



NETWERK GEBORTEZORG
NOORDWEST NEDERLAND

Goed op weg

Evaluatie van wens en werkelijkheid van zorgverleners binnen Netwerk Geboortezorg
Noordwest Nederland

Amsterdam, 17 september 2015

Athena Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam



INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING **4**

INTRODUCTIE **5**

1. SAMENWERKING VSV NIVEAU **6**

1.1 SAMENWERKING VSV NIVEAU: STRUCTURELE FACTOREN **6**

KARAKTERISTIEKEN VAN HET VSV 6

CONNECTIVITEIT 7

BESLUITVORMING 8

SUPPORT VOOR INNOVATIE 8

1.2 SAMENWERKING VSV NIVEAU: RELATIONELE FACTOREN **9**

GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEID EN GEMEENSCHAPPELIJKE DOELEN 9

INZET 10

ONDERLING CONTACT 10

VERTROUWEN, KENNIS VAN ELKAARS ACTIVITEITEN EN ANGST VERLIES EIGEN IDENTITEIT 11

2. SAMENWERKING WERKVLOER NIVEAU **12**

2.1 SAMENWERKING WERKVLOER NIVEAU: STRUCTURELE FACTOREN **12**

FORMELE AFSPRAKEN 12

FINANCIERINGSSTRUCTUUR EN WETGEVING 12

INFORMATIEOVERDRACHTSYSTEMEN 13

RISICOVERMIJDING 13

2.2 SAMENWERKING WERKVLOER NIVEAU: RELATIONELE FACTOREN **13**

GELIJKWAARDIGHEID 13

VERTROUWEN 14

ONDERLING CONTACT 14

UNIFORMITEIT VAN HANDELINGEN 14

INFORMATIEOVERDRACHT 15

3. WENSBEELDEN **16**

3.1 WENSBEELDEN: VISIE OP LANGE TERMIJN **16**

BEHOUD ECHELONS, INTEGRATIE PROCESSEN 16

GEÏNTEGREERDE ORGANISATIE 16

| | |
|---|-----------|
| OVEREENKOMSTEN IN WENSBEELDEN | 17 |
| 3.2 WENSBEELDEN: AANDACHTSPUNTEN KORTE TERMIJN | 18 |
| STRUCTURELE VERANDERINGEN | 18 |
| RELATIONELE VERANDERINGEN | 19 |
| | |
| 4. <u>STUURGROEP</u> | 21 |
| 4.1 BEKENDHEID STUURGROEP | 21 |
| 4.2 ACTIVITEITEN STUURGROEP | 21 |
| 4.3 REGIOPROTOCOLLEN | 22 |
| | |
| 5 <u>CLIËNTENPARTICIPATIE</u> | 24 |
| 5.1 BETEKENIS CLIËNTENPARTICIPATIE | 24 |
| 5.2 UITVOERING CLIËNTENPARTICIPATIE | 24 |
| 5.3 MOGELIJKHEDEN EN MOEILIKHEDEN CLIËNTENPARTICIPATIE | 24 |

Samenvatting

In het kader van het monitoren en evalueren van het veld van de geboortezorg binnen Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland zijn begin 2015 26 interviews gehouden met professionals uit 11 verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) in de regio. Doel van deze interviews was het krijgen van inzicht in hoe men denkt over de samenwerking in het veld en welke activiteiten regionaal kunnen worden ontplooid om de samenwerking, en daarmee de geboortezorg, verder te verbeteren. In de interviews kwamen vijf onderwerpen aan bod: (1) *huidige samenwerking binnen het VSV*, (2) *huidige samenwerking op de werkvloer*, (3) *de wensbeelden voor de toekomst*, (4) *visie op (de activiteiten van) de Stuurgroep*, en (5) *visie op cliëntenparticipatie*.

Over het algemeen wordt aangegeven dat de samenwerking tussen de zorgverleners binnen het VSV goed is, en de afgelopen jaren (sterk) is verbeterd. Zowel over de organisatie van het VSV, als over de aanpak op de werkvloer worden steeds meer formele afspraken gemaakt. Dit werken aan de "harde" formele kant van de samenwerking bevordert tegelijkertijd de ontwikkeling van de "zachte" kant. Het frequentere contact komt ten goede aan het gevoel van vertrouwen, verbondenheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid, het nastreven van gemeenschappelijke doelen (of het bewustzijn dat dit reeds het geval was) en het laagdrempeliger maken van overleg en uitwisseling.

Met de aanpak en ontwikkelingen zit men dus op de goede weg, maar verdere verbetering is wenselijk, zowel aan de harde als aan de zachte kant. Zo hoopt men op verdere groei van het vertrouwen in elkaars kunnen en de (ervaren) gelijkwaardigheid tussen beroepsgroepen en lijnen. Ook is er nog onvoldoende uniformiteit van werkwijze, omdat verschillende organisaties nog verschillende protocollen hanteren en zorgpaden volgen. Daarnaast wordt het ontbreken van een gedeeld informatieoverdrachtsysteem als een belangrijke belemmering voor goede gegevensuitwisseling gezien. Ook de huidige financieringsstructuur wordt als problematisch ervaren, omdat deze in de hand werkt dat cliënten zo lang mogelijk in de "eigen lijn" gehouden worden.

De wens tot sterkere integratie van de lijnen en meer continuïteit van zorg, waarbij de cliënt centraal staat, wordt door de zorgverleners breed gedragen. Maar er is verdeeldheid over de vorm waarin de geboortezorg van de toekomst idealiter georganiseerd zou moeten worden. Het is aannemelijk dat er veranderingen in de taken en verantwoordelijkheden van de professionals zullen plaatsvinden, maar men verschilt van mening over of er alleen integratie van processen of van de gehele organisatie moet plaatsvinden, en of de zorg 'midwife led' of 'gynaecologist led' zou moeten zijn.

De Stuurgroep geniet brede bekendheid en over het algemeen is men tevreden met de activiteiten die de Stuurgroep onderneemt, al is niet iedereen duidelijk wat de Stuurgroep doet en waarom. Dat zij regioprotocollen ontwikkelt wordt als bevorderlijk voor de uniformiteit gezien en daarmee als een positieve ontwikkeling. Wel brengt het feit dat op verschillende niveaus (lokaal, regionaal, landelijk) parallel protocollen worden ontwikkeld het risico van dubbel werk met zich mee.

De zorgverleners wijzen veelvuldig op (het belang van) cliëntenparticipatie. Op dit moment worden cliënten vooral betrokken doordat afzonderlijke organisaties de door hen verleende zorg evalueren. De betrokkenheid van cliënten zou verder uitgebreid kunnen worden, al is nog niet duidelijk welke vorm daarvoor het meest wenselijk en haalbaar is. Iedereen is zich bewust van zowel de mogelijkheden als moeilijkheden die cliëntenparticipatie met zich meebrengt.

Introductie

In het kader van het monitoren en evalueren van het veld van de geboortezorg binnen het Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland zijn begin 2015 interviews gehouden met professionals uit de geboortezorg in de regio. Doel van deze interviews was het krijgen van inzicht in hoe men denkt over de samenwerking in het veld, en welke activiteiten regionaal kunnen worden ontplooid om de samenwerking en de geboortezorg verder te verbeteren.

Het Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland omvat 18 VSV's in Noord Holland en Flevoland. Voorliggende rapportage is het product van 26 telefonische interviews die tussen januari en april 2015 gehouden zijn, met zorgprofessionals betrokken bij 11 VSV's in de regio Noordwest Nederland¹. Er is naar gestreefd om per VSV één eerstelijns verloskundige, één klinisch verloskundige, één gynaecoloog en één professional in de kraamzorg te interviewen; uiteindelijk hebben uit deze categorieën respectievelijk 5, 8, 8 en 5 zorgprofessionals hun medewerking verleend. De mate waarin zij betrokken waren bij het VSV wisselde; een deel van hen had een zeer actieve rol (bijvoorbeeld als voorzitter), terwijl anderen zichzelf als 'toehoorder' bestempelden.

De telefonische interviews duurden gemiddeld 20 tot 30 minuten. In de interviews kwamen vijf onderwerpen aan bod: (1) *huidige samenwerking binnen het VSV*, (2) *huidige samenwerking op de werkvloer*, (3) *de wensbeelden voor de toekomst*, (4) *visie op (de activiteiten van) de Stuurgroep* inclusief de regioprotocollen, en (5) *visie op cliëntenparticipatie*.

De interviews zijn –met toestemming- opgenomen en uitgewerkt tot een samenvatting. De samenvatting is ter accordering verstuurd naar de respondenten. De resultaten zijn allen anoniem verwerkt. De interviews zijn geanalyseerd met het kwalitatieve analyseprogramma MAXQDA. Voor de analyse en rapportage waren de vijf onderwerpen richtinggevend.

