

SAMEN ZORG DRAGEN

# Samen zorg dragen

*Inaugurele rede*

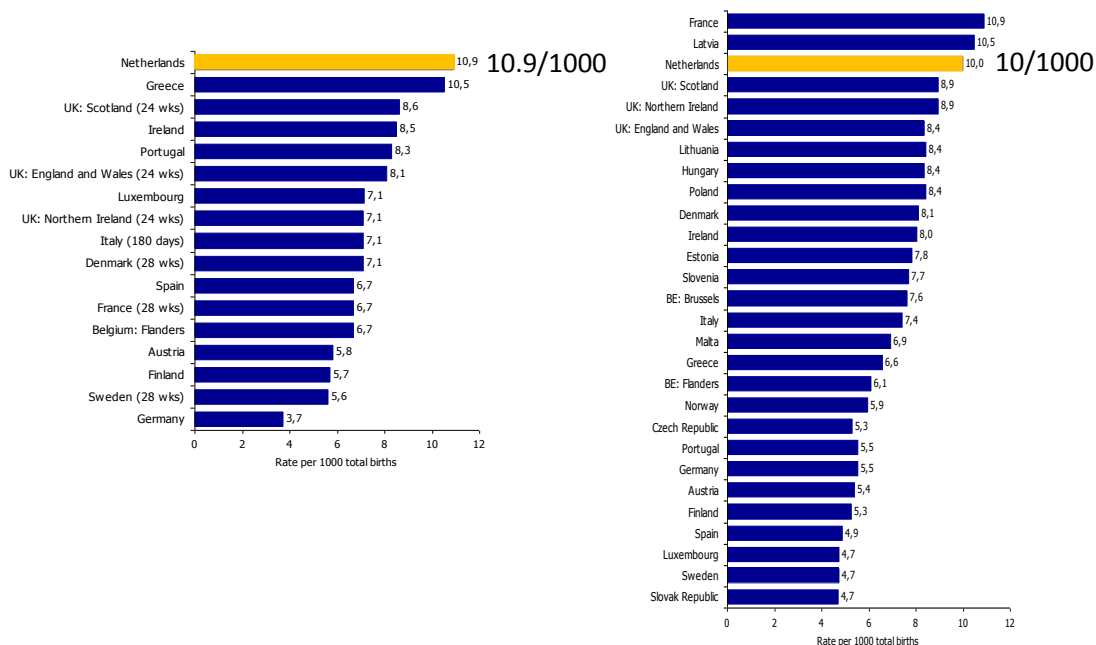
Prof. dr. M.E.A. Spaanderman

## SAMEN ZORG DRAGEN

Mijnheer de prorektor, dames en heren,

De daling in Nederlandse perinatale mortaliteit, als maat voor de kwaliteit van de verloskundige zorg, blijft achter ten opzichte van de ons omringende landen. (Figuur 1) Het ministerie van VWS heeft daarom in 2008 een stuurgroep de opdracht gegeven de redenen in kaart te brengen en adviezen ter verbetering van de babysterfte uit te brengen. Dit heeft in 2009 geleid tot 7 dwingende aanbevelingen die zich laten samenvatten op 2 hoofddomeinen, te weten 1. Reorganisatie van zorg met moeder en kind in een centrale en deelnemende rol en 2. Herdefiniëring en verregaande intensivering van samenwerking van zorgverleners betrokken bij zwangerenzorg (zoals verloskundigen, kraamzorg, gynaecologen, kinderartsen, jeugdgezondheidszorg, maar ook OK en ambulancedienst).<sup>1</sup> De centrale aansturing van de verbetertrajecten zijn door het ministerie van VWS neergelegd bij ZON MW. Deze instantie beheert de gelden noodzakelijk om samenwerking in nieuwe vorm mogelijk te maken. Deze gelden zijn alleen toegankelijk door innovatieve concrete voorstellen voor regionale samenwerking. Het MUMC heeft, om samenwerkende verloskundige zorg mogelijk te maken binnen haar verantwoordelijk verzorgingsgebied, een hoogleraar transmurale verloskunde benoemd.

**Figuur 1.** Europese perinatale mortaliteit (het aantal kinderen dat sterft na de 22<sup>ste</sup> zwangerschapsweek en voor de tweede week na de geboorte).



Gegevens uit peristat-1(2003, links) en persitat-2 (2008, rechts).

## SAMEN ZORG DRAGEN

Samenwerken door de lijnen heen (0<sup>de</sup>, 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn) en met de aanstaande moeder en partner als participanten is dus het overkoepelende woord. Maar **willen we de moeder en kind zorg samen dragen?** Na diepere analyse van de knelpunten binnen de verloskundige samenwerking lijkt de enige weg naar samenwerking *samenwerking* zelf om zo de kwaliteit en veiligheid te borgen en de krimpende financiële mogelijkheden het hoofd te bieden. Concreet betekent dit, dat hulpverleners idealiter moeten beschikken over hetzelfde dossier, dat de inhoud van het dossier door alle hulpverleners in gezamenlijkheid wordt vormgegeven, dat moeders toegang moeten hebben tot hun gegevens en desgewenst daar zelf gegevens aan toe kunnen voegen (zelfmanagement), dat zorg in gezamenlijkheid wordt geleverd met in acht name van kosten, en dat uitkomsten van geleverde zorg niet alleen termen van sterfte maar ook in gezonde ontwikkeling wordt gemeten. Om dit mogelijk te maken heeft, na overleg met het gehele verloskundig veld en patiëntenvertegenwoordigers, Limburg de unieke voorkeur uitgesproken, te kiezen voor integrale samenwerking, en alle gegevens toetsbaar te maken. **Wij willen deze zorg samen dragen.**

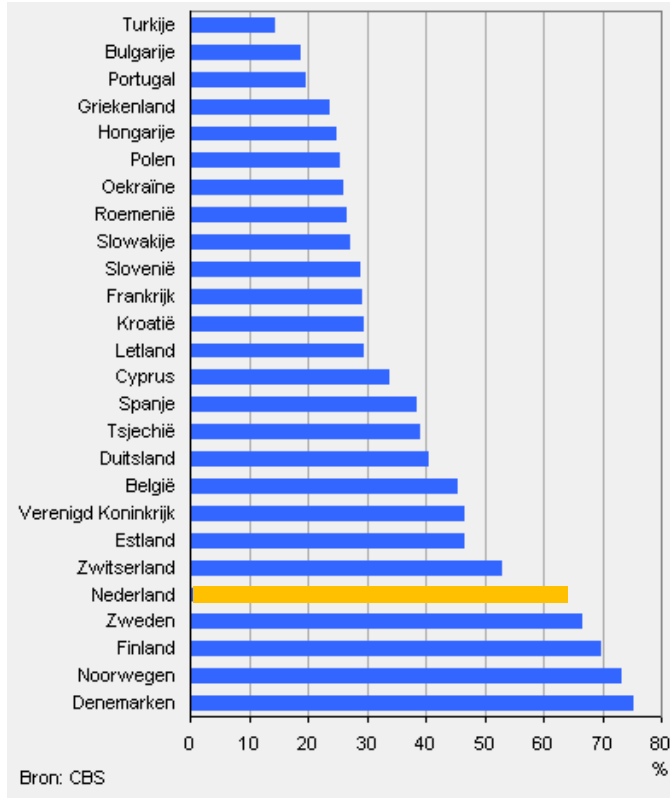
**Kunnen we de zorg voor moeder en kind samen dragen?** De praktijk wijst uit dat samenwerken binnen de huidige verloskundige organisatie, met haar lijnen, financiering en cultuur, moeilijk is. Samenwerken vereist voortdurende, respectvolle, optimale afstemming van de bijdrage van eigen kwaliteiten en belangen met die van de coöperatieve groepen of collegae, om daarmee het gemeenschappelijk hoofddoel te kunnen bereiken. Samenwerken lukt alleen als de partijen elkaar behulpzaam, eerlijk, flexibel, tactvol, veelzijdig, bereidwillig en hoffelijk tegemoet treden, met als doel er samen zo goed mogelijk uit te komen. Feitelijk gaat het om het delen van kennis en ervaringen, actief bij te dragen aan de gemeenschappelijke uitkomst, te helpen en motiveren waar mogelijk, open te staan en aandachtig te luisteren, en correcte en eerlijke informatie terug te geven. Daarbij is niet alleen de inhoud van belang, ook de randvoorwaarden waarbinnen de zorg georganiseerd wordt, dienen zo nodig gezamenlijk tegen het licht gehouden te worden. Maar waarschijnlijk is de meest belangrijke variabele vertrouwen. Alleen met onderling vertrouwen buigen we de inter-afhankelijke zorg die we nu in onafhankelijkheid pogen vorm te geven om naar een harmonieus model, een model waarin we de afhankelijkheid van elkaar onderkennen, onderstrepen en omarmen, een model waarin zowel vrouw en partner, kind, gezin en hulpverlener wel bij varen. 2/3 van de Nederlanders heeft vertrouwen in de medemens: alleen in Scandinavië is dat onderling vertrouwen groter.<sup>14</sup> **Als we willen samenwerken dan kunnen we samenwerken.**(Figuur 2)

**En hoe gaan we dat doelgericht samen doen?** We hebben allereerst vastgesteld wat ons gemeenschappelijke doel is. Dit hebben we vastgelegd in ons gemeenschappelijk visiedocument. Ik citeer als missie statement; *“Het verloskundig consortium Limburg, een samenwerkingsverband van professionals en instellingen betrokken bij de zorg rondom zwangerschap en geboorte, stelt zich tot gemeenschappelijk doel de verloskundige zorg in de Provincie Limburg voortdurend te innoveren en verbeteren met als uitkomstresultaat een*

## SAMEN ZORG DRAGEN

*continue daling van perinatale mortaliteit en morbiditeit, om daarmee moeder, kind en gezin de best haalbare uitgangspositie te geven”.*

