KCE REPORT 312As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

ALTERNATIEVE SCENARIO'S VOOR DE PROJECTIE VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN: HORIZON SCANNING EN KWANTIFICERINGSMODEL





KCE REPORT 312As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

ALTERNATIEVE SCENARIO'S VOOR DE PROJECTIE VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN: HORIZON SCANNING EN KWANTIFICERINGSMODEL

NADIA BENAHMED, MÉLANIE LEFÈVRE, IRM VINCK, SABINE STORDEUR

VOORWOORD

Sinds mensenheugenis was de geboorte van een kind een vrouwenzaak. Vrouwen werden tijdens hun bevalling omringd, ondersteund en aangemoedigd door andere vrouwen: familieleden, buurvrouwen én vroedvrouwen (‘vroede’ of wijze vrouwen), die veel ervaring hadden en de vrouwelijke anatomie kenden. Ze begeleidden de moeders in spé tijdens de zwangerschap en bevalling, lang voordat de moderne geneeskunde hier een plaats innam zoals we dat nu kennen.

Vandaag wordt de zwangere vrouw omringd door talrijke zorgverleners, zodat de baby zijn eerste kreetjes kan slaken in optimale omstandigheden. Deze professionalisering komt tegemoet aan de wens van de samenleving om de risico's bij de geboorte te beperken, ja zelfs zo weinig mogelijk ruimte te laten voor de onzekerheid die zo kenmerkend is voor deze ‘natuurlijke’ gebeurtenis. Ook vroedvrouwen, ondertussen al een tijdje niet enkel vrouwen meer, behoren tot deze professionals, en hun activiteiten zijn in de loop der tijden enorm geëvolueerd. Het begint vandaag al bij de periode voor de conceptie, of bij medische assistentie om zwanger te worden. Het opvolgen van de zwangerschap, de bevalling zelf en de zorg na de bevalling behoren nog steeds tot de kerntaken van de vroedvrouwen, maar de periode van opvolging na de bevalling is nu verlengd tot aan de eerste verjaardag van het kind. En de activiteiten die verband houden met bevalling en geboorte worden ook nog aangevuld met andere taken in neonatale afdelingen, in onderwijs en onderzoek, in preventie.

Maar wat zal het beroep van vroedvrouw worden in de toekomst? In welk zorgsysteem zullen zij hun vaardigheden inzetten, om in te spelen op de behoeften en maatschappelijke ambities van morgen? Met de hulp van de verschillende stakeholders ontwikkelden de auteurs van dit rapport scenario's voor de evolutie van de vroedkundige praktijk in de bredere context van kraamzorg. In België is de “Planningscommissie – medisch aanbod” verantwoordelijk voor het berekenen van de toekomstige behoefte aan vroedvrouwen een delicate kwestie. Waarschijnlijk zullen we er steeds meer nodig hebben, maar het kwantificeren van de behoefte blijft een gevaarlijke onderneming, omdat er zoveel mogelijke hypotheses zijn. Zo kan het aanbod worden beïnvloed door een paradigmaverschuiving - als gevolg van een beleidskeuze - in de richting van een heroriëntering van zorg op basis van een betere indeling van zorgbehoeften. Niet voor alle behoeften is er immers een hoog technisch niveau nodig. En kunnen we ons, aan de vraagzijde, niet inbeelden dat er steeds meer behoefte komt aan soberheid, rust en minder ingrepen, een wens die blijkbaar nu reeds leeft bij honderdduizenden burgers? Hoe dan ook heeft iedereen die heeft bijgedragen tot deze prospectieve oefening een opmerkelijke prestatie geleverd. Opmerkelijk, omdat een nauwgezette aanpak gepaard ging met het betrekken van veel stakeholders, waardoor de schijnbaar droge cijfers naar het zorgterrein konden worden vertaald. Achter elk van de gebruikte parameters gaat immers het echte leven schuil, het leven van ouders, kinderen en zorgverleners. We wensen dan ook iedereen die heeft bijgedragen tot dit rapport hartelijk te bedanken.

Marijke EYSSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.

SAMENVATTING

Context

In 2018 publiceerde de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen een rapport met de titel “Basisscenario’s van de evolutie van de workforce - Vroedvrouwen - 2014-2039”. Deze eerste stap bestond uit de ontwikkeling van basisscenario’s om de verhouding tussen het aantal vroedvrouwen en de zorgconsumptie door de bevolking voor de periode 2014-2039 te onderzoeken. Deze basisscenario’s maken een projectie van historische trends bij een ongewijzigd beleid. Aan het KCE werd gevraagd om een prospectieve analyse uit te voeren, en om alternatieve scenario’s te ontwikkelen die een coherente toekomstvisie definiëren. Daarmee moet men de uitdagingen voor het beroep tijdens de betrokken periode adequaat kunnen integreren.

Methode

Om de alternatieve scenario’s uit te werken en te kwantificeren werd er gekozen voor een multimodale aanpak (kwantitatief en kwalitatief), waarbij een prospectieve analyse (horizon scanning) werd gecombineerd met technieken voor het opmaken van narratieve scenario’s. In eerste instantie worden de toekomstscenario’s narratief beschreven. De beschrijvingen geven mogelijke en aannemelijke toekomsten in detail weer, met schema’s rond 8 tot 10 sleutel elementen (de activiteiten van een vroedvrouw, de aanpak van de kraamvrouw en kenmerken van een verblijf in de materniteit) (opmaak van narratieve scenario’s). Vervolgens worden de parameters van elk scenario gekwantificeerd met behulp van de consumptiegegevens van die activiteiten, uit de administratieve databanken (MZG/RIZIV). Wanneer gegevens ontbraken, werden sommige parameters gekwantificeerd door experten op het terrein (elicitatieproces).

Resultaten

Drie alternatieve scenario’s worden voorgesteld. Het eerste scenario (dat de huidige situatie benadert) stelt een aanpak van de zwangerschap en de materniteit waarbij de focus ligt op de gynaecologen die in een ziekenhuis of ambulant werken. Het tweede scenario beschrijft een zorgorganisatie gecentreerd op vroedvrouwen die in het ziekenhuis werken. In het derde scenario wordt de zorg ambulant georganiseerd door de eerste lijn (vroedvrouwen en huisartsen). De toepassing van deze drie scenario’s zou tussen 2016 en 2026 de vraag naar zorg door vroedvrouwen doen stijgen met respectievelijk 11,4 %, 12,0% en 17,4%. Het tewerkstellingsstatuut van de vroedvrouwen (loontrekkend in het ziekenhuis, zelfstandige of gemengd) zal ook worden beïnvloed door het toekomstige dominante zorgmodel.

Conclusie

De uitwerking van alternatieve scenario’s kan nuttig zijn om de besluitvorming rond de opleiding van zorgverleners, die aan een veranderende zorgvraag wil tegemoet komen, te verduidelijken. De in dit rapport voorgestelde aanpak verzekert de plausibiliteit van de door ons opgestelde hypotheses van de scenario’s en van hun impact op het aanbod van en de vraag naar vroedvrouwen. Deze kwalitatieve aanpak vereist echter een regelmatige monitoring van de hypotheses en van de kwantificaties van de betrokken experts. Als de voorspellingen uiteindelijk afwijken van de realiteit, zijn er aanpassingen nodig.

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING 9

2. METHODOLOGIE 11

2.1. NARRATIEVE SCENARIO'S VOOR DE TOEKOMST VAN HET BEROEP VAN VROEDVROUW ..13

2.1.1. Selectie van de potentiële factoren om rekening mee te houden bij de toekomstscenario's 13

2.1.2. Indelen van de factoren in clusters 13

2.1.3. Analyse van de impact en de onzekerheid van de clusters 13

2.1.4. Opstellen van een theoretisch kader voor de narratieve scenario's 14

2.1.5. Opstellen van narratieve scenario's voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen 15

3. IMPACT VAN DE SCENARIO'S OP DE VRAAGPARAMETERS VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN 17

3.1. ZORGCONSUMPTIE IN DE BASISSCENARIO'S 17

3.2. VERRIJKTE BASISSCENARIO'S: 'BASELINE+' 18

3.3. ALTERNATIEVE SCENARIO'S 19

3.3.1. Eigenschappen van de alternatieve scenario's 19

3.3.2. Modellering van de parameters eigen aan elk scenario 19

3.3.3. Verdeelsleutel 21

3.4. RESULTATEN: VERWACHTE VARIATIES VAN DE CONSUMPTIE VAN PRESTATIES VAN VROEDVROUWEN 22

3.4.1. Baseline+: basisscenario's met de contextuele elementen en de verblijfsduur 22

3.4.2. Scenario A (ziekenhuis/ambulant – gynaecologen) 23

3.4.3. Scenario B (ziekenhuis – vroedvrouwen) 24

3.4.4. Scenario C (ambulant – vroedvrouwen) 25

3.4.5. Samenvattende tabel van de onderliggende hypotheses van Baseline+ en van de 3 toekomstscenario's 26
3.4.6. Analyse van gevoeligheid op gewestelijk niveau 30
3.4.7. Voorspellingsintervallen 31
3.4.8. Bijkomende alternatieve hypotheses 32
4. IMPACT VAN DE SCENARIO'S OP DE PARAMETERS VAN AANBOD VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN 32
4.1. BASISSCENARIO'S 32
4.2. ALTERNATIEVE SCENARIO'S 32
5. DISCUSSIE 33
6. CONCLUSIE 35
■ **REFERENTIES 37**

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1 – Overzicht van de horizon scanning methodologie voor vroedvrouwen (VV) 12
Figuur 2 – Plaats van de 12 clusters op de impact/onzekerheidsmatrix 13
Figuur 3 – Plaats van de te ontwikkelen scenario's binnen het theoretische kader 14
Figuur 4 – Schema van de studie van de impact van de contextuele factoren en de intrinsieke eigenschappen van de scenario's op de vraag 18
Figuur 5 – Modellering van de parameters, meegenomen in de alternatieve scenario's voor het meten van (de evolutie van) de consumptie 20

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1 – Verdeling van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen: hypotheses 21
Tabel 2 – Baseline+: verwachte variatie van de consumptie van prestaties van vroedvrouwen in vergelijking met 2016. 22
Tabel 3 – Scenario A ("ZA-G"): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 23
Tabel 4 – Scenario B ("Z-VV"): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 24
Tabel 5 – Scenario C ("A-VV"): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 25
Tabel 6 – Gemeenschappelijke hypotheses van alle scenario's 26
Tabel 7 – Specifieke hypotheses van elk scenario 28
Tabel 8 – Analyse op gewestelijk niveau: verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 30
Tabel 9 – Verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 31
Tabel 10 – Verdeling volgens statuut (vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg): hypotheses 33

LIJST VAN AFKORTINGEN

AFKORTING	DEFINITIE
IMA	InterMutualistisch Agentschap
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups – Homogene groepen van patiënten
A-VV	Scenario toegespitst op de ambulante zorg waarbij vroedvrouwen een centrale plaats innemen
CEpiP	Centre d'épidémiologie périnatale
FP	Fysieke personen
FOD Economie	Federale Overheidsdienst Economie, KMO, Middenstand en Energie
FOD Volksgezondheid	Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
MZG	Minimale Ziekenhuis Gegevens
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SOI	Severity of illness – Ernst van de ziekte
SPE	Studiecentrum Perinatale Epidemiologie
VTE	Voltijdse equivalent
ZA-G	Ziekenhuis/ambulant – gynaecologen scenario
Z-VV	Ziekenhuis gecentreerd – vroedvrouwen scenario

WOORDENLIJST

Horizon scanning[1] of prospectieve analyse onderzoekt de mogelijke toekomstige uitdagingen, opportuniteiten en ontwikkelingen die de planning van de nodige workforce kunnen beïnvloeden. Deze kunnen zijn: de invloed van technologie, economie, milieu, politiek en sociale en ethische evoluties op de toekomst van de workforce van de vroedvrouwen. De OESO definieert horizon scanning als een techniek die vroegtijdige tekenen van belangrijke potentiële ontwikkelingen kan opsporen, door een systematische studie van de potentiële opportuniteiten en bedreigingen. Horizon scanning probeert te bepalen wat constant is, wat verandert en wat in constante verandering is. De techniek verkent nieuwe, onverwachte problemen alsook de persistente problemen en tendensen, waaronder de analyse van de kwesties in de marge van de huidige reflectie, die de hypotheses van het verleden in vraag stelt. Volgens de OESO baseert men zich bij horizon scanning op literatuuronderzoek en de raadpleging van avant-gardistische experten.[2]

Het **opstellen van alternatieve scenario's**[1] is het formuleren van ideeën die voortkomen uit horizon scanning, ze samenvatten en ze gebruiken om de mogelijke toekomstscenario's te voeden. Als deze scenario's gemaakt zijn, worden ze gekwantificeerd en gebruikt om het projectiemodel voor de beroepsbevolking mee aan te vullen.

De stakeholders (of belanghebbenden) zijn de vertegenwoordigers van een groep of van individuen voor wie dit project een impact kan hebben, die er belang bij hebben en/of het project kunnen beïnvloeden. De geraadpleegde stakeholders hebben een representatieve rol. Zij drukken het standpunt uit van de beroepsvereniging of van de beleidsmaker die ze vertegenwoordigen, zelfs als dat indruist tegen hun eigen persoonlijke standpunt.

In een **workshop** of collaboratief atelier kunnen de deelnemers op een actieve manier hun standpunten over een vooraf bepaalde thematiek uitwisselen. Er bestaan verschillende manieren om workshops te organiseren. Deze kunnen groepsdiscussies zijn, waar elke deelnemer zijn kennis en expertise over de thematiek deelt, ofwel case studies. In het kader van deze studie kozen we voor groepsdiscussies. De resultaten uit elke groep werden daarna samengebracht en met alle deelnemers besproken.

Midwifery-led care wordt gedefinieerd als zorg die worden geboden door een vroedvrouw die, in partnerschap met de zwangere vrouw, de voornaamste zorgverlener is die instaat voor de evaluatie en de planning van haar noden, de doorverwijzing naar andere zorgverleners (indien nodig), en de voor de zorg tijdens het volledige proces van zwangerschap tot na de bevalling, van de eerste afspraak tot de postnatale periode.[3] Voor meer informatie over de modellen rond prenatale zorg: zie bijlage 6.

