

Reactie NVOG op het consultatiedocument Eerstelijns verloskundige zorg (april 2009)

Consultatievraag 1: ja. Wij willen graag het volgende aanvullen:

Op bladzijde 12 wordt gesproken over de poortwachterfunctie van de verloskundige. Anders dan bij de poortwachterfunctie van de huisarts, wordt door de verloskundige een groot percentage zwangeren naar de tweede lijn verwezen. Gaarne willen wij hiervoor verwijzen naar onze aanvulling over bladzijde 18 (zie consultatievraag 2): In 2006 werd door de verloskundige 86% van de vrouwen die voor de eerste keer zwanger waren, doorverwezen naar de tweede lijn. Van alle zwangeren die voor de eerste keer onder de leiding van de verloskundige gingen bevallen, werd de helft doorverwezen naar de tweede lijn. Deze cijfers illustreren twee zaken: 1. het is niet juist om de eerstelijns verloskundige als de poortwachter voor de verloskundige zorg te beschouwen 2. Een adequate risicoselectie door de 1^e lijn voorafgaand aan de bevalling blijkt buitengewoon moeilijk te zijn. Zie verder ook consultatievraag 2

Consultatievraag 2: neen. Wij willen graag het volgende aanvullen:

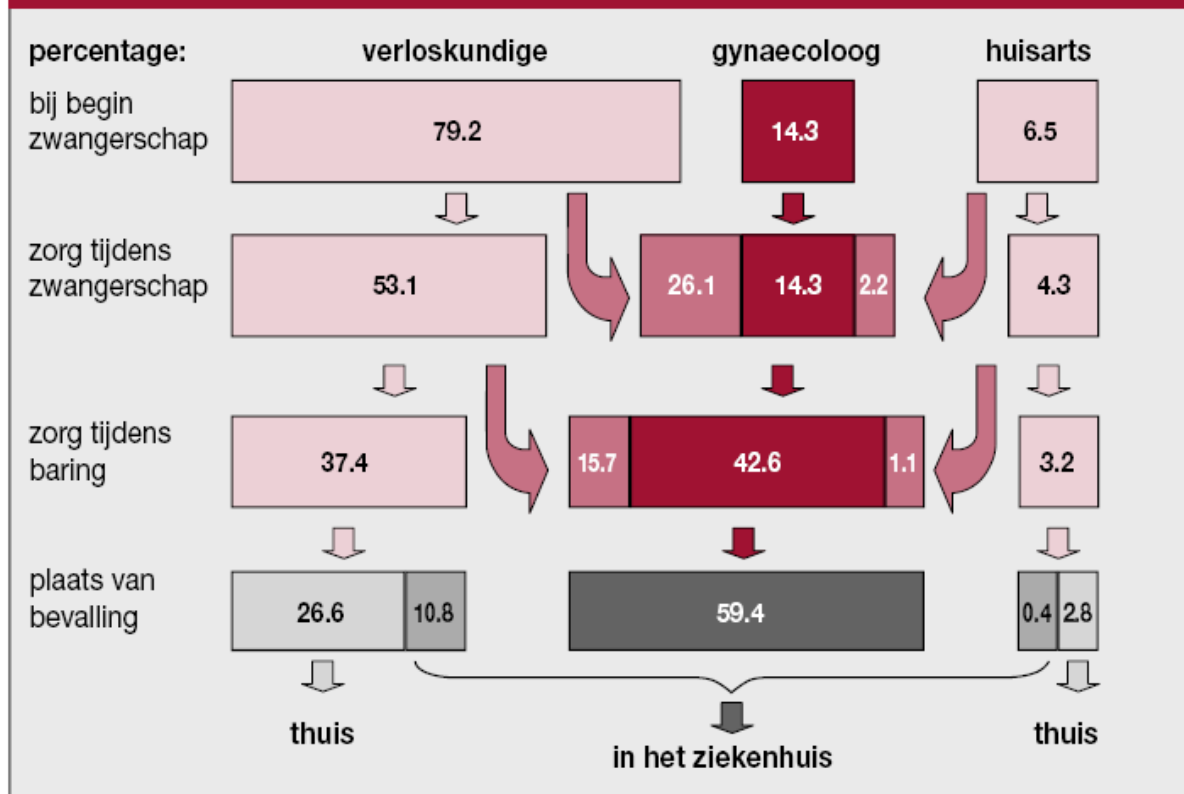
Op bladzijde 18 wordt in het blok “achtergrondinformatie”, een onjuiste interpretatie gegeven van de cijfers van de PRN. De juiste interpretatie is als volgt: Gegevens van de Stichting Perinatale Registratie Nederland voor 2006 geven het volgende beeld [1] Aan het begin van de zwangerschap is 77% van alle vrouwen onder controle bij een eerstelijns verloskundige en iets meer dan 20% bij een gynaecoloog in de tweedelijns verloskundige zorg. Van de zwangeren die aan het begin van de zwangerschap onder begeleiding zijn van de verloskundige, wordt 30% tijdens de zwangerschap verwezen naar de gynaecoloog. Iets minder dan de helft van alle vrouwen (45,1%) begint aan de baring onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige. Een deel van hen wordt tijdens de baring alsnog naar de tweede lijn verwezen. Uiteindelijk bevalt 22% van de vrouwen thuis en 11% poliklinisch onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige. Meer dan 65% van de vrouwen bevalt in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog.

