**Position paper Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (EVAA)**

**23 januari 2018**

**Kernpunt: Fusieziekenhuis AMC-VUmc keert rug naar de samenleving.**

* **De fusie AMC-VUmc zorgt ervoor dat de aandacht intern gericht wordt waardoor de ziekenhuizen met hun rug naar de samenleving komen te staan. De enige manier voor kleine organisaties zoals EVAA om de aandacht te krijgen is onderdeel te worden van hun interne organisatie waarin vervolgens kleinere organisaties het onderspit delven in de interne dynamiek. Zij moeten een onevenredig deel van hun resources in zetten om de regionale problematiek en mogelijke oplossingen op de agenda te krijgen en te houden.**
* De fusieorganisaties AMC en VUmc zijn zo complex geworden dat de diverse lagen nauwelijks effectief communiceren. Alle interne aandacht van het management en bestuur is gericht op institutionele belangen. De belangen van cliënten en de (eigen) zorgprofessionals raken hierdoor ondergesneeuwd.
* De rol van de verzekeraar als regisseur die de overheid voor ogen had bij de overgang naar een privaat stelsel in 2006 komt in deze omgeving niet tot stand. Het ziekenhuis vaart een eigen koers die verlegd wordt al naar gelang de *interne* dynamiek.
* EVAA vraagt de politiek opdracht te geven aan de verzekeraars om in lijn met het Regeerakkoord in te kopen op basis van daadwerkelijke substitutie van zorg. Niet alleen op basis van verschuivend budget. Wij vragen de Kamerleden en de Minister om deze opdracht te geven, juist nu er zo’n sterke afhankelijkheid is ontstaan bij de verzekeraar van de grote gefuseerde ziekenhuizen in Amsterdam om aan hun zorgplicht te voldoen.
* EVAA vraagt de politiek om de verzekeraar en de gemeente op te roepen hun verantwoordelijkheid te nemen en aan te dringen op een (inkoop)beleid dat aangeeft op welke manier zij met partijen, zoals de huisartsen, kraam-, verloskundigen en de jeugdzorg in het sociale domein samen wil optrekken om regie te gaan voeren op een gezonde start in de wijk en in geboortecentra 2.0.
* Vrouwen in de wijken hebben geen enkele zeggenschap gehad op de tot stand koming van de fusie en de effecten op de geboortezorg.

**Inleiding**

EVAA is gevraagd haar ervaring met AMC en VUmc in te brengen omdat EVAA vanaf 2013 met hen om tafel heeft gezeten om een belangrijke innovatie in de Amsterdamse geboortezorg tot stand te brengen. Onze ervaringen geven een beeld van hoe grote- complexe organisaties opereren en samenwerken met kleinere partijen zoals EVAA. Deze positionpaper begint met onze context en beweegredenen om af te ronden met onze conclusie en aanbeveling voor de landelijke politiek en de betrokken bewindspersonen.

**1.Context: Schaarste aan bevalplekken & noodzakelijke verbeteringen van zorg**

In november 2017 zette het televisie programma de Monitor de chronische schaarste aan bevalplekken in de Amsterdamse regio op de kaart. Iedere maand worden er 200 zwangere vrouwen geweigerd die bij een geboortecentrum of ziekenhuis aankloppen. Het trieste hoogtepunt was de geboorte van een baby op de A10 omdat er in het ziekenhuis van voorkeur geen plaats was en de ouders geadviseerd werd een afslag verder te rijden naar het volgende ziekenhuis. Helaas in dit geval een afslag te ver. Het kind kwam ter wereld op de snelweg.

In Amsterdam Zuid-Oost waar de babysterfte twee keer zo hoog is als het landelijk gemiddelde kan het voorkomen dat een vrouw die naast het AMC woont toch na veel rondbellen in de regio uiteindelijk voor haar bevalling naar Haarlem uit moet wijken.

*De verbetering: laagcomplexe zorg in geboortecentra 2.0 de VrouwenKlinieken EVAA*

Al sinds 2013 neemt EVAA de door haar gevoelde verantwoordelijkheid om samen met zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de Amsterdamse regio een innovatie in de geboortezorg tot stand te brengen, met het zwaartepunt in de Bijlmer bij het AMC, waardoor gezonde zwangeren, ook als er wat extra medische hulp nodig is, kunnen bevallen in een verlengstuk van hun eigen wijk en bij hun eigen verloskundige in een geboortecentrum 2.0 onder het dak van een ziekenhuis. De verbetering van de zorg ziet erop dat er continuïteit van zorg geboden wordt door de vertrouwde zorgverlener, die men in de wijk heeft leren kennen en die met wat extra opleiding ook de laagrisico medische zorg kan begeleiden in een door verloskundigen geleid geboortecentrum 2.0. EVAA kan op deze manier ook een belangrijke bijdrage leveren aan de problematiek in Amsterdam m.b.t. capaciteit en het arbeidsmarktvraagstuk.