**Figuur 2.** Vertrouwen in de medemens.



Gegevens CBS. <sup>14</sup>


Ons Limburgse initiatief streeft naar gedeelde (integrale) zorg van nulde, eerste, tweede en derde lijn in plaats van ketenzorg om tot verdere toename van verbetering van verloskundige zorguitkomsten te komen. De samenwerking heeft naast dit transversale karakter ook een longitudinaal gezicht: gestreefd wordt naar afstemming en uniformering van gegeven zorg binnen de lijnen. De samenwerking kent 4 pijlers, die ik kort zal bespreken:

Ten eerste worden zorg rondom moeder en kind vormgegeven in gemeenschappelijk ontwikkelde multidisciplinaire zorgpaden, waarbij alle participerende partijen, vanuit hun eigen expertisegebied, niet alleen invulling geven aan de inhoud, maar ook aan de latere gedeelde zorg. De deelnemende experts zijn patiënten, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraam en jeugdgezondheidszorg en kenniscentra zoals de academie voor verloskunde Maastricht (AVM) en de Universiteit Maastricht en Nijmegen. De zorgpaden zullen ontsloten worden afhankelijk van een eerste trimester risico schattend instrument dat binnen de provincie op performance getoetst wordt. *Als voorbeeld ziet u een eerste trimester risk assessment die het vroeggeboorte zorgpad ontsluit.* Voor de vormgeving van deze delen deel heeft Limburg twee ZONMW subsidies gekregen. Met partijen die wel

## SAMEN ZORG DRAGEN

betrokken zijn bij de zorg voor moeder en kind, maar nu nog onvoldoende vertegenwoordigd, zal gaandeweg ook aansluiting worden gezocht.

Ten tweede vindt er voortdurende multidisciplinaire gezamenlijke toetsing van de kwaliteit van zorg plaats, om zodanig in staat te zijn continu in kwaliteit te kunnen groeien. Kwaliteit van zorg wordt getoetst aan de hand van perinatale sterfte, maar ook latere voortgang van moeder, kind en gezin. Structurele matige of juist goede kwaliteiten van zorg, gevonden bij gemeenschappelijke kwaliteitsevaluatie, worden terug gekoppeld aan de leden van het consortium en dienen niet alleen als basis voor gemeenschappelijk gedragen, praktisch gericht innovatief wetenschappelijk onderzoek, maar ook als bron voor implementatie van kennisvermeerdering en overdracht. Voor de kwaliteitsbewaking is een monitorcommissie verantwoordelijk. Alle verloskundige kringen en ziekenhuizen hebben hun eigen afvaardiging in deze commissie.

Ten derde vormen cliënten en patiënten niet alleen een participerende partij bij de ontwikkeling en bewaking van integrale verloskundige zorg, maar ook als goed geïnformeerde expert binnen hun eigen behandeling (patient empowerment). De zorg als zodanig voorgestaan noemen we het Limburg Obstetric Quality System (LOQS). 

Tenslotte, als vierde pijler, is voor de samenwerking, voortdurende kwaliteitsbewaking en patient empowerment randvoorwaardelijk, dat er een gemeenschappelijk moeder en kind dossier met een daaraan gekoppeld cliënt informatie systeem aanwezig is. Dit geheel zal aan moeten sluiten op de gemeenschappelijke zorgpaden en geautomatiseerd informatie moeten kunnen leveren aan de monitor commissie. Ook zal het informatie moeten bevatten voor de verplichte landelijke registraties. In samenwerking met Regionale Ondersteuning Structuur ROS Robuust is een omvangrijke business case geschreven, waarin de randvoorwaarden, kosten en opbrengsten voor het LOQS met inbegrip van het dossier en cliënt informatie systeem zijn opgenomen. De Raad van Bestuur MUMC en de participerende partijen onderschrijven en ondersteunen deze randvoorwaarden. De ambitie is binnen 4 jaar alles operationeel te hebben. **Samen kunnen we het dragen.**

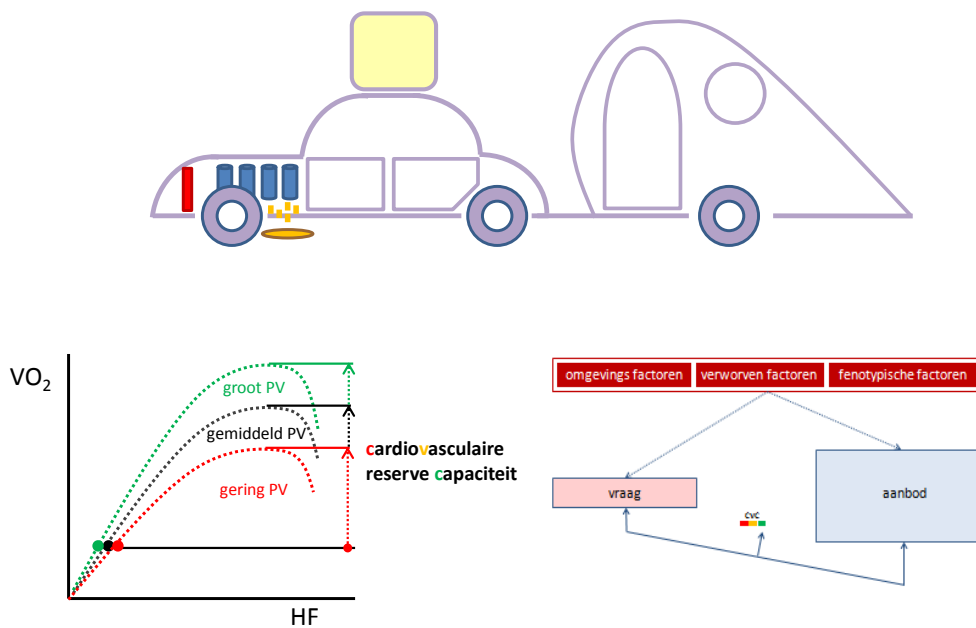
Kortom, alle randvoorwaarden zijn aanwezig om samen onze zaak te verbeteren. Ik noem het bewust *onze zaak*, omdat deze structuur ook inzicht levert in integrale kosten, en dat we daarmee tot eerlijke en reële kostprijzen kunnen komen die recht doen aan de inspanningen, kwaliteitsbewaking, innovaties en verbetertrajecten door alle partijen geleverd. Ik zie het als mijn taak voor alle partijen, binnen reële grenzen, goed te doen en zal binnen het geheel dus streven naar een onafhankelijke, coördinerende rol. Wat mij betreft nu de handen uit de mouwen; oan de geng!

## SAMEN ZORG DRAGEN

Laten we dit resumé spiegelen aan een voorbeeld uit de werkelijkheid.

Gezondheid en welzijn draaien om een *onevenwichtig* evenwicht, waarbij de balans tussen draagkracht en draaglast bij voorkeur ruim ten voordele van de eerste categorie dient uit te vallen. In essentie gaat het om de fysieke reserves, het vermogen te kunnen geven. Hierbij gaat het letterlijk om de vraag: **Kan je het dragen?** Zwangerschap verhoogt de draaglast en kost dus vermogen. Moederfactoren van invloed op dit vermogen te kunnen geven en foetale factoren van invloed op de vraag, zijn daarmee bepalend voor de netto resterende draagkracht. Als voorbeeld gebruik ik vaak, voor mijn patiënten, de vergelijking tussen moeder als kartrekker en het kind als kar. Eigenschappen van de kartrekker, zoals een te kleine motor (gering plasma volume), een te hoge druk in de motor (hoge bloeddruk), bagage (overgewicht) of olie lekkage (voortdurend eiwitverlies) zullen uiteindelijk van negatieve invloed zijn op het resterende vermogen de last te kunnen trekken. Tegelijkertijd kan, in dit voorbeeld, een heel grote motor het effect van bagage compenseren. (Figuur 3)

**Figuur 3.** Moeder als kartrekker.

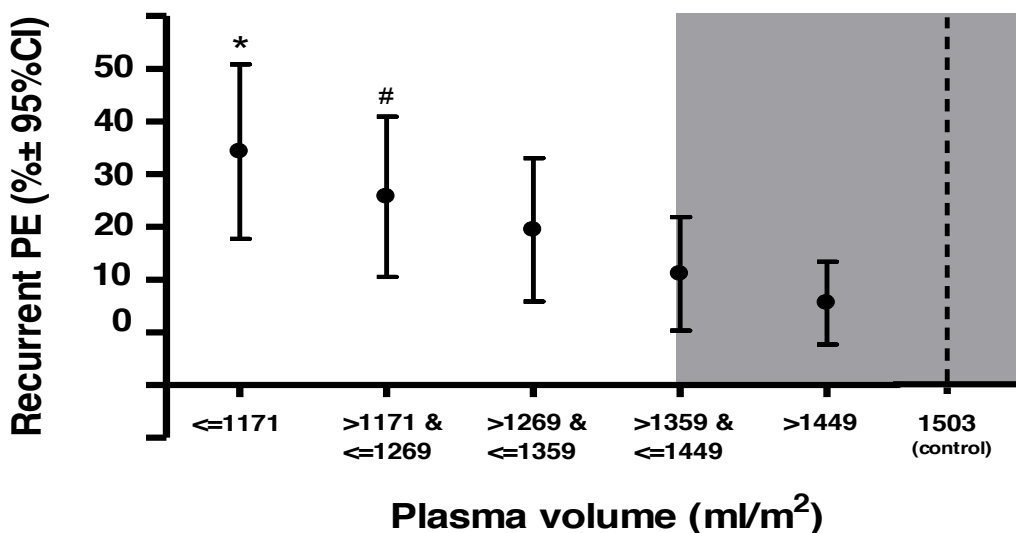


Als voorbeeld gebruik ik vaak, voor mijn patiënten, de vergelijking tussen moeder als kartrekker en het kind als kar. Eigenschappen van de kartrekker, zoals een te kleine motor (gering plasma volume), een te hoge druk in de motor (hoge bloeddruk), bagage (overgewicht) of olie lekkage (voortdurend eiwitverlies) zullen uiteindelijk van negatieve invloed zijn op het resterende vermogen de last te kunnen trekken. Tegelijkertijd kan, in dit voorbeeld, een heel grote motor het effect van bagage compenseren. In de figuur zie je tevens dat het maximale vermogen bepaald wordt door de maximale zuurstofopnamecapaciteit, de  $VO_{2max}$ . Daarnaast zie je dat een onevenwichtige balans noodzakelijk is om voldoende cardiovasculaire reserves te behouden.

