

**Mireille Bekker**  
gynaecoloog-perinatoloog,  
Radboudumc, Nijmegen

**Leon Massuger**  
hoogleraar gynaecologische  
oncologie, Radboudumc, Nijmegen

**Didi Braat**  
hoogleraar voortplantings-  
geneeskunde/afdelingshoofd,  
Radboudumc, Nijmegen

**Frank Vandenbussche**  
hoogleraar verloskunde,  
Radboudumc, Nijmegen

HERZIENING DIENSTEN VERBETERT VERLOSKUNDIGE ZORG IN UMC

# Radboud heeft altijd obstetrist paraat

De dienst van gynaecologie en obstetrie bestaat voor een groot deel uit acute verloskunde. In het Radboudumc beschikte de gynaecoloog van dienst echter niet altijd over een obstetrische achtergrond. Een herziening van het dienstsysteem heeft daar verandering in gebracht.

**D**e perinatale sterfte in ziekenhuizen is 's nachts hoger dan overdag.<sup>1,2</sup> Daarom heeft de stuurgroep Zwangerschap en geboorte in het rapport 'Een goed begin' (2009) aanbevelingen gedaan om de verloskundige zorg te verbeteren.<sup>3</sup> Een van de aanbevelingen was dat er 24 uur per dag en 7 dagen per week goed gekwalificeerde professionals bereikbaar en beschikbaar moeten zijn en dat noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten kan starten.

Tot september 2013 draaiden in het Radboudumc alle gynaecologen mee in de diensten voor de verloskunde, dus ook gynaecologen die zich overdag bezighielden met voortplantingsgeneeskunde, oncologie, minimaal invasieve chirurgie of bekkenbodem. Het gevolg van dit systeem was dat een gynaecoloog die overdag niets met verloskunde deed, in de dienst verantwoordelijk was voor de derdelijns obstetrische zorg. Bovendien waren er bereikbaarheidsdiensten, waar-

bij de dienstdoende gynaecoloog tussen twee drukke werkdagen ook nog 's avonds en 's nachts bereikbaar was en indien nodig naar het ziekenhuis kon komen. Het stuurgroeprapport was aanleiding om in het Radboudumc het bestaande dienstsysteem ter discussie te stellen.

### Acute verloskunde

Historisch bestaat de grootste belasting tijdens de dienst bij verloskunde en gynaecologie uit acute verloskunde en wordt deze *disutility* gedeeld door alle gynaecologen, ook in de derde lijn. Vanaf september 2013 zijn in het Radboudumc de diensten gesplitst in een obstetrisch dienstdoende gynaecoloog, die 24/7 in het ziekenhuis aanwezig is voor obstetrische problematiek, en een gynaecologische, oncologische of voortplantingsgeneeskundige achterwacht, die binnen een afgesproken tijd oproepbaar is. Uitgangspunt is dat bij drukke of acute problematiek de verschillende specialisten altijd

een beroep op elkaar kunnen doen.

De raad van bestuur van het Radboudumc stelde financiering ter beschikking voor 1,5 fte aan perinatologen, vanwege aantoonbare onderscheidende kwaliteit door invoering van het 24/7-systeem. Daarmee was er 12,5 fte beschikbaar voor de obstetrische dienst. De staf kwam overeen om fellows van de oncologie, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde, evenals stafleden die minder dan vijf jaar geleden hun specialisatie hadden afgerond, te laten participeren in de obstetrische dienst. Enerzijds omdat zij recente ervaring hebben met obstetrische problematiek en anderzijds om deze jonge collega's een goede positie op de arbeidsmarkt te laten behouden. Voor deze gynaecologen bleef er een obstetrische achterwacht tijdens de dienst beschikbaar. Om proactieve participatie

Tot september 2013 deden alle gynaecologen mee aan verloskunde



ISTOCK

te stimuleren, werd besloten om de dienstdoende obstetrisch gynaecoloog zowel voorafgaand aan de dienst als na de dienst te compenseren. Alle stafleden werd individueel akkoord gevraagd voor de start van het nieuwe systeem.

#### **Verbetering**

Voorafgaand en zes maanden na implementatie van het nieuwe dienststelsel was er een evaluatie in de vorm van een vragenlijst, waarin patiënten, gynaecologen, arts-assistenten, klinisch verloskundigen, verpleegkundigen en eerstelijns-verloskundigen hun ervaringen kwijt konden.

Belangrijkste uitkomst was dat alle geënquêteerden een verbetering zagen

in de kwaliteit van zorg, veiligheid en klantgerichtheid, en de wens uitspraken om het nieuwe dienststelsel te continueren. Wat betreft het dienstrooster zagen de gynaecologische, oncologische en voortplantingsgeneeskundige achterwacht een significante verbetering in zowel hun professionele als persoonlijk leven, evenals hun fysieke gesteldheid.

