met haar eventuele uitdagingen.

Sanne Peeters was een van de eerste verloskundigen die What's Up Mama aan cliënten aanbood. Ze vertelt: 'Veel zwangere of net bevallen vrouwen kunnen wel wat mentale begeleiding gebruiken. Als een vrouw aangeeft zorgen of stress te hebben, wijs ik haar op What's Up Mama. Wat ik er sterk aan vind, is dat het advies gepersonaliseerd is. Het is geen standaard vragenlijst, maar de vragen die de gebruiker krijgt komen voort uit eerdere antwoorden die zij gegeven heeft. En ook het advies is op de antwoorden afgestemd. Doordat het programma anoniem is, is het laagdrempelig te gebruiken. Het laat de gebruiker zien dat het niet gek is dat ze zich soms onzeker voelt. Overigens denk ik dat What's Up Mama ook een meerwaarde kan hebben voor vrouwen die zich geen zorgen maken.'

Eline Kennis is een van de moeders die in haar zwangerschap met What's Up Mama aan de slag ging. Inmiddels is ze bevallen van haar dochter. Ze zegt: 'Het programma is heel makkelijk te gebruiken. Als ik een onzeker moment had, klikte ik de website aan. Ik heb niet direct iets met de adviezen gedaan. Ik vond het vooral fijn om de ervaringen van andere zwangere vrouwen te lezen. Ze gaven me het gevoel dat ik niet de enige ben die zich weleens zorgen maakt in haar zwangerschap. En ook daarna, want ook nu onze dochter geboren is, pak ik What's Up Mama er nog weleens bij.'

Er werd een Delphi-studie uitgevoerd onder 43 multidisciplinaire zorgverleners (45% vroedvrouwen), 14 zwangere vrouwen en 34 vrouwen <1 jaar postpartum. Het doel was om consensus te bereiken over de taken van de vroedvrouw in de ondersteuning en begeleiding van emotioneel welbevinden van (aanstaande) moeders. Participanten werd 82, uit de literatuur geëxtraheerde, stellingen gepresenteerd op een zevenpuntschaal (1 heel erg mee oneens, 7 heel erg mee eens). Consensus per item werd behaald wanneer: ≥70% van de participanten een score gaf van ≥6; ≤ 5% een score gaf van ≤3; een gemiddelde score van ≥6 met een standaard deviatie van ≤1.1. Na twee Delphi-rondes werd consensus bereikt over een 30-tal stellingen (in de categorieën: 8 randvoorwaarden, 2 schakelfunctie, 2 vroedvrouw- en 7 vrouwgerichte taken, 1 informatieve en 3 relationele taken en 7 competenties). Samenvattend zijn de taken van de vroedvrouw universele screening (preventie), geïndiceerde preventie en ondersteuning en verwijzing, het belang van goed uitvragen, gespreksvoering en coaching, met borging van deze taken in (bij)scholing[11].

Uit individuele interviews met 11 Vlaamse vroedvrouwen bleek dat zij de behoefte hebben om vrouwen te kunnen verwijzen naar continu beschikbare geïndividualiseerde prenatale voorlichting en informatie. Vroedvrouwen geven aan eerder te handelen uit (persoonlijke) expertise dan uit kennis. Er is behoefte aan (bij)scholing, aan een multidisciplinaire sociale kaart en daarnaast wil men professionaliseren op interpersoonlijk vlak, bijvoorbeeld op het gebied van coaching en communicatie[12].

Een studie volgens de Intuitive Logics scenario planning methode bracht in kaart met welke trends en ontwikkelingen men rekening moet houden om in de nabije toekomst zorg te laten aansluiten bij de behoeften van vrouwen en vroedvrouwen in de Vlaamse multidisciplinaire geboortezorg. Twee essentiële componenten bleken van enorm belang voor een gezonde perinatale psychosociale toekomst: (1) de inbedding van eHealth in de geboortezorg en (2) de autonomie van de vroedvrouw in het vervullen van een bio-psychosociale rol binnen het geboortezorglandschap[13].

Interventies

Op basis van de prevalentie van verminderd perinataal emotioneel welbevinden, de verschillen tussen online en

offline rapportage en het belang van eHealth en de rol en percepties van de vroedvrouw werd het volgende duidelijk. Voor preventie en vermindering van prenatale depressie (29-31%), angst (42%) en zwangerschaps- en baringsgerelateerde angst (13-35%) is een interventie noodzakelijk. Voor vrouwen lijkt een persoonsgerichte online interventie en voor vroedvrouwen adequate scholing de beste strategie. Voor (aanstaande) moeders werd in samenwerking met ervaringsdeskundigen, zorgverleners en taalkundigen een interactieve 'op maat' eHealth tool ontwikkeld: What's Up Mama. Dit is een doorontwikkeling van de Nederlandse WazzUpMama[14] en kan door de (aanstaande) moeder gebruikt worden als screening- en zelfhulpmiddel over haar eigen emotioneel welbevinden. Eenvoudige vragen leiden tot een persoonlijk advies, tips & tricks en mogelijkheden om een eventueel verminderd emotioneel welbevinden aan te pakken. De vragen en adviezen zijn gebaseerd op de predisponerende en ondersteunende factoren voortkomend uit de onderzoeken. Voor (student)vroedvrouwen is een e-learning ontwikkeld, gericht op prevalentie, tips & tricks voor het herkennen en omgaan met (aanstaande) moeders met verminderd emotioneel welbevinden en inzicht in multidisciplinaire actoren. De e-learning is eveneens gebaseerd op de needs-assessment. Face-to-face trainingen en workshops zijn gepland en zullen focussen op communicatie en coaching. Procesevaluaties van What's Up Mama, de e-learning en de face-to-face training zijn inmiddels gestart om de interventies continu te finetunen. Duurzaamheid van de interventies is geborgd in de samenwerking met het perinataal GGZ-netwerk Vlaanderen.

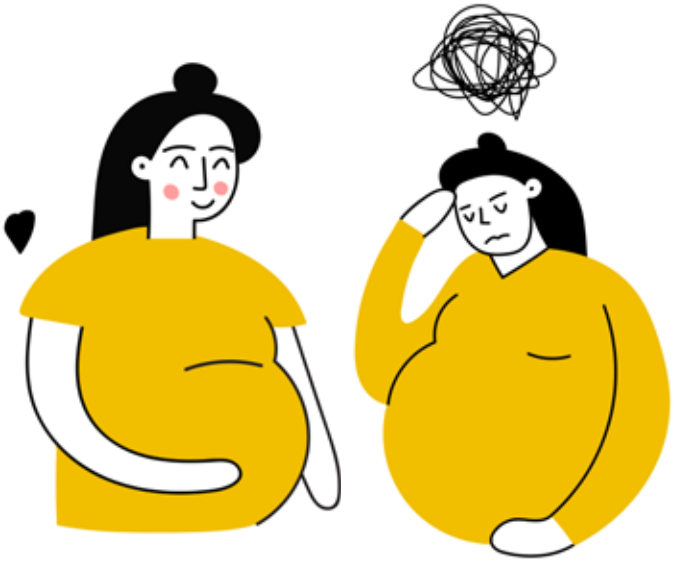
Effect PATH

Het project zal worden afgesloten met een effect- en procesevaluatie en disseminatie van de resultaten. De rol van AP Hogeschool in Antwerpen is het coördineren en uitvoeren van de effectstudies met niet gerandomiseerde pre- en post-interventiemetingen, per land en per interventie. Het effect van de verschillende projectinterventies wordt gemeten met de volgende uitkomstmaten: prevalentie, pre-/postnatale depressie en angst; zelf-stigma en sociale stigma depressie, inzicht depressie, bonding, veerkracht, eigeneffectiviteit en (intentie tot) hulp zoeken. ←

PATH is een project van Interreg 2 Zeeën 2014-2020, een Europees Programma voor het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Nederland en België. Meer info op http://www.interreg2seas.eu/

PATH Vlaanderen/AP: https://www.ap.be/path-perinatal-mental-health-nl

What's Up Mama AP: https://www.ap.be/project/whats-mama



Bronnen

1. Brosens C, van Gils Y, Van den Branden L, Bleijenbergh R, Rimaux S, Mestdagh E, Kuipers Y. Coping behaviour associated with pregnancy-related anxiety: a cross-sectional study. Submitted
2. Brosens C. What's AP Mama?! Een cross-sectioneel onderzoek naar maternale distress bij Vlaamse zwangere vrouwen. Master thesis Universiteit Antwerpen. 2020.
3. van Gils Y., Bleijenbergh R., Brosens C., Van den Branden L., Rimaux S., Kuipers Y.J. The validation of the Brief COPE in a Belgian perinatal population. Submitted
4. Degraeve J, Mestdagh E, Kuipers Y. Factors associated with the intention of pregnant women to giving birth with epidural analgesia: a cross-sectional study. Submitted
5. Van den Branden L, Van de Craen N, Van Leugenhaege L, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. On cloud nine? Maternal emotional wellbeing six weeks up to one year postpartum – A cross-sectional study. Submitted
6. Kuipers Y, Jomeen J, Dilles T, Van Rompaey B. The general health questionnaire as a measure of emotional wellbeing in pregnant women. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2019; 14(6):447-456. DOI 10.1108/JMHTEP-05-2019-0028
7. Kuipers J, Van Leugenhaege L, Van de Craen N, Van den Branden L, Bleijenbergh R, Mestdagh E, Van Rompaey B. Factors influencing the maternal life balance of Flemish mothers, a cross-sectional study. Applied Research in Quality of Life. 2019. https://doi.org/10.1007/s11482-019-09779-0
8. Bleijenbergh R, Van den Branden L, van Gils Y, Van de Craen N, Kuipers Y. Validation of the postpartum bonding questionnaire: a cross-sectional study among Flemish mothers. Submitted
9. Fontein-Kuipers Y, Jomeen J. Validity and accuracy of the Whooley questions to identify maternal distress in Dutch pregnant women. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2019; 14(1):33-45. doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2018-0034
10. Van den Branden L, Van de Craen N, Van Leugenhaege L, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. Flemish midwives' perspectives on supporting women during the transition to motherhood: A Q-methodology study. Submitted
11. Van den Branden L, Van de Craen N, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, uipers Y. MetoWE: a Delphi-study of the midwife's tasks when supporting women during transition to parenthood.
12. Van de Craen N, Van den Branden L, Kuipers Y. Begaan én bekwaam? Percepties en ervaringen van Vlaamse vroedvrouwen betreft hun rol in het ondersteunen van de transitie naar het ouderschap tot het eerste jaar postpartum. Tijdschrift voor Vroedvrouwen. 2021; 27(1):17-23.
13. Bleijenbergh R, Mestdagh E, Kuipers Y. Antwerp's "Black mirror" of midwifery practice and education: forecasting the future with scenario planning. Submitted
14. Fontein-Kuipers JACA. WazzUp Mama?! The development of an intervention to prevent and reduce maternal distress during pregnancy. University of Maastricht. Doctoral thesis. 2016.

Zorgaanbieders zijn op grond van de Wkkgz (Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg) verplicht aangesloten te zijn bij een geschilleninstantie. Voor verloskundigen is dat de Geschilleninstantie Verloskunde. Deze rubriek omschrijft een geschil en de bijbehorende procedure.

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

Had de verloskundige adequater kunnen reageren?

SITUATIE: EEN MYOOM
STANDPUNT: VERLOSKUNDIGE HANDELDE ONPROFESSIONEEL EN ONZORGVULDIG

Iris voelt al voordat ze bevalt een onbekende pijn rechtsonder in haar buik. Na de bevalling – middels een sectio – houdt de pijn aan en voelt ze een bobbel bij de wond. Haar verloskundige Anouk ontdekt niets geks en adviseert haar contact op te nemen met de huisarts. Uiteindelijk blijkt het om een myoom te gaan. Volgens Iris heeft Anouk niet adequaat gereageerd. Ze stapt naar de Geschilleninstantie Verloskunde en verlangt een schadevergoeding.

Feiten

Op dag vier postoperatief meldt Iris tijdens een telefonisch contact met de verloskundigenpraktijk waar Anouk werkzaam is, dat ze een bobbel rechtsonder bij de wond van de sectio voelt. Ze maakt zich zorgen. Afgesproken wordt dat ze de dag erna door een verloskundige wordt bezocht. Een collega van Anouk oordeelt dat de wond er netjes uitziet. Iris geeft tijdens dit bezoek aan dat ze ook pijn voelt bij de plek van de bobbel.

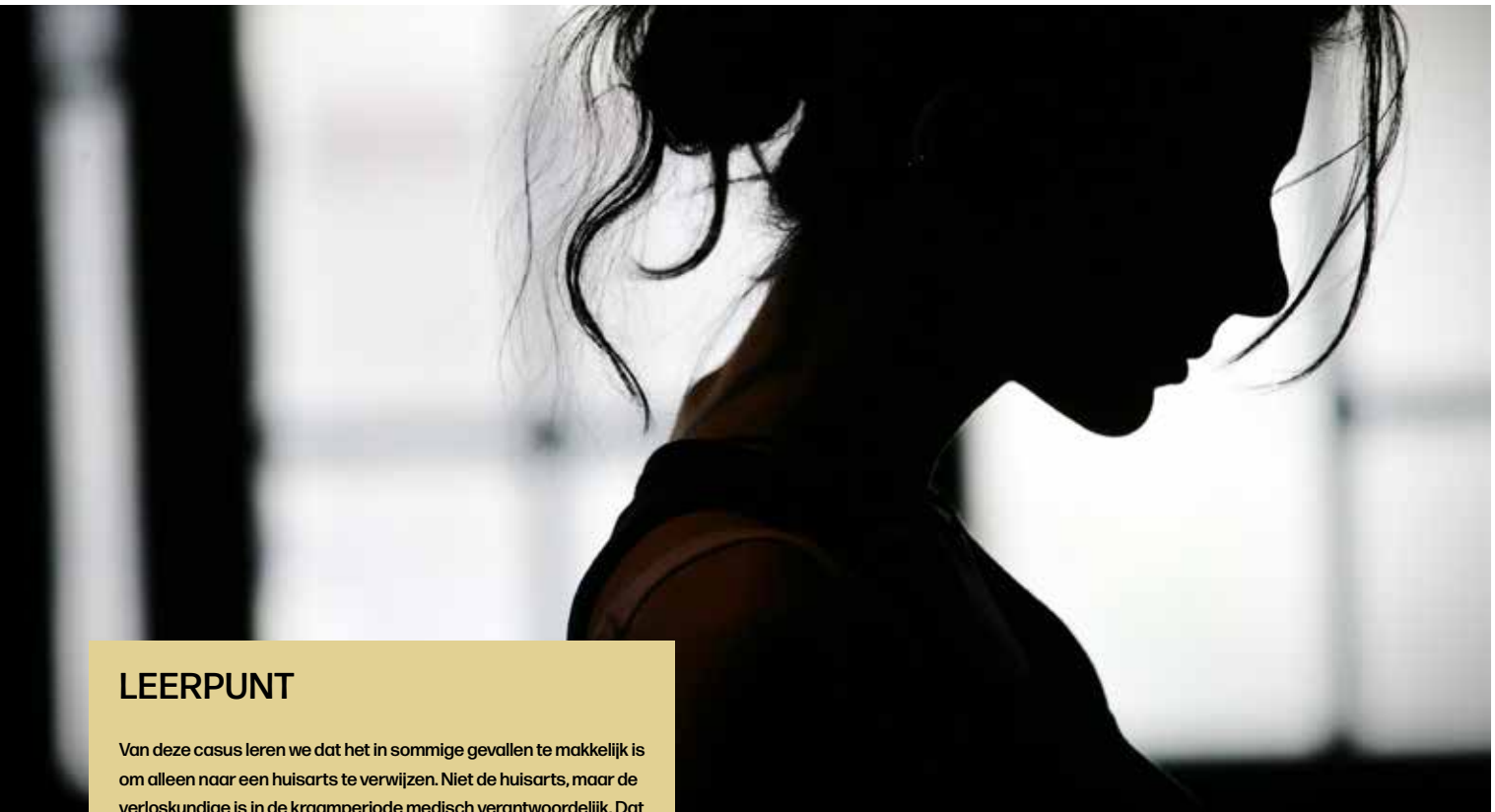
Op dag zes heeft Iris telefonisch contact met Anouk. De kraamverzorgster heeft voorgesteld de urine te controleren, om cystitis uit te sluiten. Iris vraagt Anouk te helpen in verband met pijn bij de mictie, waarop Anouk antwoordt dat de huisarts de urine nakijkt en daarop beleid inzet.

Op dag zeven wordt de verloskundigenpraktijk van Anouk gebeld door een andere verloskundigenpraktijk; Iris heeft zich tot die praktijk gewend voor verdere zorg. Anouk bezoekt Iris nog diezelfde dag en Iris geeft aan pijn te hebben bij het plassen. Van de huisarts heeft ze antibioticum gekregen in verband met een blaasontsteking. Omdat Anouk de pijn in de buik niet in verband kan brengen met een verloskundige oorzaak, adviseert ze Iris om opnieuw contact op te nemen met de huisarts. Tijdens het gesprek gaat de deurbel. Anouk reageert daar niet op. De kraamverzorgster – die zelf met de baby in haar armen staat – geeft aan dat zij vindt dat Anouk Iris respectloos behandelt door de deur niet te openen. Anouk doet alsnog de deur open, waarna ze het gesprek probeert voort te zetten. Iris geeft echter aan dat ze niet meer rechtstreeks met Anouk wil communiceren.

Ongeveer vier weken na de bevalling stelt een gynaecoloog vast dat Iris een myoom heeft.

Standpunt cliënt

Iris verwijt Anouk dat zij haar pijn niet serieus nam en dat zij haar niet heeft doorverwezen naar een gynaecoloog. Ze vindt ook dat Anouk haar respectloos heeft bejegend. Ze verlangt een



LEERPUNT

Van deze casus leren we dat het in sommige gevallen te makkelijk is om alleen naar een huisarts te verwijzen. Niet de huisarts, maar de verloskundige is in de kraamperiode medisch verantwoordelijk. Dat betekent dat als in deze periode verwezen moet worden naar een specialist, dat dat de verantwoordelijkheid is van de verloskundige.

schadevergoeding van € 580, voor de kosten die ze heeft moeten maken voor extra kraamzorg, consultaties bij diverse artsen, labonderzoeken en zorgkosten. Ook spreekt ze van emotionele schade; ze voelt zich niet gehoord en gediscrimineerd en heeft naar eigen zeggen kraamtijd met haar pasgeboren dochter gemist. Anouk is het niet met de klacht eens en gaat in verweer.