Bij de nullipara (vrouwen die voor de eerste keer zwanger zijn) moet 50% tijdens de baring alsnog verplaatst worden (naar het ziekenhuis).

In de onderstaande figuur, die afkomstig is uit het document “Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport” van het NIVEL (Wiegers TA, Janssen BM. Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2006) wordt deze dynamiek in de verloskundige zorgketen duidelijk in beeld gebracht, in dit geval voor het jaar 2002. De getallen zijn vrijwel identiek aan de getallen die hierboven voor 2006 zijn beschreven. Terwijl in 2002 aan het begin van de zwangerschap bijna 80% van de vrouwen onder zorg van de eerstelijns verloskundige kwam, beviel uiteindelijk 37,4% in de eerste lijn, waarvan éénderde poliklinisch in het ziekenhuis. Tijdens de zwangerschap en de bevalling wordt er dus netto 45% van de patiënten van de eerste lijn (vooral de verloskundige, en in veel minder mate de huisarts) naar de gynaecoloog doorverwezen vanwege (een verhoogde kans op) complicaties. Recentere gegevens van de Stichting Perinatale Registratie Nederland laten zien dat het aandeel van de thuisbevalling verder teruggaat.

[1] http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2244n29713.html

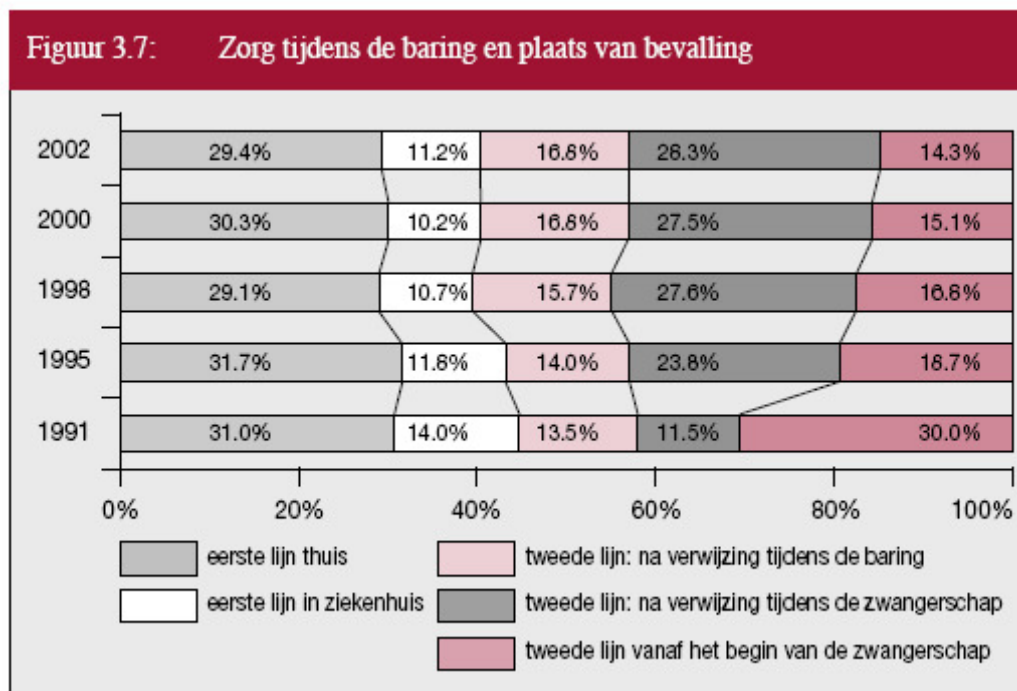
Verloskundige zorg naar zorgverlener en plaats van bevallen, 2002



Bron: Wiegers TA, Janssen BM. Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2006.

