



Position Paper ten aanzien van het beleid integrale geboortezorg

Stichting Geboortebeweging
www.geboortebeweging.nl

Amsterdam, 17 juni 2016

Uitgangspunt

Stichting Geboortebeweging zet zich in voor de rechten van vrouwen in de Nederlandse geboortezorg: hun recht op zelfbeschikking, lichamelijke integriteit, privacy en informatie. Wij hebben als cliëntvertegenwoordiger deelgenomen aan de expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg van het CPZ. Tevens hebben wij input geleverd voor het KPMG-rapport integrale bekostiging. Naar aanleiding van beide trajecten hebben wij, tezamen met het Proefprocessenfonds Clara Wichmann, de minister schriftelijk gevraagd in haar beleid de rechten van de vrouw te waarborgen.

Standpunt

De Geboortebeweging maakt zich grote zorgen over de voorgestelde hervormingen in de geboortezorg, en over de gevolgen daarvan voor de keuzevrijheid en het zelfbeschikkingsrecht van zwangere en barende vrouwen. Alle cliëntvertegenwoordigers en diverse vrouwen(rechten)organisaties delen deze zorg. Geen van de cliëntvertegenwoordigers staat achter het beleid van de minister. Genoemde organisaties hebben een alternatief voorstel gedaan voor integrale bekostiging, te weten persoonsvolgende bekostiging.

Toelichting

In de zorgstandaard is vastgelegd op welke wijze geboortezorg dient te worden geleverd aan de zwangere, pasgeborene en kraamvrouw vanaf het begin van de zwangerschap tot het einde van de kraamtijd. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg zal in de praktijk worden gefaciliteerd en gefinancierd via integrale bekostiging.

De zorgstandaard is een compromis. Hij is zo open geformuleerd, dat hij in de praktijk - zonder de juiste toelichting - als instrument zou kunnen worden ingezet om vrouwen in hun keuzevrijheid of andere (grond)rechten te beperken. Al zijn wij ons terdege bewust dat dat niet expliciet de intentie is van het beleid of van betrokken partijen, wij achten die mogelijkheid reëel. Zeker als betrokken partijen gedwongen worden om – ter voorkoming van financiële sancties - praktische ‘oplossingen’ te vinden voor de lacunes in de standaard.

Om de kwaliteit van zorg in de praktijk te waarborgen is beleid nodig dat:

1. de (grond)rechten en vrije zorgkeuze van cliënten garandeert,
2. duidelijk is over kwaliteitsbeleid.

1. Grondrechten en vrije zorgkeuze

1.a. Het recht op vrije zorgkeuze

De vrije keuze voor zorgverlener geldt voor iedereen in Nederland, dus ook voor zwangere vrouwen. Momenteel kunnen zwangeren zelf hun zorgverlener en eventueel ziekenhuis kiezen én deze keuze gedurende zwangerschap herzien. Het plan van de minister waarborgt de vrije keuze niet. Keuzevrijheid in de zorg is een grondrecht dat niet alleen in theorie, maar ook in de praktijk moet worden bewerkstelligd. Financieel beleid of de inrichting van de zorgorganisatie mogen nooit een praktische beperking vormen voor het recht van vrouwen om zelf te besluiten waar, hoe en van wie zij geboortezorg ontvangen. Stichting Geboortebeweging vindt dat de vrouw, als zorgconsument, zelf de portemonnee moet beheren.

1.b. Rechtszekerheid

Hoewel de zorgstandaard juist in het leven is geroepen als nationale kwaliteitstandaard om willekeur in de praktijk te voorkomen, bevat de huidige versie een letterlijke opdracht om in de regio's tot eigen standaarden te komen. Dat kan leiden tot regionale verschillen en daardoor tot rechtsonzekerheid en willekeur in de geboortezorg. In dit kader benadrukken wij de taak van de Nederlandse overheid om beleid te maken dat naast samenwerking ook de rechten van vrouwen garandeert, niet alleen in theorie, maar ook in de praktijk en in elke regio.

1.c. Actieve toestemming

Een manier om bijvoorbeeld het (grond)recht op lichamelijke integriteit, privacy en informed consent in de praktijk te waarborgen is door de eis van actieve toestemming. Met andere woorden; de zwangere of kraamvrouw zou nooit een actieve handeling moeten verrichten om af te zien van een standaardprocedure. Dit geldt voor medische interventies maar ook voor administratief handelen, zoals het delen van medische gegevens. In de laatste versie van de zorgstandaard worden geen minimale eisen gesteld om actieve toestemming van de zwangere in de praktijk te waarborgen.

2. Duidelijk kwaliteitsbeleid

2.a. Er is geen eenduidige definitie van kwaliteit van zorg

In de zorgstandaard wordt vaak gesproken in termen als 'veilig, goed, doelmatig, effectief of optimaal' als kenmerk van zorg. Nu hieraan geen concrete invulling is gegeven, kan iedereen zich er in theorie in vinden. In de praktijk blijkt echter dat betrokken partijen anders denken over de invulling van zo'n waarde. Dit leidt tot onnodige conflicten en onduidelijkheden over het hoofd van de zwangere.

2.b. De systeemverandering is onvoldoende onderbouwd

Iedere verandering in de geboortezorg brengt risico's en kansen met zich mee voor zowel *moeders* als *baby's*. Het is niet onderzocht of door invoering van het voorgestelde beleid de uitkomsten voor *baby's* daadwerkelijk beter worden. Uit onderzoek blijkt wel dat de systeemverandering risico's voor de *moeders* vergroot. Volgens de Stichting Geboortebeweging moeten de risico's en kansen voor zowel *moeders* als *baby's* zijn onderzocht voordat de systeemverandering wordt ingezet.

