



Amsterdam Public Health



**Lang en gelukkig.
Duurzame innovaties in de geboortezorg.**

Vrijdag 8 maart 2024
Amsterdam

Innoveren voor nu én voor later

Veelbelovende innovaties in de organisatie van integrale geboortezorg houden na verloop van tijd op te bestaan. Preventieve en ondersteunende zorg verdwijnt ten koste van uitdijende acute zorg. Dit patroon is zichtbaar in binnen- en buitenland.

Tijdens een invitational conference stond de vraag centraal welke mechanismen duurzame implementatie van innovaties ondersteunen of juist tegenwerken. Na drie inleidende voordrachten is met een gevarieerde groep experts gediscussieerd over deze vragen, met als doel om lange termijnoplossingen te onderzoeken, zodat goede innovaties kunnen blijven voortbestaan. Daarbij kan veel geleerd worden van, al dan niet succesvolle, nationale en internationale voorbeelden. Dit verslag heeft als doel de discussie op gang te houden onder een breed publiek over wat ervoor nodig is om te zorgen dat succesvolle innovaties in de geboortezorg duurzaam blijven bestaan. Dit document is een weergave van de voordrachten en discussie waarbij het niet noodzakelijkerwijs zo is dat alle deelnemers alle uitspraken onderschrijven.

Op weg naar waarde gedreven geboortezorg

In het Nederlandse Integrale Zorgakkoord staat beschreven dat er meer ingezet moet worden op preventie en ondersteuning ter bevordering van gezondheid en welzijn (5). De hoeveelheid (onnodige) medische interventies zal daarmee dalen, waardoor de zorg toegankelijk en bereikbaar kan blijven in de toekomst.

Waardegedreven zorg is hierbij een paradigma dat behulpzaam kan zijn (5). Waardegedreven zorg is gericht op de waarden en behoeften van cliënten/patiënten, met een efficiënt gebruik van mensen en middelen (juiste zorg op de juiste plek, geen over- en onderbehandeling) die optimaal worden verdeeld over de verschillende onderdelen van de zorg, met oog voor bescherming van het milieu (6).

Gekeken naar de geboortezorg, is de afgelopen jaren de aandacht uitgegaan naar zwangeren en pasgeborenen met complicaties. In deze groep is dan ook veel winst behaald met betere uitkomsten. Tegelijkertijd ontstaan er bij de grootste groep zwangeren en pasgeborenen geen complicaties, terwijl hier wel gezondheidswinst te behalen is. Zorg voor en onderzoek naar deze meerderheid heeft de afgelopen jaren te weinig aandacht gekregen. De focus zou daarom verbreed moeten worden van de focus op het opsporen en verminderen van risico's en complicaties naar deskundige zorg en ondersteuning ter verbetering van de gezondheid voor iedereen (7, 8). De ondersteunende en preventieve zorg, waarbij tijdig medische ingrepen worden aangeboden indien vereist, is gedefinieerd als *midwifery* (7). In tegenstelling tot wat de term *midwifery* doet vermoeden, wordt deze zorg niet alleen verleend door verloskundigen, maar ook door kraamverzorgenden, verpleegkundigen en gynaecologen. Deze ondersteunende en preventieve zorg is echter vaak onzichtbaar en kost tijd.

We zien binnen de geboortezorg en ook binnen de algemene gezondheidszorg vele voorbeelden die laten zien dat de verschuiving in focus van acute zorg naar preventieve zorg knelt binnen het huidige zorgsysteem, dat is ingericht op het verrichten van interventies in plaats van deze te voorkomen. Preventieve zorg en ondersteuning vraagt iets anders van de professionals en organisaties dan de manier waarop zorg op dit moment geleverd wordt.

Innovaties van preventieve en ondersteunende zorg niet duurzaam op langere termijn in het huidige gezondheidszorgsysteem

In Engeland bestaat sinds 1993 het advies vanuit beleidsmakers om zwangeren meer continuïteit van zorg te bieden. Op basis van dit beleid zijn vele projecten gestart en ook weer gestopt. De meest bekende is de *Albany Practice*, een caseload verloskundigenpraktijk in Londen met veel cliënten in kwetsbare omstandigheden. Deze praktijk realiseerde uitstekende uitkomsten en een hoge tevredenheid van zowel cliënten als zorgverleners. Na 12 jaar veranderde de visie in het ziekenhuis, waarna plotseling aan de veiligheid van caseload zorg getwijfeld werd. Deze praktijk hield op te bestaan, ondanks protest van vrouwen uit de regio. Onderzoek liet zien dat de maternale en perinatale uitkomsten van de praktijk juist heel goed waren (9).