## SAMEN ZORG DRAGEN

De placenta vormt de interface tussen moeder en kind en bepaalt enerzijds de groeimogelijkheden van het kind en anderzijds de circulatoire last voor de moeder. Foetale groeibeperking (maar waarschijnlijk ook versnelling) en vruchtdood aan de ene zijde en hoge bloeddruk en zwangerschapsvergiftiging aan de andere zijde worden door velen gezien als placenta syndromen.<sup>2,3,4</sup> Tenminste 15 tot 20% van de eerste zwangerschappen wordt bemoeilijkt door een placenta syndroom. Deze placenta syndromen hangen veelal samen met van te voren bestaande moederlijke factoren die ten koste gaan van de circulatoire reserves en dus het resterende draagvermogen. Hierbij moet u niet alleen denken aan suikerstofwisselingsproblemen (insuline resistentie), cholesterol problemen (dislipidemie), bloedsomloopproblemen waaronder gering plasma volume (weinig reserves), hoge bloeddruk en nieraandoeningen, maar ook auto-immuniteit (afweer gericht tegen jezelf).<sup>2,4</sup> Veel van deze onderliggende factoren die de reserves beperken zijn consistent met het metabole syndroom. Hoe meer factoren aanwezig, hoe groter het risico in de zwangerschap op een later placenta syndroom.<sup>4</sup> (Figuur 4)

**Figuur 4.** Maar wat als de motor te klein is?



Maar wat als de motor te klein is, ofwel in dokterstaal een gering plasma volume? Dit komt bij vrouwen met een preeclampsie (zwangerschapsvergiftiging) in de voorgeschiedenis bij ongeveer 3 op de 5 voor en geeft meer kans op preeclampsie tijdens een volgende zwangerschap.<sup>21</sup> U kunt het een beetje vergelijken met een te kleine auto voor de last die getrokken moet worden. Het grijze gebied is het laagste plasma volume dat we in vrouwen met een probleemloze zwangerschap vinden. De balkjes weerspiegelen de vrouwen met een preeclampsie in de voorgeschiedenis. Ieder balkje komt overeen met 20% van de vrouwen met die voorgeschiedenis. U ziet niet alleen dat 40% van de vrouwen met een preeclampsie in de voorgeschiedenis een normaal plasma volume heeft, maar u ziet ook dat hoe kleiner de motor, hoe meer kans op zwangerschapsvergiftiging. In de aanloop naar de zwangerschapsvergiftiging vertellen deze vrouwen vaak enorm het gevoel te hebben gehad dat ze aan het zwoegen waren en dat het op enig moment gewoon niet meer lukte.

## SAMEN ZORG DRAGEN

Aan veel van deze onderliggende factoren valt eenvoudig wat te doen, mits je ze kent en herkent. Indien aanwezig zullen we op een andere, veelal intensievere wijze tijdens de zwangerschap de gezonde fysiologische veranderingen van de zwangerschap gaan bewaken; immers risicofactoren hoeven niet te leiden tot ziekte zolang de draagkracht groter blijft dan de last. Maar daarvoor zullen we wel anders moeten gaan kijken naar zwangerschap dan dat we nu doen, erkennen dat het een last is die tot problemen kan leiden, kortom aanvaarden dat zwangerschap een risicosituatie is, vaak leidend tot groot geluk (de geboorte van een gezond kind), maar soms ook tot groot *ongeluk* (een ernstig zieke moeder of een te vroeg geboren te klein kind of zelfs sterfte). Daarnaast moeten we bereid zijn de draagkracht te vergroten door preventieve maatregelen te nemen en niet pas te handelen als ziekte daar is, met andere woorden door proactief te zijn in plaats van reactief. Barrières, waaronder samenwerking over schuttingen, slootjes en heggen, moeten we met elkaar nemen en oplossen. Tenslotte zullen we niet alleen de aanstaande moeder, maar ook de vader als directe belanghebbende, mee moeten nemen en daadwerkelijk kennis geven over zwangerschap.

Laat ik u dit illustreren aan de hand van een verhaal dit ik in de afgelopen 17 jaar in allerlei varianten in de spreekkamer heb gehoord:

*Stel, u bent verloskundig hulpverlener en op een dag meldt zich tot uwer zorg voor haar eerste zwangerschap mw. C, 29 jaar, behalve geknipte amandelen, nooit eerder onder medische zorg. Ze werkt voltijds als juriste voor een groot advocatenkantoor. U bent uiterst nauwgezet en handelt conform de Nederlandse afspraken als vastgelegd in de verloskundige indicatie lijst, ook wel de VIL.<sup>5</sup> U noteert lengte en gewicht van vlak voor de zwangerschap, 1,70m, 65 kg, u meet de bloeddruk en hartfrequentie, 125/85 mmHg, pols 90 slagen per minuut, maar wel nadat u de foetale existentie en kruin-stuit lengte per inwendige echo hebt vastgesteld. Immers, u snapt maar al te goed dat de meeste paren erg uit- en opzien naar deze eerste echoscopie en dat deze spanning de bloeddruk kan beïnvloeden. Gelukkig klopt het berekende termijn op basis van de laatste menstruatie bijna met het termijn becijferd op basis van de kruin-stuit lengte. U vraagt of er medische of genetische problemen bij ouders of andere familieleden spelen. Mw. C. vertelt dat zij het oudste kind is en de eerste zwangere in het gezin. Haar 2 jongere broers zijn nooit ziek geweest. Voor zover ze weet komen er geen aangeboren afwijkingen voor in de familie. Recent heeft de huisarts een hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol vastgesteld bij haar 53 jarige vader. Eigenlijk bij toeval, want vader had geen klachten, maar omdat zijn beiden oudere broers hetzelfde hadden, had hij besloten het ook maar eens te laten controleren. Haar moeder heeft bij haar zwangerschap wat hoge bloeddruk gehad en heeft toen meer dan 2 maanden een zoutloos dieet gehad. Aan het eind van de zwangerschap zat er wat eiwit in haar urine. Ze heeft een enorm snelle bevalling gehad, nadat de huisarts een injectie had gegeven met iets weeënopwekkends. Moeder had het een heel zware bevalling gevonden, ondanks dat haar dochter maar 2200 gram bij de geboorte woog. Conform de VIL bestaat er geen medische indicatie. U bespreekt in grote lijnen hoe de controles er tijdens de zwangerschap uit gaan zien, en dat cliënte, als huiswerk, mag nadenken al dan niet te opteren voor eerste trimester screening naar Down syndroom,*



## SAMEN ZORG DRAGEN

*de combinatietest, die bestaat uit nekplooi met bloedonderzoek, waarvan u de details mondeling en schriftelijk met mw. hebt doorgenomen. U vertelt cliënte ook dat de test niet vergoed wordt, omdat cliënte geen 36 jaar is. Conform de afspraken zet u bloedonderzoek in via het eerste lijn diagnostisch laboratorium op hemoglobinegehalte en al dan niet doorgemaakte of aanwezige infectieziekten alsmede bloedgroep en rhesusfactor. Het hemoglobinegehalte bedraagt 8.3 mmol/l, de bloedgroep AB+, de uitslagen met betrekking tot infectieziekten zijn geruststellend. U feliciteert mw. en zegt dat u haar over 6 weken terug verwacht en dat, als ze de combinatietest wenst, ze voor de 11<sup>de</sup> week dit moet aangeven zodat een en ander in gang gezet kan worden. Cliënte vertelt thuis dat alles in orde was. Het paar wenst, na overleg en bestudering van de inhoud van de combinatietest, deze diagnostiek. De nekplooi is normaal van grootte maar de kansschatting valt iets hoger uit dan het leeftijdsrisico. Er bestaat echter geen indicatie tot invasieve diagnostiek. Bij de 20 weken echo worden geen foetale structurele afwijkingen gezien. De groei is conform de P50. Rond 24 weken komt cliënte wederom op controle. Zij is voortdurend moe maar voelt goed leven, de bloeddruk bedraagt 125/85 mmHg, pols 95 slagen per minuut en het Hb gehalte is 8.4 mmol/l. 3 weken later ziet u cliënte wederom. De uitzetting van de baarmoeder is overeenkomstig uw verwachting. De bloeddruk bedraagt 130/85 mmHg, pols 102 slagen per minuut. Dipstick analyse van de urine op eiwit komt uit op een spoortje. U besluit cliënte 2 weken later terug te zien. De uitzetting is wederom volgens uw verwachting, de bloeddruk bedraagt 130/85 mmHg, pols 72 slagen per minuut. Ze houdt wat vocht vast en de vermoeidheid is nog altijd aanwezig, maar er waren de laatste 3 weken ook veel lastige zaken. U besluit, ondanks dat er eigenlijk in strikte zin geen reden voor is, tot een echo in het echocentrum. Dit kan dezelfde dag. De foetale biometrie is conform P20, er is een normale hoeveelheid vruchtwater zichtbaar. Twee weken later ziet u cliënte opnieuw in uw avondspreekuur. Ondanks toegenomen vermoeidheid en bij vlagen wat hoofdpijn heeft ze geen klachten. Wel draagt ze bij voorkeur wat ruimere schoenen, want 's avonds zijn de benen wel gezwollen. De bloeddruk bedraagt 135/88 mmHg, pols 60 bpm. U beoordeelt de uitzetting minder dan verwacht. Voor de zekerheid kijkt u de urine na; nu zit er 1+ eiwit in. Omwille van de uitzetting en de urine uitslag besluit u tot een consult in de tweede lijn. U overlegt, gelukkig heeft een ervaren assistent die u goed kent dienst, en cliënte kan direct naar de verloskamers komen. (Figuur 5)*