*Een verbetering die aansluit bij de wens van de zwangere vrouw*

Uit recent (2017) eigen onderzoek van VUmc (het Athena instituut),  waarvoor vrouwen in de regio van AMC en VUmc zijn ondervraagd, bleek dat het hiervoor geschetste zorgaanbod ook past bij de wens van vrouwen om bij hun vertrouwde verloskundige, die zij in de wijk hebben leren kennen, te bevallen. Dit is ook eerder al in internationaal onderzoek aangetoond (Lancet studies). Juist wanneer er laagrisico extra medische zorg nodig is, willen zij graag dat de eigen verloskundige uit de wijk ze blijft begeleiden op die plek waar dat geboden kan worden. Volgens de zwangere vrouwen is het contact met hun verloskundige makkelijker omdat ze bereikbaarder zijn en goed op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt. Bij overdracht aan het ziekenhuis ervaren vrouwen minder aandacht voor persoonlijk contact en emotionele steun. De vrouwen in het onderzoek geven aan dat zorgverleners in het ziekenhuis vaak slecht op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt, met name tijdens drukte of wisselingen van diensten. Wat nog versterkt wordt door het grote aantal betrokken zorgverleners. Met name wanneer de eigen verloskundige uit de wijk aanwezig bleef was de cliënt tevredener. De verandering van locatie werd daardoor als persoonlijker ervaren en had een positieve invloed op de ervaren continuïteit van zorg alsmede op het opvolgen van de persoonlijke voorkeur van de cliënt.

*Afspraken AMC-VUmc, EVAA & Zorgverzekeraar*

Om de bovenstaande verbeteringen door te voeren zijn er contracten gesloten met Zilveren Kruis en afspraken gemaakt. De Value Based afspraken die EVAA met AMC en VUmc heeft gemaakt luidden een revolutie in het zorglandschap in met als beoogd resultaat; einde aan schaarste in beval plekken; keuzevrijheid voor de zwangere; continuïteit van zorg; minder onnodige interventies; de juiste zorgverlener op de juiste plaats, aansluiting op de wijk blijft geborgd, en last but not least doelmatiger inzet van middelen.

*Barrière tot verbetering: Koerswijziging door fusie AMC en VUmc*

Op 19 mei 2017, een maand nadat EVAA twee vijf-jarige contracten met de preferente verzekeraar Zilveren Kruis tekende om de eerder beschreven innovatie te realiseren, ontving EVAA een brief van de directeur huisvesting van het AMC met een duidelijk eerste signaal dat bij AMC en VUmc intern de zaken anders werden gezien dan ons was voorgehouden. De directeur meldde dat de verloskunde plannen in de ijskast gezet werden en dat men de komende tijd rustig nog eens wat scenario’s uit zou gaan werken. Bovendien werd EVAA verteld dat de vierkante meters bij het AMC nu niet meer beschikbaar waren omdat de verbouwing van de NICU voor vroeggeborenen de voorrang had gekregen. Ook ten aanzien van de vormgeving van de zorginhoud werden wij steeds frequenter door de vertegenwoordigers tegengewerkt. Dat terwijl we een door de Raden van Bestuur goedgekeurde governance structuur hadden, en al bijna drie jaar werkten met de kraam, verloskundigen en gynaecologen om tot een gedragen vorm van innovatieve zorg te komen in de te realiseren verloskundig geleide geboortecentra 2.0.

Na het gezamenlijk tot stand gekomen persbericht dat in mei 2017 jl. overgenomen werd door *de Telegraaf* met de aankondiging van de komst van VrouwenKlinieken EVAA, werden wij opgedragen de berichtgeving on hold te zetten en mochten wij niet meer over onze onderneming communiceren. Toen vervolgens de eerste berichten binnenkwamen over de eerste tranche van de goedkeuring van de ACM over de fusie tussen AMC-en VUmc begon het ons te dagen dat dit mogelijk hetgeen was wat de terugtrekkende bewegingen kon verklaren. Kennelijk was het samenwerkingsproject met EVAA geen onderdeel meer van het fusietraject. De interne belangen en verhoudingen kregen voorrang boven de ontwikkelingen buiten het ziekenhuis, in de regio en in de stad. Wat de reden is of was voor het feit dat hier niet op een eerder moment met ons over is gecommuniceerd, is ons volkomen onduidelijk. Ook de kortgeding rechter spreekt van *verwijtbaar gedrag* in deze. Duidelijk werd echter wel dat de prioriteiten verschoven waren en het fusie conglomeraat VUmc-AMC de rug naar de stad en de vrouwen van Amsterdam had gekeerd.

