

Integratie van de eerste- en tweedelijns verloskunde binnen het verloskundig samenwerkingsverband



Naam	Marsha de Langen - Verhoeven
Adres	Plevierstraat 31 4585 AL Hengstdijk
Studentnummer	327113
Datum	Hengstdijk, April 2012
Afstudeerbegeleider	Dr. A.A. de Bont

Inhoud

SAMENVATTING	1
SUMMARY	3
VOORWOORD	4
HOOFDSTUK 1: INLEIDING	5
1.1. Context	6
1.1.1. <i>Onderzoek, rapporten en media</i>	6
1.1.2. <i>Samenwerking en concurrentie</i>	7
1.1.3. <i>De situatie in Zeeuws-Vlaanderen</i>	8
1.2. Doel van het onderzoek.....	9
1.3. Relevantie van het onderzoek.....	10
1.4. Leeswijzer	10
HOOFDSTUK 2: THEORETISCH KADER	12
2.1. Inleiding.....	12
2.2. Twee modellen	12
2.3. Macht en controle	13
2.4. Aanpassen aan de geldende normen	14
2.5. Het streven naar normale geboorte binnen ziekenhuizen	15
2.6. Onderzoeksvraag.....	16
2.6.1 <i>Probleemstelling</i>	16
HOOFDSTUK 3: ONDERZOEKSMETHODE.....	17
3.1. Onderzoekspopulatie.....	17
3.2. Onderzoeksopzet.....	18
3.3. Data verzameling	19
3.3.1. <i>Documentanalyse</i>	19
3.3.2. <i>Interviews</i>	19
3.4. Validiteit en betrouwbaarheid.....	20
3.4.1 <i>Validiteit</i>	20
3.4.2. <i>Betrouwbaarheid</i>	20
3.4.3. <i>De positie van de onderzoeker</i>	21

HOOFDSTUK 4: RESULTATEN	22
4.1. Macht en controle	22
4.1.1. <i>Formele macht en protocollen</i>	23
4.1.2. <i>De positie van de verloskundige in het ziekenhuis</i>	25
4.2. Aanpassen culturele normen	27
4.2.1. <i>Aanpassen aan een technocratische samenleving</i>	28
4.2.2. <i>De patiënt als norm</i>	30
4.3. Het beschermen van de normale geboorte	34
4.3.1. <i>Het verschil tussen de eerste en de tweede lijn</i>	34
4.3.2. <i>Praktische maatregelen door de organisatie</i>	35
4.3.3. <i>De verloskundigen als bewaker van de normale bevalling</i>	38
4.4. Samensmelten van modellen	39
HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	41
5.1 Conclusie	41
5.1.1. <i>Ontwikkelingen</i>	41
5.1.2. <i>Medisch versus Normaal</i>	42
5.1.3. <i>Samenwerken</i>	44
5.2 Discussie	45
5.3 Aanbevelingen	48
LITERATUURLIJST	50

Samenvatting

Dit onderzoek, gedaan als afstudeeropdracht van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, Instituut beleid en management gezondheidszorg, gaat in op eerstelijns verloskundigen die werkzaam zijn binnen de muren van het ziekenhuis. Het doel van dit onderzoek is om te ontdekken welke ontwikkelingen ten grondslag liggen aan de veranderende verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskunde en welke invloed dit heeft op het werk van verloskundigen.

Het theoretisch kader is gevormd rondom de verschillen tussen het medische model voor geboorte en het normale model voor geboorte. In het ziekenhuis voert het medische model de boventoon en het lijkt erop dat geboorte gemedicaliseerd wordt. Er is echter ook nog steeds aandacht voor de normale aspecten van de geboorte (O'Connell, 2009). Het handhaven van deze normale aspecten wordt toebedeeld aan de verloskundigen (O'Connell, 2009). Beide modellen bieden inzicht in de visies die er bestaan ten aanzien van geboorte en bevalling. Macht en controle, aanpassen aan geldende normen en normaliseren van geboorte zijn thema's die in de literatuur naar voren komen.

Welke ontwikkelingen die gepaard gaan met het vervagen van de grenzen tussen de eerste en de tweede lijn hebben invloed op de macht van het medische dan wel het normale model voor geboorte binnen het ziekenhuis en hoe komen deze ontwikkelingen tot uiting binnen het werk van de verloskundigen en gynaecologen? Om deze vraag te beantwoorden is er kwalitatief onderzoek gedaan in de vorm van interviews en documentanalyse bij ZorgSaam Ziekenhuis.

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat de westerse kijk op gezondheidszorg, met de focus op veiligheid, minimaliseren van risico's en techniek invloed heeft op de verloskundigen zorg. De vrouw eist meer onderzoek en behandeling. De verloskundigen werkzaam in het onderzochte geboortecentrum worden zelf ook medischer omdat ze zich bekwamen in diagnostiek en kleine ingrepen. Hierdoor groeit de eigen autonomie en macht waardoor de samenwerking met de gynaecologen meer gelijkwaardig verloopt.

Paradoxaal blijven de verloskundigen ook vasthouden aan het model van normale geboorte. Ze benadrukken het belang van fysiologie en de coachende rol die zij vervullen. Verder geven ze aan dat de eerste lijn qua sfeer beter past bij een normale bevalling maar dat ook het geboortecentrum zijn voordelen heeft voor een normale bevalling. Bij een overdracht blijft

namelijk dezelfde verloskundige aan het bed, en door meer diagnostische mogelijkheden is overdracht soms niet nodig, terwijl dit in een eerstelijnspraktijk buiten het ziekenhuis wel nodig was geweest. Juist de aanwezigheid van (eerstelijns) verloskundigen binnen de muren van het ziekenhuis geeft mogelijkheden de geboorte in een medische setting te normaliseren.

Summary

This research, which had been done as a final assignment for the MSc health care management at the Erasmus University in Rotterdam is about, midwives who were used to work in the primary health care setting, but started to work within a hospital setting.

The purpose of this research is to discover which developments have contributed to the changed relations between primary and secondary midwifery and which influence it had on their daily work.

In the literature two models are used to give this research its focus. The models of “normal childbirth” versus the “medical model of childbirth” are both described. In the hospital the medical model seems to be the leading model. It suggests that childbirth is being medicalised. Nevertheless, the normal model of childbirth is still standing in the hospital environment. Protecting normal childbirth is a task that seems to belong to midwives. Both models give an insight in the way that childbirth can be described. Power and control, adjusting to cultural norms, and normalizing childbirth are theme’s that are described in the literature.

Which developments influence the power of the medical model of childbirth of the normal model of childbirth in a hospital environment? And in which way do these developments affect the work of midwives? To answer these questions there has been done a qualitative research at ZorgSaam Ziekenhuis, which included interviewing and document research.

This research suggests that the technocratic view on health care, with its focus on safety, minimizing risks, and use of technique, influences midwifery. Women who are having a baby demand more diagnostic test and threatment. The midwives, who work at the hospital where this research took place, became more equipped to do some medical interventions. Because of this their autonomy grew and the relation between the midwives and the gynecologists became more equal.

On the other hand, the midwives stayed loyal to the normal model of childbirth. They emphasized the importance of physiology and coaching during labour.

Furthermore the midwives describe the atmosphere of a normal childbirth in a non-hospital setting relates more to the normal model of childbirth. But a birth-center in a hospital setting can have benefits for normal childbirth as well. Because the midwives, who work in ZorgSaam Ziekenhuis’ birth-center, can be both “normal” midwives as well as “medical” midwives, the can stay with the woman in labour, instead of transferring the woman to another midwife. And because of the possibility to do more diagnostic test when needed, a transfer to the gynecologist can sometimes be prevented. So because of the midwives working within the hospital setting, normal childbirth can be protected.

Voorwoord

Een zware bevalling! Een metafoor die in het kader van dit onderzoek mooi past. Na een voorspoedig verloop van mijn opleiding, ging het voltooiën van mijn afstudeerscriptie maar moeizaam. Het toeval wilde (niet helemaal toeval natuurlijk..) dat ik niet alleen verloskunde had gekozen als afstudeeronderwerp, maar dat ik tijdens het maken van deze scriptie ook zelf kennis mocht maken met de wereld van de verloskunde, en wel als patiënte. Dit heeft geresulteerd in een prachtige dochter, en voor een “pauze” in mijn onderzoek van ongeveer een jaar. Want ook al dacht ik dat het één prima met het andere te combineren was, dat had ten slotte medestudenten ook zien doen, mij ging het toch niet zo makkelijk af.

Dit gezegd hebbende zijn er natuurlijk ook redenen waarom er uiteindelijk toch een resultaat voor u ligt. In de eerste plaats mijn begeleidster Antoinette de Bont, die met een grote dosis geduld steeds mijn werk zat op te wachten en het voorzag van de nodige commentaren. Met behulp van haar feedback en aanmoediging heb ik uiteindelijk volgehouden en alle laatste puntjes op de i's kunnen zetten.

Verder de verloskundigen en leden van het verloskundig samenwerkingsverband Zeeuws-Vlaanderen. Zij hebben mij de mogelijkheid geboden interviews te houden met de verloskundigen en de manager en inzage gegeven in notulen, protocollen en andere stukken die voor mij van belang waren. Dank!

Tot slot wil ik mijn man bedanken die me af en toe terug naar mijn werk heeft gedirigeerd als ik daar weer eens een tijd van was afgedwaald. En alle familie die me heeft gesteund en het gezeur over de scriptie hebben moeten aanhoren!

Ondanks het moeizame traject, heb ik het doen van het onderzoek en het uiteindelijke schrijven van de scriptie als positief ervaren. Het was een leuk onderwerp, wat ik gedurende mijn eigen zwangerschap zelf van dichtbij heb kunnen meemaken. Hiermee ging het extra leven en bleef het boeiend. Het resultaat wat nu voor u ligt neemt u mee in de wereld van de eerste- en tweedelijns verloskunde, de visies op bevalling, de samenwerking tussen verloskundigen en specialisten binnen een geboortecentrum en de invloed die dit alles heeft op het werk van de verloskundigen. Veel leesplezier.

Als afsluiter nog een cartoon van Peter de Wit (9 november 2010) die ik vond op internet.



Hoofdstuk 1: Inleiding

“Actueel is al vele jaren het aanbieden van adequate verloskundige zorg in de dunbevolkte en uitgestrekte regio Zeeuws-Vlaanderen. Dit leidde enkele jaren geleden tot het Verloskundig Samenwerkingsverband, dat wil zeggen een geïntegreerd aanbod en beschikbaarheid van de eerste- en tweedelijns verloskunde. Huisartsen, gynaecologen, verzekeraars, ziekenhuis, de provinciale kraamzorg, de kraamafdeling en de verloskundigen werken samen om deze moeilijke regio 24-uur rond te bedienen (www.zorgsaam.org).”

Het bovenstaande citaat komt uit de toespraak van de raad van bestuur van ZorgSaam Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen bij de opening van het geboortecentrum. In slechts vijf zinnen worden verschillende uitspraken gedaan die illustreren hoe de verloskundigenzorg aan verandering onderhevig is. Deze uitspraken zijn in dit citaat specifiek bedoeld voor de regio Zeeuws-Vlaanderen, maar dezelfde thema's spelen op het moment in heel Nederland.

Ten eerste wordt er gesproken over “adequate verloskundigenzorg”. Kwaliteit en veiligheid van verloskundigenzorg zijn actuele thema's. In 2009 is een rapport van TNO verschenen waarin de babysterfte in Nederland vergeleken werd met de landen om ons heen. Naar aanleiding van deze cijfers is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hiermee aan de slag gegaan door het oprichten van de “stuurgroep zwangerschap en geboorte”. Het eindadvies van deze stuurgroep is samengevat in het artikel “een goed begin” (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2010).

Ten tweede wordt het geïntegreerde aanbod genoemd. Er is onder andere sprake van een samenwerkingsverband tussen eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en het ziekenhuis. De grens tussen de eerste- en de tweede lijn vervaagt. Verloskundigen gaan in ziekenhuizen werken en de relatie tussen verloskundigen en gynaecologen verandert. In het advies voortgekomen uit de “stuurgroep zwangerschap en geboorte” blijkt dat er wordt aangestuurd op een betere samenwerking tussen aanbieders van verloskundigenzorg, met daarin de patiënt centraal. Echter er is ook aandacht voor de knelpunten die hierbij kunnen ontstaan zoals verschillende financieringssystemen en eventuele concurrentie.

Dit onderzoek, gedaan als afstudeeropdracht van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, Instituut beleid en management gezondheidszorg, gaat specifiek in op eerstelijns verloskundigen die werkzaam zijn binnen de muren van het ziekenhuis. Daarbij wordt gekeken naar de landelijke ontwikkelingen die ten grondslag hebben gelegen aan deze verschuiving en naar de gevolgen die dit heeft voor het werk van verloskundigen en gynaecologen binnen de ziekenhuissetting. Een van deze ontwikkelingen is het rapport “Een goed begin” en de speerpunten die hierin worden genoemd.

1.1. Context

Alvorens in te gaan op het theoretisch kader en het verdere onderzoek is het belangrijk de achtergrond te schetsen waarbinnen dit onderzoek zich afspeelt. Niet voor niets is het juist het onderwerp verloskunde dat centraal staat in dit onderzoek. Enerzijds is er de afgelopen jaren veel aandacht geweest op het gebied van de kwaliteit en veiligheid van de verloskundigenzorg. Daarnaast is er ook een ontwikkeling geweest in de organisatie van de verloskundigenzorg in Nederland.

1.1.1. Onderzoek, rapporten en media

Op het moment dat dit onderzoek zijn start kende was er veel te doen rondom verloskunde. Vooral de kwaliteit en veiligheid van de verloskundigenzorg was een punt van discussie. De aanleiding hiervoor was een rapport van het RIVM (RIVM rapport, 2005) waarin de babysterfte in Nederland werd vergeleken met de landen om ons heen. Uit dit rapport bleek dat Nederland een relatief hoog percentage babysterfte had. Dit resulteerde in de stuurgroep “zwangerschap en geboorte”, die als opdracht meekreeg adviezen te formuleren om de zorg rondom zwangerschap te verbeteren. De stuurgroep heeft de ambitie om het aantal maternale en perinatale sterftegevallen als gevolg van factoren in de zorg de komende vijf jaar te halveren. In januari 2010 werd het artikel “een goed begin” gepubliceerd, waarin de adviezen werden samengevat.

De adviezen werden geformuleerd in de vorm van zeven speerpunten: “Moeder en kind in de hoofdrol”, “Gezond ouder worden, begint al in de baarmoeder”, “Goed geïnformeerde zwangere”, “Samen verantwoordelijk”, “Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties”, “Bevallende vrouw niet alleen” en “24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid”.

