

Maatschappelijke businesscase geboortezorg

Doelmatige geboortezorg kan

juni 2014



Voorwoord

De geboortezorg in Nederland is volop in beweging. In de afgelopen jaren zijn er diverse adviesrapporten geschreven over de inrichting en financiering van de integrale geboortezorg. Zorgverzekeraars sturen op het inkopen van geboortezorg bij een keten van zorgaanbieders, in plaats van individuele zorgaanbieders. Hoe deze samenwerking, organisatie en financiële zaken vorm te geven wordt door zorgverzekeraars en overheid aan het veld overgelaten. Dit betekent dat de discussie over de concrete invulling en de onderhandelingen regionaal tussen de samenwerkingspartners plaatsvindt. De professionals moeten samen tot een gemeenschappelijke visie, werkwijze en verdeling van de financiën komen.

De diagnostische centra SHO en Saltro staan voor een krachtige eerstelijns gezondheidszorg. Het participeren in deze maatschappelijke businesscase, samen met de vier eerstelijnsverloskundige coöperaties EVC Midden Nederland, Coöperatie Verloskundigen Nijmegen e.o. (CVN), Verloskundigen Plein Zwolle en Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (EVAA), past dan ook bij onze missie de eerste lijn te versterken.

De maatschappelijke meerwaarde van de geboortezorg neemt sterk toe door deze goed te organiseren in samenwerking met regionale partners, zowel in de eerste als de tweede lijn. Een aanpak die mensen verbindt, waarin de verschillende professionals elkaar formeel en informeel goed weten te vinden en met oog voor individuele verschillen bij cliënten. De eerste en tweede lijn hebben elkaar nodig voor het leveren van goede verloskundige zorg en een krachtige en goed georganiseerde eerste lijn is beter in staat deze uitdaging gezamenlijk op te pakken. Diagnostiek is een uitstekend middel om de eerste lijn te versterken en draagt bij aan het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats, zodat kwalitatief goede zorg, begeleiding en ondersteuning aan moeder en kind kan worden geboden tegen aanvaardbare kosten.

Esther Talboom,
Voorzitter Raad van Bestuur Saltro

Arjan van Erven,
Voorzitter Raad van Bestuur SHO

Inhoudhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	5
Inleiding	7
1. Maatschappelijke opgaven van de geboortezorg	9
1.1 De Nederlandse geboortezorg	9
1.2 Maatschappelijke opgaven	10
2. Cliëntperspectief	13
3. Businessmodel eerstelijns geboortezorg	15
3.1 Klantsegmenten	15
3.2 Kanalen	16
3.3 Relatie met de cliënt	16
3.4 Waardepropositie	16
3.5 Kernactiviteiten	18
3.6 Key partners (samenwerking)	19
3.7 Key resources (middelen)	21
4 Financiële businesscase	23
4.1 Kosten geboortezorg Nederland	23
4.2 Substitutie (taakverschuiving)	24
5. Maatschappelijke effecten	27
5.1 Minder klinische bevallingen door continue begeleiding in eerste lijn	27
5.2 Sterke eigen kracht / zelfregie zwangere vrouw	28
5.3 Gezondheidswinst dankzij preventie	29
5.4 Tijdswinst en focus door goede samenwerking (integrale zorg)	30
6. Conclusie	31
Nawoord	32
Literatuur & bronnen	33
Colofon	35

Samenvatting

De Nederlandse zorg staat voor grote uitdagingen. Meer regie bij de cliënt zelf, meer nadruk op preventie en betaalbare zorg zijn de ambities van het kabinet.

Ons stelsel met eerstelijns en tweedelijns zorg biedt een goede basis voor deze maatschappelijke opgaven. Medicalisering voorkomen bij normale klachten en gebeurtenissen is inherent aan ons stelsel. Wel is belangrijk is dat iedereen hier scherp op blijft en we dit als gezamenlijk doel blijven zien.

De geboortezorg is bij uitstek een domein dat de uitdagingen en maatschappelijke opgaven met vertrouwen tegemoet kan zien. In Nederland zien we zwangerschap en bevalling immers als normale, natuurlijke gebeurtenissen. Toch is ook hier nog veel winst te halen, met meer nadruk op 'in de eerste lijn wat kan, en in de tweede lijn wat moet'.

Is integrale zorg de oplossing?

Een veel gehoorde aanname is dat integrale zorg – goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn – helpt om de zorg betaalbaar te houden met behoud van kwaliteit én cliënttevredenheid. Om goede integrale zorg te realiseren zijn echter ook investeringen nodig, die zoals altijd voor de baten uitgaan. Daarom is er behoefte aan inzicht in de verwachte resultaten. Oftewel: wegen de kosten op tegen de *waarde* die wordt gecreëerd? Een maatschappelijke businesscase (mBC) is een geschikt instrument om hier meer zicht op te krijgen.

De waarde van eerstelijns verloskunde

Deze mBC Geboortezorg laat de (toegevoegde) waarde zien van de eerstelijns verloskundige binnen de integrale geboortezorg. Niet om te polariseren, maar om helder te maken dat een stevige positie van de eerste lijn grote maatschappelijke effecten heeft binnen de integrale geboortezorg.

De eerstelijns verloskundige is een coach die vrouwen vertrouwen geeft in hun eigen kracht en voorlichting geeft over gezondheid. Maar zij is ook toegerust om medische risico's te signaleren en vrouwen op tijd door te verwijzen naar de tweede lijn, wat de kwaliteit van zorg waarborgt. Als een van de weinige zorgverleners komt de verloskundige 'achter de voordeur', ook bij gezinnen met een verhoogd risico op (opvoed)problemen. Dat biedt extra kansen voor preventie.

Twee aandachtspunten in deze mBC springen eruit. Als eerste heeft continuïteit van zorg veel effect op de beleving van cliënten en is daarmee een belangrijk criterium voor kwaliteit van zorg. Die continuïteit is nu niet altijd optimaal.

Als tweede blijken de effecten van substitutie interessant. Onderzoek laat zien dat eerstelijns verloskundigen meer diagnostiek kunnen uitvoeren. Ook zouden zij bij een beperkt aantal medische indicaties de bevalling zelf kunnen begeleiden, in plaats de zorg volledig over te dragen. Dit vraagt veel zorgvuldigheid en een uitstekende samenwerking met de tweede lijn. Onder die voorwaarden is de kwaliteit van zorg gewaarborgd, ervaren cliënten meer continuïteit van zorg, en zijn grote kostenbesparingen mogelijk. Bovendien wordt de tweede lijn ontlast, wat meer ruimte creëert voor specialistische zorg.

Op basis van voorzichtige aannames komen de totale maatschappelijke baten van een goede eerstelijns geboortezorg neer op minimaal 45 miljoen euro per jaar.

En nu ...?

Deze mBC is gemaakt op initiatief van organisaties uit de praktijk. Het document geeft een visie, legt een basis voor samenwerking, voedt de discussie en verschaft inzicht in de effecten van geboortezorg. De inzichten helpen verloskundigen om zich goed te positioneren en om samenwerking verder vorm te geven. Andere belanghebbenden leren uit de mBC hoe de eerstelijns geboortezorg functioneert en welke positieve effecten dat brengt.

Met als doel dat de verschillende partijen de dialoog aangaan en op een constructieve manier komen tot integrale geboortezorg, waarin ieders rol en verantwoordelijkheid helder is en de kwaliteit van zorg en de beleving van cliënten centraal staan. Want ja, zwangerschappen en bevallingen zijn natuurlijke gebeurtenissen voor een mens, maar wel heel intens en vaak emotioneel. Dat vraagt om persoonlijke en betrokken begeleiding, met uitstekende waarborgen voor de veiligheid van moeder en kind.

Inleiding

Voor u ligt de maatschappelijke businesscase (mBC) eerstelijns geboortezorg. Dit document heeft meerdere gezichten. Het geeft een visie, legt een basis voor samenwerking, voedt de discussie en verschaft inzicht in de effecten van geboortezorg.

Deze mBC is gemaakt op initiatief van organisaties uit de praktijk:

- Eerstelijns Verloskundigen Coöperatie Midden Nederland (EVCMiddenNL)
- Coöperatie Verloskundigen Nijmegen e.o. (CVN)
- Verloskundigen Plein Zwolle
- Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (EVAA)
- Saltro - diagnostiek in de zorg
- SHO Centra voor medische diagnostiek

Als onderdeel van de keten geboortezorg hadden deze organisaties behoefte om hun bijdrage te verwoorden en hun maatschappelijk effect in waarde uit te drukken.

Dock4& Organisatieadvies in Zorg heeft de organisaties ondersteund bij het opstellen van de mBC door het begeleiden van bijeenkomsten, het opstellen van teksten en het berekenen van opbrengsten.

Het opstellen van een mBC past in deze tijd, met zijn nadruk op doelmatigheid van zorg. Ook de keten van geboortezorg wil cliënten een zo hoog mogelijke kwaliteit bieden tegen zo laag mogelijke kosten. Maar hoe bereik je dat? De mBC biedt een startpunt met een gestructureerde afweging van kosten en (maatschappelijke) opbrengsten van de eerstelijns geboortezorg in relatie tot de kosten voor de totale geboortezorg.

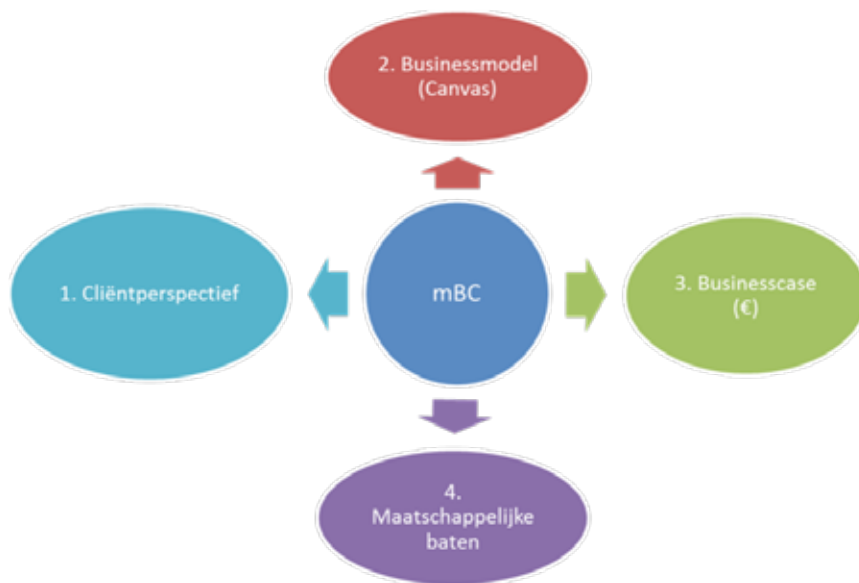
Voor de inhoud raadpleegden we verschillende deskundigen uit het veld, een aantal experts en literatuur. Het resultaat is geen wetenschappelijke studie maar een goed onderbouwd discussiestuk om de maatschappelijke meerwaarde van de eerstelijns geboortezorg zichtbaar te maken. De behoefte aan een discussiestuk in de vorm van een mBC komt nadrukkelijk uit de regio/het veld. Dit document richt zich daarom primair op de verloskundigen zelf, die zich inzetten voor integrale geboortezorg en daarvoor intensievere samenwerking in de regio aangaan.

De mBC geeft een basis voor die samenwerking in de keten. De inzichten helpen verloskundigen om zich – in dialoog met hun partners – goed te positioneren en om samenwerking verder vorm te geven, met oog voor kwaliteit en de beleving van de cliënt. Dat geeft stevige handvatten om de eerstelijns verloskunde in elke regio een plaats te geven in de integrale zorg. Andere belanghebbenden, zoals verzekeraars en de Rijksoverheid, leren uit de mBC hoe de eerstelijns geboortezorg functioneert en welke positieve effecten dat brengt.

Wat is een mBC?