¹ Vijf VSV's in de regio maakten in 2014 deel uit van de studie '[Noordwest Nederland Op Eén Lijn](#)', waarbinnen ook zorgverleners zijn geïnterviewd. Deze VSV's hebben daarom niet opnieuw deelgenomen aan het hier beschreven onderzoek. Wel komt uit die studie eenzelfde beeld naar voren. Van twee VSV's heeft niemand deelgenomen aan een interview. Deze analyse is dus het resultaat van interviews met professionals uit elf van de achttien VSV's in de regio.

Resultaten

De resultaten worden beschreven aan de hand van de vijf onderwerpen. Indien relevant worden opmerkelijke verschillen of overeenkomsten in denkwijze tussen de verschillende professies en tussen VSV's aangegeven.

1. Samenwerking VSV niveau

Over het algemeen wordt aangegeven dat de samenwerking op VSV niveau goed is, en de afgelopen jaren (sterk) is verbeterd. Deze stijgende lijn wordt door de meesten voor de toekomst ook verwacht, al wordt nadrukkelijk aangegeven dat er verbeterpunten zijn.

Binnen de samenwerking op VSV niveau kan onderscheid gemaakt worden tussen *structurele*- en *relationele* factoren in samenwerking. Structurele factoren omvatten de 'harde kanten' van de samenwerking. Samenwerking kan worden bereikt of verhinderd door allerlei formele mechanismen, zoals gedeelde informatieoverdrachtsystemen, gezamenlijke protocollen, (financiële) structuren en formele afspraken. Relationele factoren, daarentegen, behelzen de 'zachte kanten' van de samenwerking. Dit zijn factoren die te maken hebben met de omgang tussen verschillende zorgprofessionals. Deze omgang kan bevorderd of juist verhinderd worden door bepaalde gedrags- en communicatiefactoren, zoals het hebben van vertrouwen en gedeelde doelen.

1.1 Samenwerking VSV niveau: structurele factoren

Structurele factoren die belangrijk blijken voor een goede samenwerking op VSV niveau hebben betrekking op (1) *karakteristieken van het VSV*, (2) *connectiviteit*, (3) *besluitvorming* en (4) *support voor innovatie*.

Karakteristieken van het VSV

De karakteristieken van het VSV omvatten factoren die te maken hebben met zowel de organisatie als de vertegenwoordiging van verschillende beroepsgroepen. De VSV's worden steeds formeler georganiseerd. Dit komt de samenwerking ten goede en wordt daarom gezien als een positieve ontwikkeling. In de meeste VSV's zijn (recentelijk) statuten ontwikkeld, alsmede andere documenten rondom besluitvorming en taakverdeling. Hierdoor is een steeds duidelijker lijn zichtbaar, waardoor beslissingen nemen makkelijker is geworden. De aanwezigheid van een (onafhankelijk) voorzitter en een notulist bij de vergaderingen zorgt voor een goede structuur binnen de VSV's. Ook wordt over het algemeen ervaren dat de aanstelling van een klein dagelijks bestuur meer overzicht geeft:

"Het kleine bestuur is er echt om beslissingen te kunnen nemen. Je gaat natuurlijk niet over allerlei hoofden heen. Alles wat bijvoorbeeld de gynaecologen aan zou gaan, dat zou gek zijn als je dat alleen in het kleine dagelijkse bestuur zou beslissingen. Maar de weg een beetje plaveien en zorgen dat je alle stukken hebt en alle informatie verzameld, dat kunnen wij in het kleine dagelijkse bestuur doen om het vervolgens in het groot VSV te presenteren. [...] Ik had het idee dat het vroeger moeilijker was. Kijk als je met veertig man aan tafel zit. Zoveel mensen, zoveel wensen. En ook zoveel meningen en, nou ja, beslissingen nemen is dan lastig. Dus ik denk dat het goed is dat er nu meer structuur in zit, zodat je het goed kunt voorbereiden met elkaar." (Kraamzorg)

Bij alle VSV's zijn in ieder geval eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen en gynaecologen actief betrokken. De kraamzorg is in nagenoeg alle VSV's ook betrokken. Er zijn verschillen in de vertegenwoordiging van andere beroepsgroepen. Kinderartsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, huisartsen en de GGD/JGZ zijn in een gedeelte van de VSV's (sinds kort) opgenomen. De mate van betrokkenheid verschilt wel per VSV; in een aantal VSV's worden deze beroepsgroepen alleen tijdens bepaalde overleggen geraadpleegd. Veel VSV's streven ernaar om in de toekomst deze beroepsgroepen (actiever) te betrekken, met als voornaamste reden dat het belangrijk is om de zorg na de geboorte ook goed te dekken. De termijn voor de realisatie van dit streven verschilt per VSV; waar het ene VSV sinds kort de kraamzorg heeft betrokken en eerst meer stabiliteit wil bereiken alvorens andere beroepsgroepen actief te betrekken, wordt binnen enkele andere VSV's gekeken hoe de huisarts en de GGD/JGZ een rol kan krijgen binnen het VSV.

Er zijn op dit moment grote verschillen in de implementatie van de verschillende VSV's en de vorderingen die worden gemaakt. Daar waar al langere tijd meer aandacht is voor het VSV, spreken enkele respondenten uit dat het VSV steeds meer een geoliede machine wordt, waar iedereen elkaar kan vinden en goed samengewerkt wordt. Daar waar onlangs grote stappen zijn gezet, ziet men graag dat het VSV, in navolging van hoe het op papier is gezet, goed wordt geïmplementeerd:

“Mijn wens is dat we het VSV goed gaan neerzetten. Het staat nu op papier, en ik denk dat dat de basis is. Een goede visie met elkaar formuleren, elkaar kennen, elkaar weten te vinden en alles helder hebben, ik denk dat we dat wel redelijk hebben. En vanuit daar kunnen we ook zeggen: we hebben allemaal hetzelfde doel. Dat is namelijk dat we kwalitatief goede zorg willen met een tevreden cliënt. Van daaruit zou ik aan de slag willen.” (Kraamzorg)

Connectiviteit

Connectiviteit verwijst naar de mogelijkheid voor onderlinge verbondenheid tussen de verschillende zorgprofessionals en organisaties. Connectiviteit kan zowel informeel als formeel plaatsvinden. Informele connectiviteit heeft betrekking op het 'elkaar treffen'. Doordat ze met elkaar aan tafel zitten, krijgen zorgprofessionals meer inzicht in elkaars ideeën, leren ze elkaar beter kennen en benaderen ze elkaar makkelijker. Nieuwe ideeën worden samen (en veelal sneller en makkelijker) ontwikkeld en problemen worden makkelijker opgelost:

“Het VSV is zeker onderdeel geweest van het versterken van de samenwerking. Dat denk ik zeker. [...] Het is gewoon het simpelweg samen om de tafel zitten, en inzicht krijgen in elkaars ideeën over dingen. En dan dus ook door middel bijvoorbeeld van het samen ontwikkelen van protocollen. [...] En ook dus uitspreken als er dingen minder goed lopen. En ja, dat kun je gewoon goed doen als je samen bent. [...] En dan dus ook irritatiepunten direct wegnemen, als die er zijn.” (Eerstelijnsverloskundige)

Men treft elkaar binnen het VSV, maar daarnaast zijn er binnen de regio verscheidene andere projecten en mogelijkheden voor contact, zoals gezamenlijke werkgroepen en overleggen, trainingen en cursussen, gezamenlijke informatieavonden, en de (integrale) centra voor geboortezorg. Door enkele respondenten wordt aangegeven dat deze momenten van contact ook bijdragen aan kennisuitwisseling tussen de eerste en tweede lijn.

Door met name klinisch verloskundigen en de kraamzorg wordt de wens voor meer (gelegenheid tot) contact uitgesproken (buiten het contact op de werkvloer). Elkaar vaker zien tijdens overleg is goed omdat men elkaar dan beter leert kennen en makkelijker te benaderen wordt.

Ten aanzien van formele connectiviteit, de laatste jaren zijn steeds meer formele afspraken binnen het VSV gemaakt en gezamenlijke protocollen ontwikkeld. Zowel het proces van het ontwikkelen van de gezamenlijke protocollen, alsmede de gezamenlijke protocollen zelf, zorgt voor meer kennis van elkaars activiteiten en een betere samenwerking. Connectiviteit kan tevens gecreëerd worden door gedeelde informatieoverdracht-systemen om patiëntgegevens te delen (zie structurele factoren werkvloer niveau – informatieoverdracht-systemen).

Besluitvorming

Uit de interviews bleek dat de respondenten de besluitvorming binnen de VSV's soms wat 'stroperig' en bureaucratisch vinden verlopen. Besluiten moeten langs verschillende 'schijven' en door verschillende meningen en wensen duurt het soms lang voordat consensus wordt bereikt. Ondanks dat gezamenlijke besluitvorming belangrijk wordt gevonden voor draagvlak kan de besluitvorming volgens nagenoeg iedereen sneller. De trage besluitvorming kan mede verklaard worden doordat zorgprofessionals beschermend kunnen zijn ten aanzien van de beroepsgebonden activiteiten (zie relationele factoren VSV niveau - vertrouwen). Daarnaast zijn er verschillen binnen de eerste lijn. De eerstelijns praktijken kunnen gezien worden als eigen bedrijfjes met een eigen visie en manier van werken. Door de onderlinge verschillen representeren zij niet direct de achterban in het VSV-overleg. Voor het maken van afspraken is eenduidigheid bij de eerste lijn echter belangrijk.

