KCE REPORT 312A

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

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





KCE REPORT 312A
HEALTH SERVICES RESEARCH

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

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

NADIA BENAHMED, MÉLANIE LEFÈVRE, IMGARD VINCK, SABINE STORDEUR

COLOFON

Titel:	Alternatieve scenario's voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen: horizon scanning en kwantificeringsmodel
Auteurs:	Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Irm Vinck (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Senior supervisor:	Sabine Stordeur (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. Ten slotte, bedanken we Gudrun Briat voor de herlezing van de Nederlandstalige versie van het rapport.

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 (2nd print ; 1st 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/2019/10.273/30

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. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 312A. D/2019/10.273/30.

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

INHOUDSTAFEL

1 INLEIDING 11

1.1 CONTEXT 11

1.2 BASISSCENARIO'S VOOR DE EVOLUTIE VAN DE BEROEPSBEVOLKING – VROEDVROUWEN – 2014-2039 11

1.2.1 Doelstellingen en methodologie 11

1.2.2 Globale resultaten 13

1.2.3 Van basisscenario's naar alternatieve scenario's 14

1.2.4 Kritische analyse van de projectietechnieken gebruikt voor het opstellen van de basisscenario's 14

2 DOELSTELLINGEN 14

3 METHODOLOGISCH KADER 15

4 NARRATIEVE SCENARIO'S VOOR DE TOEKOMST VAN HET BEROEP VAN VROEDVROUW 18

4.1 INLEIDING 18

4.2 METHODE 18

4.3 RESULTATEN 22

4.3.1 Selectie van de potentiële factoren om rekening mee te houden in de scenario's voor de toekomst 22

4.3.2 Herindeling van de factoren in clusters 24

4.3.3 Analyse impact/onzekerheid van de clusters 26

4.3.4 Opstellen van het kader van de scenario's voor de toekomst 28

4.3.5 Opstellen van de narratieve scenario's voor de toekomst 31

5 IMPACT VAN DE SCENARIO'S OP DE VRAAGPARAMETERS VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN 35

5.1 INLEIDING 35

5.2 METHODE 35

5.2.1 Basisscenario's 35
5.2.2 Verrijkte basisscenario's: 'Baseline +' 36
5.2.3 Alternatieve scenario's 36
5.2.4 Elicitatieproces 39
5.2.5 Meting van de evolutie van de consumptie 40
5.3 PARAMETERS VAN HET MODEL EN GESTELDE HYPOTHESES 42
5.3.1 Aantal zwangerschappen en bevallingen 42
5.3.2 Epidemiologische evolutie (medische risico's) 44
5.3.3 Evolutie van de socio-economische kwetsbaarheid (socio-economische risico's) 44
5.3.4 Evolutie van de pariteit 44
5.3.5 Individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen 46
5.3.6 Duur van de individuele verloskundige consultaties 50
5.3.7 Sessies ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap 50
5.3.8 Aantal deelneemsters aan de groepsconsultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap 53
5.3.9 Duur van de groepsconsultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap 53
5.3.10 Gemiddelde verblijfsduur in de materniteit en aantal hospitalisatiedagen gelinkt aan de bevalling 53
5.3.11 Werkintensiteit van de vroedvrouwen 58
5.3.12 Ambulant postnataal 59
5.3.13 Coördinatietijd 62
5.3.14 Verdeelsleutel 62
5.4 RESULTATEN: VERWACHTE VARIATIE VAN DE CONSUMPTIE VAN DE PRESTATIES VAN VROEDVROUWEN 63
5.4.1 Baseline +: basisscenario's met contextuele elementen en inkorting van de verblijfsduur 63
5.4.2 Scenario A (ziekenhuis/ambulant – gynaecologen) 64

5.4.3 Scenario B (ziekenhuis – vroedvrouwen) 65
5.4.4 Scenario C (ambulant – vroedvrouwen) 66
5.5 SENSITIVITEITSANALYSE 67
5.5.1 Analyse op gewestelijk niveau 67
5.5.2 Voorspellingsintervallen 69
5.6 BIJKOMENDE ALTERNATIEVE HYPOTHESES 72
5.6.1 Uitbreiding van het activiteitenveld van de vroedvrouwen 72
5.6.2 Stijging van de aanpak gecentreerd op de patiënt en zijn entourage 72
5.6.3 Evolutie van de kenmerken en de aspiraties van de bevolking 73
5.6.4 Evolutie van de aanpak van het postpartum 74
5.6.5 Evolutie van de mobiliteit 74
6 IMPACT VAN DE SCENARIO'S OP DE PARAMETERS VAN AANBOD VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN 74
6.1 INLEIDING 74
6.2 METHODE 75
6.2.1 Basisscenario's 75
6.2.2 Alternatieve scenario's 76
6.3 RESULTATEN 77
6.4 BIJKOMENDE ALTERNATIEVE HYPOTHESES 77
7 DISCUSSIE 78
8 CONCLUSIE 83
■ **REFERENTIES 85**
■ **BIJLAGEN 89**

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1 – Basisscenario en alternatieve scenario's 14
Figuur 2 – Overzicht van de horizon scanning methodologie voor de vroedvrouwen 16
Figuur 3 – Impact/onzekerheidsmatrix en reikwijdte van de potentiele variatie van de clusters in de toekomst 20
Figuur 4 – Theoretisch kader voor het opstellen van scenario's op basis van twee meta-onzekerheden 21
Figuur 5 – Proces van de aanmaak van factoren met potentiële impact op de beroepsbevolking van vroedvrouwen op basis van de voorstellen uit de online enquête 23
Figuur 6 – Positie van de 12 clusters in de impact/onzekerheidsmatrix 26
Figuur 7 – Keuze van de te ontwikkelen scenario's in het scenariokader 28
Figuur 8 – Kader voor de scenario's 30
Figuur 9 – Positionering van de te ontwikkelen scenario's binnen het theoretische kader 31
Figuur 10 – Schema van de studie van de impact van de contextuele factoren en de intrinsieke eigenschappen van de scenario's op de vraag 39
Figuur 11 – Modellering van de parameters, in rekening gebracht in de alternatieve scenario's voor het meten van (de evolutie van) de consumptie 41
Figuur 12 – Aantal zwangerschappen of bevallingen: potentiële gegevensbronnen 43
Figuur 13 – Lineaire projecties en voorspellingsintervallen 70
Figuur 14 – Planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen in België 89
Figuur 15 – Scenario's voor de planning van nodige vroedvrouwen in 2022 en 2027 in Nederland 97
Figuur 16 – Planningsmodel voorgesteld door het CfWI 98
Figuur 17 – Illustraties van de resultaten van de projecties van aanbod van en vraag naar verpleegkundigen – Australië 108
Figuur 18 – Kwalitatieve methodes, middelen en planning gebaseerd op een wiskundig model 109
Figuur 19 – Stappen van het pilootproject – Huisartsenkunde – België (2016) 110
Figuur 20 – Synthese van de resultaten van het literatuuronderzoek voor de trends in huisartsenkunde – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde – België 111

Figuur 21 – Conceptueel kader van de thema's die tijdens een horizon scanning betreffende human resources voor de gezondheidszorg aan bod komen 115

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1 – Professionele bezigheden van de deelnemers aan de workshop 22
Tabel 2 – Narratieve scenario's: eigenschappen in verband met de vraag 37
Tabel 3 – Kenmerken van de respondenten van de online enquête (elicitatie) 40
Tabel 4 – Schatting van het aantal toekomstige zwangerschappen (alle scenario's) 45
Tabel 5 – Schatting van de epidemiologische evolutie (alle scenario's) 45
Tabel 6 – Schatting van de socio-economische kwetsbaarheid (alle scenario's) 45
Tabel 7 – Schatting van de evolutie van de multipariteit (alle scenario's) 46
Tabel 8 – Individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen 47
Tabel 9 – Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties: hypotheses 49
Tabel 10 – Duur van de individuele verloskundige consultaties: hypotheses 50
Tabel 11 – Consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap 51
Tabel 12 – Consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap: hypotheses 52
Tabel 13 – Aantal verblijven, gemiddelde verblijfsduur en aantal hospitalisatiedagen 54
Tabel 14 – Gemiddelde verblijfsduur en aantal hospitalisatiedagen: projectie 56
Tabel 15 – Aantal hospitalisatiedagen: ambulantgecentreerd scenario 57
Tabel 16 – Gemiddelde duur van de zorgprestaties (in minuten) 58
Tabel 17 – Intensiteit van de zorgconsumptie in het ziekenhuis: wegingscoëfficiënt toegepast op de hospitalisatiedagen 58
Tabel 18 – Toekomstige evolutie van de hospitalisatiedagen, gewogen voor de intensiteit van de zorgconsumptie 58
Tabel 19 – Ambulante postnatale prestaties 59
Tabel 20 – Gemiddeld aantal opvolgingsprestaties en postnatale zorgen: hypotheses 61
Tabel 21 – Rekening houdend met de coördinatietijd: hypotheses 62

Tabel 22 – Verdeling van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen: hypothese 63
Tabel 23 – Baseline+: verwachte variatie van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in vergelijking met 2016 64
Tabel 24 – Scenario A (“ZA-G”): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 65
Tabel 25 – Scenario B (“Z-VV”): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 66
Tabel 26 – Scenario C (“A-VV”): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 67
Tabel 27 – Analyse op gewestelijk niveau: verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 ...68
Tabel 28 – Lineaire projecties en voorspellingsintervallen 71
Tabel 29 – Verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016 71
Tabel 30 – Narratieve scenario’s: eigenschappen in verband met het aanbod van vroedvrouwen 76
Tabel 31 – Verdeling volgens het statuut (vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg): resultaten van de online enquête 77
Tabel 32 – Verdeling volgens het statuut (vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg): hypotheses 77
Tabel 33 – Beschrijving van de parameters van het planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen in België 90
Tabel 34 – Megatrends met erg grote impact op de toekomstige beroepsbevolking 103
Tabel 35 – Classificatie van de resultaten van de horizon scanning – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde – België 112
Tabel 36 – Resultaten van het Delphi Panel – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde – België 113
Tabel 37 – Schatting van de toekomstige activiteit van de huisartsen – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde - België 114
Tabel 38 – Classificatie van de factoren per domein en de graad van pertinentie voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen 116
Tabel 39 – RIZIV nomenclatuurcodes voor bevallingen 126
Tabel 40 – APR-DRG codes die de bevallingen identificeren 126
Tabel 41 – ATC codes die de detectie van comorbiditeiten toelaten 127

Tabel 42 – RIZIV nomenclatuurcodes die de diabetes paspoorten en conventies identificeren 128
Tabel 43 – RIZIV nomenclatuurcodes die de individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen voor risicobevallingen identificeren 128
Tabel 44 – RIZIV nomenclatuurcodes die de aanwezigheid van een pediater op voorschrift identificeren....129
Tabel 45 – RIZIV nomenclatuurcodes die de individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen identificeren.....129
Tabel 46 – RIZIV nomenclatuurcodes die de consultaties ter voorbereiding van de geboorte en de voorbereiding op het ouderschap door vroedvrouwen identificeren 130
Tabel 47 – RIZIV nomenclatuurcodes die de prestaties voor toezicht en postnatale en ambulatoire zorg door vroedvrouwen identificeren 130
Tabel 48 – RIZIV nomenclatuurcodes die de consultaties die de consultaties door vroedvrouwen rond borstvoeding identificeren 131

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
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SOI	Severity of illness – Ernst van de ziekte
SPE	Studiecentrum Perinatale Epidemiologie
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (Sterktes, Zwaktes, Opportuniteiten en Bedreigingen)
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 benodigde 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]

Bij **'One-to-one care'** wordt één vroedvrouw 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. 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 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

1.1 Context

In België is de evaluatie van behoeften inzake het aanbod van zorgverleners een federale bevoegdheid, en deze taak wordt uitgevoerd door de Planningscommissie Medisch aanbod. Ze wordt daarbij ondersteund door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (hierna respectievelijk Planningscommissie en Cel Planning genoemd). Deze commissie is verantwoordelijk voor de planning van de medische beroepsbevolking, wat betekent dat ze het bestaande personeelsbestand van zorgverleners, de benodigde arbeidskrachten en hun toekomstige evolutie kwantificeert aan de hand van een wiskundig model voor de projectie van workforce. Om dit te doen werkt zij, samen met de Planningscommissie, toekomstscenario's uit voor de verschillende beroepen in de gezondheidssector. De samenstelling van de Planningscommissie varieert volgens de beroepsgroep die op de werkvergaderingen wordt besproken (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten). Ze geeft niet-bindend advies en de ministers van gezondheid en onderwijs, en hun respectieve regeringen (federale-en gemeenschapsregeringen) baseren zich hierop bij het uittekenen van hun beleid.

Als antwoord op een verzoek tot methodologische ondersteuning van de Planningscommissie publiceerde het KCE in 2016 een rapport 'planning van gezondheidszorgpersoneel en gegevens over vroedvrouwen' (KCE-rapport 278).[8] In de aanbevelingen werd ook gepleit voor een prospectieve analyse (of horizon scanning) om op een methodologische manier de uitwerking van toekomstige scenario's inzake de evolutie van vraag en aanbod van zorgverleners te ondersteunen. Als gevolg hiervan vroeg de Planningscommissie het KCE om deze aanbeveling toe te passen op de beroepsbevolking van vroedvrouwen.

Globaal gezien houdt de planning van menselijke middelen voor de gezondheidszorg in dat er wordt voorzien in de benodigde beroepsbevolking in een nabije of verre toekomst (horizon van 5 tot 30 jaar). Omdat de toekomst niet exact kan worden voorspeld, wordt deze prospectieve analyse (of horizon scanning) gecombineerd met het opmaken van scenario's, om alle mogelijke toekomstbeelden te begrijpen. Bij deze horizon scanning bestuderen we de factoren die de toekomstige trends beïnvloeden, terwijl de opmaak van scenario's elke combinatiemogelijkheid van deze factoren onderzoekt aan de hand van verschillende hypotheses.

Het huidige rapport is gewijd aan een horizon scanning voor het beroep van vroedvrouw, aan de uitwerking van scenario's als alternatief voor het basisscenario en aan de kwantificatie van de resultaten van de uitgewerkte scenario's.

1.2 Basisscenario's voor de evolutie van de beroepsbevolking – Vroedvrouwen – 2014-2039

1.2.1 Doelstellingen en methodologie

In 2018 publiceerde de Cel Planning een rapport met de titel "Basisscenario's van de evolutie van de workforce - Vroedvrouwen - 2014-2039".[9]

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.

Kort samengevat wordt het planningsmodel voor de beroepsbevolking van vroedvrouwen gevoed door gegevens uit verschillende bronnen:

- De gegevens van het PlanKAD: PlanKAD is de naam die wordt gegeven aan de koppeling van de gegevens uit de federale databank van professionals uit de gezondheidszorg (kadaster) met enerzijds, de gegevens van Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (Kruispuntbank van de sociale zekerheid), en anderzijds, de gegevens van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De gegevens van het kadaster groeperen de informatie van alle personen die het recht hebben om een erkende professionele activiteit uit te oefenen (identificatiegegevens, nationaliteit, academisch parcours, enz.). Door de gegevens van het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming en van het RIZIV kunnen we de effectieve positie van de erkende beoefenaars op de arbeidsmarkt kennen (type en sector van de activiteit, enz.);
- De gegevens van de gemeenschappen over de basisopleiding (aantal inschrijvingen, enz.);
- De demografische gegevens van de bevolking in België (aantal personen, bevolkingsstructuur, overlevingspercentage) van het Federale Planbureau en van de FOD Economie;
- De gebruiksgegevens van zorgen per leeftijdsschaal, geslacht en taalgemeenschap van het RIZIV en het IMA (InterMutualistisch Agentschap).
- De gegevens verzameld in het kader van de KCE-studie (rapport 278);[8]
- De gegevens van FINHOSTA (boekhouding van de ziekenhuizen) van de FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu;
- En de expertise van de leden van de werkgroep van vroedvrouwen binnen de Planningscommissie.

Het planningsmodel legt een verband tussen de vraag, vanuit de bevolking en het aanbod, bepaald door het aantal zorgverleners (zie Bijlage 1, Figuur 14). De vraag wordt gemeten op basis van de consumptie van de zorg die wordt terugbetaald door de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De evaluatie van het aanbod gebeurt in twee stappen. Bij de eerste stap wordt het aantal actieve arbeidskrachten op de arbeidsmarkt berekend. Deze eerste stap berust op een model type "stock and flow", waar de "stock" een beeld geeft van het beschikbare aanbod zorgverleners bij het begin van de planningsperiode. De flux (flow) geeft enerzijds een beeld van nieuwe zorgverleners op de arbeidsmarkt, en anderzijds van de personen die hun professionele activiteit niet meer uitoefenen (overlijden, pensioen, enz.). Het vertalen van actieve arbeidskrachten in termen van "workforce", dus in voltijdse banen (VTE - Voltijds Equivalent) is de tweede stap in de evaluatie van het aanbod. De gebruikte parameters in het planningsmodel worden beschreven in Bijlage 1 (Tabel 33).

Ter conclusie, het basisscenario levert een voorspelling van de dichtheid van vroedvrouwen (in effectieven en in VTE) per 10.000 vrouwen van vruchtbare leeftijd, met een "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden".

[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).

Voor elke parameter in het projectiemodel formuleerde de werkgroep van vroedvrouwen een basishypothese die zich aansluit bij de trends uit het verleden. De combinatie van de waarden van de parameters die in het wiskundige model zijn ingebracht leidt tot resultaten die worden verkregen door projectie (in termen van aantal personen, voltijdse equivalenten of dichtheden). Zij geven voor de periode 2014-2039 de evolutie van de workforce weer bij onveranderde omstandigheden en met een constant beleid.

De gewogen dichtheden geven inzicht in hoe het aantal vroedvrouwen evolueert ten opzichte van het aantal inwoners. Ze houden rekening met demografische veranderingen en hun impact op de verloskundige zorgconsumptie bij de Belgische bevolking.

Daarnaast werden er ook enkele wijzigingen aangebracht die specifiek zijn voor het beroep, zoals de geleidelijke vermindering van VTE bij werknemers ouder dan 45 jaar die in een ziekenhuis werken (op basis van de dienstvrijstellingsregeling), de geleidelijke verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd en het feit dat verloskundigen die vanaf 1 oktober 2018 afstuderen niet langer verpleegkundige activiteiten buiten de verloskundige-specifieke gebieden zullen kunnen uitvoeren. Deze wijzigingen gebeurden op verzoek van de leden van de werkgroep en houden geen rekening met de mogelijke evolutie van de ziekenhuisinfrastructuur (vermindering van het aantal bedden) of de overdracht van de activiteit buiten het ziekenhuis, in de context van het inkorten van de verblijfsduur na de bevalling.

Opgemerkt moet echter worden dat de gemiddelde verblijfsduur bij een bevalling tussen 2003 en 2014 is afgenomen van 5,0 naar 4,1 dagen, voor vaginale bevallingen, en van 7,8 tot 6,1 dagen voor keizersneden.[10] Deze trend zal zich in de toekomst voortzetten en zal hoogstwaarschijnlijk worden versterkt door het beleid van de minister van Volksgezondheid om het ziekenhuisverblijf na een ongecompliceerde bevalling verder te beperken. Met deze historische trend zal rekening worden gehouden bij de horizonscanning en de uitwerking van alternatieve scenario's. Tot nu toe werd de inkorting van de verblijfsduur slechts gedeeltelijk vastgesteld op basis van de door de vroedvrouwen aan het RIZIV gefactureerde prestaties van 2014 tot 2016.

1.2.2 Globale resultaten

Dankzij het wiskundige model voor de projectie van de basisscenario's krijgen we een idee van de toekomstige trends voor het hele land en per gemeenschap.

In 2014 waren er 6.972 vroedvrouwen actief in de gezondheidssector (4.634 in de Vlaamse Gemeenschap, en 2.338 in de Franse Gemeenschap).[9] Aangezien het aantal gediplomeerde vroedvrouwen in de Vlaamse Gemeenschap jaarlijks steeg van 305 naar 373 en jaarlijks daalde van 310 tot 265 in de Franse Gemeenschap tussen 2009 en 2017, wordt verwacht dat er voor de periode 2018-2039 meer vroedvrouwen zullen zijn opgeleid in de Vlaamse (368/jaar) dan in de Franse Gemeenschap (278/jaar). Niettemin zal de relatieve toename van het aantal vroedvrouwen in de Franse Gemeenschap iets groter zijn. De geprojecteerde dichtheden per 10.000 inwoners (absoluut en gewogen) tonen ook een toename en dit is des te meer uitgesproken wanneer de dichtheden van de twee gemeenschappen worden gewogen door de zorgconsumptie. In beide gemeenschappen is het gebruik van verloskundige zorg door vroedvrouwen het hoogst bij de vrouwen tussen 25 en 34 jaar, maar dit zal naar verwachting tussen 2019 en 2039 afnemen.

In beide gemeenschappen zal het aantal actieve vroedvrouwen en het totale aantal VTE's over een periode van 25 jaar (2014-2039) naar verwachting aanzienlijk toenemen voor alle vroedvrouwen, zowel voor degenen die in de gezondheidszorgsector werken (groei van respectievelijk meer dan 65% en 50%), ongeacht hun beroepsstatus (basisscenario 1), als voor het geheel van vroedvrouwen die werken in de gezondheidszorgsector én een vroedkundige activiteit uitoefenen (respectievelijk 89% en 95% groei) (basisscenario 2).

Voor de exacte gegevens en hun interpretatie, zie het volledige rapport (www.health.belgium.be/hwf; tabblad "Publicaties").[9]

1.2.3 *Van basisscenario's naar alternatieve scenario's*

Basisscenario's gaan uit van de voortzetting van historische trends en houden rekening met voorzienbare gebeurtenissen (bv. het verlengen van de wettelijke pensioenleeftijd en het beperken van verpleegkundige activiteiten). Aan de andere kant willen alternatieve toekomstscenario's een coherente toekomstvisie ontwikkelen, om de uitdagingen voor het beroep op passende wijze mee te nemen (nl de inkorting van de verblijfsduur na een risicoloze bevalling, de beperking van het werkterrein voor nieuwe afgestudeerden vanaf 1 oktober 2018...) bij de projecties van de beroepsbevolking.

Dit rapport bevat een horizonscanning voor het beroep van vroedvrouw, ontwikkelt scenario's als alternatief voor het basisscenario en kwantificeert de resultaten van deze scenario's.

1.2.4 *Kritische analyse van de projectietechnieken gebruikt voor het opstellen van de basisscenario's*

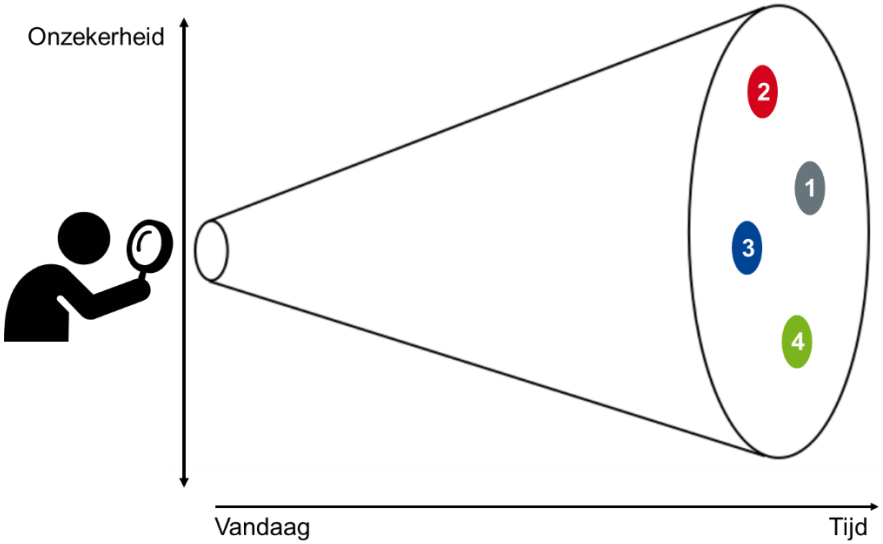
Het KCE rapport 278[8] bevat een gedetailleerde kritische analyse (SWOT) van de basisscenario's en vooral dan van de projectietechnieken en de organisatie van de planning van de human ressources in de ruime zin.

De meest recente projecties voor de periode 2012-2037 inzake de evolutie van de dichtheid van de medische beroepen per specialisatie bevinden zich op de website van de Planningscommissie.[11]

2 DOELSTELLINGEN

Het basisscenario dat de Planningscommissie gebruikt voor de projectie van de workforce van de vroedvrouwen, is volledig gebaseerd op een analyse van de historische trends in een context van "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden". De toekomstvoorspellingen van dat scenario houden geen rekening met eventuele mogelijke of plausibele afwijkingen van die historische trends. Om deze afwijkingen te integreren en een vollediger toekomstbeeld te krijgen, kunnen alternatieve scenario's het basisscenario aanvullen, om de toekomstige verloskundige noden beter in te schatten, door rekening te houden met technologische, economische, omgevings-, politieke, sociale en ethische invloeden (zie Figuur 1).