Een mBC is een gestructureerde afweging van economische kosten en maatschappelijke baten van een programma of project, en geeft daarmee inzicht in het (maatschappelijk) nut, het functioneren en de positieve of negatieve effecten ervan. De methodiek is ontwikkeld in het Transitieprogramma Langdurende Zorg (TPLZ).

De mBC bestaat uit vier bouwstenen.



Figuur 1

1. Cliëntperspectief: wat vinden cliënten zelf van de eerstelijns geboortezorg?
2. Businessmodel¹: wat is de unieke waarde van de eerstelijns geboortezorg?
3. Businesscase: wat kost de eerstelijnsgeboortezorg en hoe wordt het betaald?
4. Maatschappelijke baten: hoe verhouden de maatschappelijke baten (effecten) van de eerstelijnsgeboortezorg zich tot de kosten (in euro's)?

Deze vier bouwstenen worden uitgewerkt in hoofdstuk 2-5. Voorafgaand schetst hoofdstuk 1 de context waarin verloskundigen functioneren. Oftewel: wat verwacht onze moderne maatschappij van de geboortezorg?

¹ *Business Model Generation*, A. Osterwalder, 2009

1. Maatschappelijke opgaven van de geboortezorg

1.1 De Nederlandse geboortezorg

Het Nederlandse zorgsysteem onderscheidt een eerste lijn (algemene basiszorg, zoals huisartsen en verloskundigen) en een tweede lijn (specialistische zorg, onder andere in ziekenhuizen). De eerste lijn voorkomt onnodige medicalisering.

In Nederland zien we zwangerschap en bevalling als normale en natuurlijke gebeurtenissen waarbij begeleiding uit de eerste lijn past. In de meeste andere westerse landen kent men dit onderscheid tussen eerste en tweede lijn niet, en ziet men zwangerschap en bevalling vooral als mogelijke bedreigingen voor moeder en kind. Zwangere vrouwen krijgen daar begeleiding van gynaecologen of van verloskundigen onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog, zonder zelfstandige bevoegdheden.

Het merendeel van de verloskundigen in Nederland (ongeveer 72%²) werkt in de eerste lijn, net als de verloskundig actieve huisartsen. Beiden werken samen met gynaecologen en klinisch verloskundigen. De persoonsgerichte en continue zorg in de eerste lijn voorkomt waar mogelijk medicalisering van zwangerschap en bevalling. Ook verloskundigen die in het ziekenhuis werken (klinisch verloskundigen) zijn hierop gericht, binnen de kaders waarin zij werken.

De keten van geboortezorg is ingericht voor optimale zorg bij toenemende risico's:

Normaal verloop van zwangerschap en bevalling

Zolang alles normaal verloopt en de risico's minimaal zijn, wordt de zwangere vrouw begeleid door een eerstelijns verloskundige. De vrouw kiest zelf waar ze wil bevallen: thuis, in een kraamhotel, geboortecentrum of ziekenhuis (poliklinisch). Uniek in Nederland is de goed georganiseerde kraamzorg. De kraamzorg ondersteunt de verloskundige bij thuisbevallingen en verzorgt de pas bevallen vrouw in het kraambed.

Risicoselectie

De eerstelijns verloskundige is een poortwachter voor specialistische zorg. Als een zwangerschap of baring niet helemaal normaal verloopt, maakt de verloskundige een inschatting van de aard en ernst van de complicaties. Zo nodig verwijst zij de vrouw door naar het ziekenhuis voor specialistische zorg.

Zwangerschap met verhoogd risico

Klinisch verloskundigen (tweede lijn) begeleiden in het ziekenhuis zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico. Ze werken zelfstandig onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

Zwangerschap met hoog risico

De gynaecoloog begeleidt zwangerschappen en bevallingen met een hoog risico. Soms zijn die risico's vooraf bekend, zoals bij vrouwen met stollingsstoornissen of nierfunctiestoornissen. De risico's kunnen ook ontstaan tijdens zwangerschap of bevalling, bijvoorbeeld bij een kind in stuitligging. Bevallingen onder begeleiding van de gynaecoloog gebeuren altijd in het ziekenhuis. De meeste vrouwen brengen daarna de kraamtijd gewoon thuis door, met begeleiding van de verloskundige of de huisarts.

Een zieke baby

Kinderartsen leveren neonatale zorg: zorg aan een zieke pasgeboren baby. Een verloskundige moet altijd een beroep kunnen doen op een kinderarts³. Dit is nodig als er tijdens of vlak na de bevalling problemen ontstaan die directe zorg van een kinderarts vereisen.

² Nivel: cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2012, 2012

³ Stuurgroep Modernisering Verloskunde, 2000

Zeer vroeggeboren kind of zeer hoog risico

De verloskunde kent een derde lijn: de specialistische zorg in academische ziekenhuizen, zoals specialistische echo's en de opvang van zeer vroeggeboren kinderen of zwangere vrouwen met een hoog risico indicatie.

Samengevat heeft de eerstelijns geboortezorg een intrinsieke, 'ingebakken' motivatie om zich in te zetten voor:

- Gezonde zwangere vrouwen, die gezonde baby's ter wereld brengen en die zonder gezondheidsproblemen de zwangerschap en bevalling doorlopen.
- Positieve ervaringen tijdens de zwangerschap en bevalling als goede start van moeder en kind en de optimale basis voor de opvoeding.
- Meer bevallingen buiten het medische circuit (bij zwangerschappen met een minimaal of middel risico). Nu krijgen nog te veel vrouwen met een minimaal risico een medische indicatie om naar het ziekenhuis gaan.
- Goede risicoselectie: vrouwen met een hoog risico op tijd naar de tweede lijn verwijzen, met een goede overdracht.

Kortom: de juiste zorg op de juiste plek.

1.2 Maatschappelijke opgaven

Ook de maatschappij heeft verwachtingen over de zorg. De focus ligt op eigen kracht en eigen regie van burgers, preventie en betere samenwerking. Dit alles moet leiden tot betere kwaliteit van leven én kostenbesparingen. Hieronder laten we zien hoe deze maatschappelijke opgaven passen bij de eigen ambities van de eerstelijns geboortezorg.

Versterken eigen kracht burgers

Het kabinet wil dat zorg zich veel meer gaat richten op versterking van de eigen draagkracht van mensen, op eigen regie en op de inzet van sociale netwerken. Met als ideaalbeeld integrale zorg die dichtbij mensen (in wijken of dorpen) wordt geleverd. Staatssecretaris Van Rijn⁴ vraagt gemeenten en zorgaanbieders buurt- en mensgericht te gaan werken om versnippering en bureaucratie te voorkomen en een stelsel te creëren dat uitgaat van wat mensen en hun omgeving zelf kunnen. In de geboortezorg betekent dat aandacht van de professional voor de zelfredzaamheid van zwangere vrouwen en hun gezin, in samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties in de wijk. Oftewel: de verloskundige als coach die vrouwen vertrouwen geeft in hun eigen kracht.

Meer aandacht voor preventie (public health)

Het voorkómen van gezondheidsproblemen krijgt steeds meer aandacht. Dat past in een algemene trend om meer in te zetten op preventie. Voor de geboortezorg komen er bovendien steeds meer bewijzen dat gezondheid van moeder en kind tijdens de zwangerschap effect heeft op het latere leven. Voorbeelden zijn:

- De Stuurgroep zwangerschap en geboorte, opgericht vanwege de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland, concludeerde in 2009⁵ dat die sterfte deels kan worden voorkomen door zwangeren goed te informeren, door in te zetten op gezondheidsbevordering en door gezondheidsverschillen te verkleinen.
- Professor Vincent Jaddoe⁶ stelt dat storingen in de eerste fase van de zwangerschap een negatief effect hebben op de latere gezondheid van het kind. Een groeiachterstand in het eerste trimester van de zwangerschap verhoogt kans op vetzucht en hart- en vaatziekten in het latere leven. Ook laat het onderzoek zien dat factoren als overgewicht, roken en bloedarmoede bij de moeder de ontwikkeling van de foetus in het eerste trimester beïnvloeden.

⁴ Kamerbrief 'Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst', Staatssecretaris Van Rijn (VWS), april 2013

⁵ Een Goed Begin, advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009

⁶ Hoofdonderzoeker van 'Generation R', Erasmus MC; Website Generation R: www.generationr.nl

- Het RIVM⁷ geeft aan dat preventie kan leiden tot forse gezondheidswinst, bijvoorbeeld op het gebied van roken, alcoholgebruik en depressie. Daarbij zou aansluiting bij de sociale omgeving (familie en vrienden) van belang zijn. Een langdurige aanpak van specifieke doelgroepen lijkt volgens het RIVM het meest effectief om risicofactoren te verminderen.

In de landelijke nota gezondheidsbeleid van 2011⁸ pleit het kabinet voor verdere ontwikkeling van preventie in de zorg en stelt men dat innovaties nodig blijven. Het kabinet vraagt speciale aandacht voor:

1. Gezondheidsrisico's in de omgeving (straling, binnenmilieu, infectieziekten).
2. Perinatale sterfte in Nederland.
3. De toename van chronische ziekten (zoals diabetes en coronaire hartziekten).
4. Psychische aandoeningen, zoals depressie, dementie, angststoornissen en verslavingsproblematiek.

Deze aandachtspunten worden verder uitgewerkt in het Nationaal Programma Preventie, dat loopt van 2014 tot 2016. Uitgangspunten zijn een integrale aanpak, een positieve positionering van preventie en minder vrijblijvendheid. Preventie moet bovendien dicht bij de burger ingezet worden: in de wijk, op school en op het werk. Preventie en effectieve gedragsbeïnvloeding voorkomen (verergering van) problemen.

De rol van preventie in de geboortezorg komt terug in de volgende hoofdstukken van de mBC.

Werken aan integrale zorg

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte⁹ adviseert om vorm te geven aan integrale geboortezorg:

- 'Zorg-op-maat' voor alle zwangeren (moeder en kind in de hoofdrol) die is toegespitst op de individuele behoeften en omstandigheden van iedere zwangere.
- Goed georganiseerde, zichtbare en transparante zorg.
- Op ieder moment kwaliteit en veiligheid voor moeder en (ongeboren) kind.

Integrale zorg is nodig om zwangeren de beste kwaliteit te bieden tegen acceptabele kosten. Een voorwaarde voor integrale zorg is goede samenwerking in de keten, zowel binnen de eerstelijns zorg (horizontaal) als tussen de eerste- en tweedelijns zorg (verticaal).

Horizontale samenwerking vindt plaats in een gemeente, dorp of wijk. De eerstelijns verloskundige werkt bijvoorbeeld samen met de kraamzorg, sociale wijkteams, het maatschappelijk werk, jeugdzorg en andere partijen aan een integrale ondersteuning van gezinnen. Hierbij is een aandachtspunt dat gemeenten meer verantwoordelijkheden krijgen op het gebied van preventie als in 2015 de Jeugdwet en de nieuwe Wmo worden ingevoerd. Voor gemeenten biedt samenwerking met de eerstelijns verloskundige een goede kans omdat zij (als een van de weinige zorgverleners) makkelijk 'achter de voordeur' komt bij zwangere vrouwen, en daarbij een signalerende rol kan oppakken. Verticale samenwerking is de verbinding tussen eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen en gynaecologen in de tweede lijn. Hier zijn verbeteringen mogelijk, met name op het gebied van zuinige en zinnige zorg, en bij continuïteit van zorg. Minister Schippers (VWS) onderschrijft het belang van doelmatige zorg en wijst daarbij op landelijke bestuurlijke afspraken tussen het rijk, zorgverzekeraars en zorgaanbieders over kostenbeheersing en kwaliteit van zorg. Het gaat hier om akkoorden met ziekenhuizen, GGZ, medisch specialisten en huisartsen.

