

Praktijkorganisatie en intensieve begeleiding I

De kleinschalige verloskundige praktijk

Mieke Beentjes MSc

De begeleiding van de bevalling door aanwezigheid van de verloskundige is op dit moment een actueel onderwerp in de media. Gerard Visser noemde in zijn interview in de Volkskrant van 21 oktober dat de verloskundige geen tijd meer heeft om naast de barende te gaan zitten en op 6 november verscheen in de Volkskrant het artikel "Laat vrouwen niet alleen bevallen" van Barbara van Erp. Beide artikelen kunt u nalezen op de ledensite. Het artikel van Barbara van Erp is een aanklacht tegen de eerstelijns verloskundige: zij is onvoldoende en te laat aanwezig bij de bevalling. De negatieve toon en de ongenueerde wijze waarop het is geschreven valt te betreuren, maar de boodschap is duidelijk. Barendende vrouwen willen niet alleen gelaten worden tijdens hun bevalling. Dat het moeilijk te combineren is met een drukke praktijk en privéleven, is iets waar de barendende geen boodschap meer aan heeft. Helaas is het niet altijd zo eenvoudig te organiseren. Maar er zijn wel mogelijkheden. Dit is het eerste van twee artikelen die dienen ter inspiratie hoe men de praktijkorganisatie zo kan aanpassen dat het eenvoudiger is om intensieve begeleiding te geven. In dit artikel passeren een aantal mogelijkheden voor de kleine praktijken de revue. In het volgende artikel komen een aantal mogelijkheden voor de wat grotere groepspraktijk aan bod.

Uitgangspunten

Vanuit het project 'De kracht van begeleiding' stimuleert de KNOV de verloskundigen meer gebruik te maken van een van de sterke kanten van het verloskundig vak; intensieve begeleiding. De begeleiding door de verloskundige is de meest bepalende factor voor de tevredenheid van de cliënte over de baring.[referentie Hodnett

Mieke Beentjes is verloskundige en beleidsmedewerker richtlijnontwikkeling

Onderzoek

Yvonne Fontein heeft voor haar masterstudie een onderzoek gedaan naar de praktijkgrootte en de ervaringen van de cliënten hiermee. Zij onderzocht de relatie tussen continuïteit van zorgverlener en baringsuitkomsten door een vergelijking te maken tussen kleine praktijken, middelgrote praktijken en grote praktijken^[1]. Vrouwen die in een solo-of duopraktijk zorg kregen, bevielden vaker thuis en werden minder vaak verwezen durante partu dan vrouwen in praktijken met meer dan 2 verloskundigen. De kleine praktijken hadden de meeste vrouwen, die hun bevalling als positief kenmerkten en het laagste aantal dat hun bevalling als zeer negatief scoorde. Ook was in deze groep de verloskundige na verwijzing het vaakst aanwezig bij de bevalling, wat door de vrouwen als meerwaarde aan hun bevallingservaring werd gekenmerkt.

^[1]Fontein Y. *Minder is meer. De kracht van solo- en duopraktijken in Nederland.* TvV 2008;12:23-29

2002] In de richtlijn Niet Vorderende Ontsluiting wordt een aantal uitgangspunten van intensieve begeleiding tijdens de baring genoemd:

- Tijdens de zwangerschap geeft de verloskundige aandacht aan het belang van continue ondersteuning tijdens de baring vanaf de latente fase.
- De verloskundige brengt een vroeg eerste bezoek, direct nadat een zwangere zich meldt met signalen dat de baring mogelijk is begonnen. Tijdens dit bezoek maakt zij een inschatting welke mate van begeleiding de cliënte nodig heeft. Soms kan adequate ondersteuning van de verloskundige, kraamverzorgende of anderen juist tijdens de latente fase bijdragen aan een goed verloop.
- In principe is de verloskundige zélf continu aanwezig vanaf de actieve fase. In uitzonderlijke situaties kan dat ook een ander zijn.

Intensieve begeleiding is één van de kernaanbevelingen uit de standaard Niet Vorderende Ontsluiting. Het is een effectieve interventie om een langdurige baring te voorkomen en de behoefte aan pijnbestrijding en andere medische interventies te verminderen. Verloskundigen in de eerstelijns hebben niet de beschikking over farmacologische pijnbehandeling maar wel over een effectieve niet-farmacologische interventie, namelijk aanwezigheid en ondersteuning én de huiselijke vertrouwde omgeving. Ook de cliënt begint meer van zich te laten horen en vraagt direct - via bijvoorbeeld het geboorteplan - of indirect - getuige bovengenoemd artikel in de media - om meer begeleiding tijdens de baring.