Rondom de mate van gedeeld leiderschap zijn de meningen verdeeld. Door enkele respondenten wordt aangegeven dat het belangrijk is dat iedereen betrokken is bij de keuzes die worden gemaakt, en dat iedere beroepsgroep daarin even belangrijk is en even serieus genomen moet worden. Daarentegen blijkt uit de interviews ook (impliciet) dat 'de kar' (het VSV) toch nog veelal door enkele personen getrokken wordt, al is er recentelijk steeds meer sprake van gezamenlijke inspanningen:

“Dingen die veranderen nu. [...] Er wordt veel meer van je verwacht. Je kunt niet één persoon of twee personen een kar laten trekken, die alles moeten doen. Zo was het altijd wel. [...] Nu moet er gewoon zoveel gebeuren, dat iedereen moet meehelpen en moet participeren in werkgroepen of dingetjes die er komen.” (Klinisch verloskundige)

Support voor innovatie

Support voor innovatie geeft de mate aan waarin er tijd en praktische ondersteuning is voor nieuwe ideeën en ontwikkelingen. Over het algemeen wordt het VSV als erg tijdsintensief ervaren. Het afstemmen van taken en verantwoordelijkheden, en het op één lijn komen met elkaar, kost veel tijd. Dit geldt ook voor de voorbereidingen van de bijeenkomsten van het VSV:

“Een barrière kan zijn de tijd. Je merkt gewoon dat iedereen het gewoon best wel druk heeft met het gewone werk. [...] Niet alleen zozeer de tijd die mensen kwijt zijn om aan het VSV deel te nemen, maar meer de tijd die je hebt in de dingen daarnaast, dus in de voorbereiding van het VSV, in het maken van de protocollen, en ja, alles moet gewoon naast je gewone werk. Soms merk je dat tijd best een probleem is.” (Eerstelijnsverloskundige)

De voornaamste reden dat er tijd voor het VSV wordt vrijgemaakt, is dat het VSV steeds meer als prioriteit wordt gezien. Binnen de regio wordt ook een externe druk voor meer en betere samenwerking gevoeld. Respondenten benoemen dat door het rapport 'Een goed begin' en de daarmee gepaarde opkomst van de integrale geboortezorg, iedereen min of meer 'gedwongen' wordt om beter samen te werken. De druk vanuit de minister en de verzekeringsmaatschappijen is waarneembaar. Door enkele respondenten wordt genoemd dat deze druk als onprettig wordt ervaren, met name omdat bepaalde veranderingen te snel worden doorgevoerd (sneller dan de VSV's aankunnen), zoals bijvoorbeeld met betrekking tot het integrale bekostigingsmodel. Een gynaecoloog noemt ook dat het frustrerend is dat sommige besluiten al genomen zijn, voordat 'het veld' er inspraak in heeft gehad. Een klinisch verloskundige benoemt dat zij vindt dat er ook veel goed gaat, en dat daarom de druk om te veranderen vervelend is.

1.2 Samenwerking VSV niveau: relationele factoren

Thema's die naar voren kwamen met betrekking tot de relationele factoren omvatten: (1) *gedeelde verantwoordelijkheid en gemeenschappelijke doelen*, (2) *inzet*, (3) *onderling contact*, en (4) *vertrouwen, kennis van elkaars activiteiten en angst verlies eigen identiteit*.

Gedeelde verantwoordelijkheid en gemeenschappelijke doelen

Zorgprofessionals zijn zich steeds meer bewust dat men sámen verantwoordelijk is voor goede zorg. Volgens de respondenten zou iedereen zich verantwoordelijk moeten voelen voor de ontwikkelingen in de geboortezorg. Dit uit zich in medeverantwoordelijkheid voor en betrokkenheid bij het VSV; samen met elkaar kan meer bereikt worden. De wens om steeds meer beroepsgroepen bij het VSV te betrekken komt hierin weer terug:

"... dat je beseft dat je samen verantwoordelijk bent voor goede zorg. En dus niet iedere beroepsgroep voor zijn eigen zorg. Ik denk dat dat inzicht wel gegroeid is. Mede ook door alle ontwikkelingen die landelijk geweest zijn, en omdat we met z'n allen ook de babysterfte willen terugdringen. En daarin ook beseffen van dat we niet onze eigen zorg beter moeten maken, maar gewoon samen de algehele zorg beter moeten maken. En dat je dus merkt dat je die samenwerking gewoon heel erg nodig hebt. En dat je elkaar daarin nodig hebt en elkaar daarin kan versterken." (Eerstelijnsverloskundige)

Parallel aan de stijgende lijn in de gedeelde verantwoordelijkheid is er steeds meer aandacht binnen VSV's voor de formulering van gemeenschappelijke doelen en een gezamenlijke visie. Onzekerheid over de toekomst maakt het ontwikkelen van een gezamenlijke toekomstvisie volgens enkele respondenten moeilijk. Tevens werken belangen van de verschillende beroepsgroepen soms tegen.

Over het algemeen wordt aangegeven dat er gelijkwaardigheid tussen de verschillende beroepsgroepen heerst; iedereen staat op hetzelfde niveau en heeft een gelijke inbreng. Een paar respondenten geeft echter een nog steeds bestaande ongelijkheid tussen de eerste en tweede lijn aan, mede veroorzaakt door een beperkt vertrouwen tussen de verschillende beroepsgroepen (zie vertrouwen). Deze ongelijkwaardigheid uit zich bijvoorbeeld, zoals in onderstaand citaat, dat eerstelijnsverloskundigen het gevoel hebben dat zij minder in te brengen hebben binnen het VSV:

"Wij willen als eerste lijn echt vooruit. Bijvoorbeeld, kunnen er niet een aantal partussen weer terug in de eerste lijn? Meconium houdend vruchtwachter, dat soort dingen."

Daar willen wij echt naar kijken. We hebben allemaal de CTG cursus gedaan en daar het certificaat voor gehaald dus we kunnen er ook echt iets meer. Maar de tweede lijn zegt dan: nee daar zijn wij nog niet aan toe. Nou. Ja. Dat lijkt me niet zo heel erg moeilijk om dat te organiseren roepen wij dan. En dan is het boek alweer gesloten. [...] Het is frustrerend, want we willen echt graag verder, en we komen met initiatieven.” (Eerstelijnsverloskundige)

Inzet

De mate waarin de verschillende beroepsgroepen zich inspinnen voor het VSV is volgens de respondenten over het algemeen goed. Het belang van het VSV en (daarmee) het belang van samenwerking wordt steeds meer ingezien. Dit komt enerzijds door de landelijke ontwikkelingen rondom het terugdringen van de babysterfte, en anderzijds doordat men verbeteringen ziet die ontstaan door het VSV en de samenwerking. Binnen VSV's wordt ook getracht om een grotere betrokkenheid bij zorgverleners te creëren, bijvoorbeeld door een missie-visie dag of een kick of meeting te organiseren.

Eén van de respondenten noemt dat binnen haar VSV de meesten nog voorzichtig zijn met het investeren van tijd en energie. Dit komt voornamelijk door onduidelijkheid over de veranderingen in de geboortezorg voor de toekomst; wellicht is al het werk voor niets. Onzekerheid over de toekomst komt vaker naar voren als barrière voor samenwerking in het algemeen.

Wanneer wordt ingezoomd op de inzet van de verschillende beroepsgroepen in de VSV's, is de inzet van de kinderartsen minder. Zij zijn vaker afwezig. Vanuit de andere beroepsgroepen is er begrip voor dat de prioriteit voor hen lager ligt; tijdens de VSV vergaderingen wordt veel over de bevalling en zwangerschap gesproken. Daarnaast is de inzet van sommige verloskundigenpraktijken (met name in de regio Amsterdam) erg wisselend, doordat zij zich niet liniëren aan één ziekenhuis. Dit betekent dat zij zich voor meerdere VSV's zouden moeten inzetten. Hoewel dit beter gaat dan voorheen, wordt door andere beroepsgroepen aangegeven dat zij niet altijd tijd vrijmaken of inzet tonen.

Hoewel een grote betrokkenheid en inzet vanuit iedere partij belangrijk wordt geacht, is het volgens de respondenten in ieder geval belangrijk dat de partijen die niet meewerken en geen energie in het VSV steken, 'de kar' niet afremmen.