*De ervaren verpleegkundige besluit bij ontvangst direct laboratoriumonderzoek in te zetten ter uitsluiting van preeclampsie. Omdat mevrouw niet bekend is in het ziekenhuis besluit zij ook de bloedgroep te laten bepalen. Daarna sluit ze het CTG aan en de automatische bloeddrukmeter. De eerste paar minuten CTG tonen geen afwijkingen en de eerst gemeten bloeddruk bedraagt 145/92 mmHg, hartslag 60 slagen per minuut. Snel brengt de verpleegkundige het bloed en de urine naar de buizenpost en haalt voor mevrouw een kopje thee. Ondertussen belt mevrouw haar partner dat ze even voor controle in het ziekenhuis is. Na een half uur registreren blijken toch vertragingen op de foetale hartslag zichtbaar indicatief voor foetale nood. De assistent verzoekt haar achterwacht in huis te komen, maakt ondertussen een echo (groei cf P5, weinig vruchtwater, afwijkend dopplerflowprofiel) en*

## SAMEN ZORG DRAGEN

vertelt mevrouw dat, omwille van het CTG, het kind beter gehaald kan worden. Snel maakt ze een nieuw dossier en als de achterwacht 20 minuten later in het ziekenhuis is, zijn ook de uitslagen bekend. Er is sprake van een preeclampsie zonder tekenen van een HELLP syndroom. De gynaecoloog is het met de assistent eens dat er, omwille van het kind, beter nu een keizersnede verricht kan worden. Om bloed te kunnen bestellen, mocht dat nodig zijn tijdens de operatie, moet nogmaals de bloedgroep worden bepaald, omdat het eerste lijns laboratorium een andere is dan het ziekenhuislaboratorium. Dit wordt tijdens de voorbereiding van de ingreep met spoed ingezet. 20 minuten later is mevrouw bevallen van een gezonde dochter met een redelijke start. Er hoeft geen bloed te worden gegeven. (Figuur 6)

**Figuur 5.** Controlekaart voor de bevalling uit het besproken voorbeeld.

mw C., 29 j, juriste, blanco VG, G1P0, L1.70m, G 65kg, AB+, infect-, rubella +

AD (wk)	syst	diast	pols	Hb	urine	groei	echo	klachten
8 1/7	125	85	90	8.3			conform	moe
14 2/7	125	85	92					moe, nekplooi geen verhoogd risico
20 1/7	128	82	90			17	P50	
24 1/7	125	85	95	8.4		21		zwaar
27 3/7	130	85	102		spoor	24		moe
29 1/7	130	85	72			26	P20	erg veel werk, moe, oedeem +/-
31 0/7	135	88	60		+	27		moe, hoofdpijn

Het herstel van moeder en dochter is voorspoedig. Bij de nacontrole, 6 weken later, is haar dochter net twee weken thuis. U vertelt haar dat preeclampsie een vaatwandaandoening is en dat er vaak onderliggende factoren aanwezig zijn die kunnen bijdragen aan een zieke vaatwand. U biedt aan dit ook bij mevrouw te kunnen nakijken, maar dat u wel een ruime periode voor herstel in acht wil nemen. Patiënte, maar vooral ook haar partner, wensen deze evaluatie. Ruim een half jaar later spreekt u mevrouw opnieuw, nadat het team dat zorg draagt voor deze evaluatie alles heeft ingezet en nagekeken. Ook factoren, gerelateerd aan de kans op preeclampsie, zijn in kaart gebracht.

**Figuur 6.** Overzicht gegevens na overname zorg uit het besproken voorbeeld.

mw C, 29j, juriste, blanco VG, G1P0, L1.70m, G 65kg, AB+, infect-, rubella +, AD 30 0/7 wk, ingestuurd onder verdenking negatieve discongruentie en PE

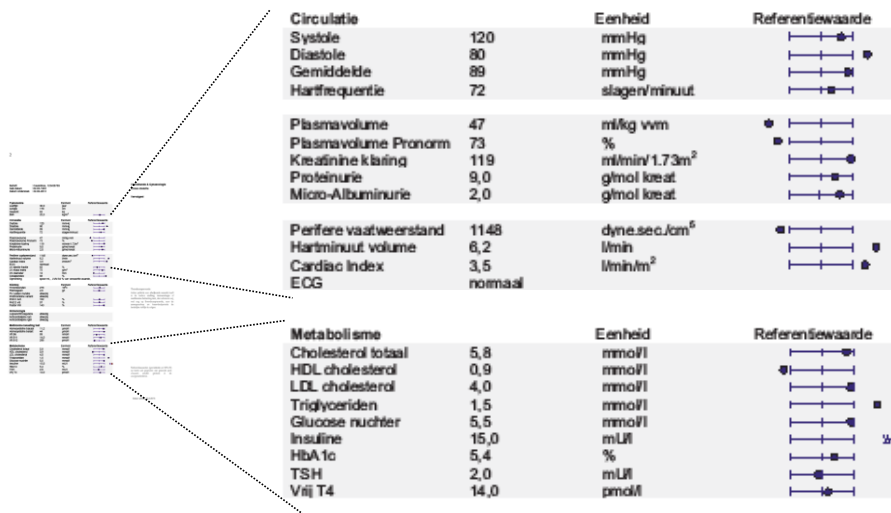
AD (wk)	syst	diast	pols	Hb	urine	groei	echo	bijzonderheden
31 0/7	145	92	60	8.4	+		P5	weinig VW, AU doppler afwijkend

Verdenking foetale nood. B/ Sectio. Probleemloos, dochter AS 7/8, opname kinderarts

## SAMEN ZORG DRAGEN

*U ziet patiënte en partner terug op de polikliniek ter nabespreking van de uitslagen. De spanning is bij patiënte zichtbaar. Er blijkt sprake te zijn van een gering plasma volume, een relatief hoge hartprestatie met lage vaatweerstand, een dislipidemie en insuline resistentie. De bloeddruk is 120/80 mmHg, puls 72 slagen per minuut. U doet uw best om het medisch jargon te vertalen naar voor patiënte en partner grijpbare begrippen. Tenslotte geeft u uw kansschatting voor een volgende zwangerschap. Patiënte's partner vraagt of u die kans groot vindt. U zegt dat het gevoelde risico heel persoonlijk is, maar dat u veel ongunstiger profielen en kansschattingen heeft gezien. Patiënte heeft zich goed kunnen houden maar nu breekt ze in tranen uit. Ze is heel opgelucht met de uitslag, snapt nu beter waarom ze voelde wat ze voelde, vertelt dat ze de hele zwangerschap zo moe is geweest, dat ze nu nog nauwelijks in staat is goed haar werk te doen, een geheugen heeft als een zeef, somber is en een enorme schuld voelt, want als ze beter naar haar omgeving had geluisterd, dan had ze niet zo hard gewerkt tijdens haar zwangerschap. Haar partner kijkt wat stuurs voor zich uit en vraagt u of we dit niet hadden kunnen voorzien en kunnen voorkomen. Op internet had hij gezien dat deze problemen voorspelbaar zijn. En hoe moet dat nu bij een eventueel volgende zwangerschap, maar ook in het verdere leven? Want ook hier had internet al een antwoord op gegeven. Ik heb gelezen dat de kans op hart en vaatziekten ook groter is. En, zo voegt hij toe, ik zie het niet zitten om achter te blijven met twee kinderen zonder moeder. (Figuur 7)*

**Figuur 7.** Bevindingen bij niet-zwangere cardiovasculaire evaluatie (het besproken voorbeeld).



Strikt genomen is dit volgens de huidige normen een keurig begeleide zwangerschap met een uiteindelijk goede kindsuitkomst. Het Nederlandse zorgsysteem heeft goed gereageerd. Toch vraag ik me af of, na 17 jaar ditzelfde zwangerschapsrelaas in al haar varianten te hebben gehoord, we nu als hulpverleners met voldoende zelfkritiek, anno 2013 niet meer zouden moeten doen met dit verhaal: hebben we het nu wel echt zo goed gedaan? Is

## SAMEN ZORG DRAGEN

reactief nog voldoende? Zouden we niet veel meer moeten proberen te anticiperen? Zeker ook als je beseft dat preeclampsie, als onderdeel van de placenta syndromen, tussen de 3 en 8% van alle eerst zwangeren voorkomt, in Nederland de belangrijkste veroorzaker is van moedersterfte, bijdraagt aan substantiële kinder -morbiditeit en -mortaliteit, dat de daarbij optredende foetale groeibeperking gepaard gaat met veranderde intra-uteriene programmering met waarschijnlijk ook effecten op hun nakomelingen, en dat preventieve maatregelen, mits op tijd gestart, mogelijk zijn.<sup>6-12</sup>

Een kleine opmerking is van belang; het *verschil tussen kans en risico*. Discussies tussen partijen kunnen zo maar vreemd lopen als dit onderscheid niet geduid wordt. Statistisch is het eender. Als persoon is het echter *niet* eender en is de economische kijk op deze begrippen meer in lijn met de humane werkelijkheid; kans is de frequentie van optreden van een gebeurtenis ten opzichte van het totaal aantal blootstellingen waarbinnen de gebeurtenis zou kunnen plaatsvinden. Het is dus een gevoelloos getal dat we arbitrair kunnen verdelen in 'zeer klein, klein, gemiddeld, groot en zeer groot'. Echter een bepaalde gebeurtenis heeft ook impact op iemands leven. Ook dat zou je als zodanig kunnen scoren, verlopend van erg klein tot zeer groot. Aldus ontstaat een risico matrix, waarbij beiden grootheden worden gewogen en er een gevoel aan de kans wordt gegeven. (Figuur 8) In de klinische praktijk worden onze beleidskeuzes door deze matrix gestuurd. Als voorbeeld het probleem groep B streptococci, een bacterie waarvan 20% van de vrouwen draagster is. De kans dat een kind overlijdt ten gevolge van een infectie van deze verwekker is zeer klein, namelijk 2 per 10.000. Maar omdat de impact enorm groot is, niet alleen van sterfte, maar zeker ook de intensive care opname, beschouwen we het mondiaal als een probleem waarbij, afhankelijk van de gevoelde impact, sommige landen uitgesproken voortvarend antibiotisch behandelen en screenen op aanwezigheid van groep B streptococci en anderen een iets behoudender koers varen en daarmee mogelijk iets meer risico accepteren.

