

## Van eerstelijns verloskundige naar medisch verloskundige?

Tot de jaren '50 was de verloskunde met name het werkterrein van de huisarts en de verloskundige, en wel in de thuissituatie. Er vond toen geen eerstelijns verloskunde in het ziekenhuis plaats. Alleen als het echt niet anders kon werd een zwangere verwezen naar het ziekenhuis voor hulp door een gynaecoloog. De Universiteitsziekenhuizen verleenden wel eerstelijns zorg, maar via een Stadspraktijk, waardoor medische studenten in staat werden gesteld fysiologische verloskunde te 'leren', vaak zonder begeleiding. In de jaren na de oorlog werden voorzichtige contacten gelegd tussen de Universiteitsziekenhuizen en de in die steden werkzame vroedvrouwen. In de oorlogsjaren was het aantal bevallingen in de stadspraktijken van deze ziekenhuizen namelijk fors teruggelopen en overgenomen door vroedvrouwen. Dit betekende dat artsen in opleiding niet meer de voor hen benodigde tien bevallingen konden halen. Omdat het niet lukte de zwangeren weer naar de ziekenhuispraktijken te lokken (met gratis kraamhulp en luierpakketten!) werd geprobeerd tot samenwerking met de vroedvrouwen te komen. Dit lukte soms wel, soms niet. Op dat moment is dus, weliswaar met de nodige tegenzin (aanstaande dokters konden dit toch echt het beste leren van dokters), een aanvang gemaakt met het inschakelen van verloskundigen voor het onderwijs aan medische studenten. Professor Kloosterman was in 1957 de eerste hoogleraar die in het Wilhelmina Gasthuis verloskundigen aanstelde, voor het onderwijs, maar ook om de zorg aan de barenden te verbeteren. In eerste instantie werkten zij alleen op de verloskamers, later ook op de polikliniek. De Utrechtse Universiteitskliniek volgde ruim tien jaar later

[1]. Inmiddels werken er in zeven van de acht academische ziekenhuizen verloskundigen en vele perifere ziekenhuizen zijn gevolgd. Vanaf 1970 tot heden is er een duidelijk toename in het aantal klinisch werkende verloskundigen tot  $\pm 250$  nu. Relatief is de verhouding eerste versus tweedelijns werkende verloskundigen de laatste tien jaar stabiel, 85 versus 15% [2].

In de jaren '70 was de poliklinische bevestiging in opkomst en vanaf 1980 zijn ziekenhuizen verplicht hun verloskamers open te stellen voor eerstelijns verloskundigen en huisartsen.

Het aandeel van huisartsen in de eerstelijns verloskundige zorg is duidelijk afgenomen en neemt nog steeds af om meerdere redenen. En verder is er de afgelopen jaren een duidelijke verschuiving van eerstelijns naar tweedelijns zorg.

In 1998 beviel 12% van alle zwangeren per SC, van de nulliparae was dit zelfs 15%. Daarnaast werd er bij 20% van alle nulliparae een vaginale kunstverlossing verricht. Met andere woorden: zo'n 35% van alle nulliparae beviel niet spontaan. Dit lijkt geen goede uitgangssituatie voor een fysiologisch verloop van volgende zwangerschappen en baringen. Een uitdaging voor de beroepsgroepen om hieraan gezamenlijk wat te doen?

Het aanstellen van verloskundigen in de klinische setting lijkt een van de oplossingen. Vanuit hun visie als verloskundige moeten zij toch in staat geacht worden een steentje bij te kunnen dragen aan het een halt toe roepen van de medicalisering [3].

### Taken

Werden de eerste klinisch werkende verloskundigen in eerste instantie aangesteld

voor het onderwijs en de daarbij behorende fysiologie, inmiddels participeren zij in vrijwel de gehele klinische verloskundige zorg. Ze begeleiden de 'normale' baring van zwangeren met een medische indicatie, verrichten prenatale zorg ook bij medium risk zwangeren, verrichten echoscopisch onderzoek en participeren in het spreekuur prenatale diagnostiek. Vaak is er sprake van een uitbreiding van bevoegdheden in de zin van de Wet BIG.