Een '**Midwifery-led unit**' is een ziekenhuiseenheid waar toekomstige moeders kunnen bevallen volgens de principes van de '**Midwifery-led care'**.[4]

De **'One-to-one care'** is het principe volgens hetwelk één vroedvrouw wordt gelinkt aan één kraamvrouw. De kraamvrouwen worden gevolgd door dezelfde vroedvrouw gedurende de volledige zwangerschap, de bevalling en het begin van de postnatale periode. Op die manier wil men zorgen voor continuïteit en personalisatie van de zorg, voor de patiënten en voor de vroedvrouwen. Een 'hoofdvroedvrouw' wordt toegewezen aan elke kraamvrouw; zij is van wacht om de arbeid te superviseren zodra die begint en om de bevalling te begeleiden van de vrouwen in haar eenheid

(bepaalde geografische zone). Eén of twee andere vroedvrouwen staan de kraamvrouw bij tijdens de zwangerschap om de haar prenataal te kunnen volgen; zij vervangen de hoofdvroedvrouw indien zij niet beschikbaar is op het moment van de bevalling (als de hoofdvroedvrouw twee bevallingen tegelijk heeft, als de arbeid van een kraamvrouw lang duurt of als de hoofdvroedvrouw afwezig is door ziekte of verlof).[5] Voor meer informatie over de modellen rond prenatale zorg: zie bijlage 6.

Bij **'Centering Pregnancy'** worden 8 tot 12 zwangere vrouwen die ongeveer even ver in hun zwangerschap zijn, gegroepeerd om hen informatie te geven over gezondheidspromotie (bv. voedingsadvies, te mijden toxica tijdens de zwangerschap, partnergeweld, en contraceptie). Deze groep komt vanaf het tweede trimester samen, tegelijk met de klassieke gynaecologische opvolging.[6] Voor meer informatie over de modellen rond prenatale zorg: zie bijlage 6.

De **contextuele factoren** beschrijven een specifieke eigenschap van een omgeving waarop een persoon of een organisatie geen directe invloed kan uitoefenen, terwijl de transactionele factoren de eigenschappen beschrijven die direct kunnen worden bepaald of beïnvloed door een persoon of een organisatie. De dynamiek van een omgeving is het resultaat van de interactie van alle contextuele factoren.

De **kritische onzekerheden** zijn groepen van factoren met een hoge impact, maar met een erg onzekere toekomstige evolutie.

Binnen het kader van dit rapport is **elicitatie** een anglicisme dat staat voor het toekennen van een numerieke waarde aan een parameter waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn. De elicitatie doet beroep op de inschatting van experten in het domein van de betreffende parameter.[7]

1. INLEIDING

Planning van de gezondheidsprofessionals in België

In België is het evalueren van de behoefte aan zorgverleners een federale bevoegdheid. Deze taak wordt uitgevoerd door de Planningscommissie Medisch aanbod, en ze wordt daarbij ondersteund door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (hierna respectievelijk de Planningscommissie en de Cel Planning genoemd). De Cel is verantwoordelijk voor het modelleren van de medische beroepsbevolking, dit wil zeggen dat ze het personeelsbestand van zorgverleners, de benodigde arbeidskrachten, en hun toekomstige evolutie kwantificeert. De evolutie van de zorgvraag wordt geschat op basis van het aantal individuen, van de bevolkingsstructuur volgens leeftijd en geslacht en van de respectievelijke zorgconsumptie (gegevens van het RIZIV - IMA).

Voor elke professionele groep die in de studie aan bod komt, werkt de Cel Planning samen met een specifieke werkgroep van experts (professionals van het terrein, vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en van het RIZIV). Binnen het kader van de studie werd een Werkgroep 'Vroedvrouwen' opgezet, om de Cel Planning bij te staan in haar reflecties en werk.

Het projectiemodel van de workforce van vroedvrouwen

In 2018 publiceerde de Cel Planning een rapport met de titel "Basisscenario's van de evolutie van de workforce – Vroedvrouwen - 2014 -2039".[8] In deze eerste stap, essentieel voor de modellering van de beroepsbevolking, werden basisscenario's ontwikkeld om het evenwicht tussen het aantal vroedvrouwen en de zorgconsumptie door de vrouwelijke bevolking voor de periode 2014-2039 te bestuderen. Er werden twee basisscenario's ontwikkeld: het eerste basisscenario focust op alle actieve vroedvrouwen in het domein van de gezondheidszorg (werkend als vroedvrouw of in de verpleegkunde), terwijl het tweede basisscenario zich concentreert op de vroedvrouwen die uitsluitend vroedkundige activiteiten uitvoeren. De waargenomen historische trends, beschreven in het PlanKad[a] rapport "Vroedvrouwen op de arbeidsmarkt 2004-2014", waren het uitgangspunt voor deze projecties.

Het projectiemodel voor de beroepsbevolking (basisscenario) is volledig gebaseerd op de analyse van de historische trends in een context van "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden". Voor elke parameter in het projectiemodel formuleerde de werkgroep Vroedvrouwen een basishypothese die past in de rechte lijn van de waargenomen historische trends. De combinatie van de zo in een mathematisch model opgenomen parameterwaarden mondt uit in resultaten verkregen door projectie (uitgedrukt in individuen, voltijdse equivalenten of dichtheden) die de evolutie weergeven van de workforce bij ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden voor de periode 2014-2039. Terwijl de dichtheden het aantal professionals weergeven per 10.000 inwoners, zijn de gewogen dichtheid de verhouding tussen het aantal zorgverleners en het aantal burgers aangepast voor zorgconsumptie per leeftijd en per geslacht. De evolutie van een gewogen dichtheid geeft niet alleen de manier weer waarop het aantal zorgverleners evolueert op vlak van individuen, maar ook de evolutie van de zorgconsumptie van diezelfde populatie.

Naast deze sleutelelementen, werden ook enkele wijzigingen specifiek voor het beroep aangebracht door de werkgroep Vroedvrouwen van de Planningscommissie, zoals de progressieve afname van de voltijdse equivalenten (VTE) bij de loontrekkenden van ouder dan 45 jaar die in een ziekenhuis werken (op basis van het regime van dienstvrijstelling), de progressieve stijging van de wettelijke pensioenleeftijd en het feit dat gediplomeerde vroedvrouwen vanaf 1 oktober 2018 geen verpleegkundige activiteiten meer mogen uitvoeren buiten hun specifieke domein. Deze aanpassingen werden gedaan op vraag van de werkgroep 'Vroedvrouwen' en houden geen rekening met de eventuele evolutie van de ziekenhuisinfrastructuur (daling van het aantal beschikbare bedden) of de transfer van de activiteit buiten het ziekenhuis in het kader van de verkorting van de verblijfsduur na de bevalling.

[a] De PlanKAD is de naam gegeven aan het koppelen van gegevens uit de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (Kadaster) met enerzijds de gegevens van de Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid) en anderzijds met de gegevens van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De gemiddelde verblijfsduur na een bevalling is tussen 2003 en 2014 namelijk gedaald van 5,0 naar 4,1 dagen voor vaginale bevallingen, en van 7,8 naar 6,1 dagen bij keizersnedes.[9] Deze trend zal zich in de toekomst verderzetten en zal waarschijnlijk nog worden versterkt door het beleid van de minister van Volksgezondheid, die het verblijf in de materniteit nog verder wil inkorten na een bevalling zonder complicaties. Deze historische trend zal aan bod komen bij de horizon scanning en de uitwerking van de alternatieve scenario's (zie deel 3.2. 'Baseline+'). Tot op vandaag wordt de inkorting van het verblijf enkel aangetoond door de door vroedvrouwen gefactureerde prestaties die bij het RIZIV tussen 2014 en 2016 werden geregistreerd.

Dankzij het wiskundige model voor de planning van de basisscenario's kunnen we een idee krijgen van de toekomstige trends, voor het hele land maar ook per taalgemeenschap.[b]
In 2014 waren er 6.972 vroedvrouwen actief in de gezondheidssector (4.634 in het Vlaamse en 2.338 in het Waalse Gewest).[8] Aangezien tussen 2009 en 2017 het aantal gediplomeerde vroedvrouwen per jaar is gestegen van 305 naar 373 in de Vlaamse Gemeenschap en per jaar is gedaald van 310 naar 265 in de Franse Gemeenschap, verwacht men dat er in 2018-2039 meer opgeleide vroedvrouwen zullen zijn in de Vlaamse (368/jaar) dan in de Franse Gemeenschap (278/jaar). Niettemin zal de relatieve stijging van het aantal vroedvrouwen iets groter zijn in de Franse Gemeenschap. De dichtheid van vroedvrouwen per 10.000 voorspelde toekomstige inwoners (absoluut en afgewogen) vertoont ook een stijging, nog meer uitgesproken wanneer de dichtheid in de twee gemeenschappen wordt afgewogen door de zorgconsumptie. In de twee gemeenschappen ligt het percentage door vroedvrouwen verstrekte zorg het hoogst bij vrouwen tussen 25 en 34 jaar.

In de twee gemeenschappen van het land voorziet men een grote stijging van het aantal actieve vroedvrouwen (fysieke personen, FP) en van het totale aantal voltijdse equivalenten (VTE) over een periode van 25 jaar (2014-2039), en dat zowel voor alle vroedvrouwen werkend in de gezondheidszorgsector (een groei van meer dan 65% [FP] en 50% [VTE] respectievelijk), onafhankelijk van hun werkstatuut (basisscenario 1), als voor alle vroedvrouwen werkzaam in de gezondheidszorgsector die een vroedkundige activiteit uitvoeren (een groei van meer dan 89% [FP] en 95% [VTE] respectievelijk) (basisscenario 2).

Een geïnteresseerde lezer zal een kritische analyse van het mathematische model kunnen terugvinden in het KCE rapport 278[10] en een studie van de evolutie van de dichtheid van de medische professionals per specialiteit voor de periode 2012-2037 op de website van de Planningscommissie medisch aanbod.[11]

Doelstelling van de studie

De basisscenario's focussen zich op een verderzetting van de historische trends waarbij rekening wordt gehouden met geplande evenementen (zoals de verlenging van de wettelijke pensioenleeftijd en de beperking van verpleegkundige handelingen). De alternatieve scenario's, die in het huidige rapport werden ontwikkeld zullen echter de impact helpen evalueren van nieuwe strategische oriënteringen, zoals de verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis en de ontwikkeling van de ambulante activiteit van de vroedvrouwen.

In deze studie wordt er een horizon scanning uitgevoerd voor het beroep van vroedvrouw, worden alternatieve scenario's ontwikkeld en worden de resultaten ervan gekwantificeerd.

De resultaten van deze studie zullen worden overgemaakt aan de werkgroep Vroedvrouwen van de Planningscommissie zodat deze varianten op de basisscenario's inzake dichtheden van actieve vroedvrouwen kan berekenen.

[b] De geïnteresseerde lezer vindt de exacte gegevens en hun interpretatie in het volledige rapport, beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid (https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/planningscommissie-medisch-aanbod; tab "Publicaties").[8]

2. METHODOLOGIE

Bij horizon scanning worden kwantitatieve en kwalitatieve methodes met elkaar gecombineerd. Ook gegevensbronnen zoals de gegevensinzameling met vragenlijsten, het verwerken van informatie in workshops, de analyse van databanken, de officiële rapporten van de bevoegde administraties en wetenschappelijke publicaties ondersteunen de methodologie van de horizon scanning (Figuur 1). Omdat er geen enkele wetenschappelijke techniek bestaat die de toekomst exact kan voorspellen, is het gebruik van scenario's, die samen worden ontwikkeld met de belangrijkste stakeholders uit het domein, een internationaal gebruikte methode. De experimenten van Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Australië en België (voor de huisartsen) waren inspiratiebronnen voor de auteurs van dit project. U vindt een overzicht van de verschillende methodologieën die in deze landen werden gebruikt in hoofdstuk 3 van het wetenschappelijke rapport, en een gedetailleerde beschrijving in bijlage 3.

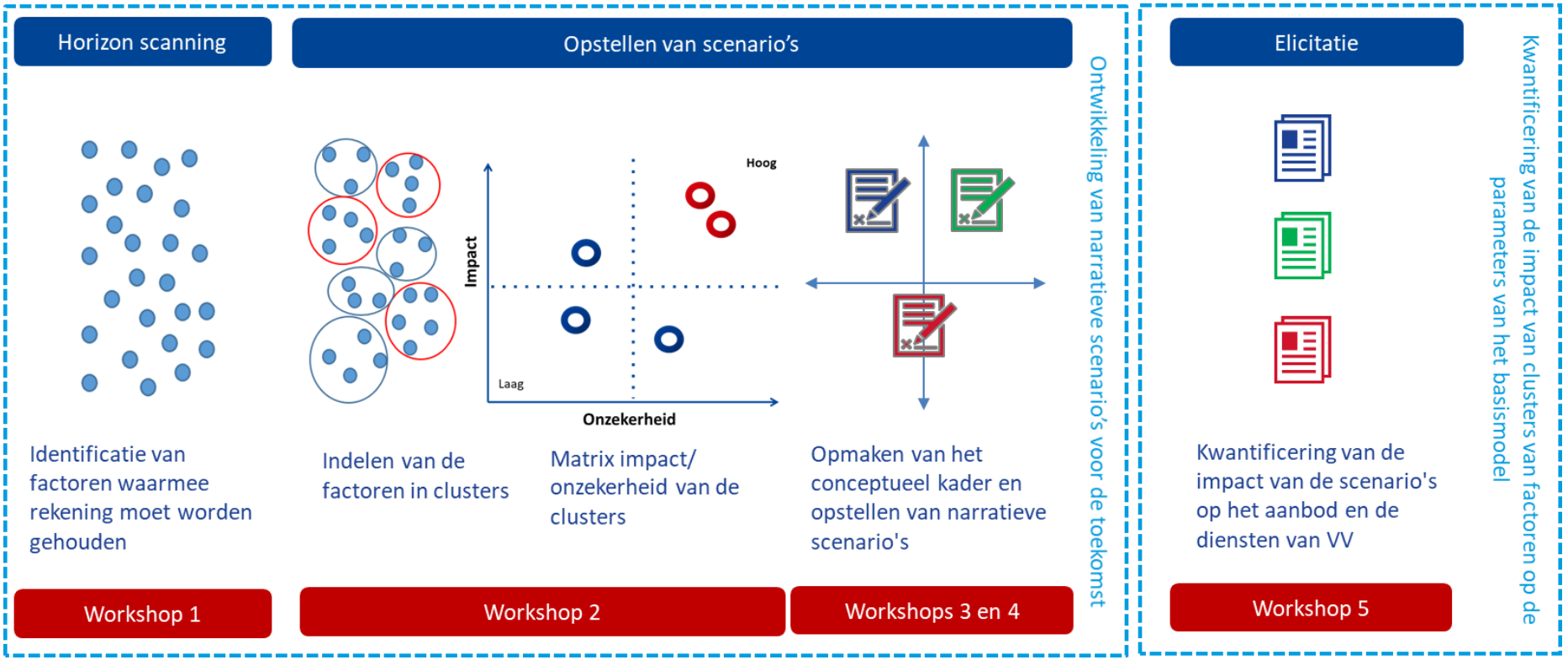
De methodologie van dit rapport bestaat uit twee grote stappen:

1. **Opstellen van de toekomstscenario's**: In eerste instantie worden deze scenario's narratief beschreven. De beschrijvingen geven mogelijke en aannemelijke toekomsten in detail weer, met schema's rond 8 tot 10 sleutel elementen (de activiteiten van een vroedvrouw, de aanpak van de kraamvrouw en kenmerken van een verblijf in de materniteit (links kader in Figuur 1);
2. **De kwantificatie van de impact van elk scenario op de parameters van het wiskundige model** (uitwerking van alternatieve scenario's voor de basisscenario's): Elk narratief scenario beschrijft een bepaald organisatiemodel dat een min of meer grote impact kan hebben op de zorgconsumptie en het aanbod van vroedvrouwen. Deze impact zal worden gekwantificeerd volgens de evolutiehypotheses gebaseerd op objectieve of door elicitatie geformuleerde gegevens (kader rechts, in Figuur 1).