**2. Conclusie: AMC-VUmc keert de rug naar de samenleving**

Ondanks al onze pogingen tot bestuurlijke oplossingen, creatieve voorstellen heeft de fusie AMC en VUmc ervoor gezorgd dat alle aandacht intern gericht wordt waardoor de ziekenhuizen met hun rug naar de samenleving komen te staan. De enige manier voor kleine organisaties zoals EVAA om de aandacht te krijgen is onderdeel te worden van hun interne organisatie waarin vervolgens kleinere organisaties het onderspit delven in de interne dynamiek en een onevenredig deel van hun resources in moeten zetten om de regionale problematiek en mogelijke oplossingen op de agenda te krijgen en te houden.

De fusieorganisatie’s AMC en VUmc zijn zodanig complex geworden dat de diverse lagen nauwelijks effectief communiceren. De aandacht van het management en bestuur is gericht op institutionele belangen waaraan de belangen van de inwoners van Amsterdam Amstelland en de professionals werkzaam in de wijken ondergeschikt zijn. Onze waarneming daarbij is dat de rol van de verzekeraar als regisseur die de overheid voor ogen had bij de overgang naar een privaat stelsel in 2006 in deze omgeving niet tot stand komt. Het ziekenhuis vaart zijn eigen koers die verlegt wordt al naar gelang de interne dynamiek dat vraagt**.**

**3. Waar hebben wij behoefte aan?**

Deze gebeurtenissen staan haaks op staand beleid van de landelijke en lokale overheid en de inzet van zorg- en welzijn professionals actief in de wijken om laagdrempelige zorg en ondersteuning in de wijk te bieden:

*Waar we heen will(d)en in Amsterdam: Zorg op de juiste plek*

Voor meerdere sectoren zijn weer bestuurlijke afspraken gemaakt. Daarbij wordt onderkend dat ‘zorg op de juiste plek’ moet worden geboden en onnodige ziekenhuisopnames voorkomen moeten worden. Ten behoeve van substitutie van de tweede naar de eerste lijn is 75 miljoen euro beschikbaar. Dit geld is beschikbaar wanneer zorgaanbieders een initiatief hebben waarin ziekenhuiszorg wordt verplaatst en zij hierover een afspraak hebben met een zorgverzekeraar. De zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn zijn opgeroepen om zo snel mogelijk met elkaar en met de zorgverzekeraar in gesprek te gaan om initiatieven te ontwikkelen. Hoe eerder dat gebeurt, hoe groter de kans dat er afspraken gemaakt worden die impact hebben op de besteding van de middelen in 2018. Als het totaal van de substitutieafspraken onder de €75 miljoen blijft, blijven de resterende middelen in het budgettair kader van de tweede lijn. Eind 2017 werd nog naar buiten gebracht dat snelheid is geboden met het ontwikkelen van substitutie-initiatieven die in 2018 gaan lopen.

*Uw steun door te sturen richting gemeente en verzekeraars*

Om de bovenstaande substitutiedoelen te bereiken is de een stevige hand van de overheid noodzakelijk. Wij kunnen als partijen die veelal in de wijk opereren met onze partners in het sociale domein - met een aantal grote ziekenhuizen en een verzekeraar die hierin steeds geen kant kan en mag kiezen - gewoonweg het krachtenveld niet alleen het hoofd bieden. De fusieconglomeraten in Amsterdam zijn zo dominant en allesbepalend, en trekken de zorg uit de wijk naar binnen, doordat meedoen aan de interne organisatie van het ziekenhuis de enige manier is om tot afspraken te komen. Dit is echter niet wat onder samenwerking is te verstaan. Samenwerking gaat uit van autonome partijen en niet van kolonisatie. Daarom is voor kleine organisaties zoals EVAA een stevig wijkplatform een vereiste om haar rol in het bevorderen van de gezondheid van zwangeren en jonge gezinnen te kunnen blijven uitvoeren. We willen met de partners in het sociale domein, de gemeente en de verzekeraar aan uitbreiding van de reeds bestaande regiovisie AMC/VUmc/EVAA werken die preventie en gezondheid voorop stelt en de verloskundige weer terugplaats waar zij haar grootste taak heeft liggen. Namelijk in de zorg in de wijk voor de gezonde vrouw en in de geboortecentra 2.0, onder het dak van het ziekenhuis, waar zij in connectie met de gemeenschap en de ziekenhuizen kan werken aan het verbeteren van de geboortezorg en een gezonde start voor het jonge gezin. Maar alleen maar met een stevig stadsbreed platform leggen wij het nog steeds af. Wij hebben ook de hulp van de politiek nodig.