Organisatie niet op ingericht

De organisatie van veel praktijken is er echter niet op ingericht dat verloskundigen intensieve begeleiding kunnen geven. De verloskundige heeft niet de rust en de tijd om naast haar cliënt te gaan zitten. Zij wordt regelmatig weggeroepen omdat er meerdere bevallingen tegelijk bezig zijn of zij voelt de druk van visites, die nog gedaan moeten worden. Het is logisch: hoe meer zorggevallen men als verloskundige in de praktijk onder haar hoede heeft, hoe groter de kans op storende telefoontjes, meerdere bevallingen tegelijk en vele visites die gedaan worden. Grotere praktijken werken weliswaar met meerdere verloskundigen, maar in de praktijk komt het er op neer dat men toch tijdens de dienst alléén de bevallingen, visites, telefoontjes en onverwachte consulten moet doen. Naast iemand gaan zitten om te ondersteunen terwijl de telefoon de hele tijd gaat en eigenlijk het gevoel hebben nog van alles te moeten, heeft dan toch niet het gewenste effect. Een voorbeeld dat illustreert dat ook een vroeg eerste consult nog geen gemeengoed is, zijn de 'bel-instructies'. Liever niet bellen totdat je als barend weeën om de vijf minuten hebt en als ze dan nog geen minuut duren, pas terugbellen als het zover is.

Oproep

De KNOV heeft in april en mei een oproep onder leden gedaan om in contact te komen met verloskundigen die intensieve begeleiding geven en hun praktijkorganisatie hierop aangepast hebben.

De verloskundigen die gereageerd hebben, hebben bijna allemaal gekozen voor een organisatie met minder verloskundigen en minder zorgenheden om intensievere begeleiding te geven. Zonder uitzondering vinden zij dat zowel hun eigen satisfactie als die van de cliënt is toegenomen.

Op een enkele uitzondering na hebben alle verloskundigen die hebben gereageerd op de oproep, een solo- of duopraktijk of is men opgesplitst in kleinschalige zelfstandig opererende praktijkeenheden. De kleinschalige solo- en

duopraktijk lijken uitermate geschikt voor het geven van intensieve begeleiding. Men heeft minder zorgenheden, dus weinig bevallingen en visites, de verloskundige kent de cliënten goed en is vaak zeer gemotiveerd om de cliënt intensief te begeleiden bij de bevalling.

Een aantal van de verloskundigen die gereageerd hebben op de oproep, heeft tijdens het ledencongres op 2 oktober jl. een inspirerende workshop gegeven. Wat betreft de kleinschalige praktijken vertelde Catrien van der Bijl over haar duopraktijk en Rebekka Visser over het proces van splitsen van de groepspraktijk in twee kleinschalige eenheden. Nicole Manders sprak over de visitedienst in de groepspraktijk. Dit laatste onderwerp komt in een volgend artikel aan de orde.

Uit alle reacties op de oproep van de KNOV en de verhalen ontstond het beeld van de kleinschalige praktijk, de voor- en nadelen en hoe men deze praktijkvorm kan inrichten.

Motivatie

Wat was de motivatie van deze verloskundigen om zo te gaan werken?

Catrien van der Bijl: "De continue begeleiding durante partu is voor ons twee jaar geleden een belangrijke reden geweest om de zekerheid van het werken in een grote praktijk achter ons te laten en te starten met een duopraktijk".

Joelle van Rooijen had tot voor kort een solopraktijk: "De solopraktijk ben ik gestart na twee jaar in een drukke groepspraktijk te hebben gewerkt, omdat ik van mening ben dat de zwangere en haar partner in de huidige gemiddelde praktijk te weinig aandacht krijgt. Zowel prenataal, nataal als postnataal".