Beoordeling

De Geschilleninstantie Verloskunde stelt voorop dat de verloskundige gedurende de kraamperiode medisch eindverantwoordelijk is voor de zorg aan de cliënt. Na het afsluiten van de kraamperiode wordt de verantwoordelijkheid van de verloskundige overgedragen aan de huisarts, maar blijft de verloskundige tot zes weken na de bevalling het eerste aanspreekpunt voor verloskundige zaken[1]. Deze richtlijnen in acht nemend, oordeelt de geschilleninstantie dat de verloskundige op dag zeven zelf contact had moeten opnemen met de huisarts of gynaecoloog. Het was immers niet uit te sluiten dat Iris een probleem had waarvoor op termijn specialistische zorg nodig zou zijn. Anouk kon er bovendien niet vanuit gaan dat Iris begreep welke zorg zij van wie kon krijgen. De geschilleninstantie is het echter niet met Iris eens dat Anouk direct, op dag zeven of eerder, naar de gynaecoloog had moeten doorverwijzen. Er was namelijk geen sprake van een situatie waarvoor acute gynaecologische zorg (bijvoorbeeld opname en een ingreep) nodig was. De geschilleninstantie kan niet vaststellen dat het beloop anders was geweest als Anouk anders had gehandeld. Het ligt namelijk niet voor de hand dat de gynaecoloog direct had ingegrepen. De geschilleninstantie kan dus niet met zekerheid vaststellen dat de onzorgvuldigheid van Anouk heeft geleid tot schade. Daarom is er geen grond om een schadevergoeding aan Iris toe te kennen.

Over de tweede klacht – het respectloos bejegenen – oordeelt de instantie dat uit het dossier niet meer kan worden opgemaakt, dan dat de klaagster onvrede over de gang van zaken heeft geuit. Dat Anouk Iris respectloos heeft behandeld kan niet als vaststaand feit worden aangenomen. Deze klacht wordt niet gegrond verklaard.

De namen van de klaagster ('Iris') en de verweerster ('Anouk') zijn om privacyredenen gefingeerd.

Bron

1. Multidisciplinaire Richtlijn Postnatale Zorg KNOV: https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2882/file/Postnatale_zorg_opgemaakte_versie_door_IB_md_10_aug_2018.pdf

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

DEZE RUBRIEK HELPT JE OP WEG BIJ HET MAKEN VAN KEUZES VOOR DE BEDRIJFSVOERING VAN JE PRAKTIJK. DIT KEER MET AFWEGINGEN OVER WAT HET ANTENATAAL CTG VOOR JOUW EERSTELIJNSPRAKTIJK KAN BETEKENEN.

Het antenataal CTG: OOK VOOR JOUW EERSTELIJNSPRAKTIJK

In juni was de kogel door de kerk: verloskundigen in de eerste lijn mogen het antenataal CTG uitvoeren. Hoe interessant dit is voor de praktijk, vertellen Corine Verhoeven en Elise Neppelenbroek. Zij schreven een handboek voor het implementeren van het antenatale CTG in verloskundigenpraktijken.

Een succesvol zesjarig experiment in drie regio's was voor Zorginstituut Nederland aanleiding om te besluiten dat verloskundigen in heel het land zelfstandig CTG's mogen uitvoeren. De kritische evaluatie van de pilots, waarin voordelen van het antenataal CTG in de eerste lijn naar voren kwamen, heeft in belangrijke mate aan dit besluit bijgedragen. Zo bleek dat CTG's aanbieden in de eerste lijn leidt tot 86% minder verwijzingen. Zwangere vrouwen gaven aan blij te zijn dat hun eigen verloskundige deze zorg kan bieden, dat ze een vertrouwd gezicht zien en dat er veel tijd genomen wordt voor uitleg. Ook worden de kortere reistijd, de mogelijkheid om snel geholpen te worden als voordelen genoemd. Bovendien bespaart CTG in de eerste lijn kosten[1].

Corine: 'We hebben kritisch naar alle afspraken gekeken, betreffende scholing en samenwerking. Vanuit al deze afspraken hebben we een basisprotocol voor samenwerkings-, scholings- en kwaliteitsafspraken opgesteld, samen met zorgverleners uit alle lijnen. Dit protocol hebben we opgenomen in het handboek. Daarnaast vind je in het handboek de eerste resultaten vanuit ons onderzoek naar apparatuur en andere praktische feiten.'

CONTINUÏTEIT

Elise: 'Uit de evaluatie blijkt dat er genoeg redenen zijn om het CTG in de eerste lijn aan te bieden. Vooral als je continuïteit van zorgverlener belangrijk vindt en het CTG binnen de visie van je praktijk past kun je ermee aan de slag gaan. Vrouwen vinden het prettig dat zij ook voor deze controle in hun eigen omgeving kunnen blijven. Het is een mooi voorbeeld van waardegedreven zorg.'

EXPOSURE

De antenatale CTG's worden uitgevoerd voor de indicaties minder leven, naderende seroniteit of na een uitwendige versie. Corine: 'Er komt geen norm die je moet halen. Een voorwaarde om het CTG uit te mogen voeren is wel, dat verloskundigen er zelf voor zorgen dat zij bekwaam blijven. Aanbevelingen hierover zijn opgenomen in het handboek.'

KOSTEN

Ook het kostenaspect speelt hier een rol. Per uitgevoerd CTG-consult krijgen verloskundigen een vergoeding van 280 euro. Dit is een experimenttarief. De NZa werkt op dit moment aan een tariefopbouw voor een landelijk tarief. Of de vergoeding van 280 euro voldoende is om de kosten van onder meer de opleiding, de apparatuur en de loonkosten te dekken, hangt af van het aantal CTG's dat per jaar wordt uitgevoerd en van de gekozen CTG-apparatuur. Het projectteam van Corine en Elise heeft een rekentool ontwikkeld om te berekenen of het haalbaar is om CTG's zelf aan te bieden (zie kader). Corine: 'Een alternatief kan zijn om samen met andere praktijken of een eerstelijns echocentrum CTG's aan te bieden.'

CAPACITEIT

Volgens Elise kost het maken van een CTG je anderhalf tot twee uur de tijd. 'Dat is inclusief het aansluiten, interpreteren en rapporteren. En het uitvoeren van de echo die altijd deel uitmaakt van het consult. Streef ernaar om het CTG 24 uur per dag aan te bieden. Ga na of het voor je praktijk mogelijk is om genoeg verloskundigen te scholen, dus alle verloskundigen of een poule, zodat in ieder geval altijd één bekwame verloskundige beschikbaar is.' Om de kwaliteit te borgen, wordt zes keer per jaar een kwaliteitsbespreking georganiseerd waar een perinatoloog of gynaecoloog aan de hand van casuïstiek verdieping geeft op de interpretatie van CTG's. Verloskundigen die het CTG uitvoeren hebben een aanwezigheidsplicht. Er geldt een minimum voor het aantal besprekingen waar zij aanwezig moeten zijn.

AANSPRAKELIJKHEID

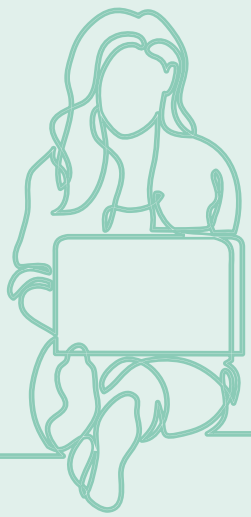
Handelingen die behoren tot het takenpakket van de verloskundige vallen gewoonlijk onder de beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Soms kan het bezit van een certificaat voor een bepaalde handeling als aanvullende eis worden gesteld. 'Niet alle verzekeraars hebben dezelfde voorwaarden. Daarom adviseren we in het handboek om contact op te nemen met de eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering om na te gaan of het uitvoeren van een antenataal CTG valt onder de reguliere dekking. Meestal is dat het geval', zegt Elise.

SAMENWERKEN

Elise en Corine hebben nog een laatste tip. Volgens hen is het belangrijk om goed samen te werken met ketenpartners. Corine: 'We kunnen van elkaar leren, dus we moeten het echt samen doen. Naast het kennisvoordeel dat dat oplevert, is het ook verstandig om goede afspraken te maken over de bekostiging. Het is aan te bevelen om de inzet van de gynaecoloog/perinatoloog bij de kwaliteitsbesprekingen te vergoeden.' ←

Bronnen

1. Handboek Implementatie Antenataal CTG in Verloskundigenpraktijken (scan de QR-code in het kader).
2. Rekentool (scan de QR-code in het kader).



Op pagina 32 vertelt een eerstelijnsverloskundige uit een van de pilotregio's hoe hij de training 'Foetale Bewaking voor verloskundige' ervoer.

REKENTOOL EN HANDLEIDING

Overweeg je CTG's aan te bieden in je praktijk? Neem dan het handboek goed door en raadpleeg de rekentool met de handleiding. Het zijn bruikbare tools die het team van Corine en Elise hebben ontwikkeld. Scan daarvoor de QR-code.

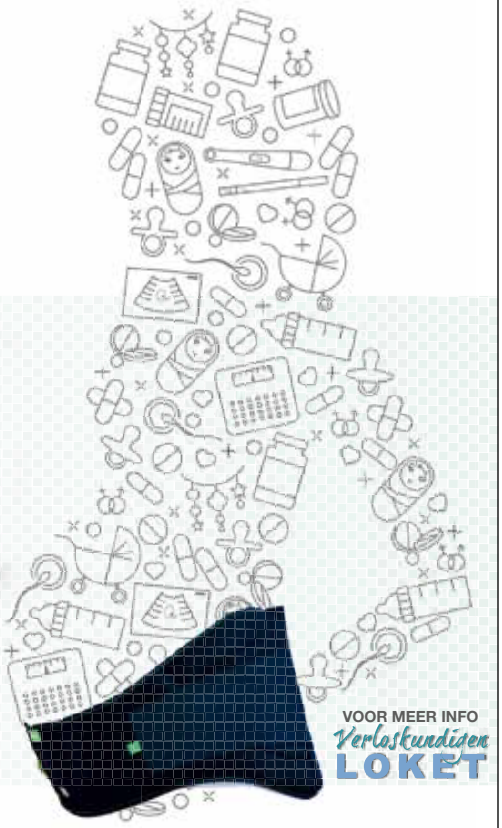
Scan de code voor meer informatie

People.Health.Care.

Cellacare® Materna
Zwanger zijn is best zwaar werk.

De hoogwaardige rugband corrigeert tevens de bekkenkanteling en stabiliseert de wervelkolom. Ideaal om zowel je houding te corrigeren en tegelijk te ontspannen.

Keuze uit twee effectieve opties:
Cellacare® Materna Comfort en Classic.



30

www.cellacare-materna.com

VOOR MEER INFO
Verloskundigen LOKET

De **Radboudumc Health Academy** organiseert, samen met de voorbereidingscommissie verloskunde, op **donderdag 7 oktober 2021** de **29e verloskundige nascholingsdag** met als titel:

Samen zorgen voor de zwangere: implementatie van integratie!

Samenwerken voor veilige en patiëntgerichte verloskundige zorg: *dat wil toch iedereen?*

Na deze dag heeft u inzicht in best practices rondom de gezamenlijke zorg voor uw zwangere cliënte. Laat u enthousiasmeren en kritisch kijken naar waar implementatie en integratie mogelijk is.

Health Academy
Radboudumc

EHBB
Emotionele Hulp Bij Bevallingen

Voor het opruimen van geboortetrauma's en een ontspannen voorbereiding op de bevalling.

Nucleus Coaching
Helma Koorevaar

Vanaf 8 oktober start deze 4-daagse training die geaccrediteerd is bij KNOV en KCKZ.

www.nucleuscoaching.nl/opleidingen

LAURENZA BAAS-BROERE

is klinisch verloskundige in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. In haar column schrijft ze over haar visie op de geboortezorg.

#GENOEGGEZWEGEN

Waardegedreven zorg associeer ik met de campagne #genoeggezwegen. Denkend aan de schrijnende cliëntverhalen, voel ik een ingewikkelde mix aan emoties: verdriet, teleurstelling, boosheid en onmacht. In ons unieke systeem, wat overstroomt van goede intenties, zouden deze ervaringen er absoluut niet mogen zijn.

Zorgverleners reageerden met #handineigenboezem, waarin ze toegaven dat ze achteraf anders zouden handelen. Dan ga ik ervanuit dat zij deze ervaringen meenemen in hun ontwikkeling als professional. Wij zijn immers ook maar mensen en zolang je de intentie hebt om het elke dag een beetje beter te doen, dan komen we een heel eind denk ik.

En daar komt mijn boosheid om de hoek, want er zijn zorgverleners die hun fouten steeds opnieuw begaan. We kennen allemaal wel een (klinisch) verloskundige, verpleegkundige, kraamverzorgster of gynaecoloog van wie de meeste collega's niet blij worden als die persoon de kamer binnenkomt: 'de rotte appel'. Wat doen we met hen? De rotte appels die ik in de afgelopen jaren ben tegengekomen zijn er nog steeds. Ik heb me nooit bij machte gevoeld om daar iets aan te veranderen. Als ik dan aan het verhaal van Aziema Malgoezar uit Trouw[1] denk, kan ik me een verpleegkundige uit een vorig ziekenhuis zo voor me halen die dit had kunnen doen. Dán voel ik die onmacht, want in een overbelast zorgsysteem zijn we in de meeste ziekenhuizen al blij als de bezetting rond is en er überhaupt een gespecialiseerde zorgverlener aan het bed staat.

Er is ook een andere kant. Bij het lezen van sommige #genoeggezwegen-verhalen bekruipt mij het gevoel dat er soms onmogelijke verwachtingen waren van een bevalling. Ik merk dat veel primi's verwachten dat ze zonder enige medische hulp zullen bevallen. Gelukkig is dat in de meeste gevallen ook zo, maar nog steeds is er in meer dan twintig procent van alle bevallingen sprake van een kunstverlossing of keizersnede. En meer dan zeventig procent van de vrouwen is medisch tijdens de partus[2].

Tot slot zijn er de moeizaam verlopende samenwerkingen tussen de eerste, tweede en derde lijn. Hoe kan het dat het op zoveel plaatsen zoveel moeite kost om een VSV te runnen? Dat sommige gynaecologen en sommige verloskundigen niet meer met elkaar aan tafel kunnen zitten? Hebben we dan oprecht het beste voor met de zwangere vrouw? En speelt dat mee in de ervaringen?

COLUMNIST GEZOCHT
Laurenza was een jaar lang onze columnist. We bedanken haar hartelijk voor het delen van haar visie en inzichten. Nu zijn we op zoek naar een nieuwe klinisch verloskundige die vier keer – samen met de redactie – een column wil schrijven. Iets voor jou? Mail je motivatie naar redactie@knov.nl.

Bronnen

1 https://www.trouw.nl/zorg/een-knip-zonder-toestemming-waarom-vergeten-we-de-barende-vrouw~b5543700/
2 https://assets.perined.nl/docs/fc23b860-a5ff-4ef6-b164-aedf7881cbe3.pdf

Bea van der Put (caseloadverloskundige, versiekundige en coach in Amsterdam) en Charlotte van den Burg (physician assistant klinisch verloskundige bij het OLVG) richtten in opdracht van hun VSV 'Stuit in West' op. Het project omvat een cliëntenwebsite (stuitinwest.nl), een gemeenschappelijk protocol en afspraken over de samenwerking bij de zorg rondom een stuitligging. Waar Bea en Charlotte elkaar eerst zagen als 'die van de andere lijn', zijn zij nu bondgenoten in hun strijd voor waardegedreven zorg bij stuitliggingen.

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE **BEELD** MICHEL TER WOLBEEK

Bea over Charlotte

'Een jaar of tien geleden was onze caseloadpraktijk Vroedvrouwen in Verbinding (VIVE) de nachtmerrie van het OVLG-locatie West. Wij kwamen binnen met cliënten met buitenprotocollaire zorgvragen, zoals in bad bevallen na een sectio caesarea zonder CTG. De cliënt centraal stellen was ons uitgangspunt; het ziekenhuis vond dat nog spannend. Charlotte zag ik als iemand die tot het tweedelijnskamp behoorde en het liefst volgens een vast protocol werkte. Maar toen we elkaar in het kader van Stuit in West beter leerden kennen, veranderde mijn beeld van haar. Ze is recht door zee en staat voor haar visie. Maar ze bezit ook de flexibiliteit om haar eigen belang en angst te ontstijgen als dat beter is voor de cliënt. Onze standpunten over bijvoorbeeld het gebruik van Ritodrine als medicatie bij een versie verschilden. Charlotte ziet het als een middel om de slagingskans van versies te vergroten. Dat vindt ze nog steeds, maar ze ziet ook dat er andere, eerstelijns methoden zijn om de baarmoeder te ontspannen. Die visie neemt ze mee naar het ziekenhuis.'

'CHARLOTTE ZAG IK ALS IEMAND VAN HET TWEEDELIJNSKAMP'

Zij aa

Bea en Charlotte vonden

‘DANKZIJ BEA ZIJN WE GEGROEID IN ONZE CLIËNTGERICHTE ZORG’

Charlotte over Bea

‘Als het uitgangspunt is dat de cliënt op nummer één staat, word je het makkelijker eens. Voor stuitinwest.nl bijvoorbeeld, de website waarmee we zwangere vrouwen informeren over de mogelijkheden bij een stuitligging, wilde ik de tekst anders insteken dan Bea. Uiteindelijk gaat het erom hoe de informatie overkomt op de cliënt en of zij op basis daarvan goed geïnformeerd een keuze kan maken. Mooi juist, dat we onze eerste- en tweedelijnsvisie daar allebei in mee kunnen nemen. VIVE een nachtmerrie van OLVG-locatie West? Haha! Ik snap wel wat ze bedoelt. Zonder medisch protocol kun je geen veilige zorg geven. Als je afwijkt van de afspraken die je binnen je team maakt, dan moet dit wel in goed overleg en dat kost tijd. Ook is het moeilijk om mee te gaan met de wens van de cliënt, als jij als zorgverlener niet achter die wens staat. Door de samenwerking met Bea, hebben wij geleerd om verder te kijken dan het medisch protocol. Dat het belangrijk is dat iemand zich gehoord voelt en dat beleid maken samen met de cliënt leidt tot meer tevredenheid en betere uitkomsten. Dat geldt natuurlijk ook voor vrouwen zonder buitenprotocollaire zorgvraag.’

an zij

elkaar in cliëntgerichte visie

WETEN SCHAP

TEKST HANS VAN DEN HEUVEL

DIGITALE ZORGTOEPASSINGEN VOOR BEGELEIDING VAN HOOG-RISICO ZWANGEREN: heden en toekomst

Ongeveer tien procent van de zwangere vrouwen in Nederland ontwikkelt een hypertensie-gerelateerde complicatie tijdens de zwangerschap. Deze zwangerschapscomplicaties zorgen ervoor dat zwangere vrouwen wekelijks tot wel drie keer per week naar het ziekenhuis moeten. Ook kan het leiden tot een ziekenhuisopname. Uit het promotieonderzoek van gynaecoloog in opleiding Hans van den Heuvel blijkt dat het gebruik van digitale zorgtoepassingen kan bijdragen aan de verplaatsing van zorg naar thuis voor deze hoog-risico zwangeren.

Veelvuldige ziekenhuisbezoeken, ter controle van bloeddruk en klachten, zijn erg belastend voor de zwangere vrouw[1]. Bovendien vraagt deze zorg ook veel tijd van zorgverleners en dus hoge zorgkosten[1]. Hans: 'Uit ons onderzoek blijkt dat thuismonitoring via de app SAFE@HOME goed bijdraagt aan de verplaatsing naar huis van zorg voor hoog-risico zwangeren. Zwangere vrouwen worden minder belast, doordat ze minder naar de polikliniek hoeven te komen voor controle. Ook is er drie keer minder risico op een opname.'