Acute zorg gaat boven preventieve zorg – ook als het niet waarde gedreven is

Recente ontwikkelingen in Engeland laten zien dat acute zorg meer aandacht krijgt dan preventieve zorg. Ondanks een eerder advies vanuit Engelse beleidsmakers voor meer continuïteit van zorg in verband met de bewezen voordelen daarvan, wordt in een recenter Ockenden Report geadviseerd om het implementeren van continuïteit van zorg uit te stellen tot er voldoende personeel is (10). Tegelijkertijd luidt het advies in het betreffende rapport om te stoppen met het benchmarken van keizersneden. Het keizersnede percentage in Engeland is in de afgelopen jaren enorm gestegen tot 33% in 2020-2021 en 40% op dit moment (11). Veel van deze keizersneden zijn naar alle waarschijnlijkheid te voorkomen met continue begeleiding tijdens de bevalling. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat veel van het schaarse personeel nu nodig is in de zorg voor alle patiënten die een keizersnede ondergaan, waardoor er geen uitzicht is op verbetering van personele problemen.

Voordelen van continuïteit van zorg

Binnen de geboortezorg is al meer dan twintig jaar bekend dat continue zorg door verloskundigen leidt tot betere uitkomsten voor moeder en kind, minder medische interventies, meer tevredenheid onder cliënten en minder kosten voor de gezondheidszorg (1-4). Hierbij worden cliënten begeleid door één of een klein team van verloskundigen tijdens zwangerschap, baring en kraamperiode.

Ook in Nederland zien we toenemende capaciteitsproblemen en een toename in interventies. De stijgende hoeveelheid inleidingen is daar een voorbeeld van. Naarmate het aantal inleidingen stijgt, zijn deze gericht op het voorkomen van steeds kleinere risico's. Daarbij lijkt het effect op de gehele geboortezorg uit het oog verloren te zijn. Wanneer de ziekenhuizen meer capaciteit nodig hebben voor inleidingen, heeft dit een direct effect op de toegankelijkheid van de zorg en kunnen cliënten met een acute zorgvraag niet terecht in het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

“Voorzie het effect op de zorg voor anderen. Is eventuele schade bij andere patiënten acceptabel?”

Deze voorbeelden laten zien dat ondanks de ambitie om waardegedreven gezondheidszorg te organiseren, er een reflex in het systeem lijkt te zijn om de focus te leggen op de acute zorg in plaats van op preventie en ondersteuning. Het blijkt een welhaast onmogelijke opgave te zijn om innovaties die gericht zijn op preventie en ondersteunende zorg duurzaam te borgen.

Financiering van de zorg verhindert persoonsgerichte zorg

Een belangrijke oorzakelijke factor voor de focus op interventies, is de wijze waarop de financiering van de gezondheidszorg is georganiseerd. Ongecompliceerde en preventieve zorg levert zorgorganisaties geen, of te weinig, directe financiën op maar kost wel inzet van middelen (personeel, gebruik van vierkante meters, investeringen). In de eerste lijn worden verloskundigen betaald per zorgepisode, ongeacht hoeveel tijd ze daaraan besteden. Interventies en hoog complexe zorg wordt per interventie of behandeling gedeclareerd. De financiële prikkels maken dat ziekenhuizen worden gedwongen om hun vierkante meters zo efficiënt mogelijk in te zetten. Dit is één van de redenen waarom geboortecentra en eerstelijns afdelingen in ziekenhuizen sluiten. De opbrengsten per vierkante meter zijn voor het ziekenhuis lager bij een geboortecentrum dan bij medisch specialistische zorg. Ook bij sluiting van een ziekenhuis houdt een geboortecentrum op te bestaan. Voorbeelden van gesloten afdelingen en geboortecentra zijn het Universitair Verloskundig Centrum in Utrecht en de gehele geboortezorg in Zutphen, inclusief IZZI geboortecentrum. De verloskundige zorg in OLVG-west in Amsterdam is verhuisd naar OLVG-oost, waarbij het bevalcentrum in eerste instantie nog maar twee in plaats van vier kamers heeft en lachgas niet meer beschikbaar is (12-14).

“Het is een uitdaging voor ziekenhuizen om minder verrichtingen te doen in een fee-for-service-systeem. Je verdient niet aan het verminderen van vermijdbare interventies, je verdient aan behandelingen.”