“Moeder en kind in de hoofdrol” wil zeggen dat er ingespeeld moet worden op de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere. Zo komen naast medische ook de (psycho) sociale aspecten aan bod. Het speerpunt “gezond ouder worden, begint in de baarmoeder” speelt in op de proactieve houding die aangenomen moet worden. Niet afwachten wanneer eventuele problematiek ontstaat, maar preventief te werk gaan. Het derde speerpunt gaat in op het geven van goede informatie aan de zwangere. Het speerpunt “samen verantwoordelijk” doelt op de samenwerking van professionals om de zorg zo goed mogelijk te regelen. Het gaat bijvoorbeeld om afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Verder is er nog een speerpunt dat zich richt op de vrouwen in achterstandssituaties. Het gaat hier bijvoorbeeld om doelgroep specifieke

voorlichting of zorg. In het zesde speerpunt wordt geschetst dat de vrouw niet alleen gelaten moet worden, maar steeds onder begeleiding moet staan van een verpleegkundige en onder toezicht van een medisch professional. Tot slot is er een speerpunt dat de volledige beschikbaarheid en bereikbaarheid beschrijft. Een zwangere moet er op kunnen rekenen dat de noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten kan starten. (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2010).

1.1.2. Samenwerking en concurrentie

In de Nederlandse gezondheidszorg bestaat een onderscheid tussen de eerste- en de tweede lijn. De eerste lijn is zorg met een lage drempel, dicht bij de patiënt, waar de patiënt zelf naar toe kan gaan, zonder verwijzing. Deze eerste lijn kan doorverwijzen naar de specialistische tweede lijns zorg (www.knov.nl).

Zo is ook de verloskunde verdeeld in de eerste- en de tweede lijn. De eerstelijns verloskundige begeleidt de zwangere vrouw zolang alles normaal verloopt. Als de zwangerschap of bevalling niet normaal verloopt en er bijvoorbeeld complicaties optreden kan de eerstelijns verloskundige de patiënt verwijzen naar de tweedelijns zorg. De eerstelijns verloskundige maakt hierbij dan een inschatting van de ernst van de complicaties.

Tweedelijns verloskundigen zijn werkzaam in het ziekenhuis en begeleiden daar de zwangerschappen en de bevallingen met een verhoogd risico. De tweedelijns verloskundigen werken onder verantwoordelijkheid of in samenspraak met de gynaecoloog.

De manier waarop de verloskundige zorg in Nederland is vormgegeven is niet vanzelfsprekend. In veel andere westerse landen worden bevallingen bijna altijd in een ziekenhuis gedaan onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. De zwangerschap wordt in die landen minder gezien als een natuurlijk proces maar meer als een risico (www.knov.nl). Verloskundigen in Nederland zijn erin getraind om zwangerschap en bevalling niet onnodig in de medische sfeer terecht te laten komen.

De verloskundigenzorg bestaat dus voor een groot deel uit een samenwerking tussen verschillende partijen. Eerstelijns verloskundigen, tweedelijns verloskundigen en gynaecologen werken samen om de zorg voor de zwangere vrouw zo goed mogelijk te organiseren. De samenwerking is echter niet altijd vanzelfsprekend als er gekeken wordt naar de ontwikkelingen van de laatste jaren op het gebied van concurrentie en financiering.

Ten eerste is er een toename geweest in het aantal verloskundigen. Het aantal vrije vestigingen van zelfstandigen is daarmee ook toegenomen, wat leidt tot onderlinge concurrentie in de eerste lijn. Hoewel het merendeel van de verloskundigen werkzaam is in

de eerste lijn is er de laatste jaren een stijging van het percentage tweedelijns verloskundigen. Dit sluit aan bij een van de eerder beschreven speerpunten uit het artikel “een goed begin”. Een van de adviezen was immers dat de bevallende vrouw niet meer alleen werd gelaten en altijd onder supervisie van een medisch professional moet zijn (Een goed begin, 2010)

Er is dus sprake van een toename van concurrentie binnen de eerste lijn, een toename van het percentage verloskundigen in de tweede lijn. Daarnaast is er nog een derde ontwikkeling die van belang is voor de manier waarop de verloskundigenzorg in Nederland is opgebouwd, namelijk de financiering ervan.

Sinds 2005 wordt de specialistische zorg in het ziekenhuis gefactureerd door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Recentelijk is deze systematiek weer aangepast, maar het principe is gelijk gebleven. Een DBC is een te declareren product dat is opgebouwd uit alle kosten die gemiddeld worden gemaakt voor één specialisme in het kader van één bepaalde zorgvraag. Zo wordt er voor de begeleiding van een zwangerschap door een gynaecoloog een traject gedeclareerd, en voor de begeleiding van een bevalling mag opnieuw een traject worden gedeclareerd voor alle zorg rondom de bevalling (www.dbconderhoud.nl). Een begeleiding van een zwangerschap of bevalling binnen de tweede lijn, onder supervisie van een gynaecoloog levert dus productie op, voor de desbetreffende specialist of maatschap.

De eerstelijns verloskundige zorg wordt nog gefactureerd aan de hand van declarabele prestaties. Deze declaraties zijn gereguleerd vanuit de Nederlandse Zorg Autoriteit en kennen maximumtarieven (www.nza.nl). Eerstelijns verloskundigen zijn dus voor hun budget afhankelijk van het aantal gedeclareerde prestaties.

Een verwijzing vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn “kost” de eerste lijn dus een declarabele prestatie, terwijl het voor de tweede lijn een DBC traject oplevert. Hierdoor worden de partijen die eigenlijk elkaars samenwerkingspartners horen te zijn, concurrenten op de bevallingsmarkt.

1.1.3. De situatie in Zeeuws-Vlaanderen

In Zeeuws-Vlaanderen is de situatie zoals in de voorgaande paragraaf is omschreven ook van toepassing, maar om diverse redenen zijn de eerste- en de tweede lijn daar dicht naar elkaar toegegroeid. In het jaar 2002 is het verloskundig samenwerkingsverband in Zeeuws-Vlaanderen opgericht. Dit is een samenwerking tussen de regionale huisartsen, eerstelijns verloskundigen, zorgverzekeraars en de stichting ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen. De aanleiding tot oprichten van dit samenwerkingsverband was in eerste instantie het

beschermen van de continuïteit van zowel de eerste- als de tweedelijns verloskunde. Onderstaande punten waren de belangrijkste redenen:

- Eerstelijns verloskunde: het gebied in Zeeuws-Vlaanderen is uitgestrekt en dunbevolkt, en ten tijde van de oprichting was er een tekort aan verloskundigen. Thuisbevallingen zijn slechts beperkt mogelijk. Het aantal verloskundig actieve huisartsen neemt gestaag af, men is slechts beperkt in staat om 7x24 uurs zorg en thuisbevallingen te bieden.
- Tweede lijns verloskunde: een kleine maatschap met een beperkt aantal cliënten kan onvoldoende continuïteit bieden.

Het doel van het samenwerkingsverband was het bevorderen en in stand houden van de kwaliteit en de continuïteit van de eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg, en een goede coördinatie van de diverse partijen.

Inmiddels slaagt men er door dit samenwerkingsverband in de continuïteit van zowel eerstelijns als de tweedelijns verloskunde te waarborgen. Op initiatief van Ziekenhuis ZorgSaam is er een geboortecentrum opgericht. Een team verloskundigen verleent eerstelijns verloskundige zorg, aanvullend aan de mogelijkheden van de verloskundig actieve huisartsen, en wordt tevens ingezet voor de tweede lijns verloskundige zorg.

Voordeel van dit systeem is dat men gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de volledige verloskundige zorg op zich neemt in een geografisch uitgestrekt gebied. Nadeel is het feit dat niet alle zwangeren kunnen kiezen waar zij willen bevallen (thuis of in het ziekenhuis).

Om de continuïteit van de zorg te waarborgen is de verloskundigenzorg dus min of meer gecentreerd in het Ziekenhuis waar de verloskundigen zowel de rol van eerste- als tweedelijns verloskundige op zich kunnen nemen. De gynaecologen zijn de verantwoordelijken als het gaat om de tweede lijns zorg.

1.2. Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om te ontdekken welke ontwikkelingen ten grondslag liggen aan de veranderende verhouding tussen de eerste- en tweedelijns verloskunde en welke invloed dit heeft op het werk van verloskundigen als ze werkzaam zijn binnen de muren van het ziekenhuis.

1.3. Relevantie van het onderzoek

De relevantie van dit onderzoek zit in het feit dat het onderzoek raakvlakken heeft met de speerpunten zoals ze zijn geformuleerd in het artikel “een goed begin” (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2010). Zoals eerder aan de orde kwam zijn in dit artikel zeven speerpunten geformuleerd die de kwaliteit van de verloskundige zorg zouden moeten verbeteren. Dit onderzoek stipt een aantal van deze thema's aan. Vooral het thema “samen verder” komt naar voren in dit onderzoek. De verhouding tussen eerste- en tweedelijns verloskundigen is immers een van de relaties die van belang is voor een goede organisatie van de zorg.

Onderwerpen zoals afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie zijn hierbij van belang. Maar ook de thema's “moeder en kind centraal” en “24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid” komen terug.

Op een kleinere schaal heeft het onderzoek ook relevantie voor de onderzochte instelling. Al enige tijd wordt er samengewerkt. Uiteraard wordt deze werkwijze door het samenwerkingsverband zelf ook geëvalueerd. Maar een onderzoek naar deze thema's werd zeer positief ontvangen.

Tot slot kunnen de inzichten uit dit onderzoek deels geëxtrapoleerd worden naar de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorg in zijn algemeenheid. Steeds vaker wordt er gesproken over “keten”-zorg. Niet alleen op het gebied van verloskunde, maar ook op tal van andere gebieden. Bepaalde aspecten uit dit onderzoek, zoals concurrentie, macht en normen kunnen ook op een breder gebied van toepassing zijn.

1.4. Leeswijzer

Het verschuiven van de eerste- naar de tweede lijn kan geduid worden als het medicaliseren van de geboorte (O'Connell, 2009). In het theoretisch kader wordt aandacht besteed aan twee modellen van geboorte. Het medische model voor geboorte enerzijds en het model voor normale geboorte anderzijds (O'Connell, 2009; Davis-Floyd, 2001; Blaaka 2006). In het ziekenhuis voert het medische model de boventoon dus het lijkt erop dat geboorte gemedicaliseerd wordt, maar er is ook nog steeds aandacht voor de normale aspecten van de geboorte (O'Connell, 2009). Het handhaven van deze normale aspecten wordt toebedeeld aan de verloskundigen (O'Connell, 2009). Deze modellen bieden inzicht in de visies die er bestaan ten aanzien van geboorte en bevalling. Het medische model lijkt te passen bij de tweedelijns verloskunde terwijl het model voor normale geboorte beter past bij de eerstelijns verloskunde. Deze modellen kunnen helpen bij het onderzoeken van gevolgen

van de vervaging tussen eerste- en tweedelijns verloskunde. In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, zullen deze begrippen verder worden uitgewerkt. Daarnaast wordt in hoofdstuk 2 de centrale probleemstelling geformuleerd en de daarbij behorende subvragen.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksopzet uiteengezet. Het onderzoeksdesign en de dataverzameling zullen worden toegelicht. Ook de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek zullen aan de orde komen.

In hoofdstuk 4 zullen de resultaten worden gepresenteerd. In het laatste hoofdstuk worden de conclusies gepresenteerd en er vindt reflectie op het onderzoek plaats. Ook zijn er in hoofdstuk 5 een aantal aanbevelingen geformuleerd

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In het nu volgende hoofdstuk wordt de theorie besproken die van belang is voor het onderzoek. Enerzijds gaat het in op twee modellen van geboorte. De theorie van “medical childbirth” en die van de “normal childbirth”. Daarnaast worden enkele termen die van belang zijn theoretisch onderbouwd.

2.1. Inleiding

Wereldwijd bevallen vrouwen steeds vaker in daarvoor speciaal ingerichte geboortecentra, in de veronderstelling dat dit de veiligheid van henzelf en die van de baby ten goede komt (O’Connell, 2009; Hunter, 2005). In de setting die in dit onderzoek centraal staat wil dat zeggen dat de verloskundigen binnen de muren van het ziekenhuis werkzaam zijn. De scheiding tussen eerste- en tweede lijn vervaagt.

Dit proces kan geduid worden als het medicaliseren van de geboorte (O’Connell, 2009). Het wordt steeds normaler om te bevallen in een (medische) ziekenhuis omgeving. In het ziekenhuis voert het medische model de boventoon, maar is er ook nog steeds aandacht voor de normale aspecten van de geboorte (O’Connell, 2009). In het artikel van O’Connell wordt gezegd dat verloskundigen het moeilijk vinden een normale geboorte te bereiken in een ziekenhuisomgeving, maar dat ze toch zo veel mogelijk hun best doen om “real midwifery” te beoefenen (O’Connell, 2009;). Er is dus nog zeker sprake van het beschermen van de “normale” geboorte. Hieruit blijkt dat er ook een beweging is die ingaat tegen het medische model, of wellicht gelijk opgaat met medisch model.

In deze theoretische verkenning zal gezocht worden naar de achterliggende theorieën die deze verschuiving kunnen verklaren.

2.2. Twee modellen

In de literatuur worden verschillende modellen voor geboorte onderscheiden. Deze krijgen verschillende benamingen zoals technocratisch, holistisch, humanistisch (Davis-Floyd, 2001), biomedisch, fenomenologisch (Blaaka, 2006), maar zijn op hoofdlijnen te splitsen in twee stromingen: normale geboorte en medische geboorte (O’Connell, 2009).

Binnen het medische model wordt de geboorte gezien als een medische gebeurtenis met de daarbij behorende risico's. Technologie speelt hierin een grote rol. De westerse kijk op gezondheidszorg is er één die sterk samenhangt met wetenschap en vooruitgang (Davis-Floyd, 2001; Mead, 2004; Sinclair, 2001). De norm in dit model is dat risico's zo veel mogelijk voorkomen worden. Hiervoor zijn begeleiding met moderne techniek en medisch ingrijpen nodig (O'Connell, 2009). In de literatuur wordt dit model verbonden aan de medisch specialisten, de gynaecologen (O'Connell, 2009). De verloskundigen echter worden gezien als de bewakers van de normale geboorte (O'Connell, 2009) en worden daarom verbonden met het model voor normale bevalling. Het model voor normale bevalling ziet een geboorte als een normale, niet medische, gebeurtenis. De gebeurtenis op zich, emotie, de eigen invloed van de vrouw staan centraal in dit model (Davis-Floyd, 2001).

O'Connell onderscheidt in haar artikel drie thema's die een rol spelen als eerste- en tweedelijns verloskunde, en daarmee het medische en het niet medische model, met elkaar in aanraking komen. Het theoretisch kader wordt verder opgebouwd aan de hand van deze thema's. Deze thema's zijn echter niet alleen in het artikel van O'Connell (2009) terug te vinden. Ook in andere literatuur komen de thema's macht en controle, geldende (culturele) normen en het behouden van normale geboorte aan de orde.

2.3. Macht en controle

Een van de thema's die O'Connell in haar artikel aanhaalt is macht en controle. Het medische model, controle door de gynaecologen en het overwicht van het medische systeem worden gezien als beïnvloedende factoren op het werk van de verloskundigen (O'Connell, 2009; Porter, 2007; Hyde, 2004).