Zorgpad met digitale zorg

De SAFE@HOME studie vergeleek twee groepen zwangeren met pre-existente hypertensie, een pre-eclampsie in voorgeschiedenis, of nier- of cardiale problemen: 133 zwangeren met zwangerschapszorg zonder telemonitoring (controlegroep), en 103 zwangeren met telemonitoring (SAFE@HOME groep)[2]. De SAFE@HOME groep startte met thuis bloeddruk meten vanaf 16 weken zwangerschapsduur, dagelijks voor 10 uur 's ochtends. Hans: 'Met de app kan de zwangere zelf elke dag de bloeddruk meten. Bij een verhoogde bloeddruk vullen de vrouwen ook een vragenlijst in met tien pre-eclampsie-gerelateerde ja/nee-vragen. Deze gegevens komen dagelijks binnen bij de verpleegkundige op de afdeling. Als zij een significante stijging ziet, dan neemt zij, na overleg met een arts, contact op met de zwangere om te kijken of een controle in het ziekenhuis nodig is. Hiermee voorkomen we dat de bloeddruk, tussen poli-afspraken in, te hoog oploopt en er bijvoorbeeld een plotselinge ziekenhuisopname nodig is'. Doel van de studie was om zorgverbruik, perinatale uitkomsten en tevredenheid van zorg te vergelijken tussen de twee groepen.

Resultaten

De groepen waren vergelijkbaar bij start van de studie (bijvoorbeeld voor leeftijd, pariteit, BMI en risicofactor voor pre-eclampsie). Qua zorgverbruik werd in de SAFE@HOME groep een lager aantal antenatale controles (13.7 vs 16.0) als ook hypertensie-gerelateerde ziekenhuisopnames (2,9% vs 13,5%) gezien (Tabel 1). Zwangeren startten gemiddeld bij 18 weken zwangerschapsduur met thuismeten en continueerden dit gedurende 20 weken. Zij vulden 91,2% van de gevraagde metingen in, gemiddeld 4.5 per week (compliance).

Uiteindelijke diagnoses van PIH, PE, HELLP syndroom en normotensieve zwangerschappen waren vergelijkbaar tussen de groepen (Tabel 2). Zo'n 20% van deze hoog-risico zwangeren ontwikkelden pre-eclampsie en bij ongeveer 10% werd een foetale groeirestrictie vastgesteld. Modus partus verschilde niet tussen de twee groepen, al observeerden we een hoger inleidingspercentage in de SAFE@HOME groep. Foetale en neonatale uitkomsten zoals geboortegewicht en Apgar scores waren ook vergelijkbaar.

De deelnemende vrouwen waren positief over het gebruik van de app en de bloeddrukmeter en de instructies hiervoor. Door de dagelijkse check via de app krijgen zwangere vrouwen zelf ook goed inzicht in de trend van hun bloeddruk, via een grafiek. Uit interviews en vragenlijsten met meer dan vijftig deelnemers blijkt dat dit als prettig wordt ervaren: zwangere vrouwen voelen zich veilig(er) en ervaren meer regie. Zo stellen vrouwen, op basis van de inzichten, gerichter vragen aan de verloskundige of arts en doen zij ook zelf suggesties voor volgende controle-afspraken of eventueel gebruik van medicatie[3].

Kosten

Uit de vergelijkende studie blijkt de SAFE@HOME strategie een kostenbesparing op te leveren van ongeveer 20% (SAFE@HOME: mediaan 3616 euro vs controle 4504 euro voor de antenatale zorg)[4]. Deze kostenbesparing is het gevolg van minder poli-bezoek en een flinke reductie in hypertensie-gerelateerde opnames. In de kostenvergelijking werden de extra kosten voor thuismeters, software en monitoring door het ziekenhuis meegenomen. De eerste resultaten wijzen dus op een kosteneffectieve innovatie in de antenatale zorg voor deze zwangere vrouwen.

Grote landelijke vervolgstudie

SAFE@HOME wordt nu ingezet bij alle zwangere vrouwen met een hoog risico op complicaties die onder behandeling van het UMC Utrecht staan. 'We merken dat vrouwen graag thuis metingen uitvoeren en de app willen gebruiken. Het geeft inzicht en draagt bij aan hun eigen gezondheid én die van hun ongeboren kind', zegt Hans. Daarnaast loopt er nu een landelijke vervolgstudie waarbij de veiligheid en ervaringen met SAFE@HOME in andere centra worden onderzocht. Hans: 'Er is veel interesse in de app en het afgelopen jaar zagen we hier vanwege corona nog een versnelling in. Want hoe minder mensen naar het ziekenhuis hoeven te komen, hoe minder het besmettingsgevaar.' Er doen nu al tien andere ziekenhuizen mee met de vervolgstudie, die door het UMC Utrecht wordt gecoördineerd door Prof. Mireille Bekker, gynaecoloog. Onderdeel van de vervolgstudie is ook met name gericht op implementatie: hoe ervaren →

		SAFE@HOME n = 103	Control n = 133	p-waarde
Totaal aantal antenatale controles	mean (SD)	13.7 (4.0)	16.0 (4.1)	<0,001
Totaal aantal echo afspraken	mean (SD)	6.3 (2.7)	7.4 (2.9)	0.005
≥ 1 ziekenhuisopname(s) (ongeacht de indicatie)	n (%)	32 (31.1)	52 (39.1)	0.20
≥ 1 ziekenhuisopname(s) vanwege hypertensie of vermoeden op pre-eclampsie	n (%)	3 (2.9)	18 (13.5)	0.004
Totaal aantal bloedafnames	mean (SD)	2.9 (3.7)	2.5 (3.6)	0.38

Tabel 1: Zorgverbruik

		SAFE@HOME n = 103	Control n = 133	p-waarde
Diagnose in deze zwangerschap	n (%)			
Zwangerschapsgeinduceerde hypertensie (PIH)		9 (8.7)	4 (3.0)	0.06
Pre-eclampsie		22 (21.4)	27 (20.3)	0.84
HELLP syndroom		1 (1.0)	0 (0.00	0.44
Pre-existente hypertensie zonder pre-eclampsie		23 (22.3)	26 (19.5)	0.60
Normotensief		48 (46.6)	76 (57.1)	0.11
Bevalling				
Inleiding van de baring	n (%)	58 (56.3)	51 (38.3)	0.006
vanwege hypertensie	n (%)	33 (56.9)	28 (54.9)	0.99
Primaire sectio caesarea	n (%)	24 (23.3)	34 (25.6)	0.69
vanwege hypertensie	n (%)	7 (29.2)	12 (35.3)	0.62
Vaginale baring	n (%)	61 (59.2)	72 (54.1)	0.43
Vacuum-geassisteerde baring	n (%)	9 (8.7)	6 (4.5%)	0.19
Secundaire sectio caesarea	n (%)	9 (8.7)	21 (15.8)	0.11
Foetale / neonatale uitkomsten				
Zwangerschapsduur bij geboorte	mean (SD)	38.3 (2.1)	38.8 (2.3)	0.11
Geboortegewicht (gram)	mean (SD)	3081 (638)	3203 (694)	0.17
Gewicht <p5	n (%)	5 (4.9)	12 (9.0)	0.22
APGAR <7 na 5 minuten	n (%)	3 (2.9)	7 (5.3)	0.52
NICU opname	n (%)	2 (1.9)	6 (4.5)	0.47

Tabel 2: Perinatale uitkomsten

Leonie (32 jaar) heeft vorig jaar, in haar tweede zwangerschap, de app en bloeddrukmeter thuis gebruikt. Er was een duidelijke reden voor: bij haar eerste zwangerschap heeft zij bij een zwangerschapsduur van 31 weken pre-eclampsie ontwikkeld. Uiteindelijk is zij een aantal weken opgenomen geweest en bij 35 weken bevallen van een zoon. Hij maakt het nu goed. Wel was de zwangerschap hierna spannend: zou er weer hypertensie optreden? Leonie: 'Dankzij SAFE@HOME kon ik thuis mijn zwangerschap controleren. Daarnaast vond ik het een fijn idee dat er dagelijks naar mijn metingen gekeken werd door het UMC Utrecht. Ik voelde me veel veiliger dan in mijn eerste zwangerschap. Bovendien kostten de controles in het ziekenhuis mij altijd heel veel tijd.'

zorgverleners het gebruik en waar liggen nog barrières die de opschaling vertragen?

Thuisopname

In zijn promotieonderzoek heeft Hans ook de mogelijkheden voor thuisopname onderzocht, als er bij een zwangere vrouw een complicatie is vastgesteld. Hans: 'Bij sommige complicaties wordt een ziekenhuisopname voor maternale en foetale monitoring geadviseerd, bijvoorbeeld bij pre-eclampsie, prematuur gebroken vliezen of foetale groeirestrictie. Hiervan is sprake bij zo'n 7 tot 9% van de zwangere vrouwen. Een ziekenhuisopname heeft natuurlijk een enorme impact op de vrouw en het gezin. Daarom hebben we ook gezocht naar mogelijkheden om deze ziekenhuisopname te verplaatsen naar thuis. Zwangeren krijgen dan naast een bloeddrukmeter ook apparatuur om dagelijks zelf een CTG te maken. Deze uitslagen worden elke dag telefonisch besproken met de verloskundige of arts.' De resultaten van de HOTEL studie worden binnenkort verwacht.

Bronnen

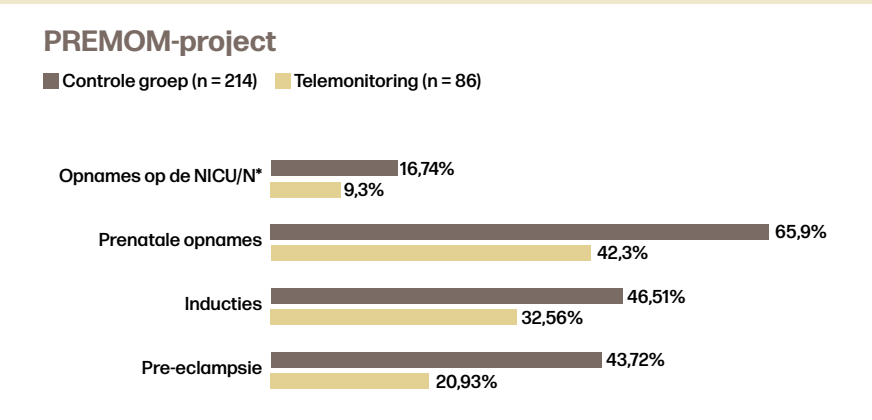
1. E-Health as the Next Generation Perinatal Care: an Overview of the Literature. Van den Heuvel JFM,* Groenhof KJ*, Veerbeek JWH, van Solinge WW, Lely AT, Franx, A, Bekker MN. Journal of Medical Internet Research 2018.
2. SAFE@HOME: Digital health platform facilitating a new care path for women at increased risk of preeclampsia – a case-control study. Van den Heuvel JFM, Lely AT, Huisman JJ, Trappenburg JCA, Franx A, Bekker MN Pregnancy Hypertens. 2020 Oct;22:30-36. Pregnancy Hypertension 2021.
3. User Experiences With and Recommendations for Mobile Health Technology for Hyperten- sive Disorders of Pregnancy: Mixed Methods Study. Van den Heuvel JFM*, Jongsma KR*, Rake J, Bredenoord AL, Bekker MN. JMIR Mhealth Uhealth 2020
4. SAFE@HOME: Cost analysis of a new care pathway including a digital health platform for women at increased risk of pree-clampsia. Van den Heuvel JFM, Van Lieshout C, Franx, A, Frederix G, Bekker MN. Pregnancy Hypertension 2021.

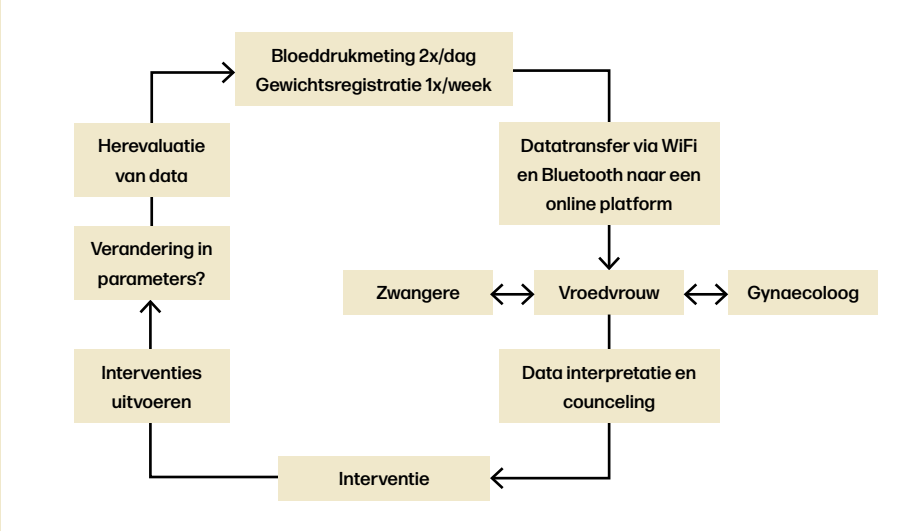
HET PREMOM-PROJECT

TEKST DORIEN LANSSENS

Ook in België wordt onderzoek gedaan naar telemonitoring. Het PREMOM-project (PRegnancy Remote Monitoring) werd opgestart in januari 2015, in samenwerking met de Universiteit van Hasselt en het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL, Genk, België). Bij zwangeren met bloeddrukproblemen die deelnamen aan het PREMOM-project werd een app geïnstalleerd op de smartphone, gekoppeld aan een bloeddrukmeter en een weegschaal. Er werd aan hen gevraagd om twee keer per dag een bloeddruk te meten en om één keer per week hun gewicht te registreren in de app. De verzamelde metingen werden automatisch doorgestuurd naar een computer in het ziekenhuis, waar een studievroedvrouw dagelijks alle waarden controleerde. Indien zich alarmevents voordeden, besprak de vroedvrouw deze met de verantwoordelijke gynaecoloog. Zo nodig konden er interventies uitgevoerd worden (Figuur 1).

Op het moment van inclusie besprak de vroedvrouw met de zwangere hoe een correcte bloeddruk genomen werd. Verder werd met haar besproken welke interventies





Figuur 1: Flowchart telemonitoring in PREMOM

Variabele	TM groep (n = 86)	Controle groep (n = 215)	Statistische significantie (tweezijdig)
Maternale leeftijd (jaren)	30.97 (± 5.61)	30.53 (± 5.17)	P = 0.25
Gewicht voor de zwangerschap (kg)	73.76 (± 15.88)	77.57 (± 18.87)	P = 0.08
Lengte (cm)	165.54 (± 6.46)	165.60 (± 13.70)	P = 0.24
BMI (kg/m²)	26.79 (± 53.36)	28.38 (± 6.67)	P = 0.05
Eerste kind – ja (%)	52 (60.47%)	142 (66.05%)	P = 0.33
Bijkomende aandoeningen (%)			
- Cardiovasculaire aandoeningen (%)	1 (1.16%)	4 (1.86%)	P = 0.67
- Bloedstollings stoornissen (%)	2 (2.32%)	2 (0.93%)	P = 0.34
- Endocriene aandoeningen (%)	2 (2.32%)	14 (6.51%)	P = 0.82
- Immunologische aandoeningen (%)	2 (2.32%)	2 (0.93%)	P = 0.04
Roken - ja (%)	2 (2.32%)	23 (10.70%)	P = 0.02
Zwangerschapsduur eerste consult (week)	10.51 (± 6.11)	10.60 (± 5.52)	P = 0.58
TM = telemonitoring; data is het gemiddelde (± SD) of aantallen (%).			

Tabel 1: Maternale karakteristieken

uitgevoerd konden worden bij afwijkende waardes, en hoe deze afwijkende waardes weergegeven werden in de app. Tot slot werd met haar besproken wat de alarmsignalen voor pre-eclampsie waren.

De eerste resultaten – PREMOM I

In de PREMOM I studie (lopend van 2014 – 2018) zagen we dat telemonitoring bij zwangeren met GHA (gestationele hypertensieve aandoeningen) zorgt voor een vermindering van het aantal prenatale ziekenhuisopnames, van het aantal diagnoses van pre-eclampsie, het aantal inducties en het aantal opnames op de Neonatale Intensieve Zorgen[1,2]. Hierdoor werd er voor de Belgische overheid een gemiddelde kostenbesparing gemaakt van € 740,38 en € 1950,05 per zwangere met telemonitoring in vergelijking met zwangeren zonder telemonitoring: de graad van besparing was rechtstreeks gelinkt aan de duur van het verblijf van de baby op de Neonatale Intensieve Zorgen[3,4]. Tot slot bleek uit een enquête bij zowel de zwangeren als de zorgverleners dat PREMOM een toegevoegde waarde aan het zorgtraject voor zwangeren met een verhoogd risico op GHA is[5].

Vervolgonderzoek – PREMOM II

Hoewel de eerdergenoemde resultaten positief en veelbelovend zijn, was het wenselijk om een vervolgstudie uit te voeren met meerdere onderzoekpartners en een sterker studiedesign. Daarom werd in 2019 de PREMOM II studie opgestart. Zwangeren vanuit heel Vlaanderen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van GHA wordt gevraagd mee te doen[6]. Het ultieme doel van de PREMOM II studie is om over prenatale telemonitoring bij zwangeren met risico's op hoge bloeddrukken een correct, gefundeerd en wetenschappelijk onderbouwd antwoord te kunnen geven op (1) de medische effectiviteit, (2) de aanvaardbaarheid in gebruik voor zowel zorgverstrekkers als patiënten, en (3) de kostenefficiëntie. Indien één of meerdere van deze antwoorden positief blijken kan telemonitoring door de Belgische overheid worden geïmplementeerd in de prenatale zorg. ←

Bronnen

1. Lanssens D, Vandenberk T, Smeets CJP. Remote Monitoring of Hypertension Diseases in Pregnancy: a Pilot Study. JMIR Mhealth Uhealth 2017;5(3): e25.
2. Lanssens D, Vonck S, Storms V, Thijs IM, Grieten L, Gyselaers W. The impact of a remote monitoring program on the prenatal follow-up of women with gestational hypertensive disorders. J Med Internet Res 2018; 223: p. 72-78.
3. Lanssens D, Vandenberk T, Smeets C, et al. Cost- analysis of prenatal remote monitoring of women with gestational hypertensive diseases. J Med Internet Res. 2018; 20(3):e102.
4. Lanssens D, Vonck S, Vandenberk T, et al. A Prenatal Remote Monitoring Program in Pregnancies Complicated with Gestational Hypertensive Disorders: What Are the Contributors to the Cost Savings? Telemed J E Health. 2019; 25(8):686-692.
5. Lanssens D, Vandenberk T, Lodewijckx J, et al.. The perceptions of midwives, obstetricians, and recently delivered mothers to remote monitoring for prenatal care. Journal of Maternal- fetal & neonatal medicine 2019; 21(4):e10887.
6. Lanssens D, Thijs IM, Gyselaers W, PREMOM II – consortium. Design of the Pregnancy REmote MOnitoring II study (PREMOM II): a multicenter, randomiezd controlled trial of remote monitoring for gestational hypertensive disorders. BMC Pregnancy Chidlbirth 2020; 20(1): 626.