De werkgroep Vroedvrouwen van de Planningscommissie zal de resultaten van deze kwantificatie-oefening kunnen gebruiken om varianten te schatten voor de dichtheden van de actieve vroedvrouwen, berekend in de basisscenario's.

Het wetenschappelijk rapport is een technisch document, bestemd voor de leden van werkgroep Vroedvrouwen van de Planningscommissie, zodat deze de berekeningen rond de planning van de vroedvrouwen kan verderzetten. De synthese van dit document is dus niet bestemd voor de beleidsmakers en zodoende zullen er ook geen beleidsaanbevelingen geformuleerd worden.

Figuur 1 – Overzicht van de horizon scanning methodologie voor vroedvrouwen (VV)



Nota. De lijst van de deelnemers aan de verschillende workshops is opgenomen in bijlage 2 van het rapport.

2.1. Narratieve scenario's voor de toekomst van het beroep van vroedvrouw

Het opstellen van narratieve scenario's voor de toekomst en de organisatie van het beroep van vroedvrouw, binnen een tijdsbestek van 25 jaar, verloopt in vijf fases. De methodologie en de deelname van experten en stakeholders aan de verschillende fases van dit onderzoek is in detail beschreven in het wetenschappelijk rapport.

2.1.1. Selectie van de potentiële factoren om rekening mee te houden bij de toekomstscenario's

Een online vragenlijst werd verzonden naar stakeholders en experts in het domein. Het resulteerde in een set van 101 factoren met een potentiële impact op de toekomstige workforce van de vroedvrouwen. Tijdens een eerste workshop werden deze factoren besproken en herzien. Vervolgens werden 77 relevante en niet-redundante factoren samen met de factoren uit de basisscenario's door de deelnemers in drie groepen ingedeeld volgens hun mogelijke impact op de workforce (hoge, gemiddelde of lage relevantie).

2.1.2. Indelen van de factoren in clusters

Tijdens een tweede workshop werden de weerhouden factoren ingedeeld in 12 homogene groepen (clusters) per thema (Figuur 2). Eerst hebben de deelnemers in 4 groepen van een tiental personen gediscussieerd. Daarna zijn de resultaten van elke groep samengebracht en besproken met de hele groep van deelnemers.

2.1.3. Analyse van de impact en de onzekerheid van de clusters

De 12 homogene groepen van factoren (clusters) werden uitgezet op een impact- en onzekerheidsmatrix (zie Figuur 2). Van tien clusters werd erkend dat ze een erg hoge impact konden hebben op het toekomstige beroep van vroedvrouw. Deze werden boven de mediaan impactlijn geplaatst. Van twee andere clusters werd gevonden dat hun impact beperkt zou zijn. Zij werden onder de mediaan impactlijn geplaatst. Van de tien resterende clusters, zijn er vijf waarvan de realisatie als zeker wordt beschouwd. Zij werden links van de mediaanlijn van onzekerheid geplaatst en 'Drijvende krachten' genoemd. Vijf clusters waarvan de uitwerking als meer onzeker wordt beschouwd, situeren zich rechtsboven in de matrix, en worden 'Kritische onzekerheden' genoemd. De evolutie van elke cluster werd besproken tijdens de tweede workshop totdat er een consensus werd bereikt over de richting van hun evolutie (dalen, status quo of stijgen). De twee clusters waarvan de impact op de toekomstige uitoefening van het beroep van vroedvrouw als zwak wordt beschouwd, werden niet meer meegenomen in het vervolg van het project.

Figuur 2 – Plaats van de 12 clusters op de impact/onzekerheidsmatrix



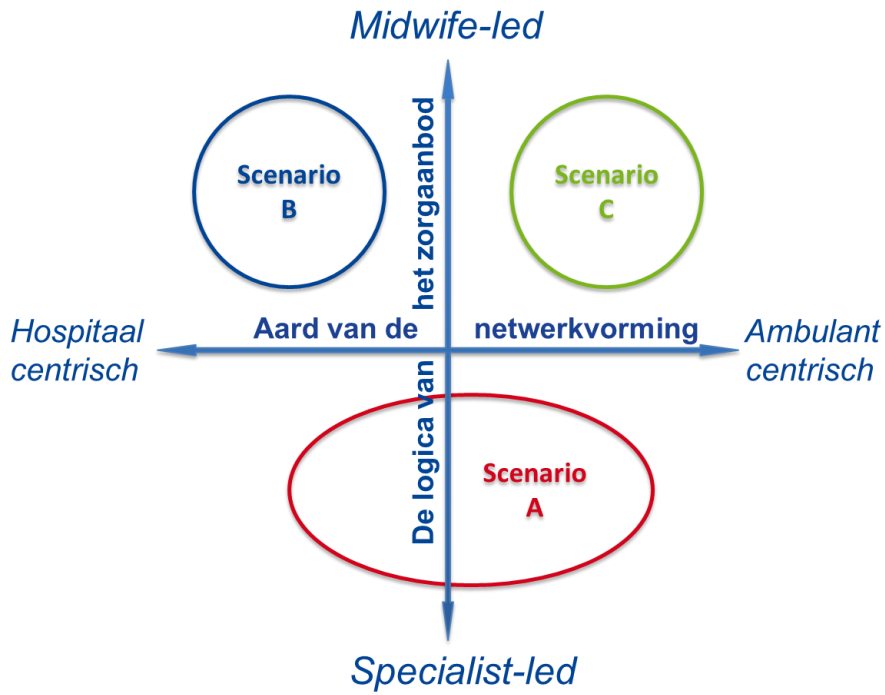
2.1.4. *Opstellen van een theoretisch kader voor de narratieve scenario's*

De impact/onzekerheidsmatrix is het vertrekpunt voor de opbouw van het kader voor de scenario's. Deze stap bekijkt hoe de kritische onzekerheden het best worden gebruikt om een ruimte te creëren waarbinnen de scenario's kunnen worden ontwikkeld. De kritische onzekerheden hebben een specifiek belang voor het opstellen van de toekomstscenario's. Naargelang de hypotheses omtrent hun evolutie, kunnen ze inderdaad leiden tot zeer uiteenlopende potentiële contexten. Het vinden van onderliggende concepten voor alle kritische onzekerheden maakt het mogelijk hun weergave te vereenvoudigen onder de vorm van twee meta-onzekerheden (de logica van het zorgaanbod en de aard van de netwerkvorming), schematisch weergegeven op een continuüm dat door twee uiterste waarden wordt begrensd:

- **De logica van het zorgaanbod** wordt uitgedrukt op een continuüm begrensd door twee uitersten: enerzijds de zorg die voornamelijk door vroedvrouwen wordt verleend (eerstelijnszorg of 'midwifery-led care') en anderzijds de zorg die voornamelijk door gespecialiseerde artsen worden verleend (tweedelijns- of gespecialiseerde zorg of 'specialist-led care').
- **De aard van de netwerkvorming**: in de toekomst zullen er zich netwerken ontwikkelen om perinatale zorg te verstrekken aan zwangere vrouwen en toekomstige ouders, maar de centrale kern van die netwerken kan verschillen; het kunnen netwerken zijn georganiseerd rond en vanuit een centraal punt, het ziekenhuis (hospitaal centrische netwerken) en netwerken georganiseerd rond een ambulante aanpak door onafhankelijke zorgverleners of kleine groepen zorgverleners die samenwerken met zorgcentra of ziekenhuizen (ambulant centrische netwerken).

De combinatie van de twee dimensies bracht ons tot een matrix met vier kwadranten waarbinnen elk mogelijk scenario kan worden geplaatst. Ondanks het feit dat het theoretisch kader toelaat om 4 scenario's te ontwikkelen, hebben de deelnemers slechts 3 plausibele scenario's weerhouden. Eén van deze scenario's, dat zeer dicht aanleunt bij de huidige situatie combineert een aanpak in het ziekenhuis en ambulant, hoofdzakelijk door gynaecologen (Figuur 3).

Figuur 3 – Plaats van de te ontwikkelen scenario's binnen het theoretische kader



Drie geïdentificeerde clusters werden niet opgenomen in de twee meta-onzekerheden: de evolutie van het beschikbare gezondheidszorgbudget en de mate waarin risicofactoren (gezondheidstoestand en medische voorgeschiedenis van de zwangere vrouw) en de socio-economische kwetsbaarheid van de gezinnen de zorgvraag vergroten. Die groepen factoren staan los van de zorgorganisatie en zullen een vrij grote invloed uitoefenen op de vraag naar en het aanbod van vroedvrouwen in functie van de scenario's. Ze werden daarom geïdentificeerd als **contextuele factoren**.

2.1.5. Opstellen van narratieve scenario's voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen

Elk scenario werd ontwikkeld in kleine groepen (in de derde en vierde workshop), volgens een gelijkaardig schema, dat resulteerde in de uitwerking van 8 tot 10 sleutel elementen (activiteiten bij de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, kenmerken van de aanpak van de kraamvrouw en van het verblijf in de materniteit).

De volledige beschrijving van de narratieve scenario's is beschikbaar in deel 4.3.5. van het wetenschappelijke rapport. In deze synthese worden de scenario's enkel samengevat.

2.1.5.1. Scenario A: Scenario waarbij de gynaecoloog een centrale plaats inneemt in het ziekenhuis en in de ambulante setting (ZA – G)

In scenario A, dat het dichtst aanleunt bij de huidige organisatie van de materniteitszorg, neemt de gynaecoloog een centrale plaats in het ziekenhuis en in de ambulante setting. Er zijn twee complementaire zorgtrajecten: een zorgtraject voor laag risico en een zorgtraject voor hoog risico zwangerschappen. Een zeer groot aantal laag risico zwangerschappen zou moeten worden gesuperviseerd door de eerstelijnszorg (vroedvrouwen, huisartsen). Voor zwangerschappen met een hoger risico zou de zorg verleend worden door een goed gecoördineerd netwerk uit het ziekenhuis met voornamelijk specialisten (gynaecologen-verloskundigen, pediaters, anesthesisten, enz.). Scenario A is daarom een complex scenario, dat een nauwe samenwerking vereist tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorgverleners en –centra, waaronder huisartsen, gynaecologen– verloskundigen met ambulante activiteiten (privé of niet), vroedvrouwen, psychologen en maatschappelijk werkers. In dit scenario biedt de arbeidsmarkt aan de vroedvrouwen carrièremogelijkheden als werknemer, zelfstandige of een combinatie van beide.

2.1.5.2. Scenario B: Scenario waarbij het ziekenhuis centraal staat en waarbij vroedvrouwen een centrale plaats innemen (Z – VV)

In dit toekomstscenario worden de pre-, peri- en postnatale zorgnetwerken vooral georganiseerd door de ziekenhuizen. Daarbij stippelen de vroedvrouwen het volledige zorgtraject rond de zwangerschap uit, superviseren zij dit en zijn zij eventueel verantwoordelijk voor de coördinatie met de andere diensten. Het ziekenhuis zou dus het centrale punt zijn van de zorg en de meeste vroedvrouwen zouden dan ook contractueel verbonden zijn met een ziekenhuis. Ze zouden ook een belangrijkere rol spelen in het ziekenhuis, zowel bij de voorbereiding van en de bevalling zelf, als bij het post partum. Dat maakt de specialisten meer beschikbaar voor ernstige of dringende situaties. De instap in het zorgtraject verloopt hoofdzakelijk via een vroedvrouw, die werkt in een ziekenhuis of in een satellietcentrum van het ziekenhuis. Bij een risicozwangerschap, is de specialist wel verantwoordelijk voor de opvolging van de zwangere vrouw; de zorgcoördinatie door de vroedvrouw blijft daarbij echter wenselijk. In dit scenario evolueert het beroep van vroedvrouw dus vooral in een ziekenhuiscontext. We kunnen dan ook verwachten dat de vroedvrouwen voornamelijk het statuut van werknemer zullen hebben. Zelfstandige vroedvrouwen zullen echter ook in een ziekenhuis kunnen werken, via samenwerkingsakkoorden die heel precies de verantwoordelijkheden van elke partij bepalen.