Taken die door verloskundigen verricht worden zijn: begeleiden van de 'normale' baring (ook in geval van medische indicatie kan de baring fysiologisch verlopen), inleiden/bijstimuleren, in- en uitwendige bewaking en de interpretatie ervan, regelen adequate pijnstilling, echodiagnostiek, micro bloedonderzoek, begeleiden baring in geval van gemellizwangerschap en stuitligging, preterme baring, begeleiden van het beëindigen van de zwangerschap in geval van ernstige afwijkingen bij het kind of een intra-uteriene vruchtdood en het beëindigen van de baring door middel van een (eenvoudige) vaginale kunstverlossing. Ook bij de eerste opvang van 'spoedjes' heeft de verloskundige vaak een rol. Daarnaast vervullen ze een duidelijke rol in het onderwijs en in toenemende mate verrichten ze ook onderzoek.

Dit betekent niet dat alle verloskundigen werkzaam in ziekenhuizen al deze taken verrichten. De invulling van de werkzaamheden verschilt per ziekenhuis, evenals de bezettingsgraad. In veel ziekenhuizen werken 24 uur per dag verloskundigen, in andere alleen door de week overdag of zelfs slechts een aantal dagen. Daardoor is er ook nogal wat verschil in de inhoud van de functie.

Er zijn klinieken waar verloskundigen alleen werkzaam zijn op de verloskamers of op de echo-afdeling. In andere ziekenhuizen, met name de academische, zijn verloskundigen op alle taakgebieden werkzaam. Het is duidelijk dat naarmate verloskundi-

gen in een kliniek langer werkzaam zijn zij meer taken van de gynaecologen overnemen en hun inbreng groter wordt op alle vlakken; zij krijgen meer en meer een spil-functie. Omdat de verloskundige naast het medisch-technisch handelen altijd aandacht voor het zorgaspect zal houden (daar is zij immers voor opgeleid) zal dit de kwaliteit ten goede komen. De verloskundige heeft ook een belangrijke rol in het bewaken van dit zorgaspect naar de andere disciplines toe, verpleegkundigen en artsen (in opleiding), waardoor de fysiologie beter gewaarborgd kan blijven.

### **Wettelijke mogelijkheden**

De wet BIG geeft – onder voorwaarden – mogelijkheden om voorbehouden handelingen te doen uit voeren door niet zelfstandigen. De mogelijkheid van 'door-delegeren' door middel van een opdracht is niet met zoveel woorden benoemd, maar is evenmin in strijd met de systematiek van de wet.

De voorwaarden die de wet stelt aan het verrichten van voorbehouden handelingen door niet-zelfstandig bevoegden zijn: er moet sprake zijn van een opdracht van een zelfstandig bevoegde (de opdrachtgever), er moeten zo nodig aanwijzingen gegeven worden, de mogelijkheid van tussenkomst moet verzekerd zijn en er moet, zo nodig, toezicht gehouden worden.

Daarnaast moet de opdrachtnemer 'bekwaam' zijn de voorbehouden handeling uit te oefenen. Zowel degene die de opdracht geeft als degene die de opdracht ontvangt en uitvoert moet hiervan overtuigd zijn.

Daarnaast biedt de wet de mogelijkheid om aan bepaalde categorieën niet-zelfstandig bevoegden een grotere zelfstandigheid toe te kennen bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen: de functionele zelfstandigheid.

Dit houdt in dat het verrichten van bepaal-

de voorbehouden handelingen tot het deskundigheidsgebied van personen zonder zelfstandige bevoegdheid gerekend kan worden. Er kan dan sprake zijn van een collectieve deskundigheidsverklaring. Dit betekent dat de vereisten van toezicht en tussenkomst komen te vervallen bij een aantal duidelijk omschreven handelingen. De overige vereisten (opdracht, aanwijzingen en bekwaamheid blijven wel gelden.