BIJ- EN NASCHOLING VROEGSIGNALERING
ZIEKTE VAN HIRSCHSPRUNG - Accreditatiepunten: 3

> **Datum:** zaterdag 23 oktober 2021
10.00 tot 13.30 uur (inclusief lunch)
> **Locatie:** Amersfoort Van der Valk hotel A1
> **Doelgroepen:** verloskundigen en kraamverzorgenden

De volgende thema's komen onder meer aan de orde:
> Wat is de ziekte van Hirschsprung?
> Hoe herken je de ziekte?
> Waar moet je op letten en welke actie kan vervolgens het beste genomen worden?

Deze bij- en nascholing wordt u aangeboden door Vereniging ziekte van Hirschsprung en de zorgprofessionals van het Amsterdam UMC.

Deelname aan deze bij- en nascholing is gratis.
Aanmelding voor 16 oktober via onderwijs@hirschsprung.nl

vereniging ziekte van HIRSCHSPRUNG

Amsterdam UMC

MIJN DROOM VOOR ZUID-AFRIKA

ELSE VOOIJS
is verloskundige en woont samen met haar man en drie kinderen in Zuid-Afrika. Hier helpt ze de Healthy Mom and Baby Clinic de volgende stap te zetten in de missie om elke vrouw en baby professionele, compassievolle gezondheidszorg te bieden.

Ik droom graag over een ideale verloskundige wereld in Zuid-Afrika. Ik zie het al helemaal voor me: overal in Zuid-Afrika zijn goed opgeleide verloskundigen met een natuurlijke approach. Ze werken zelfstandig, samen met de vrouwen die zij begeleiden. Ze voelen zich bekwaam en hebben de juiste back-up. Ze zijn overal werkzaam, in lokale (overheids)klinieken, grote drogisten die consultaties bieden, privéverloskundigenpraktijken en in poliklinieken van ziekenhuizen. Midwifery-led zorg dicht bij huis. En dan niet een verloskundige alleen, maar verloskundigen werkzaam in multidisciplinaire teams. Opgebouwd uit eerste- en tweedelijns zorgprofessionals, allemaal met hun eigen rol. De verloskundige is het startpunt en de spin in het web. Zij is de entry port voor alle zwangere vrouwen. Net als in Nederland zoekt in mijn droom de zwangere vrouw in Zuid-Afrika een verloskundige dichtbij.

Ik droom nog even verder: verloskundigen hebben in plaats van een papieren dossier, een digitaal cliëntendossier wat middels een app gelinkt is met het ziekenhuis, andere zorgprofessionals, de zorgverzekering en de cliënt. Gezamenlijke zorg. Gezamenlijke data. Gezamenlijke bekostiging. Waarschijnlijk is dit niks nieuws voor de Nederlandse verloskundige die dit leest. Of wellicht ook nog een droom, maar wat als dit tóch een antwoord kan zijn voor vele landen in de wereld, vraag ik mij soms af?

Met de ervaring die ik in Nederland opdeed, weet ik ook dat dit scenario heel veel haken en ogen heeft. En hoewel het voor Zuid-Afrika bijna onmogelijk lijkt, ken ik een aantal helden die achter de schermen van dit soort dromen werkelijkheid proberen te maken. Ook ik blijf mij inzetten. Soms in de spreekkamer van de Healthy Mom and Baby Clinic. En soms in grote Zoom-meetings met mensen van over de hele wereld, allemaal dromend en praktische stappen zettend, om dit model vorm te geven. Ik hoop dat landen die vaak achter hebben gelopen in de zorg, mee kunnen liften met al het harde en mooie werk van eerste wereldlanden. Dat technologie en digitale oplossingen wereldwijd beschikbaar worden. Dat het overal ter wereld heel normaal gaat worden dat de cliënt centraal staat. Dat zij mede beslist in haar zorgpad. En dat haar waarden belangrijk zijn.
Het is zo basaal, maar het wordt zo gemist. Chapeau voor alle innovaties en technologieën. En mijn vraag; mogen wij alsjeblieft meeliften? Het is hier ook zo hard nodig.

COLUMNIST GEZOCHT
Else deelde ruim een jaar haar ervaringen in Zuid-Afrika; dank daarvoor! Nu zijn we op zoek naar een nieuwe columnist die in het buitenland gevestigd is. Is dit iets voor jou of iemand die je kent? Laat het weten via redactie@knov.nl.

Hoe creëer je goede geboortezorg die van waarde is voor aanstaande ouders? De basis: een goede samenwerking tussen geboortezorgprofessionals, heldere communicatie en vooral samenwerken met de doelgroep. Een Moederraad kan hierin een belangrijke rol spelen.

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

REGIONAAL ADVIESORGAAN VOOR EN DOOR (AANSTAANDE) OUDERS

De meerwaarde v
een Moederraad

Het District Verloskundig Platform (DVP) Rijnmond – een samenwerkingsverband van professionals uit alle disciplines van de geboortezorg in de regio Rotterdam-Rijnmond – heeft zo'n Moederraad. Daphne Metaal is hier de voorzitter van. Zij legt uit: 'De Moederraad bekijkt de geboortezorg vanuit het perspectief van de cliënt en haar partner. We zorgen voor verbinding en delen advies, ervaringen en suggesties van (aanstaande) ouders met geboortezorgprofessionals. Zo kunnen we samen de beleving van geboortezorg verbeteren. Ik wil trouwens wel graag benadrukken dat we er niet alleen voor moeders zijn, maar ook voor hun eventuele partners. Daarom zijn we bezig met een naamsverandering.'

'WE RICHTEN ONS VOORAL OP DE BELEVING VAN DE GEBOORTEZORG'

Ervaringen delen

'We vinden het vooral belangrijk dat (aanstaande) ouders zich gehoord en gesteund voelen', gaat Daphne verder. 'Als je gedurende de begeleiding van de zwangerschap, bevalling en het kraambed uitleg krijgt over waaróm iets wordt gedaan of nodig is, zorgt dit ervoor dat je je serieus genomen voelt en wellicht zorgt het ook voor begrip.. Voor professionals kunnen protocollen vanzelfsprekend zijn, voor ouders niet. Hier hebben wij aandacht voor. We vragen ouders in deze regio hoe zij de zorg ervaren en of ze tegen zaken aanlopen. Eventueel kunnen we dan een advies formuleren en voorleggen aan de zorgprofessionals.' Andersom geldt dit ook, geeft Moederraad-lid Judith Bovy-van Vugt aan: 'Willen zorgprofessionals weten hoe ouders ergens over denken? Dan vragen we ouders om ervaringen en meningen, waarop wij ons advies baseren. Al met al draait het dus om de vragen: wat vinden ouders belangrijk, hoe kijken zorgprofessionals hier tegenaan en wat kunnen we er samen van leren? Op deze manier vullen we elkaar vanuit verschillende perspectieven aan, kunnen we verwachtingen managen en kweken we over en weer begrip.'

an

Betere afstemming

'Hoe meer ouders we bij de geboortezorg kunnen betrekken, hoe beter we alle inzichten op elkaar kunnen laten aansluiten', vertelt Judith. 'We zien graag een goede afspiegeling van de regio en willen daarom ouders uit andere culturen en met verschillende achtergronden intensief bij ons platform betrekken. Daarom werken we nu hard aan een groter bereik, zodat we de stem van iedere cliënt kunnen vertegenwoordigen. We acteren niet op individuele casuïstiek, maar trekken eventuele signalen vanuit casuïstiek breder, om bijvoorbeeld protocollen meer op één lijn te krijgen en zaken beter op elkaar af te stemmen. We helpen elkaar verder en werken samen aan toekomstbestendige geboortezorg.'

Snel schakelen

De Moederraad is een zeer waardevol klankbord, vindt verloskundige Mieke Oostveen. Zij is vanuit het DVP Rijnmond het eerste aanspreekpunt voor de Moederraad. 'Samen bespreken we onze visie op actuele onderwerpen, zoals de vitamine K-injectie en de meest logische plek voor aanstaande moeders om de maternale kinkhoestvaccinatie te krijgen. Ook denkt de Moederraad mee over protocollen en zorgpaden. Dat cliëntperspectief is heel belangrijk. We bepalen samen welke onderwerpen we aandacht willen geven en schakelen snel en makkelijk met elkaar. Het is plezierig dat je samen kunt sparren, ook zonder er meteen een officieel gespreksonderwerp van te maken: heel laagdrempelig. Zo vullen we elkaar goed aan.'

Verhelderend webinar

'Het is fijn dat de Moederraad er is en zich op deze manier inzet', vertelt Mieke. 'Het is voor ons vooral prettig om te verifiëren of onze ideeën en plannen ook worden gedragen door (aanstaande) ouders. Door met elkaar in gesprek te gaan en een grote achterban om hun mening te vragen, halen we veel waardevolle informatie naar boven. Wat zijn de echte ervaringen van mensen? Hoe kunnen we over en weer beter inspelen op een verwachtingspatroon? Op deze manier kunnen we beter gefundeerd evalueren. Een heel mooi voorbeeld is het webinar dat de Moederraad eind vorig jaar heeft georganiseerd over geboortezorg in coronatijd. Vanwege de lockdown mochten alleen de moeders naar de verloskundigenpraktijk. Tijdens het webinar vertelden moeders en een vader over hun ervaringen en de impact van de maatregelen. Veel partners voelden zich buitengesloten. Dit leverde voor verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgers waardevolle inzichten op, die we kunnen toepassen als zich weer een dergelijke situatie voordoet.'

'DE MOEDERRAAD IS EEN ZEER WAARDEVOL KLANKBORD'

Zinvolle samenwerking

Een ander voorbeeld van de samenwerking tussen DVP Rijnmond en de Moederraad is het ter sprake brengen van de capaciteitsproblemen in de regionale ziekenhuizen. Mieke: 'Het komt vaak voor dat er, op het moment dat een baby zich aandient, geen plek is in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Als je dit als hoogzwangere vrouw weet, levert dat zorgen en onzekerheid op. Samen met de Moederraad hebben we als zorgverleners helder gecommuniceerd dat er in geval van nood altijd een plek in het ziekenhuis vrijgemaakt kan worden. Dat geeft aanstaande ouders een gerust gevoel. Kortom, de Moederraad is zeer zinvol. We maken er dankbaar gebruik van!' ←

Meer informatie over de Moederraad van DVP Rijnmond vind je op www.dvprijnmond.nl/moederraad, Facebook (@moederraadrotterdamrijnmond) en Instagram (Moederraad Rijnmond).

Altijd bereikbaar, ook als je niet gestoord wilt worden.

De telefonieoplossing die zorgt voor kwaliteit en continuïteit in je praktijk.

- Niet afhankelijk van data en groeit mee met de geboortezorg
- De cliënt behoeft maar 1 telefoonnummer te onthouden, ongeacht waarvoor en of er sprake is van een eenpersoonspraktijk of met teams binnen de praktijk
- Zeer eenvoudig aan- en afmelden dienstdoende verloskundige / bijschakelen van achterwacht, van een ander team of een andere praktijk
- De beller kunnen laten horen dat;
  - De verloskundige bezig is met het begeleiden van een bevalling / het rijden van visites / het hebben van spreekuur / aan het rusten is / of ....
- NOOIT een ander nummer te laten bellen bij geen gehoor. Wij hebben de techniek zo ontwikkeld dat de beller ALTIJD iemand aan de telefoon krijgt indien er sprake is van een calamiteit

Alles wat je als verloskundige de beller wil laten horen is een kwestie van een "klik" op de eigen mobiel van de verloskundige. De opties die zijn gegeven zijn voorbeelden, er kunnen vele andere voorkomende items worden vastgelegd en d.m.v. een klik geactiveerd worden.

Of de praktijk nu uit 1 verloskundige bestaat of uit meerdere teams met meerdere verloskundige, met deze oplossing hebben alle soorten van praktijken, haar verloskundige en haar cliënten profijt.

Wil je meer weten, kijk op http://www.mt-pd.nl/telefonie-voor-verloskundigen.html of bel naar 085 – 022 1 022 of mail naar sales@mt-pd.nl voor het krijgen van een vrijblijvende demo bij jou op locatie.

Deze oplossing wordt aanbevolen door vele verloskundigenpraktijken, referenties op verzoek verkrijgbaar.

Het maakt voor de oplossing niet uit met welk mobieltje je werkt, of het nu duur, klein, oud of nieuw is.

MT-Professional Devices B.V. | adviseurs door heel Nederland | @: administratie@mt-pd.nl | Tel: 085 – 022 1 022

MT PROFESSIONAL DEVICES

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

WAARDEGEDREVEN ZORG: Initiatiefnemers aan het woord

De best mogelijke kwaliteit per uitgegeven zorgeuro. Of specifieker voor de geboortezorg: kwaliteit toevoegen aan de gezondheid van de zwangere vrouw voor een acceptabele prijs. Dat is het gedachtegoed achter waardegedreven zorg. In Nederland wordt het sinds 2016 steeds meer omarmd, zoals deze twee initiatieven in de geboortezorg. We laten betrokkenen aan het woord.

Marije Lamain-de Ruiter: 'Wacht niet tot je alles hebt uitgedacht'

Dat waardegedreven zorg vanuit de VS naar Nederland is gekomen, is onder meer te danken aan Marije Lamain-de Ruiter. Ze is begonnen als verloskundige in Utrecht, waarna ze promoveerde bij het UMC Utrecht. Tijdens haar promotie maakte ze kennis met waardegedreven zorg én had ze de buitenkans om naar Harvard Business School te gaan, waar ze een masterclass waardegedreven zorg volgde van de grondlegger Michael Porter. Nu werkt ze als onderzoeker en is ze nauw betrokken bij het net afgeronde Bespreken Uitkomsten Zwangerschap met de Zwangere (BUZZ)-project.

Het was Porter die in 2006, samen met Elizabeth Teisberg, Value Based Health Care in de VS introduceerde. Onderdeel van het gedachtegoed van waardegedreven zorg is het meten van uitkomsten en ervaringen die ertoe doen voor de vrouw. ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) is een internationale organisatie die de uitkomstensets per aandoening definieert. In 2016 was Marije lid van de internationale commissie die de uitkomstenset voor zwangerschap en geboorte ontwikkelde. De nauwe betrokkenheid en inspraak van de zwangere vrouw zelf bij het samenstellen van de uitkomstenset spraken haar erg aan. →

Ander gesprek in de spreekkamer

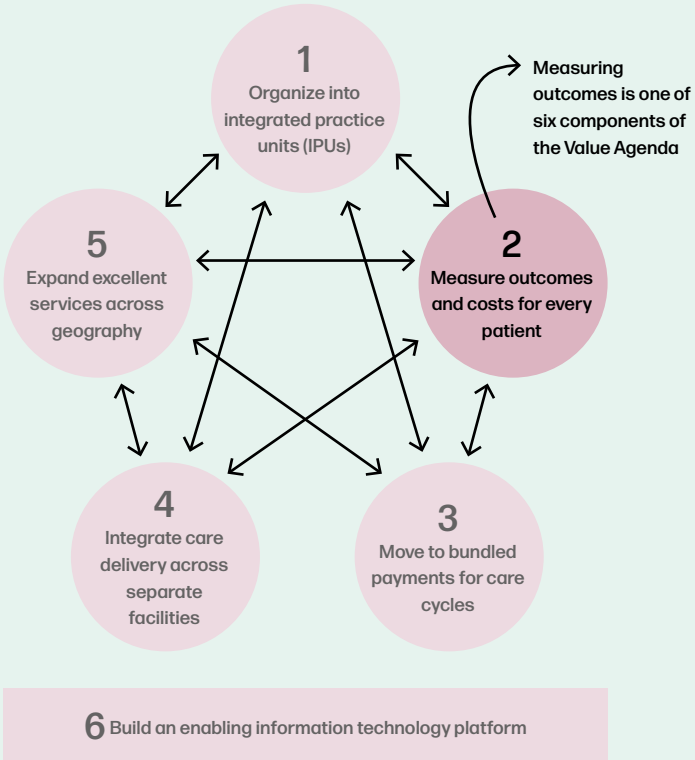
Om waardegedreven zorg te verduidelijken, gebruikt Marije een infographic van zes pijlers, zie Figuur 1. Pijler 6, goede ICT-infrastructuur, is een cruciale basisvoorwaarde. Dat bleek duidelijk tijdens het BUZZ-project. Zeven VSV's hebben deelgenomen aan deze implementatie. Ze lieten hun cliënten op één of meerdere momenten tijdens en na de zwangerschap een vragenlijst invullen om beter inzicht te krijgen in hoe het echt met hen gaat en wat daarmee belangrijk is voor hun zorgpad. De resultaten bespraken ze met de vrouwen, zodat de vrouwen goed geïnformeerd konden meebeslissen over hun zorg.

'ENTHOUSIASME WAS MINDER BIJ VSV'S WAAR IT MINDER TOEGANKELIJK WAS'

Marije: 'De cliënt staat bij waardegedreven zorg centraal. Het gaat erom wat belangrijk voor haar en haar gezin is. Hoe het met haar lichamelijke én mentale gezondheid gaat en wat haar ervaringen met de zorg zijn. Door deze uitkomstenset is er een ander gesprek in de spreekkamer, doordat er gestructureerd uitgevraagd wordt. IT moet wel goed geïmplementeerd zijn in de werkwijze. Op de werkvloer is er enthousiast gestart met het uitnodigen voor en het bespreken van de PROMs- en PREMs-vragenlijsten, maar dat werd minder bij VSV's waar IT minder makkelijk toegankelijk was. Want de tijd die de verloskundige moest besteden tijdens het spreekuur aan het toegang krijgen tot de uitkomsten, ging af van het bespreken van die uitkomsten met de zwangere vrouw. Dat is jammer.'

Eindrapport BUZZ-project

Op het moment dat dit artikel wordt geschreven, legt Marije de laatste hand aan het eindrapport over het BUZZ-project dat in september uitkomt. Als tipje van de sluier kan ze vertellen dat vrouwen aangeven het geen probleem te vinden om de vragenlijsten in te vullen en dat ze de uitkomsten graag bespreken met hun zorgverlener. Het helpt daadwerkelijk om belangrijke thema's te bespreken met de (zwangere) vrouw. En zorgverleners hebben hierin een belangrijke rol: zij kunnen vrouwen helpen om ook bijvoorbeeld taboethema's, zoals incontinentie of depressie, gewoon bespreekbaar te maken. Mooie bijvangst vindt Marije dat door de intensieve samenwerking van verloskundigen en gynaecologen in de VSV's er onderling meer begrip is.