2.1.5.3. Scenario C: Scenario toegespitst op ambulante zorg waarbij vroedvrouwen een centrale plaats innemen (A – VV)

In dit scenario wordt de pre-, peri- en postnatale zorg voornamelijk ambulant verleend. De ziekenhuizen en/of onafhankelijke diensten (bv. geboortehuizen) spelen enkel een rol bij de eigenlijke bevalling; het verblijf wordt zo kort mogelijk gehouden. In dit toekomstscenario worden zwangerschap en bevalling beschouwd als natuurlijke, fysiologische processen, en is er slechts in een minderheid van de gevallen (nl. bij problemen of mogelijke risico's) een medische tussenkomst. De vroedvrouwen coördineren het zorgtraject en zorgen ervoor dat het goed verloopt vanaf de instap (of eventueel in de periode vóór de conceptie). Dit traject omvat o.a. een risico analyse, counselling/begeleiding voor, tijdens en na de zwangerschap, en de bevalling in het ziekenhuis. Ook zou een groot deel van de vroedvrouwen ambulant werken, met het statuut van zelfstandige of als partner in een groepspraktijk. Een belangrijk deel van de vroedvrouwen zou echter ook blijven werken in de ziekenhuizen en de medische centra, waarschijnlijk met het statuut van loontrekkende.

Kader 1 – Aannemelijkheid van de scenario's

De deelnemers aan de workshop, die uit verschillende professionele domeinen en beleidsniveaus kwamen, beschouwden deze scenario's als aannemelijk. Die scenario's berusten op een observatie van de voorbije trends, van de evoluties van de professionele praktijk in andere landen (bv. Nederland, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Canada) en op de hypothese dat gelijkaardige evoluties erg waarschijnlijk zijn in België. Toch werden de onderliggende hypotheses van de scenario's geformuleerd binnen een onzekere en complexe toekomstige context, die wordt beïnvloed door externe factoren waarmee hier geen rekening wordt gehouden (bv. internationale mobiliteit van zorgverleners, bevolkingsmigratie). Daarnaast kan men helemaal niet met zekerheid bepalen hoe snel en volgens welk schema vraag en aanbod zullen evolueren in de volgende 25 jaar.

De scenario's zijn niet noodzakelijk organisatorische modaliteiten die berusten op wetenschappelijk gefundeerde principes en worden niet noodzakelijk aanbevolen door het KCE. Toch werd parallel een literatuuronderzoek uitgevoerd om de gezondheidsresultaten (outcomes) te evalueren van de verschillende modellen in de scenario's (vroedvrouwen gecentreerde zorgmodellen vs. arts gecentreerde zorgmodellen, afdelingen geleid door vroedvrouwen vs. afdelingen geleid door gynaecologen-verloskundigen, individuele zorg (one-to-one) vs. groepsaanpak). Dit literatuuroverzicht bevestigt dat de voorgestelde opties (vroedvrouw gecentreerde zorg, zorgverlening aan een groep (centering pregnancy)) net zo veilig zijn als de conventionele zorg. Ze veroorzaken ook geen extra bijwerkingen, en zorgen voor een gelijkwaardig tevredenheidsniveau. Dit literatuuronderzoek is beschikbaar in Bijlage 6.

Elk narratief scenario werd opgebouwd rond 8 tot 10 sleutel elementen (activiteiten bij de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, kenmerken van de aanpak van de kraamvrouw en van het verblijf in de materniteit) volgens een identiek schema. De drie scenario's verschillen van elkaar door de professionele actoren die interageren, en de manier waarop ze zich organiseren. Elk model zou dus een impact moeten hebben op de zorgconsumptie en het aanbod van vroedvrouwen.

3. IMPACT VAN DE SCENARIO'S OP DE VRAAGPARAMETERS VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN

3.1. Zorgconsumptie in de basisscenario's

Het projectiemodel voor de workforce van vroedvrouwen van de Planningscommissie maakt een schatting van de dichtheid van vroedvrouwen aangepast aan de relatieve consumptie door de bevolking. De voorspellingen zijn gemaakt met een "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden".

De toekomstige evolutie van de vraag hangt af van drie elementen: 1) de demografische evolutie van de bevolking; 2) de contextuele factoren (niet gelinkt aan het zorgorganisatiemodel) en de waargenomen trend van verkorting van de verblijfsduur in de materniteit na een bevalling en 3) het toekomstige dominante zorgorganisatiemodel. Er werden drie mogelijke zorgorganisatiemodellen overwogen voor de toekomst, geïllustreerd door de drie narratieve scenario's A, B en C.

De uitwerking van scenario's als alternatief voor de basisscenario's van de Planningscommissie zal met al deze elementen rekening houden. In het wiskundige model gebruikt voor de planning van de workforce hebben ze een impact op de zorgconsumptie. De hierna voorgestelde alternatieve scenario's suggereren dus een aanpassing van de zorgconsumptie, op basis van het percentage berekend voor het referentiejaar 2016. Daarna kan de Planningscommissie een schatting maken van de dichtheid van vroedvrouwen aangepast aan de relatieve consumptie door de bevolking binnen die alternatieve scenario's.

Kader 2 – Consumptiepercentage

"De hier gehanteerde bevolkingsprojecties werden gerealiseerd door het Planbureau. Deze 'ruwe' bevolkingsprojecties vermenigvuldigen we met een consumptiegraad, gebaseerd op de 'honoraria van vroedvrouwen' in 3 jaar (2014, 2015 en 2016) die door het RIZIV werden terugbetaald. Dit resulteert in 'herwogen bevolkingsaantallen' die het 'gewicht' van elk bevolkingssegment in de huidige en toekomstige gezondheidszorg weergeven.

De gehanteerde consumptiegraad varieert naargelang taalgemeenschap, leeftijd en geslacht. Hij dient op relatieve basis te worden geïnterpreteerd en laat een vergelijking toe met de consumptie in referentiejaar 2014. Meer bepaald wordt de gewogen gemiddelde consumptie in 2014 gelijkgesteld aan 1 en wordt vervolgens de consumptiegraad van elk bevolkingssegment in verhouding hiermee berekend. Een bevolkingssegment met een consumptiegraad van 2 duidt er dus op dat de individuen in dit segment gemiddeld 2 maal meer beroep doen op gezondheidszorg dan de gemiddelde consumptie in 2014 voor de hele bevolking."

Bron: Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen (2018)[8]

3.2. Verrijkte basisscenario's: 'Baseline+'

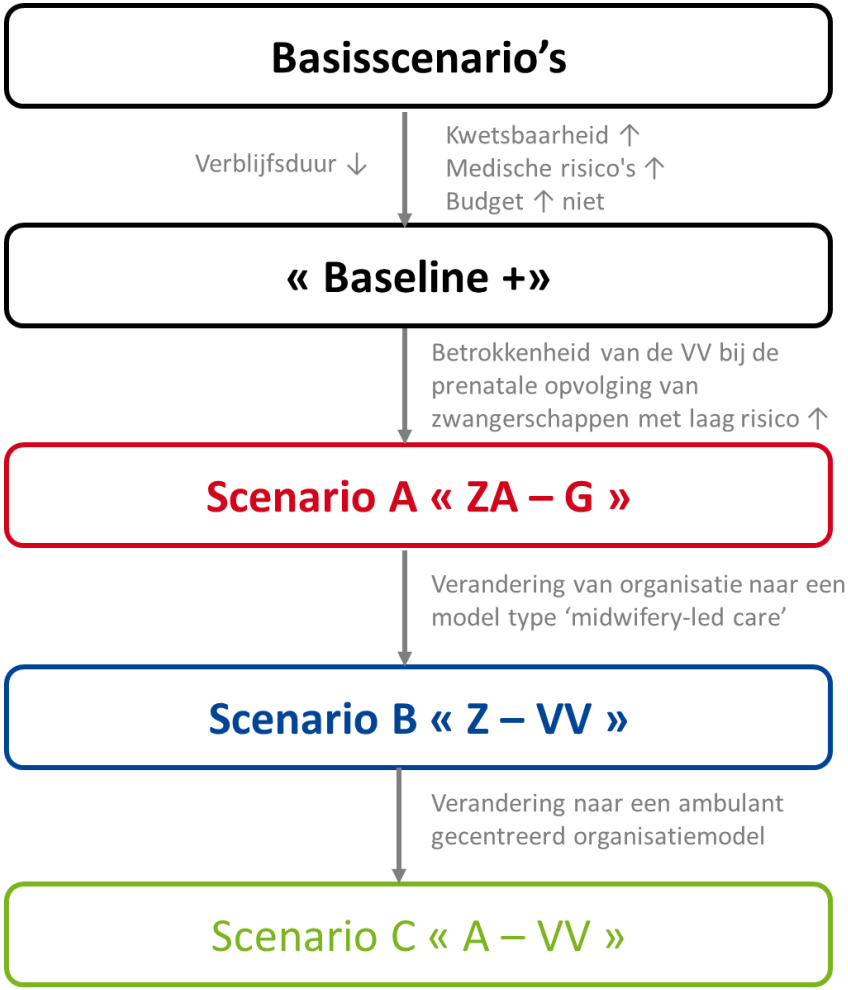
Bij de creatie van het conceptuele kader voor de scenario's, werden drie groepen factoren (i.e. de contextuele factoren) beschouwd als factoren die los stonden van de zorgorganisatie en als factoren die een vrij sterke invloed uitoefenen op de vraag naar en het aanbod van vroedvrouwen in functie van de scenario's. Deze factoren zijn het beschikbare gezondheidszorgbudget en de mate waarin risicofactoren (gezondheidstoestand en medische voorgeschiedenis van de zwangere vrouw) en de socio-economische kwetsbaarheid van de gezinnen de zorgvraag vergroten.

Daarnaast beïnvloedt de waargenomen trend van verkorting van de verblijfsduur in de materniteit na een bevalling ook de toekomstige consumptie van de zorg door vroedvrouwen.

Aangezien de verkorting van de verblijfsduur en de contextuele factoren tussenkomen na de alternatieve scenario's (onafhankelijk van het aantal en de variabiliteit), stellen wij voor ze op te nemen in aangepaste of verrijkte versies van de basisscenario's, die we 'Baseline+' (zie Figuur 4) noemen.

De evolutie van het budget kan echter niet worden gemodelleerd en zal dus niet worden gekwantificeerd. De onderliggende hypothese is dat het budget niet zal stijgen. Het (ongewijzigde of dalende) budget zal worden gebruikt in functie van de specifieke eigenschappen van de scenario's (verdeling van de activiteiten tussen zorgverleners – specifiek tussen gynaecologen en vroedvrouwen voor de opvolging van de zwangerschappen naargelang hun risiconiveau, en tussen zorgniveaus – specifiek tussen het ziekenhuismilieu en de ambulante context).

Figuur 4 – Schema van de studie van de impact van de contextuele factoren en de intrinsieke eigenschappen van de scenario's op de vraag



3.3. Alternatieve scenario's

3.3.1. Eigenschappen van de alternatieve scenario's

Dankzij de alternatieve scenario's kan de evolutie van de in de basisscenario's geschatte consumptiegraad worden aangepast en kan er zo rekening worden gehouden met de eigenschappen van de scenario's. Die eigenschappen vloeien voort uit de beschrijving van de drie vooraf opgestelde narratieve scenario's A, B en C. Die drie mogelijke toekomstvisies onderscheiden zich naargelang de sleutel elementen van het beroep van vroedvrouw, de eigenschappen van de aanpak van de kraamvrouw en van het verblijf in de materniteit:

- Instappunt in het zorgsysteem
- Anamnese en evaluatie van de medische en psychosociale risico's
- Coördinatie van de aanpak en van de verschillende intervenanten, beheer van de groepspraktijken/conventies van de vroedvrouwen
- Uitwerking van het zorgtraject
- Individuele- of groepsvoorbereiding (waaronder de Centering Pregnancy) voor de geboorte en voorbereiding op het ouderschap
- Echografieën, klinische opvolging (Laag risico/Hoog risico)
- Aanpak van de bevalling (zonder complicaties/risico), uitvoering van epidurale verdoving en keizersnede
- One-to-one care: daling van het aantal intervenanten per specialiteit
- Ziekenhuisverblijfsduur voor een bevalling
- Postnatale consultaties (Laag risico/Hoog risico)

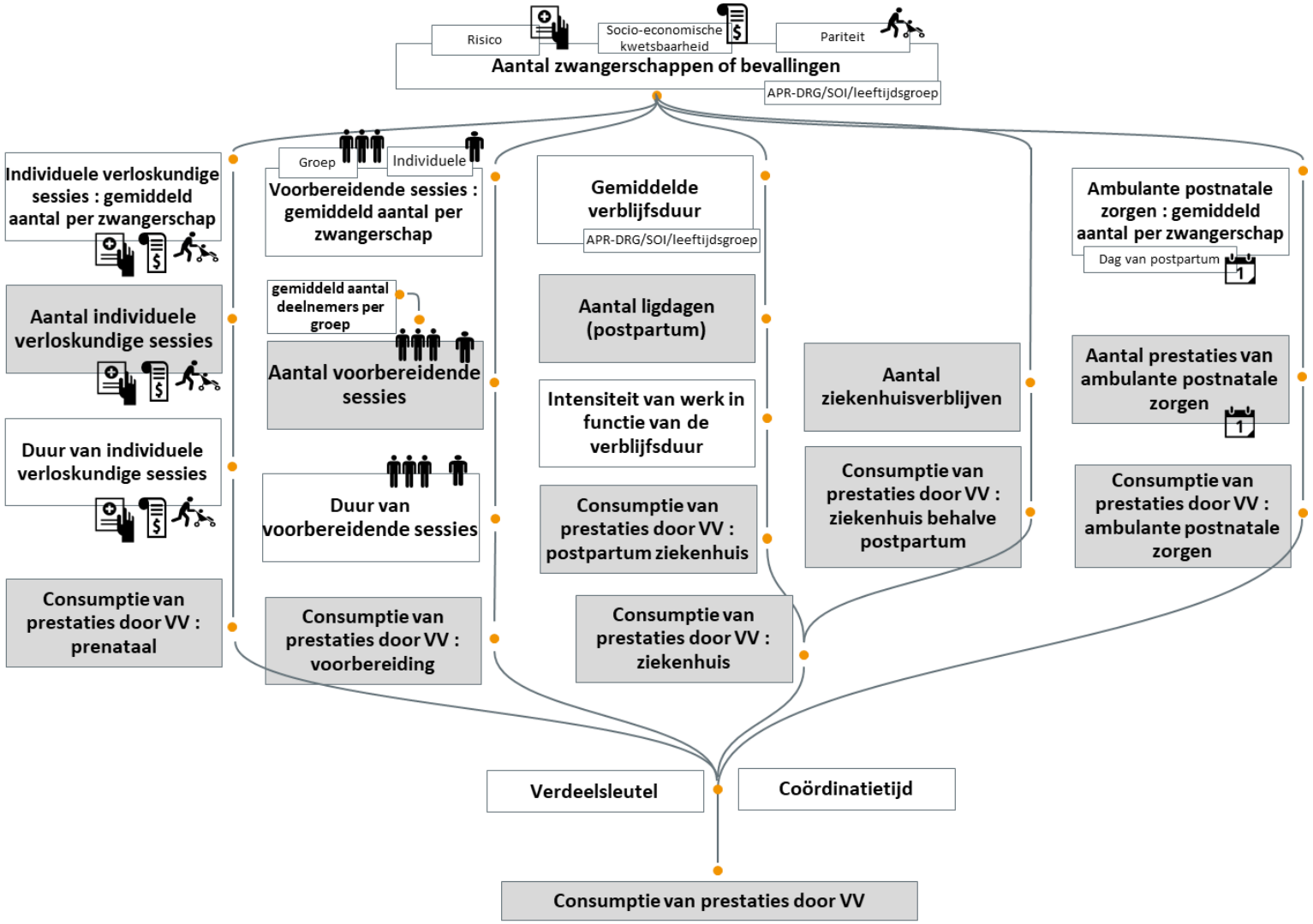
3.3.2. Modellering van de parameters eigen aan elk scenario