*Inzetten op échte substitutie van hoog naar laag*

Met het implementeren van de Beleidsregel IB en het tot stand brengen van integrale bekostiging in negen prestaties wordt wel een pakket aan geboortezorg uit het ziekenhuis verplaatst echter wordt de verdeling van het geld middels negen prestatie’s aan de partijen onderling overgelaten. Achter de voordeur zijn de financiële schotten in de zorg nog onverminderd in stand gebleven en is substitutie van zorg een vraagstuk dat op de lange baan geschoven is of waarvan de rekening bij de verloskundigen wordt gelegd. Het Amsterdamse model voorziet wél in substitutie van zorg en slecht de financiële schotten tussen zorgverleners ( Zie bijlage 1). De weerstand tegen het Amsterdams model vanuit de ziekenhuizen komt, naast de fusieperikelen, onder andere voort uit het gegeven dat budgetten substantieel verschoven worden richting eerstelijn, de geboortecentra 2.0 en de wijk. Zonder hulp lukt het ons als relatief kleine partij nauwelijks om budgetten van ziekenhuizen te verschuiven, daarvoor is alle hulp nodig van de politiek, van de stad en van de verzekeraar. Als de minister besluit dat hij niet wil interveniëren en de geboortezorg aan de krachten in de markt over wil laten, voorspellen wij dat er binnen vijf jaar geen verloskundige praktijk in de wijken meer te vinden is.

In Amsterdam is de afhankelijkheid van de verloskundigen van ziekenhuizen steeds groter geworden door de opeenvolgende fusies in de regio. Wij zijn nu, in plaats van een volwaardige partner in de wijk met als kers op de taart de verloskundig geleidde geboortecentra 2.0 de speelbal geworden van de belangen van de fusieconglomeraten die in Amsterdam leidend zijn. Wij willen ons hierbij graag ten dienste stellen van de gemeente en de verzekeraar om die gezonde start mede mogelijk te maken, en zien daarin onze gemeente als de primaire partner. Maaralleen, tegenover de conglomeraten van ziekenhuizen, kunt u er zeker van zijn dat maatschappelijk gewenste en noodzakelijke innovatie gewoonweg nooit van de grond zalkomen.

Onze casus roept een bredere vraag op, namelijk welke politieke mogelijkheden er nog zijn voor de politiek om toezicht te houden en te sturen op de zorgmarkt. Hoewel de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen het mogelijk maakt dat de minister het besluit van ACM tot toestemming van de fusie AMC-VUmc kan vernietigen, lijkt dit een politiek onbegaanbare weg. Zelfs nu blijkt dat noch de NZa, noch de ACM beschikken over het instrumentarium om een megafusie zoals die van AMC-VUmc tegen te houden. Een fusie, waarvan onduidelijk is wat deze de samenleving oplevert, geld gaat kosten en ervoor zorgt dat de hoofdstad van Nederland voor wat betreft de zorg aan vrouwen volledig op slot staat.

**We willen aan de politiek vragen om de verzekeraars aan te sporen, in lijn met het** **regeerakkoord in te kopen op basis van substitutie van zorg, De mening van de verzekeraars dat zorg gesubstitueerd is als er een integraal geboortezorg budget ingekocht is bij een integrale geboortezorg organisatie deelt EVAA niet. De verzekeraar vertrouwt op de verdeling achter de voordeur door de partijen zelf. EVAA is van mening dat binnen de beleidsregel integrale geboortezorg het mogelijk moet zijn om laagcomplexe zorg in te kopen door een multidisciplinaire maar eerstelijns aangestuurde organisatie. Deze organisatie kan in samenhang contracteren met de tweedelijns organisatie. Alleen als het mogelijk blijft voor een eerstelijns organisatie om zelfstandig zorg aan te bieden kan echt substitutie tot stand komen. Overigens heeft EVAA onderzocht bij de NZA en VWS dat hier geen overwegende bezwaren zijn. Door politieke steun en gerichte inkoop op basis van hoog en laagcomplexe integrale geboorte zorg, kan zorg vanuit het ziekenhuis naar geboortecentra 2.0 onder het dak van het ziekenhuis en naar de wijk worden verplaatst. Als het mogelijk wordt om laagcomplexe zorg in een multidisciplinaire organisatie met eerstelijns aansturing in te kopen zijn de wijkpartijen niet meer zo kwetsbaar voor de financiële zuigkracht van de fusieconglomeraten.**