**Figuur 8.** Het verschil tussen kans en risico: mathematisch 'gevoel' toevoegen.

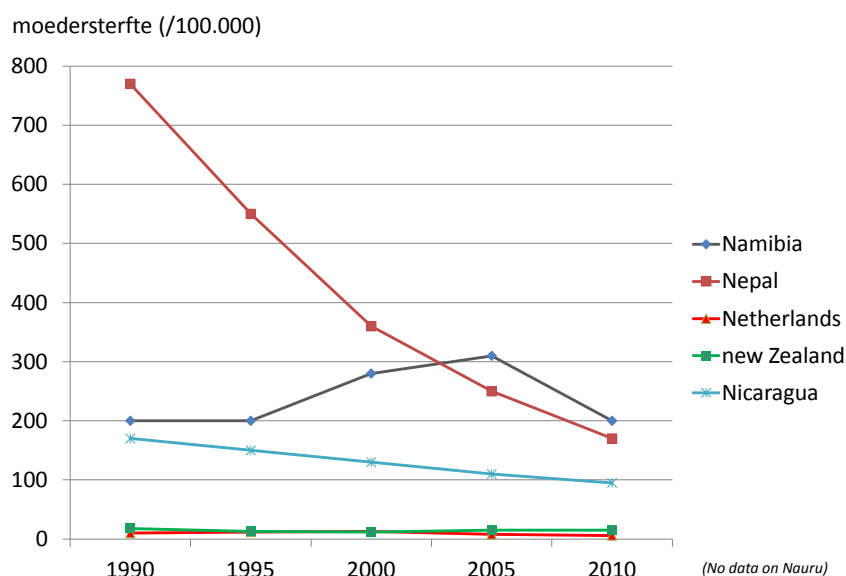
		impact				
		Erg klein 1	Klein 2	Gemiddeld 3	Groot 4	Zeer groot 5
kans	Zeer groot 5	5	10	15	20	25
	Groot 4	4	8	12	16	20
	Gemiddeld 3	3	6	9	12	15
	Klein 2	2	4	6	8	10
	Zeer klein 1	1	2	3	4	5

## SAMEN ZORG DRAGEN

Naar aanleiding van de casus zijn er heel veel zaken die we zouden kunnen bespreken, maar laten we ons beperken en in gaan op de **vragen en zorgen van patiënte en partner**.

Recent hebben wij een steekproef onder 150 mensen van verschillende leeftijd en geslacht verricht over de visie op aandoeningen waaronder zwangerschap.  $\frac{3}{4}$  van de geïnterviewde personen ziet zwangerschap als een gezonde conditie. De helft ervaart het wel als risicosituatie. Indien specifieke, impactvolle kennis (kans op sterfte 4x zo groot) wordt toegevoegd, stijgt de perceptie van risicosituatie tot 85%, maar blijft zwangerschap nog altijd onderdeel van gezondheid. Deze 4x zo grote kans is niet uit de lucht gegrepen. In sommige landen is de conditie zwangerschap niet echt veilig te noemen. Daarom werd als mondiaal millenniumdoel 5 een 4x zo kleine kans op moedersterfte afgesproken te bereiken door *louter* betere zorg (2015 ten opzichte van 1990). Uit de landen van de wereld heb ik op alfabetische volgorde de vier ons omringende landen gekozen waarvan gegevens zijn over moedersterfte (Namibië, Nepal, Nieuw Zeeland en Nicaragua). (Figuur 9)

**Figuur 9.** Mondiale maternale sterfte Nederland t.o.v. de alfabetisch ons omringende landen (aantal/100.000 zwangeren).<sup>15</sup>



De kans om in Nepal of Namibië te sterven ten gevolge van de zwangerschap is momenteel 1 op 500 tot 600, 10 tot 20x hoger dan in Nederland. In Nederland is de kans op sterfte gelijk aan, of zelfs beter dan het gemiddelde leeftijdsrisico, hoewel dit alleen maar geldt voor de oorspronkelijk Nederlander, want vrouwen van niet-oorspronkelijke Nederlandse afkomst of vrouwen die in noodsituaties geen bloed wensen, hebben een hoger risico.<sup>7,13,14,15</sup> Ook bij hypertensieve problemen in de zwangerschap is de kans op overlijden aanzienlijk: indien we uitgaan van de landelijk gerapporteerde 3% prevalentie preeclampsie, dat vermenigvuldigen met 2.557.208 levend geboren kinderen geboren in de periode tussen 1993 en 2005 en vervolgens weer delen door de gerapporteerde sterfte in het betreffende tijdvak, dan kan de sterfte t.g.v. (pre)eclampsie geschat worden 1 op 850, een risico ongeveer 10 x groter dan het gemiddeld gerapporteerde moedersterftecijfer.<sup>7</sup> (Figuur 10) Desalniettemin zien velen

## SAMEN ZORG DRAGEN

zwangerschap als teken van gezondheid. Onze zorgstructuur is ook daarop aangepast en gaat in beginsel uit van een goede afloop. Dat de verloskundige de zwangere cliënt noemt, past in die lijn van redenering. Als er een daadwerkelijke ziekte aanwezig is transformeert cliënte tot patiënte. Het grote grijze gebied ertussen wordt door deze stratificering nauwelijks benoemd, maar onder druk van de lijngedachte arbitrair verdeeld in gezonde 1<sup>ste</sup> lijn of ongezonde 2<sup>de</sup> lijn situatie, terwijl het eigenlijk gaat om een continuüm van risico's. Daarbij doet de zwangerschap een toenemend beroep op de reserves van de zwangere. Het kan dus zo maar zijn dat iets dat in het begin nog haalbaar leek, toenemend minder bereikbaar wordt. Ik ben van mening dat iedere zwangere recht heeft op een roze wolk, maar dat we wel zorgvuldig een weersverwachting moeten maken en die ook op gezette tijden moeten verifiëren. Want lang niet iedere wolk in de zwangerschap is roze. Regelmatig komt er ook regen of drup uit. Het besef dat zwangerschap een risico situatie is, is noodzakelijk om de stap te maken van reactieve naar pro-actieve anticiperende zorg. Een zwangere heeft daarbij recht op een congruente benadering die recht doet aan haar situatie. Haar *zonder meer* wegschrijven als cliënt doet haar tekort, haar *zonder meer* uitboeken als patiënt is teveel, alleen haar *zonder meer* kwalificeren als zwangere is terecht. Maar *zonder meer* is gezien de enorme impact op moeder, kind, partner en gezin onvoldoende. Laten we met elkaar de schakeringen grijs onderzoeken en benoemen, anticiperend onze gemeenschappelijke zorgpaden daarop aanpassen, regelmatig verifiëren of de balans tussen draagkracht en draaglast nog binnen het fysiologische spectrum valt en zwangeren meenemen in deze eerlijke bewaking van de fysiologie.

**Figuur 10.** Maternale sterfte onder specifieke omstandigheden.<sup>7,13,14,15</sup>

	(moeder)sterfte
<b>Nepal</b>	
• zwanger	1: 590
<b>Nederland</b>	
• 30 jarige niet zwangere	1: 3.450
• zwanger	1: 8.300
• weigert bloed	1: 1.500
• preeclampsie	1: 850

Een slecht aflopende zwangerschap heeft grote impact op welbevinden nadien. Voor een belangrijk deel hangt dit samen met vroeggeboorte. De ontwikkeling post traumatische stress stoornis of depressie hangt hier sterk mee samen.<sup>16</sup> (Figuur 11) *In de eerste twee kolommen ziet u de situatie na vroeggeboorte, al dan niet met een zieke moeder (preeclampsie), de laatste twee kolommen betreffen een uitgerekende bevalling, al dan niet met een zieke moeder. De effecten op de partner staan in het onderste deel. U ziet dat ten opzichte van de uitgerekende bevalling na een probleemloze zwangerschap vroeggeboorte gepaard gaat met veel psychische klachten. Opvallend was ook dat 3% van de partners na een probleemloze zwangerschap na de bevalling getraumatiseerd bleek. Cognitief klagen*

## SAMEN ZORG DRAGEN

voormalig preeclampsische vrouwen na de bevalling veel over hun geheugen.<sup>17</sup> Hoewel dat bij vrouwen na een probleemloze zwangerschap ook veel voorkomt, lijken discrete taken die te maken hebben met procesverwerkingssnelheid en multi-task performance, *iets waarvan vrouwen claimen dat veel beter te kunnen dan mannen*, toch 10 tot 15% slechter te zijn na preeclampsie.<sup>17</sup> (Figuur 12) Omdat de kans op beroerte na preeclampsie groter is dan bij vrouwen zonder deze voorgeschiedenis, zijn er verschillende groepen in Nederland bezig geweest naar het zoeken van eventuele hersenschade. Tot op heden zijn er wel discrete afwijkingen gevonden, maar het is de vraag of deze afwijkingen aanleiding geven tot de geheugenklachten.<sup>18</sup> We kunnen onze patiënte dus vertellen dat deze klachten veel voorkomen. Vaak is alleen al die erkenning voldoende om verder te kunnen.