Om de zorg betaalbaar te houden, moet dure specialistische zorg waar mogelijk vervangen worden door goedkopere zorg (substitutie). De huisarts heeft hier als poortwachter een centrale rol bij. De huisarts handelt veel zorgvragen af tegen relatief lage kosten en voorkomt daarmee hogere kosten

⁷ *Effecten van preventie, RIVM, 2010*

⁸ *Gezondheid dichtbij, Kabinet, 2011*

⁹ *Een Goed Begin, advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009*

in eerste lijn, tweede lijn en farmacie. Verzekeraars stimuleren de rol van de huisarts in het ontzorgen, substitutie van tweedelijns zorg en een efficiënte samenwerking in de eerstelijns. Net als de huisarts is de eerstelijns verloskundige een generalist en poortwachter – maar dan voor alle vragen op het gebied van zwangerschap en geboorte. Deze rol heeft voordelen voor de zwangeren zelf – zij hebben één aanspreekpunt – en voor de maatschappij: zwangeren worden op tijd, maar niet vaker dan nodig verwezen naar de tweedelijns.

In de aanloop naar deze mBC beschreef adviesbureau Sirm samen met EVCMiddenNL, CVN, Verloskundigen Plein Zwolle en EVAA in een artikel in *Zorgvisie*¹⁰ aan welke eisen integrale zorg en substitutie in de geboortezorg moeten voldoen en welke besparingen mogelijk zijn. De eisen zijn:

- Doorbreek de vaste rolpatronen tussen beroepsgroepen.
- Ondersteun de totstandkoming van innovatieve contracten.
- Maak de uitkomsten van geboortezorg transparant.

De auteurs pleiten voor commitment van alle landelijke partijen inclusief de zorgverzekeraars en overheid, en vragen om ruimte voor innovatie voor de betrokkenen.

In paragraaf 3.7 werken we samenwerking en integrale zorg verder uit.

¹⁰ *Zorgvisie*, 2 oktober 2013, M. Appelman, J. Visser

2. Cliëntperspectief

Cliëntperspectief is: de zorg bekijken vanuit het gezichtspunt van de cliënt. In de geboortezorg is dit al een leidend principe. De beleving van de zwangere staat centraal, verloskundigen en gynaecologen werken vanuit één keten. De zorg organiseren met aandacht voor het cliëntperspectief verhoogt de klanttevredenheid. Uit een onderzoek onder zwangere vrouwen via 20 verloskundige praktijken¹¹ bleek dat zwangere vrouwen de verloskundige zorg gemiddeld met een 8,4 waarderen, vooral omdat verloskundigen goed naar hen luisteren en hen goed informeren. Vrijwel alle vrouwen voelen zich bij de verloskundige in vertrouwde handen en vinden dat de verloskundige voldoende tijd aan hen heeft besteed.

Continuïteit van zorg

Voor de beleving van de bevalling is belangrijk of de eigen verloskundige of een waarneemster aanwezig was. Dit wordt bevestigd door een onderzoek van De Jonge, Stuijt en anderen¹² waaruit blijkt dat continuïteit van zorg zeer belangrijk is voor vrouwen. Dit verhoogt een veilig gevoel tijdens de bevalling. Die continuïteit is nu niet vanzelfsprekend: in een onderzoek van TNS NIPO¹³ onder 341 zwangere of pas bevallen vrouwen bleek dat bij 54% van de vrouwen de verloskundige continue aanwezig was bij de bevalling. Dit is een aandachtspunt voor de kwaliteit van de geboortezorg.

Dichtbij en betrouwbaar

Uit het TNS NIPO onderzoek bleek ook dat vrouwen verloskundige zorg in de buurt willen én zelf willen bepalen waar ze bevallen. Ruim 90% van de zwangere vrouwen en vrouwen die net bevallen zijn, bleek zeer positief over de Nederlandse verloskundige zorg. Ze hebben ook veel vertrouwen in de verloskundige: 94% van de zwangere en bevallen vrouwen is positief, met name omdat de verloskundige informeert en ondersteunt, zorg dichtbij huis levert, het eerste aanspreekpunt is, medisch deskundig is en bereikbaar is.

Samenwerking in de keten

Ruim 80% van de vrouwen vindt de verloskundige deskundig genoeg om op tijd de gynaecoloog in te schakelen. Een aandachtspunt is dat het voor veel vrouwen onduidelijk is hoe de samenwerking tussen de verloskundige en de gynaecoloog of huisarts verloopt. Bij de invulling van integrale geboortezorg zou dit voldoende aandacht moeten krijgen.

“De verloskundige is laagdrempelig, zeer toegankelijk en ze weet goed bij mij aan te sluiten. Ook vind ik het fijn dat de verloskundigenpraktijk dichtbij huis gesitueerd is”.

“Ik hecht veel waarde aan een mooie afronding met de verloskundige die mijn bevalling begeleidde”.

“Ik had het fijn gevonden als het hele traject bij de verloskundige kon. De professionaliteit van de gynaecoloog heeft een toegevoegde waarde; zij is een specialist. De doorverwijzing had meerwaarde”.

Lieke, moeder van drie kinderen

“Mijn zwangerschappen verliepen moeilijk en tegen het einde zag ik het soms niet meer zitten. De verloskundige hielp me weer positief te zijn en te genieten van de zwangerschap. Tegelijk gaf ze me de ruimte om te klagen en begreep ze dat zwanger zijn niet alleen een roze wolk is”.

“Je gaat iets heel bijzonder meemaken, iets wat erg persoonlijk is en levens verandert. In de tijd daarnaartoe heb je iemand nodig waar je op kan leunen als het moeilijk is. Iemand die je helpt, het begrijpt en weet wat je te wachten staat”.

11 Deliver-studie 2008-2011, Nationale studie naar de eerstelijns verloskundige, E. Spelten en T. Klomp, 2011

12 Continuity of care, A. de Jonge, R. Stuijt e.a., 2014

13 TNS NIPO, januari 2014

“Het is belangrijk om te weten wat het effect is van roken tijdens je zwangerschap op je kind. Door dit met mij te bespreken en mij te steunen op het moment dat ik moeite had met het niet roken, is het mij gelukt om tijdens mijn zwangerschappen niet te roken”. “

“Sommige vrouwen zijn zo onzeker bij het krijgen van hun eerste kind, zij moeten hier echt naartoe groeien. Een verloskundige is de aangewezen persoon hen hierin te begeleiden”.

Noortje, moeder van drie kinderen

“Ik wilde heel graag thuis bevallen. Gelukkig kon dit bij de laatste twee. Bij de vierde bevalling was mijn favoriete verloskundige erbij. Met haar heb ik van tevoren goed besproken wat ik wilde. Hierdoor heb ik zelf mijn zoontje aan kunnen pakken en hem daarna wel twee uur op mijn buik gehad. Dit was heel erg fijn en bijzonder”.

“Papa’s worden soms vergeten tijdens de bevalling. Het is belangrijk dat mannen voorbereid worden op het feit dat hun vrouw veel pijn heeft. Dan hoeven ze tijdens de bevalling niet zo te schrikken”.

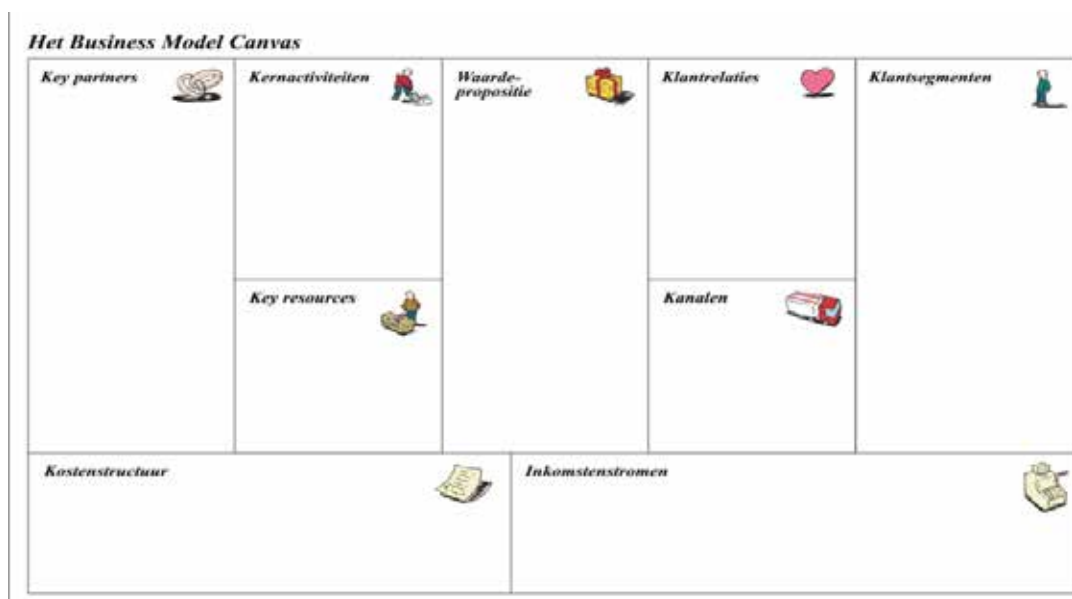
Sheila, moeder van vier kinderen

3. Businessmodel eerstelijns geboortezorg

Een businessmodel kan laten zien hoe de 'bedrijfstack' verloskundige waarde creëert, oftewel: wat is de waarde van de diensten die de verloskundige levert? Daarbij gaat het niet alleen om harde euro's, maar ook om maatschappelijke waarde, bijvoorbeeld een bijdrage aan de kwaliteit van leven van zwangeren.

In deze mBC gebruiken we het business model canvas¹⁴ om de kern van de verloskundige te beschrijven (zie figuur 2). Dit is in de meeste gevallen de huidige situatie. Soms wordt echter een gewenste situatie geschetst. Elke van de 9 vlakken in dit model beschrijven we kort. Zo ontstaat een compleet beeld van de waarde van de eerstelijns verloskundige (rechterkant), de activiteiten en competenties (linkerkant) en de kosten en opbrengsten (onderkant).

We doen dit op basis van literatuurstudie, deskundige input van de stuurgroep, raadpleging van de achterban van de deelnemende organisaties en een rondetafelgesprek met deskundigen uit het veld.



Figuur 2: business model canvas

3.1 Klantsegmenten

De eerstelijns verloskundige richt zich op alle zwangere vrouwen. In deze mBC richten we ons regelmatig op vrouwen met een lage sociaaleconomische status (SES) omdat de toegevoegde waarde van de verloskundige bij deze groep het grootst is, en daarmee het resultaat in de hele keten verbetert.

Volgens het RIVM (2010) zijn belangrijke indicatoren voor sociaaleconomische status:

- opleidingsniveau;
- beroepsstatus;
- hoogte van het inkomen.

Onderzoek van het RIVM heeft laten zien dat laagopgeleide mensen vaker een ongezonde leefstijl hebben, vaker roken en vaker excessief alcohol gebruiken. Ze hebben 2,5 keer meer kans op overgewicht (BMI hoger dan 25) en ruim 4 keer meer kans op obesitas (BMI hoger dan 30). Mensen met een slechte gezondheid doen vaak ook minder goed mee in de maatschappij.

Vrouwen met een lage SES hebben een grotere kans op zwangerschapsproblemen, zoals

¹⁴ Business Model Generation, Alexander Osterwalder, 2009

pre-eclampsie, een kind met een laag geboortegewicht, vroeggeboorte en perinatale sterfte. Volgens het RIVM heeft dit deels te maken met de ongezonde leefstijl van vrouwen met een lage SES:

- Roken tijdens de zwangerschap kan de groei van de foetus verstoren, met een laag geboortegewicht en mogelijk babysterfte als gevolg.
- Alcohol tijdens de conceptie en vroege zwangerschap vergroot de kans op miskramen, perinatale sterfte en foetaal alcoholyndroom¹⁵.
- Overgewicht gaat samen met verminderde vruchtbaarheid, suikerziekte, hoge bloeddruk, aangeboren afwijkingen en meer complicaties tijdens de bevalling.

Deze complicaties tijdens de zwangerschap of bevalling kunnen ook later nog een ongunstige invloed hebben, van baby- en kindertijd tot aan volwassenheid. Daarbij komt dat vrouwen met een lage SES minder vaak borstvoeding geven, terwijl borstvoeding de gezondheid van de moeders en van de pasgeborenen op korte en lange termijn bevordert.