Figuur 1 – Basisscenario en alternatieve scenario's



1. Basisscenario 2. Eerste alternatieve scenario 3. Tweede alternatieve scenario

4. Derde alternatieve scenario

De doelstelling van dit rapport is het expliciteren van de onzekerheid omtrent het basisscenario door toekomstscenario's te ontwikkelen en door hun impact op de parameters van het basismodel te kwantificeren. Ons rapport beperkt zich tot de studie van de evolutie van de parameters van dit wiskundige model in functie van de verschillende plausibele toekomstscenario's voor de toekomst. De analyse van de vraag is ook beperkt tot de verloskundige activiteiten van vroedvrouwen. De activiteiten van vroedvrouwen in de neonatologie en activiteiten buiten de gezondheidszorg (onderzoek, onderwijs, enz.) worden in de basisscenario's geëvalueerd en geprojecteerd.[9] Het rapport zal de behoefte aan opleiding voor vroedvrouwen of het aantal toekomstig benodigde vroedvrouwen niet bestuderen. Het is aan de Planningscommissie om deze evoluties te integreren in zijn wiskundig model om de impact van de resultaten van dit rapport op de globale projecties van vraag en aanbod te meten.

Dit rapport moet worden gelezen als een technisch, tussentijds document voor de leden van de werkgroep vroedvrouwen van de Planningscommissie, zodat zij het planningswerk voor de vroedvrouwen kunnen voortzetten. Het is aan hen om de voorstellen van dit rapport te integreren en conclusies te trekken over het aantal toekomstig benodigde vroedvrouwen per scenario. Op basis van dit rapport kan de Planningscommissie eventueel een advies formuleren voor de beleidsmakers.

Dit rapport is dus niet gericht aan de beleidsmakers, en daarom bevat het geen beleidsaanbevelingen.

3 METHODOLOGISCH KADER

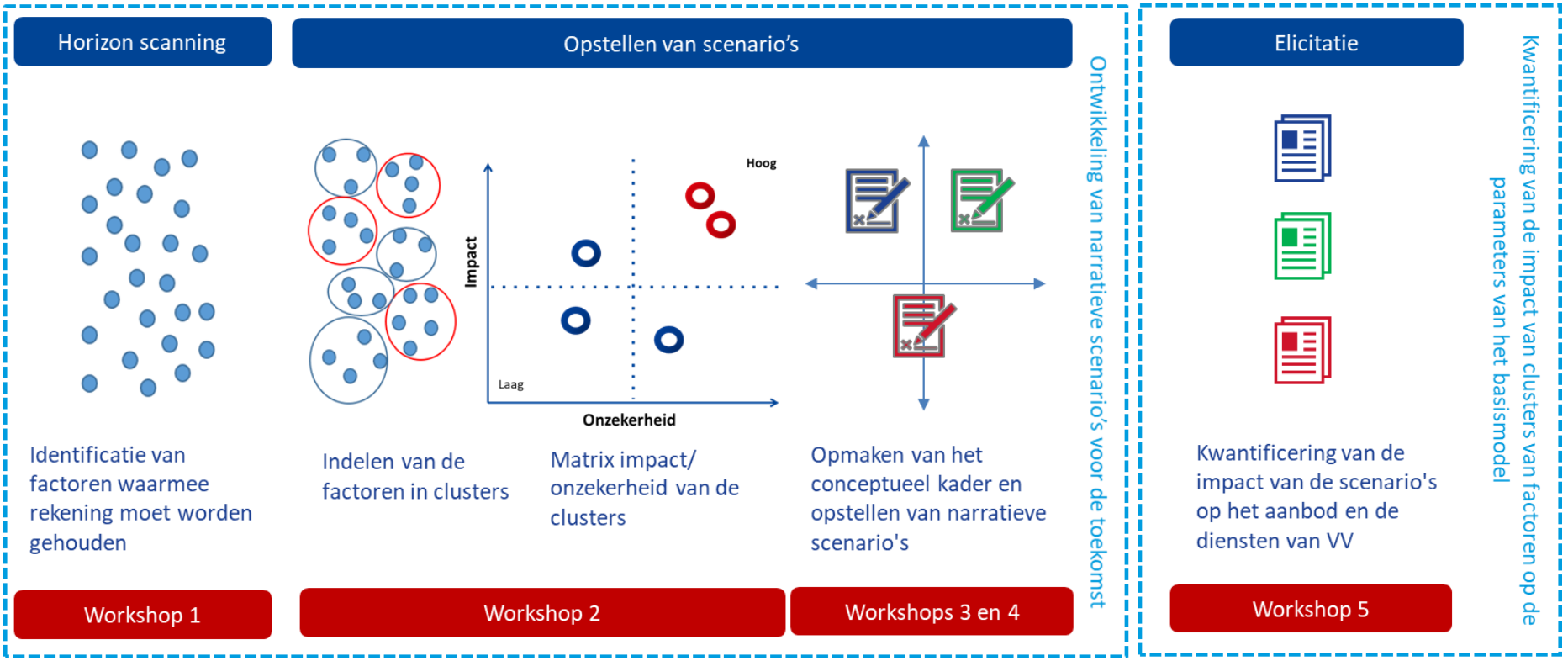
Bij horizon scanning worden kwantitatieve en kwalitatieve methodes met elkaar gecombineerd. Ook gegevensbronnen zoals de gegevensinzameling met vragenlijsten, het verwerken van informatie in workshops, de analyse van databanken, de officiële rapporten van de bevoegde administraties en wetenschappelijke publicaties ondersteunen de methodologie van de horizon scanning (Figuur 2).

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 2 en hoofdstuk 4);
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 2 en hoofdstukken 5 en 6).

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.

Figuur 2 – Overzicht van de horizon scanning methodologie voor de vroedvrouwen



Opmerking. De lijst van de deelnemers aan de verschillende workshops is opgenomen in Bijlage 2.

Kader 1 – Internationale ervaringen

Omdat er geen enkele wetenschappelijke techniek bestaat om de toekomst exact te voorspellen, is het gebruik van scenario's opgebouwd met de hulp van sleutel-stakeholders uit het bestudeerde domein een internationaal gebruikte methode.

In Nederland heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) een aanpak ontwikkeld in drie stappen om te antwoorden op de vraag naar het aantal op te leiden vroedvrouwen binnen 10 tot 15 jaar.[12] De eerste stap was het analyseren van de voornaamste evoluties op de arbeidsmarkt voor vroedvrouwen. Een tweede stap resulteerde daarna in de uitwerking van scenario's door middel van twee workshops met 21 deelnemers uit de praktijk en de besluitvormende instanties. Tot slot was de kwantificatie van het aantal op te leiden vroedvrouwen het voorwerp van een multimodale aanpak met inbegrip van een analyse van statistische gegevens, van de resultaten van gesprekken met experts en het opstellen van scenario's door middel van workshops.

In het Verenigd Koninkrijk werd een canvas ontwikkeld voor een robuuste planning van de human resources in de gezondheidszorg om de analyse van de beroepsbevolking te informeren. Dat canvas bestaat uit een horizon scanning, het opstellen van scenario's, een modellering van de beroepsbevolking en een analyse van het beleid dat een impact heeft op de organisatie van de bestudeerde sector.[13-15] De doelstelling van de horizon scanning is het inzamelen van informatie die nodig is voor het opstellen van scenario's voor de toekomst. Die informatie komt uit interviews met een brede waaier van stakeholders en uit de inzameling van inlichtingen via een openbare bevraging via mail. Op basis van de informatie die werd verzameld tijdens de horizon scanning, worden de scenario's opgebouwd tijdens workshops. De modellering van de beroepsbevolking berust op de analyse van databanken en op de kwantificatie van de verschillende scenario's met betrekking tot de vraag en het aanbod van de verstrekkers door elicitatie (zie deel definities). Tot slot laat de politieke analyse toe te bepalen welke de meest robuuste planningsbesluiten zijn binnen een onzekere toekomstige context.

Australië gaf dan weer de voorkeur aan een meer holistische analyse van de toekomst van de gezondheidsprofessionals die tegelijk geneeskunde, verpleegkunde en verloskunde bestudeerde.[16, 17] Zoals in België werd een wiskundig basismodel ontwikkeld om het aanbod te beschrijven (op basis van een 'stock & flow' model) en de vraag (op basis van het gebruik van de zorg). Alternatieve scenario's voor de historische trends werden uitgewerkt met behulp van een ruime bevraging van de stakeholders. Die scenario's betreffen de evolutie van verschillende parameters van het wiskundige model.

In **België** werd slechts één horizon scanning experiment gevonden. Dat betrof de huisartsen en bestond erin evolutiescenario's uit te werken van de parameters van het wiskundige model dat de Cel Planning van de Gezondheidsberoepen had voorgesteld.[18] Die oefening omvatte: 1) een literatuuronderzoek om de belanghebbende domeinen te identificeren die een invloed konden hebben op de beroepsbevolking van de huisartsen; 2) semigestructureerde interviews om de impact van de belanghebbende domeinen geïdentificeerd tijdens het literatuuronderzoek te classificeren; 3) een Delphi gebruikt om over te gaan van het kwalitatieve stadium naar het kwantificatiestadium van de variabelen van het model en de output ervan.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van de verschillende methodologieën die hierboven kort zijn omschreven, zie Bijlage 3.

4 NARRATIEVE SCENARIO'S VOOR DE TOEKOMST VAN HET BEROEP VAN VROEDVROUW

4.1 Inleiding

Het OCDE definieert de scenario's als tools om verschillende manieren te verkennen om de toekomst te bekijken door een gemeenschappelijke visie te creëren. De scenario's voorspellen de toekomst niet, maar geven aan waaraan elke stakeholder zich mag verwachten binnen een bepaald geheel van omstandigheden. De scenario's zijn dus 'momentopnames van een mogelijke toekomst'.[19]

Voor het maken van een methodologische keuze, moeten men een onderscheid maken tussen de normatieve scenario's en de verkennende scenario's. Terwijl de normatieve scenario's erop gericht zijn de waarschijnlijkheid en de ontwikkelingsomstandigheden van een scenario voor de toekomst te onderzoeken, analyseren de verkennende scenario's de verschillende mogelijke, waarschijnlijke of wenselijke toekomsten op basis van het heden. De verkennende aanpak impliceert het analyseren van de gevolgen van mogelijke evenementen buiten de trends om die zich zeker zullen voordoen. De nuttige methodes om scenario's op te bouwen kunnen inductief of deductief zijn. De inductieve methode is een opgaande methode (bottom-up) die de automatische opbouw van de structuur van het scenario mogelijk maakt. Een 'narratief' proces induceert de uitwerking van een algemeen conceptueel kader dat niet opgelegd noch vooraf bepaald wordt, maar voortvloeit uit een creatief proces gebaseerd op de analyse van de kritische onzekerheden. De deductieve methode of neergaande methode (top-down) berust op de ontwikkeling van narratieve scenario's binnen een conceptueel kader ontwikkeld door het onderzoeksteam op basis van kritische onzekerheden. Elk ervan kan 2 extreme waarden aannemen en gecombineerd worden met andere om matrices te vormen waarbinnen de scenario's worden ontwikkeld. Uit die combinaties worden de relevantste scenario's geselecteerd en in detail beschreven.

De gekozen aanpak binnen de context van de opbouw van narratieve scenario's voor de toekomst van het beroep van vroedvrouw volgt een verkennend verloop gebaseerd op de deductieve methode. De verschillende stappen van deze aanpak worden hieronder ontwikkeld in het deel methode.

4.2 Methode

Het opstellen van narratieve scenario's voor de toekomst van het beroep van vroedvrouw en van de organisatie berust op een verloop in 5 fases. Fases 2 tot 4 werden uitgewerkt met de medewerking van een team gespecialiseerd in het opstellen van scenario's – shiftN (meer informatie over shiftN is te vinden op de website http://www.shiftn.com/).

1. Selectie van de potentiële factoren om in rekening te nemen in de scenario's voor de toekomst

De eerste fase van de horizon scanning bestond erin de elementen te identificeren die noodzakelijk waren voor het opstellen van de mogelijke en waarschijnlijke scenario's die de toekomstige uitoefening en organisatie van de verloskunde in België omschrijven. Er werd een online enquête opgesteld in het Frans en in het Nederlands en voorgelegd aan een groep stakeholders en experten uit zeer verschillende domeinen: beroepsverenigingen van vroedvrouwen, individuele zorgverleners (vroedvrouwen en gynaecologen) vertegenwoordigers van scholen voor vroedvrouwen, vertegenwoordigers van ziekenhuiskoepels, vertegenwoordigers van ziekenhuizen die betrokken waren bij pilootprojecten "bevallen met verkorte ziekenhuisopname", vertegenwoordigers van wijkgezondheidscentra, ONE en Kind & Gezin, CePIP en SPE, RIZIV, Federaal Planbureau, ziekenfondsen, Intermutualistisch Agentschap, FOD Volksgezondheid, FOD Economie (StatBel), vertegenwoordigers van beleidsmakers en patiëntenverenigingen (zie Bijlage 2). Deze vragenlijst stelde 50 factoren voor die een potentiële impact hebben op de toekomstige beroepsbevolking van vroedvrouwen, onderverdeeld in 14 domeinen (zie Bijlage 5). De identificatie van deze 50 factoren is gebaseerd op een voorbereidende oefening die werd gehouden in het kader van een voorafgaand onderzoek (KCE-rapport 278).[8] Voor elk domein werden de deelnemers gevraagd om bijkomende factoren te

bepalen. Deze vragenlijst werd naar 122 deelnemers gestuurd en kon worden ingevuld van 5 tot 18 maart 2018.

De resultaten werden op 30 maart 2018 besproken op een eerste workshop, waarbij de deelnemers waren verdeeld in 8 werkgroepen. Binnen elke werkgroep werd de impact besproken van een set factoren op de beroepsbevolking van vroedvrouwen. Daarna werden de resultaten van elke groep voorgesteld en besproken door alle deelnemers. Tot slot werden de factoren onderverdeeld in twee groepen, afhankelijk van hoe relevant de factor is voor het nodige aantal vroedvrouwen. De deelnemers kenden aan elke factor die als relevant werd bestempeld, een graad toe (zeer relevant, gemiddeld of weinig relevant). Bij twijfel tussen twee relevantiegraden kreeg de factor de laagste graad toegekend. De deelnemers stelden tijdens de vergadering ook enkele bijkomende factoren voor. Ook hun relevantie werd besproken.

2. Indelen van de factoren in clusters

De tweede fase had als doelstelling het samenvatten van de uiteenlopende verkregen factoren en tegelijk het bewaren van hun rijkdom en complexiteit (cf. punt 2 – Figuur 2). Om dit doel te bereiken, werden de in de eerste fase geïdentificeerde factoren voorgelegd aan een groep van stakeholders samengesteld uit professionals en besluitvormers. Deze groep werd bevraagd tijdens een tweede workshop van een dag, met twee doelstellingen. Eerst werd de deelnemers gevraagd de omschrijving en definitie van de factoren te analyseren. Ten tweede moesten de deelnemers de factoren indelen in homogene groepen nodig voor fases 3 en 4. Die workshop werd gemodereerd en begeleid door shift-N samen met het KCE-team (auteurs van het rapport).

3. Analyse van de impact/onzekerheid van de clusters

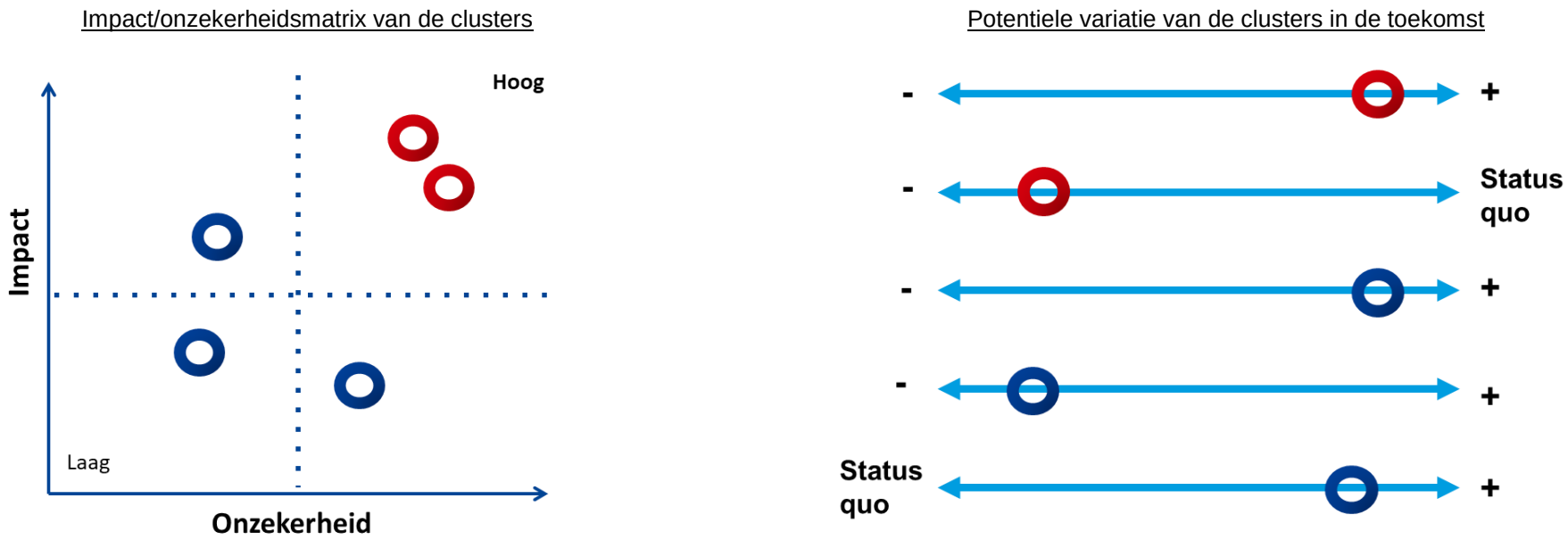
Deze fase vond plaats tijdens dezelfde workshop als fase 2. Die bestond erin niet alleen de potentiële impact van de in de vorige fase opgebouwde clusters te onderzoeken, maar ook de onzekerheidsgraad van hun uitwerking in de toekomst.

Zoals Figuur 3 aangeeft, hebben de deelnemers elke homogene groep van factoren (cluster) uitgezet op de impact- en onzekerheidsmatrix. De clusters waarvan de uitwerking als zeker wordt beschouwd, werden links van de matrix geplaatst en '*Drijvende krachten'* genoemd. De clusters waarvan de uitwerking als onzekerder wordt beschouwd, zijn aan de rechterkant van de matrix geplaatst en worden '*Kritische onzekerheden'* genoemd. Wanneer de onzekerheidsgraad van elke cluster bij consensus werd bepaald in de werkgroep, werd de relatieve kracht van de potentiele impact van elke cluster op de beroepsbevolking geschat. Ten slotte hebben de deelnemers de variatie van elke cluster in de toekomst besproken.

Zij hadden drie opties (zie Figuur 3):

1. In de toekomst kan de cluster van factoren ofwel stijgen, ofwel dalen;
2. In de toekomst kan de cluster ofwel niet evolueren (*status quo*) ofwel stijgen;
3. In de toekomst kan de cluster ofwel dalen, ofwel niet evolueren (*status quo*).

Figuur 3 – Impact/onzekerheidsmatrix en reikwijdte van de potentiele variatie van de clusters in de toekomst



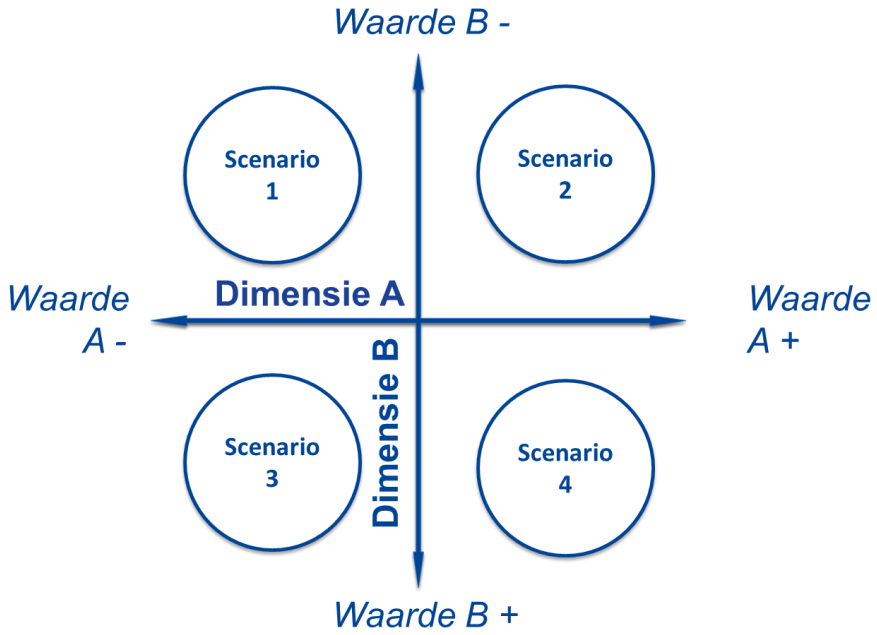
4. Creëren van een theoretisch kader voor de scenario's voor de toekomst

Deze fase bestond erin een theoretisch kader op te zetten op basis van de analyse van de tijdens de tweede workshop uitgewerkte clusters. Idealiter moet een theoretisch kader voldoende genuanceerde afmetingen hebben om fundamenteel verschillende en originele toekomsten te kunnen onderzoeken. De workshop werd gemodereerd en begeleid door shift-N samen met het KCE-team (auteurs van het rapport).

De impact / onzekerheidsmatrix is het startpunt van de opbouw van het kader voor de scenario's. Volgens de deductieve methode (zie 4.1. Inleiding), bekijkt deze stap hoe de kritische onzekerheden het best te gebruiken om een ruimte te creëren waarbinnen de scenario's kunnen worden ontwikkeld. Te veel kritische onzekerheden verhinderen het opstellen van een nuttig theoretisch kader om toekomstscenario's te bekijken. Het zoeken naar onderliggende en gemeenschappelijke concepten aan de kritische onzekerheden maakt het mogelijk hun weergave te vereenvoudigen onder de vorm van twee meta-onzekerheden.

Elke meta-onzekerheid kan daarna schematisch worden weergegeven op een continuüm begrensd door twee uiterste waarden. De combinatie van twee dimensies laat toe een matrix te creëren met vier kwadranten waarbinnen elk mogelijk scenario kan worden geplaatst (zie Figuur 4).

Figuur 4 – Theoretisch kader voor het opstellen van scenario's op basis van twee meta-onzekerheden



5. Opstellen van narratieve scenario's voor de toekomst en verband met het wiskundige planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van de vroedvrouwen

Tijdens een derde workshop met identieke deelnemerssamenstelling als de tweede workshop, werd het theoretische kader van de scenario's ter validatie besproken met de deelnemers. De workshop werd gemodereerd en begeleid door shift-N samen met het KCE-team (auteurs van het rapport). Naar aanleiding van de indeling van factoren in clusters, op de matrix geplaatst volgens hun onzekerheids- en impactgraad, werden drie mogelijke scenario's weerhouden door de deelnemers. Elk scenario werd ontwikkeld in kleine deelnemersgroepjes volgens een gelijkaardig schema dat resulteerde in de uitwerking van 8 tot 10 sleutelelementen van de werkbeoefening van de vroedvrouwen. Om de scenario's te verdiepen en zo veel mogelijk te concretiseren, volgden twee stappen zich op: de creatieve visualisatie van het scenario en de beschrijving van de dagelijkse activiteiten van een vroedvrouw in de specifieke context van elk scenario.

Op basis van de informatie ingewonnen tijdens de derde workshop, stelde het onderzoeksteam een beschrijving op van de scenario's voor de toekomst. De narratieve beschrijving van elk scenario werd besproken tijdens een vierde workshop. De deelnemers hebben daarna de omvang ingeschat van de impact (positief, neutraal of negatief) van elk element van de scenario's (++, +, 0, -, - -) op de vraag en het aanbod zoals omschreven in het wiskundige planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen.

Figuur 2 geeft een samenvatting van de stappen en doelstellingen van de verschillende workshops.

4.3 Resultaten

4.3.1 Selectie van de potentiële factoren om rekening mee te houden in de scenario's voor de toekomst

4.3.1.1 Online vragenlijst

Op de 122 gevraagde deelnemers vulden 90 personen de online vragenlijst in (35 deelnemers waren Nederlandstalig, 55 Franstalig). Door de online vragenlijst werden er 134 factoren toegevoegd aan de 50 bestaande voorgestelde factoren uit KCE-Rapport 278.[8] Na hergroepering van gelijkaardige factoren en het verwijderen van duplicaten, werden 114 factoren opgelijst. Van deze 114 factoren werden 13 factoren geëlimineerd omdat ze al deel uitmaakten van het basisscenario dat werd ontwikkeld door de Planningscommissie.