Om de evolutie van de consumptie te meten, moeten die verschillende parameters vervolgens worden gemodelleerd om in de alternatieve scenario's te worden meegenomen (Figuur 5). Het model deelt de prestaties in categorieën in, volgens de periode (prenataal, perinataal of postnataal) en de locatie van de activiteiten (in of buiten het ziekenhuis). Het model is vrij compleet, maar niet exhaustief en het houdt geen rekening met alle activiteiten van vroedvrouwen (bv. de interventies op vlak van vruchtbaarheid, neonatologie, onderzoek, enz.). Onze doelstelling is echter het meten van de evolutie van de zorgconsumptie (pre-, peri- en postnatale) over 25 jaar. De hypothese is dat de evolutie van de elementen waarmee geen rekening werd gehouden binnen dit model stabiel zal blijven. Deze evolutie zou dus niet mogen worden beïnvloed door de organisatiemodellen in de drie scenario's.

De evolutie van de parameters is het voorwerp van hypotheses. Sommige hypotheses worden ondersteund door objectieve gegevens, als die er zijn (bv. het huidige aandeel multipare-zwangerschappen). Sommige parameters waren al het voorwerp van projecties in andere onderzoeksprojecten, wat geruststellend is voor wat betreft hun aannemelijkheid en betrouwbaarheid (bv. projectie van de demografische evoluties (omvang en samenstelling van de bevolking);[12] projectie van het aantal ziekenhuisverblijven voor een bevalling in de toekomst[9]).

Wanneer dergelijke evoluties niet eerder werden ingeschat of niet zijn gedocumenteerd in de internationale literatuur, hebben we toevlucht genomen tot een elicitatieproces (zie glossarium), om een numerieke waarde toe te kennen aan een parameter waarvoor geen gegevens bestaan. Dit proces werd uitgevoerd d.m.v. een online enquête (34 deelnemers) aangevuld met een workshop (18 deelnemers).

Figuur 5 – Modellering van de parameters, meegenomen in de alternatieve scenario's voor het meten van (de evolutie van) de consumptie



3.3.3. Verdeelsleutel

Dankzij de hypotheses kunnen we de evolutie inschatten van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in de verschillende soorten van activiteiten (prenatale zorg, voorbereiding van de geboorte en opvoeding tot ouderschap, postpartum in het ziekenhuis, prestaties van vroedvrouwen in het ziekenhuis buiten postpartum, postnataal ambulant) in Baseline+ en de drie narratieve scenario's A, B en C. Bepaalde (ambulante) consumpties worden echter gemeten in aantal prestaties (eventueel afgewogen met hun duur) terwijl andere worden gemeten in hospitalisatiedagen of worden verondersteld in verhouding te staan tot het aantal bevallingen. Terwijl het gebruik van verschillende meeteenheden geen probleem oplevert voor het inschatten van de evolutie van de consumptie binnen een soort van activiteit, bemoeilijkt het wel de combinatie van verschillende activiteiten. Nu is de evolutie van de globale consumptie relevant, en deze zal in verband moeten worden gebracht met het aanbod van vroedvrouwen. We moeten dus een initiële verdeelsleutel vinden van de verschillende activiteiten. Met deze verdeelsleutel, gekoppeld aan de geschatte evolutie van de consumptie van elk type prestatie, kan de globale evolutie van de consumptie worden ingeschat.

De initiële verdeelsleutel (2016) van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen wordt weergegeven in Tabel 1. Die parameter is een belangrijk element van het model, dat de resultaten substantieel kan veranderen. Een validatie van deze hypothese, op basis van de beschikbare gegevens, van enquêtes op het terrein en/of van de expertise van de Werkgroep Vroedvrouwen van de Planningscommissie zal onontbeerlijk zijn voor het gebruik van het model.

Tabel 1 – Verdeling van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen: hypotheses

	2016
Prenatale zorg	5,5%
Voorbereiding geboorte	2,7%
Ziekenhuis (postpartum)	48,0%
Ziekenhuis (andere zorg)	32,0%
Ambulante postnatale zorg	11,8%

Nota. Deze hypotheses zijn gebaseerd op de elicitatie en de relatieve verdeling van de ambulante prestaties geregistreerd door de ziekteverzekering in 2016 (Econodat)

3.4. Resultaten: verwachte variaties van de consumptie van prestaties van vroedvrouwen

Secties 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3 en 3.4.4 geven de details weer van de weerhouden hypotheses en rapporteren de verwachte variatie van de consumptie per scenario. Sectie 3.4.5 geeft een overzicht van de gemeenschappelijke hypotheses en van de specifieke hypotheses voor elk scenario, van de projecties voor de 25 komende jaren en van de bron van de gebruikte gegevens (Tabel 6 en Tabel 7).

3.4.1. Baseline+: basisscenario's met de contextuele elementen en de verblijfsduur

In de Baseline+ worden de contextuele factoren (demografische evolutie, epidemiologische evolutie, evolutie van de socio-economische kwetsbaarheid) en de daling van de verblijfsduur in de materniteit meegenomen.

Hypotheses:

- Het aantal vrouwen dat een beroep zal doen op de prestaties van vroedvrouwen wordt geschat op basis van het aantal ziekenhuisverblijven voor een bevalling. De evolutie wordt voorspeld met behulp van een trendanalyse.[9]
- Op basis van de gegevens van 2010-2016 wordt het aandeel zwangerschappen met gematigd of hoog risico ingeschat met behulp van een lineaire projectie. Vanaf 2026 tot 2041 wordt de trend als constant beschouwd.
- Op basis van de gegevens 2010-2016 werd het toekomstige aandeel multiparen ingeschat met behulp van een lineaire projectie. Vanaf 2026 tot in 2041 wordt deze evolutie als constant beschouwd.
- De socio-economische kwetsbaarheid wordt geschat op basis van het percentage van de bevolking dat in een gezin leeft waarvan het equivalente beschikbare inkomen 60% lager ligt dan het nationale mediaaninkomen (armoedegrens). De toekomstige evolutie wordt geschat op basis van een lineaire projectie van de gegevens 2003-2016 en wordt dan als constant beschouwd vanaf 2026 tot in 2041.
- Het gemiddelde aantal sessies van voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot ouderschap is opgetrokken naar 1 in geval van socio-economische kwetsbaarheid in 2021 en naar 2 vanaf 2026.
- De gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep is gegeven tot in 2025 door een projectiemodel[9] dat zich baseert op de trendanalyse van de gegevens van 2003-2014, en wordt daarna constant gehouden op het niveau van 2025 voor de jaren 2026-2041.
- Het gemiddelde aantal prestaties voor opvolging en ambulante postnatale zorg bedraagt 1 prestatie per dag en per vrouw tussen het verlaten van de materniteit en de 5de dag van het postpartum. Vanaf de zesde dag van het postpartum bedraagt het gemiddelde aantal prestaties van opvolging en ambulante postnatale zorgen 4 prestaties voor multiparen en 2 prestaties voor primiparen vanaf 2021.
- Het gemiddelde aantal individuele verloskundige sessies, het gemiddelde aantal sessies van voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot ouderschap (zonder socio-economische kwetsbaarheid), het gemiddelde aantal prestaties van opvolging en ambulante postnatale zorg bij complicaties en het gemiddelde aantal consultaties voor borstvoeding worden constant gehouden op hun niveau van 2016.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, wordt de verwachte variatie van de consumptie weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2 – Baseline+: verwachte variatie van de consumptie van prestaties van vroedvrouwen in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenatale zorg	5,5%	+6,9%	+13,5%	+12,9%	+14,8%	+16,2%
Voorbereiding	2,7%	+24,7%	+50,5%	+49,6%	+52,1%	+54,0%
Ziekenhuis (postpartum)	48,0%	-7,1%	-9,7%	-10,2%	-8,7%	-7,6%
Ziekenhuis (andere zorg)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Ambulante postnatale zorg	11,8%	+65,0%	+72,3%	+71,3%	+74,1%	+76,3%
Totaal	100,0%	**+5,9%**	**+7,1%**	**+6,4%**	**+8,2%**	**+9,6%**

3.4.2. *Scenario A (ziekenhuis/ambulant – gynaecologen)*

Naast de elementen die werden meegenomen in “Baseline+”, houdt scenario A ook rekening met een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen bij de prenatale opvolging van zwangerschappen met laag risico.

Hypotheses:

- voor de zwangerschappen met laag risico, zal het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties stijgen in 2041, tot 3 voor multiparen en tot 5 voor primiparen; die doelstellingen zullen exponentieel stijgen vanaf het vandaag geobserveerde gemiddelde aantal en worden bereikt tegen 2041. Voor de zwangerschappen met gematigd of hoog risico wordt het gemiddelde aantal individuele verloskundige sessies constant gehouden op het niveau van 2016.
- het gemiddelde aantal individuele consultaties voor de voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot ouderschap gaat naar 3 in 2041, terwijl het gemiddelde aantal collectieve consultaties naar 0,90 gaat voor de primiparen (3 sessies voor 30% van de vrouwen) en naar 0,15 voor de multiparen (1 sessie voor 15% van de vrouwen). Die doelstellingen zullen exponentieel stijgen vanaf het geobserveerde gemiddelde aantal in 2016 en worden bereikt tegen 2041, behalve voor het gemiddelde aantal collectieve consultaties voor de multiparen, dat constant wordt gehouden op 0,15.
- de andere hypotheses zijn onveranderd in vergelijking met “Baseline+”.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, wordt de verwachte variatie van de consumptie weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3 – Scenario A (“ZA-G”): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenatale zorg	5,5%	+9,5%	+23,9%	+34,8%	+52,1%	+72,5%
Voorbereiding	2,7%	+90,1%	+186,6%	+220,8%	+274,0%	+342,6%
Ziekenhuis (postpartum)	48,0%	-7,1%	-9,7%	-10,2%	-8,7%	-7,6%
Ziekenhuis (andere zorg)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Ambulante postnatale zorg	11,8%	+65,0%	+72,3%	+71,3%	+74,1%	+76,3%
Totaal	100,0%	**+7,9%**	**+11,4%**	**+12,3%**	**+16,3%**	**+20,5%**

3.4.3. Scenario B (ziekenhuis – vroedvrouwen)

De overstap van scenario A naar scenario's B en C impliceert een verandering van organisatie naar een model van aanpak van het type 'midwifery-led care'. Vroedvrouwen zijn meer betrokken bij de opvolging van zwangerschappen met laag risico; de opvolging van de zwangerschappen met gematigd of hoog risico wordt meer verzekerd door de gynaecologen. De vroedvrouwen verzorgen de eerste consultatie waarbij de medische en psychosociale anamnese wordt uitgevoerd en verwijzen de patiënte indien nodig door naar een gynaecoloog. Zij verzorgen echter de opvolgingsconsultaties tijdens de zwangerschap en coördineren de bijdrage van andere partijen.

Hypotheses:

- voor de zwangerschappen met laag risico, wordt het gemiddelde aantal individuele verloskundige sessies door vroedvrouwen in 2041 6 voor multiparen en 8 voor primiparen. We veronderstellen dat die doelstellingen exponentieel zullen stijgen vanaf het vandaag geobserveerde gemiddelde aantal en worden bereikt tegen 2041.
- voor de zwangerschappen met gematigd of hoog risico, wordt het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties (buiten de specifieke sessies voor hoogrisico zwangerschappen) door vroedvrouwen in 2041 1 (medische en psychosociale anamnese), een aantal dat lineair zal stijgen vanaf het in 2016 geobserveerde gemiddelde aantal. Het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties specifiek voor hoogrisico zwangerschappen wordt constant wordt gehouden op het niveau van 2016.
- de administratieve taken in ambulante zorg zouden in 2041 10 uur per week in beslag nemen in een scenario waarbinnen de vroedvrouwen de coördinatie van de verschillende betrokkenen verzekeren (nu 8 werkuren per week), ofwel een relatieve stijging van 25%. Om hiermee rekening te houden, verhoogt men kunstmatig van 25% de duur van de individuele verloskundige consultaties en van de postnatale prestaties.
- de andere hypotheses blijven onveranderd in vergelijking met Scenario A.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, wordt de verwachte variatie van de consumptie weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4 – Scenario B (" Z-VV "): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenatale zorg	5,5%	+11,5%	+30,1%	+48,9%	+83,0%	+131,7%
Voorbereiding	2,7%	+90,1%	+180,6%	+220,8%	+274,0%	+342,6%
Ziekenhuis (postpartum)	48,0%	-7,1%	-9,7%	-10,2%	-8,7%	-7,6%
Ziekenhuis (andere zorg)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Ambulante postnatale zorg	11,8%	+66,3%	+75,2%	+75,6%	+79,9%	+83,6%
Totaal	100,0%	**+8,1%**	**+12,0%**	**+13,6%**	**+18,7%**	**+24,6%**

3.4.4. Scenario C (ambulant – vroedvrouwen)

De overstap van Scenario B naar Scenario C impliceert een omschakeling van een ziekenhuis gecentreerd organisatiemodel naar een ambulant gecentreerd model. Dit vertaalt zich naar een veel kortere verblijfsduur in de materniteit en een verhoogd gebruik van de postnatale ambulante prestaties.