Naast medische problemen komen psychosociale problemen bij kinderen tot 4 jaar vaker voor in eenoudergezinnen en gezinnen die onder de armoedegrens leven¹⁶. In gezinnen met een lage SES komt vaker verwaarlozing, kindermishandeling en/of partnergeweld voor. Signalen hiervoor zijn vaak tijdens de zwangerschap en/of kraamweek zichtbaar en dus goed op te pakken door verloskundigen, die vaak als een van de weinige professionals 'achter de voordeur' komen bij gezinnen in dit soort omstandigheden.

3.2 Kanalen

Het onderdeel 'kanalen' in het businessmodel gaat over de manieren waarop een product of dienst aan de man wordt gebracht. In de geboortezorg: hoe vinden zwangere vrouwen een verloskundige?

Veel zwangere vrouwen gaan zelf op zoek naar een verloskundigenpraktijk. Zij melden zich er rechtstreeks of zijn eerst bij de huisarts geweest. De keuzevrijheid is beperkt omdat de praktijk niet te ver van het woonadres van de vrouw mag zijn. Maar binnen een regio of wijk kan de vrouw vrij kiezen voor een verloskundige. Vrouwen gebruiken daarbij verschillende criteria, zoals:

- Eerdere ervaringen.
- Mond-tot-mond reclame door bekenden.
- Aantal echo's dat wordt gedaan.
- Presentatie via internet.

3.3 Relatie met de cliënt

De eerstelijns verloskundige bouwt een vertrouwensrelatie op met de aanstaande moeder én vader. Zoals de waardepropositie hieronder duidelijk maakt, is de betrokkenheid continu en treedt zij wisselend op als coach, persoonlijk begeleider en gezondheidsbevorderaar.

3.4 Waardepropositie

De unieke waarde van de eerstelijns verloskundige is: zwangerschap als normale, natuurlijke gebeurtenis. Juist deze waarde stelt de eerstelijns verloskundige in staat om te voldoen aan de maatschappelijke opgaven die we in het vorige hoofdstuk omschreven, namelijk:

- Versterken van de eigen kracht van burgers.
- Meer aandacht voor preventie.
- Werken aan integrale zorg.

Hieronder werken we uit hoe de unieke waarde samenhangt met de maatschappelijke opgaven. In paragraaf 3.5 laten we zien hoe de verloskundige die waarde in het dagelijks werk creëert. Paragraaf 3.6 analyseert welke kansen die unieke waarde biedt voor de geboortezorg van de toekomst.

¹⁵ Gezondheidsraad, 2004

¹⁶ Zeijl et al, 2005

Eigen kracht van burgers

Hoe meer zwangerschap als een natuurlijke gebeurtenis benaderd wordt, hoe vanzelfsprekender het is om de eigen kracht van de vrouw aan te spreken. De eerstelijns verloskundige is vooral een coach die vrouwen helpt om zelf afgewogen beslissingen te nemen. Zo houdt de zwangere zelf de regie en maakt ze haar eigen keuzes. Eerstelijns verloskundigen betrekken vrouwen bij het proces, nemen hen mee in beslissingen en laten hen zo veel mogelijk zelf oplossingen verzinnen. Dit stimuleert het zelfvertrouwen en vergroot het gevoel van controle tijdens de zwangerschap.

De verloskundige geeft positieve feedback en laat de verantwoordelijkheid bij de zwangere zelf. Goede ondersteuning geeft kracht en vertrouwen in het eigen lichaam. Het versterken van zelfregie kan latere problemen voorkomen of beter hanteerbaar maken.

Meer aandacht voor preventie

De eerstelijns verloskundige begeleidt zwangeren buiten een medische setting, en ziet zwangerschap niet als bedreiging van de gezondheid. Het behouden en bevorderen van gezondheid kan daardoor alle aandacht krijgen. De eerstelijns verloskundige geeft zwangere vrouwen goede informatie over gezondheid en heeft veel aandacht voor preventie (public health). Doel is dat de zwangere vrouw zich bewust wordt van haar verantwoordelijkheid voor haar eigen gezondheid en die van haar kind, gezin en omgeving. Deze inzet op public health leidt tot gezondheidswinst bij moeder en kind.

De Stuurgroep zwangerschap en geboorte¹⁷ vraagt speciaal aandacht voor vrouwen die wonen in achterstandswijken, vrouwen met een niet-westerse etniciteit en/of een lage SES.

Verloskundigen komen als een van de weinige zorgverleners makkelijk 'achter de voordeur' bij deze groepen zwangere vrouwen, en kunnen daarbij een signalerende rol oppakken. Wij zijn ervan overtuigd dat de laagdrempelige inzet van de eerstelijns verloskundige op public health positief uitpakt voor deze groepen zwangere vrouwen en gezondheidswinst oplevert.

Werken aan integrale zorg

Door haar benadering van zwangerschap als natuurlijke gebeurtenis heeft de eerstelijns verloskundige de ruimte om het maatwerk te bieden dat de Stuurgroep zwangerschap en geboorte noemt als voorwaarde voor integrale zorg.

De eerstelijns verloskundige staat dichtbij vrouwen, is laagdrempelig en 24 uur per dag bereikbaar. Zij ondersteunt en begeleidt de zwangere, haar partner en het kind dichtbij: in de praktijk in de buurt en bij het gezin thuis. De eerstelijns verloskundige levert maatwerk, neemt de tijd voor de zwangere vrouw, kent haar en haar gezin en houdt in de psychosociale en medische begeleiding steeds rekening met culturele en sociale aspecten. Een goede begeleiding van een zwangere vrouw draagt bij aan het psychisch en lichamelijk welzijn van de vrouw en haar gezin.

Kenmerkend voor het Nederlandse verloskundige systeem, aldus Prins en anderen¹⁸, is het onderscheid tussen vrouwen met een minimaal risico op complicaties en vrouwen met een verhoogd risico op complicaties. Bij vrouwen met een minimaal risico is de eerstelijns verloskundige eindverantwoordelijk voor de zorg, bij vrouwen met een verhoogd risico de gynaecoloog.

De overdracht van verloskundige naar gynaecoloog is precies geregeld. Eerstelijns verloskundigen hebben een nauw omschreven bevoegdheid: zij dragen de verantwoordelijkheid over aan gynaecologen zodra er risicofactoren of complicaties optreden. Ook als dit tijdens de baring zelf gebeurt. In die situatie is er wel sprake van een acute discontinuïteit in de zorg. Verwezen worden tijdens de baring heeft een negatief effect op hoe vrouwen terugkijken op hun bevalling¹⁹. Dit is een aandachtspunt bij het werken aan integrale geboortezorg.

Het doel van de maatschappelijke businesscase is om de unieke waarde van de geboortezorg, zoals hierboven omschreven, te vertalen naar concrete maten en getallen. Dat doen we in hoofdstuk 5.

¹⁷ Een Goed Begin, advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009

¹⁸ Voordelen van continue zorg door verloskundigen, M. Prins, J. Dillen, A. De Jonge, 2013

¹⁹ Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes. Effects and women's experiences, Marlies Rijnders, 2011

3.5 Kernactiviteiten

Wat doet de eerstelijnsverloskundige dan precies in haar dagelijks werk om die toegevoegde waarde te realiseren? Om dit concreet te maken nemen we u mee in de verschillende fases van de begeleiding, om die vervolgens te verbinden aan de maatschappelijke opgaven uit hoofdstuk 1.

Een zwangere bezoekt de verloskundige tien tot veertien keer in de zwangerschap. De verloskundige is aanwezig tijdens de bevalling en bezoekt de bevallen vrouw gemiddeld vijf keer aan huis voor zorg na de bevalling.

De verloskundige biedt begeleiding in alle fasen:

1. Van kinderwens tot zwangerschap

Bij preconceptiezorg informeert en adviseert de verloskundige vrouwen (en hun partners) die een kinderwens hebben. Doel van preconceptiezorg is dat vrouwen zo gezond mogelijk aan een zwangerschap beginnen. De verloskundige stelt voor de conceptie vast of er risico's zijn op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Zij geeft ook advies om de gezondheid te bevorderen.

2. Begeleiding tijdens de zwangerschap

Een zwangere vrouw krijgt begeleiding van de eerstelijns verloskundige. De verloskundige let op de lichamelijke én de psychosociale gezondheid van de moeder, volgt de gezondheid en de ontwikkeling van het kind, en signaleert eventuele risico's. De eerstelijns verloskundige voert zelf diagnostiek uit die in de eerstelijns kan plaatsvinden. Zij consulteert een gynaecoloog wanneer dat nodig is, en verwijst zo nodig door naar de tweede lijn.

3. Begeleiding van de bevalling

Tijdens de bevalling ondersteunt de verloskundige vooral de barendende vrouw met advies en praktische hulp. Samen met de vrouw en haar partner bekijkt ze steeds hoe de bevalling verloopt en of aanvullende zorg nodig is. Die hulp kan heel praktisch zijn (bijvoorbeeld: de kraamzorg bellen), maar ook psychosociaal (continue begeleiding) of medisch, zoals houdingsveranderingen of (verwijzing voor) pijnbehandeling.

De verloskundige helpt bij het opvangen van de weeën en geeft aanwijzingen bij het persen. Ze grijpt in als dat nodig is en kan zo nodig een gynaecoloog raadplegen of naar tweede lijn verwijzen.

4. Na de geboorte: kraamperiode

Na de geboorte controleert de verloskundige de gezondheid van de moeder en het kindje. De verloskundige steunt de moeder bij het herstellen na de bevalling, zowel lichamelijk als emotioneel en geeft leefstijladviezen. De verloskundige geeft hulp bij de borstvoeding en controleert de gezondheid van de baby. Ze werkt daarbij samen met de kraamzorg. De kraamverzorgende geeft eventuele 'niet-pluis'-signalen door aan de verloskundige. Zes weken na de geboorte vindt de afsluitende controle (optioneel) plaats, waarbij ook voorlichting wordt gegeven over anticonceptie (family planning).

Relatie met de maatschappelijke opgaven

Hoe verhoudt de begeleiding van de verloskundige zich tot de maatschappelijke opgaven aan de geboortezorg, namelijk eigen kracht, preventie, en integrale zorg?

De verloskundige stimuleert waar nodig gedragsverandering rond gezondheid bij vrouwen die zwanger willen worden of zwanger zijn. Voorlichting, informatie en advies van de verloskundige richten zich primair op zelfregie van de zwangere. De eerstelijns verloskundige is bij uitstek de professional op het gebied van public health dankzij haar intensieve betrokkenheid, haar vertrouwensrelatie met de zwangere en haar positie in de wijk, buurt of in het dorp.

Het beroepsprofiel van de KNOV²⁰ van de eerstelijns verloskundige stelt dat de eerstelijns verloskundige zich inzet voor de beste medische en psychosociale begeleiding van de zwangere, haar kind en haar partner. De verloskundige bereidt hen voor op het ouderschap en doet dat in hun ei-

²⁰ Beroepsprofiel eerstelijns verloskundige, KNOV, 2013

gen sociale context. Uit het profiel van de International Confederation of Midwives (ICM)²¹ blijkt ook dat de verloskundige (midwife) de zwangere vrouw en haar hele gezin adviseert en voorlicht over gezondheid.

Deze taken zijn belangrijk als onderdeel van de integrale geboortezorg. De eerstelijns verloskundige hanteert hiermee een bredere blik dan een medisch specialist (gynaecoloog) die is opgeleid om 'ziekte' te behandelen. De eerstelijns verloskundige stimuleert gedragsveranderingen met bewezen strategieën die aansluiten bij de vrouw in kwestie.

Daarbij houdt zij nadrukkelijk rekening met de leefomgeving. Concreet bestaat public health in de geboortezorg bijvoorbeeld uit preconceptiezorg, leefstijladviezen (over foliumzuur, voeding, bewegen en afvallen) en vroegtijdige signalering van (medische) problemen.