De patiënt-  
veiligheid is  
verbeterd

De dienstenfrequentie is voor de obstetrisch dienstdoende gynaecologen fors toegenomen door het nieuwe systeem. Zij ervoeren geen effect op hun geestelijke en fysieke gesteldheid. De obstetrisch dienstdoende gynaecologen, uit de gynaecologie, oncologie en voortplantingsgeneeskunde (fellows en < 5 jaar specialist), zagen een achteruitgang van hun professionele leven omdat ze door de obstetrische diensten minder continuïteit in hun dagelijkse praktijk konden bieden. Alle zorgverleners ervaren een grotere betrokkenheid van de gynaecoloog in de dienst. Zij vinden dat de obstetrisch dienstdoende gynaecoloog vaker betrokken wordt bij beslissingen in de dienst. De dienstdoende obstetrische gynaeco-

loog ziet vaker zelf patiënten om de wachttijd te bekorten en doet dit ook vaker op eigen initiatief. De aiossen, verloskundigen en verpleegkundigen vinden de patiëntveiligheid zowel voor als na het nieuwe dienststelsel goed. De gynaecologen vinden dat de patiëntveiligheid verbeterd is. Sommige gynaecologen en aiossen waarschuwen voor een afname van de zelfstandigheid van de aiossen, maar geven aan dat dit kan worden ondervangen door afspraken op maat. Patiënten vinden het belangrijk dat er 24/7 een gynaecoloog in het ziekenhuis aanwezig is. Verder vinden patiënten dat de wachttijd van aankomst in het ziekenhuis tot het eerste contact met een obstetrisch hulpverlener korter is sinds de invoering van het nieuwe dienststelsel.

## Financiële consequenties

Sinds het verschijnen van het stuurgroep-rapport 'Een goed begin' zijn er landelijk verbetertrajecten ingezet. Zo is het aantal klinisch verloskundigen fors toegenomen en is in veel tweedelijnsziekenhuizen de dienstdoende gynaecoloog ook 's nachts aanwezig. De umc's bleven daarbij enigszins achter. Het lijkt logisch om 24/7 een gynaecoloog op de werkvloer te hebben, die veel ervaring heeft met hoogrisicoverloskunde. Dit sluit ook aan bij de huidige gedachte over normen voor hoog-complexe problematiek. Echter, 24/7 de aanwezigheid van een gynaecoloog heeft financiële consequenties.<sup>4</sup> Minister Schippers schreef in 2012 aan de Kamer dat de adviezen van de stuurgroep over de 24-uursbeschikbaarheid vooralsnog niet kunnen worden omgezet in kwaliteitsnormen.<sup>5</sup> Hierin speelden financiële aspecten een rol. De implementatie van het nieuwe dienststelsel werd in het Radboudumc mogelijk gemaakt door de steun van de raad van bestuur, waardoor uitbreiding van de formatie mogelijk was.

## Voordelen

In het Radboudumc zijn betrokken hulpverleners en zwangere vrouwen een halfjaar na implementatie tevreden met het nieuwe dienststelsel. Zij ervaren een proactieve participatie van de obstetrisch

# PRAKTIJKPERIKEL

## APETROTS

Een van de aiossen van onze afdeling Interne Geneeskunde legde mij, opleider, het volgende probleem voor: 'Ik heb op mijn afdeling meneer A, een vluchteling uit het nabijgelegen asielzoekerscentrum, met een jong gezin. Hij is kort na aankomst in Nederland ziek geworden en moet waarschijnlijk aan de dialyse. Zijn vrouw kan maar twee keer per week op bezoek komen en zijn twee kinderen hangen maar een beetje rond in dat asielzoekerscentrum. Die mensen zijn alles kwijtgeraakt. Ik kan het niet meer aanzien, zo'n groot contrast met mijn gelukkige leven. Wat vind je ervan als ik die mensen uit mijn portemonnee 150 euro geef om een dagje naar de dierentuin te gaan?' Ik leg aan de aios uit dat een professionele relatie iets anders is dan een persoonlijke relatie, welke scheve verwachtingen gewekt kunnen worden en nog wat meer van dat soort dingen. Kortom: ik adviseer hem om het niet te doen. De volgende dag hebben we even tijd als de staf met de hele assistentengroep bij elkaar zit. Ik vraag de aios het probleem voor te leggen. Er ontspint zich een levendige discussie, maar het gezamenlijke advies aan de aios is uiteindelijk: niet doen.

Een paar weken later vraag ik wat hij gedaan heeft. Hij heeft uit eigen zak treinkaartjes, kaartjes voor de dierentuin en genoeg geld voor consumpties en pannenkoeken aan het gezin gegeven. Ze hebben een geweldige dag gehad en zijn inmiddels verhuisd naar een andere regio. De aios zegt er met een goed gevoel op terug te kijken. Professionele distantie? Al onze andere argumenten?

Ik ben apetrots op deze aios!

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

dienstdoende gynaecoloog in de dienst. Deze gynaecoloog is altijd aanwezig bij de dienstoverdracht van de verloskundigen en aiossen gynaecologie naar de dienstploeg van de dag, avond en nacht. Hiermee wordt het proces van briefing/debriefing tijdens de overdracht zorgvuldig bewaakt. Andere voordelen zijn dat de verloskamers meer een 24-uursbedrijf zijn geworden, waarbij ook 's avonds en in het weekend inleidingen worden opgestart. Een nadeel van het nieuw systeem is, dat het een onomkeerbaar proces is voor gynaecologen die geen obstetrische diensten meer doen. Dit maakt de dienstgroep kwetsbaar. Tevens leidt het dienststelsel tot een verdere segregatie binnen de obstetrie en gynaecologie. Of de kwalite

teit van zorg daadwerkelijk is verbeterd in de zin van minder complicaties en een verschil in perinatale sterfte moet in de toekomst blijken. ■

## contact

[mireille.bekker@radboudumc.nl](mailto:mireille.bekker@radboudumc.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

## web

De voetnoten en het MC-dossier over perinatale sterfte vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).