Daarnaast is het nodig alles in beleid en protocollen vast te leggen [4, 5, 6, 7, 8].

### **Visie beroepsgroepen**

Hierover zijn in een aantal gremia uitspraken gedaan. De Stuurgroep Modernisering Verloskunde meldt in haar eindrapportage aan de minister dat er 'continu voldoende verloskundigen op het verloscentrum aanwezig dienen te zijn' [9].

Dit zou inhouden dat het aantal klinisch werkende verloskundigen de komende jaren fors zou moeten stijgen en het heeft dus onmiddellijk consequenties voor het aantal op te leiden verloskundigen.

De NVOG meldt in een nota inzake 'Organisatie klinische verloskundige zorg: de tweedelijns verloskundige' dat zij vanwege kwaliteits en medicolegale argumenten de verlengde-armconstructie met de eerste lijn afwijzen. Ze hebben geen bezwaar tegen de klinische samenwerking met verloskundigen indien er een hiërarchisch functionele relatie bestaat tussen de verloskundige en de gynaecoloog.

Zij zijn verder van mening dat 'de taken van de tweedelijns verloskundige vooral gezien dienen te worden in het licht van een verbetering van de kwaliteit van de begeleiding van de patiënten op de verloskamers'. En dat 'de combinatie van medische begeleiding en zorg verenigd in één en dezelfde functie, 24 uur per dag beschikbaar en in voldoende mate aanwezig (ondersteund door verpleegkundigen of kraamverzorgen-

den) een extra winst zal geven met betrekking tot de continuïteit en kwaliteit die met andere hulpverleners zoals ag(n)io's niet haalbaar zal zijn' [10].

De KNOV was lid van de stuurgroep en staat dus achter de uitspraak zoals gedaan in de eindrapportage [9].

Beide beroepsgroepen realiseren zich wel dat de verloskundige in Nederland opgeleid wordt voor de eerste lijn en dat als verloskundigen gaan werken in de tweede lijn zij hiervoor aanvullend opgeleid en gecertificeerd zouden moeten worden. Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van beide beroepsgroepen heeft hiertoe inmiddels een voorstel geformuleerd. De mogelijkheid om deze opleiding dusdanig in te richten dat deze ook voor een deel de theoretische opleiding van de gynaecologen in opleiding verzorgt wordt hierbij nadrukkelijk overwogen. Er is inmiddels ook een functieprofiel opgesteld.

### **Visie op de toekomst**

Uit voorgaande kan geconcludeerd worden dat het streven van de NVOG en de KNOV is dat er in de toekomst in alle verloskundige centra verloskundigen werken. Het aantal ziekenhuizen dat verloskundigen zoekt is in overeenstemming daarmee. Hoe dat eruit gaat zien weet niemand, maar hoe zou het eruit kunnen gaan zien? De klinisch werkende verloskundige wordt een feit en ze zal meer en meer de regie op de afdeling verloskunde gaan voeren. Wat kan ze eigenlijk niet, waarvoor is de obstetricus nodig?

- sectio caesarea en andere handelingen die op de operatiekamer verricht worden (bijvoorbeeld manuele placentaverwijdering, hechten totaalruptuur)
- zeldzame verloskundige handelingen, waarin expertise moeilijk is op te bouwen, zoals de (versie en) extractie, vaginale kunstverlossingen, behalve de uitgangsvacuümextractie

- (poli)klinische begeleiding van zwangere met een ernstige preëxistente aandoening (bijvoorbeeld diabetes mellites, SLE) of ernstige obstetrische pathologie (bijvoorbeeld vroege HELLP/ pre-eclampsie in de anamnese).