Een belangrijke voorwaarde om continuïteit van verloskundige zorg te kunnen leveren, is de garantie dat acute en medische zorg nabij is indien nodig. De gehele keten is daarom gebaat bij een financieel gezond ziekenhuis in de regio. Echter, wanneer weinig interventies worden gedaan, zoals bijvoorbeeld minder keizersneden, maakt dat de beschikbaarheid van deze zorg duurder. De apparatuur en het personeel moeten tenslotte wel beschikbaar zijn. Ziekenhuizen hebben daarom beschikbaarheidsstarieven nodig om niet failliet te gaan en acute zorg te kunnen blijven leveren. En als het personeel en de mogelijkheden er niet meer zijn vraagt dit niet om te blijven doorhollen en gaten dicht te lopen maar om te bepalen hoe we het anders kunnen organiseren met zo min mogelijk verlies aan tevredenheid en kwaliteit (15).

“Minder keizersneden maken de beschikbaarheid duurder, omdat je nog steeds alle apparatuur en personeel nodig hebt.”

Deze opgave geldt uiteraard niet alleen voor de geboortezorg. Een Limburgse huisarts die het gevoel had alleen maar recepten uit te schrijven en patiënten te verwijzen, startte samen met de preferente zorgverzekeraar een pilot in zijn praktijk waarin de huisartsen meer tijd kregen voor consulten (16). Dit leidde tot minder administratie, 25% minder contactmomenten met patiënten, 25% minder verwijzingen naar de ziekenhuizen en een kostenbesparing van een half miljoen per jaar. Echter, het dichtstbijzijnde ziekenhuis kwam daardoor in financiële problemen waardoor deze pilot niet verder is uitgebreid en huisartsen werd gevraagd om meer te gaan verwijzen. Dit project heeft er wel mede aan bijgedragen dat huisartsen sterk staan in onderhandelingen voor meer tijd voor de patiënt. Het is afwachten of dit in de praktijk ook gaat lukken, zeker gezien het landelijk tekort aan huisartsen.

Welke zorg is evidence based¹?

Nederland staat voor de uitdaging om de zorg en ondersteuning toegankelijk, betaalbaar en mensgericht te houden bij een groeiende zorgvraag in de toekomst, zonder verlies van kwaliteit van leven. Extra uitdaging daarbij is een tekort aan (zorg)personeel. Binnen dit gezamenlijke doel hebben alle stakeholders andere focuspunten en belangen.

Wetenschappelijk onderzoek is onmisbaar om te komen tot oplossingen en veranderingen. Welke zorg is voldoende evidence based en waar moet nog onderzoek naar gedaan worden? Welke onderzoeksmethodiek is daarvoor het meest geschikt? Welke uitkomstmaten worden meegewogen en wanneer is een uitkomst relevant? Belangrijke vragen waar consensus over moet zijn tussen alle stakeholders, vóór de start van een onderzoek. Zeker in een complex veld als de geboortezorg, met veel verschillende stakeholders met verschillende opvattingen, belangen en filosofieën is het komen tot deze consensus vooraf essentieel. Belangrijk is om

¹ Evidence based zorg is de beste zorg op basis van de wensen en behoeften van de patiënt of cliënt, de klinische ervaring van professionals en resultaten van onderzoek.

na te gaan of er een gedeeld beeld bestaat van de mogelijke impact van het onderzoek en om vooraf afspraken te maken over (de)implementatie op basis van de resultaten. Indien dit er niet is, zal er achteraf altijd discussie ontstaan. Alle relevante partijen moeten vanaf de start aan tafel zitten, om te voorkomen dat een lege stoel achteraf discussie of belemmering veroorzaakt. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan alle betrokken zorgverleners, maar ook bijvoorbeeld zorgverzekeraars, het zorginstituut, patiënten- en cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen. In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg zijn afspraken gemaakt over gepast gebruik van medisch specialistische zorg, met als doelstelling: *“zorgevaluatie en gepast gebruik zijn in 2028 integraal onderdeel van het reguliere zorgproces, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd, bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd en de patiënt daardoor de bewezen beste zorg krijgt.”* (17). Eerstelijns partijen zijn hier niet bij betrokken geweest, maar daar zijn inmiddels gesprekken mee gestart. Om die reden is er uitstel van de aanvankelijke doelstelling, die gesteld was voor 2025.

“Sluit niemand buiten en ga een obstakel niet uit de weg.”