Controle en macht zijn ook belangrijke thema's in de theorieën over professionalisme (Evetts, 2003, 2004). Medisch specialist is van oudsher een beroep wat gezien wordt als professie, met daarbij de kenmerken van autonomie en specifieke kennis (Evetts, 2003).

In het artikel van Davis-Floyd (2001) waarin de verschillende paradigma's ten aanzien van geboorte uiteen worden gezet, wordt ook het thema hiërarchie meegenomen. Volgens Davis-Floyd (2001) blijft het medische systeem een systeem waarin een starre hiërarchie heerst, en waar de nadruk ligt op de macht van de medisch specialisten als een groep (Davis-Floyd, 2001). Tevens is er in het medische model een strakke standaardisatie die ook invloed heeft op de controle van de zorg. Als er gewerkt wordt via protocollen en standaarden is er minder vrijheid op hiervan af te wijken (Davis-Floyd, 2001). Tot slot wordt de macht en verantwoordelijkheid van de behandeling bij de zorgverlener gelegd, niet bij de patiënt. De

professional kan zijn status laten gelden door gebruik van jargon en het voorstellen van de medische behandelingen als beste opties, zonder diep in te gaan op mogelijke alternatieven (Davis-Floyd, 2001).

Dit in tegenstelling tot de twee modellen die Davis-Floyd (2001) beschrijft rond “normale” bevalling, namelijk het humanistische en het holistische model. In deze modellen wordt aangegeven dat de patiënt een rol moet hebben in de behandeling. Informatie, beslissingen en verantwoordelijkheid moet gedeeld worden tussen behandelaar en patiënt. Er moet een evenwicht zijn tussen wat de instelling wil en wat de patiënt wil (Davis-Floyd, 2001).

2.4. Aanpassen aan de geldende normen

Het tweede thema dat O’Connell (2009) in het artikel vernoemd is dat verloskundigen zich conformeren aan de geldende (culturele) norm. Verloskundigen werkzaam binnen de ziekenhuismuren moeten niet alleen voldoen aan de eigen eisen, maar ook tegemoetkomen aan de eisen van de patiënt en die van het ziekenhuis.

Op het moment dat er niet voldoende steun is voor het begeleiden van een “normale” geboorte zal er worden overgegaan naar het medische model (O’Connell, 2009). Het medische model wordt dus gezien als “geldende norm” binnen de gespecialiseerde centra. Verloskundigen voelen dat ze binnen een hiërarchische omgeving zoals een ziekenhuis minder ruimte hebben om van de geldende norm af te wijken (O’Connell, 2009). Dit komt ook door gestandaardiseerde zorg en protocollen die gevolgd moeten worden (Davis-Floyd, 2001). De druk om deze geldende normen te volgen komt niet alleen van medisch professionals, maar ook van andere verloskundigen en zelfs van de vrouwen die in behandeling waren (O’Connell, 2009).

Davis-Floyd (2001) schrijft dat het westerse waarden-systeem sterk georiënteerd is richting wetenschap, technologie en economische winst. Binnen onze medische systemen worden deze waarden ook meegenomen (Davis-Floyd, 2001). Zowel verloskundigen, artsen als patiënten zullen hierdoor beïnvloed worden, aangezien ze allen deel uitmaken van de huidige maatschappelijke cultuur. Dit kan ook verklaren waarom de druk tot het uitvoeren van een medische geboorte niet alleen komt vanuit de medici, maar ook van andere verloskundigen en zelfs van patiënten zelf.

2.5. Het streven naar normale geboorte binnen ziekenhuizen

Uit de eerste twee thema's blijkt dat het medische model de overhand lijkt te krijgen en dat de geldende norm er een is van medische interventie en risico beperking door medische techniek.

Er is echter ook een beweging die ingaat tegen het medische model. Dit beschrijft O'Connell (2009) in het derde thema. De rol van de patiënt, de keuzemogelijkheden en de autonomie van de patiënt, worden steeds belangrijker. In het advies van de "stuurgroep zwangerschap en geboorte" wordt bijvoorbeeld ook gezegd dat de patiënt centraal moet zijn. De menselijke aspecten rond de geboorte, de wensen van de vrouw, zijn dus zeker niet uit beeld verdwenen (O'Connell, 2009, Davis-Floyd, 2001).

Davis-Floyd (2001) beschrijft dat het model voor normale geboorte een balans biedt tegen alle medische aspecten. Zo kan een "medische verloskamer" ingericht worden op een wijze waarbij de machines niet op de voorgrond staan, of waar ruimtes worden geboden waar vrouwen vrijheid hebben om rond te lopen of de positie te kiezen waarin ze zelf het liefste bevallen (Davis-Floyd, 2001). Er wordt binnen het model van "normale" geboorte een balans gezocht tussen de behoeften van de instelling en de behoeften van de patiënt (Davis-Floyd).

In het bovenstaande werd beschreven op welke wijze het medische model en het model voor normale geboorte van elkaar verschillen. Hiermee werden ook de eerste lijn en de tweede lijn en de verloskundigen en de medisch specialisten elk een eigen set kenmerken toebedeeld. Het lijken twee verschillende werelden die zich bezig houden met hetzelfde onderwerp, namelijk de geboorte. Deze twee werelden worden echter steeds vaker samengebracht. De lijnen vervagen en een gezamenlijke inspanning voor kwaliteit en veiligheid van zorg wordt verwacht. Uit de thema's die werden besproken blijkt dat er toch niet alleen sprake is van verschillen, maar ook van overeenkomsten. Zowel verloskundigen als medisch specialisten hebben te maken met bepaalde heersende (maatschappelijke) normen waaraan ze moeten of willen voldoen. Deze zijn voor beiden gelijk, de nadruk op verantwoording, kwaliteit en patiëntvriendelijkheid zal voor beide groepen invloed hebben op hun werkzaamheden, maar wellicht wel op een andere manier.

2.6. Onderzoeksvraag

Het onderzoek zal plaatsvinden binnen een setting waar de eerste- en tweede lijns verloskunde samengekomen zijn binnen een geboortecentrum en een daarbij behorend samenwerkingsverband. De onderzochte populatie bestaat uit verloskundigen, 1e verantwoordelijke van de verloskundigen en de manager zorg uit het ziekenhuis.

2.6.1 Probleemstelling

Welke ontwikkelingen die gepaard gaan met het vervagen van de grenzen tussen de eerste en de tweede lijn hebben invloed op de macht van het medische- dan wel het normale model voor geboorte binnen het ziekenhuis en hoe komen deze ontwikkelingen tot uiting binnen het werk van de verloskundigen en de samenwerking met de gynaecologen?

Deelvragen:

- Welke externe ontwikkelingen hebben gezorgd voor de vervaging tussen de eerste en de tweede lijn (context).
- Hoe komen het medische model en het model van normale geboorte tot uiting als de geboorten geconcentreerd zijn in een geboortecentrum.
- Welke rol spelen macht en controle door verschil in professionele status in de relatie tussen de verloskundigen en gynaecologen of verloskundigen onderling in een ziekenhuissetting.
- Welke rol spelen de heersende normen op het gebied van cultuur, medische standaarden, kwaliteit en ziekenhuisbeleid in het werk van de verloskundigen en samenwerking met de gynaecologen.
- Wat doen verloskundigen binnen de ziekenhuismuren om binnen deze medische setting toch de normale aspecten van geboorte te handhaven.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is opgezet. Ten eerste zal een beeld worden gegeven van de onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt de onderzoeksopzet uiteengezet. Tot slot wordt er ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.1. Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is uitgevoerd binnen het geboortecentrum van ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen. Het geboortecentrum bestaat uit een eerstelijns verloskundigenpraktijk, binnen de muren van het ziekenhuis en de tweedelijns verloskundigenzorg. Binnen het geboortecentrum werken de verloskundigen zowel in de rol van eerste- als tweede lijns verloskundige. Naast de verloskundigen is er ook een groep gynaecologen werkzaam binnen deze setting.

Er is gekozen voor deze setting omdat het een voorbeeld is waar de eerste lijn nagenoeg geïntegreerd is in de tweede lijn. Dit is een interessant gegeven, vooral met het oog op de discussie rondom samenwerking, overdracht en de confrontatie tussen het medische model van geboorte en het normale model van geboorte.

Het is belangrijk te vermelden dat de eerste- en tweede lijn in het samenwerkingsverband door omstandigheden zijn geïntegreerd. In het onderzoek zijn twee belangrijke factoren naar voren gekomen die de organisatie van de verloskunde in de regio hebben beïnvloed, namelijk capaciteit en financiën. Deze twee processen waren de reden waarom de samenwerking tussen eerste lijns verloskunde, huisartsen en het ziekenhuis tot stand is gekomen.

In het rapport “reorganisatie van de Eerstelijns Verloskunde Zeeuws-Vlaanderen” worden problemen ten aanzien van de continuïteit van zowel eerste- als tweede lijns verloskunde als belangrijkste reden genoemd om de eerste lijn naar de tweede lijn toe te brengen. De continuïteit werd in gevaar gebracht door een afname het aantal eerstelijns verloskundigen in de regio en tegelijk een afname van verloskundig actieve huisartsen. Dit in combinatie met een uitgestrekte regio bracht de continuïteit van de eerstelijns verloskunde in gevaar. Een afname van capaciteit in de eerste lijn, zorgde voor een toestroom naar de tweede lijn. Echter ook in de tweede lijn was er sprake van een capaciteitsgebrek omdat er maar een kleine maatschap met gynaecologen was.

De huidige constructie maakt het voor de maatschap gynaecologie van het ziekenhuis mogelijk te kunnen beschikken over een 7X24-uurs team van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen kunnen hun verloskundige activiteiten handhaven mede dankzij het systeem van achterwacht en waarneming.

Door deze bundeling van krachten is er ook een financiële situatie ontstaan die de lijnen dichter bij elkaar heeft gebracht. Landelijk wordt er vaak gewezen op de problematiek van de verschillende financieringsstromen. De vergoeding van prestaties voor de eerste lijn enerzijds en de DBC systematiek voor de medisch specialisten anderzijds zorgt voor concurrentie. Een bevalling is voor beide lijnen productie en dus inkomsten. In de onderzoekspopulatie is een model ontstaan waar samenwerking is in plaats van concurrentie. Dit was mogelijk omdat zowel de verloskundigen als de gynaecologen in loondienst van het ziekenhuis zijn. De financiële prikkel die een rol speelt bij overdracht van de eerste naar de tweede lijn kwam hiermee te vervallen. Samenwerking in de onderzochte regio was dus makkelijker omdat de financieringen elkaar niet in de weg stonden.

3.2. Onderzoeksopzet

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen werd er kwalitatief onderzoek gedaan. Er is voor deze vorm gekozen omdat dit onderzoek beoogt een beschrijving te maken van de geselecteerde onderzoekspopulatie en daarmee inzicht te krijgen in de thema's die leven binnen deze groep. Het gaat dus niet om het verzamelen van cijfermateriaal. De vorm van het onderzoek is een casestudy. Het betreft een diepte onderzoek van een afgebakende sociale groep of verschijnsel. Het onderzoek kan een beschrijvend karakter hebben, maar ook explorerend. Dit laatste kan gebruikt worden om bepaalde onderliggende principes boven water te krijgen. Door middel van deze casestudie wordt getracht de thema's zoals in die uit de literatuurstudie naar voren kwamen in kaart te brengen binnen de onderzochte groep (Boeije, 2008; Ybema, 2009; Clarke, 2005).

De instrumenten die in dit onderzoek gehanteerd zullen worden zijn: gesprekken en interviews en analyse van documenten. De onderzoeker heeft gedurende twee maanden interviews gehouden met diverse leden uit de onderzoeksomgeving. Daarnaast is er documentatie verzameld rondom het onderwerp.

3.3. Data verzameling

De data zal worden verzameld aan de hand van documentanalyse en interviews.

3.3.1. Documentanalyse

Voor het analyseren van de ontwikkelingen tussen eerste- en tweede lijn zullen literatuur, beleidsstukken e.d. worden geanalyseerd. Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag wordt aan de hand van literatuuronderzoek gekeken naar de ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan het vervagen van de grenzen tussen eerste- en tweedelijns verloskunde. Deze deelvraag is vooral bedoeld als verduidelijking van de context en het beschrijven van de ontwikkeling die gaande is binnen dit veld.

Vanuit de wat bredere context die onderzocht wordt in deelvraag 1 wordt ingezoomd op de heersende norm zoals die is binnen ZorgSaam Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen. Om na te gaan welke heersende norm er op dit moment binnen het ziekenhuis is en op welke wijze de modellen tot uiting komen wordt diverse ziekenhuisdata onderzocht op taal en de mate waarin de thema's uit de vraagstellingen naar voren komen in deze stukken.

3.3.2. Interviews

Met de achtergronden uit de documentanalyses als institutionele analyse worden de drie thema's uit het theoretisch kader onderzocht door middel van interviews met verloskundigen, eerste verantwoordelijke verloskundigen (zelf ook verloskundige) en de sectormanager zorg, die destijds heeft bijgedragen aan het oprichten van het verloskundig samenwerkingsverband. De onderwerpen die in deze interviews aan bod zullen komen zijn de thema's zoals ze werden beschreven in het theoretisch kader. Het thema macht en controle gaat in op professionalisme, en de verhouding tussen de verloskundigen en de gynaecologen. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de culturele en institutionele normen. Hierbij kan gedacht worden aan de heersende (kwaliteits) normen binnen de muren van het ziekenhuis, maar ook de eisen van de zwangere.

Het laatste thema dat onderzocht wordt is het streven van "normale geboorte" binnen de muren van het ziekenhuis. Op welke manier kijken de geïnterviewde aan tegen real midwifery, het medische model en het normaliseren van de geboorte in een medische omgeving.

3.4. Validiteit en betrouwbaarheid

Twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van een onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit (Boeije, 2005). Betrouwbaarheid zegt iets over de kwaliteit van de data door toevallige of onsystematische fouten (Boeije, 2005). Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten (Boeije, 2005). Omdat het hier een kwalitatief onderzoek betreft en de onderzoeker daarmee het belangrijkste onderzoeksinstrument is, is het moeilijker iets te zeggen over validiteit en betrouwbaarheid, maar daarom niet minder belangrijk.

3.4.1 Validiteit

Validiteit zegt iets over de geldigheid van het onderzoek. Wordt er gemeten wat er beoogd wordt te meten? (Boeije, 2005). Er kan onderscheidt gemaakt worden in de validiteit van de gebruikte onderzoeksmethode en dan vooral de manier waarop de data is verzameld, maar ook de geldigheid van het onderzoek als zodanig, waarbij het vooral gaat om de geldigheid van de conclusies (Boeije, 2005).

In het voorgaande is beschreven welk onderzoeks design er is gekozen en waarom dit een relevante keuze is geweest. Hier zal verder worden ingegaan op de manier waarop de data is verzameld.