De uiteindelijke set van 101 factoren werd daarna voorgesteld aan de 31 deelnemers aan de workshop (zie Figuur 5).

4.3.1.2 Eerste workshop

Kenmerken van de deelnemers aan de workshop

Tabel 1 geeft een beeld van de professionele bezigheden van de deelnemers aan de workshop. De deelnemers waren evenwichtig verdeeld over de taalgroepen. 17 deelnemers waren Franstalig, 14 waren Nederlandstalig. Iets minder dan de helft van de deelnemers (14/31) was vroedvrouw.

Tabel 1 – Professionele bezigheden van de deelnemers aan de workshop

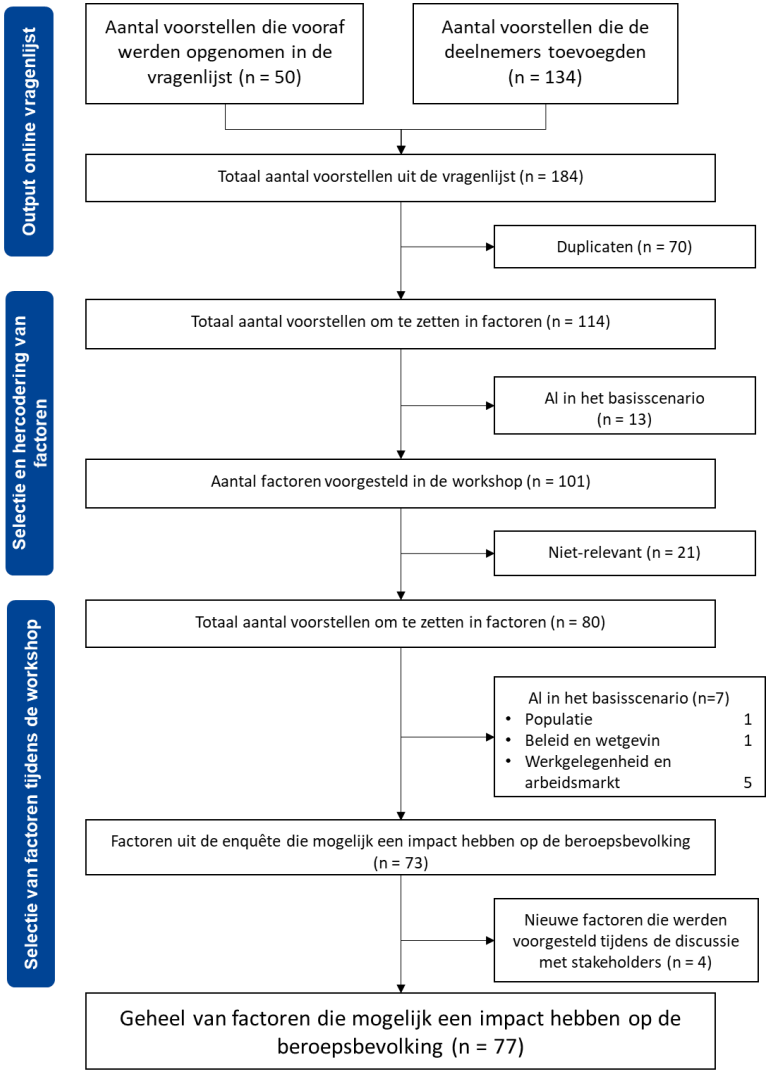
Professionele bezigheid	Aantal
Vroedvrouwen	
- **Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen**	2
- **Onderwijssector**	7
- **Zorgsector**	5
Vertegenwoordigers van gynaecologenverenigingen	4
ONE	3
Vertegenwoordigers van zorginstellingen	3
Vertegenwoordigers van beleidsmakers	3
Vertegenwoordigers van verzekeringsorganismen	1
Bestuur	
- **Cel Planning**	2
- **FOD Economie (StatBel)**	1

Selectie van factoren

Na bespreking tijdens de workshop werden 73 factoren uit de enquête behouden. Er zijn twee redenen waarom bepaalde factoren werden uitgesloten: bepaalde factoren waren al verwerkt in het basisscenario (maar werden niet onderschept in de vorige stap) en factoren die uiteindelijk niet relevant bleken als element dat de beroepsbevolking van de vroedvrouwen beïnvloedt (zie Figuur 5). Tijdens de workshop werden nog 4 bijkomende factoren opgenomen (aantal obese zwangere vrouwen, gebruik en ontwikkeling van Evidence Based Practice door vroedvrouwen, gebruik van fototherapie aan huis en invoeren van een beleid van geïntegreerde eerstelijnszorg).

Van de 77 factoren die na de workshop behouden werden, werden er 25 beschouwd als zeer relevant voor het inschatten van de toekomstige beroepsbevolking van vroedvrouwen, 28 als gemiddeld relevant en 24 werden bestempeld als weinig relevant. De geselecteerde factoren betroffen zowel de vraag (47 factoren) als het aanbod van vroedvrouwen (30 factoren). Onder factoren die gelinkt zijn aan de vraag, verstaan we het geheel aan factoren die een rechtstreekse invloed hebben op de zorgvraag en de factoren die een onrechtstreekse invloed hebben op de zorgvraag door een verandering van de kenmerken van de vragende partij, nl. de toekomstige ouders. Onder factoren die gelinkt zijn aan het aanbod, verstaan we het geheel aan factoren die een rechtstreekse invloed hebben op het aanbod van zorg- of dienstverleners en factoren die dit aanbod onrechtstreeks beïnvloeden (bv. de kenmerken van de zorgverleners of van het aanbod van de dienst). De lijst van factoren weerhouden door de deelnemers in functie van hun relevantiegraad is te vinden in Bijlage 5 (Tabel 38).

Figuur 5 – Proces van de aanmaak van factoren met potentiële impact op de beroepsbevolking van vroedvrouwen op basis van de voorstellen uit de online enquête



4.3.2 Herindeling van de factoren in clusters

De lijst van 77 factoren resulterend uit de online enquête en de eerste workshop werd ter onderzoek voorgelegd aan de deelnemers van workshop 2; de factoren werden gevalideerd en indien nodig geherformuleerd om de leesbaarheid en begrip te verbeteren. Tijdens deze tweede workshop werden extra factoren toegevoegd (bv. gezondheidsgeletterdheid van de toekomstige moeders, moeilijke werkomstandigheden van de vroedvrouwen), andere werden ontdubbeld wanneer ze gelijkaardige maar aparte thema's behandelden (bv. 'Gebruik en ontwikkeling van Evidence Based Practice door vroedvrouwen' en 'Deelname vroedvrouwen in EBM (Evidence Based Medicine) onderzoek'). De deelnemers mochten daarna de factoren indelen in clusters.

Deze aanpak herneemt de factoriale analyse in hoofdonderdelen die meerdere variabelen of factoren die eenzelfde eendimensionale constructie meten wil vereenvoudigen en hergroeperen (waaraan een omschrijving moet worden toegekend) en de dimensies die de relaties tussen die variabelen organiseren wil benadrukken. Bijvoorbeeld de factoren zoals 'Mate van economische kwetsbaarheid van de toekomstige moeders', 'Aantal niet door een ziekenfonds gedekte zwangere vrouwen' en 'Aantal zwangere vrouwen met drugsverslaving' worden ingedeeld in een enkele cluster onder de titel 'Mate van kwetsbaarheid van het gezin die de vraag naar ondersteuning vergroot'. Die factoroefening bracht redundanties aan het licht tussen de factoren of onnauwkeurigheden in de titels, die de deelnemers ertoe hebben gebracht de omschrijving exacter te formuleren en extra hergroeperingen te maken.

Deze hergroepering resulteerde in 12 groepen factoren of clusters:

1. Mate van kwetsbaarheid van het gezin die de vraag naar ondersteuning vergroot
   a. Sociaaleconomische kwetsbaarheid
   b. Inkomensniveau
   c. Samenstelling gezin
   d. Culturele achtergrond
   e. Migratie, legaal/illegaal
   f. Verslaving in het gezin
   g. Achtergrond van geweld in het gezin
   h. Opleidingsniveau en geletterdheid
   i. Geschiedenis van depressie (pre-, post)
2. Mate waarin culturele aspecten (normen, waarden) mede bepalend zijn
   a. Nood aan ondersteuning voor toekomstige ouders op vlak van ouderschap en gezondheid
   b. Tevredenheid ouders bij pre-, peri en postnatale zorg
   c. Voorkeuren van de moeder voor gynecoloog of vroedvrouwen
   d. Inburgering van borstvoeding
   e. Aanvaarding van pre-implantatie diagnostiek
   f. Primipaar <> multipaar (≈kinderwens)
   g. Keuze voor bevalling zonder medische ondersteuning
3. Capaciteit van de ziekenhuizen
   a. Daling van de capaciteit (daling bedden en sluiting van materniteiten)
   b. Vermindering van de ligduur na bevalling

4. Mate waarin zorg verschuift van ziekenhuis naar thuis
   a. Privatisering van thuis-opvolging tijdens postpartum
   b. Invoering, erkenning en financiering van nieuwe strukturen (buiten het ziekenhuis) voor het uitvoeren van bevallingen - midwifery led unit
   c. Vroedvrouwen in eerstelijnszorg
   d. Mogelijkheid tot tewerkstelling van vroedvrouwen
   e. Eerstelijns praktijkorganisaties
   f. Tewerkstelling van vroedvrouwen in structuren van het type K&G, ONE
5. Beschikbaar budget voor gezondheidszorg
   a. Percentage budget groei
   b. Financiering eerstelijnszorg door deelstaten
   c. Evaluatie van de zorgkwaliteit en de impact daarvan op ziekenhuisbudget
6. Evolutie van de nomenclatuur
   a. Invoering RIZIV-codes voor:
      I. Echografie door VV
      II. Perineale heropvoeding
      III. Preconceptionele consultatie
   b. Invoering forfaitaire vergoeding voor voortplantingszorgen, incl. het hele begeleidingsproces van preconceptie tot postpartum
7. Mate van complexiteit door verschillende zorgmodellen die naast elkaar bestaan
   a. Organisatie van de zorg volgens het model ‘midwifery-led-care’
   b. Model van aanpak van zwangerschap in groepen (‘Centering Pregnancy’)
   c. Individueel zorgmodel (‘One-to-one model’)
   d. Wettelijke verplichting voor wachtdienst door vroedvrouwen buiten het ziekenhuis
8. Mate waarin risicofactoren de vraag naar meer uitgebreide zorg vergroten
   a. Gezondheidstoestand: hypertensie, diabetes (nieuwe detectiedrempel), zwangerschapsdiabetes, hemoglobinopathie
   b. Fysieke toestand: leeftijd, zwaarlijvigheid, verslaving (alcohol, roken, drugs), genitale verminking
   c. Voorgeschiedenis:
      I. Keizersnede, één of meer vorige zwangerschappen, premature, aborties, prenatale mortaliteit, morbiditeit van de moeder
      II. Ziekenhuis-heropname van moeder en/of kind

9. Mate waarin de zorgbevoegdheid en opleiding van vroedvrouwen uitbreidt
   a. Evolutie van de erkende competentie van vroedvrouwen
   b. Gynaecologische begeleiding door vroedvrouwen buiten de zwangerschap
   c. Erkenning van bijkomende specialisaties
   d. Deelname vroedvrouwen in EBM (Evidence Based Medicine) onderzoek
   e. Verlenging en uitbreiding van de opleiding:
      I. Algemene uitbreiding van het opleidingspakket
      II. Verlenging naar 4j (Vlaanderen)
      III. Nationale opwaardering tot master-niveau (5j)
10. Niveau van ontwikkeling van netwerken
   a. Organisatie van postnatale zorg in multidisciplinaire netwerken
   b. Invoeren van het beroep van kraamhelp(st)er
   c. Invoeren van een beleid van geïntegreerde eerstelijnszorg
11. Niveau van interprofessionele samenwerking
   a. Samenwerking met andere professionele zorgverstrekkers
   b. Geografische spreiding van de beschikbaarheid:
      I. gynaecologen
      II. huisartsen
   c. Deelname van vroedvrouwen in de diensten neonatologie
12. Kwaliteit van de werkomstandigheden voor vroedvrouwen
   a. Duur van het ouderschapsverlof voor actieve vroedvrouwen
   b. Moeilijke werkomstandigheden

4.3.3 *Analyse impact/onzekerheid van de clusters*

Tien clusters op twaalf werden in het bovenste deel van de matrix geplaatst, wat betekent dat deze clusters een uiterst hoge impact hebben op de toekomstige uitoefening van het beroep van vroedvrouw. Die verhouding was verwacht, aangezien het vertrekpunt van het project de selectie was van factoren die relevant zijn omwille van hun impact op de vraag naar of het aanbod van de vroedvrouwen. Wat betreft onzekerheden, creëren de clusters echter twee afzonderlijke groepen, de 'kritische onzekerheden' (5 clusters rechts van de matrix) en de 'drijvende krachten' (5 clusters links van de matrix).

Figuur 6 – Positie van de 12 clusters in de impact/onzekerheidsmatrix



4.3.3.1 De kritische onzekerheden

Aangezien de impact van deze groepen factoren wordt beschouwd als uiterst onzeker, zijn deze clusters van specifiek belang voor het opstellen van scenario's voor de toekomst (de zekere evoluties hebben geen enkel belang voor het opstellen van alternatieve scenario's). Volgens de over hun evolutie geformuleerde hypotheses kunnen ze inderdaad resulteren in erg verschillende potentiele contexten. De deelnemers moesten de twee uiterste variaties schatten waartussen elke kritische onzekerheid zou kunnen evolueren. Het 'Beschikbaar budget voor gezondheidszorg' bijvoorbeeld zou hypothetisch kunnen variëren tussen een stijging en een daling maar ook tussen een status quo en een daling. De 'Evolutie van de nomenclatuur' zou kunnen variëren tussen vereenvoudiging en uitbreiding (zie hoofdstuk 4.2 §3).

De 5 kritische onzekerheden zijn:

1. **Relatief belang (complexiteit) van zorgmodellen**: meer specifiek bedoelde men hier de mate van complexiteit veroorzaakt door verschillende zorgmodellen die naast elkaar bestaan, i.e. individuele behandeling (one-to-one care) of groepszorg (centering pregnancy); versterkte coördinerende rol in de verloskundigenzorg naast de zorgverlenersfunctie. Vertaald naar scenario's zal men dus rekening moeten houden met zeer verschillende mogelijke combinaties van zorgmodellen.
2. **Evolutie van de nomenclatuur**: de nomenclatuur zou kunnen worden vereenvoudigd, geüpdatet of zelfs uitgebreid door de toevoeging van nieuwe codes voor de uitbreiding van de competenties en de activiteiten van vroedvrouwen.
3. **De graad van opleiding en zorgbevoegdheid van vroedvrouwen**: de opleiding van vroedvrouwen zou uitgebreider kunnen worden (door toevoeging van competenties) of naar een hoger niveau (master) getild worden, maar het zou ook een status quo op het huidig niveau kunnen blijven.
4. **Beschikbaar budget voor gezondheidszorg:** de huidige druk op het budget suggereert een algemene daling in de toekomst; een stijging is echter niet onmogelijk en kan afhangen van de zorgvraag. De transfer van competenties tussen het federaal niveau en de federale entiteiten brengt die laatste ertoe de eerstelijnszorgen te financieren. De manier waarop elke federale entiteit die financiering zal beheren en verdelen blijft een grote onbekende. In de ziekenhuiscontext kan de financiering meer worden gelinkt aan de prestatie en aan de kwaliteit van de verstrekte zorgen en in de toekomst anders worden toegekend.
5. **Niveau van interprofessionele samenwerking**: vroedvrouwen moeten met een stijgend aantal zorg- en ondersteuningspartners samenwerken. Hun deelname aan verschillende activiteitensectoren wordt overwogen maar blijft nog onzeker (bv. neonatologie dienst in ziekenhuizen en de ambulante zorg daaraan verbonden). Ook de evolutie van de spreiding van de medische dienstverlening (beschikbaarheid en geografische spreiding van huisartsen en gynaecologen) zou de praktijk van vroedvrouwen fundamenteel kunnen veranderen (brede waaier aan activiteiten, coördinatietaken in de zorg, grotere verantwoordelijkheid in pre-, peri- en postnatale zorg).

4.3.3.2 Drijvende krachten

De drijvende krachten zijn ook belangrijk voor het opstellen van scenario's voor de toekomst want ze leggen voorafgaande voorwaarden op aan de scenario's:

1. **Mate van verschuiving van de zorg van ziekenhuis naar thuis**: het werd als zeker aangezien dat zich een verschuiving zal voordoen naar meer zorg in de thuisomgeving, alleen de mate waarin en de snelheid waarmee die verschuiving zou plaatsvinden, kan verschillen van scenario tot scenario. Er zouden o.a. nieuwe structuren voor opvang buiten de ziekenhuizen kunnen ontstaan en mogelijks zou de postnatale zorg meer geprivatiseerd kunnen worden.

2. **Niveau van ontwikkeling van netwerken:** de ontwikkeling van netwerken in de toekomst is een vaststaande toekomstige evolutie, maar de aard en de rol die ze zullen spelen zouden erg kunnen verschillen. In deze netwerken zullen zich waarschijnlijk nieuwe zorgverleners en nieuwe ondersteunende actoren integreren.
3. **Capaciteit van de ziekenhuizen:** de evolutie van de capaciteit van de ziekenhuizen en de duur van het ziekenhuisverblijf zullen zeker een cruciale rol spelen in de toekomstige beoefening van het beroep van vroedvrouw. Volgens de scenario's zou het kunnen gaan om een status quo of een daling.
4. **De mate waarin risicofactoren de vraag naar meer uitgebreide zorg vergroten:** risicofactoren zullen een belangrijke rol spelen in de vraag naar meer uitgebreide zorg, maar de mate waarin die invloed van risicofactoren toeneemt of afneemt kan verschillend zijn in de scenario's.
5. **Mate waarin de kwetsbaarheid van het gezin de vraag naar ondersteuning vergroot**: de kwetsbaarheid van de gezinnen zal druk uitoefenen op de vraag naar gespecialiseerde en gecoördineerde professionele steun, maar ook hier kan de mate waarin de invloed van de kwetsbaarheid stijgt of daalt, behoorlijk variëren volgens de scenario's.

4.3.4 Opstellen van het kader van de scenario's voor de toekomst

4.3.4.1 Twee meta-onzekerheden

De identificatie van vijf kritische onzekerheden te plaatsen op een continuüm tussen twee uiterste waarden genereert 32 mogelijke combinaties (2^5), of dus de mogelijkheid om 32 verschillende scenario's op te stellen. Bij de combinatie van de kritische onzekerheden komt die van de drijvende krachten die de bouw van de scenario's conditioneert. Zelfs al kan elke combinatie leiden tot de uitwerking van een enkel scenario, zouden niet alle scenario's voldoende verschillen om interessant te zijn. Een vereenvoudiging is nodig om een ruimte te creëren waarbinnen interessante en gedifferentieerde scenario's kunnen worden ontwikkeld. De zoektocht naar onderliggende en gemeenschappelijke concepten van de kritische onzekerheden maakte het mogelijk hun voorstelling te vereenvoudigen tot twee meta-onzekerheden: de logica van het zorgaanbod en de aard van de netwerkvorming (Figuur 7).

Figuur 7 – Keuze van de te ontwikkelen scenario's in het scenariokader



Na te hebben afgesproken dat deze dimensies nuttig en relevant zijn voor de reflectie omtrent de professionele evolutie van de vroedvrouwen, hebben de deelnemers samen besloten welke scenario's voldoende interessant leken binnen deze dimensies om te worden ontwikkeld. Elk van deze twee meta-onzekerheden ('de logica van het zorgaanbod' en 'de aard van de netwerkvorming') omvatte een bepaald aantal kritische onzekerheden en drijvende krachten.

De logica van het zorgaanbod

- Deze logica is uitgedrukt op een continuüm begrensd door twee uitersten: enerzijds de zorgen die voornamelijk door vroedvrouwen worden verstrekt (eerstelijnszorgen of 'midwife-led care') en anderzijds de zorgen die voornamelijk door artsen worden verstrekt (tweedelijns- of gespecialiseerde zorgen of 'specialist-led care').
- Deze metavariabele groepeert de volgende kritische onzekerheden (KO) en drijvende krachten (DK):
  1. Mate van complexiteit door verschillende zorgmodellen die naast elkaar bestaan (KO);
  2. Evolutie van de nomenclatuur (KO);
  3. Mate waarin de zorgbevoegdheid en opleiding van vroedvrouwen uitbreidt (KO);
  4. Capaciteit van de ziekenhuizen (DK).

De aard van de netwerkvorming

- In de toekomst zullen er zich netwerken ontwikkelen om perinatale zorgen te verstrekken aan zwangere vrouwen en toekomstige ouders. De centrale kern van die netwerken kan echter verschillen: het kan enerzijds gaan om netwerken georganiseerd rond en vanuit een centraal punt, het ziekenhuis (hospitaalcentrische netwerken) en anderzijds netwerken georganiseerd rond een ambulante aanpak door onafhankelijke verstrekkers of kleine groepen zorgverstrekkers die samenwerken met zorgcentra of ziekenhuizen (ambulantcentrische netwerken).
- Deze metavariabele groepeert de volgende kritische onzekerheden (KO) en drijvende krachten (DK):
  1. Mate waarin zorg verschuift van ziekenhuis naar thuis (DK);
  2. Niveau van interprofessionele samenwerking (KO);
  3. Niveau van ontwikkeling van netwerken (DK).

4.3.4.2 Identificatie van de contextuele factoren

Drie geïdentificeerde clusters werden niet opgenomen in de twee meta-onzekerheden; het gaat om het beschikbaar budget voor gezondheidszorg (KO) en de mate waarin risicofactoren (gezondheidstoestand en medische voorgeschiedenis van de zwangere vrouw) en de mate van socio-economische kwetsbaarheid van het gezin die de vraag naar ondersteuning vergroot (DK).

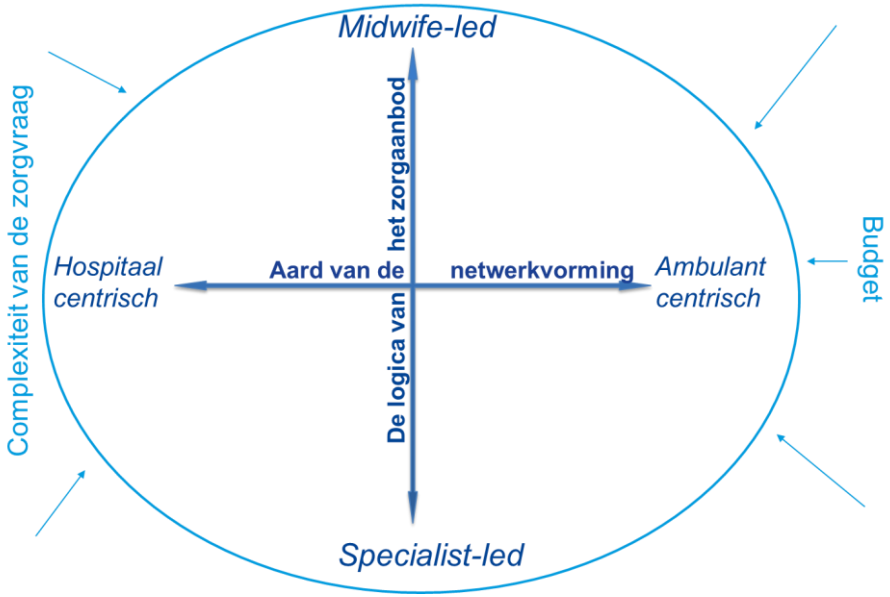
Het gesprek met de deelnemers belichtte de specifieke rol die deze drie groepen factoren speelden binnen alle scenario's die zouden kunnen worden uitgewerkt voor de toekomst. Die groepen factoren zijn onafhankelijk van de zorgorganisatie en zullen een min of meer sterke invloed uitoefenen op de vraag naar en het aanbod van vroedvrouwen in functie van de scenario's. Ze werden dus geïdentificeerd als contextuele factoren.

4.3.4.3 Aanmaak van een tweedimensionaal kader voor de scenario's

Tijdens de tweede workshop kon een tweedimensionaal kader voor de scenario's worden gemaakt waarbinnen potentieel 4 scenario's kunnen worden ingeschreven en omschreven (Figuur 8).

Hoewel 4 scenario's potentieel een plaats zouden kunnen vinden binnen dit theoretische kader, hebben de deelnemers geacht dat 3 plausibele scenario's volstaan om de mogelijke toekomsten te bepalen: twee scenario's waarin het zorgaanbod in eerste instantie zou worden gegenereerd door de vroedvrouwen, ofwel in een netwerk van hospitaalcentrische zorgen, ofwel in een netwerk van ambulantcentrische zorgen; en een scenario waarin het zorgaanbod zou worden gegenereerd door een medisch professional, en toegepast dankzij een nauwe samenwerking van de ziekenhuiscontext met de ambulante netwerken.