De essentie is duidelijk, waarbij bewezen ineffektieve zorg niet moet worden toegepast, bewezen effectieve zorg moet worden geïmplementeerd en het onbekende wordt geëvalueerd. Beslissingen worden nu vastgelegd in landelijke richtlijnen en vormen de basis voor zorg die wel of niet vergoed wordt. In de praktijk zijn er wel nuances, waar beslissingen kunnen verschillen bij verschillende uitkomstmaten of tussen patiënten, en als er sprake is van relatieve kosteneffectiviteit. In richtlijnen wordt vaak geschreven “overweeg om...” in gevallen waar onvoldoende wetenschappelijke literatuur voor is. Beter zou zijn om aan te geven dat er meer onderzoek nodig is om te weten of het effectieve zorg is. De vraag per onderdeel is echter; is er meer onderzoek nodig? Onvoldoende geld en middelen zorgen ervoor dat er keuzes gemaakt moeten worden en niet overal onderzoek naar gedaan kan worden. Momenteel wordt onderzoek gedaan zonder eerst de discussie te voeren of het onderzoek werkelijk nodig is, om vervolgens in discussies te belanden over de uitkomsten na afloop. Beter zou zijn om vooraf al in gelijkwaardigheid te bepalen welk onderzoek het meest relevant is en daarbij meteen gezamenlijk afspraken te maken over de interpretatie van de resultaten.

Geconcludeerd kan worden dat de discussies die momenteel na afloop van een onderzoek plaatsvinden, eigenlijk vooraf plaats moeten vinden. Vooraf moet consensus worden bereikt over de primaire uitkomsten, het klinisch relevante verschil, de onderzoeksopzet en power. De huidige tijdspanne tussen kennishiaat, onderzoek en implementatie is gemiddeld 15 jaar. Door het systeem te veranderen, zou deze tijdsduur ingekort kunnen worden tot 3 jaar. Maar alleen wetenschappelijke onderbouwing is niet voldoende, het vraagt ook om politieke en bestuurlijke richting en leiderschap ten aanzien van de keuzes die we moet maken: want als

we blijven doen wat we deden, krijgen we wat we hebben. En dat is niet genoeg. Al kunnen we het nog wel even rekken, want de pijn wordt nog niet overal even hard gevoeld (18).

“Twee miljoen mensen krijgen niet de zorg die ze nodig hebben.”

The rise, fall and survival of a caseload project in Stockholm

Verloskundige Mia Ahlberg en gynaecoloog Karin Pettersson lichtten hun ervaringen met een caseload project in Zweden toe. In Zweden geldt een vergelijkbaar financieel systeem met het Nederlandse, waar vergoedingen worden gegeven voor het type zorg dat is verleend. Dat betekent dat complicaties en interventies een ziekenhuis meer opleveren dan een spontane, ongecompliceerde baring. Naast dat er vanuit cliënten vraag was naar meer continuïteit van zorg, waren er problemen met het aantrekken en behouden van verloskundigen binnen het ziekenhuis. Vanuit de overheid was het verbeteren van maternale gezondheid één van de aandachtspunten, waardoor er geld beschikbaar was voor nieuwe innovaties. Door kennis te hebben van de bewezen voordelen van continuïteit van zorg voor zowel vrouwen als verloskundigen, namen twee verloskundigen het initiatief door met een voorstel voor caseload zorg te komen bij de raad van bestuur van het Karolinska ziekenhuis. De focus voor caseload zorg in Stockholm zou vooral liggen op vrouwen met medium of hoog-risico indicaties. Een vooraanstaand professor en gynaecoloog zat op een machthebbende positie en stond achter de implementatie van caseload zorg. Dit, in combinatie met beschikbare financiering en gynaecologen die geloofden in het nieuwe model, was de sleutel tot verandering.

Duidelijk was dat alle stakeholders aan boord moesten zijn om verandering mogelijk te maken. Het was moeilijk wanneer er een nieuwe manager kwam. Steeds moest diegene overtuigd worden van de voordelen van caseload zorg, niet alleen voor de cliënten, maar ook voor het ziekenhuis. Gelukkig werden vanaf de start data bijgehouden, waardoor de resultaten van caseload zorg inzichtelijk gemaakt konden worden. De uitkomsten waren goed: minder vroeggeboorten, minder keizersneden, minder oxytocinegebruik, minder episiotomieën en een kortere opnameduur in het ziekenhuis met een verschil van acht uur. Vrouwen in het caseload model melden sneller als er problemen zijn en ontvangen daardoor tijdig medische zorg indien nodig. Er zijn minder verloskundigen nodig dan in de reguliere zorg omdat verloskundigen diensten draaien en alleen werken als er iets te doen is (vergelijkbaar met de eerstelijns zorg in Nederland). Het ziekteverzuim is lager dan bij standaardzorg. Tevens werd inzichtelijk dat caseload zorg duurdere zorg is, omdat het meer tijd en middelen kost dan de opbrengsten die het ziekenhuis daarvoor krijgt. Desondanks wilde men deze vorm van zorg permanent blijven aanbieden en ook beschikbaar maken in andere ziekenhuizen in de regio. Om dat mogelijk te maken, moesten projectgelden omgezet worden naar permanente financiering.