Verder blijken uit onderstaande figuur (tevens uit NIVEL rapport 2006) de volgende twee zaken:

1. Tussen 1991 en 2002 is het aandeel van de eerstelijns bevalling afgenomen;
2. Ondanks het feit dat er tussen 1991 en 2002 ca. 16% meer zwangeren in de eerste lijn zijn begonnen, is het aandeel zwangeren dat in de tweedelijns is bevallen toegenomen.



Op bladzijde 19 wordt gesteld dat de kosten van de eerstelijns verloskunde 135 miljoen euro zijn. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met een aantal kosten. De uitwerking hiervan wordt gegeven bij consultatievraag 14

Op bladzijde 20 staat in het blok dat derdelijns verloskundige zorg valt onder het A-segment; deze valt echter grotendeels onder het B-segment.

Ten onrechte wordt op bladzijde 21 in paragraaf 2.2.1 gesteld dat klinisch verloskundigen in het ziekenhuis zelfstandig patiënten begeleiden zolang er geen kunstverlossing nodig is en de baby het goed maakt. Deze stelling is zowel in strijd met de praktijk als het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige van 3 juli 2008, dat gepubliceerd is in het Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.[2] In het ziekenhuis wordt verloskundige zorg verleend aan vrouwen met een niet-fysiologisch verlopende zwangerschap en/of bevalling en aan zwangeren met pre-existente aandoeningen die een verhoogd risico op problemen of complicaties geven. De cliënteel van de tweede- en derdelijns verloskundige zorg bestaat uit, zoals u elders in uw document ook stelt, vrouwen met een verhoogd risico, zoals gedefinieerd in de door alle partijen onderschreven Verloskundige Indicatie Lijst. Gynaecologen zijn zonder uitzondering volledig eindverantwoordelijk voor de verloskundige zorg aan deze vrouwen met een verhoogd risico. Gynaecologen hebben door hun opleiding

[1] http://www.st-ab.nl/wettennr05/0645-014_Besluit_opleidingseisen_en_deskundigheidsgebied_verloskundige.htm

een brede medische kennis en specifieke deskundigheid op het gebied van de zwangerschap en bevalling van vrouwen met een verhoogd risico. Zij verlenen medisch-specialistische verloskundige zorg, ondersteund door een team bestaande uit artsen al dan niet in opleiding tot gynaecoloog (A[N]IOS), klinisch verloskundigen, in de verloskunde gespecialiseerde verpleegkundigen en kraamverzorgenden. De klinisch verloskundige werkt, evenals de andere leden van dit team, te allen tijde onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. In het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige staat duidelijk beschreven wat geacht wordt te behoren tot de deskundigheid van verloskundigen: het begeleiden van vrouwen met normaal verlopende zwangerschappen, bevallingen en kraambedden. Klinisch verloskundigen mogen slechts onder strikte voorwaarden buiten dit deskundigheidsgebied treden: zij moeten dan passende bekwaamheid hebben verworven door opleiding, en mogen uitsluitend handelen in opdracht en onder toezicht van de gynaecoloog. De posities van de gynaecoloog en klinisch verloskundige verhouden zich derhalve als die van opdrachtgever en opdrachtnemer. De gynaecoloog heeft hierbij een verplichting om toezicht te houden, opdat zijn/haar tussenkomst mogelijk is waar nodig. Er is dus in de praktijk en juridisch geen sprake van de door u geschetste situatie dat klinisch verloskundigen zelfstandig zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico begeleiden zolang er geen kunstverlossing nodig is en de baby het goed maakt. Met klem verzoeken wij u om rectificatie van deze passage, die misleidend is voor zowel verloskundige zorgverleners als zorgconsumenten, omdat de weergave van de medische en juridische verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg in het ziekenhuis apert onjuist is. Ook op andere pagina's (bijv. pagina 11, 49) wordt gesproken van "klinisch verloskundige of gynaecoloog"; dit moet dus zijn: gynaecoloog.