Figuur 11. Welbevinden na al dan niet gecompliceerde zwangerschap.<sup>16</sup>

Patiënten	preterme PE	preterme partus	a terme PE	a terme partus
PTSS	28 %	28 %	17 %	0 %
Depressie	33 %	24 %	26 %	7 %
Beiden	17 %	21 %	9 %	0 %

Partners	preterme PE	preterme partus	a terme PE	a terme partus
PTSS	6 %	15 %	10 %	3 %
Depressie	0 %	11 %	0 %	3 %

PTSS (post traumatische stress stoornis), PE (preeclampsie)

Figuur 12. Geheugen, op klachtniveau en daadwerkelijk getest, al dan niet na gecompliceerde zwangerschap.<sup>17</sup>

klachten	preterme PE	preterme partus	a terme PE	a terme partus
geheugen↓	54 %	47 %	56 %	38 %
concentratie↓	61 %	38 %	72 %	58 %
woordvinden↓	46 %	25 %	61 %	35 %

prestatie	preterme PE	preterme partus	a terme PE	a terme partus
PASAT	38↓			44
SDT	62↓			67

PASAT= maat voor multi-tasking (correcte responsen/test) (-15%)

SDT = maat voor informatie processing snelheid (correcte responsen/test) (-10%)

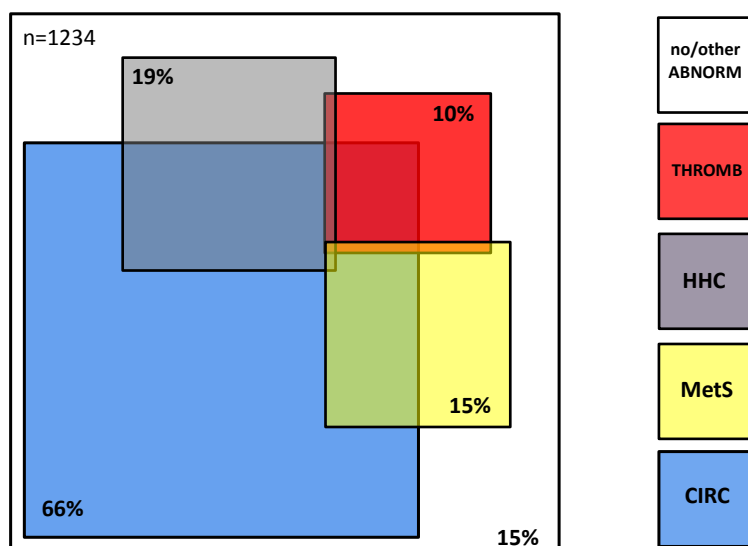
**Hadden we dit niet kunnen voorzien en voorkomen?** Binnen de huidige afspraken van getrapte zorg is prima gehandeld. Toch, de eerlijkheid gebied te zeggen; eigenlijk wel. Preeclampsie wordt gezien als vasculair probleem. Risicofactoren zoals hoge bloeddruk, obesitas, dislipidemie of suikerstofwisselingsproblemen, allen gerelateerd aan hart- en vaatziekten, zijn dezelfde als die voor preeclampsie.<sup>2</sup> Samen vormen deze risicofactoren het

## SAMEN ZORG DRAGEN

metabole syndroom. In een grote Canadese studie van meer dan een miljoen vrouwen onderzocht voor de zwangerschap, loopt het risico op een placenta syndroom waarbij moeder ziek wordt, de odds ratio, op met iedere extra risicofactor. Voor de zwangerschap vastgesteld kunnen deze factoren gebruikt worden als risicofactoren voor preeclampsie en recidief preeclampsie.<sup>2, 19, 20, 21</sup> Meer dan 85% van de vrouwen met een preeclampsie in de voorgeschiedenis heeft een of meerdere gekende risicofactoren.<sup>4</sup> (Figuur 13) Maar ook in de zwangerschap lijken dezelfde factoren bijdragend. Sommige zijn lastig bepaalbaar, maar de meeste, zoals vaatproblemen waaronder hoge bloeddruk en eiwitverlies via de urine, suikerstofwisselingsproblemen, dislipidemie of een te grote vraag (obesitas), zijn naast een belaste familie-anamnese voor hoge bloeddruk, preeclampsie, en hart- en vaatziekten eenvoudig en goedkoop te bepalen. Daarbij zijn hiervoor ook eenvoudige en bewezen behandelingsmodaliteiten beschikbaar. Tenslotte kan tijdens de zwangerschap preventieve medicatie worden gegeven zoals bètablokkers bij vastgestelde mild verhoogde bloeddruk, of met aspirine, mits op tijd gestart en calcium, vooral bij geringe kalkintake. Dus eigenlijk heeft haar partner een punt; we kunnen niet voorspellen of het wel of niet gebeurt, maar wel in termen van verhoogd risico. Preventieve lifestyle aanpassingen en eventueel medicatie zullen helpen, maar voorkomen uiteraard ook niet alles, want uiteindelijk blijft het draaien om binnen de grenzen van het individueel mogelijke, de draagkracht te kunnen vergroten en de draaglast te kunnen verminderen.<sup>10-12, 22</sup>

**Figuur 13.** Geassocieerde onderliggende risicofactoren vastgesteld na preeclampsie.

Thromboseneiging in rood, hyperhomocysteinemie in grijs, en metabool syndroom in geel zijn vrijwel losse risico-eenheden. Als we bloedsomloopproblemen toevoegen, zien we overlap ontstaan.<sup>4</sup>



*Geschetst overlapgebied is bij benadering.*

**En hoe moet het nu verder, voor de nabije en verre toekomst?** Voorafgaande aan de volgende zwangerschap zijn lifestyle aanpassingen verstandig.<sup>22</sup> Daarmee kunnen we in ieder geval de betekenisvolle traditionele cardiovasculaire, maar ook de nieuwere cardiovasculaire risico-factoren beïnvloeden. Afgelopen jaren hebben we samen met de



afdeling fysiologie vrouwen met en zonder preeclampsie in de voorgeschiedenis gedurende drie maanden getraind. Niet alleen de traditionele risicofactoren bloeddruk, triglyceriden en insuline ongevoeligheid dalen en beschermend HDL cholesterol stijgt, ook nieuwere factoren zoals de gevoeligheid van het bloeddruk regelsysteem (baroreceptorgevoeligheid), de door het regelsysteem nodige basis-activiteit (LF/HF ratio), de vaatwandfunctie (endotheel afhankelijke flow gemedieerde vaatverwijding) en het plasma volume verbeteren. Zo geeft 3 maanden sporten op het plasma volume, een variabele waarvan ik eerder heb laten zien dat hoe geringer de hoeveelheid cc's hoe groter de kans op herhaalde zwangerschapsvergiftiging, gemiddeld een 10 tot 15% toename van de hoeveelheid cc's. Anderen hebben gerapporteerd dat daling in lichaamsgewicht leidt tot daling in herhaalrisico.<sup>22</sup> Onduidelijk is nog of deze lifestyleaanpassingen zonder gewichtsdeling ook de daadwerkelijke prevalentie van terugkerende preeclampsie verlagen, maar er zijn zeker geen aanwijzingen dat het de kans vergroot en de kansmodellen voorspellen een gunstig effect. Tijdens de zwangerschap kan vervolgens worden gekozen voor een vasculair zorgpad, waarbij de frequentie van controle hoger ligt en vaker gecontroleerd wordt of het beloop fysiologisch of pathologisch verloopt. Tevens worden gekende preventieve maatregelen genomen. Omdat het risico op hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten 2 tot 7 voudig is, zou voor de lange termijn inderdaad extra aandacht aan hart- en vaatziekten voor de hand liggen.<sup>23</sup> De heersende gedachte is dat de zwangerschap een blik in de hart- en vaat toekomst van vrouwen werpt en dat vrouwen met een placenta syndroom een verhoogd risico lopen om op relatief jonge leeftijd hart- en vaat ziekten te ontwikkelen. (Figuur 14) Uit dit schema wordt ook duidelijk dat zwangerschap de ideale mogelijkheid biedt risicogroepen te herkennen en daarmee preventief aan hart- en vaatziekte te kunnen werken. De keuze, van de huidige richtlijnen, pas aan behandeling te willen denken als de 10 jaars sterfte kans groter dan 10% wordt, is irreëel als je, als vrouw, je wake up call op deze wijze al hebt gehad.<sup>24, 25</sup> De angst van sommigen dat we mensen daarmee tot patiënt verklaren is onterecht. We hebben louter aandacht voor zaken die ze al lang wisten, maar nu in het besef dat zij toevallig daar wat meer risico op lopen.<sup>25, 26</sup> En het verschil tussen ziek of risico, de schakeringen grijs, kunnen mensen, zoals onze enquête liet zien, prima voor zichzelf duiden.