Helaas waren er ook tegenstanders, die vonden dat caseload zorg onveilig was. Zorgverleners die tegen de innovatie waren, uitten zich negatief in de media en naar de politiek. De verloskundigen die zowel poliklinische als klinische zorg verleenden binnen het caseload model zouden volgens tegenstanders minder ervaring hebben dan verloskundigen binnen het standaard model wegens lagere cliëntaantallen. Er kwam een rapport uit vanuit een andere regio dat beschreef dat de maternale en perinatale uitkomsten in Zweden al zo goed zijn, dat een aanpassing in het model niet zou kunnen leiden tot nog betere uitkomsten. Het zou slechts leiden tot ongelijke zorg en hogere kosten. Een aanstelling van wederom nieuwe managers binnen het ziekenhuis, die aangaven dat caseload zorg onder gefinancierd was, bracht het model in gevaar.

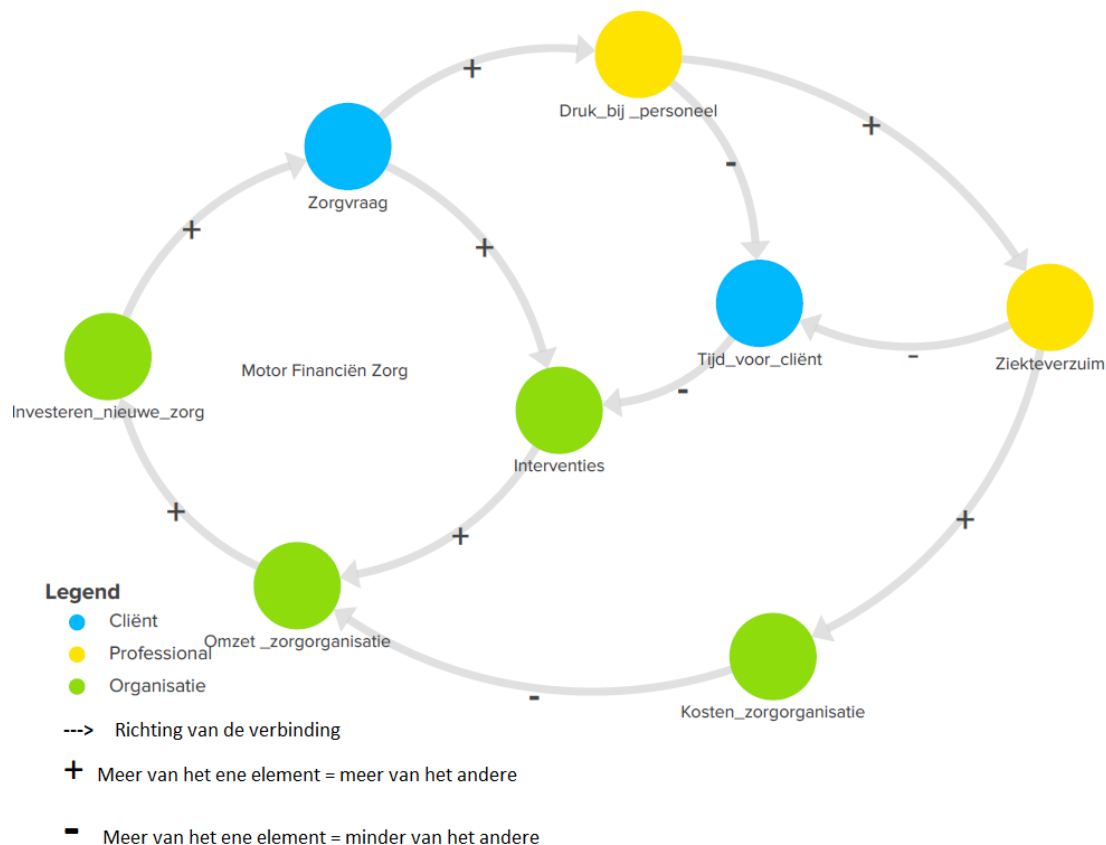
Met de dreiging dat caseload zorg niet meer beschikbaar zou zijn, kwamen vrouwen in invloedrijke posities in opstand. Zij oefenden zo veel druk uit door een grote vraag naar caseload zorg, dat de politiek er niet meer onderuit kon. Ondertussen kwamen verloskundigen en artsen in opstand tegen het management in het ziekenhuis, waardoor het management vertrok. Het landelijk orgaan voor zorg en welzijn beveelt nu continuïteit van zorg aan, waardoor het in drie regio's wordt geïmplementeerd. Ondanks dat het er momenteel positief uitziet in Stockholm, zijn er nog steeds bedreigingen voor het voortbestaan van caseload zorg. Er is afgesproken dat de zorg wordt geëvalueerd, zonder dat is vastgesteld welke doelen behaald zouden moeten worden en wanneer een doel voldoende behaald is om deze zorg te continueren. Of deze vorm van zorg over een aantal jaren nog steeds aangeboden kan worden is daarom nog de vraag.