Consultatievraag 3: nee

Consultatievraag 4: Wij willen graag het volgende aanvullen:

Op bladzijde 23 paragraaf 2.2.3: Er wordt gesteld dat het takenpakket van de eerste lijns verloskundige breder wordt. Dit valt te betwijfelen; Preconceptiezorg kan uitstekend door huisartsen worden geleverd. Prenatale screening en echoscopie kunnen uitstekend door gecertificeerde echoscopisten en counselors worden uitgevoerd. Hiervoor is het geen vereiste om verloskundige te zijn. Er zijn in Nederland voldoende opleidingen tot echoscopist aanwezig (Fontys Eindhoven, Hogeschool Haarlem, Utrecht, etc.).

Op bladzijde 27 *recht op pijnbestrijding*:

In de genoemde richtlijn die door alle beroepsgroepen is geaccordeerd, staat dat de zwangere door de tweede lijn wordt gecounseld over pijnbestrijding, en dat de gynaecoloog in samenspraak met de barendende vrouw een keuze maakt uit welk type pijnbestrijding er wordt toegepast. Er wordt gesteld dat in de huidige situatie het niet mogelijk is om thuis pijnstilling aan te bieden; dit suggereert dat dit in de toekomst wel mogelijk zal zijn. Dit is echter uit veiligheidsoverwegingen ondenkbaar en zeer ongewenst. Iets verderop staat de zin: "*het is de vraag of medicamenteuze etc.*" Hiervan ontgaat de relevantie ons; Immers, wanneer er een indicatie tot pijnstilling aanwezig is, wordt de zwangere naar het ziekenhuis verwezen en wordt een DBC geopend die onder het B-segment valt, en die zeker ook onder het basispakket valt. Het is aan het ziekenhuis te onderhandelen dat in de desbetreffende DBC ook een deel pijnstilling is opgenomen. Het B-segment laat dit toe. Indien een zorgverzekeraar hier niet voor wil betalen, zal deze zijn klanten hiervan op de hoogte moeten brengen.

Consultatievraag 5

Ja

Consultatievraag 7

Deze centra vormen een verlengstuk voor de thuisbevalling: er is immers geen tweedelijns hulpverlener aanwezig of zelfs in de buurt om in te grijpen bij problemen. Ook voor geboortecentra geldt het eerder genoemde verwijsperscentage van ca. 50%; dus tijdens de bevalling worden circa 50% van de berende vrouwen, meestal met een ambulance, naar een ziekenhuis gebracht.

Consultatievraag 8

Nee

Consultatievraag 9

Het recht op pijnbestrijding zal mogelijk als effect hebben dat de huidige trend van een dalend aantal thuisbevallingen, zich zal voortzetten. Het zal hopelijk tot gevolg hebben, dat op meerdere plaatsen, onder leiding van een tweedelijns hulpverlener, er ketenzorg zal ontstaan, zoals ook al door u gesuggereerd op bladzijde 11. Deze tweedelijns hulpverlener (de gynaecoloog) is dan verantwoordelijk voor het hele traject van zwangerschap en bevalling, waarbij een betere risicoselectie kan plaatsvinden, met een verdeling in laag- en hoogrisicobevallingen. Indien de onder vraag 7 genoemde geboortecentra zich in een ziekenhuis bevinden, zijn enerzijds de voordelen van de eerste lijn gewaarborgd, terwijl anderzijds de tweede lijn op afroep beschikbaar is. Dit zal ook tot een flinke kostenreductie leiden. Hierbij kan gedacht worden aan dubbeldeclaraties, ambulance kosten etc. Zie ook consultatievraag 14

Consultatievraag 10

Ja

Consultatievraag 11

Ja

Consultatievraag 12

Dit is nog wel van belang. Een van de struikelpunten is dat niet helder is wat wel en wat niet wordt vergoed: Zo wordt voor een bevalling in het ziekenhuis onder leiding van de verloskundige een eigen risico in rekening gebracht (bladzijde 31). Wanneer zij dit in een bevalcentrum doet, niet.