Figuur 8 – Kader voor de scenario's



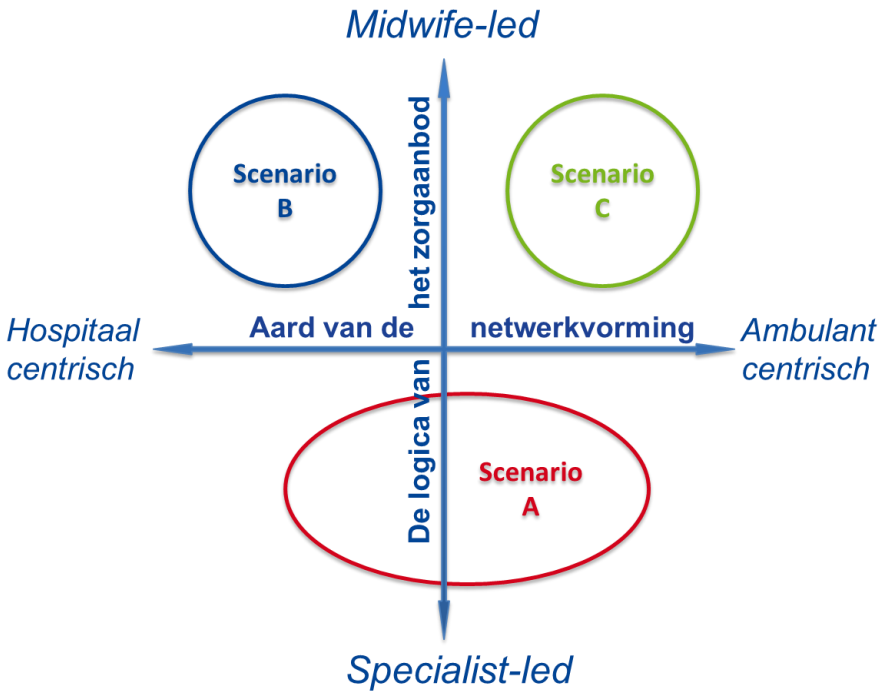
Figuur 9 geeft de positionering weer van drie scenario's voor de toekomst. Scenario A, het dichtst bij de huidige organisatie van de materniteitszorg, is een scenario waarbij de gynaecoloog een centrale plaats inneemt in het ziekenhuis en in de ambulante setting. Scenario C, het verst verwijderd van de huidige zorgorganisatie is een ambulantgecentreerd scenario waarin de vroedvrouwen een centrale plaats innemen. Scenario B staat voor een tussensituatie waarin het organisatorische systeem hospitaalgecentreerd is en waarin de vroedvrouwen een centrale plaats innemen.

Kader 2 – Waarschijnlijkheid van de scenario's

De deelnemers aan de workshop uit verschillende professionele oriëntaties en besluitniveaus (vroedvrouwen, gynaecologen, lesgevers, vertegenwoordigers van ONE en van Kind en Gezin, vertegenwoordigers van de gefedereerde en federale administraties, vertegenwoordigers van de ziekenhuiskoepels), hebben deze scenario's als plausibel beschouwd. Die scenario's berusten op een observatie van de voorbije trends, van de evoluties van de professionele praktijk in andere landen (bijv. Nederland, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Canada) en op de hypothese dat gelijkaardige evoluties erg waarschijnlijk zijn in België. Niettemin zijn de onderliggende hypotheses van de scenario's geformuleerd binnen een onzekere en complexe toekomstige context, beïnvloed door externe factoren die hier niet in rekening worden genomen (bijv. internationale mobiliteit van gezondheidsprofessionals, bevolkingsmigratie). Daarnaast is er niets om met zekerheid te bepalen hoe snel en volgens welk schema de evolutie van vraag en aanbod zal verlopen tussen 2018-2041. Het is mogelijk dat deze evolutie niet "lineair" is en niet duurzaam.

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 resultaten (*outcomes*) te evalueren van de verschillende modellen die aan bod komen in de scenario's (zorgmodellen gestuurd door vroedvrouwen vs. zorgmodellen gestuurd door artsen, eenheden geleid door vroedvrouwen vs. eenheden geleid door verloskundigen, individuele zorg (one-to-one) vs. groepsaanpak). Dit literatuuronderzoek is beschikbaar in Bijlage 6.

Figuur 9 – Positionering van de te ontwikkelen scenario's binnen het theoretische kader



4.3.5 Opstellen van de narratieve scenario's voor de toekomst

4.3.5.1 Scenario A: Scenario waarbij de gynaecoloog een centrale plaats inneemt in het ziekenhuis en in de ambulante setting

Volgens dit scenario wordt de zorg verstrekt door een goed gecoördineerd **ziekenhuisnetwerk**. Specialisten (gynaecologen-verloskundigen, pediaters, anesthesisten...) werken daarin nauw samen met eerstelijnszorgverleners en -centra, waaronder huisartsen, ambulante gynaecologen-verloskundigen (al dan niet privé), vroedvrouwen, psychologen en sociaal werkers.

De patiënten stappen vooral in het zorgtraject via de ziekenhuisverloskundigen, of eventueel via huisartsen of vroedvrouwen die in een medisch centrum (bv. wijkgezondheidscentra) of polikliniek werken. De gynaecologen voeren vervolgens een risicoanalyse uit, en stippelen het meest geschikte zorgtraject uit.

Er zijn twee complementaire zorgtrajecten:

- Een zorgtraject voor laag risico: voor zwangerschappen en bevallingen die zeer waarschijnlijk zonder complicaties zullen verlopen. De verloskundige verwijst de vrouw door naar de vroedvrouw en/of de huisarts, die de zwangerschap begeleiden. De prenatale opvolging gebeurt dus voornamelijk onder de supervisie van ambulante zorgverleners. De bevalling heeft plaats in het ziekenhuis of de kraamkliniek, onder de verantwoordelijkheid van een verloskundige of een vroedvrouw. De post partum zorg wordt ambulant verstrekt door de vroedvrouw, in samenwerking met het netwerk van eerstelijnszorgverleners, nl de huisarts, een pediater en K&G/ONE.
- Een zorgtraject voor hoog risico: voor zwangerschappen en/of bevallingen die risico's inhouden voor moeder en kind. De prenatale opvolging gebeurt onder de verantwoordelijkheid van een specialist. Daarnaast zijn er ook een aantal prenatale consultaties bij een vroedvrouw, die de vrouw voorbereidt op de bevalling. De bevalling vindt plaats in het ziekenhuis, onder de verantwoordelijkheid van een verloskundige, bijgestaan door een vroedvrouw. De post partum zorg wordt ambulant of in het ziekenhuis verleend door een vroedvrouw, met ondersteuning van een pediater en K&G/ONE.

Deze zorgtrajecten kunnen op elk moment worden aangepast aan de individuele behoeften van de kraamvrouw, maar steeds onder voorbehoud van het advies van een arts. Ongeacht het risiconiveau, worden de diagnostische procedures en de opvolging (echografie, echografie-morfologie enz.) uitgevoerd in een ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van een specialist.

Het betrekken van specialisten voor elke zwangerschap (op zijn minst voor de risicoanalyse) kan het zorgbudget onder druk zetten. Als we ervan uitgaan dat het globale budget voor de perinatale zorg niet zal stijgen, zal er echter een zeer groot aantal fysiologische zwangerschappen moeten worden gesuperviseerd door eerstelijnszorgverleners (vroedvrouwen, huisartsen).

Omdat de instap in het zorgsysteem vooral via gynaecoloog gebeurt, is de kans zeer groot dat een groot aantal zwangerschappen wordt opgevolgd in de ziekenhuizen. Voor de opvolging van laag risico zwangerschappen zullen ziekenhuizen en de ambulante sector daarom een groot aantal vroedvrouwen tewerkstellen. De verantwoordelijkheid van de vroedvrouwen zal hierbij vrij beperkt zijn, vooral bij de zwangerschappen met hoog risico. Een interprofessionele samenwerking met specialisten is noodzakelijk, en dat kan het beroep van vroedvrouw minder aantrekkelijk maken voor mensen die graag autonoom werken. Daartegenover staat dan weer dat de behoefte, die wordt gegenereerd door de gespecialiseerde aanpak in de ziekenhuizen, interessante mogelijkheden biedt voor vroedvrouwen met een voorkeur voor het ziekenhuismilieu, voor multidisciplinariteit bij complexe situaties, en voor de werk- en inkomenszekerheid van het werknemersstatuut. Daarnaast zal de ontwikkeling van ambulante activiteiten voor de opvolging van fysiologische zwangerschappen ook zeker interesse opwekken om voor het beroep van vroedvrouw te kiezen, want zij heeft in die sector een grote autonomie en verantwoordelijkheid.

Het individuele zorgmodel (one-to-one) speelt in dit scenario voor de zwangerschappen met hoog risico een belangrijke rol, zowel in de ambulante als in de ziekenhuissector. De zorgcontinuïteit door dezelfde (groep van) zorgverleners moet worden verzekerd, ongeacht het zorgtraject, en dit van de prenatale tot de postnatale periode.

Dit toekomstscenario A is dus complex, met carrièremogelijkheden voor vroedvrouwen als werknemer, zelfstandige of een combinatie van beide.

4.3.5.2 Scenario B: Scenario waarbij het ziekenhuis centraal staat en waarbij vroedvrouwen een centrale plaats innemen

In dit toekomstscenario worden de pre-, peri- en postnatale zorgnetwerken vooral georganiseerd door de ziekenhuizen. Zij worden dus het centrale punt van de zorg, en de meerderheid van de vroedvrouwen is aan een ziekenhuis verbonden. De vroedvrouwen stippelen het volledige zorgtraject rond de zwangerschap uit, en zijn verantwoordelijk voor de supervisie en eventueel de coördinatie met de andere diensten. De behoefte aan zorg buiten het ziekenhuis blijft daarbij eerder beperkt, maar om toch aan deze eventuele nood te beantwoorden, kunnen ziekenhuizen lokale satellietcentra oprichten. Op die manier wordt een kwaliteitsvolle zorg over het hele grondgebied verzekerd, en wordt de zorgtoegankelijkheid verbeterd. Een elektronisch medisch dossier is hierbij essentieel, zodat patiëntinformatie snel en volledig kan worden gedeeld tussen de betrokken zorgverleners.

In dit scenario dragen de vroedvrouwen een grote verantwoordelijkheid voor het opzetten van het zorgtraject voor, tijdens en na de zwangerschap. Zij staan in voor het eerste contact, de opvolging van de zwangerschap en de begeleiding bij de bevalling. Bovendien voeren zij de eerste risicoanalyse uit en coördineren zij het volledige zorgtraject. Indien nodig, kunnen zij ook doorverwijzen naar een specialist, bijvoorbeeld bij een bepaald risico, een onverwachte pathologie of een behoefte aan psychologische of sociale ondersteuning.

De vroedvrouwen spelen een belangrijke rol 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 vroedvrouwen worden ook betrokken bij de pre- en postnatale consultaties, en voeren functionele en morfologische echografieën uit. Dit past in een toekomstvisie waar een fysiologische zwangerschap en bevalling opnieuw de norm worden, terwijl de medicalisering van de zwangerschap en het uitvoeren van keizersneden beperkt worden tot effectief kritische situaties. Deze toekomstvisie wordt mogelijk en realistisch, omdat de meerderheid van de bevallingen (behalve de uitzonderingen) plaatsvindt in het ziekenhuis, waar er specialisten kunnen tussenkomen bij acute problemen. In dit scenario nemen vroedvrouwen ook beslissingen rond pijnbeheersing met, bijvoorbeeld, een epidurale verdoving of andere methodes.

De instap in het zorgtraject verloopt hoofdzakelijk via de vroedvrouw, die werkt in een ziekenhuis of in een satellietcentrum van een ziekenhuis. Daarnaast kan het zorgtraject occasioneel worden opgestart via een specialist (verloskundige) of een huisarts. Na de instap wordt er een risicoanalyse uitgevoerd, die besproken wordt door een multidisciplinair team, om indien nodig specifieke maatregelen te nemen. Vervolgens coördineert de vroedvrouw alle activiteiten van het zorgtraject met alle betrokken actoren, ook bij een risicozwangerschap. In dit laatste geval is de specialist wel verantwoordelijk voor de opvolging van de zwangere vrouw.

Binnen het ziekenhuis kunnen de zorgmodellen 'one-to-one' en de opvolging in groep ('centering pregnancy') worden opgezet, in functie van de keuze van de patiënte en van het zorgbeleid van de instelling. In beide gevallen blijft de vroedvrouw de centrale persoon die de zorg coördineert.

Een belangrijk doel van dit scenario is het beperken van het aantal zorgverleners per patiënte, terwijl de zorg toch gepersonaliseerd blijft (bv. one-to-one) en de zorgorganisatie wordt verbeterd. Op die manier houdt men rekening met de budgettaire beperkingen en de behoefte aan efficiënte binnen de zorgorganisatie.

Volgens deze toekomstvisie moet de opleiding van de vroedvrouwen worden verbreed (of zelfs verlengd) om nieuwe competenties (waaronder organisatorische) te verwerven. Er moet ook worden overwogen om de opleiding naar een universitair niveau te brengen. Uiteraard moet ook de nomenclatuur worden aangepast aan de nieuwe taken van de vroedvrouwen.

Het beroep van vroedvrouw evolueert dus hier 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.

Het vergroten van de verantwoordelijkheid van de vroedvrouwen kan het beroep meer gevarieerd en zichtbaar, en dus ook aantrekkelijker maken. Anderzijds betekent meer verantwoordelijkheid ook meer risico's. Er kunnen ook spanningen ontstaan tussen gynaecologen en vroedvrouwen, omdat zij elkaar kunnen gaan beschouwen als concurrenten.

4.3.5.3 Scenario C: Scenario toegespitst op de ambulante zorg waarbij vroedvrouwen een centrale plaats innemen

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. Een groot deel van de vroedvrouwen heeft in deze ambulante zorg een zelfstandigenstatuut of is partner in een groepspraktijk. Toch blijft een niet te verwaarlozen aantal ook in ziekenhuizen en medische centra werken, waarschijnlijk onder een werknemersstatuut.

De netwerken voor ambulante zorg worden voor een groot deel gecoördineerd door vroedvrouwen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie, het beheer en het verlenen van zorg. Daartoe organiseren ze zich in groepskabinetten of -praktijken, of via samenwerkingsovereenkomsten (waardoor wachtdiensten gemakkelijker te organiseren zijn) om zo een bepaalde geografische dekking te verzekeren (één of twee arrondissementen). Via de groepspraktijken kan er snel en flexibel hulp worden geboden bij een acute behoefte, tijdelijke activiteitspieken of bij afwezigheid van collega's. In dezelfde geest worden er conventies opgesteld tussen de groepspraktijken en de lokale ziekenhuizen of de (zelfstandige) bevallingscentra, voor de coördinatie van de bevallingen en de postnatale opvolging. In dit scenario gebeuren bevallingen bij voorkeur in een ziekenhuis of in een omkaderd zorgmilieu in de nabijheid van een ziekenhuis, zodat er in geval van problemen snel gespecialiseerde hulp kan geboden worden.

In dit toekomstscenario worden zwangerschap en bevalling beschouwd als natuurlijke, fysiologische processen, en wordt er slechts in een minderheid van de gevallen (nl bij problemen of mogelijke risico's) een beroep gedaan op een medische tussenkomst. Deze verandering van paradigma beantwoordt aan een evoluerende tendens van de bevolking naar een natuurlijkere aanpak, en aan de nood om de kosten van de perinatale opvolging (door beperkte budgeten) te beheersen.

De vroedvrouwen coördineren en zorgen voor het goed verloop van het zorgtraject, vanaf de instap in het zorgtraject (of eventueel in de periode vóór de conceptie). Dit traject omvat o.a. een risicoanalyse, counselling voor, tijdens en na de zwangerschap, en de bevalling in het ziekenhuis. Via de risicoanalyse kunnen zij, in samenspraak met collega's, artsen, en sociale werkers, bepalen welke aanvullende opvolging nodig is. Daarnaast zorgt het team van vroedvrouwen voor de coördinatie van alle betrokken actoren. Deze verantwoordelijkheid wordt gedeeld met specialisten bij kritische of pathologische medische en psychosociale situaties. Diagnostische proeven, zoals testen en specifiek onderzoek (zoals morfologische echo's) kunnen autonoom worden uitgevoerd door vroedvrouwen (lijst van prestaties te updaten) of in partnerschap met de ziekenhuizen of medische centra. Daarom krijgt het 'one-to-one care' zorgmodel in dit scenario voorrang.

Door de groepering van vroedvrouwen moet de aanpak méér kunnen omvatten dan enkel het klinische aspect van een zwangerschap, en dat kan bijdragen tot een meer verantwoord ouderschap. De lokale verankering van de groep vroedvrouwen kan er ook voor zorgen dat men meer zicht krijgt op de sociale omgeving waarin de zorg wordt verstrekt. Men kan dan meer gepast reageren op probleemsituaties, en toenemende mobiliteitsproblemen kunnen meer worden opgevangen (lange afstanden naar grote centra en files).

De grotere verantwoordelijkheid van de vroedvrouwen in dit scenario vraagt om een herwaardering van de nomenclatuur op basis van de verleende prestaties. De opleiding van de vroedvrouwen moet eveneens worden aangepast. Ze moet worden uitgebreid en op universitair niveau worden gegeven. Op die manier kunnen de competenties, die nodig zijn voor de nieuwe verantwoordelijkheden, worden ontwikkeld en uitgediept (incl. de klinische opvolging en counselling). Het werken in groep vereist aanvullende competenties inzake interpersoonlijke relaties, en specifieke kennis voor het beheer van een kabinet (of een kleine onderneming), en gepaste cursusonderdelen in de toekomstige opleiding van vroedvrouwen moeten daarom worden voorzien.

Ook bijkomende kwaliteitscontroles moeten worden opgezet, om de geleverde zorg voortdurend te kunnen monitoren.

De integrale aanpak en de diversiteit van de activiteiten door groepen vroedvrouwen zorgen voor een meer coherente aanpak, en ze maken het beroep meer aantrekkelijk voor diegenen die op zoek zijn naar deze beroepskenmerken. Het beroep van vroedvrouw zou zeker gevarieerder en boeiender worden, maar ook complexer. Er komen immers nieuwe uitdagingen bij, door de grotere verantwoordelijkheid en vrijheid om het werk te organiseren.

Het scenario C verschilt van de huidige situatie doordat een groot aantal factoren verandert. De functionele rol van de vroedvrouw en de aantrekkelijkheid van het beroep worden verbeterd. Toch zullen enkele factoren ook de werklast en de complexiteit van het beroep verhogen, wat niet voor iedereen aanvaardbaar zal zijn.

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

5.1 Inleiding

Het planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen gebruikt door de Planningscommissie levert een schatting van de dichtheid van vroedvrouwen aangepast aan de relatieve consumptie door de bevolking (zie deel 1.2). Dit model legt een verband tussen de vraag vanuit de bevolking en het aanbod, bepaald door het aantal gezondheidszorgprofessionals waarvan de workforce wordt gemeten in VTE. De vraag wordt gemeten op basis van de consumptie van zorg terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (RIZIV). In de basisscenario's (zie deel 1.2 en 5.2.1) zijn de voorspellingen gemaakt bij "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden".

De toekomstige evolutie van de vraag hangt af van drie types elementen: eerst en vooral beïnvloedt de demografische evolutie van de bevolking (algemene evolutie en respectievelijk gewicht van de verschillende leeftijdsgroepen) de relatieve consumptie van de bevolking. Deze dimensie wordt in rekening genomen in de basisscenario's gebruikt door de Planningscommissie. Ten tweede beïnvloeden naast de simpele demografische evolutie ook andere contextuele factoren (niet gelinkt aan het zorgorganisatiemodel) de consumptie. Meer bepaald de epidemiologische evolutie (evolutie van de medische risico's), de evolutie van de socio-economische kwetsbaarheid en de waargenomen trend van verkorting van de verblijfsduur in de materniteit na een bevalling beïnvloeden de toekomstige consumptie van de door de vroedvrouwen verstrekte zorg. Ten derde zal het in de toekomst dominante zorgorganisatiemodel een impact hebben op de consumptie. Er werden drie mogelijke zorgorganisatiemodellen overwogen voor de toekomst, geïllustreerd door de drie narratieve scenario's A, B en C.

De uitwerking van de alternatieve scenario's voor de basisscenario's gebruikt door de Planningscommissie zal rekening houden met al deze elementen. In het wiskundige model gebruikt voor de planning van de workforce van vroedvrouwen, hebben deze elementen een impact op de graad van de zorgconsumptie (parameter 8 van het wiskundige model[9], zie ook Figuur 14 en Tabel 33 in bijlage). De hierna voorgestelde alternatieve scenario's suggereren dus een aanpassing van die graad van zorgconsumptie, op basis van het percentage berekend voor het referentiejaar, i.e. het jaar 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.

5.2 Methode

5.2.1 Basisscenario's

Kader 3 – Consumptiepercentage

"De hier gehanteerde bevolkingsprojecties werden gerealiseerd door het Planbureau. Deze 'ruwe' bevolkingsprojecties vermenigvuldigen we met een consumptiegraad, gebaseerd op de zorgconsumptie 'honoraria van vroedvrouwen' of 'honoraires accoucheuses' geobserveerd in 3 jaren (2014, 2015 en 2016) zoals deze door het RIZIV werd 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. Deze graad dient op relatieve basis te worden geïnterpreteerd en geeft een vergelijking weer met het gebruik in het 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 als de gemiddelde consumptie in 2014 voor de hele bevolking."

Bron: Cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen (2018)[9]

In de basisscenario's gebruikt door de Planningscommissie, wordt de consumptie van de door de vroedvrouwen verstrekte zorg binnen de verschillende segmenten van de bevolking verondersteld stabiel te blijven in de loop van de tijd. Globaal neigt de verwachte evolutie tussen 2014 en 2039 naar een daling van de consumptie van de zorg verstrekt door de vroedvrouwen. Die trend wordt veroorzaakt enerzijds door de demografische evolutie en anderzijds door de evolutie van de vruchtbaarheid en het geboortecijfer.

5.2.2 Verrijkte basisscenario's: 'Baseline +'

Bij de creatie van het conceptuele kader voor de scenario's, werden drie groepen factoren erkend als onafhankelijk van de zorgorganisatie en zullen een min of meer sterke invloed uitoefenen op de vraag naar en het aanbod van vroedvrouwen in functie van de scenario's; het gaat om de evolutie van het beschikbare budget voor gezondheidszorg en de druk die de risicofactoren (gezondheidstoestand en medische voorgeschiedenis van de zwangere vrouw) en de socio-economische kwetsbaarheid van het gezin uitoefent op de zorgvraag.

Daarnaast beïnvloedt de waargenomen trend naar verkorting van de verblijfsduur in de materniteit na een bevalling ook de toekomstige consumptie van de door vroedvrouwen verstrekte zorg en die zal waarschijnlijk worden versterkt door het federale beleid dat nu wordt ingevoerd in het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap.[10]

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 aanduiden met de benamingen 'Baseline +'.

Te vermelden is dat de evolutie van het budget niet kan worden gemodelleerd en dus niet zal 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 gezondheidszorgprofessionals – 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).

5.2.3 Alternatieve scenario's

De alternatieve scenario's maken het mogelijk de evolutie van de consumptiegraad aan te passen en zo rekening te houden met de demografische evolutie en de eigenschappen van de zorgorganisatiemodellen. Die eigenschappen vloeien voort uit de beschrijving van de drie vooraf opgestelde narratieve scenario's A, B en C.

De tabel hieronder vergelijkt de voornaamste eigenschappen van die drie mogelijke toekomstvisies.