De eerstelijns verloskundige zoekt steeds naar innovatieve vormen van gedragsbeïnvloeding. Een voorbeeld is de aanpak van *Centering Pregnancy*²² waarbij het eerste consult (de anamnese) weliswaar individueel is, maar de vervolgcontroles gedaan worden in een groep zwangere vrouwen met een vergelijkbare zwangerschapsduur. In die groepsconsulten worden de bloeddruk en de groei van de baby gecontroleerd, gecombineerd met voorlichting, het uitwisselen van kennis en ervaringen, het leren van gezondheidsvaardigheden en het stimuleren van onderlinge ondersteuning en vriendschap. Omdat een groepsbijeenkomst langer duurt dan het gangbare individuele consult (120 tegenover 15 minuten) is de interactietijd tussen de zorgverlener en de zwangere groot. Deze netwerkaanpak past goed bij zwangere vrouwen met een lage SES, vrouwen die vaak zelf geen netwerk hebben.

Centering Pregnancy is in de VS dan ook met name gericht op vrouwen met een lage SES. Onderzoek in deze populatie toont volgens *Centering Pregnancy* een positief effect aan op de gezondheid van moeder en kind: er is een significante vermindering van het aantal vroeggeboorten, er is meer prenatale kennis en vrouwen zijn beter voorbereid op de bevalling.

In het algemeen is gedragsbeïnvloeding makkelijker gezegd dan gedaan. Juist dankzij de vertrouwensrelatie die de verloskundige heeft met de zwangere vrouw, zijn haar adviezen effectief.

3.6 Key partners (samenwerking)

Samenwerking is noodzakelijk om de beste kwaliteit zorg te bieden. Samenwerking bepaalt ook hoe de moeder de zorg ervaart. Continuïteit van zorg is een belangrijke criterium voor die beleving. We beschrijven hier hoe deze samenwerking er nu uit ziet, voor welke opgave de toekomstige samenwerking staat en in hoeverre de samenwerking gebaat is bij taakverschuivingen en het doorbreken van rolpatronen.

Hoe gaat de samenwerking nu?

Prins en anderen²³ geven aan dat zwangere vrouwen gebaat zijn bij continuïteit van zorg. Op dit moment dragen eerstelijns verloskundigen de verantwoordelijkheid over aan gynaecologen zodra er risicofactoren of complicaties optreden. Dit kan tijdens de baring gebeuren, en dat is een wel erg kwetsbaar moment om vrouwen te confronteren met discontinuïteit. Rachel Rowe en anderen concluderen in een onderzoek²⁴ dat discontinuïteit kan leiden tot onvrede, onbegrip en een gevoel van onveiligheid bij vrouwen. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Ank de Jonge en anderen²⁵.

Eerstelijns verloskundigen pleiten voor zo veel mogelijk continuïteit door dezelfde professional betrokken te laten zijn en door de overdracht van een zwangere van de eerste naar de tweedelijns (en andersom) zo veel mogelijk te beperken. Dit is in het belang van moeder en kind. Belangrijk is dat vrouwen en hun gezin de zorg als warm, professioneel en een doorgaande lijn ervaren.

21 Profiel van de International Confederation of Midwives, ICM, 2011

22 <http://www.centeringhealthcare.nl>

23 Voordelen van continue zorg door verloskundigen, M. Prins, J. Dillen, A. De Jonge, 2013

24 Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study, R. Rowe, J. Kurinczuk e.a., 2012

25 Continuity of care, A. de Jonge, R. Stuijt e.a., 2014

Met haar laagdrempelige rol als coach en begeleider is de eerstelijns verloskundige zeer goed in staat om van begin tot eind begeleider te blijven, ook als een zwangere wordt gezien in de tweede lijn.

Integrale geboortezorg bestaat uit horizontale en verticale samenwerking. Horizontaal is goede samenwerking binnen de eerstelijns zorg in de wijk. Eerstelijns verloskundigen werken samen met kraamzorg, huisartsen, diagnostische centra, centra voor jeugd en gezin (jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk), MEE, GGD en andere partijen. Samen realiseren zij een kwalitatief hoogstaande, laagdrempelige en preventieve zorg voor zwangere vrouwen en hun gezin.

Verticale samenwerking is een goede samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn (klinisch verloskundigen en gynaecologen). De Stuurgroep Zwangerschap en geboorte adviseert²⁶, zoals eerder genoemd, om integrale geboortezorg als volgt vorm te geven:

- 'Zorg-op-maat' voor alle zwangeren (moeder en kind in de hoofdrol) die is toegespitst op de individuele behoeften en omstandigheden van iedere zwangere.
- Goed georganiseerde, zichtbare en transparante zorg.
- Op ieder moment kwaliteit en veiligheid voor moeder en (ongeboren) kind.

Proefprojecten in veertien gemeenten waarbij lokale partners samen hebben geëxperimenteerd om de perinatale sterfte terug te dringen, lijken succesvol. De geboortesterfte is er de afgelopen drie jaar langzaam gedaald²⁷. Deelnemers waren GGD'en, CJG's, sociaal-maatschappelijke organisaties, academische ziekenhuizen, huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. De afgelopen drie jaar hebben deze lokale partners samen geëxperimenteerd met preconceptiezorg, vernieuwde risicoselectie tijdens de zwangerschap en nieuwe manieren om hoog-risicogroepen te bereiken. De experimenten zijn onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid. Dankzij intensieve projecten is in deze gemeenten de kennis over zwanger worden en een gezonde zwangerschap vergroot.

Wat wordt er in de toekomst verwacht?

Minister Schippers verwacht dat zorgprofessionals en veldpartijen de geboortezorg integraal gaan inrichten. Het College Perinatale Zorg (CPZ) ontwikkelt met de hierboven genoemde partijen handvatten en een zorgstandaard die wordt uitgewerkt in de verschillende regio's.

Een recente Cochrane-review²⁸ laat zien dat de eerstelijns verloskundige alleen aanspreekpunt kan zijn als men de integrale zorg in nauwe samenwerking met gynaecologen en kinderartsen vorm geeft. Gynaecologen en eerstelijns verloskundigen moeten samen, vanuit één keten optreden en daarin optimale kwaliteit van zorg leveren. Intensievere samenwerking leidt tot een optimale verloskundige ketenzorg en sluit aan bij de behoefte van cliënten. Het verder versterken van de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) draagt hieraan bij.

Het opstarten van nieuwe samenwerkingsvormen zoals VSV's kost tijd en geld. Op termijn kan die samenwerking wel weer tot financiële voordelen leiden, bijvoorbeeld door een afname van dubbele administratie (intakes) en dubbele diagnostiek zoals echo's of laboratoriumonderzoek.

Goede samenwerking binnen de eerstelijns zorg en tussen eerste lijn en tweede lijn vermindert communicatiefouten, bijvoorbeeld bij een overdracht. Goede samenwerking bespaart tijd door zaken in één keer goed te doen. Denk weer aan het voorkomen van dubbele diagnostiek door goede afspraken tussen eerste en tweedelijns en uitwisseling van uitslagen. Een goede samenwerking waarbij 'de eerste lijn doet wat de eerste lijn kan' geeft de tweede lijn bovendien ruimte voor focus en meer specialisatie.

26 Een Goed Begin, Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009

27 Wilhelmina Rouwenhorstlezing door Jantine Kriens, voorzitter van de directieraad van de VNG, tijdens het Nationaal congres volksgezondheid 10 april 2014.

28 Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, 2013

Steeds meer verloskundigenpraktijken zijn verenigd in een coöperatie. In de coöperatie organiseren verloskundigen de activiteiten die gebaat zijn bij een 'bovenpraktijkse' aansturing. Voorbeelden zijn: een verloskundig centrum voor echoscopie, prenatale screening en uitwendige versie (een ingreep bij stuitligging), zwangerschapsvoorlichting en zwangerschaps cursussen, en een geboortehuis nabij een ziekenhuis.

Voor goede samenwerking in de keten is het belangrijk dat de beroepsgroepen aanspreekbaar zijn. Coöperaties maken individuele verloskundigen slagvaardiger en maken het makkelijker om beleid af te stemmen. Samen komen de verloskundigen verder dan individueel, omdat de leden gewend zijn gezamenlijk te opereren en compromissen te sluiten. De organisatie van 'losse' leden van de beroepsgroep in bijvoorbeeld coöperaties is een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking in de keten.

Taakverschuivingen en doorbreking van rolpatronen

Substitutie van tweedelijns naar eerstelijns zorg is kort samen te vatten met: 'door de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet'. Doel is om een handeling met behoud van kwaliteit (gezondheid en cliëntervaring van de zorg) tegen zo laag mogelijke kosten te laten verrichten (triple aim).

Het principe van substitutie wordt in de gezondheidszorg al veel toegepast, met name in de huisartsenzorg. In de geboortezorg is substitutie eigenlijk vanzelfsprekend als we zwangerschap en bevalling zien als natuurlijke, normale gebeurtenissen. De eerstelijns verloskundige screent en alleen bij vermoeden of vaststelling van een probleem wordt de tweede lijn ingezet. Enkele zorgactiviteiten die nu vaak in ziekenhuizen plaatsvinden, zijn prima in de eerste lijn mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan diagnostiek (echo's, bloedonderzoek) en bevallingen met een middelmatig risico.

Het Centrum Beleidsadvieserend Onderzoek (Cebeon)²⁹ geeft aan dat een betere poortwachtersfunctie van verloskundigen helpt om het aantal zwangerschappen terug te dringen dat start in de tweede lijn en daar ook blijft. Dit kan zonder verlies van kwaliteit omdat het gaat om zwangerschappen die heel goed vanuit de eerste lijn kunnen worden begeleid. Het Cebeon stelt ook dat steeds meer diagnostiek kan worden uitgevoerd in de eerste lijn, dichtbij de zwangere vrouw. Ook tweedelijnsconsulten en diagnostiek op aanvraag van een gynaecoloog zijn vaak mogelijk dichtbij de zwangere in de eerste lijn, bijvoorbeeld in een transmuraal centrum. Onderzoek van Cebeon onderschrijft het idee dat met adequate opleiding, toerusting en facilitering de eerstelijns verloskundige in staat is een deel van de bevallingen te begeleiden die nu in de tweede lijn worden gedaan.

Diagnostiek in de eerste lijn heeft een aantal voordelen:

- De functies diagnose en behandeling worden losgekoppeld.
- De zwangere vrouw ziet zo veel mogelijk één gezicht (continuïteit).
- De zwangere vrouw krijgt zorg en diagnostiek dichtbij huis, met minder reistijd en vaak ook minder wachttijd.
- De zwangere vrouw wordt niet onnodig naar de tweedelijns verwezen.
- De tweede lijn (ziekenhuizen) kan zich meer richten op het ontwikkelen van klinische expertise.
- Diagnostiek in de eerste lijn is goedkoper dan diagnostiek in de tweede lijn: door de DCB-systeematiek worden in de tweede lijn naast diagnostiek ook andere handelingen verricht die geld kosten.

3.7 Key resources (middelen)

Integrale zorg kan dus ingevuld worden met een breder takenpakket voor de verloskundige, gericht op diagnostiek. Dat vraagt een aanpassing van de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland. Gynaecologen en verloskundigen scheppen veilige kaders waarbinnen de taakverbreding kan plaatsvinden.

Het is belangrijk dat eerstelijns verloskundigen bekwaam zijn en blijven voor hun taken, zoals de inzet van een CTG. Er komen steeds meer diagnostische mogelijkheden om de gezondheid van mensen op afstand te monitoren, net als in de huisartsenpraktijk.

²⁹ Academisering opleiding verloskunde, Cebeon, 2011

De techniek ontwikkelt zich in een rap tempo en er komen steeds meer apps en mobiele apparatuur die de zelfregie van de zwangere vrouw ondersteunen.

