

TIJDSCHRIFT VOOR VERLOSKUNDIGEN

MEER THUISBEVALLINGEN DOOR SAMENWERKING.

AUTEUR

NIELS VAN HAARLEM

EDITIE

2017; 02

CATEGORIE

OVERIG



Jan van Lith, gynaecoloog en nieuwe voorzitter van de NVOG: "Het aantal thuisbevallingen zal stijgen door integrale zorg. Met elkaar in gesprek gaan over samenwerking en betere zorg leidt direct tot betere uitkomsten. Om die conclusie te trekken is echt geen wetenschappelijk

onderzoek nodig."

Jan van Lith is gynaecoloog en hoogleraar obstetrie aan het LUMC in Leiden en voorzitter van de NVOG, de wetenschappelijke vereniging van gynaecologen. Begin dit jaar nam hij het voorzittersstokje over van professor Guid Oei.

Wat voor voorzitter is Van Lith? "Eentje die voor de troepen uitloopt, gericht is op het centraal stellen van de zorgvraag, die de mogelijkheden van e-health inziet. Ik kijk naar de toekomst. We moeten het niet over vandaag hebben, want die dag is morgen al voorbij. We moeten nu over onze schaduw stappen en samen begrijpen wat goed is voor moeder en kind."

Volgens Van Lith vindt er een grote verschuiving plaats in de zorg. "Het gaat niet langer om dat nieuwe technisch trucje dat de dokter wil toepassen op de patiënt. De patiënt staat centraal, we organiseren de zorg rondom die patiënt. Waar iemand met bijvoorbeeld een heupfractuur voorheen met vijftien verschillende zorgverleners te maken had, zijn dat er in de toekomst slechts vijf. Daarnaast bepaalt de cliënt zelf wanneer en waar hij een zorgverlener nodig heeft. De cliënt maakt daarbij gebruik van *mobile devices* en apps: eet en leef ik wel gezond, hoe is het met de groei van mijn kindje, kan ik nu even chatten met mijn verloskundige of gynaecoloog? De geboortezorg heeft te maken met herschikking van taken en de veranderende behoefte van de cliënt. Omdat de zorg enorm gefragmenteerd is komen er vragen op ons af als: Wie is de coach, wie de coördinator en wie de behandelaar? Dát oplossen en vanuit het cliëntperspectief inrichten is integrale zorg."

Veranderingen zijn voor de meesten lastig. Dat merkt Van Lith ook als voorzitter van de NVOG: gynaecologen, net als alle mensen, zijn gewend om een binnen een vast stramien te werken. En dat ook graag zo houden. "Gezamenlijk uitspreken dat de zorg anders wordt is heel lastig: het gaat dan om het verleggen van je eigen grenzen. Toch heeft Nederland gezamenlijk gekozen voor de invoering van integrale zorg. We zoeken nu nog naar een weg dat de invoering 'makkelijk en beter' kan. Daar is geen kant en klaar model voor dat in alle situaties en in alle regio's zal werken."

U vindt dat integrale bekostiging overal moet worden ingevoerd?

"Ja! Er zijn regionale koplopers die begrijpen dat samenwerken beter en leuker is, een middengroep die stapjes zet. Prima, maar er zijn ook regio's die weggijken en geen stappen zetten. Soms hebben mensen een schop onder hun achterste nodig. Geld is een katalysator om mensen vooruit te helpen. Ik had dan ook liever gezien dat integrale bekostiging binnen een bepaalde termijn overal zou worden ingevoerd. Niet binnen één jaar, want het is best lastig allemaal, maar wel met een einddatum. Als we nu eens beginnen met samen vormgeven aan wat de zwangere van ons vraagt en stoppen met aanbieden wat we kunnen, dan moeten we ook de middelen krijgen om dat te kunnen doen."

Leidt integrale bekostiging ook tot betere zorg?