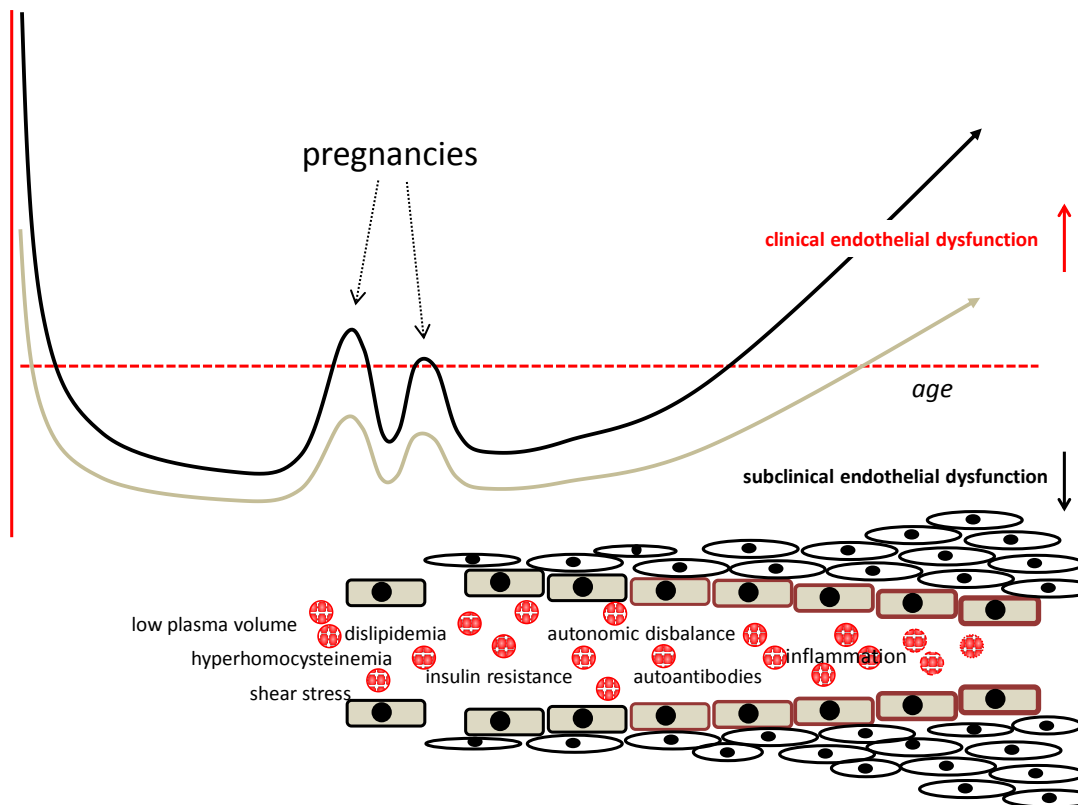
### **Terug naar het begin: hoe zou het concreet anders kunnen?**

Een eerste aspect is *proactieve versus reactieve* zorg. Al jaren geleden werd door collega Steegers gesteld: begin bij het begin. Een preconceptionele evaluatie voor iedereen zou vrouwen at risk eenvoudig kunnen opsporen. Omdat vrijwel alle gekende risicofactoren goed reageren op lifestyle aanpassingen, bestaat, indien nodig, daarmee voor vrouwen at risk een prachtige kans hun eigen gezondheid te verbeteren. Natuurlijk zullen we moeten uitdragen dat niet alles maakbaar is, je moet het immers doen met zoals je gemaakt bent, dus dat wellicht risico's wat groter zullen blijven, ondanks alle inspanning, maar daar kunnen we in de zwangerschap dan ook extra aandacht aan besteden. Daarna kan de geïndividualiseerde aanpassing naar het vasculaire- in plaats van basis zorgpad, met daarbij een samenspel van verloskundige en gynaecologische hulp, zodat de zwangere het beste van twee werelden krijgt, eenvoudig mogelijk zijn. Intelligente en geavanceerde thuismonitoring, zoals het E

## SAMEN ZORG DRAGEN

MomCare project dat we in samenwerking met de Faculty of Science met subsidiering van STITPRO hebben ontwikkeld, alsmede voortdurend zicht op haar dossier, kan een deel van de zorg bij de zorgverlener weghalen, en geeft de zwangere vrijheid, kennis en sturingsmogelijkheden binnen haar eigen zwangerschap. Binnen de pro-actieve zorg zie ik de centrumrol van het MUMC vooral, naast de specifieke obstetrische derde lijn opvang, in vlotte maar diepere analyse van de aanwezige of resterende moederlijke en/of foetale reserves binnen een obstetrische functie- en dagunit. Centraal staat hierin de optimale ondersteuning van onze regionale partnerziekenhuizen, eerste lijn verloskundigen en supra-regionale hulpvragers met het doel de vrouw, al dan niet zwanger, en al dan niet op leeftijd, zo snel mogelijk weer, *met advies*, terug te laten gaan naar haar eigen hoofdbehandelaar.

**Figuur 14.** Genderspecifieke levensloop in relatie tot probleemloze zwangerschap, zwangerschap gecompliceerd door een placenta syndroom en de ontwikkeling van hart- en vaatziekten.



Dit figuur toont langs de horizontale rode stippellijn de leeftijd van geboorte tot ouderdom. Boven de rode stippellijn lijdt iemand zichtbaar aan vaatproblemen, daaronder is dat niet zichtbaar. De kromme lijnen weerspiegelen de levensloop van vrouwen met maternaal placenta syndroom (bovenste lijn) en zonder maternaal placenta syndroom (onderste lijn), waarbij de bulten de zwangerschappen weerspiegelen. Zwangerschap betekent voor iedere vrouw vaatstress, maar bij vrouwen met maternaal placenta syndroom wordt het tijdens de zwangerschap klinisch zichtbaar. U ziet in het figuur dat deze vrouwen op jongere leeftijd daarna hart- en vaatziekten ontwikkelen. Daaronder ziet u de effecten op de vaatwand en de geassocieerde risicofactoren. U ziet dat bij klinische ziekte de vaatwand dik is geworden en het vat zich vernauwd.

## SAMEN ZORG DRAGEN

Tenslotte willen we deze pro-actieve zorgambities gestalte geven door uitkomsten systematisch, voortdurend en gezamenlijk te wegen en bespreken, niet met alleen kindersterfte als kwaliteitsindicator, maar ook gezonde ontwikkeling in de jaren na de geboorte. Alleen zo blijven we als hulpverleners en hulpvragers voortdurend aan het roer van onze zorg. Kleine fluctuaties ten goede of slechte worden snel gezien en gerichte actie kan vlot volgen.

Een ander aspect gaat over *muurtjes, heggen en slootjes*. Dit gaat over de randvoorwaarden; hoe moeten we gezamenlijk de zorgpaden maken die als basis zullen dienen voor integrale zorg? Ten eerste moeten we de inhoud van de zorgpaden met de afgevaardigden op inhoudelijke argumenten voeren. We starten daarbij, per probleem, met een gezamenlijk gemaakte risicomatrix, waarbij ook de mening van niet- of ervaring- deskundigen wordt gewogen, juist om de impact van een gebeurtenis op waarde te schatten. Ten tweede moeten we zuivere discussies voeren. Als *beroepsbelang* ter discussie staat, dan moet het als zodanig de aandacht krijgen. Het is in het belang van alle partijen dat kwaliteit van zorg en financiële consequenties glashelder zijn. Hoffelijkheid, tact, eerlijkheid en oog voor elkaars kwaliteiten en noden zijn hierin sleutelbegrippen. Ten derde moeten de afgevaardigden daadwerkelijk vertrouwen en mandaat van hun achterban krijgen. Daarom wordt voor de professionals dat mandaat vastgelegd in een overeenkomst onderschreven door de vertegenwoordigde partijen.

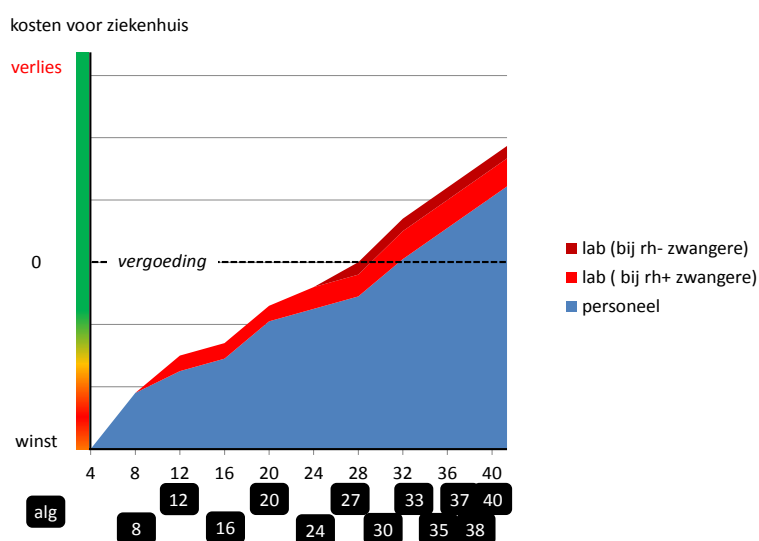
### **Gaat de verloskundige hiermee geen terrein en daarmee inkomsten verliezen als alle grijstinten ook tegen het licht gehouden worden?**

Als het aan mij ligt niet. Al lang geleden werd de Nederlandse verloskundige zorg in wit (gezond) en zwart (ziek) verdeeld. Hiervoor werd een verloskundige indicatie lijst ontwikkeld, die personen naar het juiste gebied dirigeerde. Maar juist door deze tweedeling bestond maar zeer beperkt ruimte voor de tinten grijs ertussen. Want in essentie is ziek, zwart, een dermate samenspel aan risicofactoren dat de kans op een niet fysiologisch beloop erg groot wordt geschat, en gezond, wit, een zo'n groot ingeschat reserve vermogen dat dit risico nihil wordt verondersteld. Maar de schakeringen grijs raken we hierdoor, ten opzichte van de rest van de wereld die niet in eerste en tweede lijn denkt, volledig kwijt. Daarmee creëren wij niet alleen ons eigen kwaliteitsplafond, ook, omdat we steeds minder risico's accepteren, zullen, als we niets doen, de zwangere en haar partner, zoals dat zich nu al aftekent, steeds vaker kiezen voor het ziekenhuis als controle haven. Met elkaar afgestemde zorgpaden, ontsloten door een vroeg in de zwangerschap gebruikt risico-inventariserend instrument, zal, samen met een gemeenschappelijk toegankelijk moeder en kind dossier, ons gezamenlijk in staat stellen de fysiologie te bewaken op een wijze passend voor de zwangere. Daarmee wordt het voor een belangrijk deel onbelangrijk wie de case manager is. De keuze van de hoofd behandelaar zal dus in belangrijk mate afhangen van het voorkomen van vertraging in een eventuele behandeling. Daarnaast kunnen sommige risico's verdwijnen met het vorderen van de zwangerschap, zoals de kans op vroeggeboorte. Verder is er een financieel organisatorisch argument dat gewogen moet worden. Macro-economisch neemt

## SAMEN ZORG DRAGEN

de verloskundige zorg minder dan 1% van de totale zorgkosten in. Desalniettemin, indien we de totale verloskundige zorg binnen een krimp budget gezond willen consolideren, en de unieke mogelijkheid tot thuisbevalling in de lucht willen houden, dan moeten we ook hier het beste van beide werelden in elkaar smeden. De huidige financiering systematiek maakt dat louter zorg in de tweede lijn niet kostendekkend is. Het ziekenhuis krijgt voor haar zorg per zwangere een vaste vergoeding. De gemaakte kosten door het ziekenhuis overstijgen de vergoeding rond de dertig weken. (Figuur 15) De enige reden dat het in het ziekenhuis dit kan dragen, is het solidariteitsbeginsel binnen de kosten, opgebracht door de instroom van zwangeren gedurende de zwangerschap, waar precies dezelfde vergoeding voor geldt.

**Figuur 15.** Gemaakte kosten bij basis verloskundige zorg ten opzichte van de vergoeding verkregen per zwangere.



*De vergoeding is gebaseerd op de gemiddelde passantenprijs.*

Daarentegen, de eerste lijn verloskundige, die een andere vergoeding krijgt, zou bij identiek geleverde zorg als in het ziekenhuis budget over houden. Deze vergelijking gaat niet helemaal op, want in de vergoeding is uiteraard de 24/7 beschikbaarheid van de verloskundige opgenomen. Indien er daadwerkelijk een toenemende keuze voor een volledige zorg in de tweede lijn ontstaat, dan zal er een hogere vergoeding moeten volgen voor de tweede lijn. Binnen het door ons voorgestelde zorgmodel is deze ontwikkeling niet aan de orde, juist doordat we samen verantwoordelijk zijn voor iedere zwangere. We delen de zorg, en daarmee ook de geleverde inspanning. Overall bouwen we bruggen waar zwangeren en hulpverleners over heen kunnen gaan, zodanig dat de nu nog door velen gevoelde muurtjes, heggen en slootjes, met behoud van het Nederlandse zorggevoel, overspannen worden tot een geïntegreerd geheel. Het gemeenschappelijk dossier en cliënt informatie systeem past in deze ontwikkeling. Indien de zorgstructuur als zodanig voorgestaan tenslotte ook leidt tot betere detectie van derde trimester groeibeperkte kinderen (de kinderen die waarschijnlijk het meest bedreigd zijn tijdens de bevalling), dan zal waarschijnlijk vanuit zorggoepunt ook weinig argument meer bestaan de veiligheid van de

## SAMEN ZORG DRAGEN

thuisbevalling ter discussie te stellen.<sup>27</sup> Binnen deze randvoorwaarden verwacht ik daarom ook een blijvend belangrijke rol voor de verloskundige, juist ook in het grijze gebied.

**Een aantal woorden van dank** zijn op hun plaats, zonder daarbij personen te noemen, omdat ik dan vele anderen meer dan te kort zal doen. Ik zal het kort houden; Raad van bestuur MUMC; dank voor de enorm belangrijke steun en het in het mij gestelde vertrouwen. Alle samenwerkende partijen in Limburg; volgens mij gaan we er samen iets unieks van maken; ik zal mijn uiterste best doen de randvoorwaarden voor alle partijen zo goed mogelijk te maken en bewaken! Alle partijen, experts en specialisten van andere vakgebieden, die de juiste randvoorwaarden voor zorg en onderzoek blijvend voor ons team, onze patiënten en proefpersonen scheppen: ontzettend bedankt en ik hoop dat we nog heel lang intensief mogen samenwerken. Mijn oude en nieuwe onderzoekers en het PRIUS en PERIM verpleegkundig team; jongens, wat genoot en geniet ik van al ons speur- en denkwerk en wat ben ik trots op jullie persoonlijke groei en succes. De obstetrische staf; wat hebben we een diverse club bij elkaar met enorme talenten; als het aan mij ligt gaan we samen gewoon zo verder met onze prachtige reis. De VK en verpleegafdeling; Limburgse asperges zijn heerlijk, maar kunnen maar beperkte tijd op hetzelfde akkertje groeien, zo heb ik me altijd laten vertellen, omdat daarna de grond uitgeput is. De laatste oogst is nu binnen, de grond heeft inmiddels tijd gehad om op kracht te komen en we zijn klaar om 'lean' te schoffelen en daarna weer te zaaien; we gaan een nieuwe enerverende tijd tegemoet en ik voorzie een prachtige oogst. De poli; obstetrisch zijn we bezig met een mooi project die veel verder gaat dan de klassieke poli-voering: ook hier gaan we het echt samen doen. De staf: dank voor jullie warme ontvangst. Het is jullie verdienste dat er zo veel goede dingen zijn en dat we nog altijd als één acteren. Het secretariaat: zonder jullie zou ik zelfs mijn eigen hoofd nog vergeten. Dank voor al jullie geduld in inspanning. Mijn oude maatjes inmiddels op heel veel plekken: thnx. Mijn twee mentoren: alleen als je op zulke stevige schouders hebt mogen staan kan je nieuwe dingen zien en verder kijken dan je voor mogelijk had gehouden: enorm bedankt. Mijn familie and relatives from abroad; thanks for coming. Wat goed en fijn dat jullie er bijna allemaal zijn, ondanks bij enkele spelende grote gezondheidsproblemen. Mijn eigen meiden en jongens: wat zijn we ontzettend blij dat we jullie mochten krijgen, wat gaan jullie lekker, uitgebalanceerd en op je eigen manier. Het is een feest om jullie met jullie fijne vrienden om ons heen te hebben! Mijn vrouw; wat ben ik trots op je hoe je voortdurend vernieuwd, jouw eigen weg zoekt en vindt, mij daarin mee neemt en verrijkt, en en passant de kinderen een zet de goede richting in geeft. Ik geniet van nu en zie uit naar de toekomst.

*Daarmee sluiten we voor vandaag dit dossier.*

Ik heb gezegd.



### Referenties

1. Een goed begin. Advies stuurgroep zwangerschap en geboorte. 2009.
2. Ray JG, Vermeulen MJ, Schull MJ, McDonald S, Redelmeier DA. Metabolic syndrome and the risk of placental dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005 Dec;27(12):1095-101.
3. Ray JG, Vermeulen MJ, Schull MJ, Redelmeier DA. Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study. *Lancet.* 2005 Nov 19;366(9499):1797-803.
4. Scholten RR, Hopman MT, Sweep FC, Vlucht MJ, Dijk AP, Oyen WJ, Lotgering FK, Spaanderman ME. Co-occurrence of Cardiovascular and Prothrombotic Risk Factors in Women With a History of Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2013 Jan;121(1):97-105.
5. Verloskundige indicatie lijst. <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/richtlijnen-gedragscodes-en-werkafspraken/verloskundige-indicatielijst/>
6. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2010 Aug 21;376(9741):631-44. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60279-6.
7. Schutte JM, Steegers EA, Schuitemaker NW, Santema JG, de Boer K, Pel M, Vermeulen G, Visser W, van Roosmalen J; Netherlands Maternal Mortality Committee. Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG.* 2010 Mar;117(4):399-406.
8. Barker DJ. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med.* 2007 May;261(5):412-7.
9. Tarry-Adkins JL, Ozanne SE. Mechanisms of early life programming: current knowledge and future directions. *Am J Clin Nutr.* 2011 Dec;94(6 Suppl):1765S-1771S.
10. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Aug 4;(8):CD001059.
11. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD002252.
12. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, Forest JC, Giguère Y. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):402-14.
13. A/55/L.2 55/2. United Nations Millennium Declaration.2000. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
14. <http://statline.cbs.nl>
15. <http://apps.who.int/gho/data>
16. Engelhard IM, van Rij M, Boullart I, Ekhart THA, Spaanderman ME, van den Hout MA, Peeters LLH. Posttraumatic stress disorder after preeclampsia: an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;24:260-4.
17. Baecke M, Spaanderman ME, van der Werf SP. Cognitive function after pre-eclampsia: an explorative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009;30(1):58-64.
18. Aukes AM, De Groot JC, Wiegman MJ, Aarnoudse JG, Sanwkarja GS, Zeeman GG. Long-term cerebral imaging after pre-eclampsia. *BJOG.* 2012 Aug;119(9):1117-22.
19. Stekkinger E, Scholten RR, van der Vlucht MJ, van Dijk AP, Janssen MC, Spaanderman MEA. Inter-pregnancy Metabolic Syndrome and Recurrent Preeclampsia. *BJOG* 2013, in press

20. Sep SJ, Smits LJ, Prins MH, Spaanderman ME, Peeters LL. Simple prepregnant prediction rule for recurrent early-onset hypertensive disease in pregnancy. *Reprod Sci.* 2009;16(1):80-7.
21. Scholten RR, Sep S, Peeters L, Hopman MT, Lotgering FK, Spaanderman ME. Prepregnancy low-plasma volume and predisposition to preeclampsia and fetal growth restriction. *Obstet Gynecol.* 2011 May;117(5):1085-93.
22. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Lancet.* 2006 Sep 30;368(9542):1164-70.
23. Sattar N, Greer IA. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *BMJ.* 2002 Jul 20;325(7356):157-60.
24. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2007 Nov 10;335(7627):974.
25. Spaan JJ, Sep SJ, van Balen VL, Spaanderman ME, Peeters LL. Metabolic syndrome as a risk factor for hypertension after preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2012 Aug;120(2 Pt 1):311-7.
26. Spaan J, Peeters L, Spaanderman M, Brown M. Cardiovascular Risk Management After a Hypertensive Disorder of Pregnancy. *Hypertension.* 2012 Dec;60(6):1368-73.
27. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ.* 2013 Jan 24;346:f108.