Ketensamenwerking en taakherschikking in de geboortezorg lukt alleen wanneer alle landelijke partijen – inclusief de overheid – zich eraan committeren. De overheid en zorgverzekeraars moeten de totstandkoming van ketensamenwerking en innovatieve bekostiging ondersteunen, bijvoorbeeld met voorbeeldcontracten en startfinanciering voor de inzet van externe expertise en die van de betrokken zorgprofessionals. Landelijke initiatieven tot nieuwe zorgpaden kunnen eraan bijdragen dat beroepsgroepen hun bestaande rolpatronen doorbreken. Alle partijen moeten werken aan transparantie van kosten, kwaliteit en toegankelijkheid en klanttevredenheid, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders die gegevens kunnen benutten om hun plannen door te rekenen en de geboortezorg structureel te versterken. (Zorgvisie, 2 oktober 2013, M. Appelman, J. Visser).

Samenvatting

De eerstelijns verloskunde levert op dit moment een belangrijke bijdrage aan het versterken van de eigen kracht van de zwangere, het bevorderen van de gezondheid en het verkleinen van de gezondheidsverschillen. Kortom: een gezondere populatie, juist bij vrouwen met een hoog gezondheidsrisico en een lage SES. De eerstelijnsverloskundige kan dit bij uitstek doen vanwege haar bijzondere positie dichtbij de vrouw en het gezin en de persoonlijke begeleiding die zij biedt. Door deze bestaande ingrediënten te erkennen en te versterken, kan de geboortezorg maatschappelijke opbrengsten realiseren. Eerstelijns verloskundigen kunnen dit niet alleen. Samenwerking in de keten is de belangrijkste randvoorwaarde.

In hoofdstuk 5 werken we de maatschappelijke opbrengsten uit. In het volgende hoofdstuk zoomen we eerst in op cijfers: wat kost de geboortezorg en wat zou substitutie naar de eerste lijn financieel opleveren?

4 Financiële businesscase

4.1 Kosten geboortezorg Nederland

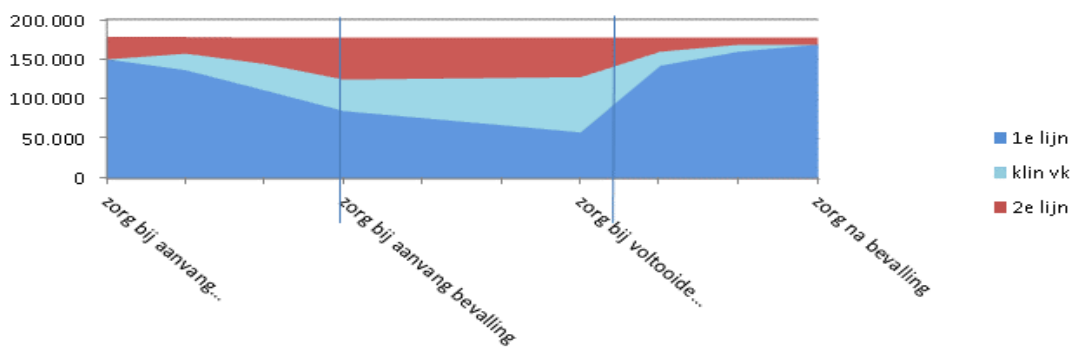
De totale kosten voor zwangerschappen en bevallingen in Nederland waren volgens het CVZ in 2011 (in miljoenen euro's):

Gynaecologie	626	44%
Eerste lijn	188,3	13%
Kraamzorg	289	20%
Zorg perinatale aandoeningen	334	23%
Totaal	1.437	

De kosten voor de eerstelijns geboortezorg (in miljoenen euro's) in 2011 waren volgens het CVZ:

Verloskundigen	186	99%
Huisartsen	2,3	1%
Totaal	188,3	

De verdeling van de verloskundige zorg die door de eerste en tweede lijn geboden wordt, is weergegeven figuur 3. Duidelijk is dat het aandeel van gynaecologen tijdens de zorg bij de bevalling het hoogst is, namelijk ca. 30%. De (eerstelijns en klinische) verloskundigen begeleiden 70% van de bevallingen. De zorg voor en na de bevalling vindt voornamelijk in de eerste lijn plaats.



Figuur 3: Verdeling geboortezorg over eerste en tweedelijns (bron: NIVEL)

De verdeling van de kosten over de verschillende beroepsgroepen binnen de geboortezorg geeft een ander beeld (figuur 4).



Figuur 4: Kostenverdeling geboortezorg 2011 (bron: NIVEL)

Meer dan de helft van de vrouwen die geboortezorg krijgen, gebruiken zowel eerste als tweedelijns zorg. Daarbij geldt dat vrouwen die alleen eerstelijns zorg gebruiken, de minste kosten maken. Daarna volgt de groep vrouwen met alleen kosten in de tweede lijn. De kosten van de groep die zowel eerstelijns als tweedelijns zorg afneemt, zijn aanzienlijk hoger.

4.2 Substitutie (taakverschuiving)

De overheid wil minder medicalisering en wil onnodige specialistische zorg voorkomen. Substitutie van zorg om tot doelmatige zorg te komen past hierbij. Eerstelijns verloskundigen sluiten al langere tijd aan bij deze landelijke trend, met name op het gebied van diagnostiek. Een voorbeeld is het echoscopisch onderzoek, waarmee verloskundigen hebben laten zien dat substitutie van zorg haalbaar is met behoud van de kwaliteit en verhoging van cliënttevredenheid. Uiteraard nemen de verloskundigen hierin hun verantwoordelijkheid wat betreft scholing en kwaliteitsborging. De substitutie op het gebied van diagnostiek kan verder uitgebreid worden dankzij technologische en ICT-ontwikkelingen, zoals kleinere mobiele apparatuur en meekijkfuncties op afstand.

Een mogelijkheid is om CTG bij naderende serotiniteit (waarvan 90% een normaal CTG laat zien) als substitutieproduct te ontwikkelen. Uiteraard net als bij de echo met adequate scholing en kwaliteitsborging.

De INCAS-studie³⁰ heeft laten zien dat ook substitutie tijdens de baring bij bepaalde indicaties mogelijk is; 63 % van de vrouwen die tijdens de bevalling worden verwezen, bevalt alsnog spontaan (meestal onder leiding van een klinisch verloskundige). Deze substitutie tijdens de baring wordt in enkele pilots uitgevoerd, onder andere in Tilburg en Leiden. In deze pilots blijven vrouwen bij bepaalde medische indicaties toch onder zorg van de eerstelijns verloskundige, uiteraard wel in het ziekenhuis en met de nodige diagnostiek of medicatie.

De Jonge e.a.³¹ noemen vier verwijzindicaties waarbij de eerstelijns verloskundige verantwoordelijk zou kunnen blijven voor de zorg, eventueel met een consult of overleg bij de gynaecoloog:

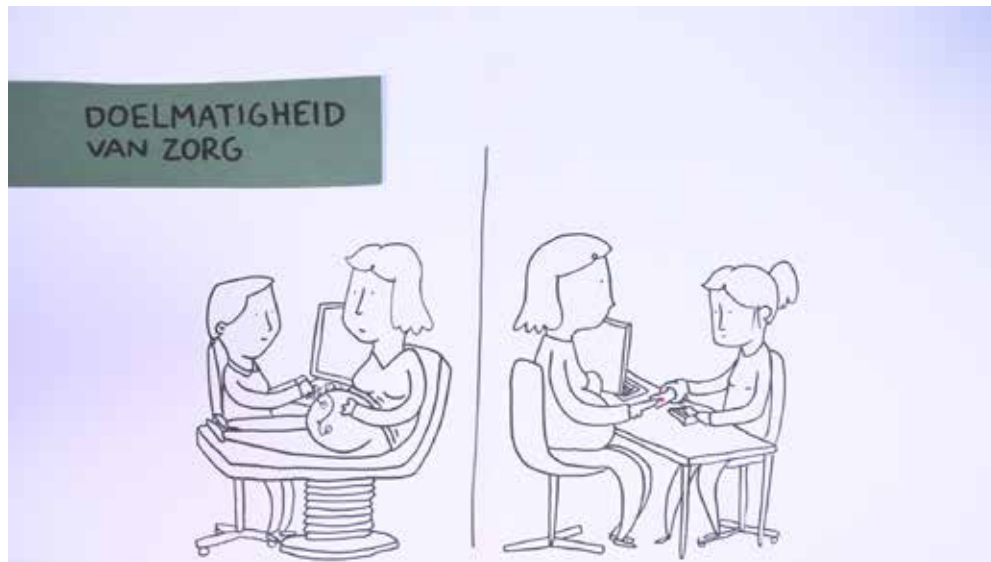
- medische pijnbehandeling;
- meconiumhoudend vruchtwater;
- langdurig gebroken vliezen;
- niet vorderende ontsluiting.

Dit zou volgens De Jonge e.a. bijdragen aan continuïteit van zorg voor de vrouw, maar ook € 30 miljoen besparen. Deze besparing komt door het lagere tarief van de eerstelijns zorg ten opzichte van het tweedelijns tarief. In deze berekening is niet meegenomen dat eerstelijns zorg tot een relatief laag sectiepercentage leidt.

In april 2014 presenteerde het congres van de Society for Maternal Fetal Medicine ('How to prevent the first Caesarean?') twaalf voordrachten van gerenommeerde Amerikaanse sprekers. Professor Ben Willem Mol, gynaecoloog AMC Amsterdam, concludeert naar aanleiding van de presentaties dat nog steeds onduidelijk is waarom er zo veel interventies worden gedaan zonder bewijs voor de noodzaak ervan. In de VS is het sectiepercentage 35%, tegen 15% in Nederland - wat volgens Mol grotendeels op conto komt van ons systeem van eerstelijns en tweedelijns geboortezorg.

³⁰ *Integrated Care System during labour (INCAS), De Jonge, 2014.*

³¹ *Leidt substitutie van zorg tijdens de baring tot minder kosten voor de gezondheidszorg? 2014, in press.*



Locatie	Sectiopercentage
Nederland*	17%
Zweden*	17%
Engeland	23%
Andere Europese landen	gemiddeld 25%
Italië/Spanje	33%

* *Systeem met poortwachterfunctie / risicoselectie door verloskundige.*

Bron: registratiecijfers per land (voor Nederland de PRN-cijfers van 2012).

Hieronder werken we twee rekenvoorbeelden uit van substitutie van zorg:

1. Laboratoriumonderzoek voor vrouwen met suikercontroles.
2. CTG-diagnostiek.

1. Laboratoriumonderzoek voor vrouwen met suikercontroles

	Per onderzoek
Kosten onderzoek in eerstelijns	€ 54,28
Kosten onderzoek in tweedelijns	€ 198,08
Vershil	€ 143,80

De besparing per zwangere vrouw bedraagt € 143,80.

Aannames:

- Aantal zwangere vrouwen per jaar: 175.000 (CBS).
- Aantal zwangere vrouwen met suikercontroles in de tweedelijns: 15% van 175.000 = 26.250.
- Aantal controles dat in de eerste lijn gedaan kan worden: 90% van 26.500 = 23.625.

Besparing

Het uitvoeren van laboratoriumonderzoek in de eerste lijn leidt tot een kostenbesparing van € 3,4 miljoen euro.

2. Invoering van CTG-diagnostiek als substitutie

- Aantal zwangere vrouwen per jaar: 175.000 (CBS);
- Aantal zwangere vrouwen met diagnostiek inclusief CTG-monitoring: 12% van 175.000 = 21.000.
- Aantal zwangere vrouwen dat in eerste lijn kan worden gemonitord: 90% van 21.000 = 18.900.

Op jaarbasis zouden 18.900 vrouwen een CTG-monitoring in de eerste lijn kunnen krijgen in plaats van in de tweede lijn. De prijsverschillen per CTG zijn als volgt:

	Per CTG
Kosten consult incl. CTG in eerstelijns	€ 450
Kosten consult incl. CTG in tweedelijns	€ 900
Verskil	€ 450

Besparing

Het monitoren van 18.900 vrouwen aan de hand van een CTG in de eerste lijn (in plaats van de tweede lijn) leidt tot een kostenbesparing van 18.900 maal € 450 = 8,5 miljoen euro. Dit komt neer op 0,59% van de totale kosten voor de geboortezorg.