Onderliggende mechanismen en belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van duurzame innovaties in de geboortezorg

Een gezamenlijk vertrouwen in de samenwerking en in het gezamenlijke doel zijn essentieel. Het gezamenlijke doel is de maatschappelijke opgave om waardegedreven zorg te bieden. Dit is de basis voor de discussie over de mogelijke effecten van een innovatie en de angsten die kunnen bestaan bij de verschillende stakeholders betrokken bij deze innovatie. Maar innoveren is ook een iteratief proces, waarbij er gaandeweg onvoorziene omstandigheden ontstaan. Dan moet op dat moment in gezamenlijkheid en op basis van gelijkwaardigheid de volgende stap bepaald worden. Dat gaat niet alleen gepaard met handtekeningen maar ook op basis van vertrouwen en een gezamenlijk doel. Het is wel belangrijk een getekende overeenkomst te hebben over het gezamenlijke doel en afspraken over op welke manier en op basis waarvan de besluiten gaandeweg de ontwikkeling genomen worden.

Daarbij is het belangrijk dat de zorg er voor de maatschappij is en niet andersom. Organisaties lopen vast op de grote vraagstukken in de zorg. De arbeidsmarktproblematiek, duurzaamheid, kwartaalcijfers en domein overstijgende samenwerking houden bestuurders en toezichthouders enorm bezig. Daarnaast raakt het toekomstperspectief en het maatschappelijk belang door de waan van de dag uit het oog (19).

“De zorg moet er voor de maatschappij zijn, niet andersom.”



Figuur 1 - Eenvoudige weergave huidige geboortezorg systeem.

Met een systemische blik zien we dat de innovaties die hierboven benoemd zijn, vaak duurzamer zijn dan de omgeving waarin ze geïmplementeerd worden. In figuur 1 is te zien dat het doen van meer interventies leidt tot meer inkomsten van de zorgorganisatie. Uit onderzoek weten we dat meer tijd voor de cliënt, bijvoorbeeld in een model gebaseerd op continuïteit van zorgverlener, leidt tot minder interventies. Daarbij kost meer tijd voor de cliënt ook meer tijd van de professional. Zowel meer tijd voor de professional als minder interventies drukken op de inkomsten van de zorgorganisatie.

Ook het Zweedse voorbeeld laat zien dat de investering in caseload werken goede resultaten oplevert in tevredenheid bij werknemers, tevredenheid bij cliënten en minder interventies en dus minder kosten voor de regio. Echter de inkomsten van het ziekenhuis blijven daardoor achter en de personeelsplanning kost meer tijd en aandacht vanwege het anders organiseren. In het huidige systeem levert het ziekenhuis kwartaalcijfers aan waarin lagere inkomsten en hogere inzet van personeel te zien zijn. In de regio ziet men dat de investering gezondheid oplevert en kosten uitspaart. Echter heeft de regio nauwelijks invloed op de besluitvorming over de organisatie van zorg in het ziekenhuis.

“Het geld dat we besparen door preventieve verloskundige zorg te bieden, kan worden besteed aan levensreddende medische zorg.”

Ook in Nederland zien we een soortgelijk krachtenveld. Het vereist samenwerking om op het benodigde niveau van vertrouwen en begrip te komen. We zien dat vaak niet voldoende tijd genomen wordt om tot eenzelfde realiteit en een afgestemd ‘waarom’ of gezamenlijk hoger doel te komen. Vaak zien we dat het gezamenlijk hoger doel wel beschreven wordt in een gezamenlijke visie, maar dat deze vaak zo algemeen is dat niemand het daarmee oneens kan zijn. Bijvoorbeeld betere kwaliteit van zorg of juiste zorg op de juiste plek. Het is belangrijk dat de gezamenlijke visie op voorhand concreet gemaakt wordt. Wat wordt precies bedoeld en hoe gaat de nieuwe werkelijkheid er dan uit zien? De bezwaren, bedreigingen en angsten komen dan aan het licht en zullen op voorhand besproken moeten worden en in de afspraken moeten worden verwerkt.