Tabel 2 – Narratieve scenario's: eigenschappen in verband met de vraag

	Scenario A (« ZA – G »)	Scenario B (« Z – VV »)	Scenario C (« A – VV »)
Ingang in het gezondheidszorgsysteem	G [●●●] VV [●]* HA [●]* * poliklinisch of *groepspraktijk*	VV [●●●] G [●●] HA [●]	VV [●●●] G [●] HA [●]
Anamnese en evaluatie van de medische en psychosociale risico's	G [●●●]	VV [●●●]	VV [●●●]
Coördinatie van de zorg en van de betrokken zorgverleners	G [●●●] VV [●]	VV [●●●]	VV [●●●]
Beheer van de samenwerking in de groepspraktijk/conventies van VV	Nvt	VV [●●]	VV [●●●]
Uitwerking van het zorgtraject	G [●●●]	VV [●●●]	VV [●●●]
Advies rond preventie en gezondheidspromotie	G [●●●]	VV [●●●]	VV [●●●]
Echografieën	G [●●●]	VV [●●●]	G [●●●] VV [●●] – Laag risico
Voorbereiding op de geboorte en het ouderschap	VV [●●●] Kine [●●]	VV [●●●] Kine [●]	SF [●●●] Kine [●]
Klinische opvolging – laag risico	G [●●●] VV [●●]* HA [●]* * onder toezicht van gynaecoloog	VV [●●●] G [●]	VV [●●●]
Klinische opvolging – hoog risico	G [●●●] Met ondersteuning van VV [●] (cf. huidige nomenclatuur) + andere specialisten	G [●●●] Met ondersteuning van VV [●] (cf. huidige nomenclatuur) + andere specialisten	G [●●●] Met ondersteuning van VV[●] (cf. huidige nomenclatuur) + andere specialisten

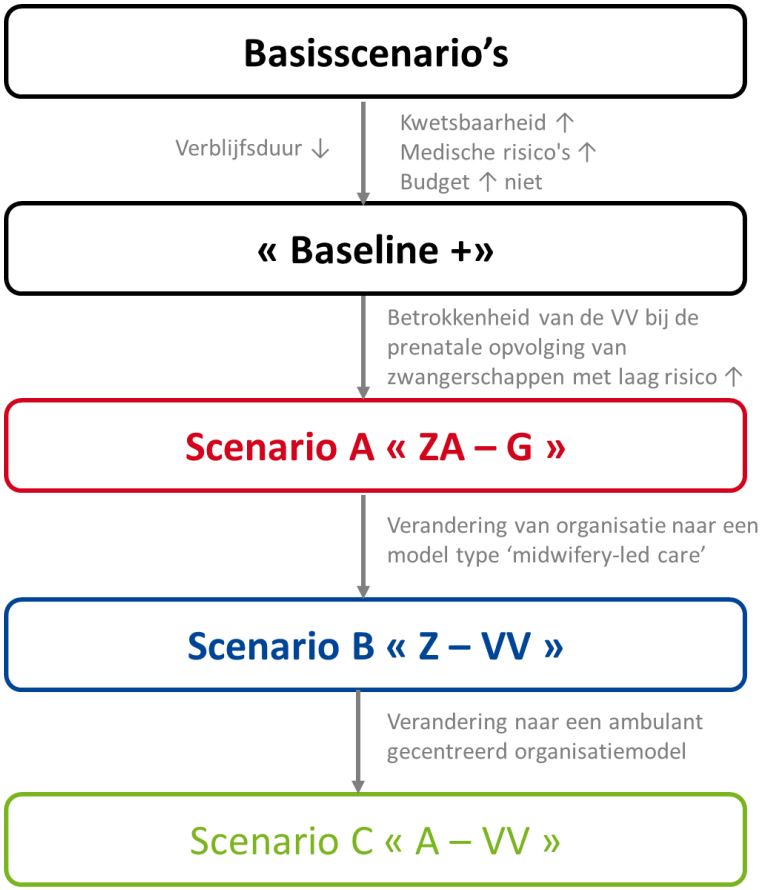
Bevalling zonder complicaties	G [●●●] VV [●]	VV [●●●] G [●]	VV [●●●]
Risico bevalling	G [●●●] + + andere specialisten	G [●●●] + + andere specialisten	G [●●●] + + andere specialisten
Epidurale verdoving	Status quo	↘	↘
Keizersneden	Status quo	↘	↘
Verblijfsduur	Status quo	↘	↘↘↘
Postnatale consultaties (Laag risico)	VV [●●●] G [●●] HA [●] + eerstelijnszorgverleners*	VV [●●●] G [●●] HA [●] + eerstelijnszorgverleners*	VV [●●●] HA [●●] G [●] + eerstelijnszorgverleners*
Postnatale consultaties (Hoog risico)	G [●●●] + andere specialisten + eerstelijnszorgverleners	G [●●●] + andere specialisten + eerstelijnszorgverleners	G [●●●] + andere specialisten + eerstelijnszorgverleners
One to one care: daling van het aantal zorgverleners per specialiteit	↗	↗↗	↗↗↗
Centering pregnancy: groepsinformatie over de opvoeding en gezondheidspromotie	Status quo	↗↗↗	↗

***ZA-G**: Ziekenhuisgecentreerd scenario met een aanpak voornamelijk verzekerd door de gynaecologen; **Z-VV**: Ziekenhuisgecentreerd scenario met een aanpak voornamelijk verzekerd door de vroedvrouwen; **A-VV**: Ambulantgecentreerd scenario met een aanpak voornamelijk verzekerd door de vroedvrouwen; **VV**: vroedvrouwen; HA: huisartsen; **G**: gynaecologen; [●]: lage intensiteit, [●●]: gematigde intensiteit of [●●●]: hoge intensiteit; **status quo**: geen evolutie in vergelijking met de huidige waargenomen situatie; **Nvt**: niet van toepassing; * de eerstelijnsactoren omvatten o.a. de psychologen, de medisch-sociale werkers, de familiehulp, enz.*

We stellen vast dat scenario A (“ZA-G”) het dichtst aanleunt bij de huidige situatie, met uitzondering van een frequentere opvolging van laagrisico zwangerschappen door de vroedvrouwen. Scenario’s B (“Z-VV”) en C (“A-VV”) verschillen van scenario A (“ZA-G”) door een verandering van organisatie (gericht op ‘midwifery-led care’, dus een aanpak door de vroedvrouwen). Scenario’s B (“Z-VV”) en C (“A-VV”) onderscheiden zich van elkaar door het zorgparcours gecentreerd op ofwel het ziekenhuis, ofwel op een ambulante aanpak.

De impact van die verschillende elementen op de consumptiegraad zal stapsgewijs worden bestudeerd volgens het schema in Figuur 10.

Figuur 10 – Schema van de studie van de impact van de contextuele factoren en de intrinsieke eigenschappen van de scenario's op de vraag



5.2.4 *Elicitatieproces*

Elicitatie is een anglicisme dat staat voor "het toekennen van een numerieke waarde aan een parameter waarvoor geen enkel gegeven bestaat". De elicitatie doet beroep op de inschatting van experts in het domein omschreven door de parameter.[7]

Binnen het kader van deze studie, omvat het elicitatieproces twee stappen: een online enquête gevolgd door een elicitatievergadering.

De doelstelling van de online enquête was het toekennen van een waarde aan de modelleringsparameters van de alternatieve scenario's in vergelijking met het basisscenario van de projectie van de workforce van vroedvrouwen en van de vraag naar pre-, peri- en postnatale zorgen. Enkel de parameters die niet konden worden geschat op basis van de beschikbare administratieve gegevens of op basis van de literatuur werden ter consultatie voorgelegd via deze enquête. Die werd verstuurd naar 74 personen (vroedvrouwen, gynaecologen, personen betrokken bij de pilootprojecten rond verkorting van de verblijfsduur, medisch-sociale werkers, vertegenwoordigers van scholen voor vroedvrouw). Van hen hebben 34 personen de vragenlijst ingevuld, ofwel een responspercentage van 47%. Zeven respondenten hebben de vragenlijst slechts gedeeltelijk ingevuld. De kenmerken van de respondenten zijn weergegeven in Tabel 3. De gedetailleerde resultaten van de online enquête zijn beschikbaar op vraag.

De elicitatievergadering bestond uit 18 deelnemers. Tijdens deze vergadering werden de resultaten van de online enquête voorgesteld. Wanneer een parameter van het model niet tot een consensus had geleid, werd de aan deze parameter toe te kennen waarde besproken. Daarna werd de deelnemers gevraagd te stemmen via een elektronisch stemsysteem om hun akkoord te geven aan de waarschijnlijkheid van de voorgestelde waarde. Was er geen consensus (minder dan 75% van de stemmers meent dat de toegekende waarde plausibel is), werd overgegaan naar een nieuwe discussieronde, afgesloten met een nieuwe stemming om een consensus te krijgen over een aanvaardbare waarde. De gedetailleerde resultaten van deze elicitatiefase zijn beschikbaar op vraag.

Tabel 3 – Kenmerken van de respondenten van de online enquête (elicitatie)

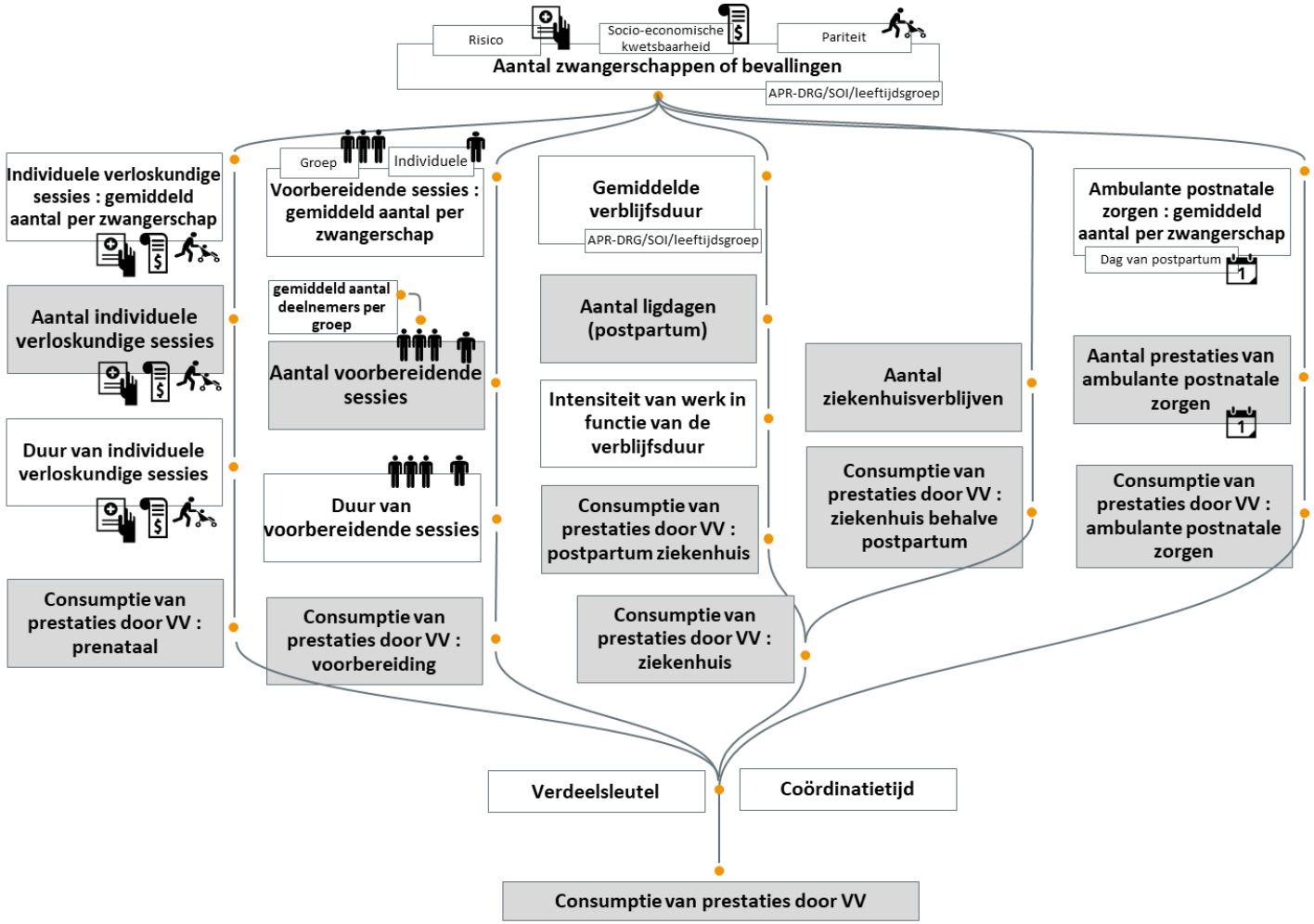
	N	%
Taal		
Franstaligen	21	61,8%
Nederlandstaligen	13	38,2%
Beroep		
Vroedvrouw	22	64,7%
Gynaecoloog	3	8,8%
Andere	9	26,5%
Deelname aan een vorige fase van het project		
Ja	20	74,1%
Nee	7	25,9%
Geen antwoord	7	

5.2.5 Meting van de evolutie van de consumptie

In het basisscenario wordt de consumptie van de (pre-, peri- en postnatale) zorg geëvalueerd op basis van de 'honoraria van vroedvrouwen' of 'honoraires accoucheuses' geobserveerd door het RIZIV binnen het kader van de terugbetalingen door de gezondheidszorgverzekering. De ziekenhuisactiviteit wordt niet terugbetaald door het RIZIV, aangezien die vooral wordt gefinancierd door de financiering van de ziekenhuizen en kan dus niet in rekening worden genomen in de evaluatie van de consumptie.

In de analyse die volgt, meten we de evolutie van de consumptie met behulp van het model weergegeven in Figuur 11. Dat model verdeelt de prestaties in zes categorieën (prenatale zorgen, voorbereiding voor de geboorte en opvoeding tot ouderschap, ambulante bewaking en postnatale zorgen, consultaties omtrent borstvoeding en postpartum opvolging in het ziekenhuis). Hoewel vrij compleet, is dit model niet exhaustief en houdt het geen rekening met alle activiteiten van vroedvrouwen (bijvoorbeeld de interventies op vlak van vruchtbaarheid en neonatologie). Gezien onze doelstelling het meten is van de evolutie van de consumptie van de (pre-, peri- en postnatale) zorg over een periode van 25 jaar, is de gestelde impliciete hypothese dat de evolutie van de elementen waarmee geen rekening werd gehouden binnen dit model stabiel wordt geacht in het verloop van de tijd.

Figuur 11 – Modellering van de parameters, in rekening gebracht in de alternatieve scenario's voor het meten van (de evolutie van) de consumptie



De verschillende parameters van dit model, alsook de gestelde hypotheses voor elk van hen, zijn in detail weergegeven in deel 5.3.

5.3 Parameters van het model en gestelde hypotheses

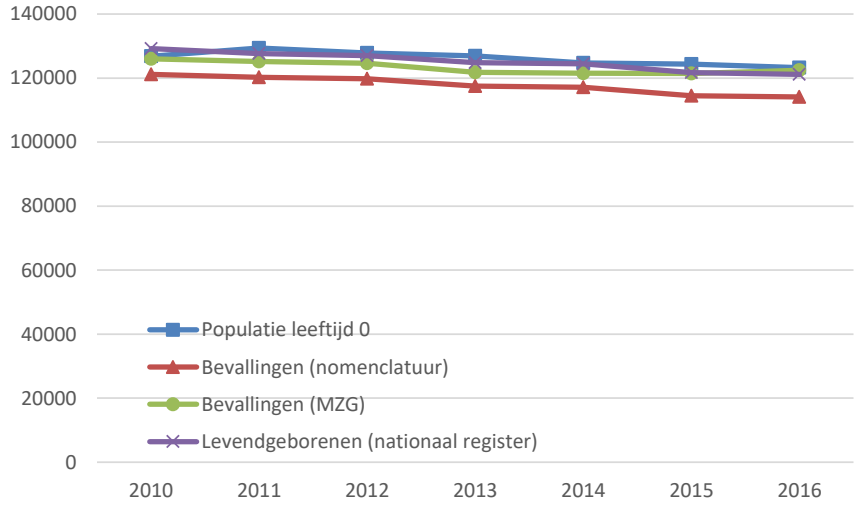
5.3.1 Aantal zwangerschappen en bevallingen

Vier verschillende aanpakken kunnen worden gevolgd om het aantal zwangerschappen en bevallingen te schatten die aanleiding zullen geven tot prestaties van vroedvrouwen in België in de toekomst:

1. Het aantal vrouwen dat kan gebruikmaken van zorg verstrekt door de vroedvrouwen tijdens een gegeven jaar kan worden geschat door het aantal vrouwen dat is bevallen in dat jaar. De bevallingen worden geïdentificeerd op basis van de RIZIV-nomenclatuurcodes weergegeven in Bijlage 7 (Tabel 39). In 2016 werden op die manier 114.148 bevallingen geteld. Deze gegevens houden rekening met alle bevallingen, onafhankelijk van de locatie van de bevalling en van de gezondheidszorgprofessional die de bevalling begeleidde (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts), maar betreffen enkel de personen verzekerd door het verplichte Belgische verzekeringssysteem.
2. Het is ook te overwegen om het aantal zwangerschappen voor een gegeven jaar te schatten door middel van het aantal nieuwgeborenen (kinderen van nul jaar) die dit jaar ter wereld zijn gekomen. Dat aantal wordt geschat door het Planbureau en wordt gebruikt voor projecties voor de toekomst. Dat aantal omvat echter ook kinderen die eventueel niet geboren zijn in België en waarvan a fortiori de zwangerschap niet werd opgevolgd in België. Bovendien, gezien het aandeel multipele zwangerschappen (2% In Brussel, 1,6% in Wallonië en 1,7% in Vlaanderen in 2016),[20-22] is het aantal nieuwgeborenen hoger dan het aantal zwangerschappen.
3. Een andere potentiële gegevensbron is de statistiek van de levend geboren kinderen opgesteld op basis van het Rijksregister.[23] Op basis daarvan telt men 121.161 levende geboortes in 2016. Die statistiek houdt echter enkel rekening met de levende geboortes bij moeders die wettelijk in België verblijven, of die kinderen nu geboren zijn in België of in het buitenland. Deze bron lijkt dus minder relevant om het aantal vrouwen te schatten die zouden kunnen genieten van de zorgen verstrekt door vroedvrouwen in België. Bovendien is de statistiek niet het voorwerp van een projectie voor de toekomst.
4. Ten slotte is het mogelijk in de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) de bevallingen die plaatsvonden in het ziekenhuis te identificeren. Het gaat om alle ziekenhuisverblijven waarvoor een van de volgende APR-DRG-codes werd geregistreerd: 540, 541, 542, 560 (details in bijlage, Tabel 40). Op die basis telt men 122.653 bevallingen in 2016. Hoewel die gegevens beperkt zijn tot de bevallingen in het ziekenhuis, omvatten ze ook de patiëntes die niet gedekt zijn door het verplichte Belgische verzekeringssysteem. Voor onze analyse, **krijgt deze methode de voorkeur,** om drie redenen:
   a. Eerst en vooral is het aantal bevallingen buiten het ziekenhuis vandaag in België relatief laag (volgens het SPE en het CEpiP, waren er 801 bevallingen buiten het ziekenhuis in 2016).[20-22]
   b. Ten tweede omvatten de bevallingen geïdentificeerd op basis van de MZG de patiëntes niet gedekt door de verplichte Belgische ziekteverzekering, een niet-verwaarloosbaar aandeel van de bevallingen, vooral in Brussel (2.342 bevallingen ofwel 9,2% in 2016).
   c. Ten derde, de gegevens van de KCE-studie over de tegen 2025 vereiste ziekenhuiscapaciteit helpen ons een redelijke projectie te maken van dit aantal verblijven in de toekomst (zie 5.3.10).[10] Een projectie van het aantal toekomstige bevallingen op basis van de door de nomenclatuur geïdentificeerde bevallingen is minder evident, rekening houdend met de beschikbare gegevens.

Figuur 12 vergelijkt de gegevens verkregen voor de jaren voor 2016 volgens de vier potentiële gegevensbronnen.

Figuur 12 – Aantal zwangerschappen of bevallingen: potentiële gegevensbronnen



Bronnen: Bevolking leeftijd 0: Planbureau, Nomenclatuur bevallingen: AIM-IMA, Bevalling MZG: TCT, de gegevens voor 2015 en 2016 zijn projecties op basis van de gegevens van 2003-2014[10]; levende geboortes (nationaal register): Statbel

Kader 4 – Ziekenhuisverblijven: enkele concepten

MZG: Minimale Ziekenhuis Gegevens. In België moeten de algemene ziekenhuizen twee keer per jaar een hele reeks gegevens doorgeven aan de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, met betrekking tot alle klassieke ziekenhuisopnames, dagopnames en contacten op de spoeddienst. De gegevens inzake de diagnoses en de procedures zijn gebaseerd op de International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (ICD-9-CM).

APR-DRG: All Patient Refined Diagnosis Related Group. Alle klassieke en dagopnames krijgen een APR-DRG toegekend waardoor de patiëntverblijven kunnen worden geklasseerd in diagnosegroepen op basis van hun pathologie. Het APR-DRG-systeem integreert in de basisstructuur van de DRG twee subcategorieën in functie van enerzijds het mortaliteitsrisico ("risk of mortality" – ROM) en anderzijds de ernst van de ziekte ("severity of illness" – SOI). Deze laatste bestaat uit vier niveaus: 1 = mineur, 2 = matig, 3 = majeur, 4 = extreem.

Bron: Van de Voorde et al. (2017)[10]

Om het aantal zwangerschappen tegen 2041 en het aantal daarmee verband houdende ziekenhuisopnames te schatten, nemen we het aantal ziekenhuisopnames voor een bevalling als uitgangspunt (APR-DRG 540, 541, 542 en 560), geregistreerd tussen 2003 en 2014. Een trendanalyse heeft de demografische evoluties (omvang en samenstelling van de bevolking) overwogen en projecties tot in 2025 voorgesteld.[10] Door het groeipercentage van de bevolking per berekende leeftijdsgroep (geprojecteerd/voorspeld) door het Planbureau[24] toe te passen op het aantal ziekenhuisverblijven per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep (zie Kader 4) zijn we in staat het aantal ziekenhuisverblijven te schatten voor bevallingen voor de periode 2026-2041.

5.3.2 Epidemiologische evolutie (medische risico's)

In ons model maken we onderscheid tussen de zwangerschappen met matig en hoog risico en zwangerschappen met laag risico. De zwangerschappen met matig en hoog risico worden in onze studie geïdentificeerd op basis van de volgende risicofactoren:

- Leeftijd lager dan 18 jaar of hoger dan 40 jaar;
- En/of vooraf bestaan van comorbiditeit, op basis van de consumptie in de 21 maanden vóór de bevalling van minstens één van de geneesmiddelen uit de lijst in Bijlage 7 (Tabel 41). De volgende comorbiditeiten komen in aanmerking: diabetes, hoge bloeddruk, trombose, bloedstollingsstoornissen, astma, reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, HIV, chronische hepatitis B en C, multiple sclerose, epilepsie, schildklierpathologie, immunosuppressie na orgaantransplantatie, ademhalingsaandoeningen en neurologische aandoeningen. Vrouwen met voorgeschiedenis van diabetes worden geïdentificeerd via de facturatie van een diabetespaspoort/-conventie (op basis van de nomenclatuurcodes in de lijst in Bijlage 7, Tabel 42) gedurende de 21 maanden voorafgaand aan de bevalling;
- En/of minstens een individuele verloskundige consultatie voor risicozwangerschap gedurende de 280 dagen voorafgaand aan de bevalling (zie nomenclatuurcodes in Bijlage 7, Tabel 43);
- En/of vereiste aanwezigheid van de pediater bij de bevalling (zie nomenclatuurcodes in Bijlage 7, Tabel 44).

In 2016 werd 23,3% van de zwangerschappen (door de nomenclatuur geïdentificeerde bevallingen) geïdentificeerd als een zwangerschap met matig of hoog risico op basis van de bovenvermelde criteria. De toekomstige evolutie van dit percentage werd ingeschat door een lineaire projectie (op basis van gegevens van 2010-2016). Daarna blijft ze stabiel op het niveau van 2026 tot in 2041 (Tabel 5).

5.3.3 Evolutie van de socio-economische kwetsbaarheid (socio-economische risico's)

De socio-economische kwetsbaarheid wordt geschat aan de hand van het armoederisicopercentage berekend op basis van het equivalente inkomen gemeten met de gegevens van de Europese EU-SILC-enquête.[25] Het gaat het om het percentage van de bevolking dat in een gezin leeft waarvan het equivalente beschikbare inkomen lager ligt dan 60% van het nationale mediaan inkomen (armoedegrens). In 2016 leefde 15,9% van de Belgische bevolking in een gezin met een inkomen onder de armoedegrens. De toekomstige evolutie van dit percentage is geschat door een lineaire projectie (op basis van gegevens van 2010-2016) tot in 2026. Vanaf dan behoudt ze dat niveau tot in 2041 (Tabel 6).

De beschikbare gegevens maken het ons niet mogelijk de psychosociale kwetsbaarheid te meten die andere aspecten inhoudt die niet worden weergegeven in administratieve gegevens (sociaal of familiaal isolement, alcohol- of druggebruik, geweld, psychologische of psychiatrische stoornissen, clandestiniteit, enz.).

5.3.4 Evolutie van de pariteit

In ons model verschilt de frequentie van de geconsumeerde zorg naargelang de pariteit. In heel wat gevallen verwacht men zich inderdaad aan een lagere consumptie van de zorg door multiparen. Voor laagrisico zwangerschappen bijvoorbeeld raadt de richtlijn van het KCE 10 prenatale consultaties aan voor primiparen en 7 voor multiparen.[26]
Het aandeel multiparen wordt geschat op basis van de jaarlijks gepubliceerde gegevens van het CEpiP (Wallonië en Brussel) en van het SPE (Vlaanderen) (laatste versies: CEpiP 2018; SPE 2017).[20-22] Die gegevens zijn onnauwkeurig, want de geboortes in het Universitaire Ziekenhuis Vrije Universiteit Brussel (UZ VUB) worden zowel in Brussel geteld door het CEpiP als in Vlaanderen door het SPE, wat optellen moeilijk maakt. Aangezien het aandeel multiparen hoger ligt in Brussel dan in de andere Gewesten, is het waarschijnlijk dat de opgetelde gegevens het aandeel multiparen in België licht overschat, maar het verwachte verschil zou miniem moeten zijn.