Hypotheses:

- de inkorting van de gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG SOI zal respectievelijk bedragen:
  - APR-DRG 560, SOI 1: 2 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
  - APR-DRG 560, SOI 2: 2,5 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
  - APR-DRG 540, SOI 1: 3 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
  - APR-DRG 540, SOI 2: 4 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
  - voor de andere APR-DRG's en de andere graden van ernst, wordt de gemiddelde verblijfsduur tot 2025 per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep gegeven door het projectiemodel[9] dat zich baseert op de trendanalyse (gegevens 2003-2014). Vervolgens wordt het ongewijzigd op het niveau van 2025 gehouden voor de volgende jaren;
- de inkorting van de verblijfsduur verhoogt de behoefte aan ambulante postnatale opvolging door een vroedvrouw. Binnen dat kader bedraagt het gemiddelde aantal prestaties voor de opvolging en ambulante postnatale zorg 1 prestatie per dag en per vrouw tussen het verlaten van de materniteit en de 5de dag van het postpartum. Vanaf de zesde dag van het postpartum bedraagt het gemiddelde aantal prestaties voor de opvolging en ambulante postnatale zorg 7 voor primiparen en 4 voor multiparen vanaf 2021;
- de andere hypotheses blijven onveranderd in vergelijking met scenario B.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, wordt de verwachte variatie van de consumptie weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5 – Scenario C (" A-VV "): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenatale zorg	5,5%	+11,5%	+30,1%	+48,9%	+83,0%	+131,7%
Voorbereiding	2,7%	+90,1%	+186,6%	+220,8%	+274,0%	+342,6%
Ziekenhuis (postpartum)	48,0%	-7,1%	-24,9%	-25,3%	-24,1%	-23,2%
Ziekenhuis (andere zorg)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Ambulante postnatale zorg	11,8%	+146,8%	+182,4%	+183,0%	+190,2%	+196,1%
Totaal	100,0%	**+17,6%**	**+17,4%**	**+19,0%**	**+24,3%**	**+30,4%**

3.4.5. Samenvattende tabel van de onderliggende hypotheses van Baseline+ en van de 3 toekomstscenario's

Tabel 6 geeft de gemeenschappelijke hypotheses van alle scenario's weer, terwijl Tabel 7 de specifieke hypotheses van elk scenario bevat. De voorlaatste kolom vermeldt de gegevensbron.

De projecties voor de periode 2021 tot 2041 werden door het KCE gemaakt, binnen het kader van dit rapport. U vindt de verantwoording van elke hypothese en de methode die voor de projecties werd gebruikt in het wetenschappelijke rapport (sectie 5.3).

Tabel 6 – Gemeenschappelijke hypotheses van alle scenario's

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	Bron 2011-2016	Projectie
Aantal ziekenhuisverblijven gelinkt aan bevalling	125 150	122 458	124 867	126 487	125 726	127 864	129 434	Van de Voorde et al. (2017)[9]	Tot 2025: Van de Voorde et al. (2017)[9] daarna constante verblijfsduur en projectie van de populatie (Planbureau)[12]
Percentage zwangerschappen met matig tot hoog risico	17,5%	23,3%	28,7%	34,1%	34,1%	34,1%	34,1%	IMA	Lineair tot en met 2026 daarna constant
Percentage van de populatie waarvan het gezinsinkomen onder de armoedegrens ligt	15,3%	15,9%	16,0%	16,4%	16,4%	16,4%	16,4%	IWEPS[13] op basis van EU-SILC[14]	Lineair tot en met 2026 daarna constant
Percentage multipare zwangerschappen	55,2%	56,2%	58,4%	60,0%	60,0%	60,0%	60,0%	CEpiP[15] en SPE[16]	Lineair tot en met 2026 daarna constant
Duur van de eerste individuele verloskundige consultatie (alle risico niveaus)				52 minuten				Elicitatie	Constant
Duur van de individuele verloskundige consultaties voor laag risico zwangerschappen				30 minuten				Elicitatie	Constant
Duur van de individuele verloskundige vervolgconsultaties voor zwangerschappen met matig tot hoog risico (specifieke consultaties voor risicozwangerschappen inbegrepen)				35 minuten				Elicitatie	Constant
Bijkomende duur van individuele verloskundige consultaties in het geval van socio-economische kwetsbaarheid				15 minuten				Elicitatie	Constant

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	Bron 2011-2016	Projectie
Gemiddeld aantal bijkomende consultaties ter voorbereiding van de bevalling en het ouderschap in het geval van socio-economische kwetsbaarheid			1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Elicitatie	Elicitatie
Duur van de individuele consultaties ter voorbereiding van de bevalling en het ouderschap				60 minuten				Elicitatie	Constant
Duur van groepsconsultaties ter voorbereiding van de geboorte en het ouderschap				120 minuten				Elicitatie	Constant
Gemiddeld aantal deelnemers aan de groepsconsultaties				7				Elicitatie	Elicitatie
Wegingscoëfficiënt toegepast op de dagen van hospitalisatie (graad van ernst 1)	Dag 1: 155; dag 2: 129; dag 3: 92; dag 4: 84; dag 5 en volgende: 77							ULB, Ecole de Santé Publique (PACHA)[17]	Constant
Wegingscoëfficiënt toegepast op de dagen van hospitalisatie (graad van ernst 2)	Dag 1: 140; dag 2: 144; dag 3: 97; dag 4: 86; dag 5 en volgende: 82							ULB, Ecole de Santé Publique (PACHA)[17]	Constant
Wegingscoëfficiënt toegepast op de dagen van hospitalisatie (graad van ernst 3 en 4)	Dag 1: 172; dag 2: 156; dag 3: 118; dag 4: 108; dag 5 en volgende: 105							ULB, Ecole de Santé Publique (PACHA)[17]	Constant
Gemiddeld aantal prestaties voor opvolging en postnatale zorgen tot en met de 5e dag van het postpartum	0,3	0.8			1/dag			Econodat en IMA	Elicitatie
Gemiddeld aantal prestaties voor opvolging en postnatale zorgen omwille van complicaties	0,1	0,1			0,1			Econodat en IMA	Constant
Gemiddeld aantal consultaties rond borstvoeding	0,2	0,4			0,4			Econodat en IMA	Constant

Tabel 7 – Specifieke hypotheses van elk scenario

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	Bron 2011-2016	Projectie
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (laag risico)	1,0	1,4						IMA	
• Baseline+			1,4	1,4	1,4	1,4	1,4		Constant
• Scenario A « ZA-G » – multiparen			1,6	1,8	2,2	2,6	3,0		Elicitatie
– primiparen			1,8	2,2	3,0	3,4	5,0		Elicitatie
• Scenario's B « Z-VV » en C « A-VV » – multiparen			1,9	2,4	3,4	4,5	6,0		Elicitatie
– primiparen			2,0	2,6	4,0	5,7	8,0		Elicitatie
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (matig tot hoog risico)	0,8	3,4						Econodat en IMA	
• Baseline+ en Scenario A « ZA-G »			3,4	3,4	3,4	3,4	3,4		Constant
• Scenario's B « Z-VV » en C « A-VV »			3,0	2,7	2,3	1,9	1,6		Elicitatie
Gemiddeld aantal individuele consultaties voor de voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot ouderschap	0,3	0,6						Econodat en IMA	
• Baseline+			0,6	0,6	0,6	0,6	0,6		Constant
• Scenario's A « ZA-G », B « Z-VV » en C « A-VV » – multiparen			0,7	0,7	0,8	0,9	1,0		Elicitatie
– primiparen			0,8	1,1	1,6	2,2	3,0		Elicitatie
Gemiddeld aantal groepsconsultaties voor de voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot ouderschap	0,3	0,4						Econodat en IMA	
• Baseline+			0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		Constant
• Scenario's A « ZA-G », B « Z-VV » en C « A-VV » – multiparen			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2		Elicitatie
– primiparen			0,5	0,6	0,7	0,8	0,9		Elicitatie

Gemiddelde verblijfsduur								Van de Voorde et al. (2017)[9]	
• **Baseline+, scenario A « ZA-G » en scenario B « Z-VV » - voorbeelden**									
○ *APR-DRG 540 (keizersnede) ernst 1 – 25-34 jaar*	5,7	5,0	4,4	4,0	4,0	4,0	4,0		Tot 2025: Van de Voorde et al. (2017)[9] daarna constant
– 35-39 jaar	5,7	5,1	4,5	4,1	4,1	4,1	4,1		
○ *APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 1 – 25-34 jaar*	4,1	3,7	3,3	3,0	3,0	3,0	3,0		
– 35-39 jaar	4,0	3,6	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0		
• Scenario C « A-VV »									
○ *APR-DRG 560 – SOI 1: voor alle leeftijdscategoriën*			3,3	2,0	2,0	2,0	2,0		Tot 2025: Van de Voorde et al. (2017)[9] nadien dalend
– SOI 2: voor alle leeftijdscategoriën			3,7	2,5	2,5	2,5	2,5		
○ *APR-DRG 540 – SOI 1: voor alle leeftijdscategoriën*			4,4	3,0	3,0	3,0	3,0		
– SOI 2: voor alle leeftijdscategoriën			5,4	4,0	4,0	4,0	4,0		
Gemiddeld aantal consultaties voor opvolging en postnatale zorgen vanaf de 6de dag van het postpartum	0,9	1,7						Econodat en IMA	
• Baseline+, Scenario A « ZA-G » en Scenario B « Z-VV »									
– multiparen			2,0	2,0	2,0	2,0	2,0		Elicitatie
– primiparen			4,0	4,0	4,0	4,0	4,0		Elicitatie
• Scenario C « A-VV » – multiparen			4,0	4,0	4,0	4,0	4,0		Elicitatie
– primiparen			7,0	7,0	7,0	7,0	7,0		Elicitatie
Verhoging van de duur van prenatale en postnatale consultaties om de coördinatie taken in rekening te brengen		20%						Elicitatie	
• Baseline+ en scenario A « ZA-G »			20%	20%	20%	20%	20%		Elicitatie
• Scenarios B « Z-VV» en C « A-VV »			21%	22%	23%	24%	25%		Elicitatie

3.4.6. *Analyse van gevoeligheid op gewestelijk niveau*

De resultaten hierboven gaan er impliciet van uit dat de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen gelijkaardig evolueert in de drie gewesten van ons land. Wij spreken deze hypothese tegen door hierna een variatie in te bouwen op gewestelijk niveau voor de volgende parameters: het aantal bevallingen, de gemiddelde verblijfsduur, het aandeel risicozwangerschappen, de socio-economische kwetsbaarheid en het aandeel multiparen.

Tabel 8 geeft de evolutie weer van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in vergelijking met 2016, in de drie gewesten van het land, volgens de verschillende scenario's.

Tabel 8 – Analyse op gewestelijk niveau: verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	2021	2026	2031	2036	2041
Vlaanderen					
Baseline+	+5,6%	+3,9%	+3,2%	+5,2%	+7,0%
Scenario A (« ZA-G »)	+7,8%	+8,7%	+9,6%	+13,9%	+18,7%
Scenario B (« Z-VV »)	+8,1%	+9,4%	+11,0%	+16,4%	+23,0%
Scenario C (« A-VV »)	+17,5%	+16,2%	+17,8%	+23,5%	+30,3%
Wallonië					
Baseline+	+7,4%	+8,4%	+8,0%	+8,8%	+9,2%
Scenario A (« ZA-G »)	+9,2%	+12,3%	+13,4%	+16,4%	+19,4%
Scenario B (« Z-VV »)	+9,4%	+13,0%	+14,7%	+18,6%	+23,2%
Scenario C (« A-VV »)	+18,9%	+18,3%	+20,1%	+24,2%	+28,9%
Brussel					
Baseline+	+8,9%	+14,4%	+17,1%	+21,0%	+24,1%
Scenario A (« ZA-G »)	+10,1%	+16,9%	+21,3%	+27,4%	+33,4%
Scenario B (« Z-VV »)	+10,3%	+17,4%	+22,3%	+29,4%	+37,1%
Scenario C (« A-VV »)	+19,9%	+23,0%	+28,1%	+35,5%	+43,5%

In de Baseline+, verwacht men tegen 2026 een stijging van de consumptie met 4% in Vlaanderen, met 8% in Wallonië en met 14% in Brussel, in vergelijking met 2016 (horizon op 10 jaar). In het scenario dat het verst verwijderd is van het huidige model (scenario C), bedragen de verwachte stijgingen 16% in Vlaanderen, 18% in Wallonië en 23% in Brussel, tussen 2016 en 2026.

In alle scenario's verwacht men een grotere stijging van de vraag naar verloskundige zorg door vroedvrouwen in Brussel dan in de andere gewesten van het land, en dat verschil wordt steeds groter in de tijd.

3.4.7. Voorspellingsintervallen

Wanneer er historische gegevens beschikbaar waren voor bepaalde parameters, gingen we uit van een rechtlijnige evolutie. Dat is bv. het geval voor het aandeel risicozwangerschappen (medische risico's), het aandeel vrouwen in een socio-economisch kwetsbare situatie en multipare zwangerschappen. Hoe verder in de tijd, hoe groter echter de onzekerheidsgraad van deze projecties, vooral wanneer de schatting van de toekomstige waarde berust op korte tijdsreeksen. Daarom hebben we de lineaire projectie beperkt tot in 2016 en zijn we daarna uitgegaan van een constante evolutie voor deze parameters. Er werden voorspellingsintervallen berekend rond die lineaire verhoudingen.

De impact van die parameters op de toekomstige zorgconsumptie werd vervolgens opnieuw geëvalueerd op basis van die intervallen volgens een conservatieve hypothese (de medische risico's en de pariteit evolueren volgens de hoge grens van het voorspellingsinterval, terwijl de socio-economische kwetsbaarheid evolueert volgens de lage grens) en volgens een tweede minder conservatieve hypothese (de medische risico's en de pariteit evolueren volgens de lage grens, terwijl de socio-economische kwetsbaarheid evolueert volgens de hoge grens).

De resultaten worden weergegeven in Tabel 9.