De validiteit van de resultaten uit de interviews werd op een aantal manieren verhoogd. Ten eerste zijn de interviews gehouden aan de hand van een topic lijst. Onduidelijkheden werden verder uitgevraagd. Door middel van bepaalde gesprekstechnieken, zoals samenvatten, herformuleren en herhalen heeft de onderzoeker getracht te controleren of hetgene dat gezegd werd door de onderzoeker juist werd begrepen en geïnterpreteerd. Om de gegevens op een later tijdstip zo nauwkeurig mogelijk te analyseren is er gebruik gemaakt van opnameapparatuur waarmee de interviews zijn vastgelegd. Na het interview werd getracht de verwerking ervan zo snel mogelijk te doen.

3.4.2. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid zegt iets over de precisie van het meetinstrument. Als hetzelfde verschijnsel meer dan eens met hetzelfde instrument wordt gemeten, moet het tot dezelfde waarneming leiden. Anders gezegd: als er sprake is van een betrouwbare meetmethode van dataverzameling, zal herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst moeten leiden

(Boeije, 2005). Een belangrijke manier om betrouwbaarheid te vergroten is standaardisatie. Kwalitatief onderzoek heeft een minder gestandaardiseerd karakter (Boeije, 2005). Het gebruik van een topiclijst leidt tot enige standaardisatie, waarmee de betrouwbaarheid wordt vergroot. Echter een interview is geen enkele keer exact gelijk, wat weer minder betrouwbaarheid tot gevolg heeft.

3.4.3. De positie van de onderzoeker

De onderzoeker is zelf werkzaam binnen de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. De onderzoeker maakt echter zelf geen deel uit van de onderzochte groep. De onderzoeker werkt zelf binnen de administratieve afdeling waardoor deze zelf niet bekend is binnen de afdeling verloskunde. De onderzoeker beschikt wel over de nodige achtergronden over kwaliteit en veiligheid en over de manier waarop de instelling georganiseerd is. Deze achtergrondinformatie kan tot kleuring van het onderzoek leiden, maar de kans hierop wordt klein geacht. De werkzaamheden van de onderzoeker richten zich in het dagelijkse werk, niet op verloskunde. Door bekendheid binnen de instelling en kennis van de achtergronden werden deuren geopend, maar er was voldoende afstand om het onderzoeksveld op een neutrale manier te benaderen.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek uiteengezet. De resultaten zijn afkomstig uit zowel de interviews als de documenten analyse en zullen geïllustreerd worden door middel van citaten en voorbeelden.

In het theoretisch kader is beschreven dat er een beweging gaande lijkt te zijn van het natuurlijke model van geboorte naar het medische model voor geboorte. Binnen het medische model wordt de geboorte gezien als een medische gebeurtenis met de daarbij behorende risico's. Technologie speelt hierin een grote rol. Het medische model van geboorte sluit aan bij de westerse kijk op gezondheidszorg, die sterk samenhangt met wetenschap en vooruitgang (Davis-Floyd, 2001). De norm in dit model is dat risico's zo veel mogelijk voorkomen worden, hiervoor zijn begeleiding met moderne techniek en medisch ingrijpen nodig (O'Connell, 2009). Met de opkomst van het medische model lijkt er steeds minder ruimte voor de normale aspecten van geboorte, maar in de literatuur komt naar voren dat er ook een tegenbeweging te zien is.

In de nu volgende paragrafen wordt ingezoomd op de thema's die in het theoretisch kader aan de orde zijn geweest. O'Connell (2009) onderscheidt in het artikel drie thema's. Allereerst wordt er gekeken naar macht en controle, wat is de plaats van de verloskundigen in de medische wereld en hoe is de macht verdeeld. In het tweede deel wordt er gekeken naar normen. Welk model is de norm, welke normen komen daar uit voort, hoe worden verloskundigen daar aan gehouden en wat is de rol van vrouwen hierin? Het derde deel gaat over de rol van verloskundigen als beschermers van normale geboorte. Is er inderdaad een tegenbeweging te zien, en hoe worden de normale aspecten van geboorte beschermd?

4.1. Macht en controle

In de interviews werd aan de verloskundigen gevraagd hoe zij de samenwerking met de gynaecologen ervaren. Volgens Davis-Floyd (2001) blijft het medische systeem een systeem waarin een starre hiërarchie heerst, en waar de nadruk ligt op de macht van de medisch specialisten als een groep (Davis-Floyd, 2001). Naast de macht van de medisch professional, werd er in de literatuur gesproken over de macht van het protocol. Als er gewerkt wordt via protocollen en standaarden is er minder vrijheid om hiervan af te wijken (Davis-Floyd, 2001). Dit alles lijkt ten koste te gaan van de autonomie van de verloskundige, waardoor het moeilijker is de normale geboorte te beschermen.

4.1.1. Formele macht en protocollen

Volgens verloskundigen komt de formele macht bij de gynaecologen te liggen op het moment dat er sprake is van een tweedelijns bevalling. Een van de verloskundigen zegt:

“Hij blijft wel eindverantwoordelijke. Tot nu toe is het zo dat alles wat onder hun verantwoordelijkheid valt, dat we ze daar ook over inlichten, dat is zo de afspraak [resp 3]”.

De sectormanager zegt:

“De verloskundigen werken in feite onder supervisie van de gynaecoloog [resp 4].”

Ter illustratie gaven de verloskundigen voorbeelden uit de tijd dat ze werkzaam waren in een eigen praktijk in de eerste lijn, dus voordat de eerstelijns verloskundigen een praktijk binnen het ziekenhuis kregen. Als eerstelijns verloskundigen hadden ze het gevoel een “stapje terug” te moeten doen.

“Normaal droeg je, als een probleem zich aandiende de patiënt over, en deed je een stap terug [resp 3].

En:

“Toen moest ik de zorg afstaan, en deed ik drie passen terug. Ik bleef wel om te coachen, maar mocht niets meer doen, ik had geen verantwoordelijkheid meer [resp 2]”.

Uit de interviews blijkt dat de verloskundigen handelen binnen de grenzen van de protocollen die met de gynaecologen zijn opgesteld.

“je moet wel duidelijk weten, wanneer is dat omslagpunt, wanneer moet je overleg plegen met de gynaecoloog. Praktisch gezien hebben we een hele grote vrijheid om het beleid verder zelf in te vullen, maar ook hebben we hele duidelijke richtlijnen wanneer je verwijst en wanneer je er de gynaecoloog bij haalt [Resp 1.]”

En:

“wekelijks hebben we overleg over de medische bevallingen die door ons begeleid werden, met de gynaecoloog als “baas” [resp 3].

In de interviews wordt regelmatig verwezen naar standaardisatie. Zo is er voor het doorverwijzen van de eerste lijn naar de tweede lijn een landelijke indicatielijst die gevolgd wordt. Er is dus inderdaad sprake van protocollen waaraan de verloskundigen zich houden als de bevalling onder verantwoordelijkheid van de specialist valt. In die zin zou gezegd kunnen worden dat de macht van het medische model wordt opgelegd in de vorm van protocollen. Maar ook gynaecologen hebben protocollen waaraan ze zich moeten houden. Waarom beperkt het dan meer de verloskundigen dan de gynaecologen? Het verschil in de vrijheidsbeperkende werking van de protocollen kan verklaard worden door het feit dat de interne protocollen in het ziekenhuis zijn opgesteld door de gynaecologen zelf. Wel in samenwerking met onder andere de verloskundigen, maar met de gynaecologen als eindverantwoordelijken. De gynaecologen hebben meer vrijheid in het ontwerpen van de protocollen en dus werken de protocollen minder vrijheidsbeperkend. De reden waarom de gynaecologen de macht hebben om dergelijke beslissingen te nemen kan te maken hebben met hun deskundigheid en ervaring binnen de tweedelijns verloskunde. Ook het feit dat ze medisch specialist zijn brengt een bepaalde macht met zich mee, omdat de kenmerken van een professional zijn dat ze over specifieke kennis en ervaring beschikken (Evetts, 2006). Ook verloskundigen zijn natuurlijk deskundig, maar hebben nog niet dezelfde status als een medisch specialist. Als verloskundigen zelf meer medisch gaan handelen lijkt hier echter verandering in te komen. Dit wordt verder uitgewerkt in de volgende paragraaf.

De vrijheid van de verloskundigen lijkt dus te worden ingeperkt door regels en protocollen, maar dit is geen trend die specifiek van toepassing is op het ziekenhuis. Protocollen worden namelijk niet alleen genoemd in verband met de tweede lijn. Ook de eerstelijns verloskunde kent protocollen en regels. Zo zegt de verloskundige:

“Nu heb je te maken met allerlei richtlijnen in een grotere organisatie, maar ook in de eerste lijn is er veel veranderd. Richtlijnen voor de eerste lijn zijn strenger geworden [resp 1].

Als de protocollen van een normale poliklinische geboorte en een normale klinische geboorte naast elkaar worden gelegd, valt het op dat deze niet erg veel van elkaar verschillen. Het grootste verschil zit in het gebruik van het CTG apparaat. Bij de poliklinische en dus eerste lijns bevalling worden de harttonen gemeten, maar niet door middel van een CTG. Bij de klinische, dus tweede lijns bevalling is dit wel het geval. Bij de klinische bevalling wordt vervolgens ieder uur een CTG van 20 minuten gemaakt. Bij het persen is er sprake van continue CTG registratie. Een tweede verschil is dat er om de 4 uur pols en bloeddruk wordt gecontroleerd bij de zwangere. Ten slotte is er nog een verschil in de ontslagprocedure. Bij

de klinische bevalling bepaalt de arts wanneer de patiënt naar huis mag. Wat opvalt in deze twee protocollen is ook de woordkeus in de titel [protocollen verloskunde].

In het theoretisch kader wordt uiteengezet dat er sprake is van een normale geboorte, en een medische geboorte. In de protocollen worden beide bevallingen zonder complicaties “normaal” genoemd, terwijl ze allebei in een ziekenhuis plaatsvinden. Het gebruik van het woord “normaal” is anders dan in de theorie. Hieruit blijkt dat binnen de muren van het ziekenhuis de grens tussen normaal en medisch in de protocollen vervaagt. Het volgende citaat geeft aan dat de het beeld van medisch en normaal bij de verloskundige ook vervaagt.

“Het ligt er ook aan hoe je fysiologie bestempelt. Als iemand aangesloten wordt op een CTG, kan deze persoon nog volledig normaal bevallen [resp 3]”.

Tijdens de interviews worden medische handelingen zoals CTG en echo genoemd als zaken die horen bij de normale dagelijkse werkzaamheden. Zo zegt de verloskundige:

“Als tweedelijns verloskundige mag ik een aantal technische handelingen doen die ik in het verleden als eerstelijns verloskundige niet deed en niet mocht doen. Het interpreteren van CTG registratie bijvoorbeeld, de praktische handelingen zijn wat uitgebreider geworden” [resp 1].

Hieruit blijkt dat door het aanleren van medische vaardigheden de autonomie ook kan vergroten. Door het zelf kunnen interpreteren van sommige onderzoeken is het niet altijd nodig om een vrouw door te verwijzen naar de tweede lijn. Het volgende citaat ondersteunt deze beredenering:

“Toen ik alleen in de eerstelijns werkte, en ik droeg over en er werd een CTG aangesloten was ik niet degene die dat kon interpreteren, ik voelde me niet bekwaam. Nu kan ik dat wel en kijk ik daar anders tegenaan, nu kan ik er ook zelf een beoordeling aan geven.” [resp 3].

4.1.2. De positie van de verloskundige in het ziekenhuis

In de voorgaande paragraaf is te lezen dat de formele macht bij een tweedelijns bevalling ligt bij de gynaecologen. Ook is vastgesteld dat de vrijheid in handelen wordt afgebakend door protocollen. Maar omdat verloskundigen zelf ook meer technische handelingen mogen toepassen winnen ze ook een deel van de autonomie terug omdat ze meer mogelijkheden

hebben de bevalling te begeleiden zonder dat deze medisch wordt. Wat is nu de positie van de verloskundigen in het ziekenhuis?

Volgens O'Connel (2009) en Davis-Floyd (2001) bepaalt de setting van het ziekenhuis de verhouding tussen de gynaecoloog en de verloskundigen (De manier waarop het zorgproces rondom de geboorte en bevalling is omschreven in documenten geeft ook weer dat het medische model een grote invloed heeft op de verloskunde binnen de ziekenhuismuren). In Nederland waar verloskundigen vrouwen thuis kunnen begeleiden bij de bevalling, zouden verloskundigen daarom een andere positie innemen. Die relatief zelfstandige positie zouden zij verliezen wanneer zij gaan werken in het ziekenhuis (O' Connel, 2009).

Opvallend is dat de verloskundigen die ik heb geïnterviewd juist meer of een andere zelfstandigheid ervaren binnen de muren van het ziekenhuis. Bij integratie van eerste- en tweedelijns verloskunde wordt de strakke hiërarchie minder zichtbaar in de antwoorden van de respondenten. Er wordt gesproken over samenwerking, laagdrempeligheid, overleg, vertrouwen en gelijkwaardigheid.

“Als de gynaecoloog nu iets besluit waar ik andere gedachten over heb, dan kan ik daar nu veel makkelijker met hem over praten, je mag ook je voorstel doen en het is dus meer gelijkwaardig [resp 3]”,

Zo omschreef een van de verloskundigen de situatie nu. De verloskundige die ook nog in een andere regio als eerstelijns verloskundige werkzaam is, vergelijkt de twee situaties als volgt:

“Als ik als eerstelijns verloskundige werk en ik stuur iemand door dan blijf ik heel zakelijk. Ik zeg: dit is er aan de hand en meer niet. Hier (als eerste lijns binnen het ziekenhuis) durf ik ook te zeggen: mijn gevoel is niet helemaal goed, ook al kan ik het niet hard maken. Dat durf ik hier wel te zeggen tegen de specialist [resp 2]”

“Als eerstelijns verloskundige werk je in jouw wereldje, in het ziekenhuis ben je te gast. Als iemand moet worden doorverwezen, dan bel je dus met de assistente. Het zijn geen mensen waar je dagelijks contact mee hebt. Nu ken je de mensen beter en gaat die overdracht sneller [resp 3].

Uit het voorgaande kan worden opgemaakt dat de formele macht inderdaad ligt bij de medisch specialisten en dat deze wordt vastgelegd in protocollen. Zoals in het eerste deel van deze paragraaf werd aangegeven wordt dit in feite onderschreven door de uitspraken van de verloskundigen. Tijdens de interviews viel echter tussen de regels ook een subtiele

tegenbeweging te lezen. Omdat het medische model zich opdringt aan de verloskundigen, kregen zij mogelijkheden om bepaalde handelingen aan te leren en daarmee hun autonomie juist te vergroten, en dus een deel van de macht terug te grijpen.

Als alle voorgaande resultaten naast elkaar worden gelegd kan het volgende geconcludeerd worden: De formele macht van de medisch specialist en de macht van het medische protocol, beiden aspecten van het medische model, komen terug in de antwoorden. Er is sprake van protocollen en afspraken waaraan de verloskundigen zich moeten houden. Vanuit het perspectief van de eerste lijn kwam duidelijk naar voren dat de verloskundigen het gevoel hadden een stap terug te moeten doen als de patiënt werd overgedragen. Tot slot werd het ziekenhuis beschreven als “een eigen wereldje” waar je als eerstelijns verloskundige “te gast” bent. Het medische model heeft dus meer protocollering, meer hiërarchie en minder macht voor de verloskundigen tot gevolg.