De toekomstige evolutie van dit percentage is geschat aan de hand van een lineaire projectie (op basis van gegevens van 2010-2016) tot in 2026. Vanaf dan blijft het niveau stabiel tot in 2041 (Tabel 7).

Tabel 4 – Schatting van het aantal toekomstige zwangerschappen (alle scenario's)

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Projectie				
Aantal dagen in het ziekenhuis voor een bevalling	125 150	122 458*	124 867	126 487	125 726	127 864	129 434
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016			+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%

Gegevensbron 2011 en 2016 en projectie 2021: Van de Voorde et al. (2017)[10]; Projectie volgende jaren: KCE

** De in deze tabel weergegeven waarde komt overeen met de waarde voorspeld door Van de Voorde et al. (2017)[10] (n= 122 458) en niet met de reële waargenomen waarde in 2016 (n=122 653), waarvoor het onderscheid per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep niet gekend was*

Tabel 5 – Schatting van de epidemiologische evolutie (alle scenario's)

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Projectie (lineair)				
Aandeel zwangerschappen met matig tot hoog risico	17,5%	23,3%	28,7%	34,1%	34,1%	34,1%	34,1%
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016			+22,8%	+46,2%	+46,2%	+46,2%	+46,2%

Gegevensbron 2011 en 2016: IMA-AIM; Projectie: KCE

Tabel 6 – Schatting van de socio-economische kwetsbaarheid (alle scenario's)

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Projectie (lineair)				
Aandeel van de bevolking dat in een gezin woont met een beschikbaar inkomen onder de armoedegrens	15,3%	15,9%	16,0%	16,4%	16,4%	16,4%	16,4%
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016			+0,6%	+2,8%	+2,8%	+2,8%	+2,8%

Gegevensbron 2011 en 2016: IWEPS[27]; Projectie: KCE

Tabel 7 – Schatting van de evolutie van de multipariteit (alle scenario's)

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Projectie (lineair)				
Aandeel multipare zwangerschappen	55,2%	56,3%	58,4%	60,0%	60,0%	60,0%	60,0%
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016			+3,8%	+6,5%	+6,5%	+6,5%	+6,5%

Gegevensbronnen 2011 en 2016: CEpiP en SPE; Projectie: KCE

5.3.5 Individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen

De individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen worden geïdentificeerd door de volgende nomenclatuurcodes: 422030; 422052; 428094; 428116; 428131; 428153 (details in Bijlage 7, Tabel 45). In 2016 werden 213.552 individuele verloskundige consultaties gefactureerd (tegenover 123979 in 2011, ofwel een stijging van 72,3% in 5 jaar) (bron: Econodat[b]).

Als men daarnaast weet dat, voor de laagrisico zwangerschappen (zie uitsluitingscriteria in deel 5.3.2) waarvan de bevalling plaatsvond in 2016, 122.573 individuele verloskundige consultaties werden gehouden (gegevens IMA), kan men redelijkerwijs schatten dat 90.979 individuele verloskundige consultaties plaatsvonden voor zwangerschappen met hoger risico. Daarbij moeten 14.719 individuele verloskundige consultaties specifiek voor risicozwangerschappen worden geteld, geïdentificeerd door de volgende nomenclatuurcodes: 422870; 422892; 428175; 428190; 428212; 42823 (details in Bijlage 7, Tabel 43).

b https://www.besco.be/nl/producten/besco-portal/econodat

Tabel 8 – Individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen

	2011	2016	Variatie 2011-2016
Aantal individuele verloskundige consultaties zonder specificatie van het risiconiveau van de zwangerschap (codes 422030 ; 422052 ; 428094 ; 428116 ; 428131 ; 428153)	117 597	198 833	+69,1%
voor laagrisico zwangerschappen	*102 922*	*122 573*	+19,1%
voor zwangerschappen met een matig tot hoog risico	*14 675*	*76 260*	+419,7%
Aantal individuele verloskundige consultaties specifiek voor risico zwangerschappen (codes 422870 ; 422892 ; 428175 ; 428190 ; 428212 ; 428234)	6 382	14 719	+130,6%
Totaal aantal individuele verloskundige consultaties	123 979	213 552	+72,2%
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (geschat op basis van de bevallingen via de nomenclatuur)	1,03	1,87	+81,6%
Voor laagrisico zwangerschappen	*1,0*	*1,4*	+34,6%
Voor zwangerschappen met een matig tot hoog risico	*0,8*	*3,4*	+332,9%

Bronnen: IMA en Econodat (https://www.besco.be/nl/producten/besco-portal/econodat)

Voor de toekomstige evolutie gaat men uit van de volgende hypotheses (zie Tabel 9):

- In Baseline+ (rekening houdend met de contextuele factoren): het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties per **zwangerschap met matig of hoog risico** wordt constant gehouden op het niveau van 2016 (3,42 waarvan 0,55 consultaties specifiek voor risicozwangerschappen en 2,86 individuele verloskundige consultaties onafhankelijk van het verloskundige risico). Het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties per **zwangerschap met laag risico** wordt ook constant gehouden op het niveau van 2016 (1,40). De epidemiologische evolutie heeft dus een impact op het totale aantal individuele verloskundige consultaties via de verdeling tussen de zwangerschappen met matig of hoog risico en zwangerschappen met laag risico, waarbij voor de eerste gemiddeld meer individuele verloskundige consultaties plaatsvinden dan voor de laatste.
- Scenario A (“ZA-G”) leidt tot een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen bij de prenatale opvolging van zwangerschappen met laag risico. Met behulp van het elicitatieproces, gaan we uit van de hypothese dat, voor de **zwangerschappen met laag risico,** dat er in 2041 gemiddeld 3 individuele verloskundige consultaties zullen zijn voor de **multiparen** en 5 voor de **primiparen**. Tijdens de elicitatievergadering beschouwde 88% van de deelnemers deze cijfers als plausibel. Het aanbevolen aantal antenatale consultaties bedraagt inderdaad 7 voor de multiparen en 10 voor de primiparen, onafhankelijk van de verstrekker (gynaecoloog, vroedvrouw of huisarts).[26] In dit scenario voorziet men dus voor de zwangerschappen met laag risico dat een groter aandeel van de prenatale consultaties wordt verzorgd door vroedvrouwen, maar dat bepaalde consultaties (a fortiori die consultaties met een van de drie aanbevolen echografieën) worden uitgevoerd door gynaecologen. De hypothese is dat die doelstelling van 3 en 5 consultaties zal worden gehaald tegen 2041, volgens een exponentiële progressie vanaf het huidig gemiddelde aantal (1,4 consultaties zonder onderscheid tussen primiparen en multiparen).

In dat scenario wordt het gemiddelde aantal individuele verloskundige sessies per **zwangerschap met matig of hoog risico** constant gehouden op het niveau van 2016 (3,42 waarvan 0,55 consultaties voor risicozwangerschappen en 2,86 individuele verloskundige consultaties onafhankelijk van het verloskundige risico).

- De overstap van scenario A naar scenario's B en C impliceert een verandering van organisatie naar een model van het type 'midwifery-led care'. In scenario B ("Z-VV") en C ("A-VV") zijn de vroedvrouwen meer betrokken bij de opvolging van zwangerschappen met laag risico; de opvolging van de zwangerschappen met matig of hoog risico gebeurt door gynaecologen. De vroedvrouwen houden de eerste consultatie met de medische en psychosociale anamnese en verwijzen de patiënte eventueel door naar een gynaecoloog. Zij houden sommige de opvolgingsconsultaties tijdens de zwangerschap en coördineren de bijdrage van de andere zorgverleners. Met behulp van het elicitatieproces stellen de deelnemers de hypothese dat voor de **zwangerschappen met laag risico**, het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen in 2041 6 voor **multiparen** en 8 voor **primiparen** zal bedragen. Tijdens de elicitatievergadering beschouwde 88% van de deelnemers deze cijfers als plausibel. Die cijfers zijn coherent met het aanbevolen aantal antenatale consultaties.[26] We veronderstellen dat die doelstellingen van 6 en 8 consultaties exponentieel zullen stijgen vanaf het huidige gemiddelde aantal (1,4 consultaties zonder onderscheid tussen primiparen en multiparen) en zullen worden bereikt tegen 2041. Voor de **zwangerschappen met matig of hoog risico**, formuleert men de hypothese dat het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties (buiten de specifieke consultaties voor hoogrisico zwangerschappen) door vroedvrouwen in 2041 1 (medische en psychosociale anamnese) zal bedragen, een aantal dat lineair zal stijgen vanaf het gemiddelde aantal van 2016 (2,86 consultaties). Het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties voor hoogrisico zwangerschappen wordt constant gehouden op het niveau van 2016 (0,55 sessies per zwangerschap met matig of hoog risico).



Tabel 9 – Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties: hypotheses

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Baseline+				
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (laag risico)	1,0	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (matig tot hoog risico)	0,8	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
			Scenario A « ZA-G »				
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (laag risico – multiparen)	1,0	1,4	1,6	1,8	2,2	2,6	3,0
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (laag risico – primiparen)			1,8	2,2	3,0	3,9	5,0
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (matig tot hoog risico)	0,8	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
			Scenarios B « Z-VV » et C « A-VV »				
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (laag risico – multiparen)	1,0	1,4	1,9	2,4	3,4	4,5	6,0
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (laag risico – primiparen)			2,0	2,6	4,0	5,7	8,0
Gemiddeld aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap (matig tot hoog risico)	0,8	3,4	3,0	2,7	2,3	1,9	1,6

5.3.6 Duur van de individuele verloskundige consultaties

Om rekening te houden met de langere duurtijd van sommige individuele verloskundige consultaties, wordt in alle scenario's het aantal individuele verloskundige consultaties gewogen voor de duur, op basis van de hypotheses weergegeven in Tabel 10.

De online enquête tijdens de elicitatiefase vroeg de deelnemers om de effectieve duurtijd van de individuele verloskundige consultaties te evalueren. Enkel de deelnemers actief in dat domein hebben op deze vraag geantwoord. Met de gerapporteerde resultaten konden we van elk type consultatie het gemiddelde en de mediaan berekenen (Tabel 10).

- Eerste consultatie (n=18 respondenten): mediaan lengte = 52,5 minuten; gemiddelde lengte = 50,2 minuten;
- Volgende consultaties voor zwangerschappen met laag risico (n=18 respondenten): mediaan lengte = 30 minuten; gemiddelde lengte = 38,9 minuten;
- Volgende consultaties voor zwangerschappen met matig of hoog risico (n=11 respondenten): mediaan lengte = 35 minuten; gemiddelde lengte = 39,5 minuten;
- Extra tijd bij socio-economische kwetsbaarheid (n=16 respondenten): mediaan tijd = 15 minuten; gemiddelde tijd = 20 minuten.

Tabel 10 – Duur van de individuele verloskundige consultaties: hypotheses

Type consultatie	Duur in minuten
Eerste individuele verloskundige consultatie (alle risico niveaus)	52 minuten
Vervolgconsultaties voor laagrisico zwangerschappen	30 minuten
Vervolgconsultaties voor zwangerschappen met een matig tot hoog risico (specifieke consultaties voor risicozwangerschappen inbegrepen)	35 minuten
Bijkomende duur bij socio-economische kwetsbaarheid	15 minuten

5.3.7 Sessies ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap

De consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap worden geïdentificeerd door de volgende nomenclatuurcodes: 422096; 422111; 422133; 428374; 428396; 428411; 428433 (details in bijlage, Tabel 46). In 2016 werden de individuele voorbereidende consultaties 67.575 keer gefactureerd en de voorbereidende groepsconsultaties 49.482 keer (als men uitgaat van een gemiddelde van 7 vrouwen per groepsconsultaties (zie deel 5.3.8), komt dat neer op 7.069 consultaties).

Tabel 11 – Consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap

	2011	2016	Variatie 2011-2016
Aantal gefactureerde individuele voorbereidende consultaties (422096 ; 428374 ; 428396)	39 600	67 575	+70,6%
Aantal gefactureerde voorbereidende groepsconsultaties (422111 ; 422133 ; 428411 ; 428433)	40 224	49 482	+23,0%
Totaal aantal voorbereidende consultaties (bij 7 vrouwen per collectieve consultatie)	45 346	74 644	+64,6%
Gemiddeld aantal voorbereidende consultaties per zwangerschap (op basis van de in de nomenclatuur geïdentificeerde bevallingen)	0,66	1,02	+56,0%

Voor de toekomstige evolutie houdt het Baseline+ scenario het gemiddelde aantal consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap constant op het niveau van 2016 (gemiddeld 1,02 sessies per zwangerschap waarvan 0,59 individuele sessies en 0,43 groepsconsultaties). Om rekening te houden met de impact van de socio-economische kwetsbaarheid, wordt niettemin, conform aan de resultaten van de elicitatiefase, 1 extra sessie toegevoegd tegen 2021 voor zwangerschappen met socio-economische kwetsbaarheid. Die extra sessies zullen oplopen tot 2 vanaf 2026.

Tijdens de elicitatiefase hebben de deelnemers echter geschat dat in de toekomst meer en meer vrouwen zouden deelnemen aan dit type voorbereidingsconsultaties. De meest plausibele waarden voor 2041 geven aan dat alle vrouwen aan minstens een individuele sessie zullen deelnemen in 2041, met een gemiddelde van 3 sessies voor de primiparen en 1 sessie voor de multiparen. Wat betreft de groepsconsultaties, schatte 94% van de deelnemers dat 30% van de primiparen en 15% van de multiparen zullen genieten van dergelijke consultaties in 2041, met een gemiddelde van 3 consultaties voor de primiparen en 1 consultatie voor de multiparen, wat neerkomt op een gemiddelde van 0,90 groepsconsultaties per primipara en 0,15 per multipara. Die hypotheses werden dus opgenomen in scenario's A, B en C. Volgens de deelnemers aan de vergadering, zullen die doelstellingen worden gehaald in 2041 volgens een exponentiële progressie vanaf het waargenomen gemiddelde aantal in 2016 (0,59 individuele consultaties en 0,43 groepsconsultaties)[c], behalve voor het gemiddelde aantal groepsconsultaties voor de multiparen, die we constant houden op 0,15.

Al die hypotheses en hun impact op het gemiddelde aantal consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap zijn samengevat in Tabel 12.

[c] Zonder onderscheid te kunnen maken tussen primiparae en multiparae.

Tabel 12 – Consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap: hypotheses

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
					Baseline +		
Gemiddeld aantal individuele consultaties per zwangerschap	0,3	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Gemiddeld aantal collectieve consultaties per zwangerschap	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Gemiddeld aantal bijkomende consultaties bij socio-economische kwetsbaarheid			1,0	2,0	2,0	2,0	2,0
			Scenarios A (« ZA-G »), B (« Z-VV ») et C (« A-VV »)				
Gemiddeld aantal individuele consultaties per zwangerschap (primiparen)	0,3	0,6	0,8	1,1	1,6	2,2	3,0
Gemiddeld aantal individuele consultaties per zwangerschap (multiparen)			0,7	0,7	0,8	0,9	1,0
Gemiddeld aantal groepsconsultaties per zwangerschap (primiparen)	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
Gemiddeld aantal groepsconsultaties per zwangerschap (multiparen)			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Gemiddeld aantal bijkomende consultaties bij socio-economische kwetsbaarheid			1,0	2,0	2,0	2,0	2,0

5.3.8 Aantal deelneemsters aan de groepsconsultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap

Men veronderstelt dat gemiddeld 7 zwangere vrouwen deelnemen aan de groepsconsultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap. Er bestaan inderdaad twee types nomenclatuurcodes voor die sessies in functie van of ze tussen 2 en 5 deelneemsters of tussen 6 en 10 deelneemsters tellen. Tijdens de elicitatievergadering was het aantal dat de deelneemsters het meest plausibel leek een gemiddelde van het maximale aantal deelneemsters of 10), gewogen voor het aantal consultaties van elk type.[d] In 2016 was dat gewogen gemiddelde 7,19. Men gaat uit van de hypothese van gemiddeld 7 deelneemsters en men veronderstelt dat dit aantal constant zal blijven.

5.3.9 Duur van de groepsconsultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap

Tijdens de online enquête van de elicitatiefase gaven 11 respondenten een duurtijd op voor de individuele voorbereidingsconsultaties, en 9 van hen vermelden een duurtijd van 60 minuten. Onder de 9 respondenten die een duurtijd opgaven voor de voorbereidende groepsconsultaties hebben er 6 een duurtijd van 120 minuten vermeld. We gebruiken die duurtijden dus als gemiddelde duurtijd van de consultaties en gaan ervan uit dat ze constant zullen blijven.

5.3.10 Gemiddelde verblijfsduur in de materniteit en aantal hospitalisatiedagen gelinkt aan de bevalling

De ziekenhuisverblijven worden geïdentificeerd op basis van de volgende APR-DRG-codes: 540, 541, 542, 560 (details in Bijlage 7, Tabel 40). In 2016 werden 122.653 verblijven van dat type geïdentificeerd. De beschikbare gegevens laten ons echter niet toe de gemiddelde duur van die verblijven te berekenen. Voor 2016 gebruiken we dus de gegevens uit een trendanalyse uitgevoerd op basis van de gegevens van 2003-2014, die rekening houdt met de demografische perspectieven (omvang en samenstelling van de bevolking) en de verwachte evolutie van het aantal en de duur van de ziekenhuisverblijven[10] in plaats van de waargenomen gegevens. Die geprojecteerde gegevens kunnen worden beschouwd als een redelijke benadering van de reële gegevens. Voor 2016 had de trendanalyse inderdaad 122.458 verblijven met een van de bovenvermelde APR-DRG-codes voorspeld; terwijl 122.653 verblijven werden geregistreerd, ofwel een foutmarge van minder dan 0,2%. In het voorspellende model ligt de verblijfsduur, berekend per APR-DRG-SOI voor elke leeftijdscategorie, in de lijn van de trends van het voorbije decennium.

Tabel 13 geeft het aantal verblijven weer gelinkt aan een bevalling onafhankelijk van de graad van ernst in 2011 en 2016, alsook het aantal verblijven voor enkele APR-DRG-SOI. De gemiddelde verblijfsduur, alsook het aantal hospitalisatiedagen zijn ook weergegeven. Tussen 2011 en 2016 zien we een daling met 2,2% van het totale aantal verblijven, wat rekening houdend met de inkorting van de verblijfsduur overeenkomt met een daling met 11,0% van het aantal hospitalisatiedagen (van 596.185 in 2011 naar 530.776 in 2016).

[d] In 2016 betrof 55,3% van de gefactureerde groepssessies sessies voor 2 tot 5 deelneemsters (specifieke nomenclatuurcodes) terwijl 44,7% overeenstemt met sessies voor 6 tot 10 deelneemsters (specifieke nomenclatuurcodes).

Tabel 13 – Aantal verblijven, gemiddelde verblijfsduur en aantal hospitalisatiedagen

	2011	2016	Variatie 2011-2016
Aantal ziekenhuisverblijvens			
Voorbeelden:			
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1	16 794	16 551	-1,5%
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 2	6 748	7 676	+13,8%
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 1	64 832	55 895	-13,8%
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 2	30 197	33 824	+12,0%
Totaal (APR-DRG 540/541/542/560– ernst 1/2/3/4)	125 150	122 458	-2,2%
Aantal hospitalisatiedagen			
Voorbeelden:			
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1	95 779	83 149	-13,2%
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 2	47 607	47 542	-0,1%
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 1	264 461	204 714	-22,6%
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 2	138 432	138 413	-0,0%
Totaal (APR-DRG 540/541/542/560 – ernst 1/2/3/4)	596 185	530 776	-11,0%
Gemiddelde verblijfsduur (alle leeftijdsklassen)			
Voorbeelden:			
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1	5,70	5,02	-11,9%
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 2	7,05	6,19	-12,2%
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 1	4,08	3,66	-10,3%
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 2	4,58	4,09	-10,7%
Totaal (APR-DRG 540/541/542/560– ernst 1/2/3/4)	4,76	4,33	-9,0%

Bron: Van de Voorde et al. (2017)[10]. Voor meer details over de gebruikte concepten (APR-DRG en ernstniveaus): zie Kader 4 APR-DRG 540: Bevalling met keizersnede; APR-DRG 541: Vaginale bevalling met sterilisatie en/of dilatatie en curettage; APR-DRG 542: Vaginale bevalling met gecompliceerde procedure, met uitzondering van sterilisatie en dilatatie-curettage; APR-DRG 560: Vaginale bevalling.

De gemiddelde verblijfsduur voor een bevalling is tussen 2003 en 2014 gedaald van 5,0 naar 4,1 dagen voor vaginale bevallingen en van 7,8 naar 6,1 dagen voor de keizersnedes.[10] Deze dalende trend sluit aan bij andere landen, zelfs al blijft de gemiddelde verblijfsduur in België nog altijd hoger dan het gemiddelde in andere landen van de Europese Unie: de gemiddelde verblijfsduur na een normale bevalling (singleton, spontaan, vaginaal) is 3,1 dagen in België, terwijl het EU-15-gemiddelde 2,8 dagen is (gegevens 2016).[28]

In die context heeft de minister van Sociale zaken en van Volksgezondheid in februari 2016 een contract getekend met zes pilootprojecten rond het thema “bevalling met verkort ziekenhuisverblijf”. Het is waarschijnlijk dat dit beleid ter aanmoediging van een verkort ziekenhuisverblijf, samen met een financiering op basis van de gerechtvaardigde activiteit (berekend met gebruik van de gemiddelde nationale verblijfsduur) in de toekomst de waargenomen tendens naar verkorting van de ziekenhuisverblijfsduur voor een bevalling nog zal versterken.

Om rekening te houden met de verkorting van de verblijfsduur vastgesteld in de materniteit, gebruiken we de evolutie van de verblijfsduur bij een bevalling per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep (540, 541, 542 en 560). De gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep is gegeven, tot in 2025, door een projectiemodel[10] dat berust op de trendanalyse met de gegevens van 2003-2014, en daarna constant gehouden op het niveau van 2025 voor de jaren 2026-2041. Er wordt een schatting van het toekomstige aantal hospitalisatiedagen verkregen voor elke APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep door deze gemiddelde verblijfsduur te vermenigvuldigen met het voorspelde aantal ziekenhuisverblijven.

Tabel 14 geeft deze evolutie voor enkele APR-DRG-SOI-leeftijdsgroepen weer, alsook voor alle bevallingen. Men verwacht in 2041 een daling met 12,8% van het aantal hospitalisatiedagen gelinkt aan een bevalling in vergelijking met 2016. Ondanks een voorziene stijging van het aantal bevallingen (zie deel 5.3.1), resulteert de verkorting van de gemiddelde verblijfsduur in een daling van het totale aantal hospitalisatiedagen.

Tabel 14 – Gemiddelde verblijfsduur en aantal hospitalisatiedagen: projectie

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Baseline +, scenario A («ZA-G») en scenario B («Z-VV»).				
Gemiddelde verblijfsduur							
Voorbeelden:							
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1 – 25-34 jaar	5,7	5,0	4,4	4,0	4,0	4,0	4,0
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1 – 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	3,01	3,01	3,01
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 1 – 35-39 jaar	4,0	3,6	3,3	3,0	3,0	3,0	3,0
Aantal dagen							
Voorbeelden:							
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1 – 25-34 jaar	62 943	53 001	48 652	44 917	44 521	46 040	46 588
APR-DRG 540 (keizersnede) – ernst 1 – 35-39 jaar	17 307	17 575	18 204	18 617	18 153	17 804	17 990
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst1 – 25-34 jaar	181 649	144 163	123 795	107 545	106 596	110 232	111 543
APR-DRG 560 (vaginaal) – ernst 1 – 35-39 jaar	33 733	29 448	27 181	25 499	24 863	24 386	24 640
Total (APR-DRG 540/541/542/560 – ernst 1/2/3/4 – alle leeftijdsklassen)	596 185	530 776	488 039	452 345	449 632	457 068	462 640
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016			-8,1%	-14,8%	-15,3%	-13,9%	-12,8%

Gegevensbron 2011 en 2016 en projectie 2021: Van de Voorde et al. (2017)[10]; Projectie volgende jaren: KCE. Voor meer details over de gebruikte concepten (APR-DRG en ernstniveaus): zie Kader 4. APR-DRG 540: Bevalling met keizersnede; APR-DRG 541: Vaginale bevalling met sterilisatie en/of dilatatie en curettage; APR-DRG 542: Vaginale bevalling met gecompliceerde procedure, met uitzondering van sterilisatie en dilatatie-curettage; APR-DRG 560: Vaginale bevalling.