Er zit veel ‘onder water’ wat de implementatie en het voortbestaan van de innovatie beïnvloedt, bijvoorbeeld hoe men denkt over gelijkwaardigheid en gelijkheid tussen de verschillende partners; men werkt vanuit verschillende paradigma’s, die niet gelijk zijn maar idealiter wel gelijkwaardig zouden moeten zijn in de besluitvorming. Ook het denken in efficiëntie is niet altijd ondersteunend aan duurzame innovaties. Innovaties dienen meerdere doelen. We hebben in Coronatijd gezien wat het risico van de focus op capaciteit is, namelijk het uit het oog verliezen van de effecten op de patiënt/cliënt/burger. Internationaal zagen we ook dat de zorg en middelen zich concentreerden rondom de acute zorg en dat daardoor de preventieve zorg - eerstelijns zorg en ouderenzorg - veel minder aandacht kregen.

Oplossingsrichtingen voor het meer duurzaam implementeren van innovaties

De voordrachten en discussies tijdens en naar aanleiding van deze invitational conference hebben belangrijke aanknopingspunten geboden om ervoor te zorgen dat ontwikkelingen naar meer waardegedreven zorg, met name ontwikkelingen gericht op preventie en ondersteuning, niet alleen op de korte termijn succesvol zijn maar ook op de langere termijn blijven bestaan. Deze bijeenkomst was een eerste aanzet om hier landelijk mee aan de slag te gaan. Mogelijke oplossingsrichtingen zijn:

- Belang van een gedeeld beeld over welke uitkomsten belangrijk zijn om van succes te kunnen spreken en op welke manier deze uitkomsten worden gemeten. Niet alle uitkomsten kunnen worden onderzocht met een gerandomiseerd onderzoek. Hierbij moeten korte en lange termijn uitkomsten worden meegewogen, ervaringen van vrouwen, kosten voor de maatschappij en effecten op de zorg voor andere cliënten. Deze afspraken zouden voorafgaand aan een evaluatie gemaakt moeten worden tussen cliëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders (en indien het om landelijke innovaties gaat, ook de koepels daarvan) en zorgverzekeraars.
- Hiervoor is nodig dat het gelijkwaardige gesprek met alle stakeholders wordt gevoerd en er consensus wordt bereikt over een gedeeld beeld met betrekking tot de ontwikkeling naar waardegedreven zorg en van de mogelijke impact van het onderzoek daarop. Daarbij is het noodzakelijk om vooraf afspraken te maken over (de)implementatie op basis van de resultaten.
- Alleen wetenschappelijke onderbouwing voor duurzame ontwikkelingen is niet voldoende, het vraagt ook om politieke en bestuurlijke richting en leiderschap ten aanzien van de keuzes die we moet maken: want als we blijven doen wat we deden, krijgen we wat we hebben. En dat is niet genoeg.
- Om succesvolle ontwikkelingen duurzaam te laten zijn en breder te implementeren is het noodzakelijk om hiervoor ook passende randvoorwaarden te scheppen, vooral wat betreft organisatie en financiering.
- Ontwikkelingen in de richting van waardegedreven zorg moeten minder vrijblijvend zijn; de verantwoordelijkheid om te voldoen aan de maatschappelijke opgave (beschreven in het IZA) moet concreet belegd worden bij de verschillende partijen en er moet toezicht en handhaving zijn op de uitvoering hiervan.
- Duidelijkere afspraken over het navolgen van richtlijnen. Nu worden landelijke richtlijnen vastgesteld maar hebben individuele zorgverleners veel vrijheid om zich hier niet aan te houden. Dit leidt tot ondoelmatige zorg waarbij teveel of te weinig zorg wordt geboden. Uiteraard staat het cliënten/patiënten vrij om andere keuzes te

maken dan de richtlijnen aanbevelen en kunnen zorgverleners gemotiveerd van richtlijnen afwijken.