Onderling contact

Het onderlinge contact tussen de verschillende beroepsgroepen binnen het VSV is over het algemeen goed. Nagenoeg door alle respondenten wordt aangegeven dat iedereen open staat voor contact en goed te benaderen is. De zorgprofessionals kunnen goed met elkaar praten en wanneer zaken niet prettig verlopen wordt dit ook tegen elkaar gezegd. Iedereen gaat collegiaal met elkaar om, en er heerst een veilige en laagdrempelige sfeer.

De samenwerking gaat makkelijker wanneer men langer samenwerkt en elkaar vaker ziet. Daarnaast geeft een enkele respondent aan dat het goed is om de problemen te benoemen: dat er zaken niet goed lopen en dat de verwachtingen (vanuit de verschillende beroepsgroepen en/of vanuit het bestuur van het VSV) mogelijk niet goed zijn.

In enkele VSV's worden buiten het formele VSV ook andere activiteiten ondernomen om de samenwerking te bevorderen, welke niet direct te maken hebben met het werk. Voorbeelden zijn een gezamenlijke barbecue of een drakenbootrace. Hierdoor wordt teambuilding gestimuleerd.

Vertrouwen, kennis van elkaars activiteiten en angst verlies eigen identiteit

Momenteel wordt steeds meer op basis van vertrouwen gehandeld. Respondenten geven aan dat er over het algemeen veel vertrouwen heerst tussen de verschillende beroepsgroepen. In het verleden was dit vertrouwen niet vanzelfsprekend. Vertrouwen is echter een belangrijke, zo niet de belangrijkste, basis voor goede samenwerking. Binnen enkele VSV's is dit vertrouwen nog een (belangrijk) ontwikkelpunt. Het soms beperkte vertrouwen kan deels worden verweten aan de landelijke ruzie tussen de KNOV en de NVOG, verschillende achtergronden in opleiding waardoor men elkaar niet goed begrijpt, en de angst om cliënten te verliezen:

“Met de tweede lijn de samenwerking [...] Ik vind dat we nog een heleboel moeten verbeteren. Wat er bij ons ten grondslag ligt is een hoop wantrouwen [...] We zijn zo ontzettend traag met ontwikkelingen bij ons in het VSV. Maar het komt er altijd op neer dat we weer bang zijn voor klantje-pik, voor.. Eigenlijk voor dat voornamelijk. En dat men preekt voor de eigen parochie in plaats van dat men preekt voor die zwangere vrouw waar we omheen horen te gaan staan. Dat leeft in ons VSV nog ontzettend slecht. En dat is heel erg jammer.”
(Eerstelijnsverloskundige)

Meer vertrouwen in, en respect voor, de verschillende beroepsgroepen komt voor een deel voort uit meer kennis over elkaars werk (zie structurele factoren VSV niveau - connectiviteit). De meerderheid van de respondenten beaamt echter dat hierin verdere verbetering kan plaatsvinden: het zou goed zijn als iedereen zich (nog) meer zou verdiepen in het werk dat andere professionals doen:

“In het algemeen denk ik dat het goed zou zijn als iedereen zich wat meer zou verdiepen in wat een ander zijn werk nou precies is [...] Ik merk bijvoorbeeld wel, en dat zal andersom waarschijnlijk ook zijn, dat de tweedelijnsverloskundige geen idee heeft wat wij doen binnen de kraamzorgorganisatie. [...] En dat is hetzelfde dat ik dat niet goed weet. Dat zou wat meer begrip kweken. [...] Als ik dat zou weten, dan zou ik veel makkelijker kunnen schakelen, denk ik. Elkaar beter begrijpen, ik denk dat dat heel erg helpt.” (Kraamzorg)

Een barrière voor verdere samenwerking wordt gezien in het feit dat onder zorgprofessionals de angst heerst voor het verlies van de eigen identiteit. Op dit moment is iedere beroepsgroep zelfstandig op hun eigen gebied. Men is bang om het oude, vertrouwde los te laten, voornamelijk omdat iets nieuws onzekerheid met zich meebrengt.

2. Samenwerking werkvloer niveau

Over het algemeen wordt de samenwerking op de werkvloer als positief bestempeld, variërend van 'prima' tot 'erg goed'. Door een deel van de respondenten wordt geen verschil ervaren met de samenwerking op VSV niveau. De gevonden factoren rondom de samenwerking op werkvloer niveau worden hieronder toegelicht, onderverdeeld in structurele- en relationele factoren.

2.1 Samenwerking werkvloer niveau: structurele factoren

Thema's die naar voren kwamen betreffende de structurele factoren waren: (1) *formele afspraken*, (2) *financieringsstructuur en wetgeving*, (3) *informatieoverdrachtsystemen*, en (4) *risicovermijding*.

Formele afspraken

Op dit moment zijn er verschillende protocollen in werking voor de verschillende organisaties. Problemen die hierdoor ontstaan zijn met name zichtbaar rondom Amsterdam, waar verschillende ziekenhuizen en VSV's dicht bij elkaar zitten en verschillende werkwijzen worden gehanteerd:

“Als je in een stadje woont met één ziekenhuis zul je er waarschijnlijk niet zoveel last van hebben, maar in Amsterdam was dat bijvoorbeeld heel erg raar. Als mensen eerst voor een consult in het ene ziekenhuis gaan en daar hartstikke suikerziekte hebben en dan bij ons komen en dan zeggen wij nee u heeft geen suikerziekte, omdat wij andere grenzen aanhouden.” (Klinisch verloskundige)

Volgens nagenoeg alle respondenten moet er meer eenduidigheid komen in de uitvoering van zorgpaden (zie relationele factoren werkvloer niveau - uniformiteit van handelingen). Nu verschilt bijvoorbeeld de inhoud en de momenten van informatievoorziening richting de cliënt tussen de eerste en de tweede lijn. Het hanteren van gezamenlijke protocollen en betere afspraken over taken en verantwoordelijkheden, kan hierin voor verbetering zorgen. Afspraken maken en afstemming creëren tussen verschillende beroepsgroepen is een continue ontwikkelpunt.

Financieringsstructuur en wetgeving

De huidige financieringsstructuur (waarbij de lijnen apart van elkaar worden gefinancierd en geld krijgen afhankelijk van de periode waarin zij de cliënt zorg bieden) zorgt ervoor dat de verschillende beroepsgroepen erbij gebaat zijn om de cliënt zo lang mogelijk binnen de eigen lijn te houden. Hierbij staat, volgens respondenten, de cliënt niet altijd voorop (zie relationele factoren werkvloer niveau – vertrouwen):

“Bijvoorbeeld voor een eerste lijn om iemand tot 28 weken te houden omdat je dan nog wel geld krijgt en daarna overdragen omdat het dan niet meer uitmaakt.” (Gynaecoloog)

Een aantal respondenten noemt dat wetgeving de samenwerking tevens (negatief) beïnvloedt. Een klinisch verloskundige geeft het voorbeeld dat miskraambegeleiding en abortusverzoeken door gynaecologen gedaan (moeten) worden, terwijl eerstelijnsverloskundigen deze taken ook kunnen uitvoeren. Daar waar men bereid is om taken te verschuiven en meer de samenwerking op te zoeken wordt dit bemoeilijkt door dergelijke regels.

Informatieoverdrachtsystemen

Een aantal respondenten (uit verschillende lijnen) noemt expliciet dat het niet aanwezig zijn van een gedeeld informatieoverdrachtsysteem een struikelblok vormt in de samenwerking. Als gevolg hiervan wordt niet altijd alle informatie tussen de lijnen gedeeld:

“De samenwerking kan een zekere verbetering maken als er bijvoorbeeld één systeem is waar we mee werken, dus niet iedereen een andere, de Orpheus of Micronatal of Vrumum, en wij het EPD. Daarin merk ik toch wel dat er vaak dingen óf fout gaan, óf niet duidelijk zijn. Dat er dingen niet op de kaart staan die toch wel erg belangrijk zijn, bijvoorbeeld over de resusfactor van het kind. Daar gaat nog steeds wel informatie verloren, in die overdracht. [...] Of dat bij de vrouw alleen maar een uitdraai van de kaart ligt thuis en die is niet helemaal goed geüpdatet. En dat is dan net de kaart die wij meekrijgen en de rest wordt niet overgedragen of dat weten verloskundigen zelf ook niet. Dat vind ik dat in de samenwerking echt veel beter kan.” (Klinisch verloskundige)

Risicovermijding

Een deel van de respondenten (zowel eerstelijnsverloskundigen als gynaecologen) geeft aan dat de samenwerking wordt beïnvloed door risicovermijding; de geboortezorg wordt steeds meer gedomineerd door het denken in risico's en het vermijden daarvan. Een aantal cliënten komt daardoor (onnodig) in de tweede of derde lijn terecht, terwijl zij prima in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Volgens een eerstelijnsverloskundige wordt door angst voor medische missers te vaak doorverwezen naar de tweede lijn. Zij geeft aan dat cliënten bijvoorbeeld doorverwezen worden voor pijnstilling, terwijl dit 'met een extra aai over de bol' niet altijd hoeft. In lijn hiermee bestaat onder enkele respondenten de angst dat thuisbevallingen in de toekomst niet meer mogelijk zijn.