Kosten

Om CTG uit te kunnen voeren, moeten regio's investeren in scholing, apparatuur en ICT. Dit bedrag wordt begroot op € 20.000 per praktijk, eenmalig. Uitgaande van 50 praktijken in Nederland zijn de totale kosten: 1 miljoen euro. De jaarlijkse kosten voor licenties van software e.d. bedragen naar schatting € 1.000,- per praktijk, € 50.000,- in totaal.

Resultaat substitutie

Het resultaat per jaar is:

- Jaar 1: 8,5 miljoen minus 1 miljoen = 7,5 miljoen euro.
- Jaar 2 en verder: 8,5 miljoen minus € 50.000 = 8,45 miljoen euro.

Het bereiken van deze resultaten vraagt niet alleen iets van de eerstelijns verloskonde. Zorgverzekeraars zullen substitutiemogelijkheden moeten meenemen bij de inkoop van zorg: wat in de eerste lijn kan, wordt in de tweede lijn niet meer gefinancierd.

Conclusie

Er zijn grote financiële voordelen te halen door substitutie van taken van de tweede lijn naar de eerste lijn. In deze mBC worden twee voorbeelden genoemd. De besparing hiervan is op jaarbasis al ongeveer € 12 miljoen euro. Het is aannemelijk dat substitutie van andere onderzoeken of zorgonderdelen ook grote effecten heeft.

5. Maatschappelijke effecten

Maatschappelijke effecten kunnen op twee manieren worden bereikt:

- Besparing: een nieuwe interventie bespaart in de toekomst kosten die in de huidige situatie nog worden gemaakt.
- Voorkomen: een bestaande interventie voorkomt kosten in preventieve zin: zonder de bestaande interventie zouden er meer kosten zijn.

De eerstelijns verloskundige richt zich op een gezonde populatie: zwangere vrouwen en (ongeboren) kinderen. Verschillende partijen in de maatschappij profiteren van haar werk. In dit hoofdstuk onderzoeken we welke partijen dit zijn en welke voordelen zij hebben. De formuleringen, de aannames en de berekening van onderstaande baten zijn tot stand gekomen op basis van literatuurstudies en gesprekken met experts binnen de geboortezorg.

5.1 Minder klinische bevallingen door continue begeleiding in eerste lijn

Met een continue begeleiding door de eerstelijns verloskundige voelen vrouwen zich veilig tijdens de bevalling en zijn ze tevreden over de zorg. Er zijn minder medische complicaties, minder psychosociale klachten, minder traumatische ervaringen (gevoel van 'alleen zijn').

We nemen aan dat de effecten hiervan zijn: een lagere incidentie van psychische problemen en minder gebruik huisartsenzorg, maatschappelijk werk, lactatiekundige hulp en medicatie.

De eerder genoemde Cochrane-review³² beschrijft het belang van continue begeleiding. Belangrijke conclusies uit dit onderzoek zijn:

- Continue ondersteuning leidt tot minder gebruik van medicamenteuze pijnbehandelingen tijdens de bevalling.
- Vrouwen zijn tevredener over de bevalling dan vrouwen die geen continue ondersteuning kregen.
- Vrouwen met continue ondersteuning hebben vaker een spontane bevalling en ook vaker een kortere baring.
- Vrouwen met continue ondersteuning krijgen minder vaak een vaginale kunstverlossing of sectio.
- Baby's van continue ondersteunde vrouwen hebben minder vaak een lage Apgarscore (<7) na 5 minuten.

Een haalbaarheidsstudie van de KNOV³³ laat zien dat continue begeleiding enige aanpassing vraagt van de organisatie, en dat bevallingen dankzij continue begeleiding korter duren dan verwacht. Tevens is de tijdsbesteding aan continue begeleiding korter dan verwacht.

Volgens figuur 2 wordt 67% van alle zwangere vrouwen (117.250 vrouwen op jaarbasis) op enig moment overgedragen aan de tweedelijns. We nemen aan dat dankzij meer diagnostiek in de eerste lijn (bijvoorbeeld CTG) en continue begeleiding door de eerstelijns verloskundige in de toekomst ongeveer 10% van deze groep (12.000 vrouwen) in de eerste lijn blijft en niet-klinisch bevalt.

Aanname:

- 10% van de zwangeren kan uit de tweede lijn blijven en niet-klinisch in de eerste lijn worden begeleid.

Berekening:

- Eén klinische bevalling kost € 2500 en één niet-klinische bevalling kost € 502,-.
- Het verschil is € 1.998,-.
- De besparing: 12.000 vrouwen * € 1.998,- = 24 miljoen euro per jaar.

32 *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*, J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, 2013

33 *Pilot continue begeleiding tijdens de baring*, A. Bruinsma, M. Weide, 2013

5.2 Sterke eigen kracht / zelfregie zwangere vrouw

Vrouwen met een lage SES geven minder vaak borstvoeding, terwijl borstvoeding de gezondheid van de moeders en van de pasgeborenen op korte en lange termijn bevordert³⁴. TNO stelt dat het belang van borstvoeding voor baby's sinds enkele jaren algemeen bekend is: borstvoeding beschermt een kind ook op latere leeftijd tegen overgewicht, allergie en infectieziekten. Het landelijk platform 'Borstvoeding', waar onder andere ActiZ, V&VN, de KNOV en de NVOG aan deelnemen, wil de kwaliteit en continuïteit van de zorg rond borstvoeding verbeteren en het zelfvertrouwen van moeders versterken. Het platform geeft aan dat zelfvertrouwen een belangrijke factor is bij het geven van borstvoeding. Moeders met meer zelfvertrouwen zijn doorgaans van plan langer borstvoeding te geven en voelen zich zekerder.

Volgens Movisie³⁵ blijkt in de praktijk dat de nadruk op eigen kracht en eigen beslissingen leidt tot meer eigen oplossingen en een lager beroep op professionele zorg. Sterke zelfregie van de zwangere vrouw verhoogt de draagkracht: het gezin kan meer aan. Hierdoor voelt het gezin zich zekerder en ontsporen situaties minder snel. In lijn met Movisie nemen we aan dat het beroep op zorg (huisarts, specialist) en medicatie afneemt bij een sterke eigen regie. Zwangere vrouwen gaan vooral naar de huisarts vanwege (urine)weginfecties. Dit kan verminderen als eerstelijns verloskundige urineweginfecties mogen controleren, kweken mogen aanvragen en antibiotica voor kunnen schrijven.

Aannames:

- Op dit moment neemt 1 op 10 zwangeren 3 maal per zwangerschap contact op met de huisarts. Dit zijn 17.500 zwangere vrouwen.
- De aandacht van de eerstelijns verloskundige voor sterke zelfregie van de zwangere vrouw, verlaagt dit aantal met 30%. Zij doen geen beroep op de huisarts, waar zij dat wel hadden gedaan zonder aandacht van de eerstelijns verloskundige voor sterke zelfregie.

Berekening:

- De kosten van een huisartsenconsult van bedragen naar schatting € 50,-.
- De kosten die worden voorkomen zijn: 5.250 vrouwen die geen beroep doen op de huisarts: 15.750 bezoeken * € 50,- = € 787.500,-.

Meer draagkracht in het gezin vermindert stress bij de partner. Volgens psychiater Bram Bakker³⁶ wordt een derde van het arbeidsverzuim veroorzaakt door stress. Meer draagkracht in het gezin kan arbeidsverzuim van de zwangere en de partner voorkomen, zowel tijdens de zwangerschap als voor de partner tijdens de eerste (intensieve) kraamperiode.

Aanname:

- De inzet van de eerstelijns verloskundige op meer draagkracht in het gezin voorkomt dat 2% van de partners (3.500 partners) per jaar 3 dagen verzuimt.

Berekening:

- De verzuimkosten voor 3 dagen zijn (inclusief productieverlies): € 849,-³⁷.
- Dat leidt tot een besparing van 3.500 * € 849,- = 2,97 miljoen euro³⁸.

Doordat de zwangere zich sterker en meer op haar gemak voelt, verloopt de zwangerschap vaker fysiologisch goed, verloopt de bevalling beter en treden er naar verwachting minder vaak medische complicaties en psychosociale klachten op. Het logische gevolg is dat er om die reden minder zorg en medicatie nodig is.

34 Literatuurstudie socio-economische status van de zwangere in de regio Rivierenland, R. Hardeman, A. Mijnheer, 2012

35 www.movisie.nl

36 Nationaal Preventieprogramma 'Alles is Gezondheid', 2014

37 www.verzuimkosten.nl

38 De financiële effecten voor de zwangeren zelf zijn hierin niet meegenomen.

Aanname:

- Continue begeleiding van de eerstelijns verloskundige kan bij ten minste 10% van alle zwangere vrouwen medische en/of psychosociale klachten voorkomen.

Berekening:

- Een ziekenhuisopname onder regie van een gynaecoloog (DBC) kost meer dan € 1.000,-.
- Zorgkosten als gevolg van klachten bedragen naar schatting gemiddeld € 300,-.
- De te begroten maatschappelijke baten zijn dan: 17.500 zwangere vrouwen * € 300,- = 5,3 miljoen euro.

Hoe meer zelfvertrouwen de zwangere vrouw heeft, hoe vaker en langer zij borstvoeding zal geven. Dit leidt tot gezondheidswinst bij de baby en een lagere incidentie van klachten bij het kind. Het effect is dat de baby / het kind minder zorg en medicatie nodig heeft.

Het RIVM³⁹ heeft een kosten-batenanalyse gemaakt van interventies op het gebied van borstvoeding. Modelberekeningen laten een besparing van maximaal 50 miljoen euro op zorgkosten zien als alle moeders minstens zes maanden borstvoeding geven. Een realistische schatting komt neer op jaarlijks 4 miljoen euro, als we uitgaan van een kleine gedragsverandering bij jonge moeders. De effecten gedurende het latere leven van de huidige baby zijn hier niet meegenomen.

In 2010 gaf volgens het RIVM 16% van alle vrouwen (28.000) 6 maanden of langer borstvoeding.

Aanname:

- De focus van de verloskundige op het zelfvertrouwen van de zwangere vrouw zorgt ervoor dat 30% van deze vrouwen (8.400) het daadwerkelijk volhoudt om zes maanden uitsluitend borstvoeding geven. Met andere woorden: zonder de inzet van de eerstelijns verloskundige was dit niet gebeurd.

Berekening

- Als we uitgaan van een jaarlijkse besparing van 4 miljoen euro, zijn de jaarlijkse kosten die worden voorkomen: 30% * 4 miljoen euro = 1,2 miljoen euro.

5.3 Gezondheidswinst dankzij preventie

De eerstelijns verloskundige is dé expert bij uitstek voor het inzetten op public health.

Minder vroeggeboorten (bevalling voor 37 weken)

Goede voorlichting en adviezen over leefstijl (roken, drinken, voeding, bewegen) verminderen het aantal vroeggeboorten en het gebruik van zorg en medicatie⁴⁰.

Volgens de Stuurgroep zwangerschap en geboorte⁴¹ leiden minder vroeggeboorten tot aanzienlijke baten. Onderzoek uit de USA⁴² laat zien dat de gemiddelde ziekenhuiskosten van een prematuur rond de 15.000 dollar liggen (€ 11.000,-). En dan gaat het alleen over ziekenhuiskosten, niet de kosten op langere termijn. We gaan er voor deze businesscase vanuit dat de ziekenhuiskosten voor de Nederlandse situatie hetzelfde zijn.

Het aantal vroeggeboorten in Nederland is 77 per 1.000 levendgeborenen⁴³. Dat betekent op jaarbasis: 13.475 vroeggeboorten.



39 Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies, F. Büchner, J. Hoekstra, C. Van Rossum, 2006

40 The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales, L. Mangham, S. Petrou, e.a., 2009

41 Een goed begin, Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009

42 Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the united states, R. Russell, N. Green, 2007

43 Stichting PRN, 2011

Aanname:

- Nog meer focus van de eerstelijns verloskundige op een goede leefstijl (met name bij zwangere vrouwen met lage SES) en de inzet van bijvoorbeeld groepsvoorlichting (Centering Pregnancy) dringt het aantal vroeggeboorten met 5% terug: 673 kinderen.