Figuur 1: De zes onderdelen van waardegedreven zorg[1]

De volgende stap is om ook als VSV gezamenlijk naar de uitkomsten en ervaringen te kijken en daarvan met elkaar te leren. Marije is ook betrokken bij de USER-studie waarin de focus is op het ontwikkelen van leermethoden en het bestuderen hoe VSV's cyclisch leren en verbeteren op basis van uitkomstindicatoren voor kwaliteitsverbetering in de geboortezorg. Marije: 'Michael Porter hamerde er altijd op om gewoon te beginnen. Als je wacht tot je alles hebt uitgedacht, komt er niets van de grond. Beginnen en dan loop je vanzelf tegen dingen aan.'

Onderdeel van het BUZZ-project is waardegedrevengeboortezorg.nl. Verloskundigen die zelf aan de slag willen met waardegedreven zorg kunnen hier terecht voor informatie en tools.

Myrna Knol: 'Klein starten en al lerend ontwikkelen'

Verloskundige Myrna Knol nam in 2018 samen met gynaecoloog-perinatoloog Bas Nij Bijvank, van het Zwolse Isala ziekenhuis, en diverse collega's het voortouw om anders naar de zorg te kijken. Aanleiding was de rem die ze in de regio Zwolle ervoeren om ketenoverstijgend kwaliteit te

verbeteren. Waardegedreven geboortezorg blijkt de beste tool om ruimte te creëren. Met alle regionale partijen in de geboortezorg zijn inmiddels belangrijke stappen gezet.

'Ons uitgangspunt is: kijken naar wat ons bindt, in plaats van wat ons scheidt', vertelt Myrna. 'Uiteindelijk wil iedereen hetzelfde, de kwalitatief beste geboortezorg voor de zwangere vrouw, haar partner en het ongeboren kind en tegelijkertijd zinvol omgaan met geld. Alleen de klemtoon verschilt tussen beroepsgroepen.' Die beroepsgroepen zijn heel breed: eerstelijns en klinisch verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen, A(N)IOS'en, kraamzorg, kinderartsen, neonatologen, ziekenhuis en verzekeraar. En niet te vergeten de actieve inbreng van de vrouwen en hun partners. Want bij waardegedreven zorg draait het om de beste kwaliteit per uitgegeven zorgeuro. Wie kan dat beter bepalen dan de vrouwen zelf?'

Houtje-touwtje-oplossing

Myrna: 'We zijn begonnen om met alle partijen het zorgpad van Groep-B-streptokokken (GBS) door te akkeren en inzichtelijk te maken. We hebben gekeken hoe dit in de ideale wereld georganiseerd kan worden. Daarna zijn we pas naar de financiële consequenties gaan kijken. Het geeft vrijheid om het zorgpad en de financiën uit elkaar te trekken. Wat eruit kwam was opzienbarend. De beoogde betere zorg bij GBS was financieel ongunstig voor zowel de eerste en tweede lijn door de huidige bekostigingssystematiek. De zorg heeft baat bij een verschuiving naar de eerste lijn, maar de verzwaring van de case mix kost de eerste lijn meer uren die niet gedekt worden door het abonnementstarief. De tweede lijn levert volume in, wat financiële consequenties heeft en ook daar verandert de case mix. De huidige bekostigingssystematiek blijkt de remmende factor. Er zou een bekostigingssysteem moeten zijn dat ketensamenwerking bevordert. We hebben een houtje-touwtje-oplossing bedacht, totdat we een duurzame oplossing hebben. In onze regio hebben we voor de eerstelijnsverloskundigen een zorggroep opgericht. Voor het ziekenhuis is er ook een vorm van financiering, maar dat voert hier te ver en is ook niet aan mij om te delen. De zorggroep voor de eerste lijn monitort kwaliteit en zorgt voor de financiering van de extra kosten die we kwijt zijn aan de zorgverlening.
Deze extra kosten zijn bij ons eerste traject gefinancierd via max-max-gelden. Bij de nieuwe trajecten zou dit natuurlijk in theorie weer voor de eerste lijn via de max-max-gelden of een innovatietarief gefinancierd kunnen worden. Maar dan krijg je een stapeling van verschillende financieringsstromen.
We hebben het voornemen om nog veel meer onderwerpen waardegedreven in te richten. En om steeds een financieringsoplossing te bedenken voor zowel eerstelijns als ziekenhuis als kraamzorg en eventuele andere beroepsgroepen of organisaties die betrokken zijn. Dat wordt een kerstboom die niet transparant is en op een moment zal instorten. Vandaar dat we nu op zoek zijn naar een duurzame oplossing. We moeten zoeken naar een andere manier om de zorg te bekostigen, maar dat is niet morgen gerealiseerd. Na GBS zijn we inmiddels bezig met twee nieuwe onderwerpen en hebben we eenzelfde cyclus doorlopen. Al lerend ontwikkelen we.'

Wereld mooier maken

Het gezamenlijk optrekken, heeft geresulteerd in een sterk verbeterde relatie en meer vertrouwen tussen de ketenpartners, waardoor ze beter samenwerken en er meer begrip voor elkaar is. Dat bij elkaar creëert al betere zorg, vindt Myrna: 'We hebben frisse blikken op elkaars werk. Het is waardevol om inzicht te krijgen in elkaars perspectief, want ieder kijkt op een andere manier naar de geboortezorg. Mijn beeld is anders gekleurd dan bijvoorbeeld het beeld van een neonatoloog. Alle beelden samen zijn complementair. Mijn persoonlijke motivatie om de kar mede te trekken is dat ik de wereld mooier wil maken. Ik geloof er oprecht in dat we met waardegedreven geboortezorg de wereld mooier kunnen maken.' ←

Luister ook de aflevering Waardegedreven zorg met Matthijs Nijenhuis en Bas Nij Bijvank van de podcast Verloskundig Baken.

Bron

1. The Strategy That Will Fix Health Care, Michael E. Porter and Thomas H. Lee, MD, Harvard Business Review October 2013 [2]

‘VETERANEN’ PAUL DE REU EN BEATRIJS SMULDERS over waarde-gedreven zorg

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE **BEELD** ILJA KEIZER EN TYCHO MÜLLER

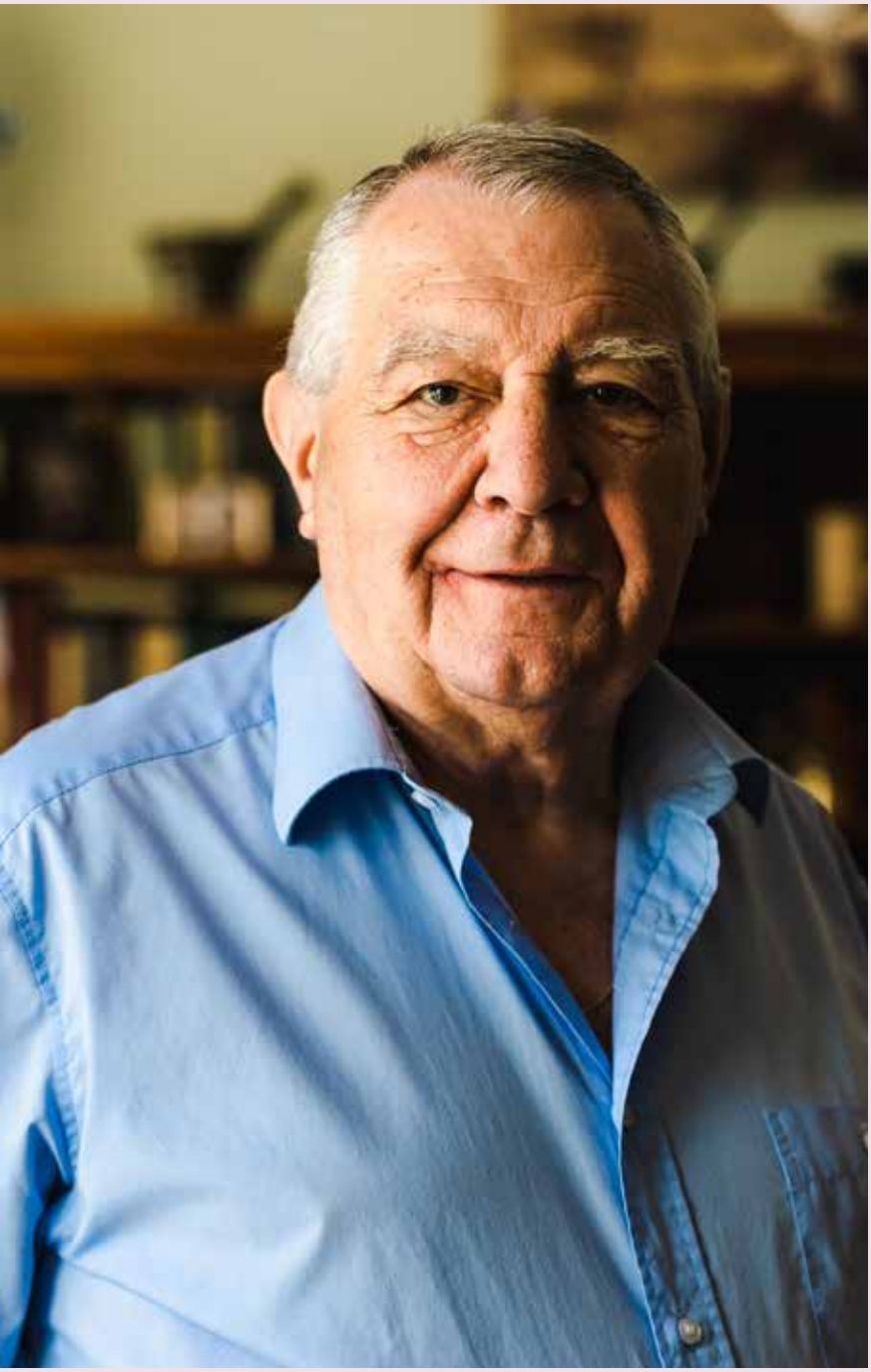
‘Ik denk dat we aardig aan het stimuleren geweest zijn.’ Een understatement van Paul De Reu over de carrières van hemzelf en die van zijn collega Beatrijs Smulders. Twee veteranen met een grote nalatenschap in de Nederlandse verloskunde. Hij met zijn strijd voor de echoscopie in de eerste lijn. Zij met haar strijd voor de verbetering van de positie van verloskundigen en de versterking van de eerste lijn.

Elke ochtend begint Beatrijs om zes (soms vijf) uur. Dan schrijft ze vier uur, om vervolgens voldaan aan de rest van haar dag te beginnen. Momenteel werkt ze aan het tweede deel van BLOED, een autobiografie, gebaseerd op aantekeningen die ze gedurende haar carrière maakte.

‘Ik wilde met pensioen gaan op een moment dat iedereen het jammer zou vinden dat ik zou stoppen’, zegt Paul De Reu tegen de vrouw die hij nog kent van zijn tijd bij de KNOV. ‘65 was ik, toen ik zei dat ik was gestopt. Daarna heeft het me nog een jaar of drie gekost om écht afscheid te nemen. Maar nu is het klaar hoor, schilder ik liever. Of help ik mijn jongste dochter met de administratie van haar echoscopiepraktijk. Jij bent, 69 zeg je? Wanneer komt voor jou dat moment?’

Beatrijs: ‘Nooit. De speech die professor Kloosterman gaf in mijn afstudeerjaar, raakte me recht in het hart. Ik wist dat hij gelijk had. De rest van mijn leven zal ik strijden voor wat hij toen zei. Dat was in de periode dat zijn

‘WE GRIJPEN DE LAATSTE TIJD WEL ERG SNEL NAAR APPARATEN’



Paul De Reu RM PhD runde tot 2012 samen met zijn vrouw VCMB (Verloskundig Centrum Midden Brabant) in Boxtel. In 2010 promoveerde hij. Momenteel is Paul adviseur bij Prenataal Screeningscentrum de Meierij.

artikel 'De Nederlandse verloskunde op een tweesprong' verscheen. Of, zei hij, we gaan nu de internationale community achterna, de vroedvrouw wordt de assistent van de gynaecoloog en we gaan flink medicaliseren. Óf we gaan de demedicaliserende, unieke verloskunde versterken. Daarop hebben we Werkgroep 78 opgericht, die zich richtte op de emancipatie en professionalisering van vroedvrouwen en het behoud van de thuisverloskunde. Mijn taak werd om de Nederlandse consument te informeren en bewust te maken van de keuzemogelijkheden die ze in Nederland heeft: thuis of in het ziekenhuis bevallen. Anno 2021 is de strijd voor emancipatie nog steeds – of eigenlijk weer – heel hard nodig. Jij Paul, hebt op jouw beurt gestreden om de echoscopie naar de eerste lijn te halen.'

'HET NEMEN VAN TIJD EN FOCUS OP AANDACHT DREIGT TE VERWATEREN'

Paul: 'Ik werd zowat gelyncht toen ik dat idee opperde, tijdens een voordracht op de ALV van de KNOV. Dat was in 1986; intussen is de echo volledig geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. Of het slecht is weet ik niet, maar ik vind dat we de laatste jaren wel erg snel naar apparaten grijpen; niet alleen als het om echoscopie gaat. Terwijl een praatje met je →

cliënt soms het enige is wat ze nodig heeft. Een zwangerschap is geen darminfectie of andere medische aandoening; er komt ook emotie bij kijken. Vroeger was vaker sprake van een een-op-een-relatie tussen de verloskundige en de cliënt, om de eenvoudige reden dat meer dan negentig procent van de praktijken eenmanspraktijken waren. Ikzelf had vaak de gewoonte om tijdens een baring

'WE STAAN WEDEROM OP EEN TWEESPRONG'

in huis te blijven en desnoods op de bank te blijven slapen, terwijl de aanstaande ouders boven waren. De wetenschap dat ik er was, was genoeg voor hen. Totdat het spannender werd, dan stond ik hen bij waar dat nodig was. Met de komst van nieuwe technieken, waarmee je heel gericht op zoek gaat naar de diagnose, dreigt het nemen van tijd en de focus op aandacht te verwateren.'

Beatrijs: 'Ons vak is in de basis luisteren, risicoselectie, vertrouwen geven en er vaak gewoon zijn en blijven. Maar dat moet wel betaald worden, zowel in de prenatale als in de natale fase. Echo's kosten ook geld, maar als je die kunt voorkomen door op een goede manier aandacht te hebben, zet je verloskundigen pas echt als poortwachter in. Had je andere keuzes gemaakt, als je wist wat echoscopie in de eerste lijn teweeg zou brengen?'

Beatrijs Smulders is verloskundige en oprichter van Geboortecentrum Amsterdam. Ze houdt zich op dit moment, achter de schermen, nog steeds politiek bezig met het behoud van de Nederlandse eerstelijnsverloskunde. Haar vele optredens in het land, in de media en de bestseller-serie Veilig zwanger en Bevallen, die ze schreef voor aanstaande en jonge ouders zorgt ervoor dat ze bij een breed publiek nog steeds bekend is.

Paul: 'Het is veel genuanceerder dan roepen dat vroeger alles beter was. Echoscopie is een ontzettend mooi en belangrijk hulpmiddel in de prenatale fase. Daardoor weten we nu meer. Ik heb een van mijn oude apparaten na mijn pensioen mee naar Gambia genomen en daar verloskundigen geleerd hoe ze het bedienen. Daar zorgde echoscopie ervoor dat vrouwen eerder in beeld kwamen en niet pas als de vliezen gebroken waren, wat voorheen wel het geval was. Zo kwam de vroedvrouw in de gelegenheid om een prenataal dossier aan te maken. Terug naar Nederland, is de vraag vooral wat je met de informatie doet en in hoeverre je je erdoor laat leiden. Ook vanuit cliëntperspectief. Want wat doe je als je al vroeg weet dat je een kind met een beperking verwacht? Overigens is niet alleen de techniek veranderd, maar is ook het takenpakket van verloskundigen uitgebreid en zijn de behoeften van cliënten veranderd. Primi's zijn gemiddeld tien jaar ouder en daarmee is de mentaliteit van de vrouwen die bij een verloskundige komen anders.'

Beatrijs: 'We moeten terug naar meer continuïteit. Het hoeven echt niet allemaal eenmanspraktijken te worden, maar we moeten wél voorkomen dat we de Engelse vroedvrouwen achternagaan en dat straks alles in het ziekenhuis gebeurt. Die Engelse verloskundigen kunnen geen band meer met vrouwen opbouwen, terwijl we allemaal weten hoe waardevol die is. Net als ruim veertig jaar geleden, staan we wederom op die tweesprong. Of we gaan de Engelsen achterna. Of we behouden het Nederlandse systeem met de eerste en tweede lijn, maar dan is er wel een belangrijke transitie nodig met substitutie van zorg: eerstelijns verloskundigen die medium-risk bevallingen betaald afmaken.'

'LATEN WE OVER DE RAND VAN ONZE EIGEN PRAKTIJK KIJKEN'

Paul: 'Ik zou willen pleiten voor het laatste. Want hoewel ik mijn Vlaamse moeder vertelde dat ik in de middeleeuwen was beland, toen ik tijdens mijn opleiding voor het eerst kennismaakte met de thuisbevallingen in Nederland, ben ik de Nederlandse thuisbevaltraditie enorm gaan waarderen. In België is de locatie en entourage leidend bij een baring. In Nederland draait het om de vrouw. De verloskundige staat erbij en kijkt ernaar. Als het nodig is, grijpt ze in. Wat moeten we doen om de goede afslag te nemen, Beatrijs?'

Beatrijs: 'De fakkel hooghouden en strijden voor een sterke eerste lijn, zodat we de keuzevrijheid voor vrouwen behouden en onnodige medicalisering kunnen voorkomen. Een sterke eerste lijn kan verloskundigen in de tweede lijn ondersteunen in het versterken van hun positie in het ziekenhuis. Als onafhankelijke specialisten die een eigen financiering behouden. Want als ik weer onze collega's in het Engelse ziekenhuis erbij haal: zij doen al het werk, hebben niets te vertellen en krijgen veel te weinig betaald. Verloskundigen in de eerste lijn doen er goed aan zich te organiseren in zorggroepen en gezamenlijk afspraken te maken met zorgverzekeraars; dan is je onderhandelingspositie sterk. Laten we over de rand van de eigen praktijk heen kijken en de verantwoordelijkheid voelen om pal voor de eerste lijn te gaan staan. Nú is het moment.'

Paul: 'Goed je te horen strijden. Ik herinner me een vergadering van het dagelijks bestuur van de KNOV – jij was vice-voorzitter, ik was tweede secretaris – waarin ik vertelde voornemens te zijn om in mijn praktijk de vaginale transducer te introduceren. Jij vond dat het ergste wat je een vrouw kon aandoen. 'Help de vaginale transducers de wereld uit, om te beginnen uit Nederland', riep je.'