Consultatievraag 13

Ja. Er zijn inderdaad weinig kwaliteitsindicatoren voor de eerste lijn beschikbaar. Ook zijn er maar weinig richtlijnen van de eerste lijn bekend en is het dus ook niet bekend of verloskundigen zich hieraan houden. Dit alles in tegenstelling tot de tweede lijn waar de NVOG zeer actief is op het gebied van kwaliteit en richtlijnen

Consultatievraag 14

Ja. Met die aantekening dat de kosten van ambulancevervoer, en aanvullende kosten in de tweede lijn, niet worden meegenomen in de genoemde 135 milj euro kosten eerste lijns verloskundige zorg (ook op bladzijde 19 genoemd). Uitgaande van 24.000 verwijzingen durante partu, komt dit neer op ca. 24 miljoen euro extra. Ook wordt in deze berekening niet meegenomen de beschikbaarheid van de tweede lijn; het is immers voor een eerstelijns verloskundige onmogelijk om verloskundige zorg te leveren als de gynaecoloog niet beschikbaar is. Eerder zagen we al het grote aantal verwijzingen tijdens de bevalling door de verloskundige. Gemiddeld wordt in Nederland per ziekenhuis per nacht 1.5 barende vrouw doorverwezen. Dit trekt een enorme wissel op de aanwezigheid van ziekenhuispersoneel op de verloskamers, en de beschikbaarheid van de gynaecoloog dag en nacht. Om een goede indruk te krijgen van de kosten van de eerstelijns verloskundige zorg, moeten al deze kosten worden meegenomen; het is immers niet mogelijk om zonder deze kosten de eerstelijns verloskunde in de lucht te houden. Wij willen u vragen om deze rekenexercitie te maken en het getal van 135 miljoen euro te vervangen door het juiste getal. Op deze wijze zal transparant worden wat de daadwerkelijke kosten zijn.

Consultatievraag 15

Nee. De verzekerde wordt door het eigen risico beperkt in zijn mogelijkheden om te kiezen. (zie ook consultatievraag 12)

Consultatievraag 16-18

Ja

Consultatievraag 19

Nee. In het algemeen wordt te gemakkelijk aangenomen dat verzekeraars alles zullen doen dat in het belang van hun cliënt is. Met andere woorden, zij worden door de NZA en de NMA niet als echte partijen gezien, maar veeleer als een verlengstuk van de verzekerde cliënt. Dit is echter maar de vraag. Verzekeraars hebben ook een winst oogmerk, hebben hun eigen overhead. Bovenstaande moet gezien worden als een algemene opmerking. Meer specifiek ten aanzien van de zwangere vrouw delen wij de analyse van de NZA dat dit een aantrekkelijke markt is voor verzekeraars en dat zij hun best zullen doen om wel degelijk niet alleen goedkope maar ook kwalitatief goede zorg in te kopen.

Consultatievraag 20

nee

Consultatievraag 21

In paragraaf 3.3.1 wordt op bladzijde 47 gesteld dat zolang de wettelijke voorwaarden en polisvoorwaarden hetzelfde blijven, er bij liberalisering van de markt niet verwacht mag worden dat de rol van de eerstelijnsverloskundige als één van de poortwachters voor medisch specialistische verloskundige zorg zal veranderen. Zoals bij vraag 2 reeds gesteld is het de vraag in hoeverre de poortwachterfunctie door de 1^e lijn uitgeoefend kan worden gezien de complexiteit van de risicoselectie.

Ook stelt de NZA in paragraaf 3.3.1 op bladzijde 47 dat wanneer de vrouw (thuis) aan het bevallen is de (eerstelijns) verloskundige kan beslissen om de bevalling in het ziekenhuis onder toezicht van een gynaecoloog voort te zetten. Dit is niet juist. Als er tijdens een thuisbevalling of een eerstelijns poliklinische bevalling een complicatie of een verhoogd risico op complicaties ontstaat, draagt de eerstelijns verloskundige de verdere begeleiding van de vrouw volledig over aan de gynaecoloog. Zij zet dus zelf niet de begeleiding voort onder toezicht van de gynaecoloog, in een “verlengde arm constructie.”

Consultatievraag 22

Geheel mee eens. Op bladzijde 49 wordt gesproken over de ontschotting; Het zou een logische stap zijn om de gynaecoloog, die nu al feitelijk verantwoordelijk en onmisbaar is voor de gehele keten, hiervoor de eindverantwoordelijke te maken. Vervolgens kunnen dan op lokaal nivo initiatieven komen, mede gesteund door de vrije prijsvorming zoals door de NZA in dit document gepropageerd. Het is goed om dat ook zo in dit belangrijke document zo te benoemen.

Consultatievraag 23

Met de aanvullingen van de NVOG wel (zie ook vraag 22).