2.2 Samenwerking werkvloer niveau: relationele factoren

De geïdentificeerde relationele factoren op werkvloer niveau hebben overlap met de relationele factoren op VSV-niveau. Ook op de werkvloer is er over het algemeen sprake van *gelijkwaardigheid, gemeenschappelijke doelen, goed onderling contact, voldoende vertrouwen, kennis van elkaars activiteiten, en angst voor het verlies van de eigen identiteit*. Toch kwamen er ook verschillen naar voren, ten aanzien van (1) gelijkwaardigheid, (2) vertrouwen, (3) onderling contact, (4) uniformiteit van handelingen, en (5) informatieoverdracht.

Gelijkwaardigheid

Hoewel op werkvloer niveau tevens wordt aangegeven dat de verschillende beroepsgroepen over het algemeen gelijkwaardig zijn, geven enkele respondenten een bestaande ongelijkheid aan. Een eerstelijnsverloskundige noemt dat zij het gevoel heeft dat hun kunde wordt onderschat en dat gynaecologen op hen neerkijken. Volgens een gynaecoloog voelen eerstelijnsverloskundigen zich relatief snel minderwaardig:

“Ik vind lokaal de samenwerking over het algemeen goed, maar het blijft een moeilijk spel waarbij ik merk dat verloskundigen zich snel beledigd of gekooïd voelen [...] Ik zie het alsof we een team zijn, met daarin verschillende professies, maar dat we allemaal even belangrijk zijn. [...] Ik ben wel eindverantwoordelijke als gynaecoloog. Dus dat maakt dat ik de hele keten moet kunnen overzien. Maar dat betekent niet dat ik daardoor belangrijker ben of meer te

zeggen heb. Ik weet dat de verloskundigen zich snel minderwaardig voelen en ik merk in discussies dat je heel erg moet proberen te manoeuvreren om hen daarin niet te beledigen. [...] En het merendeel van de tijd gaat het ook gewoon goed maar van de week had ik dan wel zoiets van oké het is nog steeds zo.” (Gynaecoloog)

Vertrouwen

Ondanks dat over het algemeen vertrouwen heerst, noemen een aantal respondenten expliciet en impliciet een bestaand wantrouwen tussen de verschillende beroepsgroepen. Op de werkvloer wordt met name getwijfeld aan het belang dat de ander voorop zet: het persoonlijk (financiële) belang, of het belang van de cliënt. Dit geldt voornamelijk tussen de eerste en tweede lijn:

“Ik heb toch wel het gevoel dat af en toe de financiële belangen toch wel erg meespelen in het beleid. Meer dan wat eigenlijk wenselijk zou zijn. Eigenlijk moet je gewoon helemaal dat financiële aspect niet bekijken. Je moet gewoon zien wat is nou het beste voor deze zwangere. [...] Het is moeilijk nu voorbeelden te verzinnen, maar af en toe denk ik is dit nou in het belang van de zwangere of is het in jouw belang. [...] En bij sommige verloskundigen merk je gewoon: die dragen altijd om 11 uur 's avonds over. [...] Nou ja, kan ook toeval zijn, ik weet het niet.” (Klinisch verloskundige)

Vertrouwen in elkaar kan volgens de respondenten verhoogd worden door meer kennis en inzicht in elkaars keuzes, activiteiten en werkwijzen. Elkaar vaker zien en een goede communicatie zijn belangrijk om meer inzicht in elkaars activiteiten te creëren en daarmee het vertrouwen en de samenwerking te bevorderen.

Onderling contact

Het contact en de communicatie op de werkvloer verloopt (net als op VSV-niveau) meestal prettig. Iedereen werkt één op één samen tijdens een bevalling, waardoor men elkaar (goed) kent en de lijntjes kort zijn. Er wordt collegiaal met elkaar omgegaan en de drempels zijn laag: iedereen is goed te benaderen en er is veel ruimte voor overleg. Dit lijkt in contrast met het bovengenoemde gebrek aan vertrouwen tussen de verschillende beroepsgroepen. Hoewel de communicatie en het contact dus goed verloopt, is er kennelijk toch nog sprake van een vertrouwenskwestie. Er is slechts incidenteel sprake van stroef (onprettig) contact met andere zorgprofessionals. De oorzaak hiervan ligt veelal bij individuele karakteristieken en wordt niet altijd direct gerelateerd aan het beroep.

Op de werkvloer is binnen een aantal VSV's verbetering mogelijk in de regelmaat van het contact tussen bepaalde beroepsgroepen. Zo kan het onderlinge contact vanuit de eerste en tweede lijn met huisartsen, de kraamzorg, de JGZ en kinderartsen beter. Op de werkvloer is er minder direct contact met deze groepen, en op hoger niveau ook in beperkte mate. Genoemde gevolgen hiervan zijn dat huisartsen niet bekend zijn met protocollen rondom de zwangerschap en verloskundigen pas laat op de hoogte zijn van nieuw ingevoerd beleid vanuit de kraamzorg.

Uniformiteit van handelingen

Volgens respondenten bestaan er op de werkvloer verschillen binnen en tussen lijnen wat betreft bepaalde diagnoses en/of behandelingen. Er worden bijvoorbeeld door de eerste, tweede en derde lijn andere medicijnen en methoden voorgeschreven en gehonoreerd:

“En dan pakken wij in de tweede lijn het geboorteplan op die is opgesteld in de eerste lijn, en dan denk ik ja dat kán helemaal niet wat die mevrouw hier wenst.” (Klinisch verloskundige)

Informatieoverdracht

Over het algemeen wordt voldoende informatieoverdracht tussen de verschillende beroepsgroepen ervaren. Een aantal respondenten erkent echter dat de vele lijnen kunnen zorgen voor onduidelijke communicatie. Verwijzingen gaan niet altijd goed, mede omdat dit gebonden is aan verschillende regels en afspraken. Deels als gevolg van het ontbreken van gedeelde informatieoverdrachtssystemen ontstaan soms problemen (zie structurele factoren werkvloer niveau - informatieoverdrachtssystemen).

Er zijn ook positieve ontwikkelingen: bij een aantal VSV's is een project gestart waar een gynaecoloog eens in de zoveel tijd een verloskundigenpraktijk bezoekt. Hierbij worden de casussen goed doorgesproken en wordt overlegd of een cliënt bijvoorbeeld in de eerste lijn kan blijven:

“Dan komt de gynaecoloog eens per maand naar ons toe en dan kunnen we een risicoselectie houden en dan kunnen we alle mensen en casussen presenteren waar wij vragen over hebben en dan kunnen we dat goed onderling bespreken. Voorheen was het zo dat als je een vraag had van hoort deze mevrouw nou in de eerste of in de tweede lijn, dan schreef je een briefje, gaf je het briefje aan mevrouw mee en misschien zag je mevrouw dan nooit meer terug want dan bleek ze overgenomen te zijn [..] Nu is het veel meer zo dat je samen gaat beargumenteren waarom iemand eerste of tweede lijn is, dus je kan er veel meer samen over nadenken. Dat vind ik ook hele prettige bijeenkomsten.” (Eerstelijnsverloskundige)

3. Wensbeelden

Wensbeelden zijn gedachten over hoe de geboortezorg zich zal (moeten) ontwikkelen. De wensbeelden kunnen worden onderverdeeld in twee onderdelen, namelijk de visie op langere termijn en de aandachtspunten op korte termijn.

3.1 Wensbeelden: visie op lange termijn

Nagenoeg alle genoemde visies hebben betrekking op meer integratie, hoewel de mate van integratie verschilt. Grofweg kan onderscheid gemaakt worden tussen twee visies; (1) *behoud echelons, integratie processen*, en (2) *geïntegreerde organisatie*. Beide visies worden hieronder toegelicht. Aangezien niet iedere respondent een visie uit welke onder te verdelen is in een van beiden, wordt tevens een overzicht gegeven van de (3) *veranderende rollen en taken in de geboortezorg*.

Behoud echelons, integratie processen

Een aantal respondenten is over het algemeen tevreden over de huidige organisatie van de geboortezorg. Op de lange termijn verwachten zij dat er een onderscheid tussen de eerste en tweede lijn blijft bestaan. Iedereen houdt zijn eigen expertise, en rollen gaan niet geheel veranderen.

Continuïteit van zorg vinden zij wel belangrijk en dit kan binnen deze visie bijvoorbeeld gerealiseerd worden doordat de verloskundige, indien nodig, bij een bevalling mee gaat naar het ziekenhuis om de bevalling af te maken (met ondersteuning van de tweede lijn). Het afnemen van een gezamenlijke intake en het inplannen van gezamenlijk overleg over het zorgpad van de cliënt zijn andere veelgenoemde voorbeelden van gezamenlijke activiteiten die ondernomen kunnen worden door de eerste en tweede lijn samen, om meer integratie te bewerkstelligen. Gezamenlijke informatievoorziening richting de cliënt kan hierin tevens ondersteunen.