Die projecties worden gebruikt in scenario A ("ZA-G") en scenario B ("Z-VV"). De overstap naar scenario C ("A-VV") impliceert echter een verandering van organisatie van een ziekenhuisgecentreerd model naar een ambulantgecentreerd model. Dit vertaalt zich in een nog kortere verblijfsduur in de materniteit. In dit scenario formuleren we dus de hypothese dat voor de vaginale bevallingen (zonder gecompliceerde procedure, sterilisatie en dilatatie-curettage, APR-DRG 560) en de keizersnedes (APR-DRG 540) waarvan het ernstniveau lager ligt dan 3, de gemiddelde verblijfsduur evolueert als volgt:

- APR-DRG 560, SOI 1: gemiddelde verblijfsduur van 2 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
- APR-DRG 560, SOI 2: gemiddelde verblijfsduur van 2,5 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
- APR-DRG 540, SOI 1: gemiddelde verblijfsduur van 3 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
- APR-DRG 540, SOI 2: gemiddelde verblijfsduur van 4 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen

Deze hypothese is gelijkaardig aan die geformuleerd door Van de Voorde et al. (2017) en is conform aan de waargenomen data in het buitenland.[29, 30]

Voor de andere APR-DRG en de andere ernstniveaus, wordt de gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep gegeven, tot in 2025, door het projectiemodel[10] dat berust op de trendanalyse met de gegevens 2003-2014, en daarna constant gehouden op het niveau van 2025 voor de volgende jaren. Deze hypothese voor de kortere verblijfsduur vertaalt zich in een daling van het aantal hospitalisatiedagen, zoals geïllustreerd in Tabel 15.

Tabel 15 – Aantal hospitalisatiedagen: ambulantgecentreerd scenario

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Scenario C («A-VV»).				
Aantal hospitalisatiedagen							
Totaal (APR-DRG 540/541/542/560 – ernst 1/2/3/4 – alle leeftijdsklassen)	596 185	530 776	488 039	344 389	342 363	347 918	352 144
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016			-8,1%	-35,1%	-35,5%	-34,5%	-33,7%

Gegevensbron 2011 en 2016 en projectie 2021: Van de Voorde et al. (2017)[10]; Projectie volgende jaren: KCE; Projectie volgende jaren: KCE

Een daling van het totale aantal hospitalisatiedagen leidt niettemin niet tot een proportionele daling van de consumptie van de zorg verstrekt door de vroedvrouwen op de materniteitsafdelingen.

Eerst en vooral betreft slechts een deel van die zorgconsumptie de postnatale periode (die effectief daalt in deze hypothese). In werkelijkheid betreft een belangrijk aandeel van de zorgconsumptie de pre- en perinatale periode (zorg in het bevallingskwartier, zorg voor gehospitaliseerde zwangere vrouwen in de materniteit tijdens de prenatale periode bijvoorbeeld in het geval van een risicozwangerschap, enz.). We kunnen veronderstellen dat deze zorgconsumptie zich proportioneel verhoudt tot het aantal zwangerschappen of bevallingen, maar niet tot het aantal hospitalisatiedagen. Om dit in rekening te nemen, formuleren we de volgende hypothese: in 2016 houdt 60% van de zorgen verstrekt door de vroedvrouwen in het ziekenhuis verband met de ziekenhuisverblijven voor de opvolging en postpartum, terwijl 40% van de zorgen verstrekt door de vroedvrouwen in het ziekenhuis andere prestaties betreft (en zich dus proportioneel verhoudt tot het aantal ziekenhuisverblijven en niet tot het aantal hospitalisatiedagen). De verdeling van het gewicht van 40% en 60% wordt gestuurd door de verdelingsgegevens van het aantal en van de workforce van vroedvrouwen over de verschillende ziekenhuisafdelingen: 60,5% van de voltijdse equivalenten van vroedvrouwen in het ziekenhuis is actief op de niet-intensieve materniteit, terwijl 39,5% actief is in andere

milieus (intensieve materniteit, arbeidskamer, bevallingskwartier, neonatologie, enz.) (gegevens van het laatste trimester 2014).[8]

Ten tweede, zelfs voor het aandeel van de zorgconsumptie dat rechtstreeks verband houdt met de postpartum periode, impliceert een verkorting van de verblijfsduur geen proportionele daling van de zorgconsumptie. De zorgconsumptie is waarschijnlijk intenser tijdens de eerste dagen van het verblijf (zie deel 5.3.11). De verkorting van de verblijfsduur in de materniteit heeft geen invloed op de eerste dagen van het postpartum.

5.3.11 Werkintensiteit van de vroedvrouwen

Om rekening te houden met de grotere intensiteit van de zorgconsumptie tijdens de eerste dagen van het ziekenhuisverblijf, wegen we het aantal hospitalisatiedagen af met een correctiefactor. Daarvoor gebruiken we de gegevens van het Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés (PACHA) aangeleverd door het Département d'Economie de la Santé van de ULB. Die gegevens zijn gebaseerd op een registratie van de zorgprestaties omgezet in tijd in negen Belgische ziekenhuizen tussen 2008 en 2010 en betreffen uitsluitend vaginale bevallingen (APR-DRG 560) van ernstniveau 1, 2 of 3.[31] Hoewel imperfect, illustreren deze gegevens de relatieve intensiteit op vlak van uitgevoerde handelingen op de verschillende dagen van het ziekenhuisverblijf voor een bevalling (zie Tabel 16).

Tabel 16 – Gemiddelde duur van de zorgprestaties (in minuten)

	SOI1	SOI2	SOI3
Dag 1	155	140	172
Dag 2	129	144	156
Dag 3	92	97	118
Dag 4	84	86	108
Dag 5	77	82	105

Bron: Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique (PACHA)[31]

Op basis van die informatie, wegen we de verblijven af zoals voorgesteld in Tabel 17. Bij ontbreken van informatie omtrent het ernstniveau 4, wordt deze op dezelfde manier gewogen als ernstniveau 3. De resultaten van deze weging zijn weergegeven in Tabel 18.

Tabel 17 – Intensiteit van de zorgconsumptie in het ziekenhuis: wegingscoëfficiënt toegepast op de hospitalisatiedagen

	SOI1	SOI2	SOI3	SOI4
Verblijfsduur <3 dagen	284	284	328	328
Verblijfsduur <4 dagen	376	381	446	446
Verblijfsduur <5 dagen	459	468	554	554
verblijfsduur <6 dagen	537	550	660	660
Verblijfsduur ≥6 dagen	537 + 77 per dag vanaf de 6de dag	550 + 82 per dag vanaf de 6de dag	660 + 105 per dag vanaf de 6de dag	660 + 105 per dag vanaf de 6de dag

Tabel 18 – Toekomstige evolutie van de hospitalisatiedagen, gewogen voor de intensiteit van de zorgconsumptie

	2021	2026	2031	2036	2041
Toekomstige variatie ten opzichte van 2016	Baseline +, scenario A («ZA-G») en scenario B («Z-VV»).				
Aantal hospitalisatiedagen in postpartum (Tabel 14)	-8,1%	-14,8%	-15,3%	-13,9%	-12,8%
Aantal hospitalisatiedagen in postpartum (gewogen voor intensiteit)	-7,1%	-9,7%	-10,2%	-8,7%	-7,6%
	Scenario C («A-VV»)				
Aantal hospitalisatiedagen in postpartum (Tabel 15)	-8,1%	-35,1%	-35,5%	-34,5%	-33,7%
Aantal hospitalisatiedagen in postpartum (gewogen voor intensiteit)	-7,1%	-24,9%	-25,3%	-24,1%	-23,2%

5.3.12 *Ambulant postnataal*

De opvolgingsprestaties en postnatale zorgen, ambulant verstrekt aan moeder en kind door de vroedvrouwen, worden geïdentificeerd door de nomenclatuurcodes weergegeven in Bijlage 7 (Tabel 47). In 2016 werden die prestaties 302.470 keer gefactureerd (ofwel een stijging van 94,5% in vergelijking met 2011). In 2016 werd 67% van die prestaties (uitgezonderd complicaties) 6 dagen of meer na de bevalling gefactureerd. Dat percentage bedroeg 77% in 2011.

De consultaties door vroedvrouwen rond borstvoeding worden geïdentificeerd door de nomenclatuurcodes weergegeven in Bijlage 7 (Tabel 48). In 2016 werden die consultaties 50.094 keer gefactureerd (ofwel een stijging van 67,9% in vergelijking met 2011).

Tabel 19 – Ambulante postnatale prestaties

	2011	2016	Variatie 2011-2016
Totaal aantal consultaties voor opvolging en postnatale zorg	155 507	302 470	+94,5%
De dag van de bevalling (422796 ; 423791)	1 743	1 601	-8,1%
Tijdens de 1e en/of 2e en/of derde dag volgend op de bevalling (422774 ; 423776)	8 839	19 771	+123,7%
Tijdens de 4e dag volgend op de dag van de bevalling (422914 ; 422936)	9 578	36 830	+284,5%
Tijdens de 5e dag volgend op de dag van de bevalling (422951)	12 702	35 378	+178,5%
Vanaf de 6e dag van het postpartum (de bijkomende prestaties inbegrepen eens het maximum van 7 prestaties is bereikt)) (422435 ; 428492 ; 428514 ; 422450 ; 428654 ; 428676)	110 462	193 040	+74,8%
Voor complicaties (422472 ; 428691 ; 428713)	12 183	15 850	+30,1%
Totaal aantal consultaties rond borstvoeding	29 835	50 094	+67,9%
Eerste consultatie	13 368	24 510	+83,3%
Vervolgconsultatie	16 467	25 584	+55,4%

Bron: Econodat (https://www.besco.be/nl/producten/besco-portal/econodat); de getallen tussen haakjes geven de RIZIV-nomenclatuurcodes weer

Wat betreft de toekomstige evolutie, worden de volgende hypotheses geponeerd (zie Tabel 20):

- In Baseline+ (integratie van de contextuele factoren) houdt men ook rekening met de waargenomen verkorting van de verblijfsduur in de materniteit (zie deel 5.3.10). Die verkorting impliceert een stijging van de ambulante postnatale prestaties. Naar aanleiding van het elicitatieproces, formuleren we de hypothese dat de vrouwen gemiddeld genieten van één ambulante postnatale prestatie per dag tussen de dag waarop de materniteit wordt verlaten en de 5de dag van het postpartum. Dat betekent dat als de gemiddelde verblijfsduur voor een APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep tussen 4 en 5 dagen ligt, het gemiddelde aantal ambulante postnatale prestaties 1 zal zijn, indien de gemiddelde verblijfsduur voor een APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep tussen 3 en 4 dagen ligt, het gemiddelde aantal ambulante postnatale prestaties 2 zal zijn, enz. Wat betreft de ambulante postnatale prestaties vanaf de zesde dag van het postpartum, onderscheiden we de primiparen van de multiparen en poneren we de hypothese dat de primiparen vanaf 2021 gemiddeld van 4 ambulante postnatale prestaties zullen genieten, terwijl het gemiddelde voor de multiparen 2 zal zijn. Dit voorstel werd plausibel geacht door 88% van de deelnemers aan de elicitatievergadering.
- Die hypotheses worden ook gebruikt in scenario A (“ZA-G”) en B (“Z-VV”).
- De overstap naar scenario C (“A-VV”) impliceert een verandering van organisatie van een ziekenhuisgecentreerd model naar een ambulantgecentreerd model. In dat kader wordt de hypothese van één ambulante postnatale prestatie per dag tussen de dag waarop het ziekenhuis wordt verlaten en de 5de dag van het postpartum behouden. Binnen die hypothese, impliceert de grotere inkorting van de verblijfsduur in dit scenario een grotere stijging van het totale aantal postnatale prestaties tot de 5de dag van het postpartum. Wat betreft de ambulante postnatale prestaties vanaf de zesde dag van het postpartum, onderscheiden we de primiparen van de multiparen en poneren we de hypothese dat de primiparen vanaf 2021 gemiddeld van 7 ambulante postnatale prestaties zullen genieten, terwijl het gemiddelde voor de multiparen 4 zal zijn. Dit voorstel werd plausibel geacht door 88% van de deelnemers aan de elicitatievergadering.
- In alle scenario’s wordt het gemiddelde aantal opvolgingsprestaties en postnatale zorgen omwille van complicaties constant gehouden op het niveau van 2016 (gemiddeld 0,14 prestaties per bevalling) alsook het gemiddelde aantal consultaties rond borstvoeding (gemiddeld 0,44 prestaties per bevalling).

Tabel 20 – Gemiddeld aantal opvolgingsprestaties en postnatale zorgen: hypotheses

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Baseline+, Scenario A « ZA-G » en Scenario B « Z-VV »				
Gemiddeld aantal prestaties voor opvolging en postnatale zorg tot de 5de dag volgend op de dag van de bevalling	0,3	0,8	1/dag	1/dag	1/dag	1/dag	1/dag
Gemiddeld aantal prestaties voor opvolging en postnatale zorg vanaf de 6de dag van het postpartum (primiparen)	0,9	1,7	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Gemiddeld aantal prestaties voor opvolging en postnatale zorg vanaf de 6de dag van het postpartum (multiparen)			2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Gemiddeld aantal prestaties voor opvolging en postnatale zorg voor complicaties	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gemiddeld aantal consultaties rond borstvoeding	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
			Scenario C « A-VV »				
Gemiddeld aantal prestaties voor de opvolging en postnatale zorg tot de 5de dag volgend op de bevalling	0,3	0,8	1/dag	1/dag	1/dag	1/dag	1/dag
Gemiddeld aantal prestaties voor de opvolging en postnatale zorgen vanaf de 6de dag van het postpartum (primiparen)	0,9	1,7	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Gemiddeld aantal prestaties voor de opvolging en postnatale zorg vanaf de 6de dag van het postpartum (multiparen)			4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Gemiddeld aantal prestaties voor de opvolging en postnatale zorgen ten gevolge van complicatie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gemiddeld aantal consultaties rond borstvoeding	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

5.3.13 Coördinatietijd

Naar aanleiding van het elicitatieproces acht 100% van de deelnemers dat de ambulante administratieve taken eigenlijk 8 werkuren per week in beslag nemen. Om dit in rekening te nemen, verhogen we kunstmatig de duur van de individuele verloskundige consultaties en postnatale prestaties met 20%.

In de op de vroedvrouwen gerichte scenario's (scenario B ("Z-VV") en C ("A-VV")), stippelen de vroedvrouwen het volledige zorgtraject uit en zijn ze verantwoordelijk voor de coördinatie met de andere diensten. De administratieve taken zouden in 2041 10 uur per week in beslagnemen in een scenario waarbinnen de vroedvrouwen de coördinatie van de verschillende betrokkenen verzekeren, ofwel een relatieve stijging van 25%. We veronderstellen dat deze stijging lineair verloopt doorheen de tijd (Tabel 21).

Tabel 21 – Rekening houdend met de coördinatietijd: hypotheses

	2016	2021	2026	2031	2036	2041
Coördinatietaken		Baseline + en scenario A (« ZA-G »)				
Stijging van de duur van de prenatale en postnatale consultaties	20%	20%	20%	20%	20%	20%
		Scenarios B (« Z-VV ») en C (« A-VV »)				
Stijging van de duur van de prenatale en postnatale consultaties	20%	21%	22%	23%	24%	25%

5.3.14 Verdeelsleutel

Met behulp van de hierboven vermelde parameters en hypotheses, kunnen we de evolutie van de consumptie van de prestaties van de vroedvrouwen schatten in verschillende activiteitencategorieën (prenatale verloskunde, voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot het ouderschap, postpartum in het ziekenhuis, prestaties van vroedvrouwen in het ziekenhuis buiten het postpartum, ambulant postnataal) in Baseline+ en de drie alternatieve scenario's. Sommige (ambulante) consumpties echter worden gemeten in aantal prestaties (eventueel gewogen met hun duur) terwijl andere gemeten worden in hospitalisatiedagen of proportioneel worden geacht met het aantal bevallingen. Bepaalde (ambulante) consumpties worden echter gemeten in aantal prestaties (eventueel afgewogen met hun duur) terwijl andere worden gemeten in hospitalisatiedagen of worden verondersteld proportioneel te zijn met het aantal bevallingen. Terwijl het gebruik van verschillende meeteenheden geen probleem oplevert voor het inschatten van de evolutie van de consumptie binnen een activiteitentype, bemoeilijkt het wel de combinatie van verschillende activiteiten. Nu is het de evolutie van de globale consumptie die relevant is en zal in verband moeten worden gebracht met het aanbod van vroedvrouwen. We moeten dus een initiële verdeelsleutel vinden van de verschillende activiteiten. Deze verdeelsleutel, gekoppeld aan de geschatte evolutie van de consumptie van elk type prestatie, laat toe de globale evolutie van de consumptie te schatten.

Naar aanleiding van het elicitatieproces, achtte 94% van de deelnemers dat vandaag 80% van de prestaties van vroedvrouwen plaatsvindt in het ziekenhuis. Zoals vooraf vermeld (deel 5.3.10), veronderstellen we dat 60% van deze consumptie verband houdt met de hospitalisatiedagen voor opvolging van postpartum terwijl 40% andere prestaties betreft.

De consumptie van de ambulante prestaties van vroedvrouwen (20%) wordt verdeeld over de prenatale, voorbereidende en postnatale activiteiten, in functie van het totale aantal van die prestaties in 2016, gewogen voor de gemiddelde duur (in deel 5.3.6 voor de verloskundige prenatale activiteiten, in deel 5.3.9 voor de activiteiten ter voorbereiding op de geboorte en opleiding tot ouderschap, en geschat op 60 minuten voor de ambulante postnatale prestaties).

De oorspronkelijke verdeeldeelsleutel (2016) voor de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen wordt weergegeven in Tabel 22. Deze

parameter is een belangrijk element van het model dat de verkregen 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 van de vroedvrouwen van de Planningscommissie van het medisch aanbod zal onontbeerlijk zijn voor het gebruik van het voorgestelde model.

Tabel 22 – Verdeling van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen: hypothese

	2016
Prenataal	5,5%
Voorbereiding	2,7%
Ziekenhuis (postpartum)	48,0%
Ziekenhuis (andere)	32,0%
Postnataal (ambulatoir)	11,8%

5.4 Resultaten: verwachte variatie van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen

5.4.1 Baseline +: basisscenario's met contextuele elementen en inkorting van de verblijfsduur

In Baseline+, wordt rekening gehouden met de contextuele factoren (demografische evolutie, epidemiologische evolutie, evolutie van de socio-economische kwetsbaarheid) en de inkorting van de verblijfsduur in de materniteit per APR-DRG. Meer bepaald worden volgende hypotheses geponeerd:

- Het aantal vrouwen dat prestaties van vroedvrouwen zou kunnen consumeren, wordt geschat door het aantal ziekenhuisverblijven voor een bevalling. De evolutie wordt voorspeld met behulp van een trendanalyse[10] (Tabel 4).
- Het aandeel zwangerschappen met matig of hoog risico evolueert lineair op basis van de gegevens van 2010-2016, en wordt vanaf 2026 als constant beschouwd tot in 2041 (Tabel 5).
- De socio-economische kwetsbaarheid wordt geschat door het percentage van de bevolking dat leeft in een gezin waarvan het equivalente beschikbare inkomen lager ligt dan 60% van het nationale mediaan inkomen (armoedegrens). De toekomstige evolutie wordt geschat met behulp van een lineaire projectie op basis van de gegevens van 2003-2016, en wordt vanaf 2026 als constant beschouwd tot in 2041 (Tabel 6).
- De toekomstige evolutie van het aantal multiparen wordt geschat met behulp van een lineaire projectie op basis van de gegevens van 2010-2016 en wordt vanaf 2016 als constant beschouwd tot in 2041 (Tabel 7).
- Het gemiddelde aantal sessies ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap wordt met 1 opgetrokken in geval van socio-economische kwetsbaarheid in 2021 en met 2 vanaf 2026 (Tabel 12).
- De gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep is gegeven, tot in 2025, door een projectiemodel[10] dat steunt op de trendanalyse met de gegevens van 2003-2014, en daarna constant gehouden op het niveau van 2025 voor de jaren 2026-2041 (Tabel 14).
- Het gemiddelde aantal prestaties voor toezicht en ambulante postnatale zorgen bedraagt 1 prestatie per dag en per vrouw tussen de dag van 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 toezicht en ambulante postnatale zorgen 4 prestaties voor de multiparen en 2 prestaties voor de primiparen vanaf 2021 (Tabel 20).
- Het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties, het gemiddelde aantal consultaties ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap (zonder socio-economische kwetsbaarheid), het gemiddelde aantal prestaties voor toezicht en ambulante postnatale zorg omwille van complicaties en het gemiddelde aantal consultaties rond borstvoeding worden constant gehouden op het niveau van 2016.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, verwachten we tegen 2021 een stijging (in vergelijking met 2016, ofwel na 5 jaar) van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de prenatale opvolging met 7%, een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap met 25%, een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de ambulante postnatale opvolging met 65%, een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in het ziekenhuismilieu (buiten postpartum) van 2%, maar een daling van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de postpartum opvolging in het ziekenhuis met 7%. Rekening houdend met het relatieve gewicht van die verschillende activiteiten, verwachten we in het totaal een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 6% tussen 2016 en 2021 (Tabel 23).

Tabel 23 – Baseline+: verwachte variatie van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenataal	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)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Postnataal (ambulatoir)	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%**

5.4.2 Scenario A (ziekenhuis/ambulant – gynaecologen)

Bovenop de elementen waarmee “Baseline+” rekening houdt, houdt scenario A rekening met een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen bij de prenatale opvolging van laagrisico zwangerschappen.

We formuleren de hypothese dat, voor de laagrisico zwangerschappen, het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties in 2041 zal stijgen 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. In dat scenario wordt het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties per zwangerschap met gematigd of hoog risico constant gehouden op het niveau van 2016 (Tabel 9).

Het gemiddelde aantal individuele sessies ter voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot het ouderschap wordt naar 3 gebracht in 2041, terwijl het gemiddelde aantal groepsconsultaties ter voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot het ouderschap naar 0,90 wordt gebracht 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 in 2016 geobserveerde gemiddelde aantal en worden bereikt tegen 2041, behalve voor het gemiddelde aantal groepsconsultaties voor multiparen, dat constant wordt gehouden op 0,15 (Tabel 12).

De andere hypotheses zijn onveranderd gebleven in vergelijking met “Baseline+”.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, verwachten we een evolutie van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de ambulante postnatale opvolging in ziekenhuismilieu die gelijkaardig is aan de evolutie die we verwachten in “Baseline+”. Bovendien verwachten we een stijging tegen 2021 (in vergelijking met 2016, ofwel na 5 jaar) van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de prenatale opvolging met 9% en een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap met 90%. Rekening houdend met het relatieve gewicht van die verschillende activiteiten, verwachten we in het totaal een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 8% tussen 2016 en 2021. Binnen 10 jaar (tussen 2016 en 2026), verwachten we een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met iets meer dan 11% (Tabel 24).

Tabel 24 – Scenario A ("ZA-G"): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenataal	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)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Postnataal (ambulatoir)	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%**

5.4.3 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'. De 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.

We poneren dus de hypothese dat voor de zwangerschappen met laag risico, het gemiddelde aantal individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen in 2041 6 voor multiparen en 8 voor primiparen zal bedragen. We veronderstellen dat die doelstellingen van 6 en 8 consultaties exponentieel zullen stijgen vanaf het vandaag geobserveerde gemiddelde aantal en worden bereikt tegen 2041. Voor de zwangerschappen met gematigd of hoog risico, formuleert men de hypothese dat het gemiddelde aantal individuele verloskundige sessies (buiten de specifieke sessies voor hoogrisico zwangerschappen) door vroedvrouwen in 2041 1 (medische en psychosociale anamnese) zal bedragen, een aantal dat lineair zal stijgen vanaf het in 2016 geobserveerde gemiddelde aantal. Het gemiddelde aantal individuele verloskundige sessies specifiek voor hoogrisico zwangerschappen wordt constant gehouden op het niveau van 2016.

In scenario B stippelen de vroedvrouwen het volledige zorgtraject uit en zijn ze verantwoordelijk voor de coördinatie met de andere diensten. Naar aanleiding van het elicitatieproces, schatten we dat de ambulante administratieve taken nu 8 werkuren per week in beslagnemen. In 2041 zou dat 10 uur per week in beslag nemen in een scenario waarbinnen de vroedvrouwen de coördinatie van de verschillende betrokkenen verzekeren, ofwel een relatieve stijging van 25%. Om hiermee rekening te houden, verhogen we kunstmatig de duur van de individuele verloskundige consultaties en van de postnatale prestaties van 25% (Tabel 21).