Beatrijs: 'Haha, is dat zo? Dat kan ik me niet eens herinneren en met mijn kennis van nu zou ik dat nu natuurlijk nooit meer zeggen. Ik kwam destijds denk ik op voor de ethiek binnen ons vak. Net als ik al mijn leven lang in binnen- en buitenland opkom voor de positie van de Nederlandse verloskundige. Zij vormt voor mij een onuitputtelijke bron van inspiratie. Wat in ons verloskundig systeem gebeurt, moet keihard gekoesterd worden. Juist door de verloskundigen zelf. Het werkt emanciperend voor vrouwen, mannen én kinderen en het is uniek in de Westerse wereld. Dat realiseren zich te weinig mensen.' ←

Continuïteit van verloskundigen-zorg bevorderen

TEKST TAMARA WARLICH

DAT IS HET DOEL VAN TWINNING BUITEN DE LIJNEN

Weet je het nog? Twinning is een crosscultureel, wederkerig proces waarbij twee groepen mensen samenwerken aan het bereiken van een gemeenschappelijk doel. In dit geval het verbeteren van de continuïteit van zorg aan zwangere vrouwen. De achtergrond van de vrouw (sociaal, cultureel en met of zonder medische indicatie) en de context van de verloskundigen neemt het Twinning-team hierin mee. Net als een optimalisatie van de samenwerking tussen verschillende groepen verloskundigen.

Met Twinning een laag dieper

Vanuit de verschillende verloskundige lijnen (eerste, tweede en derde) praten we al wel met elkaar en werken we ook al samen. Met Twinning willen we daar verder in gaan, een laag dieper. Dus niet enkel zakelijk contact, maar juist ook een verdieping in de ander om zo een stevige basis te leggen die ook voor de toekomst functioneel is. Dus waar lopen we nu tegenaan in onze eigen lijn waarin we werkzaam zijn? En hoe is dat van invloed op de samenwerking met collega's uit de andere lijnen? En welke inzichten hebben we vanuit die lijnen als het gaat om het verloskundige systeem, maar ook als het gaat om onze cliënten en om onszelf als zorgprofessional. Dat is de laag waar we met Twinning naartoe willen.

En het begin is er

Want op 18 juni was de aftrap! Deze eerste (online) bijeenkomst stond in het teken van kennismaking met elkaar en met Twinning. Ook de introductie over Midwife Led Continuity of Care door professor Ank de Jonge was een belangrijk onderdeel. En natuurlijk de bekendmaking van de Twins! Allemaal unieke persoonlijkheden uit de eerste, tweede en derde lijn van de verloskundige zorg die gekoppeld zijn aan elkaar. Daarvoor hebben we vooral gelet op de lijn waarin ze werkzaam zijn. Daardoor bestaat bijna iedere Twin uit twee personen van twee verschillende lijnen. Juist om al direct een brug te slaan naar het optimaliseren van de samenwerking en die diepere laag op te zoeken.

Zo staat het er nu voor

De afgelopen periode hebben de Twins vooral ingezet om elkaar beter te leren kennen. Eind september staat de tweede bijeenkomst gepland en ontmoeten we elkaar voor het eerst live. Dan maken we een start met de deelprojecten waar de Twins mee aan de slag gaan. De inhoud van deze projecten is dus gericht op die diepere laag van onze samenwerking. De tussentijdse en eindresultaten dragen zo bij aan de verbetering van de continuïteit van zorg aan vrouwen. ←

Meer weten over het project?
Check onze Twinning pagina of neem contact op met Liselotte Kweekel **(lkweekel@knov.nl).**

Wil je jouw wetenschappelijke artikel publiceren?

In iedere editie van De Verloskundige is ruimte voor één of meer wetenschappelijke artikelen. Wil je dat jouw artikel in De Verloskundige verschijnt en/of op de website tijdschrift.knov.nl? Houd je dan zo goed mogelijk aan de onderstaande richtlijnen; dat vergroot de kans op publicatie.

Aanleveren

Lever je idee/pitch voor een wetenschappelijk artikel in bij de redactie: redactie@knov.nl. Is de redactie enthousiast over het onderwerp? Lever dan je artikel aan.

Omvang

We houden een standaard van **1.400 tot 1.800 woorden** aan voor een wetenschappelijk artikel.

Een korter of langer artikel kan in sommige gevallen ook, als dat de kwaliteit en leesbaarheid van het artikel ten goede komt. Overleg dit dan met de redactie.

Opbouw

- ☐ Kop: doe een suggestie voor een kop en houd deze zo kort mogelijk. **Maximaal 10 woorden.**
- ☐ Intro: de intro is tussen de **35 en 70 woorden.**
- ☐ Broodtekst: gelieve deze logisch en overzichtelijk in te delen en met alinea's te werken.
- ☐ Tussenkoppen: gebruik in de broodtekst korte tussenkoppen van **± 20 tekens (inclusief spaties).**

Bronvermelding

Gebruik je bronnen in de tekst?

- ☐ Gelieve dit niet aan te geven met de voetnootfunctie van Word, maar gebruik te maken van getallen in superscript (of getallen tussen haakjes, dan passen wij het later aan).
- ☐ Referenties in Vancouverstijl, zie voor voorbeelden: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- ☐ Het correct (inhoudelijk) gebruik van referenties is de verantwoordelijkheid van auteurs.

Beeldmateriaal

Lever je foto's, figuren of ander beeldmateriaal aan? Hou je dan aan de onderstaande punten:

- ☐ Lever het bestand aan als jpeg.
- ☐ Zorg voor hoge resolutie van minimaal 300 dpi (2 MB of hoger).
- ☐ Zorg dat het beeld scherp is.
- ☐ Voeg in de begeleidende mail een beschrijving van het beeld toe.

Goed om te weten

Bij de beoordeling van (het wel of niet plaatsen van) artikelen, maakt de redactie de afweging of een artikel past bij deze editie, rekening houdend met de actualiteit, het magazinethema, andere artikelen in het tijdschrift, enzovoorts.

De redactie bewaakt de kwaliteit van het tijdschrift in tekst en beeld. Dat betekent dat teksten altijd geredigeerd worden en dat de redactie ervoor kan kiezen aangeleverd beeldmateriaal niet te gebruiken. Indien teksten dusdanig worden aangepast, dat de betekenis of boodschap verandert, dan stemt de redactie dit af met de auteur. Bij kleine tekst- en stijlwijzigingen gebeurt dit niet.

Tip bij het schrijven: kom snel to-the-point en gebruik korte, actieve zinnen.

VERLOSKUNDIGE ZORG DIE ERTOE DOET

Carola Groenen, voorzitter van de KNOV

Met onze mondkapjes op kijken de verkoopster en ik elkaar aan. Zij kijkt verrast, herkent mij en wordt emotioneel. 'Jouw ogen... Jouw blik... Daar hield ik me tijdens de geboorte van mijn zoon zo aan vast. 26 jaar is hij nu', vertelt ze. En ze voegt eraan toe dat ze nog steeds terugkijkt op een fijne bevalling. 'Die zal me altijd bijblijven.'

Als verloskundige heb ik het altijd een recht gevonden om bij zo'n indrukwekkend en intiem moment in iemands leven te mogen zijn. Van waarde kunnen zijn en het verschil kunnen maken in goede zorg, in de breedste zin van het woord. Onze verloskundige skills zijn al eeuwen oud, maar blijven actueel.

'Kansenongelijkheid ontstaat vaak al in de wieg' lezen we in de media. Onze gecombineerde medische en sociale zorg – zoals ook de visie van de KNOV beschrijft – voegt waarde toe aan de aanpak hierin. 'Persoonsgerichte zorg' of 'Person based care' is nu het thema in de zorg. Uitgaan van iemands behoeftes, voorkeuren, wensen en cultuur en de vrouw een actieve rol geven in de besluitvorming. Voor ons verloskundigen is 'naast de zwangere staan', ofwel 'persoonsgerichte zorg' al van oudsher onze werkwijze.

De waarde van de verloskundige is essentieel in de geboortezorg. Omdat het niet alleen om goede medische zorg gaat, maar om juist de veel bredere en persoonlijke zorg. En omdat een goede bevallingservaring en psychosociaal welbevinden belangrijk zijn voor de verdere gezondheid van moeder en kind. Dit is onze unieke verloskundige zorg. Zo zijn we opgeleid. Dit zijn onze onderzoeksthema's en onze kwaliteits- en kennisactiviteiten.

Voor alle vrouwen is het goed en belangrijk dat deze waarden steeds noodzakelijker en zichtbaarder worden. Dat er binnen de geboortezorg bredere aandacht is dan alleen goede medische zorg. Aandacht voor onze unieke persoonlijke verloskundige zorg. Verloskundige zorg die ertoe doet. Dat is onze waarde.

Carola Groenen

Verloskundigen reageren

OP HET ARTIKEL VAN ANK DE JONGE E.A.

Op pagina 6 las je het artikel van Ank de Jonge e.a. over waardegedreven zorg. Ze stelt dat de individuele behoeften van cliënten nog onvoldoende aandacht krijgen. Wat vinden verloskundigen daarvan? Vier verloskundigen én een cliënt lazen Anks artikel voor publicatie en deelden hun eigen ervaringen in een reactie.

Janneke Otten-van Rossum, verloskundige bij Radboud UMC

'Geboortezorg is in basis, evenals zuigelingenzorg, een ultieme vorm van preventieve geneeskunde, welke veel minder in aanzien staat dan curatieve zorg. Uniek voor de geboortezorg is dat het in het algemeen fysiologisch en weinig technisch is, waarbij de nadruk veel meer komt te liggen op waarden van menselijkheid, zorgzaamheid en vertrouwen, zoals Marian Verkerk (hoogleraar Zorgethiek aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, red.) terecht opmerkt. Deze laatste kwalitatieve waarden laten zich echter moeilijk kwantificeren. Daarom denk ik dat individuele aandacht, de basis van waardegedreven zorg, onvoldoende kan worden geëvalueerd. Gaat het om waarde in geld of om empathie in de zorg? Bovenstaande waarden zijn naast ervaring, gedegen kennis van fysiologie en longitudinale follow-up wél de kern van ons vak.

Ik werk in een derdelijns centrum, waarbij de focus bij het bepalen van de zorgpaden ligt op derdelijns zorg. Terwijl de zwangere in essentie nog steeds een vrouw is die een life event ervaart, los van de complexe zorgvraag. Wij leveren als klinisch verloskundige een grote bijdrage aan waardegedreven zorg, zowel in de uitvoering als in het creëren hiervan. Juist wij kunnen kijken naar wat wél mogelijk is binnen de complexe zorg, vanuit de behoefte van de zwangere.

Daarnaast zijn we ook in de positie om beleidmakers te blijven attenderen op een andere focus dan alleen geld en efficiëntie. Ook binnen onze afdeling is steeds meer aandacht voor het ontwikkelen van aspecten van waardegedreven zorg. Hierbij denk ik aan de POM poli (Poli Op Maat), het BAMI project (Baring Afmaken met Medische Indicatie) en het zorgpad geïntegreerde zorg vaginale baring na eerdere sectio.'

Bahareh Goodarzi, verloskundige, docent (AVAG), promovenda afdeling Verloskundige Wetenschap AVAG/Amsterdam UMC en lid werkgroep DIAD

'De duurzaamste weg naar waardegedreven zorg is ook de moeilijke, omdat deze gaat over iets wat structureel en onzichtbaar is: het bestrijden van ongelijke kansen op gezondheid. Volgens de auteurs zijn de meeste zwangeren overwegend gezond. Dat hangt ervan af hoe je gezondheid definieert.

Geboortezorgprofessionals worden geconfronteerd met ongezonde zwangeren die niet als zodanig worden erkend en/of waar in de zwangerschap weinig tot niets meer aan veranderd kan worden. Denk aan armoede, slecht onderwijs, lage gezondheidsvaardigheden, ongezonde leefstijl, racisme en homo-/transfobie. Deze zwangeren bevinden zich in een zichzelf versterkende cyclus, want ongezondheid draagt bij aan het in stand houden van deze omstandigheden. Deze problematiek vraagt om een duurzame en structurele oplossing: primaire preventie.

Bij preventie denken we vaak aan bijvoorbeeld vaccinatie en voorlichting. Maar het bestrijden van gezondheidsongelijkheid vraagt om een bredere en transdisciplinaire aanpak op verschillende niveaus. De geboortezorg focust zich nu op betere screening, diagnostiek en behandelmethoden van oorzaken van ongezondheid. Maar de aanpak van ongelijke kansen op gezondheid begint met zelfreflectie en bewustwording over hoe wij als beroepsgroep bijdragen aan het veroorzaken en in stand houden van ongelijke kansen en krijgt vervolgens vorm in onderwijs, onderzoek en zorg die beantwoordt aan de behoeften van het individu. Enkele voorbeelden van preventie in deze zijn: een inclusieve beroepsgroep; divers beeldmateriaal; ervaringsdeskundigen; cultuurmediators; tijd voor de zwangere en continuïteit van zorg. Het doorbreken van de cyclus van onrechtvaardige geboortezorg begint bij onszelf: dát is pas waardegedreven zorg.'

Lagere kosten

Efficiëntere zorg

Ellen Plaschek, praktijkhouder van Puur Vroedvrouwen

'Moeten we alles doen wat we kúnnen doen? Ik zie een toename – ook binnen mijn praktijk – van medicalisering. Echobiometrie omdat het kan; geeft dat betere uitkomsten, of zorgt het vooral voor veel onrust en onnodige medicalisering? Soms denk ik dat we voorbijgaan aan de bedoeling van ons werk. Zijn we nog wel in staat om te luisteren naar de vrouw? Of zijn we blind protocollen aan het maken en volgen?

En dan de eerste en tweede lijn. Dat is zorg achter elkaar, terwijl het zorg naast elkaar zou moeten zijn: samen voor de beste zorg. Zorg waarbij de individuele cliënt geholpen is. Individueel, omdat zorg voor iedereen anders is. Het lijkt simpel en een open deur, waarom plaatsen we de protocollen dan op zo'n voetstuk?

WHO publiceerde het prachtige document 'Positive Childbirth Experience'. Goed onderbouwd en sociaal-economische klassen overstijgend. Doen we niks mee! We blijven halsstarrig vasthouden aan preventive support of labour. Of de restanten ervan. We durven niet meer naar individuele parameters te kijken. Wat wil de moeder, de partner, hoe is de inschatting van de foetale conditie? Dit is een gemiste kans.

Voor mij is waardegedreven zorg, zinnige en zuinige zorg. Waar het kan in de eerste lijn. Waar het moet samen met de tweede lijn, maar dan wel in overleg met de zwangere vrouw. Niet vanuit angst, maar vanuit vertrouwen en zonder de realiteitszin uit het oog te verliezen. Er is geen moeder die niet het beste voor haar kind wil en er is geen vroedvrouw die opstaat om een inschattingsfout te maken. Terug naar de bedoeling. Ik realiseer me bij het schrijven hiervan dat ons streven naar waardegedreven zorg de reden is dat we in onze praktijk met positieve gezondheid zijn begonnen. Dat helpt om aandacht te hebben voor de vraag achter de vraag.'

Dieuwke Ottens, praktijkhouder Verloskundigenpraktijk De Verbinding en consulent seksuele gezondheid NVVS

'Dit jaar ben ik twintig jaar werkzaam als verloskundige en heb ik zo'n 1.300 baringen begeleid. In juli 2020 kreeg ik de mogelijkheid al mijn opgedane ervaring om te zetten naar een eigen visie in een nieuwe praktijk. Uitgangspunt was om mij niet te laten beperken door de huidige kaders binnen de geboortezorg, maar om de zorg te verbreden en verbanden te leggen die lijn- en beroepsoverstijgend zijn. Met als doel een prettige ervaring en goede zorg voor mijn cliënten en hun partners, maar ook voor mij en mijn collega's.

Binnen onze populatie hebben wij te maken met een substantieel aandeel cliënten met een afstand tot de gezondheidszorgmarkt. Cliënten die misschien niet van huis uit meekregen wat een gezonde leefstijl kan opleveren, die de financiële mogelijkheden niet hebben om een sportclub te bezoeken of die onze visie niet kunnen lezen, omdat zij net in Nederland wonen. Net als 'gewone' cliënten, willen zij een goede start voor hun kind.

Concreet betekent onze zorg dan ook: 'Wij kennen onze cliënten en zij kennen ons'. Met een team van twee mensen, kun je echt een band opbouwen. We bieden zorgpaden op maat, maatwerk op basis van de positieve gezondheid principes en continue begeleiding gedurende de baring. Dit is de basis binnen onze zorg, ook als er een overdracht heeft plaatsgevonden, en niet alleen als de dienst het toelaat. Focus op preventie en leefstijl. Natuurlijk is er een basis die de zorgverlening werkbaar houdt, maar de vraag en de wens van cliënt en partner en persoonlijke afstemming gaan boven onze persoonlijke agenda's of schema's. Wij koppelen medisch aan sociaal domein en vice versa. En we participeren binnen wijkgerichte initiatieven. Wij zien dat het werkt: voor onze cliënten en voor onszelf. Is een praktijk van zestig cliënten per maand met een team van zes verloskundigen dan slechte zorg? Nee, het gaat om de keuze die je maakt, passend bij je individuele wensen als praktijk en je visie op de verloskunde. Juist de diversiteit aan praktijken zorgt ervoor dat we een diversiteit aan cliënten kunnen begeleiden.

Beste Ank en collega's. Hartelijk dank voor dit inspirerende artikel. En aan ons de taak om dit theoretisch kader samen met cliënten, partners en innovatieve en visionaire collega's verder te blijven vertalen naar praktisch toepasbare zorg voor ons allemaal.'

Rosalinde Slot, cliënt

'In 2021 ben ik thuis bevallen van mijn eerste gezonde zoon. De bevalling werd gecompliceerd door een retentio placentae, maar later kwam deze alsnog spontaan in het ziekenhuis. Toen ik de rekening van de zorgverzekeraar ontving verbaasde het mij dat voor de maandenlange, zorgvuldige zorg die ik van mijn verloskundigen ontving relatief veel minder geld werd uitgekeerd, dan aan het ziekenhuis waar ik enkele uren ben geweest en waar geen ingrepen zijn uitgevoerd.

Het artikel over waardegedreven zorg stemt mij blij, vooral omdat het benadrukt hoe belangrijk het is dat de zwangere centraal staat. Dit betekent voor mij niet dat voorbijgegaan moet worden aan het professionele oordeel van de verloskundige of gynaecoloog, bijvoorbeeld tijdens een bevalling, maar dat de voor de zwangere belangrijke waarden serieus genomen dienen te worden. Ik realiseer me dat deze waarden niet altijd goed meetbaar zijn. Tijdens mijn zwangerschap en bevalling heb ik de concepten van continuïteit van zorgverlener en watchful attendance op een positieve manier ervaren. Ik denk dat ik daarom thuis bevallen ben, terwijl ik dit van tevoren niet per se van plan was. Mijn verloskundige gaf mij zekerheid dat pijnstilling of een ziekenhuisbevalling tot de mogelijkheden behoorde als ik dat wilde, maar niet nodig was. Ik kijk dan ook terug op een zeer bijzondere bevalervaring. Ik denk dat continuïteit van zorg en watchful attendance bijdragen aan het verminderen van het aantal (onnodige) ingrepen en dus kostenbesparend zijn, maar bovenal bijdragen aan een gevoel van autonomie van de zwangere die in haar kracht staat.' ←

Betere gezondheid

MBV... ook uw financieel specialist?