Rebekka Visser is met haar praktijk overgestapt naar een hele andere manier van werken. Van een praktijk met 300 zorggevallen en 4 verloskundigen naar 2 zelfstandige teams met maximaal 150 zorggevallen. "In de vorige praktijk waren er een aantal dingen een noodzakelijk kwaad, ik wilde dat niet meer. Bijvoorbeeld een atermelijst waar regelmatig namen opstonden van vrouwen waar ik geen 'gezicht' bij had. Van hot naar haar rennen, met als universeel excuus: 'druk, druk, druk...' en gauw weer verder. Door vermoeidheid werken op routine. Ik kan niet 300 vrouwen een beetje leren kennen".

Organisatie

De kleinschalige praktijken die gereageerd hebben varieerden in grootte van 3 -13 atermen per maand. Vaak houdt men bewust een maximaal aantal atermen per maand aan om intensieve, individuele zorg te kunnen blijven bieden. Men vindt het belangrijk om de zwangeren persoonlijk te kennen.

Marieke Driessen heeft een duopraktijk in Lunteren: "We kunnen die continuïteit van zorg leveren omdat we maar

een beperkt aantal mensen in zorg hebben. Dat betekent dat we zelden meer dan drie visites hoeven te doen en ook maar zelden meer bevallingen op een dag hebben.” Tijdens de spreekuren is er vaak meer tijd per cliënt. Joelle van Rooijen besteedt een half uur aan een consult, een intake kost een uur en het informatiegesprek over de bevalling 45 minuten. Rebekka Visser ziet maximaal acht cliënten per spreekuur en zij doet ook zeer laagdrempelige thuisvisites. Marieke Driessen geeft aan dat zij meer zorg op maat kan bieden doordat zij de mensen beter kent; “Het spreekuur is ruim opgezet, minimaal 20 minuten en bij mensen van wie je weet dat die nog meer tijd nodig hebben ruim je wat extra tijd in. Ik zou zelf echt geen zes mensen in een uur willen zien. Doordat je de mensen goed kent weet je ook waar de risico's zitten. En soms begeleiden we mensen nog tot maanden na een bevalling als er problemen zijn met bijvoorbeeld de borstvoeding of het moeder zijn.” Door de extra tijd tijdens de prenatale consulten, wordt er tussendoor weinig gebeld, ook niet op het telefonisch spreekuur.

Begeleiding tijdens de bevalling

Doordat er tijdens de diensten geen druk is door visites die nog gedaan moeten worden of doordat er meerdere mensen tegelijk aan het bevallen zijn, is er veel tijd voor intensieve begeleiding tijdens de bevalling. Marieke: “We gaan bij een eerste belletje bij de mensen kijken, tenzij ze echt aangeven dat ze alleen maar iets telefonisch wilde overleggen. De latente fase begeleiden we ook op deze manier. Door duidelijk aan te geven dat een bevalling nog op zich laat wachten maar als het te pijnlijk wordt of ze door slapeloze nachten erg vermoeid raken, ze ons ook moeten bellen en we daarbij kunnen helpen. Soms is het nodig om bij een eerste kind vanaf drie cm te blijven. Daarmee geef je vertrouwen en ondersteun je de partner in wat hij moet doen. Dat kan het verschil zijn in pijn/paniek/pijnstilling/ ziekenhuis en rustig ontsluiten en thuis bevallen. Soms ga ik ook heel bewust nog 'even' weg. Bij mensen die het samen heel goed doen (en geen idee hebben dat ze al echt goed bezig zijn) en al flink ontsloten zijn is het soms goed om ze nog even met zijn tweeën te laten zodat ze samen de knop om kunnen zetten. Ze mogen altijd bellen en ik kijk dan wat ze nodig hebben. Laatst heeft mijn collega een bevalling begeleid bij een vrouw met een sectio in de anamnese. Het ziekenhuis had haar afgescheept - belt u maar met weeën om de 5 minuten. Maar zij had weeën om de 7 minuten die flink heftig waren. Wat moest ze nu? Toch maar even met de verloskundige bellen... Die zag dat mevrouw wel in partu was en ging met de vrouw mee en heeft in het ziekenhuis het kind aangepakt. En er vervolgens ervoor gezorgd dat het kind in alle rust

meteen aan de borst kon drinken. Dus het is niet alleen maar continuïteit van zorg, maar vooral kijken - en soms gewoon vragen - wat heeft deze vrouw nodig? En dan geef je soms ook zorg terwijl de vrouw eigenlijk in de tweedelij loopt. Maar daardoor bevalt ze wel beter. In ons werkgebied kiezen vrouwen zelden voor een poliklinische bevalling, maar als ze dat wel doen, proberen we altijd direct mee te gaan. Eerst thuis kijken en dan samen naar het ziekenhuis.”