Het blijft even stil. Van Lith zoekt zichtbaar naar de juiste woorden. Begrijpt dat het een gevoelig onderwerp is. "Een vorm van gezamenlijke financiering is een voorwaarde om de vraag van de zwangere te bedienen. Het huidige systeem heeft tal van schotten, daar wil je vanaf. Om samen op te trekken, om samen de vraag van de vrouw te beantwoorden, heb je een vorm van financiering nodig. Gebeurt dat niet, dan blijven de schotten bestaan en is het zorgsysteem niet toekomstbestendig."

Kunnen dat 'grote' ziekenhuis en die 'kleine' praktijk wel gelijkwaardig samenwerken?

"En of er gelijkwaardigheid is! Houd toch op met dat Calimero-gedrag. Dat grote ziekenhuis is heel erg bereid om op een reële manier samen op te trekken. Het moet afgelopen zijn met het hokjesdenken. Neem de discussie over de thuisbevalling. De afgelopen twintig jaar is het aandeel thuisbevalling fors gedaald. Dat is de realiteit van vandaag. En ondertussen roepen verloskundigen dat thuisbevalling toch echt hun ding is en leggen daarmee de nadruk op één onderdeel van de zorg. Dat is niet goed voor de zwangere, dat gaat niet werken. Mijn overtuiging is dat de thuisbevalling gebaat is bij integrale zorg: als we samenwerken in de geboortezorg neemt het aantal thuisbevallingen weer toe."

Hoe ziet u het aandeel thuisbevalling stijgen?

"Een voorbeeld: In het ziekenhuis weten we niet hoeveel thuisbevallingen in de regio gaande zijn en hoeveel van deze bevallingen naar het ziekenhuis dreigen te komen. Heb ik wel de beschikking over deze cijfers, dan kan ik verloskamers beschikbaar houden. Als zwangeren vervolgens weten dat de zorg in het ziekenhuis beschikbaar is als het nodig is, dan zijn ze eerder geneigd om thuis te bevallen. Ze zien dan dat verloskundige en ziekenhuis écht samenwerken. Laten we regionaal afspraken maken om de zorg beter te organiseren. Let wel: met integrale zorg kunnen de cijfers over thuisbevalling omhoog."

Essentieel in de visie van Van Lith is het onderscheid tussen niet-acute en acute zorg. "Niet-acute zorg is planbaar. Zorg in de wijk dus thuis bij de zwangere. De zwangere komt dan niet meer naar de praktijk van de verloskundige of van de gynaecoloog. Bij niet-acute zorg gaan we – ja ook de gynaecoloog – naar de zwangere 'thuis'. Niet altijd fysiek maar ook via een online-toepassing met de zwangere."

"Wie het eerste aanspreekpunt is voor de zwangere moet de regio zelf bepalen. Voor de hand ligt het dat de verloskundige dat is. Ik verwacht wel dat de zwangere steeds meer gebruik gaat maken van e-health, of we dat nu leuk vinden of niet. Zwangeren willen zelf meten hoe de groei zich ontwikkelt. En als de vrouw een vraag heeft, stelt ze die via de smartphone. Ik kan me voorstellen dat een melding van de zwangere via de app bij de verloskundige terecht komt. Die houdt als het nodig is ruggenspraak met de kraam of de gynaecoloog. Daarvoor hoeven we niet naast elkaar te zitten, we kunnen online met elkaar overleggen. Zo kunnen we contiuniteit in zorg garanderen."

En wie bepaalt wat acute zorg is?

"Acute zorg als een sectio is niet planbaar. Er is straks niet één type zorgverlener die bepaalt of een situatie acuut is, dat bepalen we gezamenlijk. Op termijn neemt het aantal ziekenhuizen in verstedelijkte gebieden af. Gynaecologen en verloskundigen zitten samen in een 'acuut centrum'. Heeft een zwangere weeën, dan krijgen we online een bericht van haar. In dat acute centrum bespreken we samen wat de vrouw wil en wat we gaan doen. Als deze mevrouw de wens heeft om thuis te bevallen, dan gaan we kijken wie het beste naar haar kan gaan. Of de gynaecoloog ook tijdens een partus thuis bij de zwangere komt? Dat ligt niet voor de hand en lijkt me dus onwaarschijnlijk. Zo valt ook het verschil weg tussen de eerste en de tweede lijn. Ondertussen moet de gynaecoloog minder doen en meer op afstand acteren."