Tabel 9 – Verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	2021	2026	2031	2036	2041
Meest conservatieve hypothese					
Baseline+	+5,8%	+6,8%	+6,3%	+8,2%	+9,7%
Scenario A (« ZA-G »)	+7,7%	+11,0%	+11,7%	+15,0%	+18,1%
Scenario B (« Z-VV »)	+7,9%	+11,7%	+12,5%	+16,3%	+19,8%
Scenario C (« A-VV »)	+17,4%	+16,9%	+17,7%	+21,6%	+25,1%
Minst conservatieve hypothese					
Baseline+	+6,1%	+7,4%	+7,0%	+9,1%	+10,7%
Scenario A (« ZA-G »)	+8,1%	+11,7%	+12,8%	+16,8%	+20,9%
Scenario B (« Z-VV »)	+8,3%	+12,4%	+13,9%	+18,6%	+23,5%
Scenario C (« A-VV »)	+17,9%	+17,9%	+19,4%	+24,3%	+29,4%

3.4.8. Bijkomende alternatieve hypotheses

Sommige parameters uit de narratieve beschrijvingen van de scenario's konden niet worden opgenomen in het model hierboven (Figuur 5), omdat er een aantal zaken ontbraken: overtuigende data in de administratieve databanken, bewijs in de literatuur over de impact van die parameters op de consumptie, en voldoende ervaring over deze parameters in de dagelijkse Belgische verloskundige praktijk. Daarom werden ze niet opgenomen in het model dat de evolutie van de consumptie inschat, maar werden ze gedetailleerd in het wetenschappelijke rapport (deel 5.6.). Het gaat om de volgende parameters:

- De uitbreiding van de competenties van de vroedvrouwen (bv. echografieën, perineale training, enz.)
- De toename van handelingen gericht op de patiënte en haar entourage
- De evolutie van de eigenschappen en de aspiraties van de bevolking
- De evolutie van de aanpak van postpartum
- De evolutie van de mobiliteit.

4. IMPACT VAN DE SCENARIO'S OP DE PARAMETERS VAN AANBOD VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN

Het zorgorganisatiemodel dat in de toekomst de overhand zal nemen, zal een impact hebben op vraag én aanbod. Naargelang de toekomstige zorgorganisatie gecentreerd wordt op ambulante zorg of op het ziekenhuis, kan dit zorgen voor een verschil in het voornaamste tewerkstellingsstatuut van vroedvrouwen.

4.1. Basisscenario's

In de basisscenario's van de Planningscommissie wordt verondersteld dat de verdeling tussen de activiteitensector en het professionele statuut ('Sector repartition rate') niet stabiel zal blijven. Deze evolueerde inderdaad al vanaf 2014, door de volgende twee elementen:

- De vroedvrouwen gediplomeerd na 1 oktober 2018 zullen geen verpleegkundige activiteiten mogen uitvoeren buiten het vroedkundige domein.
- Het progressief optrekken van de wettelijke pensioenleeftijd vanaf 2025 (66 jaar) en 2030 (67 jaar).

4.2. Alternatieve scenario's

We gaan uit van de hypothese dat het percentage vroedvrouwen actief buiten de gezondheidszorg niet rechtstreeks beïnvloed wordt door het zorgorganisatiemodel. Die graad wordt dus identiek gehouden aan deze van in de basisscenario's, onafhankelijk van het toegepaste organisatiemodel.
Bij de vroedvrouwen actief in de verloskundige gezondheidszorg, wordt een schatting gemaakt van de aannemelijke waarden van de toekomstige verdelingsgraden (tussen de statuten werknemer, zelfstandig en gecombineerd) in de verschillende scenario's via het elicitatieproces (Tabel 10). In vergelijking met de huidige situatie, voorziet scenario A geen variatie

van het toekomstige tewerkstellingsstatuut en is het dus geen voorwerp van hypotheses. Aangezien scenario B ziekenhuis gecentreerd is, wordt verwacht dat een groter aandeel van de zorgverleners het statuut van werknemer heeft, in tegenstelling tot het ambulant gecentreerde scenario C waar de zorgverleners gewoonlijk een statuut van zelfstandige hebben.

Tabel 10 – Verdeling volgens statuut (vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg): hypotheses

	Scenario B (« Z-VV ») binnen 25 jaar	Scenario C (« A-VV ») binnen 25 jaar
Aandeel loontrekkenden	65%	45%
Aandeel zelfstandigen	20%	35%
Aandeel met gemengd statuut	15%	20%

Ook hier werden bijkomende alternatieve hypotheses bekeken rond de versterking en uitbreiding van de opleiding, om meer competenties te verwerven in de autonome verloskundige praktijk en de organisatie- en coördinatiecompetenties. Deze hypotheses worden gedetailleerd beschreven in het wetenschappelijke rapport (sectie 6.4.).

In het wiskundige model van de Planningscommissie voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen, zou een verlenging van de opleiding een tijdelijke impact hebben op het aantal afgestudeerden (parameter 1 van het wiskundige model[8]), omdat tijdens de overgangsperiode naar een langere opleiding erg weinig studenten zouden afstuderen. Waarschijnlijk zou een kwalificatie als Master de aantrekkingskracht van het beroep van vroedvrouw ook veranderen (aantal inschrijvingen in de opleiding), en mogelijks ook het aantal geslaagden per studiejaar. Die elementen zullen samen het aantal afgestudeerden bepalen.

5. DISCUSSIE

De Planningscommissie is verantwoordelijk voor de modellering van de workforce van gezondheidsberoepen. Ze kwantificeert de effectieven (aantal professionals), de workforce (aantal voltijdse equivalenten) en hun evolutie. Het projectiemodel van de workforce (basisscenario's) is volledig gebaseerd op de analyse van de historische trends bij een "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden". Twee basisscenario's werden ontwikkeld: het eerste basisscenario focust zich op alle vroedvrouwen actief in het domein van de gezondheidszorg, terwijl het tweede basisscenario zich concentreert op de vroedvrouwen die uitsluitend vroedkundige activiteiten uitvoeren.

De verloskundige activiteit van de vroedvrouwen binnen de alternatieve scenario's

De alternatieve scenario's hebben slechts betrekking op de verloskundige activiteit van de vroedvrouwen. Vroedvrouwen zijn echter ook actief in andere zorgsectoren, zoals neonatologie en medisch ondersteunde voortplanting, en buiten de zorgsector. Bovendien konden bepaalde parameters die specifiek zijn voor de alternatieve scenario's niet worden opgenomen in het model, omwille van het ontbreken van overtuigende data, van bewijs in de literatuur over de impact van die parameters op de consumptie en van voldoende ervaring over deze parameters in de dagelijkse praktijk. Daarom kon hun impact niet worden gekwantificeerd. Toch werd hun potentiële impact gedetailleerd in het rapport besproken, om ze in de toekomst te kunnen opnemen in het wiskundige model.

Verdeling van de consumptie van de verloskundige prestaties van de vroedvrouwen

De verloskundige activiteit van de vroedvrouwen werd bestudeerd op basis van duidelijke categorieën: prenatale opvolging, voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot het ouderschap, de ambulante aanpak van postpartum, de ziekenhuisactiviteit bij het onmiddellijke postpartum en de ziekenhuisactiviteit in de andere sectoren. Aangezien deze activiteiten worden gemeten met verschillende bases en eenheden, moesten we een verdeelsleutel opstellen van de activiteit van de vroedvrouwen tussen de

soorten activiteiten. We deden dit met behulp van data uit de Minimale Ziekenhuis Gegevens, van het RIZIV en van het elicitatieproces.

De hypotheses zullen moeten worden gevalideerd en ze zullen regelmatig moeten worden gemonitord om ze te herevalueren.

De waarschijnlijkheid van de scenario's

De scenario's zijn gebaseerd op een waarneming van de voorbije trends, van de evolutie van de professionele praktijk in andere landen (bv. Nederland, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Canada) en op de aanname dat gelijkaardige evoluties erg waarschijnlijk zijn in België. De scenario's werden als aannemelijk beschouwd door de betrokken stakeholders, die verschillende professionele domeinen en beleidsniveaus vertegenwoordigden. Werkgroepen met andere professionele vertegenwoordigers hadden kunnen leiden tot varianten hierop.

De scenario's schetsen verschillende toekomstvisies, maar voorzien allemaal een grotere betrokkenheid van vroedvrouwen in de materniteit. De waarschijnlijkheid van elk scenario is afhankelijk van heel wat factoren, zoals de politieke wil om de aanpak van zwangere vrouwen te herorganiseren, de neiging van het systeem om sneller over te schakelen naar ambulante zorg, de toegang tot specialisten beperken tot klinische risicosituaties, en de voorziene tijdshorizon.

De tijdshorizon van de projecties

De Planningscommissie wil schattingen maken op 25 jaar. Het niveau van onzekerheid van de projecties stijgt echter met de tijd. Bovendien is de schatting van de toekomstige waarde van bepaalde parameters gebaseerd op korte tijdsreeksen, soms veel korter dan de totale projectieperiode. Zo is de projectie van de inkorting van de verblijfsduur in de materniteit enkel beschikbaar voor de komende 10 jaar. Daarna moeten nieuwe hypotheses over de evolutie van deze parameter en zijn impact op de zorgvraag worden ontwikkeld. Anderzijds kunnen de parameters lineair of exponentieel evolueren, of op hetzelfde niveau blijven. Voor bepaalde parameters, zoals het aandeel risicozwangerschappen, het percentage vrouwen dat onder de armoedegrens leeft en de evolutie van multipariteit, werd geopteerd voor een lineaire evolutie voor de projecties op korte termijn (2026), terwijl voor de projecties op lange termijn (van 2026 tot 2041) werd gekozen voor het behoud van het niveau na 10 jaar. Indien men een lineaire evolutie zou aanhouden tot 2041 (ofwel binnen 25 jaar), zouden immers de helft van de zwangere vrouwen dan een risico zwangerschap doormaken, en meer dan 64% vrouwen zouden multipaar zijn. Die hypotheses lijken weinig waarschijnlijk. Daarom lijkt het ons redelijk om zich te beperken tot projecties op 5 tot 10 jaar, zodat aan de planningsdoelstellingen kan worden beantwoord.

6. CONCLUSIE

Elke HR-planner in de gezondheidszorg stelt zich vragen over de toekomst van de gezondheidszorgorganisatie. Van projecties van historische gegevens wordt verondersteld dat ze zich realiseren binnen het kader van een stabiel gezondheidssysteem, binnen een constant en dus ongewijzigd beleid. Een planner vraagt zich dan ook uiteraard af wat de mogelijke toekomstige variaties daarop kunnen zijn. Daarom heeft de uitwerking van alternatieve scenario's zeker een toegevoegde waarde. Het biedt een ondersteuning bij het nemen van beslissingen rond de opleiding van de zorgverleners, zodat er aan de toekomstige zorgvraag kan worden voldaan. De reflectie over de mogelijke toekomst van het beroep van vroedvrouw werpt belangrijke vragen op voor de organisatie van zorg, die verder gaan dan enkel de nood aan human ressources. Deze strategische vragen zijn voornamelijk maatschappelijke en dus ook politieke keuzes. Hierbij moet het behoud en zelfs de verbetering van de gezondheid van moeder en kind voorop staan.

Voor welke methode wordt er best gekozen om hierbij tot betrouwbare resultaten te komen? Deze vraag is al een vijftiental jaar voorwerp van discussie in de literatuur.[18] Uit een onderzoek van de buitenlandse ervaringen[19-24] blijkt dat een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens nuttig kan zijn voor de uitwerking van alternatieve scenario's.

Onze horizon scanning (of prospectieve analyse) bracht ons tot Baseline+, dat aan de basisscenario's van de Planningscommissie contextuele factoren (medische risico's, socio-economische kwetsbaarheid, gezondheidszorgbudget) en de projectie van de verkorting van de verblijfsduur per APR-DRG toevoegde. De contextuele factoren doen de vraag naar vroedvrouwen voor verloskundige zorg toenemen met 7,1%, naargelang de hypotheses, tijdens de periode 2016-2026.[8] Met de drie alternatieve scenario's kunnen voor de vrij nabije toekomst aannemelijke varianten op het huidige organisatiemodel worden overwogen: van een scenario dat erg lijkt op het huidige ziekenhuis gecentreerde model, waar de specialisten (gynaecologen) een hoofdrol spelen (met inbegrip van zwangerschappen en bevallingen zonder complicaties), tot een erg verschillend scenario, gericht op ambulant verstrekte diensten door eerstelijnszorgverleners (vroedvrouwen en huisartsen) waarbij risicovrouwen worden doorverwezen naar de specialisten. Nationaal wordt tussen 2016 en 2026 een globale stijging van de vraag naar verloskundige zorg door vroedvrouwen voorspeld met +11,4 tot +17,4%, naargelang het scenario en de onderliggende hypotheses. Het tewerkstellingsstatuut van de vroedvrouwen (werknemers, zelfstandig of gemengd) zal ook worden beïnvloed door het dominante toekomstige zorgmodel. Een ziekenhuis gecentreerd verloskundig model zal vooral werken met een loontrekkende workforce, terwijl een ambulant gecentreerd model vooral het aandeel zelfstandige vroedvrouwen zal doen toenemen.

De Baseline+ leidt tot een stijging van 7,1% in 2026 ten opzichte van 2016. Deze stijging komt vooral door de toegenomen postnatale en ambulante activiteiten (+8,6%). Er dient te worden opgemerkt dat de Baseline+ rekening houdt met de verkorting van de verblijfsduur die leidt tot een vermindering van de postnatale activiteiten in het ziekenhuis met 4,6% (zie Tabel 2). Als men van Baseline+ naar scenario A gaat, stijgen de activiteiten gedaan door vroedvrouwen met 11,4% tussen 2016 en 2026. Deze stijging is vooral gelinkt aan de toename van de activiteiten betreffende de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap (+5,1% in scenario A tegenover +1,4% in Baseline+) en in mindere mate aan de prenatale activiteiten (+1,3% in scenario A tegenover +0,7% in Baseline+) (zie Tabel 3). Indien men van scenario A naar scenario B overgaat, heeft dit slechts een geringe impact op de stijging van de activiteiten gedaan door vroedvrouwen. Er is slechts een heel minieme stijging van de activiteiten die te maken hebben met de prenatale en postnatale zorgen (+0,3% tussen de 2 scenario's voor elke activiteit) (zie Tabel 4). In scenario C is er een stijging van de vraag van de activiteiten gedaan door vroedvrouwen van 17,4% tijdens de periode 2016 - 2026. Dit is vooral gelinkt aan een sterke stijging van de postnatale ambulante activiteiten (+21,6%) die echter afgezwakt wordt door een daling van de postnatale activiteiten in het ziekenhuis (- 12,0%; zie Tabel 5).