Een verloskundige moet in staat geacht worden de overige pathologie goed te begeleiden, mits zij hiervoor aanvullend wordt opgeleid en bekwaam wordt geacht door derden en zichzelf en dus gecertificeerd is. De eindverantwoordelijkheid blijft bij de obstetricus, maar de verloskundige die bekwaam is, is uiteraard wel degelijk verantwoordelijk en aansprakelijk voor haar handelen.

Het beleid moet vastgelegd zijn in protocollen.

Daarnaast is een voorwaarde dat obstetrici en verloskundigen deel uit maken van één organisatie en dat bevoegdheden en verantwoordelijkheden duidelijk zijn vastgelegd. Voordelen voor de verloskundige van deze ontwikkeling zijn: meer carrièremogelijkheden, de vastere werktijden en het werken in een team. De voordelen voor de gynaecoloog zijn ook duidelijk: hij/zij krijgt eindelijk voldoende tijd voor de echte pathologie, de disutility zal beduidend verminderen en de samenwerking houdt hem/haar scherp.

De cliënt is verzekerd van goede en duidelijke 24-uurszorg en begeleiding met meer continuïteit.

### **Haalbaarheid**

Of de opzet zoals hier beschreven haalbaar is, is afhankelijk van de opstelling van de beroepsgroepen: zijn zij bereid mee te werken aan de verbetering van de kwaliteit van zorg in de tweede lijn? De uitspraken door beide beroepsverenigingen gedaan lijken hierop te wijzen. De concentratie van zorg die de Stuurgroep heeft voorgesteld draagt hier zeker ook aan bij. Het aanstellen van

verloskundigen is dan beter haalbaar en door het aantal centra waar verloskunde plaatsvindt sterk te verminderen zijn er dan uiteindelijk minder verloskundigen nodig. Een en ander heeft natuurlijk wel consequenties voor de opleidingscapaciteit. Daarnaast zal de verloskundige die in de tweede lijn gaat werken bereid moeten zijn de verdergaande verantwoordelijkheden op zich te nemen. Dat hiervoor aanvullende opleiding en certificering nodig is staat buiten kijf.

### **Conclusie**

De tweedelijns verloskundige is een feit. Uiteindelijk zullen in alle verloskundige centra verloskundigen werken. Verloskundigen moeten samen met gynaecologen deel uitmaken van één organisatie. Er moet een officiële vervolgopleiding komen. Om de medicalisering van de verloskunde een halt toe te roepen moet er een organisatie komen waarin verloskundigen en gynaecologen nauw samenwerken en waarin verloskundigen verantwoordelijk zijn voor een groot deel van de verloskundige zorg.

### **Literatuur**

1. *Klomp J.* De vroedvrouw en het medisch onderwijs. Uitgave Catherina Schrader Stichting, april 1998.
2. *Hingstman L.* Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2000. NIVEL november 2000.
3. *Pel M, Heres MHB.* OBINT A study of obstetric intervention. Thesis juni 1995.
4. *Raad BIG.* Stappelpunten Voorbehouden Handelingen. Uitgave Ministerie van VWS, december 1996.
5. *Voorbehouden Handelingen in de Praktijk,* Richtlijnen voor de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en ziekenverzoorgenden. Uitgave KNMG/NU, maart 1997.
6. *Wijmen FBC van.* Een legislatieve voorbehouden handeling. Een reconstructieve ingreep in de bevoegdheidsregeling van de Wet BIG. Medisch Contact 1997; 52: 446-8.
7. *Naber BW.* Naar een nieuwe beroepenregeling in de individuele gezondheidszorg. Tijdschr v. Verlosk 1997; 22: 35-38.

8. *Bersee APM, Pluimakers WHMA.* De Wet BIG: De betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Koninklijke Vermande BV 1996.
9. *Eindrapport Stuurgroep Modernisering Verloskundige Zorg:* Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21e eeuw. Augustus 2000.
10. *Nota inzake Organisatie klinische verloskundige zorg:* de tweedelijns verloskundige; Notitie beroepsbelangencommissie NVOG.