**Wij vragen van de politiek om nu in elk geval de verzekeraar en de gemeente op te roepen hun verantwoordelijkheid te nemen en aan te dringen op een (inkoop)beleid dat aangeeft op welke manier zij met partijen, zoals de huisartsen, kraam, verloskundigen en de jeugdzorg in het sociale domein ervoor gaan zorgen dat een gezonde start voor (aanstaande) moeder en kind in de wijk en geboortencentra 2.0 het uitgangspunt is. Preventie en sturen op gezondheid moeten hierbij leidend zijn.**

**4. Tot slot**

De 28 verloskundige praktijken van de ruim over de honderd verloskundigen ervaren de afspraken met de twee academische ziekenhuizen AMC en VUmc net als een huwelijk, dat was gebaseerd op vertrouwen en de wil en inzet van beiden om er samen uit te komen. Dat vertrouwen is geschonden, en de verloskundigen zijn zeer teleurgesteld over het gedrag dat twee van Nederlands meest gezaghebbende ziekenhuizen vertonen, en het feit dat ze ermee weg kunnen komen: Noch de NZa, de ACM, de overheid of de rechter wijzen de ziekenhuizen op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Nog nooit is de maatschappelijke verwachting in de geboortezorg zo groot geweest. Dit plaatst verloskundigen, ziekenhuizen en kraamzorg en onze overige partners in de wijk voor nieuwe vraagstukken, waar inspirerend leiderschap voor nodig is.

In Amsterdam was het gelukt om met een groep welwillende gynaecologen, klinisch verloskundigen, kraam en verloskundigen samen met partners in de wijk aan een nieuwe inhoud voor de geboortezorg te werken, maar daar hebben de ziekenhuizen met hun opstelling en vooral teleurstellend gedrag voortijdig en eenzijdig een eind aan gemaakt. Daarmee komen ze ermee weg dat ze de samenleving en de vrouwen in Amsterdam de rug toe keren. En morgen vraagt iedereen zich af hoe het nu toch kan dat er weer een kind geboren is op de A 10.

**Bijlage 1: Succesvolle substitutie: Prenataal CTG in de wijk**

**Een geslaagd Amsterdams voorbeeld van substitutie is in 2017 tot stand gekomen onder het prestatiecontract met EVAA, Zilveren Kruis, AMC, VUmc. Later volgde ook deelname van OLVG west: Toegang tot technologie door verloskundigen leidt tot 80 procent minder verwijzingen**

In de verloskundig geleide geboortecentra 2.0 zou 80 procent van de verwijzingen in de natale fase voorkomen worden doordat de barende door haar eigen verloskundige geholpen wordt. Dat dit goed mogelijk is laat het resultaat van de pilot pre-nataal CTG in de wijk zien. De eerste stap in de gemaakte afspraken tussen EVAA, VUmc, AMC en Zilveren Kruis om wat kan in de wijk kan ook in de wijk te doen en wanneer nodig in de verloskundig geleide geboortecentra. Voor alle helderheid: het gaat hier om de populatie gezonde zwangeren die een lichte interventie nodig heeft. De verloskundige verwijst bij het voelen van minder kindsbewegingen, de voorbode van prenatale sterfte, niet meer naar het ziekenhuis maar maakt zelf een hartfilmpje van de baby op de eigen praktijk of in een hiervoor ingerichte gemeenschappelijke wijkvoorziening die meerdere verloskundigen delen.. Deze pilot laat dezelfde resultaten zien als die in twee andere pilot regio’s verspreid door Nederland. Zwangeren waarderen het hartfilmpje waarvoor zij niet meer naar het ziekenhuis hoeven met een tevredenheidsscore van 9.2. en bij de vrouwen die bij de verloskundige geholpen zijn kwam geen sterfte voor. 80 procent van de vrouwen bleef in de eerstelijns zorg ***zonder doorverwijzing!***