Geïntegreerde organisatie

Een gedeelte van de respondenten verwacht dat in de toekomst geïntegreerde organisaties ontstaan waarbij alle activiteiten van de verschillende beroepsgroepen onder één dak plaatsvinden. Bovengenoemde activiteiten (zie wensbeelden- behoud echelons, integratie processen) die de eerste en tweede lijn verbinden vinden binnen deze visie ook plaats.

Hoewel een aantal keer expliciet genoemd wordt dat verloskundigen bij deze organisatie aan het stuur zullen zitten, blijft veelal onduidelijk of deze organisaties 'midwife led' of 'gynaecologist led' (moeten) worden. Eén van de respondenten geeft het volgende (sprekende) antwoord op de vraag wie er in dergelijke organisaties (en eigenlijk in de gehele geboortezorg) leidend moet zijn:

“Ja, dat moet je dus eigenlijk niet meer willen. [...] Daar moeten we het niet meer over hebben. Noch de één, noch de ander moet daar leidend in zijn. Hoe ik het dan moet noemen weet ik niet. Maar ik zou zeggen: doe geen van tweeën aan het hoofd van zo'n centrum. [...] Die hele eerste en tweede lijn. Dat heb je nou eenmaal en je houdt gynaecologen en verloskundigen, maar in mijn ogen moet het patiënt-geleid zijn.” (Kraamzorg)

Overeenkomsten in wensbeelden

Binnen nagenoeg alle beschreven visies is er sprake van meer integratie van de eerste en tweede lijn. Het merendeel van de respondenten denkt dat de eerste lijn vaker bepaalde medische indicaties zal afmaken, al dan niet met eventuele hulp van de tweede lijn. Overdracht vindt alleen plaats in hevige gevallen, zodat er zo min mogelijk overdrachtmomenten zijn. Zo wordt het vertrouwen en de opgebouwde band tussen de cliënt en de professional niet verbroken. Dit toekomstbeeld is niet voor iedereen gewenst. Met name klinisch verloskundigen maken zich zorgen om de bekwaamheid van de eerste lijn:

“Dat er een deel verschuift, dat is denk ik prima. Er zijn zeker indicaties die nu in de tweede lijn zitten waarvan je denkt, tjonge, wat is de toegevoegde waarde van ons. Die is er helemaal niet. Maar er zijn ook dingen waarvan ik denk, ja. [...] Dat vind ik nou net wel hoog-risico dames. En hoeveel van die partus doe je nou als eerstelijnsverloskundige om dat nou in de vingers te krijgen? [...] Ik denk dat er heel goed per indicatie gekeken moet worden naar wat nou echt de toegevoegde waarde is van welke zorgverlener.” (Klinisch verloskundige)

Andere overeenkomsten hebben betrekking op *risicoselectie* en *continuïteit van zorg*. Goede risicoselectie wordt erg belangrijk gevonden door de respondenten; iedere zwangere dient terecht te komen bij de zorgverlener die de zorg kan leveren die het beste bij de behoefte van de vrouw past. Daarnaast is het bieden van continuïteit van zorg van belang, waarbij alle processen en activiteiten binnen de geboortezorg goed op elkaar aansluiten. Eensluitende informatievoorziening, duidelijke zorgpaden en transparantie over de mogelijkheden is wenselijk (zowel voor professionals als voor cliënten). Cliënten horen centraal te staan binnen de geboortezorg. Ook moeten thuisbevallingen mogelijk blijven volgens een aantal respondenten, moet minder in risico's worden gedacht en moet de zorg goedkoper. Bij dit laatste punt is het wel belangrijk dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit en het bieden van persoonlijke zorg.

In lijn met bovenstaande veranderingen wordt ook genoemd dat de eerstelijnsverloskundigen anders opgeleid zouden moeten worden. Volgens een klinisch verloskundige is niet iedere eerstelijnsverloskundige ertoe bereid om deze scholing te volgen en mee te gaan naar het ziekenhuis om bevallingen af te maken. Echter, door eerstelijnsverloskundigen wordt nu ook herhaaldelijk genoemd dat zij bepaalde taken wel kunnen uitvoeren, maar dit nog niet mogen. Hier zal een weg in gevonden moeten worden. Daarnaast moet ook goed nagedacht en afgesproken worden waar de scheiding tussen de beroepsgroepen ligt. Opvallend is dat door een eerstelijns verloskundige wordt genoemd dat de klinisch verloskundigen (gedeeltelijk) overbodig worden wanneer de eerste lijn anders opgeleid wordt om de taken van de tweede lijn uit te voeren, terwijl een klinisch verloskundige juist denkt dat de eerste lijn overbodig wordt.

Een aantal respondenten verwacht dat in de toekomst zelfs nog maar één 'soort' verloskundige bestaat. De zwangere wordt als gevolg hiervan gedurende haar zwangerschap en bevalling (tot aan overdracht naar de gynaecoloog) begeleid door één verloskundige. Iedere verloskundige zou zich in deze nieuwe rol moeten voegen en zich anders moeten opleiden. Enkele respondenten uiten hierbij de angst voor het verlies van de eigen identiteit en het 'verdwijnen' van de eigen beroepsgroep. Enkele klinisch verloskundigen spreken daarom duidelijk hun gedachten uit over de toegevoegde waarde die zij in het gehele zorgproces hebben.

Binnen de meeste beschreven visies wordt de rol van de gynaecoloog beperkter. De gynaecoloog zal meer op consult basis ingeschakeld worden, wat hem/haar meer tijd geeft voor andere zaken. Een van de gynaecologen noemt expliciet dat zij zeer positief tegenover deze ontwikkeling staat: zij is opgeleid voor de pathologie, maar zij vindt dat zij zich voor een gynaecoloog veel bezighoudt met de fysiologie, wat prima door de verloskundige gedaan kan worden. Klinisch verloskundigen noemen dat zij graag zien dat zij erkend worden in hun expertise en niet altijd supervisie (nodig) hebben.

Een aantal professionals in de kraamzorg benoemen dat zij het een positieve ontwikkeling vinden wanneer de kraamzorg een grotere rol krijgt in bepaalde situaties. De respondenten spreken over een soort 'pluskraamverzorgende', die bepaalde taken (zoals bloeddruk meten) van de eerste of tweede lijn kunnen overnemen.

Met name het financiële aspect, een gebrek aan vertrouwen en de autonomie van de beroepsgroepen zouden een hindernis kunnen zijn binnen bovengenoemde visies. Op deze punten wordt hieronder (zie wensbeelden: aandachtspunten korte termijn) verder ingegaan.

3.2 Wensbeelden: aandachtspunten korte termijn

Aandachtspunten op korte termijn beschrijven welke structurele en relationele veranderingen er in geboortezorg in de nabije toekomst zouden moeten plaatsvinden. Deze veranderingen zijn gericht op het verwezenlijken van de hierboven beschreven visies op langere termijn.

Structurele veranderingen

Structurele veranderingen die in de nabije toekomst belangrijk worden geacht voor een goede samenwerking hebben betrekking op de volgende thema's: (1) *gedeeld informatieoverdrachtstelsel*, (2) *financieringsstructuur*, (3) *afbraak van schotten*, en (4) *formele afspraken*.

Een *gedeeld informatieoverdrachtstelsel* is een gemeenschappelijk systeem waarbinnen patiëntgegevens gedeeld kunnen worden tussen verschillende organisaties en zorgprofessionals. Volgens de respondenten zou er één gemeenschappelijk informatieoverdrachtstelsel moeten zijn. Dit kan zorgen voor een betere afstemming van de zorg, zodat fouten kunnen worden voorkomen. De vraag is nu hoe de aparte systemen kunnen worden geïntegreerd.

De financieringsstructuur heeft betrekking op de manier waarop de geboortezorg moet worden gefinancierd. Er heerst overeenstemming dat er naar een nieuwe manier van financiering moet worden toegewerkt, aangezien de huidige financieringsstructuur (zie structurele factoren werkvloer niveau - financieringsstructuur) een (belangrijke) barrière is voor de hierboven beschreven visies. Op welke manier de financiering vormgegeven moet worden is echter nog niet duidelijk. Er wordt veelal gesproken over een 'eerlijke' manier van geldverdeling in de toekomst, waarbij geen enkele beroepsgroep er financieel op voor- of achteruit moet gaan. Hierbij is het belangrijk dat de wensen van de zorgverzekeraar niet de overhand krijgen; de zorgverzekeraar wil uiteindelijk dat de zorg minder kost, maar dit mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

Zowel de mogelijke afname van de kwaliteit van de zorg, alsmede het mogelijk verlies van inkomen in de toekomst zorgt bij een aantal respondenten voor een relatief negatieve kijk op het integrale bekostigingsmodel. Daarnaast wordt ook genoemd dat de geboortezorg hier op dit moment nog (lang) niet klaar voor is. Het is echter vanuit het merendeel van de respondenten wel de verwachting

dat er een integraal financieringsmodel komt, omdat dit nodig is om een synergie tussen de eerste en tweede lijn te verkrijgen en (hierdoor) de geboortezorg te verbeteren.