Toch is er ook een andere manier om naar een deel van deze resultaten te kijken. Wat opvalt, is dat de verloskundigen werkzaam in deze situatie antwoorden geven die minder de nadruk leggen op hiërarchie en macht, maar meer op samenwerking en gelijkwaardigheid. Daarnaast geven dezelfde verloskundigen aan dat door het aanleren van medische handelingen ze meer vrijheid krijgen. Het aanleren van medische handelingen is ook een ontwikkeling die past bij het medische model.

Dus: ontwikkelingen die voortkomen uit het medische denken, resulteren op sommige gebieden ook in meer gelijkwaardigheid en meer autonomie. Het lijkt erop dat hoe meer de verloskundigen “medicaliseren” hoe kleiner de kloof wordt naar de medisch specialisten. Het gevoel van hiërarchie en minder macht komt minder sterk naar voren in de resultaten als er gesproken wordt over het werk in het geboortecentrum. Het komt wel sterk naar voren als de verloskundigen spreken over hun tijd in de eigen eerste lijns praktijk.

4.2. Aanpassen culturele normen

Het tweede thema dat O’Connell (2009) in het artikel noemt is aanpassen aan de geldende culturele norm. De geldende norm in het ziekenhuis is volgens O’Connell het medische model. Verloskundigen passen zich aan aan de normen die heersen binnen hun afdeling. Als er binnen de muren van het ziekenhuis niet voldoende steun is voor normale geboorte zullen verloskundigen eerder overgaan tot medisch handelen. Als de medisch professional of een collega verloskundige medisch handelen verkiest boven de normale geboorte, is de kans groot dat daaraan wordt toegegeven. Davis-Floyd (2001) noemt uitdrukkelijk de technocratische benadering van geboorte. Dit wil zeggen dat zowel specialisten als

verloskundigen meer medisch ingrijpen accepteren en aannemen dat dit het beste is voor moeder en kind (O'Connel, 2009). Dit komt omdat beide groepen zelf deel uitmaken van een technocratische samenleving.

Verloskundigen en patiënten, die onderdeel uitmaken van deze samenleving, zullen zich conformeren aan deze norm. Verloskundigen nemen deze denkbeelden mee in hun werk, patiënten nemen deze denkbeelden mee in de ideeën over hun behandeling.

4.2.1. Aanpassen aan een technocratische samenleving

In het artikel van O'Connell (2009) wordt gezegd dat verloskundigen zich aanpassen aan de normen die heersen binnen de afdeling. Als er een niveau hoger wordt gekeken kan worden geconstateerd dat ook de afdeling en het ziekenhuis zich aanpassen aan de technocratische denkbeelden binnen de samenleving (Davis-Floyd, 2001).

Rapporten als “een goed begin” en de landelijke discussie over veiligheid passen binnen de wereld zoals die door Davis-Floyd (2001) wordt geschetst. Uit deze thema's komen normen, regels en richtlijnen voort, al dan niet verplicht, die hun invloed hebben op de manier waarop de verloskunde georganiseerd wordt. Een van de verloskundigen zegt:

“Er zijn allerlei dingen om aan te voldoen, het heeft zich landelijk heel erg ontwikkeld de afgelopen tien jaar [resp 2]”.

Een voorbeeld van aanpassen aan de culturele norm is de manier waarop de verloskunde georganiseerd is in het onderzochte ziekenhuis. Landelijk wordt gehamerd op een snellere overdracht tussen de eerste- en de tweede lijn en een betere samenwerking tussen de professionals. Dit komt onder meer naar voren in het rapport “een goed begin”. Door in het ziekenhuis te gaan werken in plaats van als zelfstandige geven de verloskundigen vorm aan de manier waarop de verloskunde is georganiseerd. Deze manier sluit aan bij de landelijke tendens richting het ziekenhuis en de medische wetenschap. Het samenwerkingsverband is in eerste instantie uit noodzaak geboren, maar wordt ook gevormd door het landelijke debat. In het rapport “reorganisatie eerstelijns verloskunde Zeeuws-Vlaanderen” wordt het doel van het samenwerkingsverband nu als volgt omschreven: *“Het bevorderen en in stand houden van de kwaliteit en continuïteit van de eerstelijns en tweedelijns verloskundige zorg en een goede coördinatie van de samenwerking tussen de diverse partijen”* [rapport samenwerkingsverband]. Hierin worden dus normen als veiligheid, coördinatie en samenwerking genoemd. Normen die passen binnen de denkbeelden die risico's uitsluiten en een zorg die strak georganiseerd is.

De sectormanager illustreert dit:

“Er is in feite geen sprake meer van een overdracht, want het blijft dezelfde verloskundige. Het enige wat dit kan onderbreken zijn de diensten, maar we draaien 12-uurs diensten dus de verloskundige kan vaak afmaken waar ze aan begon. Er is dus 1 wissel per 24 uur dus minder overdrachtmomenten, daar zit continuïteit, veiligheid en makkelijke overdracht in.

De manier waarop de verloskundigen werken is aangepast aan de geldende normen. Het gaat zelfs zo ver dat de verloskundigen in deze situatie hun rol letterlijk aanpassen van eerste- naar tweedelijns verloskundige. De medische “verloskunde” en de eerste lijns verloskundige zijn in de casus dezelfde persoon.

Niet alleen de manier waarop het werk georganiseerd is verandert, ook de inhoud ervan. Medische verrichtingen en het leren van technieken zoals het interpreteren van een CTG of het doen van echo's werden door de verloskundigen genoemd als positieve aspecten. Ze vonden dat dit een verdieping gaf aan het werk. Dit komt overeen met de literatuur waarin wordt aangegeven dat verloskundigen zich aanpassen aan de omgeving waarin ze werken. Medisch ingrijpen wordt beter geaccepteerd door de verloskundigen en wordt zelfs gezien als een aanvulling.

“indien nodig hebben ze de beschikking over meer technische hulpmiddelen en een aanvullende opleiding om hiermee op te kunnen gaan [resp 1].

Hieruit blijkt dat het werk van de verloskundige meer medisch van aard wordt. De inhoud van het werk wordt aangepast aan het westerse waarden systeem zoals dat door Davis-Floyd (2001), werd omschreven.

Ook het gebruik van de term normaal in de protocollen is aangepast aan de geldende medische norm. Lichte medische handelingen en onderzoek worden genoemd bij een “normale” bevalling. Het onderscheid tussen normaal en medisch wordt vager. De verloskundigen, die zelf ook deel uitmaken van de maatschappij waarin medische wetenschap erg belangrijk wordt gevonden, lijken ook een meer medische blik te krijgen. Ook dit sluit aan bij de theorie waarin verloskundigen zich aanpassen aan de normen binnen het ziekenhuis. Een van de verloskundige zegt:

“het ligt eraan hoe je fysiologie bestempelt [resp. 3]”

En:

“Op het moment dat er iets lijkt te zijn wat lijkt op een indicatie voor de tweede lijn, dan beginnen ze niet meteen op die manier te handelen, maar wel al tweede lijns te denken, ik merk dat de collega’s sneller medisch denken [resp 2]”.

Volgens deze respondent denken de verloskundigen medischer, ze denken sneller aan verwijzen en indicaties. En hoe zit het met het handelen? Als ik vraag of de verloskundigen binnen het ziekenhuis sneller doorverwijzen, dan krijg ik van alle respondenten het zelfde ontkennende antwoord. Want hoewel medische hulpmiddelen in het ziekenhuis dichterbij zijn en de gynaecologen op de afdeling, de verloskundigen houden zich strikt aan de landelijke indicatielijst. Eén van de verloskundigen zegt:

“je houdt je je natuurlijk aan de medische indicaties” [resp 2] .

Ook de gynaecologen veranderen mee. Waar de verloskundigen zich meer gaan richten op licht medische handelingen, schuiven de gynaecologen van de licht medische handelingen naar de meer complexe handelingen. Eén van de verloskundigen zegt het volgende:

“de gynaecologen zijn daar ook tevreden over, vanwege het feit dat ze vrij eenvoudige bevallingen niet meer hoeven te doen, maar alleen het specialistische werk [resp 1].

Zowel de werkzaamheden van verloskundigen als van de gynaecologen schuiven dus de zelfde kant op en passen zich aan de geldende culturele normen waarin medische techniek een belangrijke rol speelt.

4.2.2. De patiënt als norm

In de vorige paragraaf is beschreven op welke wijze de verloskunde en het ziekenhuis wordt beïnvloed door het medische model. De taken veranderen omdat medische handelingen hun weg in de verloskunde vinden. De organisatie van het werk verandert door veiligheidsdenken. Tot slot veranderen ook de verloskundigen zelf omdat ze zelf deel uitmaken van het westerse waarden systeem.

Maar ook vrouwen maken deel uit van dit waardensysteem (Davis-Floyd, 2001). Vrouwen worden mondiger en hebben meer kennis tot hun beschikking over de mogelijkheden

rondom de bevalling. De vraag is of de verloskundigen hierin mee gaan of een tegengeluid laten horen?

Uit de interviews komen drie soorten eisen van vrouwen naar voren. Vrouwen eisen meer medisch ingrijpen of onderzoek, vrouwen hebben meer inspraak in het medische proces, vooral bij de pijnbestrijding. Maar, vrouwen eisen ook meer aandacht en service; Dit zijn drie verschillende manieren waarop vrouwen invloed uitoefenen op de verloskunde. De drie aspecten van de invloed van vrouwen op de verloskunde sluiten aan bij het theoretisch kader. Daarin werd de medicalisering van de verloskunde beschreven, maar ook de tegenbeweging (O'Connel, 2009). Niet alleen de verloskunde staat dus onder invloed van beide modellen, ook in de vrouwen die komen bevallen is deze tweestrijd te herkennen.

De verloskundigen merken dat de patiënten beter op de hoogte zijn van het medische proces rondom de bevalling. Vrouwen weten meer van de onderzoeken af en wensen ook meer onderzoek en medisch ingrijpen.

“Als een vrouw iets voelt wat ze niet vertrouwt, dan is ze sneller geneigd om de verloskundige te vragen om extra onderzoek. De cliënt wordt veel mondiger, maar ook de partner en de oma's. Mensen vragen gewoon om onderzoek. Als er iets gebeurt, is het direct: waarom wordt er geen echo gemaakt? De mensen verwachten veel meer van je [resp 2]”.

Uit de interviews blijkt dat de verloskundigen niet meegaan in deze eisen. De verloskundigen houden zich aan de eigen visie en protocollen als het gaat om het inhoudelijke deel van de bevalling. Er zijn onderwerpen waar de patiënt een groot deel vrij in is, zoals de manier waarop vrouwen willen baren. Echter over onderzoek, inleiding en andere medische handeling hebben de patiënten volgens de verloskundigen geen directe invloed. Eén van de verloskundige gaf aan:

“Leuk dat mensen alles maar kunnen vragen, maar moet ik overal in mee gaan en daarbij mijn eigen principes en belangen wegcijferen? Ik probeer altijd duidelijk te zijn: we gaan een heel eind met u mee, maar op een gegeven moment kan het zo zijn dat het stopt. Leuk dat u wilde zitten of staan om te bevallen, maar op een gegeven moment ben ik degene die eindverantwoordelijk is en er later op aangesproken wordt [resp 1].”

Wat de verloskundigen wel doen is praten met de patiënt over waarom iets niet kan. Patiënten nemen niet zonder meer aan dat wat de professional zegt goed is en moeten soms overtuigd worden. Dit komt goed naar voren in de volgende twee voorbeelden:

“ja, mensen weten steeds meer, maar ze weten nog niet te onderscheiden. Ze worden veeleisender, maar de eisen zijn niet altijd kloppend. Soms is het lastig ze daarvan te overtuigen [resp 2]”.

en

“Sommige vrouwen met pijn aan het einde van de zwangerschap eisen soms bijna een inleiding. Ze hebben dan gelezen dat dat kan. Maar ik denk dan: de nadelen wegen in dit geval zwaarder dan de voordelen, en dan leg je ook uit waarom we het niet doen [resp 3].”

Waar vrouwen nog niet beslissen over diagnostiek en medisch ingrijpen, is er wel keuze in pijnbestrijding. De verloskundigen merken dat pijnbestrijding een steeds grotere rol gaat spelen bij de bevallingen. Als er gebruik wordt gemaakt van een ruggenprik dan wordt de bevalling tweedelijns en wordt het dus een bevalling onder supervisie van de gynaecoloog. De verloskundigen hebben hier weinig invloed op. Ze lichten vrouwen zo goed mogelijk in over de soorten pijnbestrijding en de voor- en nadelen hiervan. Wel merken ze dat er steeds vaker om pijnbestrijding gevraagd wordt. Op mijn vraag of er vaker pijnbestrijding wordt gegeven antwoordde de verloskundige:

“ja veel vaker, dat is een beetje de tendens he. Als het in de media besproken wordt dan weten mensen dat het kan en dat ze er recht op hebben [resp 3].”

En:

“Het gaat vooral om de beleving van vrouwen, ze willen gewoon steeds minder pijn. En het moet ook snel gaan. Goed, dat een bevalling tijd kost kan ik vaak nog wel uitleggen, maar als het dan maar geen pijn doet...[resp 3]”.

De verloskundigen merken dus op dat vrouwen meer kennis hebben over het medisch proces en hier ook gebruik van maken. De verloskundigen gaven aan hier niet in mee te gaan, maar wel uit te leggen waarom het gaat zoals het gaat. In de theorie werd verondersteld dat verloskundigen eerder zouden toegeven aan medisch ingrijpen als de vrouw dit eist. Dit komt niet overeen met de bevindingen in dit onderzoek. Voor medisch onderzoek worden protocollen en richtlijnen gevolgd waardoor er een duidelijke grens is wanneer er wordt ingegrepen en wanneer niet. Voor pijnbestrijding geldt dat verloskundigen hier wel aan meewerken omdat de patiënt ervoor mag kiezen. De verloskundigen proberen

hier zo goed mogelijk te informeren. Ik proef wel een bepaalde terughoudendheid uit de antwoorden, waardoor ik merk dat met name een ruggenprik toch afbreuk doet aan de bevalling zoals de verloskundige die graag zou zien. Dit past bij de rol van verloskundige als bewaker van het normale proces en de fysiologie (O'Connell, 2009). De grotere vraag naar pijnbestrijding zorgt er voor dat de bevallingen eerder medisch worden.

In het voorgaande is beschreven op welke wijze de vrouw invloed heeft op het medische proces. De verloskundigen en de sectormanager gaven ook aan dat de patiënt tegenwoordig meer aandacht wil. Er wordt meer nadruk gelegd op de service en begeleiding die wordt geboden. Deze verandering past bij het normale model van geboorte (O'Connell, 2009). In het normale model van geboorte staan vrouw, kind, geboorte en het natuurlijke proces centraal. Een van de verloskundigen geeft het volgende voorbeeld:

“mensen durven steeds beter te zeggen: ja maar, ik wil ook aandacht, ik wil ook dat je naar mij luistert. Ze willen bijvoorbeeld niet gestoord worden door telefoontjes of dat je op je scherm kijkt. Daar probeer je rekening mee te houden [resp 1.]”