- Er moet een oplossing komen voor het feit dat met preventie en ondersteunende zorg kosten worden gemaakt in een ander deel van de sector (eerstelijns/sociaal domein) dan waar de kosten worden bespaard (tweedelijns/derdelijns) en voor het feit dat de kosten voor de baten uit gaan in de tijd.
- Het bespreekbaar en productief maken van het verschil in paradigma's met aan de ene kant de nadruk op ondersteuning en preventie en aan de andere kant de nadruk op het verminderen van risico's. Een balans tussen beide paradigma's is noodzakelijk.
- De discussies over het duurzaam doorvoeren en opschalen van ontwikkelingen gericht op preventie en ondersteunende zorg moeten bij voorkeur gevoerd worden in bestaande gremia en commissies. Voorkomen moet worden dat parallelle commissies langs elkaar heen gaan werken.

Invitational Conference 'Duurzame innovaties in de geboortezorg'

Organisatoren:

Ank de Jonge, Hoogleraar Verloskundige Wetenschap, Amsterdam UMC/ UMCG/ AVAG, InHolland

Arie Franx, Hoogleraar Verloskunde, Erasmus MC

Voorzitter:

François Schellevis, Emeritus-Hoogleraar Huisartsgeneeskunde

Sprekers:

Karin Pettersson, Gynaecoloog en Universitair Hoofddocent, Karolinska Institute

Mia Ahlberg, Verloskundige en Universitair Hoofddocent, Karolinska Institute

Sjoerd Repping, Hoogleraar Zinnige Zorg Universiteit van Amsterdam, ZE & GG

Deelnemers*:

Alieke de Roon - Immerzeel

Angela Uijtdewilligen

Antje Martje Bakker

Antoinette van Hees

Hanneke Feitsma

Hanneke Torij

Ilse van Ee

Jan Jaap Erwich

Jeroen Struijs

Leonie van Rheenen

Lian Siebelt

Marc Roosenboom

Marieke Lagro

Monique Klerkx

Rosanne Mulder

Tamara Darbyshire

Tamar van Haaren - ten Haken

*Deelname vond plaats op persoonlijke titel, niet alle deelnemers onderschrijven per se alle uitspraken uit dit verslag.

Verslag gemaakt door:

Jolanda Liebrechts, verloskundige n.p. en promovenda VOICE

Renate Simmelink, (klinisch) verloskundige en promovenda COMIC

Foto op voorkant

Pexels-pixabay-415824

Literatuur

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD004667.
2. McRae DN, Janssen PA, Vedam S, Mayhew M, Mpofu D, Teucher U, Muhajarine N. Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. *BMJ Open.* 2018;8(10):e022220.
3. McRae DN, Muhajarine N, Janssen PA. Improving birth outcomes for women who are substance using or have mental illness: a Canadian cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care for women of low socioeconomic position. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):279.
4. McRae DN, Muhajarine N, Stoll K, Mayhew M, Vedam S, Mpofu D, Janssen PA. Is model of care associated with infant birth outcomes among vulnerable women? A scoping review of midwifery-led versus physician-led care. *SSM Popul Health.* 2016;2:182-93.
5. Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg.; 2022.
6. Gray M, Jani A. Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare. *Healthc Pap.* 2016;15(3):42-8.
7. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014;384(9948):1129-45.
8. Roseboom T. De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief.: BOOM; 2023.
9. Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997-2009). *Midwifery.* 2017;48:1-10.
10. Ockenden Report. Findings, conclusions and essential actions from the independent review of maternity services.; 2022.
11. NHS. Maternity Services Monthly Statistics, Final December 2023, Provisional January 2024, experimental statistics England2024 [Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/maternity-services-monthly-statistics/december-2023-experimental-statistics>].
12. Franck R. Geboortecentrum St. Antonius Nieuwegein dicht door personeelstekort. AD. 2018.
13. Ziekenhuizen G. Afdeling verloskunde Gelre Zutphen sluit per direct haar deuren 2023 [Available from: <https://www.gelreziekenhuizen.nl/over-ons/nieuws/bericht/verloskunde-zutphen-dicht-per-24-april/>].
14. Sevil M. Zwangeren kunnen vanaf eind maart niet meer in het OLVG West bevallen, alle geboortezorg naar Oost. *Het Parool.* 2024.
15. Berg MvdGeJvd. Spoedeisende hulp weg? Dat hoeft geen ramp te worden, leerde Lelystad. *de Volkskrant.* 2023.
16. Samenleving DRvV. Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. 2022.
17. Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022 [Available from: <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/over-ze-gg/over-ze-gg/>].
18. Kiers B. Marian Kaljouw: 'Twee miljoen mensen krijgen niet de zorg die ze nodig hebben'. *Zorgvisie.* 2023.
19. Elst Lv. 'Moedige bestuurders en toezichthouders durven zorg af te stoten'. *Zorgvisie.* 2024.