Rebekka: “We garanderen een continu support in de actieve fase, ongeacht het aantal centimeters ontsluiting. Als we insturen gaan we mee en blijven dan ook. Dit betekent dat we laagdrempelig gebruik maken van de ander als achterwacht”.

De kraamperiode kenmerkt zich door weinig visites die daardoor flexibel ingepland kunnen worden, afhankelijk van het programma van die dag. Rebekka: “Bij ons gebeuren alle kraambedcontroles, op een na, door degene die de partus heeft gedaan.”

Ervaringen

Het algemene beeld van verloskundigen in een solo- of duo praktijk is dat zij veel werken, nooit vrij zijn en dat het moeilijk te combineren is met een gezin. De verloskundigen die nu gereageerd hebben, geven allemaal aan dat zij juist veel vrije tijd hebben en het goed te combineren is met hun privéleven. Privé en werk zijn veel meer verweven. Je hebt wel een hele flexibele kinderopvang nodig. Daardoor lijkt deze vorm van praktijkorganisatie minder geschikt voor verloskundigen met kleine kinderen. Vaak zijn er soepele regelingen met collega's waardoor ze gemakkelijk een keer weg kunnen. De regelingen hierover zijn vrij informeel en er wordt vaak alleen betaald als er ook werkelijk iets voor elkaar gedaan wordt. Het werk concentreert zich vooral rond de spreekuren en een bevalling; de “dienst” wordt veel minder als werk beschouwd.

Rebekka: “Het is een manier van werken die minimale werkdruk geeft en waarmee ik graag tot mijn 67e jaar door wil gaan. Ik kan de dingen doen waar ik vrolijk van word zoals een bevalling doen bij iemand die ik goed ken en slapen na een nacht werken en winkelen in diensttijd”. Marion Vuijk: “Ik heb altijd dienst, maar voel me zo vrij als een vogel. Toen ik maar vier dagen per week in een grote praktijk werkte, was ik meer gestrest en voelde het zwaarder. En financieel houd ik nu ook veel meer over!”. Het financiële stuk in de kleinschalige praktijk is voor Marieke wel een probleem. “Dat wij 110 zorggevallen zouden moeten doen voor een normaal inkomen is met deze manier van werken echt niet haalbaar. In Nieuw-Zeeland en Schotland wordt bijvoorbeeld ook met het caseload principe gewerkt en daar hoeft

een verloskundige voor een volledige baan geen 110 zorgenheden te doen, maar 35-40!”

In de duopraktijken zijn de verloskundigen in eerste instantie elkaars achterwacht. In tweede instantie worden er andere praktijken ingeschakeld, vaak wel met dezelfde ideeën over intensieve begeleiding. Verschillende praktijken samen verenigen zich dan ook als het gaat om zaken als kringvertegenwoordiging, bijscholing, kwaliteitsbeleid etc. Indien de praktijk bestaat uit zelfstandig opererende kleinschalige teams wordt zowel de financiële als organisatorische overhead met elkaar gedeeld. Marieke (moeder van vier kinderen): “Praktijkassistenten zijn voor ons niet betaalbaar, maar dat is ook niet nodig. Beetje gevoel voor ondernemerschap is wel belangrijk want je moet alles zelf doen. Je weet daardoor ook heel goed wat er allemaal speelt”.

De verloskundigen benoemen als grote verschil met een (drukke) groepspraktijk dat ze zelf alles kunnen indelen en bepalen. Men kent alle cliënten en weet wat belangrijk voor ze is. De cliënt is ook tevreden. Catrien: “Onze ervaringen zijn eigenlijk alleen maar positief, rust voor de cliënten, rust voor de vroedvrouwen en tevreden klanten. Toen we begonnen hoopten we dat onze werkvorm inderdaad een positief effect zou hebben, nu zien we dat het nog beter werkt dan gedacht/gehoopt.

Rebekka: “Toen we hier mee begonnen waren we niet allemaal even enthousiast, integendeel. Nu wil niemand meer terug!”. ■