Uit het beleidskader en de toelichting van de sectormanager blijkt dat het ziekenhuis zich hierop aanpast. Niet alleen binnen de verloskunde maar ziekenhuisbreed. Het ziekenhuis heeft het “belevingsgericht werken” hoog op de agenda staan [beleidskader]. De sectormanager geeft het volgende voorbeeld:

“iemand met vroege ontsluiting werd vroeger nog wel eens terug gestuurd omdat het nog de hele nacht kan duren, maar als mensen nu van verder komen en er is een kraamsuite vrij, dan worden ze in de gelegenheid gesteld om te blijven. Ze mogen het zelf weten, dat is belevingsgericht werken [resp 4]”.

Er zijn verschillende manieren waarop de vrouw is veranderd, en hoe de verloskundigen hier mee omgaan. Op veel vlakken proberen de verloskundigen de vrouw zo goed mogelijk van dienst te zijn. Echter op vakinhoudelijk gebied houden de verloskundigen de touwtjes in handen. Pijnbestrijding hangt er als het ware tussen. De strijd tussen het medische model en het normale model van geboorte is terug te zien in vrouwen. Enerzijds willen ze meer onderzoek en pijnbestrijding, anderzijds meer aandacht en begeleiding.

4.3. Het beschermen van de normale geboorte

In deze paragraaf komt het derde thema aan de orde: het streven naar normale geboorte binnen ziekenhuizen. In de voorgaande paragrafen is te zien dat medische aspecten een grote rol spelen bij de verloskunde. Toch is er ook steeds een tegenbeweging te zien, een manier waarop de normale bevalling beschermd en bewaakt wordt. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op deze tegenbeweging en de rol die verloskundigen hierin spelen.

Verloskundigen, die door O'Connel (2009) de beschermers van de normale geboorte, worden genoemd, worden ook binnen de muren van het ziekenhuis gezien als de ambassadeurs van de fysiologie. In het theoretisch kader wordt de vraag gesteld of er binnen het ziekenhuis nog ruimte is voor een normale bevalling (O'Connel, 2009). Is er nog ruimte voor wat de patiënt wil, keuze mogelijkheden en de autonomie van de patiënt (Davis-Floyd, 2001)?

4.3.1. Het verschil tussen de eerste en de tweede lijn

In het theoretisch kader worden de aspecten van een normale geboorte toegekend aan de eerste lijn, de aspecten van een medische geboorte aan de tweede lijn. In de eerste twee paragrafen lijkt het erop dat het medisch model terrein wint en dat er steeds minder ruimte is voor de normale aspecten van de bevalling. Uit de interviews blijkt dat de verloskundigen het ziekenhuis inderdaad als "meer medisch" ervaren dan de eerstelijns praktijk. Als er wordt gesproken over de tijd dat de verloskundigen nog buiten de muren van het ziekenhuis werkzaam waren, dan komen termen boven als: gemoedelijk, kleinschalig en persoonlijk. De volgende uitspraak ondersteunt dit beeld:

"In de eerste lijns praktijk waar ik werk hangt nog een veel huiselijkere sfeer, je kent de mensen heel goed. Qua zorg blijft het redelijk hetzelfde alleen heb je geen witte jas aan en dat maakt het voor de mensen toch wat fijner en persoonlijker. En je merkt ook dat de mensen wat meer gaan vertellen. Verder is het fijn dat je bij ongerustheid kan zeggen: ik kom naar u toe, en niet: komt u maar naar het ziekenhuis toe. En ik heb het gevoel dat mensen sneller durven bellen naar de verloskundigenpraktijk dan naar het ziekenhuis. Ook al zijn we hier in Terneuzen ook een eerste lijns praktijk, met ruimte in het ziekenhuis, voor de mensen is het toch bellen naar "het ziekenhuis" [resp 2].

De verloskundigen zien het ziekenhuis als andere omgeving, waar de bevalling toch minder "normaal" is dan in een eerste lijns praktijk. Op welke manier proberen de verloskundigen de

kenmerken van de normale bevalling te handhaven in het geboorte centrum? En zijn er nog andere manieren waarop de “normale” bevalling wordt beschermd?

4.3.2. Praktische maatregelen door de organisatie

Zoals in het artikel van O’Connell (2009) naar voren komt, is er niet alleen een verschuiving te zien naar het medische model, maar ook een tegenbeweging. De wensen van vrouwen, betrokkenheid en autonomie worden weer belangrijker. Dit komt onder meer naar voren in de volgende uitspraken:

“vroeger nam iedereen aan wat de medisch professional zei, nu zijn ze een stuk kieskeuriger en geven zelf aan dit wil ik wel en dit wil ik niet [resp 3]”

“Mensen durven ook steeds beter te zeggen, ja maar, ik wil dat je nu ook aandacht aan mij geeft en ik wil ook dat je naar mij luistert. Mensen durven meer te uiten wat ze van je verwachten [resp 1]”.

Deze uitspraken passen bij het artikel van Davis-Floyd (2001), waarin wordt gezegd dat er een tegenbeweging is en dat aspecten uit het model van normale bevalling weer belangrijker worden.

Verloskundigen spelen een rol in het normaliseren van de geboorte. Om de bevalling binnen de muren van het ziekenhuis zo normaal mogelijk te houden zijn verschillende maatregelen genomen.

Ten eerste is er binnen het geboortecentrum gewerkt met “kraamsuites”. Bij de documentenanalyse komen de “normale” aspecten van geboorte vooral goed naar voren in de folders over het geboortecentrum. Hierin wordt gesproken over een “gezinsgerichte visie”. Dit houdt in dat het gezin centraal staat, dat de hechting tussen ouders en kind zo veel mogelijk wordt bevorderd. Vrouw, kind en gezin worden betrokken bij de planning en uitvoering van de zorg. Door de vrouw te betrekken bij de zorg wordt de macht van het medische model verminderd. Toch komt ook het medische model terug in de folder. Er staat:

“ons streven is om zoveel mogelijk en tevens medisch verantwoordelijk aan uw wensen te voldoen”.

In 1 alinea worden zowel het medische als het normale model vertegenwoordigd:

“In de kraamsuites is alle nodige medische apparatuur aanwezig. Na de bevalling wordt deze opgeborgen, zodat u en uw gezin in privacy en huiselijke sfeer bij elkaar kan zijn”.

De opzet van de kraamsuites sluit aan bij wat Davis-Floyd (2001) als voorbeeld geeft in het artikel. Daarin wordt een voorbeeld gegeven van normale aspecten binnen het ziekenhuis door kamers te creëren waar de medische apparatuur op de achtergrond blijft. De aspecten waarmee een “normale” setting wordt nagestreefd worden ook in de folder genoemd:

“de partner mag 24 uur aanwezig zijn en krijgt ook eten en drinken aangeboden, eventuele andere kinderen mogen onbeperkt op bezoek komen. Planning van de zorg wordt besproken met het gezin. Verder zijn er tv, muziekinstallatie, dvd speler, minibar en koffie en thee voorziening”.

Volgens het rapport “reorganisatie van eerste lijns verloskunde in Zeeuws-Vlaanderen” zijn de kraamsuites ontwikkeld om het bevallen in het geboortecentrum aantrekkelijker te maken voor de zwangeren. Door middel van een eigen ruimte, eigen badkamer, eigen keuken wordt geprobeerd de privacy van thuis na te bootsen. De inrichting van de kraamsuites is huiselijker dan wat normaliter verwacht kan worden van een ziekenhuis kamer. Deze aspecten sluiten aan bij de kenmerken die Davis-Floyd (2001) noemt. Vooral de autonomie en vrijheid worden bevorderd door een eigen ruimte. De kraamsuites worden ook door alle respondenten genoemd als manier om de bevalling huiselijker te maken, ondanks het feit dat het in het ziekenhuis plaatsvindt.

*“mensen voelen zich echt op hun gemak als ze horen dat de hele ruimte voor henzelf is”
Zelfs mensen uit andere regio’s komen naar hier om te bevallen, daar ben ik wel trots op [resp 3]”.*

En:

“We hebben ook een enorme slag geslagen met het geboortecentrum. Wat je de patiënt thuis ontnemt, hebben we geprobeerd terug te brengen. Met z’n vieren op een ziekenhuiskamer was ook geen pretje, en nu is het als het ware je eigen huiskamer, met je eigen keuken, badkamer, zie maar... En we spreken dingen af, kloppen op de deur [resp 1].

Tot slot:

“Je probeert mensen toch op hun gemak te stellen. Ze zijn hier van thuis te gast, en we proberen het hotelmatig te benaderen [resp 4].

Dat een kraamsuite ook geen wondermiddel is schetst de volgende verloskundige:

“Het lukt bij de één beter dan de ander. Sommige mensen blijven dat ziekenhuisgevoel ook echt vasthouden. Dus ze bellen voor alles naar de verpleging en vragen om hulp. Dit mag natuurlijk altijd, maar soms moeten we toch ook tegen de verse ouders zeggen: “u mag ook zelf de luier verschonen of zelf koffie zetten” Dat is immers de insteek van de suites, dat het een “eigen huiskamer is [resp 3]”.

Onderwerpen als “patientgerichtheid”, “gezin”, “huiselijk”, en “privacy” worden genoemd in relatie tot het normaliseren van geboorte door middel van kraamsuites. Deze kenmerken passen bij het normale model voor geboorte (Davis-Floyd, 2001).

Naast de kraamsuites werden ook nog andere aspecten genoemd waarmee getracht wordt de normale geboorte zoveel mogelijk te handhaven. Zo zijn bij poliklinische bevallingen de kraamverzorgsters aanwezig, in plaats van het verplegend personeel.

“de kraamverpleegsters werkt ook goed, dat houdt het allemaal wat gewoner [resp 3]”.

Verder werd er nog iets gedaan aan de kleding zodat deze niet te medisch werd.

“het is hier natuurlijk toch een uniform. We hebben geprobeerd hier iets anders op te vinden wat niet van boven tot onder wit is, dat zijn polo’s geworden. Zo is het onderscheid tussen de verloskundigen en de verpleging duidelijk [resp 1].”

Het streven naar een normale geboorte binnen het ziekenhuis komt dus zowel in de documenten als in de interviews vooral naar voren door de inrichting van de kraamsuites waar de vrouw en het gezin privacy hebben en waar de medische wereld zo veel mogelijk op afstand wordt gehouden.

4.3.3 De verloskundigen als bewaker van de normale bevalling

De verloskundigen werden in de theorie gezien als de bewakers van de normale geboorte (O'Connell, 2009). In eerste instantie was er dan ook enige weerstand toen de verloskundige in het ziekenhuis kwam werken.

“toen ik net uit de eerste lijn kwam, had ik zoiets van: dat moet niet! Dan heb je veel te veel mensen die medisch bevallen. De instelling die je hebt als je in de eerste lijn een eigen praktijk hebt gerund is toch erg fysiologisch. Dan ben je heel erg voor het behoud van de fysiologie. Nog steeds trouwens [resp 3.]”

De verloskundigen waren bang voor een te grote macht van het medische model en de medisch specialist. Ze werken immers in een medische setting met medische mogelijkheden binnen handbereik, waar de macht over de medische verantwoordelijkheid bij de specialist ligt. Toch blijft de verloskundige verantwoordelijk voor de coachende functie, waarbij zij een team vormen met de patiënt en de bevalling begeleiden als een niet medische gebeurtenis. Op deze manier kan de verloskundige balans brengen tussen medisch en normaal. Dit komt onder andere naar voren in het volgende citaat:

“Eerste lijns verloskunde gaat uit van het gewone natuurlijke proces van een baring. En het is pas pathologie als er een probleem vastgesteld wordt. De specialistische verloskunde is toch meer gefocust op technische dingen, technische handelingen, technische apparatuur, probleemoplossend. Maar ik denk dat dit heel goed ineen kan schuiven. Het vergt wel enige ervaring in beide takken van sport om dat in een goede verhouding te brengen. Maar er blijft altijd het begeleidingsaspect van een bevalling en dit blijft natuurlijk een stuk wat niet gestoeld is op technische achtergronden, maar meer op psychosociaal omgaan met mensen. Dus het bijt elkaar echt niet” [resp 1].

De verloskundigen hebben een belangrijke rol in de normalisering van geboorte in het ziekenhuis. Dit bereiken ze door de nadruk te blijven leggen op de coachende taken en de fysiologie. De samenwerking tussen verloskundige en de kraamvrouw en de focus op fysiologie zijn aspecten die in het theoretisch kader naar voren komen als kenmerken van een normale bevalling (Davis-Floyd, 2001)

Het valt op dat de verloskundigen ook het medische model aangrijpen om de bevalling juist te normaliseren. Soms zien de verloskundigen medische techniek als bescherming van de normale bevalling. Een van de verloskundigen zag in kleine medische handeling mogelijkheden om de bevalling zo gewoon mogelijk te houden:

“Het is zelfs soms zo dat je de fysiologie beschermd door kleine medische handelingen. Als thuis de harttonen van het kind slecht worden en je hebt alleen je doptone, dan stuur je al gauw door naar de tweede lijn. Als ik nu slechte harttonen heb en ik sluit de CTG aan om dit te checken, en alles blijkt goed te zijn, dan kan deze vrouw gewoon poliklinisch bevallen, zonder dat het tweede lijn wordt [resp 3]”

Door zelf deel te worden van het medische model, wordt de grens tussen medisch en normaal vager. Soms beschermt de techniek zelfs de normale bevalling. Ook het EPD werd genoemd als beschermer van de “normale bevalling”. Door kennis te delen met de gynaecologen kan het normale model samen gaan met het medische model.

“...Verder het elektronisch patiëntendossier. Ik kan nu altijd even terugkijken. Je kunt elkaars stukken inzien. Als ik dan zie dat er een consult is geweest met de gynaecoloog, dan kan ik terugkijken, o, ja het was echt zo, dus ik hoef me hierover geen zorgen te maken. Dit geeft rust en vertrouwen in je besluitvorming en je verdere beleid [resp 2]”.

In het onderzochte geboortecentrum werken de verloskundige zowel als eerstelijns verloskundige als tweedelijns verloskundige. De “overdracht” kan ook worden uitgelegd als het beschermen van de normale geboorte. Omdat de twee lijnen verenigd worden binnen de zelfde persoon, blijven ze, als hun (12 uren) dienst dit toelaat, bij de patiënt, ook als ze van “rol” veranderen. Door het verenigen van de twee lijnen in een verloskundigen wordt ook de normale geboorte beschermd. Op het moment dat er indicaties zijn dat het een tweede lijns bevalling wordt, verandert slechts de verantwoordelijkheid, en niet de verloskundige. De verloskundige kan haar fysiologische en coachende rol blijven uitvoeren ongeacht de lijn waarin zij werkt.