Verbazingwekkend is dat ondanks deze resultaten wij hebben vernomen dat de vereniging van gyneacologen met verzekeraar VGZ heeft afgesproken dat het monopolie op het gebruik van deze technologie die verloskundigen eenvoudig uit kunnen voeren niet doorbroken mag worden. De brief waarin dit is benoemd is in ons bezit. De geboortezorg in Nederland is duur en niet klantvriendelijk doordat de verloskundigen geen zelfstandige toegang hebben tot technologie die ooit in ziekenhuizen is ontwikkeld maar inmiddels net zo goed (met wat extra opleiding), goedkoper en met een hogere cliënt-tevredenheid ook door anderen uitgevoerd kan worden. (Zie Maatschappelijke Kosten Baten Analyse die bureau SIRM in opdracht van de KNOV heeft uitgevoerd)

**BIJLAGE 2. GESCHIEDENIS VAN DE PLANNEN EN DE AFSPRAKEN**

**Regiovisie**

In 2013 begonnen de eerste gesprekken tussen de partners in de stad. Een speerpunt in de uitwerking van deze visie was de organisatie van zorg in de wijk en de doelstelling om de zorg voor de gezonde vrouw vanuit het ziekenhuis te verplaatsen naar door verloskundigen geleide geboortecentra 2.0. Met deze visie zijn de verloskundigen met bestuurders en gynaecologen in Amsterdam in gesprek gegaan onder andere bij de SIGRA in 2013. Daarnaast zijn individuele gesprekken met de ziekenhuizen gevoerd of men een gezamenlijke regiovisie wilde uitwerken volgens de bovengenoemde lijnen. Deze visie staat in de Amsterdamse traditie waarin verloskundigen en gynaecologen zelfstandig en complementair aan elkaar zijn en vanuit hun eigen competenties en professionele verantwoordelijkheid samenwerken om de beste resultaten voor de vrouw en haar kind te bewerkstelligen. Bij het AMC vonden wij direct gehoor voor het vormgeven van een gezamenlijke visie het AMC heeft, samen met EVAA in 2014, een intentieverklaring voor het inrichten van Midwifeled geboortecentra opgesteld en getekend. Het VUmc volgde iets later ook.

**Wijkcentra, wijkgerichte zorg en als sluitstuk de VrouwenKlinieken**

Vanaf 2014 werd er door EVAA samen met de academische ziekenhuizen gewerkt aan een gezamenlijke visie op verloskundige zorg in de regio Amsterdam en Amstelland. In 2015 werd deze Regiovisie EVAA door de Raden van Bestuur van AMC en VUmc ondertekend.



In deze Regiovisie werd neergezet dat de verloskundigen de laagcomplexe zorg kunnen substitueren en verplaatsen van het ziekenhuis naar zelfstandige geboortecentra onder het dak van het ziekenhuis. Hiernaast kunnen verloskundigen daar ook de contractant en ketenregisseur zijn, waar de verloskundige zelfstandig maar in samenwerking met anderen de competenties heeft of kan verkrijgen om de zorg te verbeteren. De doelgroep voor deze zorg zijn gezonde vrouwen die wat interventies nodig hebben om de baring, of de beleving van de baring te optimaliseren. Centraal staat in dit concept dat de verloskundige vanuit de wijk meereist naar een geboortecentrum en de vrouw en haar partner daar, zoveel als mogelijk is, zorg van haar eigen verloskundige ontvangt. Dit wordt mogelijk door negen indicaties te substitueren naar de eerstelijns verloskundige die daar ook een opleiding voor zal krijgen. Daarnaast is van belang dat de klinisch verloskundige de eerstelijns verloskundige opleidt en begeleidt. Afgesproken werd dat de klinisch verloskundige in dienst van de geboortecentra komt om cliënten die overgedragen worden te kunnen begeleiden en de eerstelijns verloskundige te ondersteunen. Natuurlijk is ook de gynaecoloog onderdeel van het team en de afspraken die zorgdragen voor de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

In het licht van het bovenstaande, is er nooit enige onduidelijkheid geweest, toen later in 2015 de samenwerkingsovereenkomst werd getekend en de daarbij horende bijlagen, zoals de Regiovisie en de Business case voor twee centra, over het uitvoering geven aan de regiovisie en de realisatie van de wijkcentra en van twee zelfstandige geboortecentra.