“Dit zal weerstand opleveren, maar wanneer er geen beslissingen meer gemaakt worden op basis van geld, zullen deze beslissingen veel meer gevoed worden vanuit de eigen expertise.”
(Gynaecoloog)

De afbraak van schotten houdt in dat de scheiding tussen de verschillende lijnen en geboortezorgprofessionals zou verdwijnen. Hoe dit vormgegeven kan worden, is niet altijd gespecificeerd, maar volgens een groot gedeelte van de respondenten kan een afbraak van de schotten zorgen voor verbeteringen in de geboortezorg, waarbij een betere afstemming plaatsvindt en meer continuïteit van zorg geboden wordt. Cliënten kunnen hierdoor eenvoudiger tussen de lijnen bewegen, afhankelijk van de benodigde zorg. Enkele respondenten geloven niet direct in het ontschotten, maar eerder in het herschotten, waarmee bedoeld wordt dat de momenten van overdracht zullen verplaatsen.

Formele afspraken (officiële afspraken tussen de zorgprofessionals) welke in de toekomst verder ontwikkeld moeten worden hebben betrekking op taakverdelingen en gezamenlijke protocollen. Gezien de veranderingen die plaatsvinden richting integrale geboortezorg en de onzekerheden die hierbij een rol spelen is het zaak om goede afspraken te maken rondom de taken en verantwoordelijkheden van eenieder. Dit geldt zowel voor het niveau van de organisatie van de geboortezorg (wie is er verantwoordelijk voor het uitdenken van de organisatie van de geboortezorg, en wat is ieders taak hierin?), als voor de taken op de werkvloer die iedereen heeft (wie levert welke zorg aan welke cliënt?). In beide gevallen is het belangrijk om goed te onderzoeken hoe men het beste gebruik kan maken van elkaars expertise.

Daarnaast is het werken met gezamenlijke protocollen in elke lijn en organisatie noodzakelijk, gezien de problemen die het ontbreken hiervan nu oplevert (zie structurele factoren werkvloer/VSV niveau - formele afspraken). Volgens een van de respondenten is het wel belangrijk dat er niet té veel protocollen bestaan, aangezien dit kan leiden tot voorgeprogrammeerde zorg.

Zoals eerder genoemd is het maken van afspraken en afstemming creëren tussen verschillende beroepsgroepen een continu ontwikkelpunt. Volgens enkele respondenten is hiervoor het organiseren van meer frequente en betere (regionale) overleggen wenselijk, waarbij afspraken gemaakt kunnen worden over een betere samenwerking die zouden moeten voortvloeien naar de werkvloer. Dit geldt zowel voor het nadenken over de totale organisatie van de geboortezorg, alsmede het uitvoeren van het beleid binnen de afzonderlijke organisaties. Tijdens deze overleggen kan gesproken en nagedacht worden over gezamenlijke activiteiten, zoals het geven van gezamenlijke voorlichting. Dit zorgt voor meer duidelijkheid richting de cliënt en zorgprofessionals kunnen hierdoor tevens kennis uitwisselen.

Relationele veranderingen

Relationele veranderingen die in de nabije toekomst belangrijk worden geacht voor een goede samenwerking hebben ten eerste te maken met het (verder) toenemen van het *vertrouwen* tussen de verschillende beroepsgroepen. Taken en verantwoordelijkheden kunnen makkelijker afgestemd worden wanneer er meer sprake is van vertrouwen. Niet alleen de wens om meer vertrouwen te creëren in de andere beroepsgroepen wordt geuit. Een aantal respondenten noemt dat het

belangrijk is dat de eerste lijn meer vertrouwen krijgt in zichzelf, aangezien er nu nog te vaak wordt doorverwezen vanuit de eerste lijn uit angst voor medische missers. Een genoemde eerste stap in het vergroten van het vertrouwen naar elkaar toe is het bespreekbaar maken van de angsten van de verschillende partijen. Vanuit deze openheid kan men beginnen met het zoeken naar oplossingen.

Open communicatie is bij alle veranderingen gewenst. Dit houdt in dat voldoende gezamenlijk overleg met alle betrokken partijen mogelijk moet zijn, waarbij sprake is van laagdrempelig en open contact. Door één van de respondenten wordt tevens genoemd dat *gelijkwaardigheid* tussen de verschillende beroepsgroepen een uitgangspunt zou moeten zijn bij alle toekomstige ontwikkelingen.

Ten vierde is het belangrijk dat men *voldoende kennis van elkaars activiteiten* ontwikkelt. Zoals eerder naar voren is gekomen zou het goed zijn als alle professionals zich meer verdiepen in het werk van andere professionals. Dit kan zorgen voor meer begrip.

Op de vijfde plaats staat het gezamenlijk ontwikkelen en bespreken van *gemeenschappelijke doelen en visie*. Dit maakt de realisatie van de toekomstige veranderingen makkelijker, aangezien er een duidelijkere lijn is waar iedereen naartoe werkt en er daardoor minder weerstand is vanuit de verschillende zorgprofessionals bij alle veranderingen.

4. Stuurgroep

Thema's met betrekking tot de Stuurgroep zijn als volgt: (1) *bekendheid Stuurgroep*, (2) *activiteiten Stuurgroep*, en (3) *de regioprotocollen*.

4.1 Bekendheid stuurgroep

Over het algemeen wordt de Stuurgroep als zichtbaar ervaren. De meeste respondenten zijn namelijk (in)direct bekend met de Stuurgroep.

“Van naam ben ik met de Stuurgroep bekend inderdaad, maar er zijn natuurlijk zo veel... Dat is de stuurgroep die ons ook adviseert in dat Centrum voor Geboortezorg? Ik ben het even kwijt [...] Ik ken de naam, maar ik kan nou niet onmiddellijk zeggen ‘oh die persoon die ken ik daarvan’. Als u mij op gang helpt weet ik het waarschijnlijk wel, maar...”
(Eerstelijnsverloskundige)

Een aantal respondenten noemt dat het lastig is om goed zicht te houden op de vele werkgroepen die zijn opgericht. Daarnaast is niet iedereen direct bekend met de Stuurgroep, maar wordt ook veelal verwezen naar (de activiteiten van) het Netwerk. Met name wanneer het Netwerk genoemd wordt, herinneren de respondenten zich de Stuurgroep. Dit geldt ook wanneer de coördinator van de Stuurgroep, Stacy Dubos, naar voren komt. Haar positie wordt als erg prominent ervaren; voor een aantal respondenten staat de Stuurgroep gelijk aan Stacy.

Bekendheid met de Stuurgroep is dan ook met name door Stacey Dubos bewerkstelligd. Volgens de respondenten is zij altijd bereikbaar en in voor nieuwe ideeën, wat als prettig wordt ervaren. Ook is de Stuurgroep goed zichtbaar via het GPO. Daarnaast is bekendheid met de Stuurgroep (in mindere mate) ontstaan door het volgende: de nieuwsbrieven, de app, de regioprotocollen (zie stuurgroep - regioprotocollen) en de onderzoeken die vanuit het netwerk worden geïnitieerd waarbij de Stuurgroep ondersteuning biedt.

4.2 Activiteiten stuurgroep

Over het algemeen zijn de respondenten tevreden met de (activiteiten van de) Stuurgroep (danwel het Netwerk). Respondenten achten de Stuurgroep erg actief en goed bezig met het uitzetten van verandering. Echter, niet voor iedereen is duidelijk wat voor activiteiten de Stuurgroep onderneemt, wat hun doel is qua verbeteringen, hoe zij hun doelen willen bereiken, en waarin zij ondersteuning kunnen bieden. Figuur 1 geeft een overzicht van de genoemde wensen en denkbeelden rondom de rol van de Stuurgroep. Hierin wordt een antwoord gegeven op de vraag *Wat is de rol van de Stuurgroep, of wat zou de rol van de Stuurgroep moeten zijn?*

Zij hebben een **begeleidende rol** in de samenwerking tussen de beroepsgroepen

Zij maken zich hard voor toekomstige ontwikkelingen

Overzicht bijhouden van wat er in de regio gebeurt

De stuurgroep kan faciliteren in het **delen van kennis tussen VSVs**, zodat er van elkaar kan worden geleerd

Ondersteuning bieden bij de oprichting voor het Centrum voor Geboortezorg

Zij faciliteren de VSVs

Goed bezig met het uitzetten van veranderingen

Onderzoek initiëren naar verbeteringen in de geboortezorg

Zij kijken naar wat nodig is om de geboortezorg goed te organiseren, zodat de babysterfte omlaag gebracht kan worden. Vanuit daar komen zij met **advies voor de geboortezorg**

Figuur 1. Wensen en denkbeelden rondom de rol van de Stuurgroep.