4.4. Samensmelten van modellen

In de theorie wordt gesproken over twee modellen, het model van de normale bevalling en het model van de medische bevalling. Ook wordt er een tegenbeweging omschreven. Zowel de opkomst van het medische model als de tegenbeweging zijn terug te vinden in de resultaten. De grens tussen het medische en het normale model voor geboorte is daarom niet altijd scherp te trekken. Waar het medische model op het eerste gezicht de boventoon voert, houdt het normale model ook stand. Soms wordt het medische model zelfs “gebruikt” om de bevalling zo normaal mogelijk te houden. In de drie thema’s is te zien dat het

medische model zijn plaats heeft ingenomen in de verloskunde, maar ook dat normale aspecten stand houden.

Bij het thema macht en controle was te zien dat het werk inderdaad wordt geprotocolleerd en dat daarmee de vrijheid werd verkleind, anderzijds kregen de verloskundigen meer kansen om zich medisch bij te scholen waardoor er juist weer een grotere autonomie ontstond. Verder werd er gesproken over de formele macht van de specialist, maar ook de hechtere, meer informele samenwerking, waardoor in praktijk de verloskundige de bevalling zelf kan blijven begeleiden.

Dezelfde tegenstelling was te zien bij het aanpassen aan de geldende normen. Waar de verloskunde meebeweegt met de maatschappij waar wetenschap en veiligheid erg belangrijk zijn, zo zijn er ook protocollen, zoals de indicatielijst, die de grenzen van de medische wereld aangeven. Bij het laatste thema geven de verloskundigen aan dat bevallingen in het ziekenhuis wel medischer aanvoelen, maar anderzijds zijn er volop maatregelen die wijzen op het belang van een normale bevalling.

Het lijkt er op dat beide modellen hun plaats hebben binnen de muren van het ziekenhuis. Het medische model op de voorgrond, het normale model vooral tussen de regels door. Ook de verloskundigen geven aan dat beide modellen voelbaar zijn in hun werk:

“ik vind dat het een heel natuurlijk verloop is geweest. Je begint als pionier met je idealen en vooruitzichten, tot je op een gegeven moment in een zekere evenwichtssituatie komt [resp 2].

En:

“je bent als verloskundige toch heel anders bezig. Daar heb ik erg aan moeten wennen, maar nu het goed loopt en dat we ons plekje hebben gevonden werkt het eigenlijk heel erg prettig [resp 3].

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten van dit onderzoek besproken. De interviews en documenten zijn geanalyseerd met behulp van het theoretische kader. Dit kader biedt een lens waarmee naar de data gekeken kan worden. Door deze lens is te zien hoe het medische model en het model van normale geboorte zich een weg banen door de gangen van het ziekenhuis. Met behulp van de resultaten zal in dit hoofdstuk geprobeerd worden een antwoord te formuleren op de probleemstelling en deelvragen van dit onderzoek. Verder worden in dit hoofdstuk de discussie en de aanbevelingen gepresenteerd.

5.1 Conclusie

Op welke wijze zijn het medische model en het normale model van geboorte terug te zien binnen een geboortecentrum waar verloskundigen en gynaecologen samenwerken. Wat is de invloed van de modellen op de verloskundigen en hoe gaan ze hier mee om. Dit zijn de belangrijkste vragen geweest voor dit onderzoek.

5.1.1. Ontwikkelingen

De ontwikkeling in de verloskunde lijken zich te ontvouwen in de richting het medische model, richting de tweede lijn. Wat in de landen om ons heen al gebeurt, begint zich in Nederland ook te voltrekken. Steeds minder thuisbevallingen, steeds meer bevallingen in het ziekenhuis.

Er zijn diverse ontwikkelingen die een rol spelen in deze verschuiving richting de tweede lijn. Deze ontwikkelingen spelen zich af op verschillende niveaus. Ten eerste blijkt uit de literatuur in het theoretisch kader dat er een verschuiving is van het normale model van geboorte naar het medische model van geboorte. Davis-Floyd (2001) laat zien dat het medische model van geboorte past bij de denkbeelden die bestaan in een westerse samenleving. In westerse landen is er sprake van een groot vertrouwen in wetenschap en techniek. Ook in de gezondheidszorg spelen deze denkbeelden een rol. Medisch ingrijpen wordt verlangd om problemen te voorkomen of op te lossen. Ook wordt verwacht dat de risico's tot een minimum kunnen worden beperkt als de juiste onderzoeken en ingrepen maar beschikbaar zijn (Davis-Floyd, 2001). Deze visie is geborgd in de samenleving en beïnvloedt allen die hier deel van uitmaken. Dergelijke denkbeelden spelen een rol in de vraag naar tweedelijns, gespecialiseerde zorg. Laten we deze samenleving en de denkbeelden die hier bij horen beschouwen als het hoogste niveau. De samenleving omvat immers zowel de

patiënten, de overheid, de verloskundigen en de medisch specialisten. Het is als het ware de achtergrond waarin de rest van de ontwikkelingen plaatsvinden.

Een niveau lager vinden de beleidsmakers en de wetenschappers die proberen te sturen in de manier waarop de verloskundigen zorg eruit zou moeten zien. De laatste jaren zijn er onderzoeken die de thuisbevalling ter discussie stellen, onderzoeken die dit weer tegen spreken en onderzoeken die proberen uit te vinden waarom de babysterfte in Nederland hoger ligt dan in de landen om ons heen en die omschrijven hoe veilige verloskundigenzorg er uit zou moeten zien. Een van de uitkomsten van deze onderzoeken dat relevant is voor dit onderzoek is het rapporten “een goed begin”. Hierin worden 7 speerpunten genoemd waar verloskundigen zorg aan zou moeten voldoen. In feite gelden deze speerpunten voor zowel de eerste als de tweede lijn, maar de aard van de speerpunten drijft de zorg richting de tweede lijn. Denk hierbij aan het speerpunt “samen verantwoordelijk” waarin vergaande samenwerking tussen eerste- en tweede lijn wordt genoemd, met daarbij afspraken over kwaliteit, transparantie, registratie en verantwoording. Speerpunten “zwangere niet meer alleen” en “24/7 beschikbaarheid” zorgen er ook voor dat de afstand tussen de eerste en tweede lijn kleiner wordt. Vooral de eis dat een vrouw binnen 15 minuten met de noodzakelijke behandeling kan beginnen zorgt ervoor dat de eerste- en tweede lijn letterlijk naar elkaar toe moeten bewegen. Geschetst tegen de achtergronden van het technocratische model, zijn de wetenschappers en de beleidsmakers dus de tweede laag in de ontwikkelingen.

Nog een niveau dieper zitten de verloskundigen en de medisch professionals. Zij doen hun werk binnen het maatschappelijke en wetenschappelijke kader wat zojuist is geschetst. De ontwikkelingen in de onderzochte casus zijn hieraan gerelateerd. Door capaciteitsproblematiek werd het voor zowel de verloskundigen als het ziekenhuis steeds moeilijker te voldoen aan de eisen rond snelheid en 24/7 beschikbaarheid. Door de handen in één te slaan en de verloskundigenpraktijk op te nemen binnen de muren van het ziekenhuis kon een situatie worden gecreëerd waarmee de continuïteit van de verloskunde kan worden gewaarborgd.

5.1.2. Medisch versus Normaal

In de vorige paragraaf werden de belangrijkste ontwikkelingen omschreven die bijdragen aan de beweging naar de tweedelijns verloskunde. Maar ook de normale aspecten van geboorte blijven een belangrijke rol spelen in de verloskundigenzorg. Wie goed kijkt zal zien dat in het ziekenhuis beide modellen naast elkaar kunnen bestaan.

Het medische model heeft als belangrijkste kenmerken dat de zorg geprotocolleerd is, de regie van de zorg in handen is van een medisch professional en niet van de patiënt, dat er

sneller en vaker wordt ingegrepen en dat de omgeving “medisch” is. In de resultaten van dit onderzoek zijn dezelfde kenmerken terug te vinden. De verloskundigen gaven aan dat de zorg duidelijk geprotocolleerd was. De verloskundigen werken volgens afspraken gemaakt met de gynaecologen. Zo wordt er vastgelegd welke onderzoeken horen bij welke soort bevalling. Door de protocollering is het moeilijker om van het voorgeschreven pad af te wijken. De formele macht komt in handen van de gynaecoloog te liggen op het moment dat er sprake is van een indicatie voor tweedelijns zorg.

De verloskundigen gaven ook aan dat ze binnen de samenwerking meer mogelijkheden krijgen om “medische” handelingen uit te voeren, in vergelijking met hun werk in de eerste lijn. CTG data interpreteren, kleine medische handelingen, echo’s maken, zijn handelingen waarin de verloskundigen zich kunnen bekwamen. De aard van hun werk wordt hierdoor medischer. Tot slot past de omgeving van een ziekenhuis, met de apparatuur en uniform meer bij het medische model.

Uit het voorgaande blijkt dat het medische model terug te vinden is in de resultaten van de onderzochte casus. Maar ook de normale aspecten van geboorte spelen een belangrijke rol. Het normale model voor geboorte heeft als belangrijkste kenmerken dat de zorg samen met de patiënt bepaald wordt, de autonomie van de patiënt is groter. De zorg is gericht op het hele proces van bevalling en dus niet alleen op de medische aspecten. De bevalling wordt benaderd als een normale gebeurtenis en niet als een medische gebeurtenis. De fysiologie is hierbij erg belangrijk. Verloskundigen worden gezien als de bewakers van de normale bevalling. Maken zij hun rol als beschermers van de normale geboorte nog steeds waar?

De verloskundigen geven aan dat fysiologie een groot en belangrijk deel van hun werk is. Sommige verloskundigen gaven aan bang te zijn dat de medische wereld de overhand zou krijgen toen ze gingen werken binnen het ziekenhuis. Dat er dan geen ruimte meer zou zijn voor fysiologie. Het tegendeel bleek waar. Uit de resultaten kwam naar voren dat, juist omdat zij in het ziekenhuis werken, verloskundigen soms meer kunnen doen om een bevalling zo normaal mogelijk te houden, dit in tegenstelling tot een eerstelijns verloskundige die een stapje terug moet doen bij een overdracht. Een voorbeeld hiervan is het CTG onderzoek. Dit is een onderzoek waar de verloskundigen in de eerste lijn geen beschikking over hadden. Als de harttonen van het kind slecht werden hadden de verloskundige alleen de doppler als diagnostisch apparaat. In de eerste lijn betekende dit vaak een overdracht naar de tweede lijn. Binnen het samenwerkingsverband hebben de verloskundigen wel de beschikking over een CTG apparaat. Hiermee kunnen ze (non-invasief) onderzoeken hoe het echt met de hartslag van de baby gaat. Als blijkt dat het goed gaat is een verwijzing niet nodig. Een extra onderzoek beschermt in dit geval juist de normale geboorte.

Een ander voorbeeld waarop de verloskundigen de normale geboorte binnen het ziekenhuis kunnen beschermen is het feit dat ze een dubbelrol vervullen. Als blijkt dat er wel een

indicatie is voor de tweede lijn, dan komt na kort overleg de verantwoordelijkheid bij de gynaecoloog te liggen. Echter de verloskundige verandert van rol en blijft als tweedelijns verloskundige bij de bevalling. Hierdoor kan zij zelf de patiënt blijven begeleiden en coachen. Ze kan op deze manier de bevalling zo normaal mogelijk houden.

Ook in de wensen van de patiënt is de tegenbeweging terug te vinden. Hoewel vrouwen steeds vaker kiezen voor een bevalling in het ziekenhuis, wat past bij het medische model, worden ook aspecten als autonomie, aandacht, patiëntgerichtheid, gezinsgerichtheid en privacy, steeds belangrijker. Deze aspecten passen juist bij het normale model van geboorte. Het lijkt erop dat de patiënt het beste van de twee modellen wil. Dit komt ook naar voren uit de onderzoeksresultaten. De verloskundigen gaven aan dat enerzijds vrouwen vragen om meer onderzoek, meer ingrijpen en meer pijnbestrijding en anderzijds om meer aandacht en een actievere rol.

Deze wensen van de patiënt en de aspecten van beide modellen werken in het onderzochte geboortecentrum gebundeld in het concept "kraamsuites". Deze "suites" worden gebruikt voor zowel eerste- als tweedelijns bevallingen. Als de bevalling van eerstelijns overgaat naar tweedelijns dan blijft de vrouw in dezelfde ruimte. De ruimte biedt privacy, vrijheid en de mogelijkheid voor een gezinsgerichte aanpak, daarnaast zijn medische apparatuur en medisch specialistische zorg en een operatiekamer in de nabijheid.

5.1.3. Samenwerken

In het onderzochte geboorte centrum is de grens tussen eerste- en tweedelijns verloskunde heel dun geworden. Slechts de indicatielijst en de eindverantwoordelijkheid geven het verschil aan. Het medische model lijkt de boventoon te voeren, maar de tegenbeweging is ook zichtbaar omdat de normale aspecten van geboorte worden beschermd. Op welke wijze beïnvloedt dit alles nu het werk van de verloskundigen, dit was het laatste onderdeel van de onderzoeksvraag.

De belangrijkste verandering is dat de verloskundigen naast hun rol als eerstelijns verloskundige ook de rol van tweedelijns verloskundige op zich kunnen nemen. Als tweedelijns verloskundige krijgen zij de mogelijkheid om zich te bekwamen in medische technieken op het gebied van diagnostiek en kleine ingrepen. De verloskundigen gaven aan dat dit een verdieping was van het werk. Niet dat medische handelingen het winnen van de fysiologie, maar als de verloskundige bepaalde handeling kan doen, kan ze een doorverwijzing naar de tweede lijn soms juist voorkomen.

Een andere invloed op het werk is dat er meer gelijkheid wordt ervaren tussen de verloskundigen en de gynaecologen. Vanuit de eerstelijns visie gaven de verloskundigen aan

dat ze altijd een stapje terug hadden moeten doen als ze overdroegen naar de tweede lijn. Nu, binnen het geboortecentrum is er goed en informeel contact met de gynaecoloog en hoeft de verloskundige geen stapje meer terug te doen. De samenwerking is gelijkwaardiger en er is meer vertrouwen tussen beide groepen. De kloof is juist kleiner geworden in vergelijking met de situatie waarin ze werkten binnen een eigen eerstelijns praktijk.

De verloskundigen herkennen zelf ook het medische en het normale model terug in de patiënt. Deze zijn mondiger, weten meer over onderzoek en eisen dit ook, willen weinig risico's en weinig pijn. Allemaal kenmerken die passen bij het medische model. Anderzijds worden ook zaken als autonomie van de patiënt, privacy, aandacht, gezinsgericht steeds belangrijker. Dit zijn juist punten die bij het normale model passen. Dit heeft invloed op het werk van de verloskundigen. Ze proberen zo veel mogelijk mee te gaan in de wensen van vrouwen, maar inhoudelijk blijven zij de baas. Daarnaast blijven ze in hun coachende rol de vrouwen begeleiden en uitleg geven waarom sommige dingen niet kunnen zoals ze zouden wensen.

5.2 Discussie

De conclusies uit dit onderzoek volgen de lijn uit het theoretisch kader. Daarin wordt een situatie geschetst waar het medische model op de voorgrond treedt, maar waar ook een tegenbeweging te zien is van het normale model. In een medische georiënteerde wereld worden aspecten, zoals autonomie en aandacht, die gerelateerd zijn aan een normale bevalling weer belangrijker.