Wat doet de gynaecoloog dan niet meer?

"Dat is een lastige vraag, want dat weet ik ook niet zo goed nu. Als het gaat om zorg in de wijk zal de gynaecoloog meer van een afstand meekijken en minder meedoen."

U geeft hoog op over e-health. Dat klinkt als medicaliseren

"Met e-health als een app die 'alles meet' is veel gezondheidswinst te behalen. Daarmee geven we de zwangere haar dossier terug en daarmee haar zwangerschap. Wij – de gynaecoloog en verloskundige – beheren nu het dossier voor de zwangere. Dat is niet meer van deze tijd."

Ondertussen neemt het aantal sectio's en ruggenprikken toe.

"Ook dat heeft niets met medicalisering te maken. Het aantal sectio's in Nederland ligt op een acceptabel niveau. Bij pijnbestrijding hebben we een inhaalslag gemaakt. Te lang weigerde de arts te luisteren naar de behoefte van de vrouw en wilde 's nachts niet uit zijn bed te komen voor die ruggenprik. Nu verwacht een zwangere in baring dat we nog snel even snel een prik tegen de pijn zetten. Dat doen we niet zo maar. Een vrouw met die verwachting is aan de 'voorkant' niet goed voorgelicht. Wij zijn niet doorgeslagen in medicalisering; het buitenland is dat wel. Die kant moeten we ook niet op. De cijfers zijn nu op een normaal niveau. Ik verwacht geen verdere stijging."

Waar staat de geboortezorg over vijf jaar

"Dan heeft de zwangere de regie en staan wij er als zorgverleners gezamenlijk omheen. Dan kan zij kiezen voor de juiste vorm van zorg, de locatie en de zorgverlener. E-health zal zorgen voor meer continuïteit van zorg. Ook zullen de cijfers van vermijdbare sterfte verder dalen. Sommige zaken zijn onvermijdbaar zoals een kindje met een dodelijke aandoening. Maar wat vermijdbaar is moeten we ook vermijden. We moeten daarbij niet alleen kijken naar de uitkomsten voor de baby, maar ook die van de moeder. Die vergeten we nog weleens. En over vijf jaar is heel Nederland aan de integrale bekostiging."

(kader) De mens Jan van Lith

"Het type mens in de gynaecoloog spreekt mij aan. De chirurg is de doener, de internist een denker. De

gynaecoloog is een dokter met sociale vaardigheden gericht op samenwerking en vernieuwing. Ik ben vader van drie kinderen, allemaal thuis geboren. Bij de eerste vroeg de verloskundige of ik wilde helpen. Maar ik was vooral vader! En toen ze na twee uur persen vroeg of het tijd was om naar het ziekenhuis te gaan was mijn reactie: Jij bent de deskundige, ik ben slechts vader. Het is aan jou. Na bijna drie uur persen kwam de eerste ter wereld, gezond en wel. Ik heb geen moeite om dingen los te laten en te vertrouwen op de ander."

(kader) Leidt integrale zorg tot betere zorg?

"Natuurlijk, om die conclusie te trekken is echt geen wetenschappelijk onderzoek nodig. Met elkaar in gesprek gaan over samenwerking en betere zorg leidt direct tot betere uitkomsten. Neem bijvoorbeeld de HYPITAT-studies naar beleid rondom hoge bloeddruk en zwangerschap. Bij zowel actief inleiden als bij 'niets doen' bij een mild verhoogde bloeddruk van de vrouw zijn de uitkomsten van moeder en kind beter dan van vrouwen die NIET aan de studie deelnemen. Verklaring: zorgverleners die onderling samenwerken en praten."

Niels van Haarlem is hoofdredacteur TVV

Deel via:   