Sinds jaar en dag zijn wij gespecialiseerd in ***medische beroepen***. Zo begrijpen wij het denken en handelen van ***verloskundigen*** als geen ander. Wij voorzien u van deskundig advies en nemen u op financieel en fiscaal gebied veel werk uit handen. U zorgt voor uw cliënten, wij ontzorgen u. Zoals met de MBV-app, hiermee kunt u eenvoudig uw administratie bijhouden. Deze app is beschikbaar in de app stores:

jaarverslagen
belastingen
praktijkadvisering
financiële planning
(scheidings) mediation
hypotheken

t 033 456 51 47

management
begeleiding
vrije beroepen

Ds. Kuypersstraat 14T
3863 CA Nijkerk
www.mbv-nijkerk.nl

REGISTER BELASTING ADVISEURS

MfN REGISTERMEDIATOR

RFBA

GECERTIFICEERD FFP FINANCIEEL PLANNER

Mobiele echografie

POORTMAN

Poortmanultrasound.com

Verkorte productinformatie Mirena®
Samenstelling: Mirena is een hormonaal intra-uterien systeem met een depot van 52 mg levonorgestrel. **Indicaties:** Anticonceptie (na 6 jaar vervangen); behandeling van versterkt menstrueel bloedverlies of menorragie (na 5 jaar vervangen); progestageen adjuvans ter voorkoming van endometriumhyperplasie tijdens oestrogeentherapie in de peri- en postmenopauze (na 3 jaar vervangen). **Contra-indicaties:** Zwangerschap of het vermoeden ervan; aanwezigheid of vermoeden van mammacarcinoom of andere geslachtshormoonafhankelijke maligne aandoeningen; acute, subacute of chronische ontstekingen in het kleine bekken, ook in de anamnese; cervicitis; genitale infecties, SOA; endometritis post partum; in de afgelopen 3 maanden: een abortus gecompliceerd door een infectie; aandoeningen die chronisch met een verminderde weerstand gepaard gaan of die als gevolg van bacteriëmie kunnen verergeren (kleppafwijkingen, aangeboren hartafwijkingen); cervidysplasie; bevestigde maligniteit van het corpus uteri of van de cervix, of het vermoeden daarvan; abnormale vaginale bloeding waarvan de diagnose (nog) niet is vastgesteld; congenitale of verworven anatomische afwijkingen van de uterus, waaronder myomen, indien het cavum uteri hierdoor wordt verwormd; acute aandoeningen van de lever of levertumoren; overgevoeligheid voor een van de bestanddelen. **Waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Mirena is niet de eerste keuze voor postmenopauzale vrouwen met gevorderde uteriene atrofie. Wanneer bij de behandeling van versterkt menstrueel bloedverlies de bloeding niet tot staan komt, of wanneer er sprake is van zware doorbraakbloedingen, moet met een andere (bijvoorbeeld organische) oorzaak van de bloeding rekening worden gehouden. Onregelmatige bloedingen kunnen sommige symptomen en aanwijzingen voor endometriumpoliepen of -carcinoom maskeren. Tijdens het inbrengen resp. verwijderen kan de patiënte als gevolg van een vasovagale reactie flauwvallen tijdens de ingreep en bij epilepsiepatiënten kan er een insult optreden. Tijdens het eerste jaar van het gebruik ontwikkelt zich bij 57% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd geleidelijk een oligomenorroe, en bij 16% een amenorroe. Tegen het einde van het zesde jaar van het gebruik wordt door respectievelijk 31% van de Mirena-gebruiksters oligomenorroe en door 24% amenorroe ervaren. Bij recidiverende endometritis of ontstekingen in het kleine bekken, of als een acute infectie ernstig is of niet binnen enkele dagen op een behandeling reageert, moet het IUD worden verwijderd. Bloedingen en pijn kunnen symptomen van partiële of volledige expulsie van een IUD zijn. Een IUD dat zich niet meer op de juiste plaats bevindt, moet worden verwijderd en vervangen. Zowel het geven van borstvoeding ten tijde van de insertie als insertie tot 36 weken post partum werden geassocieerd met een verhoogd risico op perforatie. Het risico op perforaties kan ook verhoogd zijn bij vrouwen met een uterus in retroversie-flexie. Het IUD moet in geval van perforatie zo snel mogelijk worden verwijderd. De mogelijkheid van een ectopische zwangerschap moet worden overwogen in geval van lage abdominale pijn, en met name als de menstruatie uitblijft of als een vrouw met amenorroe begint te bloeden. Het absolute risico van ectopische zwangerschap bij Mirena-gebruiksters is klein. Echter, als een vrouw met Mirena *in situ* zwanger raakt, is het relatieve risico van ectopische zwangerschap verhoogd. Bij zwangerschap tijdens het gebruik moet ectopische zwangerschap worden uitgesloten en moet het systeem zo snel mogelijk worden verwijderd. **Bijwerkingen:** *Zeer vaak:* hoofdpijn, buikpijn/pijn in het kleine bekken, veranderd menstruatiepatroon inclusief toename en afname in menstrueel bloedverlies, spotting, oligomenorroe en amenorroe, vulvovaginitis, vaginale afscheiding. *Vaak:* depressieve stemming/depressie, zenuwachtigheid, verminderd libido, migraine, duizeligheid, misselijkheid, acne, hirsutisme, rugpijn, benigne ovariaal cyste, dysmenorroe, gevoelige borsten, pijn in de borsten, expulsie van het IUD (geheel of gedeeltelijk), gewichtstoename. *Soms:* opgeblazen gevoel, alopecia, pruritus, eczeem, chloasma/huidhyperpigmentatie, uteriene perforatie, ontstekingen in het bekken, endometritis, cervicitis/Pap-smear normaal (klasse II), oedeem. *Onbekend:* hypersensitiviteit, inclusief huiduitslag, urticaria en angio-oedeem, verhoogde bloeddruk. **Handelsvorm:** Verpakking met 1 IUD. **Nummer van de vergunning:** RVG 16681. **Vergunninghouder:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht. **Verdere informatie beschikbaar bij:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666. **Afleveringstatus** U.R. **Datum van goedkeuring/herziening van de SmPC:** 12 mei 2021. **Versie:** juli 2021. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.

MA-MIR-NL-0003-4

BAYER

Mirena® Intra-uterien systeem 52 mg levonorgestrel

Verkorte Productinformatie Kyleena™ 19,5 mg, afleveringsysteem voor intra-uterien gebruik
Samenstelling: *Werkzame stof:* bevat 19,5 mg levonorgestrel. *Hulpstoffen:* Polydimethylsiloxaan elastomeer, siliciumdioxide (colloidaal watervrij), polyethyleen, bariumsulfaat, polypropyleen, koperftalocyanine, zilver. **Indicatie:** Anticonceptie voor maximaal 5 jaar. **Contra-indicaties:** Zwangerschap; acute of terugkerende PID (pelvic inflammatory disease) of aandoeningen die geassocieerd zijn met een verhoogde kans op infecties in het kleine bekken; acute cervicitis of colpitis; endometritis post partum of geïnfecteerde abortus gedurende de afgelopen drie maanden; cervicale intra-epitheliale neoplasie, tot genezing; maligniteit van uterus of cervix; progestageen-gevoelige tumoren, bijv. borstkanker; abnormaal uterien bloedverlies met onbekende oorzaak; congenitale of verworven uterusanomalie, waaronder myomen die het inbrengen en/of vasthouden van het intra-uteriene systeem zouden belemmeren (d.w.z. als zij de baarmoederholte vervormen); acute leveraandoeningen of levertumor; overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Indien één of meerdere van de volgende aandoeningen bestaan of voor het eerst optreden een specialist consulteren of verwijdering overwegen: migraine, focale migraine met asymmetrisch verlies van gezichtsvermogen of andere symptomen die wijzen op voorbijgaande cerebrale ischemie; uitzonderlijk ernstige hoofdpijn; geelzucht; duidelijke bloeddrukverhoging; ernstige arteriële ziekte, bijvoorbeeld beroerte of myocardinfarct. De bloedglucosespiegel dient te worden gemonitord bij gebruiksters van Kyleena die lijden aan diabetes. Het inbrengen en verwijderen kan gepaard gaan met enige pijn en bloeding. De ingreep kan een vasovagale reactie bespoedigen. Bij zwangerschap tijdens het gebruik moet ectopische zwangerschap worden uitgesloten en moet het systeem zo snel mogelijk worden verwijderd. Effecten op het menstrueel bloedingspatroon zijn bij de meeste gebruiksters van Kyleena te verwachten. Als het bloedverlies in de loop van de tijd heviger en/of onregelmatiger wordt, dienen passende diagnostische maatregelen te worden genomen. Zoals tijdens het gebruik van alle typen IUS/IUD zijn infecties in het kleine bekken gemeld. Zoals bij andere gynaecologische of chirurgische procedures kan na insertie van een IUD een ernstige infectie of sepsis optreden, hoewel ditzeer zeldzaam is. In klinische onderzoeken was de incidentie van expulsie laag en in hetzelfde bereik als de incidentie die voor andere IUD's/IUS en is gerapporteerd. Een partieel uitgedreven Kyleena dient te worden verwijderd. Perforatie of penetratie van het corpus uteri of de cervix door een intra-uterien anticonceptivum kan voorkomen. Bij eventuele perforatie een dergelijk systeem verwijderen; operatief ingrijpen kan noodzakelijk zijn. Zowel het geven van borstvoeding ten tijde van de insertie als insertie tot 36 weken post partum werden geassocieerd met een verhoogd risico op perforatie, evenals een uterus in vaste retroversie-flexie. Als de draadjes voor het verwijderen bij follow-uponderzoek niet zichtbaar zijn bij de cervix, moeten onopgemerkte expulsie en zwangerschap worden uitgesloten. **Bijwerkingen:** *Zeer vaak:* hoofdpijn, buikpijn/pijn in het kleine bekken, acne/seborroe, veranderingen in het bloedingspatroon, waaronder meer of minder menstruatiebloedingen, spotting, soms optredend bloedverlies en amenorroe, ovariumcyste, vulvovaginitis, gewichtstoename. *Vaak:* depressieve stemming/depressie, verminderd libido, migraine, duizeligheid, misselijkheid, alopecia, infectie van het bovenste deel van het tractus genitalis, dysmenorroe, pijnlijke of gevoelige borsten, expulsie van het systeem (volledig en partieel), afscheiding uit de geslachtsorganen. *Soms:* hirsutisme, uteriene perforatie. **Handelsvorm:** 1x1 IUS. **Nummer van de vergunning:** RVG 118462. **Vergunninghouder:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht. **Verdere informatie beschikbaar bij:** Bayer B.V, Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666 **Afleverstatus:** U.R. **Datum goedkeuring/herziening van de SmPC:** 12 mei 2021. **Versie:** juli 2021. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.

MA-KYL-NL-0007-3

BAYER

Kyleena™ INTRAUTERIEN SYSTEEM 19,5 MG LEVONORGESTREL

Webinar Waardegedreven zorg op 28 september

28 september van 19.30 tot 21.00 uur presenteert het CPZ de ontwikkelingen en resultaten van twee programma's op het gebied van waardegedreven zorg in de geboortezorg. Er zijn veel nieuwe ervaringen opgedaan met deze nieuwe manier van werken waarbij het écht luisteren naar de cliënt en het leren en verbeteren centraal staan. In dit webinar delen de projectleiders van de projecten BUZZ en 'Samen Beter' hun learnings en ervaringen. Scan de code om je aan te melden.

Laatste deelnemer Dr. Terburghfonds overleden

Mevrouw Van de Vijver is 22 augustus 2021 op 91-jarige leeftijd overleden. Zij was de laatste begunstigde van het Dr. Terburgfonds. Het fonds, een ondersteuningsfonds voor oudere en behoeftige vroedvrouwen, werd vorig jaar opgeheven omdat nog weinig dames er gebruik van maakten. Margreeth van der Kwast van het voormalig Terburghfonds zegt: "We mogen heel blij zijn dat ons fonds niet meer nodig is. Mevrouw van de Vijver moest onder erbarmelijke omstandigheden op haar fietsje langs al haar cliënten. Zelfs toen ik het werk voor het fonds twintig jaar geleden op me nam, waren er acht vrouwen die van hun aow moesten rondkomen. Een wereld van verschil met hoe het nu geregeld is." Toen het Dr. Terburghfonds ophield met bestaan, nam de KNOV de zorg voor mevrouw Van de Vijver over. Wij wensen haar nabestaanden veel sterkte.

Lees het artikel dat vorig jaar verscheen over het Dr. Terburghfonds via de QR-code.

Fase 1 website dit najaar afgerond

Bij het ter perse gaan van dit nummer werkten wij nog volop aan de verbetering van de website van de KNOV. Dit najaar ronden we fase 1 af: de site is toegankelijker en gestoken in een modern jasje. Met meer mogelijkheden voor het personaliseren van nieuws en agenda en een rechtstreekse toegang tot het actuele scholingsaanbod, registers en vacatures. Je kunt ook andere dan waarneemvacatures plaatsen. Op Mijn KNOV vind je jouw belangrijke gegevens en er komt een handige samenwerkingsapp voor de werkgroepen. Ook hebben we de PIL-pdf omgezet naar een aparte website met alle voordelen van dien. Houd je mailbox in de gaten voor de precieze datum van de omschakeling. De eerste keer dat je inlogt word je gevraagd je wachtwoord aan te passen. Fase 2 is het verder actualiseren van de inhoud, dit is een langduriger traject, denk o.a. aan het actualiseren van wetenschappelijke inzichten, standpunten en richtlijnen.

Twee nieuwe wetenschappelijke adviezen

Onze wetenschappelijk adviseurs hebben niet stil gezeten. Een aantal van hun adviezen vind je op pagina 74. Daarnaast zijn (via de code) twee recente wetenschappelijke artikelen verschenen over de foleykatheter en AROM buiten het ziekenhuis en over Aspirine en bloedverlies.

De KNOV feliciteert alle nieuwe verloskundigen en heet hen van harte welkom in onze beroepsgroep!

Geslaagd

TEKST ACADEMIES

ACADEMIE VERLOSKUNDE MAASTRICHT (AV-M)

Demi Aarts, Anne Abels, Christianne Adetona, Emma Bakker, Diede Bronkhorst, Jolene Damoiseaux, Dette van der Heijden, Elrieke van Hunen, Hanneke Steinmann

Kimberly Scott, Kiki Dollevoet, Iris Hazeleger, Trisha Joosten, Maud de Mönnink, Jasmijn Naus, Fleur Peeters, Pleun Smit, Anisa Vossen

Myrthe van den Berg, Maud van den Boomen, Eefje Bossink, Ester van den Broek, Kim Feleus, Iris Rommen, Marije Vellinga, Romi Vroemen, Merel van Zutphen, Krissie Houterman

VERLOSKUNDIGE ACADEMIE ROTTERDAM (VAR)

Eva Hiep, Liselot van den Hurk, Roos Pekaar, Louissienne Troncon, Sisel Verbeek, Nadine Vink, Roos van de Berg, Michaela de Wit, Guusje Poolman, Brechtje Geers, Sandra Kunst, Jaymie van Loenen, Nora Kwakernaak, Arwen Zwijnenberg, Ilse van Oosterom, Anna Westerbeke, Laure Kelder, Rosemarie Kuijt, Priscilla Opoku, Kirsten van Niedek, Jantine Schild, Mila van der Beek, Merel den Besten, Elzelien Breukel, Desteney de Bruin, Dide Colak, Anniek Hartog, Marleen de Kievit, Laura Lust, Luca Metselaar, Hanneke de Mooij, Merel Taal, Miriam Vega, Kim Visser, Janine Voordendag, Lina Wang, Esther Zwaal, Melissa Zwalua

ACADEMIE VERLOSKUNDE – AMSTERDAM EN GRONINGEN (AVAG)

Groningen
Anne Beijen, Iris Homan, Nienke de Haan, Elise van Benthem, Milou Schepers, Julia Zwiers, Nienke Boersma, Emily Tros, Hetty Stienstra, Ilse Drijfhout, Anouk Schagen, Marit Kenter, Anna-Gré Idsinga, Lidewij Bangma, Lisa Roebersen, Hieke Aman, Rebecca Tijhof, Liz Wijlens, Julian Huijgen, Loes Adema, Grace Walinga,

Amsterdam
Samar Ebrahim, Elianne van Randen, Davita van den Heuvel, Kaylee Haneveld, Claire van Hemel, Maxime Cenin, Britt van de Polder, Sam van der Zee, Tamar Nelson, Mandeepika Singh, Anika Mesman, Tisha den Otter, Nienke van Breda, Simone Bothe, Amylie Jansen, Saskia van Bronswijk, Jessica Hillebrand, Fleur Winkel, Jol Breukers, Alida Roskam, Ester Verhoeven, Arjanne Verbeek, Caren Hakkenberg, Sthéfanne van Nes, Oumaima Tagnaouti Moumnani, Samira Mijnen, Esmée HellingSimone Meier, Wil-Anne Schut, Bente Meijerink, Sara Nasser, Marloes van der Beek, Ira-Lisa ter Beek, Belinda van der Klis, Margaret Hoezen, Julia Aartse, Annemijn de Haas, Kelsey Helling, Monique Reijn, Melissa Blom, Anne Fleur de Gans, Debra de Gruijter, Nikki Oosterveen, Frances van den Brakel, Eline Blomberg, Marlijn Kranendonk, Sharon Sijlbing, Madyasa Vijber, Simone Lagerwaard, Jasmine de Vries

Een selectie van de gediplomeerden die afstudeerden aan de MPA-KV bij de Hogeschool Rotterdam. Zij dragen nu de internationaal erkende titel Master of Science (MSc).

MASTEROPLEIDING PHYSICIAN ASSISTANT – UITSTROOMPROFIEL KLINISCH VERLOSKUNDIGE (MPA-KV)

Berna Dictus	Ikazia Ziekenhuis Rotterdam
Nicole ter Huurne	Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk
Mireille Post	Tjongerschans ziekenhuis Heerenveen
Femke Bouma	Tjongerschans ziekenhuis Heerenveen
Keetje van der Klooster – Peters	Amphia Breda
Isabelle Grillis – Bakker	Leids Universitair Medisch Centrum Leiden
Malou Hommes	Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar
Danielle Bais	Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar
Michelle Nieuweboer	Dijklander Ziekenhuis Hoorn-Purmerend
Simone Cobelens	OLVG -West Amsterdam
Esther Wesselink	Deventerziekenhuis Deventer
Els Kruit	Deventerziekenhuis Deventer
Evelyne van Driel	EramusMC Rotterdam
Hanneke Munten – van Dijk	RadboudUMC Nijmegen
Audrey Collignon - Leenders	RadboudUMC Nijmegen
Elke Lindenbergh – van der Koelen	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis Goes
Maud de Winter – Visser	Diakonessenhuis Utrecht
Anita Nijkamp – Bettman	Ziekenhuisgroep Twente Almelo
Nina van Dijk	Hagaziekenhuis Den Haag
Carolien Schockman	Hagaziekenhuis Den Haag (opleiding) ZGT Almelo (nu)
Louisa Hoogmoed	Zaans Medisch Centrum Zaandam
Marjo Nissinen	Medisch Spectrum Twente Enschede
Nikki van Herk	IJsselland Ziekenhuis Cappelle aan den IJssel
Margot de Moor	Bravis Bergen op Zoom
Manon Michielsen-Jacobs	Bravis Bergen op Zoom
Vivian Hofman	Groene Hart Ziekenhuis Gouda
Anouk Mertens	Elkerliek Ziekenhuis Helmond
Relinde Paters	Zuyderland Sittard
Jorien Cleveringa	Nije Smellinghe Drachten

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Universitaire Masterstudie

Evidence Based Practice in Health Care MSc/Drs

Start 20e academisch jaar september 2021

Tweejarige universitaire deeltijd masterstudie tot klinisch epidemioloog (medisch wetenschappelijk onderzoeker).