Zoals uit de conclusies blijkt is de maatschappij waarin we leven op het moment georiënteerd richting medische wetenschap en het voorkomen van risico's. De aanhangers van het medische model zullen de directe aanwezigheid van specialistische zorg dan ook als belangrijkste voordeel noemen van de medische benadering. Het doen van onderzoek en ingrepen zullen in hun ogen risico's verkleinen en de zorg beter maken. Deze groep zal als belangrijkste nadeel van het normale model noemen dat er te veel risico's zullen zijn wanneer er sprake is van complicaties.

Voorstanders van het normale model van geboorte, in de literatuur worden hier vaak de verloskundigen genoemd, zien de geboorte als een normaal proces. Een bevalling is geen ziekte of probleem en kan op een fysiologische manier benaderd worden. De bevalling is als het ware een samenwerking tussen de verloskundige en de kraamvrouw. De belangrijke voordelen van het normale model die zullen worden genoemd door de aanhangers ervan zijn: autonomie van de patiënt en bevallen in een vertrouwde (niet medische) omgeving. Te

veel (onnodig) medisch ingrijpen, met juist een toename van risico's, zal vanuit deze groep de belangrijkste kritiek zijn op het medische model.

De belangrijkste discussie die landelijk speelt is het bereiken van kwalitatief goede en veilige verloskundigenzorg. Hierin worden de beide modellen niet expliciet genoemd, maar ze zijn wel te herkennen. In verschillende onderzoeken wordt de thuisbevalling ter discussie gesteld, in andere wordt dit weer tegen gesproken. Omdat uit het onderzoek van TNO naar voren kwam dat de kindersterfte van Nederland gemiddeld hoger is dan de landen om ons heen wordt er gezocht naar oorzaken. Hieruit is het rapport een goed begin voort gekomen met daarin de speerpunten

De speerpunten uit het rapport "een goed begin" bevatten geen uitspraken over medisch-danwel normaal bevallen. Wel valt op dat bepaalde speerpunten de eerste- en de tweede lijn verder naar elkaar toe zullen brengen. Eisen voor samenwerking, aanrijtijden en continuïteit vragen om toenadering van de eerste- en de tweede lijn naar elkaar toe. De richting is dan vooral naar de tweede lijn toe, omdat er in geval van nood binnen 15 minuten met de behandeling gestart kan worden.

Wat eigenlijk het meeste opvalt in dit onderzoek is dat er steeds gesproken wordt over twee modellen, alsof ze niet naast elkaar kunnen bestaan. Wat medisch is lijkt niet meer normaal te kunnen zijn, en andersom. Maar dat is juist wat uit dit onderzoek naar voren komt. In het onderzochte geboortecentrum staan beide modellen naast elkaar en soms zijn ze moeilijk van elkaar te onderscheiden.

Natuurlijk is een ziekenhuis een medische omgeving met protocollen en hebben de gynaecologen de feitelijke macht in de tweede lijn. Maar de verloskundigen in dit geboortecentrum werken zelfstandig als het gaat om eerste lijns gevallen, en kunnen de patiënt blijven begeleiden als er een overdracht is. Door deze transformatie van eerste- naar tweede lijnsverloskundige hoeven ze geen stapje terug meer te doen bij een overdracht en werd de verstandhouding tussen verloskundigen en gynaecologen juist meer gelijkwaardig. Een van de meest opvallende resultaten van dit onderzoek was dat door zelf onderdeel te worden van het medische model, de verloskundigen juist kansen zagen de normale geboorte te beschermen. Door zelf meer te kunnen op het gebied van onderzoek en ingrepen werden de verschillen in hiërarchie en autonomie tussen de verloskundigen en de gynaecologen minder zichtbaar.

De theorie spreekt dus over twee modellen. De aspecten uit beide modellen zijn zeker terug te vinden in de onderzoeksresultaten en ook de beschreven tegenbeweging van het normale model is te zien. Maar de resultaten laten ook een soort verweving zien van de modellen. Een soort paradox zelfs. De verloskundigen die als bewakers van het normale model te boek staan, krijgen meer macht om een geboorte normaal te houden, zodra ze zelf meer deel uitmaken van het medische model. Dit zou men kunnen omschrijven als een grote slag voor

het medische model, omdat het lijkt of de verloskundigen deel uit gaan maken van het medische model. Als iemand zelf aanhanger is van het model, is het logisch dat de verschillen kleiner worden. Toch stel ik deze manier van kijken ter discussie. Uit de interviews bleek namelijk dat de verloskundigen nog steeds vasthouden aan het belang van fysiologie en coaching. Tussen de regels gaven ze soms zelfs aan niet altijd positief te staan tegenover medisch ingrijpen. De verloskundigen zijn dus niet overgelopen naar het medische model, maar maken gebruik van het feit dat ze er onderdeel van zijn om daarmee geboorte te kunnen blijven normaliseren.

Bij de resultaten van dit onderzoek kunnen ook een aantal kanttekeningen worden gemaakt. De invalshoek in de literatuur gaat in op verloskundigen die werken binnen een ziekenhuis onder supervisie van de gynaecologen. Het onderzochte geboortecentrum is een combinatie van een eerstelijnspraktijk en tweedelijnszorg binnen de muren van het ziekenhuis, zonder thuisbevallingen. De onderzochte casus komt dus niet volledig overeen met die van de literatuur. De onderzochte casus bevat nog een extra dimensie en dat is het feit dat de verloskundigen van rol kunnen veranderen. Dit levert een voordeel op omdat ze hun visie kunnen geven op zowel de eerste- als de tweedelijns situatie. Het kan echter ook een beperking betekenen voor de validiteit van het onderzoek. Omdat de verloskundige eerst eerstelijns waren en nu beide rollen kunnen vervullen kan dit de visie vanuit de tweede lijn vertroebelen. Door de dubbelrol die verloskundigen vervullen is het lastiger beide perspectieven te scheiden. De resultaten kunnen hierdoor minder zuiver zijn dan wanneer de "echte" eerste lijn wordt vergeleken met de "echte" tweede lijn, en niet binnen een soort hybride combinatie. Daarbij komt dat de situatie van de onderzochte casus zeer specifiek is. Het gaat om een dunbevolkt gebied met een beperkte aantal verloskundigen. Door de constructie van het samenwerkingsverband is een situatie ontstaan die niet zonder meer te vergelijken is met andere instellingen en regio's van Nederland.

Tot slot wordt in dit onderzoek de nadruk gelegd op de effecten van het normale- versus het medische model van geboorte en de invloed die dit heeft op de verloskundigen en de samenwerking met de gynaecologen. Hierbij zijn twee punten van aandacht. Ten eerste is het onderzoek gedaan vanuit het perspectief van de verloskundigen. Er zijn geen interviews gehouden met de gynaecologen. Voor een beter inzicht in de werking van beide modellen en de voor- en nadelen binnen de samenwerking zou het standpunt van de gynaecologen ook in beeld gebracht moeten worden. Wellicht komen er dan andere aspecten aan het licht die nu nog in dit onderzoek missen. Ten tweede zijn het normale- en het medische model niet de enige modellen die een rol spelen in de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. Bij het interpreteren van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de focus vanuit deze modellen en er moet niet uit het oog worden verloren dat er ook

andere invalshoeken zijn die andere aspecten van samenwerkingsverbanden zullen belichten.

Toch zijn er uit dit onderzoek een aantal lessen te trekken. In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op de aanbevelingen voor instellingen en voor vervolg onderzoek.

5.3 Aanbevelingen

Verloskunde is een actueel onderwerp. Er is veel te doen rondom de veiligheid, de samenwerking tussen eerste- en tweede lijn. Dit onderzoek biedt inzicht in de processen die meespelen als eerstelijns verloskundigen komen te werken binnen een medische instelling. De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn ook direct de belangrijkste leerpunten voor instelling waar een vergelijkbare samenwerking wordt opgezet.

Op het moment dat eerstelijns zorg wordt geïntegreerd in de tweede lijn, wordt allereerst gekeken naar de verschillen. De verschillen worden uitgewerkt in modellen en daarmee lijkt het soms te gaan om twee verschillende vormen van zorg. Een belangrijk punt om in het oog te houden is dat het doel van beide werkwijzen uiteindelijk hetzelfde is, namelijk het op de wereld zetten van een gezonde baby met daarbij ook de moeder in goede gezondheid. Door de nadruk op de verschillen lijkt dit gezamenlijke doel soms uit het beeld te verdwijnen. Verschillen in macht, hiërarchie, financiering, protocollen voeren de boventoon, terwijl er uit dit onderzoek ook een hoop raakvlakken naar voren komen.

Het belangrijkste wat instellingen van dit onderzoek kunnen leren is dat uit dit onderzoek blijkt dat de verschillen in de modellen juist minder sterk gevoeld worden op het moment dat de samenwerking sterker wordt. De verloskundigen stonden eerst bedenkelijk tegenover de macht van de medische wereld op het moment dat ze binnen het ziekenhuis gingen werken. Later, toen de samenwerking eenmaal een feit was, werd er aangegeven dat er sprake was van: vertrouwen, korte lijnen en goede communicatie.

De samenwerking kwam volgens de verloskundigen de overdracht van informatie ten goede omdat er sprake is van een vertrouwensband, waarin niet alleen feiten kunnen worden besproken, maar waar iemand ook vermoedens durft uit te spreken. Door directe overdracht van de eerstelijns verloskundige naar de gynaecoloog (zonder dat daar een secretaresse en een tweedelijns verloskundige tussen zit) ging minder tijd en informatie verloren.

De vereniging van eerste- en tweede lijns zorg in dezelfde verloskundigen blijkt ook goed te werken. De verloskundige zelf kan van rol veranderen en zodoende bij de bevalling blijven als het een tweedelijns bevalling wordt. Zij neemt de voorgeschiedenis mee in de rest van de bevalling en daarmee gaat ook minder informatie verloren. De verloskundigen gaven aan dat het prettig is zich te kunnen bekwamen in verschillende (diagnostische) technieken.

(gedeeltelijke) integratie van de eerste- en tweede lijn, zorgt dus niet alleen voor tegenstellingen, maar juist ook voor kansen.

Wat de verloskundigen zelf als zeer belangrijk zagen, was het concept van de kraamsuites. Als verloskundigen dan toch de “beschermers van de normale geboorte” zijn, dan zijn de kraamsuites hun “huiskamer”. Natuurlijk blijft er sprake van een ziekenhuis omgeving, maar door een meer huiselijke aankleding, de medische apparatuur uit het zicht, privacy en veel bewegingsruimte hebben de verloskundigen meer mogelijkheden de situatie zo normaal mogelijk te houden. Ze merkten ook dat patiënten dit als prettig ervaren en ze waren er trots op dat mensen soms speciaal van een andere regio naar het geboortecentrum kwamen vanwege de suites.

Tot slot is het belangrijk dat voor een goed verloop van de samenwerking gekeken wordt naar de financieringsstromen. Dit is niet een van de hoofdbevindingen van dit onderzoek, maar ik heb gemerkt dat voor het onderzochte samenwerkingsverband erg belangrijk is geweest dat er geen sprake was van concurrentie. Een probleem bij samenwerking tussen de eerste- en de tweede lijn kan zijn dat het doorverwijzen productie kost voor de eerste lijn en productie oplevert voor de tweede lijn. Dit levert concurrentie op voor een keten die eigenlijk zou moeten samenwerken. In het onderzochte samenwerkingsverband waren de gynaecologen in loondienst van het ziekenhuis, en ook de verloskundigen gingen in loondienst. Door deze stap is de concurrentie uit de zorg weg gehaald wat beter is geweest voor de samenwerking. Bij het inrichten van een samenwerking is dit iets om te gebruiken.

Aanbevelingen voor vervolg onderzoek zijn vooral gericht op het verbreden van het onderzoek. Nu zijn conclusies getrokken op basis van één geboortecentrum. Bovendien een geboortecentrum in een specifieke situatie, waardoor de casus niet altijd toepasbaar zal zijn op andere instellingen. Belangrijk om te weten is dat de samenwerking van de onderzochte casus ook min of meer noodgedwongen was in verband met het bewaken van de continuïteit. Dit heeft goed uitgepakt voor het betreffende geboortecentrum, maar het is zinvol de resultaten en de conclusies te testen bij meerdere vormen van samenwerkingsverbanden in andere situaties.

Daarnaast is het onderzoek volledig gericht op de visie van de verloskundigen. Aanvullend onderzoek naar het zelfde onderwerp vanuit het perspectief van de medisch specialist zou een waardevolle aanvulling zijn op dit onderzoek.

Op deze manier zal de toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek vergroot worden.

Literatuurlijst

2008. Opening geboortecentrum ZorgSaam. ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen [aangehaald op 30-3-2010]. Bereikbaar op <http://www.zorgsaam.org/nieuws/pagina-2>.

Stuurgroep, Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht, 2009.

2011. Eerste en tweede lijns verloskunde. KNOV [aangehaald op 30-11-11]. Bereikbaar op <http://www.knov.nl/voor-anderen/het-verloskundig-systeem/eerste-en-tweedelijns-verloskunde/>

2011. Over de DBC-systematiek. DBC onderhoud. [aangehaald op 15-11-11]. Bereikbaar op <http://www.dbconderhoud.nl/over-de-dbc-systematiek/menu-id-84>

2011. Tarieven. Nederlandse Zorgautoriteit. [aangehaald op 15-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/verloskunde/105252/105255/>

Blaaka, G. 2008. 'Doing midwifery between different belief systems' Midwifery 24: 344-352.

Boeije, H. 2008. Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen. Den Haag: Boom onderwijs.

Clarke, A. 2005. Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn. London: Sage Publications Ltd.

Davis-Floyd, R. 2001. 'The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth'. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 75: 5-23.

Downe, S. 2007. 'Expert intrapartum maternity care: a meta-synthesis'. Journal of Advanced Nursing. 57(2): 127-140.

Evetts, J. 2006. 'Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes' Current Sociology. 2006; 54; 515-531.

Evetts, J. 2003. 'The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World'. *International Sociology*. 18(2): 395–415

Hunter, B. 2004. 'Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery'. *Midwifery* 20: 261–272.

Hunter, B. 2005. 'Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery'. *Midwifery* 21: 253–266.

Hyde, A. 2004. 'Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife'. *Social Science & Medicine* 58: 2613–2623

Mead, M. 2004. 'The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care'. *Midwifery*. 20: 61–71

O'Connell, R. & Downe, S. 2009. 'A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity.' *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 13: 598-609.

Porter, S. 2007. 'New midwifery? A qualitative analysis of midwives' decision-making strategies'. *Journal of Advanced Nursing*. 60(5): 525–534.

Sinclair, M. & Gardner, J. 2001. 'Midwives' perceptions of the use of technology in assisting childbirth in Northern Ireland'. *Journal of Advanced Nursing*. 36(2): 229-236

Ybema, S, Yanow, D. 2009. *Organizational Ethnography: Studying the complexities of everyday life*. London: Sage Publications Ltd. [2009]