Een aantal respondenten noemt als verbeterpunt dat de Stuurgroep meer tijd en geld moet vrijmaken om de VSV's te ondersteunen in de dagelijkse praktijk, en dat zij moet verhelderen waarin zij precies ondersteuning kan bieden. Daarnaast vragen enkele respondenten zich hardop af waarom er meerdere netwerken in Nederland zijn die aan hetzelfde werken.

“ Dan ben je met de overdracht bezig. En dat zit je in elkaar te knutselen. Maar er zijn meer van die grote netwerken in Nederland en dan opeens krijg je bericht dat ze het in Nijmegen ook uitgedacht hebben. [...] Dat vind ik echt zonde van m'n tijd. Ik heb het best heel druk. En het is ook leuk [...] maar om nou uren te gaan verbranden op dit soort zaken terwijl er in Nederland nog een ploegje aan het denken is van hoe kunnen we dat nou het beste doen met elkaar. Die zullen allemaal dezelfde criteria hebben gevolgd als dat wij die volgen. [...] Dat vind ik nou af en toe wel jammer, dat er nou niet een landelijke database is waar dat allemaal in zit.” (Kraamzorg)

4.3 Regioprotocolen

De regioprotocolen zijn ontwikkeld om gezamenlijke protocollen voor de gehele regio te kunnen hanteren. Door de respondenten worden zowel voor- als nadelen in deze protocollen gezien. In hoeverre de regioprotocolen zijn geïmplementeerd en de manier waarop verschilt per VSV.

Over het algemeen worden de regioprotocolen positief beoordeeld. Dit komt met name doordat zij uniformiteit creëren: het overeenkomstig handelen door verschillende VSV's, organisaties en professionals. Zowel voor professionals als cliënten is dit duidelijk, en ook kunnen hierdoor (medische) fouten voorkomen worden. Daarnaast bieden de regioprotocolen volgens een aantal respondenten de mogelijkheid om van elkaar te leren, hebben zij een praktische aard en is het tevens voordelig dat zij evidence-based zijn.

“ .. want ik denk dus dat de regioprotocolen van uiterst belang zijn. Ik vind het heel goed dat ze van die bijeenkomsten houden om de regioprotocolen te maken. En dat ze dat evidence based doen, denk ik dat dat heel goed is.” (Klinisch verloskundige)

Enkele respondenten staan minder positief tegenover de regioprotocollen. Een vaak genoemd nadeel is dat de regioprotocollen zorgen voor dubbel werk:

“We hebben een eigen protocol, er is een NVOG protocol, er is dan een regioprotocol en ja. [...] Dat ik denk iedereen is keihard aan het werk maar kunnen we niet gewoon met z’n allen één protocol bedenken?” (Klinisch verloskundige)

Een ander (minder frequent) genoemd nadeel is dat de regioprotocollen erg vrijblijvend zijn: lokaal kunnen ze aangepast worden. Eén van de respondenten voelt zich hierdoor tekort gedaan. Zij heeft langere tijd aan de ontwikkeling van het regioprotocol gewerkt, welke vervolgens niet (overal) in zijn geheel werd ingevoerd. Volgens haar zou het Netwerk de VSV’s in de regio moeten verplichten zich aan het regioprotocol te houden.

Over het algemeen wordt binnen de VSV’s reeds met de regioprotocollen gewerkt of zal dit in de toekomst gebeuren. De mate van implementatie verschilt. Binnen de meerderheid van de VSV’s is het regioprotocol leidend in hun handelingen, maar deze is wel (deels) aangepast aan de regio. Binnen één VSV wordt expliciet genoemd dat het regioprotocol geheel is overgenomen. Aanpassen van het regioprotocol werd gezien als dubbel werk.

De implementatie van de regioprotocollen gaat veelal als volgt. De regioprotocollen worden besproken in het VSV-overleg, vervolgens teruggekoppeld naar de eigen beroepsgroep en daarna opnieuw besproken in het VSV. Door een aantal respondenten wordt tevens aangegeven dat er werkgroepen (met vertegenwoordigers vanuit de verschillende beroepsgroepen) zijn opgericht voor het toepasbaar maken van het regioprotocol binnen het VSV.

5 Cliëntenparticipatie

Cliëntenparticipatie heeft betrekking op het betrekken van de cliënt in (de organisatie van) de geboortezorg. Geïdentificeerde thema's rondom cliëntenparticipatie zijn: (1) *betekenis cliëntenparticipatie*, (2) *uitvoering cliëntenparticipatie*, en (3) *mogelijkheden en moeilijkheden cliëntenparticipatie*.

5.1 Betekenis cliëntenparticipatie

De respondenten verwijzen veelvuldig naar (het belang van) het meenemen van de ervaringen van de cliënt. Cliëntenparticipatie betekent voor hen zowel het *consulteren van* als het *collaboreren met* de cliënt. Consulteren houdt in dat cliënten gehoord worden in hun ervaringen en wensen. Collaboreren betekent dat cliënten actief meedenken en meepraten over hun eigen zorgproces of over de (gewenste) organisatie van de geboortezorg. Genoemde voorbeelden waarbij cliënten kunnen meedenken is rondom informatievoorziening of bij de ontwikkeling van protocollen.

“Cliëntenparticipatie dat is volgens mij inbreng van cliënten in de zorg. [...] Dat ze kunnen aangeven [...] wat ze missen, wat ze anders zouden willen zien. Waar wij dan weer van kunnen leren en waar wij onze zorg ook weer op kunnen aanpassen.” (Klinisch verloskundige)

5.2 Uitvoering cliëntenparticipatie

De uitvoering van cliëntenparticipatie houdt in op welke manier en op welk niveau (organisatie-, of VSV-niveau) cliënten kunnen participeren.

De manier waarop cliënten binnen afzonderlijke organisaties participeren verschilt. Cliënten worden veelal betrokken door systematische evaluaties, waarbij hun ervaringen en wensen worden geïdentificeerd door enquêtes en telefonische gesprekken. In mindere mate wordt gewerkt met cliëntenvertegenwoordigers; een kleine groep cliënten die namens de gehele cliëntenpopulatie hun perspectief inbrengt. Er worden ook mogelijkheden gezien in cliëntvertegenwoordigers om de totale vormgeving van de geboortezorg aan te spiegelen. Dit wordt met name geuit als een idee voor de toekomst.

De cliënt wordt veelal betrokken op organisatieniveau, wat inhoudt dat bijvoorbeeld de verloskundepraktijk en de kraamzorgorganisatie beiden apart de ontvangen zorg evalueren. Er wordt ook gesproken over cliëntenparticipatie op VSV-niveau. Binnen één VSV is het streven om binnen het komende jaar in het dagelijks bestuur een cliënt te betrekken. Binnen enkele andere VSV's is hier onlangs over gesproken, maar wordt er (voorlopig) niks mee gedaan. Er wordt namelijk privacy gevoelige informatie gedeeld en er worden veel medische termen gebruikt (die voor cliënten moeilijk te begrijpen zijn). Mogelijk zouden cliënten geen vaste plek krijgen binnen het VSV-overleg, maar kunnen zij incidenteel worden betrokken, afhankelijk van de inhoud van het gesprek.

5.3 Mogelijkheden en moeilijkheden cliëntenparticipatie

Cliëntenparticipatie biedt zowel mogelijkheden, als moeilijkheden (oftewel barrières). De mate waarin beide onderdelen worden genoemd is niet beroeps-gebonden; alle beroepsgroepen zien zowel mogelijkheden als moeilijkheden.

Eén van de mogelijkheden van cliëntenparticipatie is dat dit kan zorgen voor meer informatie vanuit de cliënt, in plaats van vanuit enkel de professionals.

“Omdat wij wel iets kunnen bedenken wat de patiënt leuk vindt, maar het moet ook zo zijn dat de patiënt het ook daadwerkelijk leuk vindt.” (Klinisch verloskundige)

Cliëntenparticipatie is daarnaast belangrijk om zorg op maat te kunnen leveren en de zorg goed af te stemmen op de wensen van de cliënt. Ook kunnen cliënten zich hierdoor meer gehoord voelen.

Moeilijkheden in cliëntenparticipatie worden ten eerste gezien in het gegeven dat een zwangerschap incidenteel is, waardoor er geen sprake is van eenzelfde groep zwangere/net bevallen vrouwen over de tijd. Iedere zwangere en ieder verhaal is tevens uniek, wat het moeilijk maakt om de geboortezorg hierop aan te passen. Daarnaast is het lastig om aan alle wensen van cliënten te voldoen. Naast dat de specialist de medische kennis heeft, en de cliënt daardoor niet altijd kan beslissen, wordt dit ook bemoeilijkt doordat cliënten soms wensen hebben die niet verenigbaar zijn met wat (medisch) mogelijk is. Een andere barrière voor cliëntenparticipatie is de over-representatie van bepaalde groepen cliënten. Mondige cliënten met een hogere sociaal economische status en vrouwen met veel problemen nemen op dit moment vaker deel.