2.c. Het resultaat kan niet worden gemeten

Tot slot is het onmogelijk om vast te stellen of doelen door de beoogde systeemverandering worden bereikt, als niet vooraf en concreet is vastgelegd wat bereikt dient te worden. “De zwangere centraal”, lijkt in dit kader ondergeschikt te worden aan het organisatorische belang van de maatregel. Met het huidige tijdspad wordt integrale bekostiging een doel op zich.

Als niet vooraf en op nationaal niveau duidelijkheid is over de kwaliteitseisen waaraan integrale geboortezorg zal moeten voldoen, kan in onze ogen niet financieel worden gesanctioneerd.

Het rondetafelgesprek gaat over een viertal vragen, dat wij hieronder toelichten.

A. Wat gaat er goed in de regionale samenwerking?

Het is niet ons doel om te oordelen over de wijze waarop wordt samengewerkt. Het is aan de professionals om te bepalen hoe zij hun werk indelen. Het gaat ons om het resultaat van die samenwerking. Wat voor zorg wordt uiteindelijk geleverd?

De Geboortebeweging is opgericht uit onvrede over de huidige zorgverlening aan zwangere vrouwen.

B. Wat zijn de knelpunten?

Er is sprake van dwingende zorg. De vrijheid van vrouwen om te kiezen waar, hoe en met wie zij bevallen is in de praktijk beperkt door protocollen die regionaal verschillen. Grondrechten als keuzevrijheid en zelfbeschikking worden gedicteerd door werkafspraken.

C. Wat zijn de oplossingsrichtingen om geboortezorg en kraamzorg te verbeteren?

Wij zijn absoluut voor het terugdringen van de perinatale sterfte, en uiteraard juichen wij een betere samenwerking toe. Geen enkele organisatie aan de ronde tafel heeft zoveel belang bij effectieve hervormingen als de Stichting die de zwangere vrouwen vertegenwoordigt.

Zwangere vrouwen willen goede zorg en gezonde baby's, daarom hebben wij zo onze twijfels bij de volgende punten:

1. Effectieve hervormingen?

Of de hervormingen leiden tot het gewenste resultaat is zeer de vraag. We hebben nu midwife-led care, en het voorstel is een overgang naar shared care. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat dat systeem leidt tot een verslechtering van de kwaliteit van zorg voor moeders¹.

De Geboortebeweging is voor een verbetering van de zorg en daarom tegen de voorgestelde hervormingen. We zien de oplossing in vraaggestuurde zorg in plaats van aanbodgestuurde zorg. Zie onderstaand.

¹ Een recent overzichtsartikel laat overigens zien dat een zogenoemd ‘midwife-led care’ model waarbij er sprake is van een continuïteit in zorg door een verloskundige gepaard gaat met minder interventies tijdens de baring en met een zelfde percentage opname voor de bevalling, keizersneden, foetale sterfte na 24 weken, inleiding en gebruik van oxytocine. Zie M. Prins, J. Van Dillen en A. De Jonge, ‘Voordelen van continue zorg door verloskundigen’, in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2013;157:A7070

2. Beperking van het zelfbeschikkingsrecht.

Daarnaast maken wij ons nu al zorgen over het recht op zelfbeschikking van zwangere vrouwen.

Dat is in het voorgestelde beleid niet geborgd. *sterker nog, het zal leiden tot de verslechtering van het recht op zelfbeschikking en meer verschillen in de regio's.*

Het recht op zelfbeschikking is een mensenrecht, daar mag absoluut niet mee worden geëxperimenteerd.

3. Verkoopmacht vs. koopkracht.

Het is dan ook zorgelijk om in de analyse van de Nederlandse Zorg Autoriteit te lezen dat de hervormingen zullen leiden tot nog meer dwingende zorg en een toenemende 'verkoopmacht van zorgaanbieders'².

Een gezonde markt is gebaat bij koopkracht in plaats van verkoopmacht. De verkoopmacht moet niet bij de zorgaanbieders komen, maar de koopkracht moet liggen bij zwangeren en hun partners. De cliëntvertegenwoordigers NPCF, CW en GB hebben hier vandaag een voorstel voor gedaan aan uw minister. Een model waarbij de macht bij de consument ligt, komt de marktwerking ten goede. Daarom staan wij voor een model van “vrouwgestuurde geboortezorg” gefaciliteerd door een persoonsvolgende bekostingsmodel. We zouden het niet meer dan logisch vinden als deze plannen nader worden bestudeerd.

Verzoek

Met de voorgestelde hervorming wil de minister de zwangere centraal zetten. Geen van de cliëntvertegenwoordigers staat echter achter deze hervorming.

Daarom vragen wij u, als vertegenwoordiger van alle Nederlanders - dus ook de zwangere - een beleidsregel in te voeren die:

1. de rechten van zwangeren waarborgt
2. duidelijk omschrijft aan welke kwaliteitseisen geboortezorg in de praktijk moet voldoen
3. persoonsvolgend bekostigd wordt

Dat zou een beleid zijn dat daadwerkelijk toegaat naar een vraaggestuurd zorgmodel met kwaliteitszorg en respect voor mensenrechten, waarbij moeder en kind werkelijk centraal staan.

² zie NZA, *Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte*, juni 2012: “Meer integratie tussen de verschillende geboortezorgaanbieders heeft als risico dat als gevolg van afspraken binnen de keten de keuzevrijheid van de zwangere vrouw beperkt wordt. Omdat bij integrale bekostiging het samenwerkingsverband het aanspreekpunt wordt voor financiële afspraken met de zorgverzekeraar wijzigt ook de marktstructuur en kan de verkoopmacht van de zorgaanbieders toenemen”