Bridging health care and science

- een eersteklas carrièrestap als startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau
- modern en actueel onderwijs met een multidisciplinaire benadering
- (inter)nationaal gerespecteerd en NVAO-geaccrediteerd
- voor medici, paramedici, promovendi, verpleeg- en verloskundigen

Voor contact, voorlichtingsdata, informatie en aanmelding:
www.amc.nl/masterebp

Een TENS-apparaat wordt gebruikt voor verschillende vormen van pijnverlichting. De GeboorteTENS wordt vooral gebruikt ter verlichting van weeënpijn tijdens de bevalling. Deze vorm van pijnverlichting is zowel thuis als in het ziekenhuis toepasbaar. De GeboorteTENS heeft geen schadelijke gevolgen, het gebruik heeft geen invloed op de hartslag, bloeddruk en ademhaling van moeder en kind.

Informatiemateriaal

Het volgende materiaal (Nederlands en Engels) is via info@geboortetens.nl beschikbaar voor informatieavonden en cursussen

- GeboorteTENS folder
- Informatievideo
- Gebruikshandleidingen

GeboorteTENS
comfortabel, effectief en eenvoudig

Langakker 5c • 5371 EV Ravenstein
Telefoon: (0486) 41 72 20
E-mail: info@geboorteTENS.nl
www.geboorteTENS.nl

Miskraambegeleiding Nederland

Vrouwen met een miskraam goed begeleiden

Doe mee aan de nascholing!
Kan op locatie & via zoom.
Accreditatie KNOV, NVOG & BEN.

www.miskraambegeleiding.nl

ECHOXPERT ACADEMY

Hands-on trainingen echoscopie

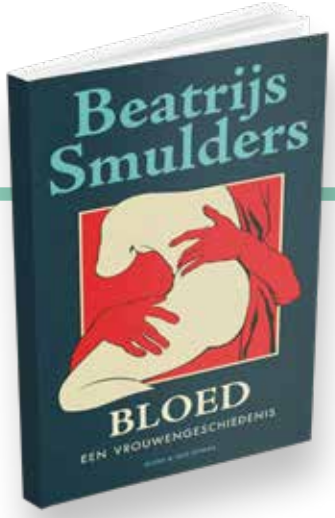
- Praktijkgericht en kleinschalig
- Elk opleidingsniveau
- Op locatie naar keuze
- Gevarieerd aanbod:

vitaliteit & datering, biometrie optimalisatie en logboektraining

Echoscopie is doen!
Kwaliteit verbeteren is samen doen!

Oeverpad 300, 1068 PJ Amsterdam; 020-8208617; training@echoxpert.nl
Info: www.echoxpert.nl/trainingscentrum/

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE



BLOED

EEN VROUWENGESCHIEDENIS 1

In een driedelige boekenserie vertelt Beatrijs Smulders over haar levenslange zoektocht naar seks en liefde, en naar de geheimen van het vrouwelijk lichaam. In dit eerste deel ontdekt de jonge Beatrijs haar lichaam en haar seksualiteit. Haar nieuwsgierigheid naar het vrouwenlichaam en de voortdurende dreiging van misbruik leidt haar naar de studie Verloskunde. Michelle ten Berge zegt op het Inspiratienetwerk voor KNOV-leden: 'Zeker voor de jongste generatie verloskundigen en VIO's is het een prachtig overzicht van de ontwikkelingen binnen de verloskunde en het feminisme sinds de Tweede Wereldoorlog. En dan beschreven in de context van een persoonlijk verhaal dat leest als een roman.'

AUTEUR: BEATRIJS SMULDERS
UITGEVER: NIJGH & VAN DITMAR
ISBN: 9789038808512
PRIJS: € 22,50

SORRY DAT IK JE WAKKER BEL

HET LEVEN VAN EEN VERLOSKUNDIGE

Wat te doen als de vader in spe corona blijkt te hebben, en het drukker is dan ooit op de praktijk vanwege de corona-babyboom? Marlies Koers deelt haar ervaringen als verloskundige met een breed publiek. Ze studeerde in 2013 af aan de Verloskunde Academie in Groningen. Ze werkt als verloskundige in haar eigen praktijk, is columniste voor WIJ Jonge Ouders en organiseert workshops op het gebied van verloskunde. In 2020 verscheen haar eerste boek: Dagboek van een verloskundige.

AUTEUR: MARLIES KOERS
UITGEVER: SPECTRUM
ISBN: 9789000372355
PRIJS: € 20,99

AUTEUR: UWE PORTERS
UITGEVER: BORGERHOFF & LAMBERIGTS
ISBN: 9789463933513
PRIJS: € 21,50

VERLOST, EN NU?

GROEIPIJNEN VAN EEN MOEDER

In 2019 publiceerde Uwe Porters haar bestseller 'Verlos ons', waarin ze verhalen uit de verloskamer deelde. In 'Verlost, en nu' deelt ze haar ervaringen als moeder. Ze schrijft over de periode die start vlak na de verlossing, over hoe allesoverheersend mooi en tegelijkertijd verlammend die kan zijn. Uwe diept het begrip 'postpartum' in al zijn facetten uit, tot wat het is, wat het kan zijn en wat het zou moeten zijn. Ze bespreekt taboes zoals bezoek in je kraamperiode en verschillende vormen van mentale veranderingen, maar bovenal wil ze een schouder bieden om op te leunen. Een openhartig en herkenbaar boek over de groeipijnen van een moeder.

Patricia Jansen:

'LIJNOVERSTIJGENDE SAMENWERKING ONMISBAAR VOOR PREVENTIE'

TEKST VRHL CONTENT EN CREATIE

Begin dit jaar startte Patricia Jansen als Senior Programma Manager (SPM) op het dossier Preventie bij de KNOV. In de tussentijd heeft ze al veel op de rit gekregen. 'Ik moet opletten dat ik niet meteen álles wil oppakken.'

'Gezondheidszorg heb ik altijd interessant gevonden. Na mijn middelbare school twijfelde ik om de studie Gezondheidswetenschappen te gaan doen, maar koos uiteindelijk voor Milieu-epidemiologie. Ook tijdens die studie bleef het gezondheidsaspect me trekken. Mijn promotieonderzoek deed ik naar het effect van luchtverontreiniging op het ontstaan van allergieën en astma bij kinderen in de basisschoolleeftijd.'

Verbinder

'Direct na mijn studie ging ik werken bij een districts huisartsen vereniging (DHV, hier zijn de huidige ROS'en uit ontstaan). Toen Ziekenhuis Rivierenland in Tiel iemand zocht die de samenwerking tussen huisartsen en het ziekenhuis kon verbeteren, heb ik daar gesolliciteerd. Veertien jaar was ik eerstelijnscoördinator, met als doel ervoor te zorgen dat de eerste en tweede lijn elkaar makkelijker konden vinden. Ik faciliteerde de verbinding en hield me onder andere bezig met de regionale transmurale afspraken die de huisartsen en het ziekenhuis maakten. En met het ontsluiten van meer diagnostiek voor de huisartsen, waardoor ze bijvoorbeeld voor een inspannings-ECG niet meer naar de cardioloog hoefden te verwijzen, maar deze diagnostiek onder eigen verantwoordelijkheid zelf konden aanvragen. Ik was in dienst van het ziekenhuis, maar vooral aan het begin zagen de ziekenhuismedewerkers mij als iemand 'van de huisartsen'. Ik heb me altijd onafhankelijk opgesteld en heb samen met mijn team een mooie samenwerking teweeggebracht. Compleet met een tweejaarlijkse nascholing, website, app met alle transmurale afspraken en een smoelenboek. En vooral: korte lijnen.'

Inhoudelijk niveau

'Na twee functies bij huisartsenzorggroepen, hoorde ik eind vorig jaar over de openstaande vacature bij de KNOV. Het duale aspect van de functie sprak me aan; als landelijke vereniging zit je dichter bij het vuur waardoor je meer van betekenis kunt zijn en voor – en met – leden werkt. En tegelijkertijd werk je op regionaal niveau door het contact met je 'eigen' regio. Waarbij je behoorlijk de diepte en inhoud kunt opzoeken. Ook was ik erg geïnteresseerd in hoe de geboortezorg voor elkaar leek te hebben wat in de chronische zorg nog niet lukt, namelijk een regionale organisatie met populatiebekostiging.'

Van patiënt naar cliënt

'Bij de start begin dit jaar was ik verbaasd over het lage percentage bevallingen dat nog thuis plaatsvindt. Toen ik zelf beviel van mijn twee zonen, die nu de puberleeftijd hebben, was in mijn ogen thuisbevallen de norm, en ging je alleen naar het ziekenhuis als het niet anders kon. Nu lijkt dit andersom. En tegenstrijdig aan het werkveld waaruit ik kom; in de chronische zorg, in de ouderenzorg, eigenlijk bij alles wordt er nu tussen eerste en tweede lijn steeds meer gefocust op juiste zorg op de juiste plek (JZOJP), waarbij er steeds meer

DE BOEKENKAST VAN PATRICIA

Heb je ooit een Teams-gesprek met Patricia gevoerd? Dan zag je waarschijnlijk haar boekenverzameling als achtergrond. 'Ik ben zo iemand die als de bibliotheek een opruiming houdt en alle boeken voor één euro wegdoet, met tassenvol thuiskomt.' Haar huidige top tien boeken op een rij:

1. **Sapiens - Yuval Noah Harari**
2. **In de zee zijn krokodillen, het waargebeurde verhaal van Enayatollah Akbari – Fabio Geda**
3. **Het verboden rijk (en alle andere boeken van) – J. Slauerhoff**
4. **Papegaai vloog over de IJssel – Kader Abdolah**
5. **De blikken trommel – Günther Grass**
6. **Anna, Hanna en Johanna – Marianne Fredriksson**
7. **De grot van de gele hond – Byambasuren Davaa, Lisa Reisch**
8. **De geluiden van de eerste dag – A. Koolhaas**
9. **Wild – Cheryl Strayed**
10. **Achter de rug van God – Thijs Feuth**

PATRICIA JANSEN

Senior Programma Manager
DOSSIER: Preventie
REGIO: Zuidoost
pjansen@knov.nl

zorg 'naar beneden zakt'. We proberen zorg uit het ziekenhuis te krijgen de wijk in, daar waar dat verantwoord is. In de geboortezorg lijkt het tegenovergestelde aan de gang te zijn, met het risico op medicalisering. Ik wil me bij de KNOV graag hard maken om dit proces bijgestuurd te krijgen. Terug naar het mantra dat een zwangere vrouw een cliënt is tenzij het tegendeel is bewezen, in plaats van een patiënt tenzij het tegendeel is bewezen. Met daarbij een duidelijke en geformaliseerde rol voor de klinisch verloskundige, en een goede samenwerking met niet alleen het ziekenhuis en de kraamzorg, maar ook het sociaal domein en andere eerstelijnspartners.'

Positieve Gezondheid en Kansrijke Start

'Het eerste half jaar heb ik veel tijd gestoken in het inwerken op Kansrijke Start. Het is een actieprogramma van de overheid, waarbij gemeenten subsidie kunnen aanvragen voor een lokale coalitie. Maar ook op landelijk niveau is VWS druk met wat ze noemen de 'borgingsagenda'. Vanuit de KNOV probeer ik bij de juiste onderwerpen aan tafel te zitten, zodat we als beroepsgroep mee kunnen bepalen en er geen zaken over ons worden beslist. (Lees pagina 30 voor een mooie case over Kansrijke Start, red.) Een van de onderwerpen is het signaleren van kwetsbare zwangere vrouwen, maar een handelingsperspectief is net zo belangrijk. Wat kun je doen als je een kwetsbare zwangere gesignaleerd hebt?
Een ander, daarop aansluitend belangrijk onderwerp is Positieve Gezondheid; we kijken of we een vervolg kunnen geven aan de gratis trainingen die we dit jaar vanuit de Kwaliteitsgelden geven. Ik heb dit alles geschaard onder de pijler sociale verloskunde van mijn programma Preventie. De vraag is: wat verstaan we daaronder? De definitie moeten we eerst met elkaar helder krijgen, net als onze ambitie op dit gebied: waar willen we naartoe?'

Leefstijl

'Leefstijl is de tweede pijler; een belangrijk onderdeel van preventie. We hebben het Nationaal Preventieakkoord ondertekend, wat betekent dat we de belangen van zwangere vrouwen op dit gebied beter kunnen behartigen. Alles wat we op het gebied van roken, alcohol en voeding doen – denk bijvoorbeeld aan Rookvrije Start en het project Vroegsignalering Leefstijl en Zwangerschap – valt onder deze tweede pijler van mijn programma.'

Volumenorm naar 35

Als derde pijler hebben we nog de bevolkingsonderzoeken. Met de start van het eerste trimester SEO is ook daar beweging. Een mooie mijlpaal is de volumenorm counseling prenatale screening, die we wisten terug te brengen van 50 naar 35. Zoals jullie zien is het programma Preventie breed en omvat het veel. Ik wil graag als KNOV slagkracht behouden en daarom moet ik oppassen dat ik niet teveel tegelijkertijd oppak. Ik roep onze leden op om te helpen bij de prioritering, samen met mijn klankbordgroep Preventie. Wat is voor jou nú van belang?' ←

Recap

TEKST EVELINE MESTDAGH

De wetenschappelijk adviseurs van de KNOV geven antwoorden op vragen van KNOV-leden. Iedere editie lichten we een paar van die wetenschappelijk onderbouwde antwoorden in het kort toe. Ben je op zoek naar andere wetenschappelijke adviezen of wil je uitgebreide versies van de adviezen lezen? Scan dan de QR-code. Heb je zelf ook een vraag? Stel deze dan gerust via de helpdesk. De adviseurs je helpen je graag op weg!

Inleiding bij irregulaire erytrocytenantistoffen

Hoe moet een bevalling bij irregulaire erytrocytenantistoffen met een ADCC-test van <10% in het derde trimester worden ingeleid? Uit de literatuur en richtlijnen blijkt dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende waarden van de ADCC-test bij het termineren van de zwangerschap. Er is hier echter geen specifieke wetenschappelijke literatuur over gevonden. De onderbouwing wordt gebaseerd op risicoanalyse van de toegenomen kans op hemolytische ziekte van de foetus en beperkte inzetbaarheid van diagnostische 'tools'. Richtlijnen zeggen in het algemeen dat bij irregulaire antistoffen en lage ADCC-percentages en/of titer een zwangerschap moet worden getermineerd tussen de 37 en 38 weken met foetale bewaking durante partu middels CTG.

Dosering vitamine B12 tijdens de zwangerschap

Voor het tweede advies gingen de wetenschappelijk adviseurs op zoek naar de gewenste dosering van vitamine B12 tijdens de zwangerschap en of overdosering mogelijk is. Wat blijkt? Bij voldoende inname uit de dagelijkse voeding is suppletie niet noodzakelijk. Bij een verhoogde kans op anemie bij de toekomstige moeder, is het wel aan te raden de vitamine B12-status te monitoren. Als een zwangere vrouw eerder bariatrische chirurgie heeft ondergaan, is bij voorkeur orale suppletie van 1mg per dag aan te raden. Een té hoge dosis kan geen kwaad, omdat B12 een wateroplosbare vitamine is.

Screening vitamine D3

Het derde advies beschrijft of vitamine D3 standaard gescreend moet worden en of suppletie aan te raden is tijdens de zwangerschap. De huidige literatuur bevat veel tegenstrijdige resultaten en conclusies. Het gebrek aan interventie-onderzoeken, heterogeniteit tussen de onderzoekspopulaties en kleine steekproeven met onvoldoende controle op verstorende factoren, maken harde conclusies rond vitamine D tijdens de zwangerschap lastig. Echter, het suppleren van vitamine D lijkt eerder positieve effecten dan negatieve effecten te hebben en het kan geen kwaad om extra vitamine D te nemen. Met een normale dosering is een teveel aan vitamine D bovendien onwaarschijnlijk. Er is geen bewijs dat screening van de gehele low-risk populatie op een vitamine D-deficiëntie bij intake effectief is. ←

Voor KNOV-leden zijn de complete adviezen terug te vinden op knov.nl. Scan de code om ze te raadplegen.

Élke vrouw is anders

Kies samen de anticonceptiemethode
die het beste bij haar past.

Kyleena®

Ik wil betrouwbare
anticonceptie voor 5 jaar,
met minder hormonen.[1,2]

Mirena®

Ik wil betrouwbare
anticonceptie voor 6 jaar.*[3]

* Mirena ook geindiceerd voor:
- Behandeling van versterkt menstrueel bloedverlies of menorragie (5 jaar)
- Als progestageenadjuvans ter voorkoming van endometriumhyperplasie tijdens oestrogeen-therapie in de peri- en postmenopauze (3 jaar)

Vraag uw accountmanager om meer informatie
of kijk op medischwijzer.nl

BAYER

Zie de verkorte productinformatie elders in deze uitgave

Referenties: 1. SmPC Kyleena™ (levonorgestrel), 05/2021. 2. Gemzell-Danielsson K, et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2017; 210: 22-8. 3. SmPC Mirena® (levonorgestrel), 05/2021.

PP-KYL-NL-0067-5

Het puurste babydoekje ter wereld is nu ook plasticvrij

Slechts 2 ingrediënten

Puurder dan katoen & water

100% plantaardige doekjes

aanbevolen babydoekje door kraamverzorgenden in Nederland
NR 1

Onderzoek door onafhankelijke experts van de Skin Health Alliance bevestigt dat WaterWipes puurder zijn dan katoen en water. Bovendien hebben recente klinische onderzoeken aangetoond dat WaterWipes een lagere incidentie en een kortere duur van luieruitslag hebben bij zowel voldragen als premature baby's.[1,2]

[1] Price AD, Lythgoe J, Ackers-Johnson J, et al. The BaSICS (Baby Skin Integrity Comparison Survey) Study: a prospective experimental study using maternal observation to report the effect of baby wipes on the incidence of irritant diaper dermatitis from birth to eight weeks of age. Pediatrics & Neonatology 2020. doi:10.1016/j.perneo.2020.10.003. [Epub ahead of print]

[2] Rogers S, Thomas M, Chan B, et al. A Quality Improvement Approach to Perineal Skin Care: Using Standardized Guidelines and Novel Diaper Wipes to Reduce Diaper Dermatitis in NICU Infants. Adv Neonatal Care 2020. doi:10.1097/anc.0000000000000795 [Epub ahead of print]

Pediatrics & Neonatology 2020

Adv Neonatal Care 2020