De identificatie van de contextuele factoren en de ontwikkeling en kwantificatie van alternatieve scenario's vragen een *bottom-up* aanpak, want dat vergroot de kans dat de hypothese van het projectiemodel zich effectief voordoet. Het kwalitatieve aspect van de voorgestelde aanpak vertoont echter enkele limieten. Daarom zijn een regelmatige monitoring van de hypotheses en evaluaties door experts nodig, zodat de nodige aanpassingen kunnen worden doorgevoerd als de voorspellingen zouden afwijken van de realiteit. De betrokkenheid van de experts van het terrein en van de vertegenwoordigers van hun professionele verenigingen is in het huidige onderzoeksproces alleszins een groot voordeel en een onmisbare steun gebleken. De methodologische aanpak in dit rapport is ook gemakkelijk reproduceerbaar, om te worden gebruikt voor de projecties van andere gezondheidsberoepen.

De resultaten in deze synthese zijn beperkt tot de studie van de evolutie van een aantal parameters van het projectiemodel van het aanbod en de vraag naar verloskundigen van de Planningscommissie medisch aanbod. Enkel de parameters die direct beïnvloed worden door de alternatieve scenario's werden gekwantificeerd, d.w.z. de consumptie van verloskundige zorg en de verdeling van het aanbod over de professionele statuten. Deze resultaten worden overgemaakt aan de werkgroep Vroedvrouwen van de planningscommissie om in haar wiskundig model te worden opgenomen. Op die manier kan de impact van de alternatieve scenario's op de vraag en het aanbod van de verloskundigen worden gemeten.

REFERENTIES

1. Fellows J, Edwards M. User Guidelines on Qualitative Methods in Health Workforce Planning and Forecasting. 2014. Joint action for Health Planning and Forecasting. Available from: www.healthworkforce.eu and www.cfwi.org.uk
2. OECD. Schooling for tomorrow knowledge base : Overview of Methodologies [Web page]. Available from: https://www.oecd.org/site/schoolingfortomorrowknowledgebase/futuresthinking/overviewofmethodologies.htm
3. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016. Issue 4. Art. No.: CD004667
4. Fawsitt C, Bourke J, Greene R, McElroy B, Krucien N, Murphy R. What do women want? Valuing women's preferences and estimating demand for alternative models of maternity care using a discrete choice experiment. Health Policy. 2017 121(11):1154-60.
5. McLachlan H, Forster D, Davey M, Lumley J, Farrell T, Oats J, et al. COSMOS: COmparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008;8(35).
6. De Cesare J, Jackson J. Centering Pregnancy: practical tips for your practice. Arch Gynecol Obstet. 2015;291(3):499-507.
7. Willis G, Cave S, Kunc M. Strategic workforce planning in healthcare: A multi-methodology approach. European Journal of Operational Research. 2018;267 250–63.
8. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening. Basisscenario's Vroedvrouwen 2014-2039. Brussel: Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2018. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/basisscenarios_van_de_beroepsbevolking_vroedvrouwen_2014-2039.pdf

9. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf
10. Benahmed N, Hendrickx E, Adriaenssens J, Stordeur S. Health workforce planning and midwifery-specific data. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/2016. KCE Reports 278 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/health-workforce-planning-and-midwifery-specific-data#.WFk_41MrJOQ
11. Miermans P, Vivet V, Delvaux A, Jouck P, Mimilidis H, Steinberg P, et al. HWF Alternatieve scenario's van de evolutie van de workforce “Artsen” 2012-2037 [Web page]. Brussel: Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2016 [updated 19/07/2016; cited 18/02/2019]. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/alternatieve_scenarios_van_de_evolutie_van_de_workforce_artsen_2012-2037.pdf
12. Bureau Fédéral du Plan. Perspectives de population 2017-2070. 2018.
13. IWEPS. Taux de risque de pauvreté [Web page]. 2018. Available from: https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete/
14. Eurostat. Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) [Web page]. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions
15. Leroy C, Debauche C, Daelemans C, Debiève F, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2016. Centre d’Épidémiologie Périnatale; 2018.
16. Devlieger R, Martens E, Martens G, Van Mol C, Cammu H. Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2016. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie; 2017.
17. Pirson M, Delo C, Martins D, Leclercq P. Evaluation du coût de l’accouchement: perspective hospitalière. Gunaikeia. 2012;17(9):21-6.
18. Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Hum Resour Health. 2009 7(10).
19. Batenburg R, van der Lee I, Wiegers T, van der Velden L. De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027 - Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario’s. Utrecht: NIVEL; 2013.
20. Edwards M, Fellows J, Steinberg P, Miermans P-J, Vivet V. Pilot study experiences in Belgium using horizon scanning and the Delphi method as part of a national review of the General Practitioner workforce. 2016. WP6, Centre for Workforce Intelligence, United Kingdom Available from: www.healthworkforce.eu
21. Griffin R, Cawley J, Sines D. A strategic review of the future healthcare workforce - Informing the maternity workforce. London: Centre for Workforce Intelligence; 2013.
22. Health Workforce Australia. Health Workforce 2025 - Doctors, Nurses and Midwives. Adelaïde; 2012. Vol 1 Available from: https://submissions.education.gov.au/forms/archive/2015_16_sol/documents/Attachments/Australian%20Nursing%20and%20Midwifery%20Accreditation%20Council%20(ANMAC).pdf
23. The Centre for Workforce Intelligence. Future Midwifery Workforce Projections - Starting the discussion. London: Centre for Workforce Intelligence; 2013.
24. Willis G et al. Horizon scanning. Analysis of key forces and factors. 2014. Centre for Workforce Intelligence CfWI technical paper series no. 0006 Available from: http://www.cfwi.org.uk/publications/horizon-scanning-analysis-of-forces-and-factors

COLOFON

Titel:	Alternatieve scenario's voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen: horizon scanning en kwantificeringsmodel – Synthese
Auteurs:	Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Irm Vinck (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Senior supervisor:	Sabine Stordeur (KCE)
Redactie synthese:	Sabine Stordeur (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Irm Vinck (KCE)
Reviewers:	Christian Léonard (KCE), Gudrun Briat (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Externe experten:	Sophie Alexander (Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (GGOLFB)), Katrien Beeckman (UZ Brussel), Annick Bogaerts (University College Leuven-Limburg (UCLL), Genk), Anaïs Boutin (Haute Ecole Francisco Ferrer), Geneviève Castiaux (Hénallux – Haute Ecole Namur Liège Luxembourg), Gilles Ceysens (Conseiller gynécologue à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)), Gaëlle Chapoix (Fédération des maisons médicales), Luc De Catte (UZ Leuven), Valérie De Jonghe (CHR Mons-Hainaut), Katelijn De Koster (UZ Brussel, Federale Raad voor de Vroedvrouwen), Dominique De Temmerman (Mutualités Libres – Onafhankelijke Ziekenfondsen), Tamara Dedecker (Iris Ziekenhuizen Zuid – Hôpitaux Iris Sud (IZZ –HIS)), Magali Depauw (Hogeschool Vives, Brugge), Christelle Durand (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nathalie Dumont (HELMO Ste Julienne – Haute Ecole Libre Mosane), Sophie Engelskirchen (ONE), Marie Gérard (ONE), Dominique Haumont (Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né – College van geneesheren voor de moeder en de pasgeborene), Els Hendrix (Hogeschool PXL, Hasselt), David Hercot (Commission communautaire commune, Bruxelles), Cédric Hermans (Université catholique de Louvain (UCLouvain)), Ana Hernandez (Haute Ecole Léonard de Vinci), Lon Holtzer (Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, Vlaamse Overheid), Colette Jacob (Santhea), Catherine Latiers (ONE), Floriane Lefebvre (Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine), Hélène Logie (Cliniques universitaires Saint-Luc), Eveline Mestdagh (Artesis Plantijn Hogeschool, Antwerpen), Sarah Michel (Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPsfB)), Ingrid Morales (ONE), Jacques Moyaux (Agence pour une vie de Qualité – AViQ), Joke Muyldermans (Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV)), Pascale Neirynck (HIS – IZZ), Anne Niset (Conseil Fédéral des Sages-Femmes – Federale Raad voor Vroedvrouwen, Association Francophone des Sages-femmes Catholiques (AFSFC)), Karima Omari (Maison médicale globule), Jacqueline Orban (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (CHIREC)), Cynthia Pochet (Hôpital Erasme – Université Libre de Bruxelles), Marlène Reyns (VBOV), Chantal Robin (AFSFC), Marie-Jeanne Schoofs (Kind en Gezin), Nathalie Schumacher (Haute Ecole Condorcet), Pascale Steinberg (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Liesbeth Van Kelst (UCLL, Limburg), Marleen Van Puymbroek (AZ Nikolaas), Lien Van Riet (AZ Nikolaas), Joachim Vankeirsbilck (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)), Guy Verhulst (VVOG), Joeri Vermeulen (Erasmus Hoge school Brussel), Veerle Vivet (FOD Volksgezondheid – SPF

Santé Publique), Mieke Walraevens (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Sylvianne Wauters (UPsfB), Michel Willems (FOD Economie – SPF Economie – STATBEL), Vanessa Wittvrouw (UPsfB)

Externe validatoren: Carl Ardy-Dubois (Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal – Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé), Yann Bourgueil (Directeur de recherche à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) et chargé de mission à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, France), Olivier Schmitz (Faculté de Santé Publique – Institut de Recherche Santé et Société – UCLouvain, Belgique)

Acknowledgements: We bedanken Mr John Fellows (The United Kingdom, Department of Health and Social Care) voor zijn methodologische ondersteuning, alsook de heren Jo Goossens (shiftN) en Philippe Vandenbroeck (shiftN) voor hun methodologische ondersteuning en voor het leiden van de workshops tijdens de uitwerking van de verhalende scenario's. We bedanken ook alle vroedvrouwen, gynaecologen en andere partijen die de twee vragenlijsten hebben ingevuld op de welke deze studie zich baseert.

Gemelde belangen: Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Gilles Ceysens (ONE), Gaëlle Chapoix (Mouvement des maisons médicales, eerstelijns gezondheidszorg actoren), Katelijne De Koster (BMA – Belgian Midwives Association, VBOV), Magali De Pauw (Vives Hogeschool), Luc De Catte (VVOG Gynaecologen), Marie Gérard (ONE: dekkingszones tussen dienstaanbod T.M.S. (travailleur médico-sociaux) en vroedvrouwen), Ana Hernandez (Adviseur ONE, lid van UPfSB), Joke Muyldermans (Lid van VBOV vzw), Anne Niset (Association de sages-femmes, AFSFC – Association Francophone des Sages-Femmes Catholiques, BMA), Jacqueline Orban (CHIREC), Marlène Reyns (Vroedvrouw), Pascale Steinberg (Planning Cel medisch aanbod), Joachim Van Keirsbilck (VVOG Vlaamse Vereniging Verloskunde en Gynaecologie), Marleen Van Puymbroeck (Vroedvrouw), Veerle Vivet (Planning Cel medisch aanbod), Vanessa Wittvrouw (Vroedvrouw)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Annick Bogaerts (projectleider van de studie Inter-ACT: betreffende coaching van zwangerschappen voor een gezonde toekomst (gesponsord door FWO – Fonds Wetenschappelijk Onderzoek en protocol gepubliceerd in BioMed Central)), Christelle Durand (Lid van de planningcel), Cynthia Pochet (Coördinatie project 'RAN-ROZI & HOME'), Liesbeth Van Kelst (Onderzoekster project 'Kort in Kraamkliniek – verkort verblijf op de materniteit, regio Leuven'), Marleen Van Puymbroeck (Pilootproject om ziekenhuisopname materniteit te verlagen)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Sophie Engelskirchen (Regioverantwoordelijke K&G (werkneemster)), Nathalie Schumacher (Verantwoordelijke voor paramedicus in Bergen Campus (HEPH -Condorcet) waar de vroedvrouwen worden opgeleid), Marleen Van Puymbroeck (vroedvrouwen in ziekenhuis (werkneemster)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Gilles Ceysens (Voorzitter College van Gyneacologen en vroedvrouwen van ONE), Katelijne De Koster (UZ Brussel, afdelingshoofd moeder-kind), Luc De Catte (Afdelingshoofd verloskunde UZ Leuven), Sophie Engelskirchen (Regioverantwoordelijke ONE), Marie Gérard (ONE), Eveline Mestdagh (opleidingsverantwoordelijke vroedvrouwen), Ingrid Morales (Gezondheidsdirectie ONE; organisatie van prenatale zorg tijdens prenatale wijkconsultaties en terugkoppeling met medico-sociale werkers), Joke Muyldermans (schatbewaarder VBOV, dagelijks beheer), Anne Niset (Voorzitster AFSFC, voorzitster BMA), Jacqueline Orban (als verantwoordelijke van de pool moeder-kind kunnen de resultaten van deze studie een positieve impact hebben. Lange-termijnvisie van de plaats van vroedvrouwen in het ziekenhuis), Nathalie Schumacher (Verantwoordelijke voor paramedicus in Bergen Campus (HEPH -Condorcet) waar de vroedvrouwen worden opgeleid), Pascale Steinberg (impact op alternatief scenario vroedvrouwen), Joachim Van Keirsbilck (voorzitter departement verloskunde VVOG), Marleen Van Puymbroeck (hoofdvroedvrouw in het AZ Sint Nikolaas), Vanessa Wittvrouw (UpSfB)

Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict: Marleen Van Puymbroeck (Veiligheid in de verloskamer en dus emotionele gezondheid van de gezondheidswerker)

Layout : Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer:

- **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum: 26 april 2019 (2e print, 1ste print:11 april 2019)

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Health Manpower; Nurse Midwives; Forecasting, Health Planning; Health Services Needs and Demand

NLM classificatie: W76

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2019/10.273/27

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.



Hoe refereren naar dit document? Benahmed N, Lefèvre M, Vinck I, Stordeur S. Alternatieve scenario's voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen: horizon scanning en kwantificeringsmodel – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 312As. D/2019/10.273/27.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.