Berekening:

- De kosten die hiermee worden voorkomen zijn: $673 * €11.000,- = 7,4$ miljoen euro.

Minder babysterfte

Uit cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN, 2012) blijkt dat het sterftecijfer in 2012 in vergelijking 2001 met 28 procent is gedaald. Van de ruim 175.000 geboren in 2012 zijn 1.491 kinderen doodgeboren of overleden in de eerste vier levensweken.

Aanname:

- De focus van de eerstelijns verloskundige op een goede leefstijl van met name zwangere vrouwen met lage SES, vermindert babysterfte.

Voorkomen GGZ-problematiek

Psychische stoornissen vormen een belangrijk gezondheidsprobleem. Ruim één vijfde van de totale zorgkosten gaat naar zorg voor mensen met psychische stoornissen. Dit geeft hoge maatschappelijke kosten. De aanname is dat de actieve rol van de eerstelijns verloskundige op het gebied van begeleiding en public health GGZ problematiek bij zwangere vrouwen voorkomt. De prevalentie van een postnatale depressie bedraagt in Nederland ongeveer 10%⁴⁴. Dat betekent dat jaarlijks ongeveer 17.500 vrouwen een postnatale depressie hebben. Symptomen van een postnatale depressie zijn dezelfde als die van een 'gewone' depressie, maar het risico bestaat dat ze als normale gevolgen na een bevalling worden beschouwd⁴⁵. De zorgkosten van een persoon met een depressie bedragen ongeveer € 400,- per persoon per jaar aan medicatie, huisartsbezoek enzovoort (berekend aan de hand van cijfers van het RIVM).

Aanname:

- De inzet van de verloskundige op public health op jaarbasis voorkomt bij 1.500 vrouwen dat zich een depressie ontwikkelt.

Berekening:

- Hiermee wordt $1.500 * € 400,- = € 600.000,-$ aan zorgkosten voorkomen.

Minder problematische situaties

Met deskundige en continue begeleiding kan de eerstelijns verloskundige problematische (opvoed) situaties vroegtijdig signaleren en daarmee escalatie voorkomen. Escalatie is bijvoorbeeld: de inzet van jeugdzorg of uithuisplaatsingen van kinderen. Dit effect wordt onderkend, maar is niet uitgedrukt in maatschappelijke baten.

5.4 Tijdswinst en focus door goede samenwerking (integrale zorg)

Het opstarten van nieuwe samenwerkingsvormen (zoals VSV's) kost tijd en geld. Op termijn kan samenwerking tot financiële voordelen leiden, bijvoorbeeld door dubbele onderzoeken te voorkomen, zoals doorlopend EPD, echo's of urineonderzoek. Goede samenwerking binnen de eerstelijns zorg en tussen eerste lijn en tweede lijn verminderen communicatiefouten bij de overdracht van informatie. Goede samenwerking leidt ook tot meer efficiency (tijdsbesparing), door zaken in één keer goed te doen. Dubbele diagnostiek kan bijvoorbeeld worden voorkomen door goede afspraken tussen eerste en tweede lijn en uitwisseling van uitslagen.

44 Een behandeling van postpartumdepressie (PDD), E. Engels, A. Haspels, 2003

45 Robertson et al., 2004.

6. Conclusie

Deze mBC laat de toegevoegde waarde zien van de eerstelijns verloskundige binnen de integrale geboortezorg. Niet om te polariseren, maar om helder te maken dat een stevige positie van de eerste lijn binnen de integrale geboortezorg grote maatschappelijke effecten heeft.

Nederland kent een uniek zorgstelsel met het onderscheid in eerste en tweedelijns zorg. Dit stelsel voorkomt medicalisering van de normale klachten en gebeurtenissen die nu eenmaal bij het leven horen. Het biedt daarmee een goede basis voor de maatschappelijke opgaven die aan de zorg zijn gesteld: meer nadruk op eigen regie van cliënten, meer aandacht voor preventie en werken aan integrale zorg.

Een uitdaging die de geboortezorg met vertrouwen tegemoet kan zien. In Nederland zien we zwangerschap en bevalling immers als normale, natuurlijke gebeurtenissen. De eerstelijns verloskundige is een coach die vrouwen vertrouwen geeft in hun eigen kracht en voorlichting geeft over gezondheid. Maar zij is ook toegerust om mogelijke medische problemen te signaleren en vrouwen op tijd door te verwijzen naar de tweede lijn. Als een van de weinige zorgverleners komt zij 'achter de voordeur', ook bij gezinnen met een verhoogd risico op (opvoed)problemen.

De eerstelijns verloskundige werkt samen met professionals in de eerste lijn (bijvoorbeeld kraamzorg, huisartsen) en in de tweede lijn (klinisch verloskundigen, gynaecologen). Optimalisering van die samenwerking, met name met de tweede lijn, kan de kwaliteit van de zorg verder verbeteren en geld besparen. Continuïteit van zorg blijkt veel effect te hebben op de beleving van cliënten en is daarmee een belangrijk aandachtspunt. In het kader van integrale, betaalbare zorg zijn ook de effecten van substitutie interessant (taken verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat eerstelijns verloskundigen meer diagnostiek kunnen uitvoeren en bij een beperkt aantal medische indicaties zelf verantwoordelijk kunnen blijven voor de bevalling. Dit vraagt zorgvuldigheid, opleiding van de verloskundige en uitstekende samenwerking met de tweede lijn. Onder die voorwaarden blijft de kwaliteit van zorg goed, ervaren vrouwen meer continuïteit van zorg, en zijn grote kostenbesparingen mogelijk. Een goede samenwerking waarbij 'de eerstelijns doet wat de eerste lijn kan' leidt bovendien tot mogelijkheden voor meer focus en meer specialisatie in de tweedelijnszorg en tot het ontlasten ervan.

Op basis van voorzichtige aannames komen de totale maatschappelijke baten neer op minimaal 45 miljoen euro per jaar. Baten waar de cliënt dubbel van profiteert: enerzijds in de vorm van gezondheidswinst en anderzijds -via de zorgverzekeraars- in de portemonnee. De zorgverzekeraars profiteren daar als financiers van de zorg het meeste van.



De eerstelijns en tweedelijns geboortezorg moeten samenwerken om deze effecten te realiseren. Samenwerken is het middel, doel is kwalitatief goede zorg, begeleiding en ondersteuning te bieden tegen aanvaardbare kosten. Doelmatige geboortezorg kan!

Nawoord

De mBC geboortezorg is een serieuze poging in kaart te brengen wat we als samenleving te winnen hebben bij een geboortezorg die proactief moeder en kind gericht is in plaats van de huidige reactieve, sterk medische benadering waarin de echte problemen van vooral de kwetsbare zwangere vaak niet opgelost worden. Daarvoor is een systeem nodig dat welzijn, preventie en zorg verbindt, dat medische en sociale risico's verbindt en aanpakt, dat eerste en tweede (en derde) lijn verbindt en dat vooruit wil kijken naar een optimale toekomst voor moeder en kind. Dat vergt modern denkende (= zwangere centraal, los van beroepsbelangen) en werkende (= maximaal geïnformeerde en communicerende) professionals die vanuit één, dichtbij de zwangere in haar buurt of wijk opererende multidisciplinaire organisatie actief zijn. Dan pas kunnen de in de mBC opgeworpen aannames werkelijkheid worden.

Door deze mBC-exercitie is helder geworden hoeveel gezondheidswinst er nog te halen is in de verbetering van onze geboortezorg. Die ligt naast mooiere technieken vooral in slimmer organiseren van welzijn preventie en zorg en bereidheid tot respectvolle samenwerking.

Prof. Dr. Koos van der Velden,
hoogleraar Public Health Radboud Universiteit Nijmegen, voorheen voorzitter stuurgroep Zwangerschap en Geboorte van waaruit het Rapport 'Een goed begin' is opgesteld.

Literatuur & bronnen

- Berg, M. van den, Schoemaker, C.G., RIVM, 'Effecten van preventie, deelrapport van de VTV', 2010
- Büchner F.L., Hoekstra J., Van Rossum CTM, RIVM, 'Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies', 2006
- Bruinsma, A, Weide, M, Pilot continue begeleiding tijdens de baring, 2013
- Cebeon, 'Academisering opleiding verloskunde, 2011
- Centrum Perinatale Zorg, Factsheet, 2014
- Engels E, Haspels A, Een behandeling van postpartumdepressie (PDD), 2003.
- Hardeman, R. en Mijnheer, A., Literatuurstudie socio-economische status van de zwangere in de regio Rivierenland, 2012
- International Confederation of Midwives, Definition of the Midwife, 2011
- Jonge, A de, Stuijt, R e.a., Continuity of care, 2014
- Jonge, A de, Jans, S, Perdok, H, Bosmans, J. Leidt substitutie van zorg tijdens de baring tot minder kosten voor de gezondheidszorg? Tijdschrift voor Verloskundigen okt. 2014 in press
- Jonge A de, Integrated Care System during labour (INCAS), Implementation of an integrated care system for labouring women: bridging the gap between primary and secondary obstetric care. A problem analysis, 2014.
- Kamerbrief 'Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst' , Staatssecretaris Van Rijn (VWS), april 2013
- KNOV, Beroepsprofiel verloskundige, 2013
- KNOV, beleidsplan
- Kriens J, Wilhelmina Rouwenhorstlezing, 2014.
- Mangham, L.J., Petrouw, S., Doyle, L.W., Draper, E. S. 'The Cost of Preterm Birth Throughout Childhood in England and Wales', Pediatrics 2009
- Movisie, 'Zelfregie en eigen verantwoordelijkheid', 2012
- NZA, Marktscan, 2012
- NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2012
- Osterwalder, A, Business Model Generation, 2009
- Prins, M., Dillen, J. van en Jonge, A De. 'Voordelen van continue zorg door verloskundigen', 2013
- Ravelli, A, e.a., Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis, 2011
- Rijnders, M. Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes. Effects and women's experiences, 2011
- RIVM, Evidence based public health interventie zwangerschap en geboorte, 2014
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Steward DE, Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26(4), 289-95.
- Rowe, R., Kurinczuk, J. e.a. 'Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study', 2012
- Russell, R.B., Green N.S., Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States, Pediatrics, 2007. Link: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606536
- Sandall, H. Soltani , S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, J. 2013
- Sirm, M. Appelman, J. Visser, www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2013/10/Versterking-geboortezorgketen-loont-1379810W/.
- Spelten, E. en Klomp, T, Deliver-studie 2008-2011, Nationale studie naar de eerstelijns verloskundige, 2011
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, Een Goed Begin, 2009.
- Tilburg, Wiegers e.a., The role of hospital midwives in the Netherlands, BMC Pregnancy and Childbirth, 2010
- Rijksoverheid, Alles is gezondheid, nationaal programma preventie 2014-2014, 2013
- Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M, Kinderen in Nederland. SCP/TNO, 2005.

Websites:

- CBS Statline: <http://statline.cbs.nl/statweb/>
- www.generationr.nl
- www.centeringhealthcare.nl
- www.knovzwanger.nl
- www.movisie.nl
- www.perinatreg.nl
- www.nationaalkompas.nl
- www.trimbos.nl
- www.verzuimkosten.nl

Colofon

Initiatiefnemers

Eerstelijns Verloskundigen Coöperatie Midden Nederland (EVCMiddenNL)

Coöperatie Verloskundigen Nijmegen e.o. (CVN)

Verloskundigen Plein Zwolle

Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (EVAA)

Saltro - diagnostiek in de zorg

SHO Centra voor medische diagnostiek

Productie, advies en begeleiding

Dock4 & Organisatieadvies in Zorg



Tekstredactie

Inforwijzer



Opmaak/Vormgeving

Studio De Bunschoter



Contact

www.doelmatigegeboortezorgkan.nu

info@doelmatigegeboortezorgkan.nu



DEZE MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE
IS EEN PROJECT IN OPDRACHT VAN:

