

BEVALLEN IN EEN GEBOORTECENTRUM

Reorganisatie van de verloskundige zorg

Een kind krijgen onder leiding van een verloskundige. Thuis of in een geboortecentrum, maar niet meer in het ziekenhuis. In Rotterdam geldt dit binnenkort voor alle zwangeren die geen medische indicatie hebben. Deze reorganisatie moet leiden tot een efficiëntere bedrijfsvoering en minder werkdruk.

aantal thuisbevallingen nog een stuk lager: 14 procent (zie tabel 1). Een van de oorzaken van dit lage percentage thuisbevallingen is dat het in grootstedelijke gebieden steeds moeilijker is om thuisbevallingen te laten plaatsvinden onder goede (sociaal veilige) arbeids- en hygiënische omstandigheden. Een andere factor is dat allochtone bevolkingsgroepen een voorkeur lijken te hebben om in het ziekenhuis te bevallen. Het gevoel van 'veiligheid om de hoek' speelt eveneens een rol: de gynaecoloog die in het ziekenhuis klaarstaat. Ook hierdoor kan de vraag naar een thuisbevalling of naar een verplaatste thuisbevalling in een kraamcentrum of afstand van een ziekenhuis teruglopen en neemt in de tweede lijn het aantal bevallingen op niet-medische indicatie mogelijk ontbrekend toe.

Daarnaast vormt door het tekort aan kraamverzorgenden de beschikbare

kraamzorg een probleem. Vaak is er tijdens de thuisbevalling geen assistentie voor de verloskundige aanwezig. De verloskundige moet vervolgens meer aandacht schenken aan de kraamvrouw, wat tot een hogere werkdruk leidt. Als vrouwen aan de beschikbaarheid van de kraamzorg twifelen, verkleint dat de kans dat zij voor een thuisbevalling kiezen.

Ook het aantal vrouwen met een medische indicatie neemt toe, waardoor de antenatale controles en de partus bij voorbaat in de tweedelijns verloskundige zorg moeten plaatsvinden. De indruk bestaat dat allochtone vrouwen vaak een medische indicatie hebben om in het ziekenhuis te bevallen. Er is bij hen vaker sprake van consanguiniteit, hemoglobi-nopathieën, mogelijk meer prematuriteit, hypertensieve complicaties, diabetes en (morbide) adipositas.^{3,7}

Autochtone vrouwen bevallen >>

J.P. DE GRAAF C.S.

Capaciteitstekorten voor eerste- en tweedelijns intramurale bevallingen hebben in Rotterdam geleid tot het oprichten van een stuurgroep.¹ De bedoeling daarvan is te komen tot een structuuraanpassing van de gehele keten van eerste-, tweede- en derdelijns verloskundige en kraamzorg. Begin mei liet de stuurgroep weten een aantal eerstelijnsgeboortecentra,² gesitueerd naast de ziekenhuizen, te willen realiseren. Met die beslissing is bepaald hoe de zwangere vrouw die geen medische indicatie heeft, gaat bevallen: onder leiding van een verloskundige, óf thuis óf in een geboortecentrum, maar niet meer intramuraal.

VOORKEUR VOOR ZIEKENHUIS

Landelijk is het aantal thuisbevallingen gedaald van gemiddeld 31 procent midden jaren negentig tot 25 procent nu. In Rotterdam en omstreken was in 2001 het

1. BEVALLINGEN IN 2001

| | Rotterdam | | landelijk |
|--|---------------|-------------|------------|
| onder verantwoordelijkheid eerste lijn | 3959 | 35% | 34% |
| waarvan | | | |
| - thuis | 1546 | 14% | 25% |
| - ziekenhuis | 2306 | 20% | 9% |
| - kraamhotel | 107 | 1% | * |
| onder verantwoordelijkheid tweede lijn | 7533 | 65% | 66% |
| waarvan | | | |
| - verwijzing door eerste lijn tijdens zwangerschap | 1795 | 16% | 19% |
| - verwijzing door eerste lijn tijdens baring | 2076 | 18% | 16% |
| - primair medische indicatie | 3262 | 28% | 31% |
| - derde lijn (obstetrische high care) | 400 | 3% | ** |
| totaal | 11.492 | 100% | |

Het totaal aantal bevallingen in Rotterdam en omstreken in 2001 vergeleken met de landelijke cijfers

Bron: Prismant, op basis van de Landelijke Verloskundige registratie LVR 1 en LVR 2

* wordt waarschijnlijk geregistreerd onder thuis

** wordt geregistreerd onder primaire medische indicatie

<< dikwijls op relatief oude leeftijd van hun eerste kind, wat vaak een reden is voor een medische indicatie. Bij deze groep komt frequenter (sub)infertiliteit voor, met als gevolg een groter aantal meerlingen. Of tijdens de zwangerschap wordt een onderliggende chronische aandoening manifest, zoals hypertensie en diabetes.

Door deze ontwikkelingen zal het percentage thuisbevallingen zeker niet toenemen, maar waarschijnlijk verder dalen.

BEVOLKINGSPROGNOSE

Demografische ontwikkelingen zijn eveneens van invloed op de verloskundige zorg. Een grote stad heeft een grote verscheidenheid aan nationaliteiten. Om toekomstbestendige scenario's voor de inrichting van de verloskundige zorg te kunnen maken, is het van belang inzicht te hebben in de ontwikkelingen van de bevolking.

Tabel 2 laat een aanzienlijke groei zien in de omvang van de allochtone bevolkingsgroepen en een afname van de autochtone bevolking. Vooral autochtonen in de vruchtbare leeftijd (20-39 jaar) trekken vaak weg uit de stad.

Niet alleen inzicht in de bevolkingsprognose is van belang voor het bepalen van toekomstscenario's, het is ook noodzakelijk het vruchtbaarheidscijfer per bevolkingsgroep te kennen. De *reproductive performance* drukt het gemiddeld aantal kinderen uit dat vrouwen zouden krijgen als de in een bepaald jaar waargenomen leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfers over een langere periode zouden gelden. De vruchtbaarheidscijfers van allochtone vrouwen zijn hoger dan die van autochtone vrouwen. Het vruchtbaarheidscijfer van de eerste generatie allochtonen is meestal het hoogst.

TOEKOMSTSCENARIO'S

Op basis van de bevolkingsprognose en het vruchtbaarheidscijfer kan worden geconcludeerd dat onder allochtonen het aantal bevallingen zal toenemen en onder autochtonen zal afnemen. Bovendien zal de plaats waar de geboorte plaatsvindt, veranderen. Voor Rotterdam betekent dit dat als de verloskundige organisatie niet verandert, er meer bevallingen binnen de ziekenhuismuren gaan plaatsvinden. Met als gevolg dat de capaciteit van de tweede- en derdelijns verloskundige zorg nog meer onder druk komt te staan.

Voor een grootstedelijk gebied zijn in de toekomst eerstelijnsgeboortecentra een noodzakelijke aanvulling op de bestaande verloskundige voorzieningen. Daar wordt de verloskundige zorg voor een bepaald gebied aangeboden door samenwerkende eerstelijnsverloskundigen, in beheer of onder regie van de eerste lijn. Op deze wijze kan de eerstelijns verloskundige zorg in stand worden gehouden en bevorderd. Bovendien wordt extra tweedelijns verloskundige capaciteit geschapen: de capaciteit die momenteel wordt gebruikt voor de eerstelijns poliklinische bevallingen.

Bij het toekomstscenario zijn onderstaande uitgangspunten gehanteerd:

- De begeleiding van een fysiologisch verlopende zwangerschap en bevalling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van eerstelijns aanbieders van verloskundige zorg; een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts.
- De eerste lijn draagt zorg voor een adequate risicoselectie die erop is gericht eventuele complicaties in een zo'n vroeg mogelijk stadium vast te stellen en de zwangere door te verwijzen naar de tweede lijn: de gynaecoloog.



In een geboortecentrum kan men meer dan in het ziekenhuis aandacht besteden aan multi-culturele aspecten bij bevalling en kraambed

FOTO: MARTIJN BEEKMAN, HOLLANDESE HOOGTE

2. BEVOLKINGSGROEPEN

| | groei bevolkings- groep tot 2014 | gemiddeld aantal kinderen tot 2014 |
|----------------------|--|--|
| Surinamers | 12.064 | 1,58 |
| Antillianen | 16.668 | 2,07 |
| Kaapverdianen | 2.372 | 1,93 |
| Turken | 10.005 | 2,70 |
| Marokkanen | 20.413 | 3,84 |
| Noord-mediterranen | 1.336 | 1,53 |
| overige rijke landen | - 14.788 | 1,11 |
| overige arme landen | 45.339 | 2,09 |
| autochtonen | - 69.409 | 1,15 |
| totaal | 24.030 | |

Ontwikkeling bevolkingsgroepen in Rotterdam.

Bron: Centrum voor Onderzoek en Statistiek Rotterdam (COS)*

- Geen versnippering van verloskundige zorg.
- Een op elkaar afgestemde verloskundige zorgketen, bestaande uit eerste-, tweede- en derdelijns verloskundige zorg en kraamzorg.
- De hele keten dient doelmatig, doeltreffend en vraaggestuurd te zijn.
- In de keten moet voldoende personele capaciteit zijn.
- De zorg moet toetsbaar zijn.
- Reorganisatie moet leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg, met als gevolg een daling van de maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit.

Op grond van deze uitgangspunten plus het feit dat 35 procent van de bevallingen in de eerste lijn durante partu toch een beroep moet doen op de tweede lijn, is het van elementair belang dat de eerstelijnsgeboortecentra in de directe nabijheid van een tweede- of derdelijns centrum worden gesitueerd.

DOOR EN VOOR VERLOSKUNDIGEN

Het centreren van eerstelijns verloskundige zorg kan leiden tot een efficiënte bedrijfsvoering van de verloskundige

zorg en de kraamzorg. Een organisatie 'door en voor verloskundigen' kan leiden tot vermindering van de werkdruk. Hierdoor kan men meer aandacht besteden aan de verdere ontwikkeling van het vakgebied en de zorg bij de thuisbevalling.

Door de mogelijkheid van een klinisch kraambed, ofwel de

hotelfunctie, te creëren is er meer begeleiding door de kraamzorg met minder mensen mogelijk. Bovendien kan aan bepaalde groepen vrouwen zorg in het kraambed worden gegeven, wat thuis tot op heden wegens diverse sociale factoren niet mogelijk is.

Tevens kan worden geëxperimenteerd met het *single room maternity*-concept: een zwangere verblijft dan voor, tijdens en na de bevalling in één ruimte.

Meer begeleiding met minder mensen

De traditionele verloskamer wordt dan vervangen door een eenpersoonskamer met eigen sanitair, waar alle technische voorzieningen aanwezig zijn. In een dergelijk centrum kan men ook meer aandacht besteden aan culturele aspecten bij bevalling en kraambed.

In een van deze nieuwe centra kan kwalitatieve verloskundige zorg voor de hele stad worden geïnitieerd, die ook is

SAMENVATTING

• De verloskundige situatie in de grote steden wijkt sterk af van het landelijk beeld; in grootstedelijke gebieden zijn daarom andere structuuraanpassingen nodig dan in landelijke gebieden.

• In Rotterdam is gekozen voor een reorganisatie waarbij de bevallingen onder regie van de eerstelijns verloskundige zorg thuis of in aan ziekenhuis aanpalende geboortecentra plaatsvinden en dus niet meer intramuraal.

• Het is zeer goed mogelijk gebleken om in overleg met alle spelers in het veld te komen tot eigentijdse scenario's voor grootstedelijke verloskundige zorg.

gericht op de bevolkingsgroepen met verschillende etnische achtergronden. Daarbij kan worden gedacht aan preconceptionele advisering, voorlichting en uitvoering van risicobepalende prenatale testen, psychosociale begeleiding en zwangerschapseducatie en bij- en nascholing van verloskundigen. Onderdelen van deze activiteiten kunnen worden verspreid over de andere geboortecentra. ■

drs. J.P. de Graaf,
zorgmanager Erasmus MC

M. Stam-Happel,
verloskundig adviseur KNOV-regiokantoor Zuid-Holland

O. Schuur,
manager kraamzorghotels, Kraamzorg Rotterdam e.o.

drs. M.C. Willems,
beleidsmedewerker geboortezorg, Achmea Zorg

W.J. van Wieren,
ZNI/KPZ-regiovertegenwoordiging Nationale Nederlanden

dr. E.A.P. Steegers,
subafdelingshoofd Verloskunde & Prenatale diagnostiek, Erasmus MC

Correspondentieadres: j.degraaf@erasmusmc.nl

Referenties

1. De stuurgroep, een initiatief van de zorgverzekeraars, bestaat uit een afvaardiging van Nationale Nederlanden en Achmea, de verloskundige kring Rijnmond, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), gynaecologen en Raden van Bestuur van verschillende ziekenhuizen, en kraamzorg.
2. In het algemeen geldt de volgende definitie: 'Een eerstelijnsgeboortecentrum is een plek waar de eerstelijns verloskundige zorg voor een bepaald gebied door samenwerkende eerstelijns verloskundigen in beheer of onder regie van de eerste lijn wordt aangeboden, met als doel de eerstelijns verloskundige zorg in stand te houden en te bevorderen.'
3. Giardano PJ. Stigmatiseren helpt niet. *Medisch Contact* 2002; 44: 1607.
4. Demo delta. *Demos* 2002; 18 (3).
5. Elderen-van Kemmenade TMT van. Over het gedrag van dragers. *Oratie LUMC*, 2002.
6. Achterberg PW, Kramers PCN. Een gezonde start. *Bilthoven: RIVM*, 2001.
7. Dijkshoorn H, Uitenbroek DG, Middelkoop BJC. Prevalentie van diabetes mellitus en hart en vaatziekten onder Turkse, Marokkaanse en autochtone Nederlanders. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 28: 1362-6.
8. Bik M, Zundert A van. *Bevolkingsprognose veelkleurig Rotterdam 2014*, Centrum voor Onderzoek en Statistiek, 2001.