De andere hypotheses zijn onveranderd gebleven in vergelijking met scenario A.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, verwachten we een evolutie van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap en van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in ziekenhuismilieu gelijkaardig aan de evolutie die we verwachten in scenario A. Bovendien verwachten we een stijging tegen 2021 (in vergelijking met 2016, ofwel na 5 jaar) van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de prenatale opvolging met iets meer dan 11% en een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de ambulante postnatale opvolging met ongeveer 66%. Rekening houdend met het relatieve gewicht van die verschillende activiteiten, verwachten we in het totaal een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 8% tussen 2016 en 2021. Binnen 10 jaar (tussen 2016 en 2026), verwachten we een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 12% (Tabel 25).

Tabel 25 – Scenario B ("Z-VV"): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenataal	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%	-9,7%	-10,2%	-8,7%	-7,6%
Ziekenhuis (andere)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Postnataal (ambulatoir)	11,8%	+66,3%	+75,2%	+75,6%	+79,9%	+83,6%
Totaal	**100,00%**	**+8,1%**	**+12,0%**	**+13,6%**	**+18,7%**	**+24,6%**

5.4.4 Scenario C (ambulant – vroedvrouwen)

De overstap van Scenario B naar Scenario C impliceert een verandering van organisatie van een ziekenhuisgecentreerd model naar een ambulantgecentreerd model. Dit vertaalt zich in een nog kortere verblijfsduur in de materniteit en een verhoogd gebruik van de ambulante postnatale prestaties.

In dit scenario formuleren we de hypothese van een verkorting van de gemiddelde verblijfsduur:

- APR-DRG 560, SOI 1: van 2 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
- APR-DRG 560, SOI 2: van 2,5 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
- APR-DRG 540, SOI 1: van 3 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen
- APR-DRG 540, SOI 2: van 4 dagen vanaf 2025 voor alle leeftijdsgroepen

Voor de andere APR-DRG en de andere ernstniveaus, wordt de gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep gegeven, tot in 2025, door het projectiemodel[10] dat berust op de trendanalyse met de gegevens van 2003-2014, en daarna constant gehouden op het niveau van 2025 voor de volgende jaren. Tabel 15 toont de impact van die hypotheses op het toekomstige aantal hospitalisatiedagen.

De inkorting van de verblijfsduur vergroot de nood aan ambulante postnatale opvolging door vroedvrouwen. In dat kader bedraagt het gemiddelde aantal opvolgingsprestaties en ambulante postnatale prestaties per dag tussen de dag waarop het ziekenhuis wordt verlaten en de 5de dag van het postpartum 1 prestatie per dag en per vrouw. Vanaf de zesde dag van het postpartum, bedraagt het gemiddelde aantal opvolgingsprestaties en postnatale prestaties 7 voor primiparen en 4 voor de multiparen, vanaf 2021 (Tabel 20).

De andere hypotheses zijn onveranderd gebleven in vergelijking met scenario B.

Rekening houdend met de hypotheses hierboven, verwachten we een evolutie van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de prenatale opvolging en van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap gelijkaardig aan de evolutie die we verwachten in scenario B. We verwachten een gelijkaardige daling tegen 2021 (in vergelijking met 2016, ofwel na 5 jaar) van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot postpartum opvolging in het ziekenhuis als die daling die we verwachten in scenario B, maar vanaf 2026 (horizon van 10 jaar), verwachten we een meer opvallende daling ten opzichte van scenario B. Bovendien verwachten we een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met betrekking tot de ambulante postnatale opvolging met 147% tussen 2016 en 2012 en met 182% tussen 2016 en 2026. Rekening houdend met het relatieve gewicht van die verschillende activiteiten, verwachten we in het totaal een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 18% tussen 2016 en 2021. Binnen 10 jaar (tussen 2016 en 2026), verwachten we een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 17% (Tabel 26). Dit wordt verklaard door een belangrijke verkorting van de verblijfsduur in de materniteit tussen 2016 en 2021 die de stijging van de activiteiten in de andere sectoren van de maïeutiek compenseert. Daarna stabiliseert de verkorting van de verblijfsduur en compenseert ze in mindere mate de andere activiteiten hetgeen resulteert in een stijging van de vraag in de verloksunde (Tabel 26).

Tabel 26 – Scenario C ("A-VV"): verwachte variatie van de consumptie in vergelijking met 2016

	Verdeling	2021	2026	2031	2036	2041
Prenataal	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)	32,0%	+2,0%	+3,3%	+2,7%	+4,4%	+5,7%
Postnataal (ambulatoir)	11,8%	+146,8%	+182,4%	+183,0%	+190,2%	+196,1%
Totaal	**100,00%**	**+17,6%**	**+17,4%**	**+19,0%**	**+24,3%**	**+30,4%**

5.5 Sensitiviteitsanalyse

5.5.1 Analyse op gewestelijk niveau

De hierboven voorgestelde resultaten stellen de impliciete hypothese dat de consumptiegraad van de prestaties van vroedvrouwen gelijkaardig evolueert in de drie gewesten van ons land. Hierna spreken wij deze hypothese tegen door een variatie te introduceren op gewestelijk vlak voor de volgende hypotheses:

- Het aantal vrouwen dat zou kunnen genieten van zorgen verstrekt door vroedvrouwen tijdens een gegeven jaar wordt geschat, *voor elk gewest,* door het aantal vrouwen dat is bevallen in het ziekenhuis gedurende dat jaar, waarbij de bevallingen worden geïdentificeerd in de Minimale Ziekenhuis Gegevens (ziekenhuisverblijven waarvoor een van de volgende APR-DRG-codes werden geregistreerd: 540, 541, 542, 560).
- De zwangerschappen met gematigd of hoog risico worden geïdentificeerd, *voor elk gewest*, op basis van de eerder beschreven risicofactoren. Een lineaire projectie van het percentage van zwangerschappen met gematigd of hoog risico (op basis van de gegevens van 2010-2016) is uitgevoerd, *voor elk gewest*.
- De socio-economische kwetsbaarheid wordt geschat met behulp van het risicopercentage op armoede berekend op basis van het equivalente inkomen, gemeten met de gegevens uit de Europese EU-SILC-enquête. Het gaat om het percentage van de bevolking *van elk gewest* dat leeft in een gezin waarvan het equivalente beschikbare inkomen lager ligt dan 60% van het nationale mediaan inkomen (armoedegrens). Een lineaire projectie van dat percentage (op basis van de gegevens van 2003-2016) is uitgevoerd, *voor elk gewest*.
- Het aandeel multiparen onder de zwangerschappen van een gegeven jaar wordt geschat op basis van de gegevens van het CEpiP voor het Waalse en Brussels Hoofdstedelijk Gewest en van het SPE voor Vlaanderen. De toekomstige evolutie van het aandeel multiparen wordt geschat, *voor elk gewest,* met behulp van een lineaire projectie op basis van de gegevens van 2010-2016 voor het Waalse en Brussels Hoofdstedelijk Gewest en van 2008-2016 voor Vlaanderen.
- De gemiddelde verblijfsduur per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep is gegeven, tot in 2025, *voor elk gewest,* door het projectiemodel[10] dat berust op de trendanalyse met de gegevens van 2003-2014.

Tabel 27 geeft de evolutie weer van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen in vergelijking met het niveau in 2016, in de drie gewesten van het land, volgens de verschillende gebruikte scenario's.

Tabel 27 – 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 Baseline+ verwacht men tegen 2021 een stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 6% in Vlaanderen, 7% in Wallonië en 9% in Brussel in vergelijking met 2016 (horizon van 5 jaar). In het verst van het huidige model verwijderde scenario (scenario C), bedragen die verwachte stijgingen 18% in Vlaanderen, 19% in Wallonië en 20% in Brussel tussen 2016 en 2021. In alle scenario's verwachten we een grotere stijging van de vraag in Brussel in vergelijking met de andere gewesten, en dat verschil wordt nog groter naarmate de tijd vordert.

5.5.2 Voorspellingsintervallen

Wanneer historische gegevens beschikbaar waren zijn we voor sommige parameters uitgegaan van een toekomstige evolutie in een rechte lijn.[e] Hoe verder in de tijd, hoe hoger echter de onzekerheidsgraad van deze projecties (zie Figuur 13). Dit is vooral het geval wanneer de schatting van de toekomstige waarde van sommige parameters berust op korte tijdsreeksen, die soms beduidend korter zijn dan de projectieperiode. In deze specifieke situaties werden de lineaire projecties beperkt tot een periode van 10 jaar (2016 tot 2026). De cijferwaarden en de percentages die we voor 2026 verkregen, werden vervolgens als constant beschouwd tussen 2026 en 2041. Deze voorzorgsmaatregel is noodzakelijk om op langere termijn onwaarschijnlijke projecties te voorkomen die een gevolg zijn van een projectieperiode die langer is dan die van de historische gegevens. Bij wijze van illustratie tonen Tabel 28 en Figuur 13 de onder en bovengrenzen van een 95% voorspellingsinterval als lineaire projecties zouden worden uitgevoerd over een tijdshorizon van 25 jaar voor de parameters medische risico's, socio-economische kwetsbaarheid en pariteit.

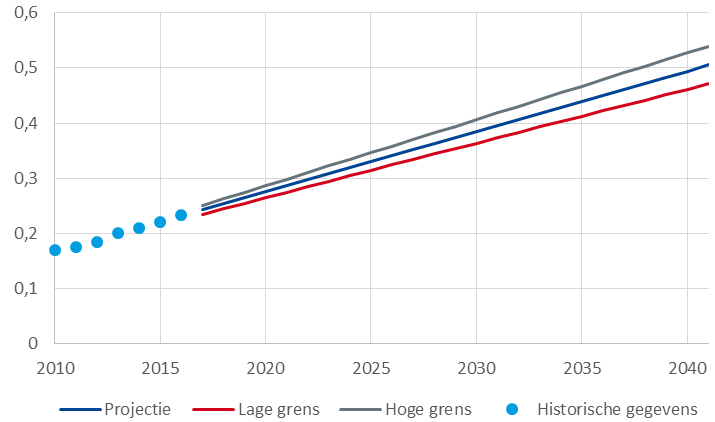
De verhoogde aanwezigheid van medische risicofactoren zorgt voor de neiging om de toekomstige consumptie van de prestaties van vroedvrouwen te beperken (omdat de scenario's een grotere betrokkenheid van vroedvrouwen veronderstellen bij zwangerschappen met laag risico). Ook kan de stijging van het aandeel multipare zwangerschappen de toekomstige consumptie van de prestaties van vroedvrouwen beperken. Maar een stijging van de socio-economische kwetsbaarheid zal de toekomstige consumptie van de prestaties van vroedvrouwen verhogen (aangezien de scenario's veronderstellen dat die kwetsbare vrouwen meer en langere prestaties nodig hebben).

Ter illustratie toont Tabel 29 de resultaten van het kwantificatiemodel van de impact van de alternatieve scenario's op de consumptie, onder de vorm van twee hypotheses. Een eerste (meest conservatieve) hypothese veronderstelt dat de medische risico's en de pariteit in de toekomst evolueren volgens de hoge grens weergegeven in Tabel 28, terwijl de socio-economische kwetsbaarheid in de toekomst evolueert volgens de lage grens. Een tweede (minst conservatieve) hypothese veronderstelt dat de medische risico's en de pariteit in de toekomst evolueren volgens de lage grens terwijl de socio-economische kwetsbaarheid in de toekomst evolueert volgens de hoge grens.

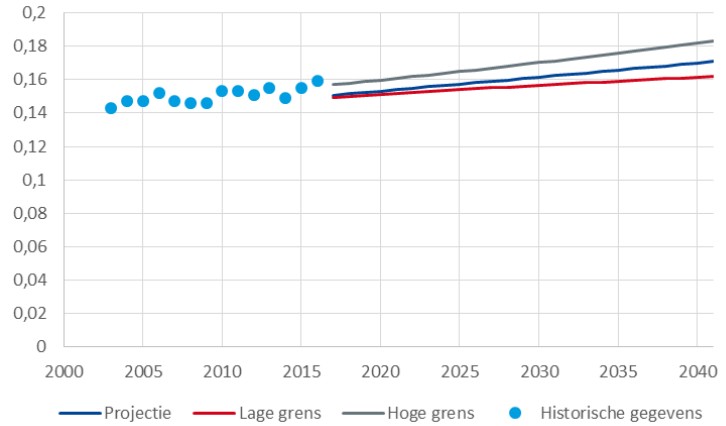
[e] Voorspellingintervallen zijn berekend voor de parameters die lineair worden geprojecteerd op basis van historische gegevens. Dergelijke voorspellingsintervallen zijn niet berekend voor parameters die onderworpen zijn aan een complexere trendanalyse (zoals het aantal verblijven per APR-DRG-SOI-leeftijdsgroep). Dergelijke voorspellingsintervallen werden ook niet berekend voor de parameters waarvan de waarden werden bepaald door het elicitatieproces, hoewel deze mogelijkheid werd overwogen. Het hoge aantal te schatten parameters en de complexiteit van de te beheersen statistische concepten maakten de oefening echter onmogelijk in het kader van een enkele workshop.

Figuur 13 – Lineaire projecties en voorspellingsintervallen

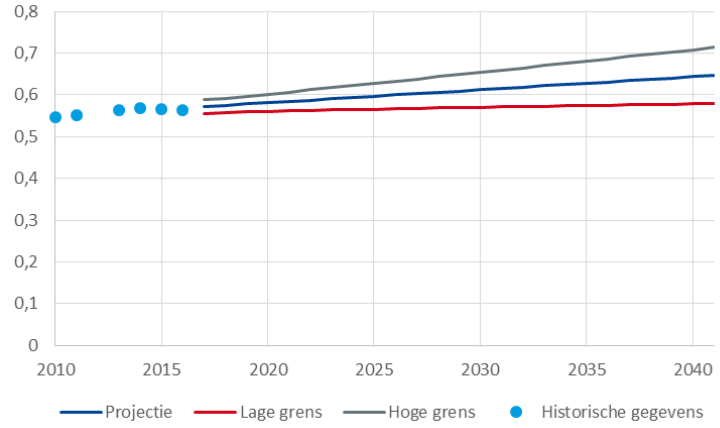
(a) Percentage zwangerschappen met matig tot hoog risico



(b) Aandeel van de bevolking die in een gezin woont waarvan het beschikbare inkomen onder de armoedegrens ligt



(c) Aandeel multipare zwangerschappen



Opmerking: de lineaire projecties en de voorspellingsintervallen rond deze projecties werden berekend met behulp van de software SPSS 25®

Tabel 28 – Lineaire projecties en voorspellingsintervallen

	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
			Projecties (lineair)				
Percentage zwangerschappen met een matig tot hoog risico (Tabel 5)	17,5%	23,3%	**28,7%**	**34,1%**	**39,6%**	**45,1%**	**50,5%**
Ondergrens			27,5%	34,1%	37,3%	42,2%	47,1%
Bovengrens			29,8%	35,8%	41,8%	47,9%	53,9%
Proportie van de bevolking die leeft in een gezin waar het beschikbare inkomen onder de armoedegrens ligt (Tabel 6)	15,3%	15,9%	**16,0%**	**16,4%**	**16,8%**	**17,1%**	**17,5%**
Ondergrens			15,2%	15,5%	15,7%	16,0%	16,2%
Bovengrens			16,8%	17,4%	17,9%	18,5%	19,1%
Aandeel multipare bevallingen (Tabel 7)	55,2%	56,3%	**58,4%**	**60,0%**	**61,5%**	**63,1%**	**64,6%**
Ondergrens			56,2%	56,7%	57,1%	57,5%	57,9%
Bovengrens			60,7%	63,3%	65,9%	68,6%	71,3%

De lineaire projecties en hun voorspellingsintervallen werden berekend met behulp van de software SPSS 25®

Tabel 29 – 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%

5.6 Bijkomende alternatieve hypotheses

Sommige parameters uit de narratieve beschrijvingen van de scenario's konden niet worden opgenomen in het model hierboven (Figuur 10). Hun kwantificatie was niet mogelijk omwille van verschillende redenen: eerst en vooral het ontbreken van overtuigende data (*hard data*) in de administratieve databanken verhinderde de inschatting van hun omvang en evolutie; ten tweede het ontbreken van bewijs in de literatuur over de impact van die parameters op de consumptie en ten derde het ontbreken van voldoende ervaring inzake deze parameters in de dagelijkse praktijk van de Belgische verloskunde. Daarom werden deze parameters niet opgenomen in het model dat de toekomstige evolutie schat van de consumptie, maar werden ze hierna gedetailleerd.

5.6.1 Uitbreiding van het activiteitenveld van de vroedvrouwen

De uitbreiding van het competentieveld van de vroedvrouwen wordt bekeken, volgens verschillende intensiteiten, in elk scenario. Maar een dergelijke evolutie vraagt tijd. In 2006 werden de competenties van de vroedvrouwen al uitgebreid tot bekkenbodemtraining, echografieën en het voorschrijven van geneesmiddelen (Wet van 13 december 2006 met diverse gezondheidsvoorschriften).[32] Enkel die laatste competentie was het voorwerp van een Koninklijk Besluit waardoor de organisatie in de praktijk mogelijk werd. Twaalf jaar later hebben de Koninklijke besluiten om de bekkenbodemtraining en de echografieën mogelijk te maken nog altijd het licht niet gezien.

Alle scenario's voorzien een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen bij het postpartum, met inbegrip van hun interventie bij bekkenbodemtraining. Het is vandaag onmogelijk te voorspellen wanneer de voorschriften van de Wet van 2006 zullen worden omgezet in uitvoerende Koninklijke besluiten. Bovendien, wanneer de praktijk van bekkenbodemtraining wettelijk toegankelijk zal zijn voor vroedvrouwen, wordt de specifieke plaats die de vroedvrouwen zullen innemen ten opzichte van de kinesitherapeuten in dat precieze activiteitendomein, onbekend. De impact van die parameter op de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen kan dus niet worden bepaald binnen een vooraf gedefinieerde tijdspanne.

Scenario's B ("Z-VV") en C ("A-VV") voorzien de mogelijkheid voor de vroedvrouwen om echografieën uit te voeren. Net als voor de bekkenbodemtraining, zijn de publicatiedatum van de wetteksten en de specifieke plaats die de vroedvrouwen zullen innemen ten opzichte van de gynaecologen niet bekend binnen een vooraf gedefinieerde tijdspanne. Het is dus onmogelijk de impact in te schatten van de uitvoering van echografieën door vroedvrouwen op de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen.

Scenario C ("A-VV") voorziet de invoering van een preconceptuele consultatie uitgevoerd door de vroedvrouwen. We weten echter niet of de invoering van een dergelijke maatregel politiek op de agenda staat, zowel op federaal niveau als op niveau van de deelstaten. De vorm, het doelpubliek en het aantal consultaties zijn vandaag allemaal onbekende elementen. Het lijkt dus voorbarig om deze parameter op te nemen in het model dat dit alternatieve scenario kwantificeert.

5.6.2 Stijging van de aanpak gecentreerd op de patiënt en zijn entourage

De maatschappelijke evolutie neigt naar de ontwikkeling van zorgsystemen die meer gericht zijn op de patiënt. Dat type aanpak ('patient-centered care') omvat 8 dimensies: 1) het respect voor de waarden, voorkeuren en noden van de patiënt; 2) informeren en opvoeden; 3) toegang tot de zorg; 4) emotionele ondersteuning binnen het kader van het omgaan met angst en nervositeit; 5) de betrokkenheid van de familie en vrienden; 6) de continuïteit en de veiligheid van de overstap tussen de gezondheidsdiensten; 7) fysiek comfort en 8) de zorgcoördinatie.[33]

De principes van de patiëntgecentreerde aanpak werden in de praktijk van de vroedvrouwen vooral toegepast via 'Centering pregnancy' en 'One-to-one care' (zie glossarium).

De implementatie van dit type aanpak bestaat nog niet in België. Enkel een pilootproject rond 'Centering pregnancy' werd ontwikkeld door het RIZIV (zie Kader 5). De resultaten worden verwacht tegen 2020. De human resources nodig voor dat type aanpak worden gemeten en kunnen worden ingevoerd in scenario C ("A-VV"). Het zal echter noodzakelijk zijn zich te bevragen over

het penetratiepercentage van de 'Centering pregnancy' in vergelijking met de andere modellen, zoals de 'one-to-one care'.

De 'one-to one care' impliceert de aanwezigheid van dezelfde vroedvrouw (of van hetzelfde duo vroedvrouwen) gedurende het volledige proces, van de prenatale periode tot de postnatale opvolging. Sinds 2014 wordt dit model aanbevolen in het Verenigd Koninkrijk voor de perinatale aanpak in alle NHS-ziekenhuizen.[34] Die aanbeveling is gebaseerd op het feit dat de 'one-to-one care' de waarschijnlijkheid verhoogt dat een vrouw vaginaal bevalt zonder interventie en zou bijdragen tot een daling van de werkduur, het aantal bevallingen waarbij instrumenten nodig zijn en het aantal keizersnedes. Sinds 2011 wordt een 'one-to-one care' aanpak voorgesteld aan de vrouwen vanaf de prenatale periode tot het postpartum. Dat type gepersonaliseerde aanpak wordt aangeboden door een privébedrijf dat werkzaam is in Essex en het noordwesten van Engeland (One to One (North West) Ltd).[35] De vrouwen worden gedurende het volledige parcours gevolgd door hetzelfde duo vroedvrouwen. Dit bedrijf heeft een akkoord getekend met de NHS om de bevallingen in de NHS-ziekenhuizen te mogen uitvoeren. De bevallingen worden uitgevoerd door minstens een van de leden van het duo van vroedvrouwen. De mogelijkheid om thuis te bevallen wordt ook aangeboden. Het voorbeeld van het Verenigd Koninkrijk illustreert de vele mogelijkheden voor de invoering van de 'one-to-one care'. Dit type aanpak is beperkt tot enkele initiatieven in België. De algemene toepassing, al was het maar voor de intrapartum-zorgen, is niet voorzien op middellange termijn. De impact op de noodzakelijke human resources, voornamelijk in het ziekenhuis, is onbekend.

Kader 5 – Project Born in Brussels

In Brussel is tussen 2005 en 2010 25% van de kinderen geboren in een gezin dat leeft onder de armoedegrens.[36] Op basis van die vaststelling heeft het RIZIV, in samenwerking met de VUB, het project **'Born in Brussels'** gelanceerd. Dit project ontvouwt zich in 3 opeenvolgende fases. De eerste fase bestaat uit de uitwerking van een netwerk om de actoren op het terrein, die kwetsbare zwangere vrouwen kunnen helpen, te organiseren en coördineren. De opzet van dat netwerk zal worden aangevuld met de ontwikkeling van een tool om potentiële kwetsbaarheden op te sporen. De bedoeling van de tweede fase is het uitwerken van een traject om te beantwoorden aan de specifieke noden van elke zwangere vrouw. Dat traject zal specifieke en geïndividualiseerde interventies omvatten die bovenop het standaard zorgtraject komen. Ten slotte zal de 'Centering Pregnancy' worden getest als een zorgmodel dat het in het voorgaande deel van het project ontwikkelde traject kan implementeren.

5.6.3 Evolutie van de kenmerken en de aspiraties van de bevolking

De migratiestromen kunnen een invloed hebben op de leeftijdspiramide van de bevolking, op de vruchtbaarheid en het geboortecijfer. De toekomstige omvang van die stromen is ruimschoots onbekend. De potentiële impact op de nood aan vroedvrouwen werd aangekaart door de deelnemers aan de workshops. De onzekerheidsgraad is echter erg groot, zowel wat betreft het schatten van de omvang van de migratiestromen als het voorspellen van de impact op de door vroedvrouwen verstrekte zorgen. Daarom werd geen enkele kwantificatiepoging ondernomen om rekening te houden met de potentiële migratiestromen. Hetzelfde geldt voor de impact van de normen en waarden van de bevolking, beïnvloed door ieders culturele erfgoed.

Scenario C ("A-VV") overweegt de mogelijkheid van een stijging van het aantal bevallingen buiten de klassieke materniteiten (geboortehuizen in of buiten de ziekenhuizen). De aansluiting van de bevolking bij dit type aanpak is onbekend. Het betreft enkel de fysiologische bevallingen zonder epidurale verdoving. In 2016 betrof epidurale verdoving 75,7%, 80,2% en 70,2% van de vaginale bevallingen, respectievelijk in Brussel, Wallonië en Vlaanderen.[20]

5.6.4 Evolutie van de aanpak van het postpartum

In alle scenario's overweegt men een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen bij het postpartum thuis. Dit kan leiden tot een nood aan ondersteunende professionals, zoals kraamhulpen Die bestaan al in Vlaanderen, maar verlenen hun diensten aan slechts 13% van de moeders in 2013.[37] Hun competentieveld houdt verband met het niet-medische deel van de postpartum thuiszorg, met inbegrip van hulp en ondersteuning op vlak van hygiëne, het huishouden, het psychosociale welzijn van de mama, de boreling en het gezin.

De impact van de aanwezigheid van kraamhulp op de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen tijdens het postpartum blijft onduidelijk, omwille van twee redenen. Ten eerste omdat het samenwerkingsnetwerk tussen de kraamhelpsters en de vroedvrouwen nog niet bestaat. Ten tweede omdat de taken bestemd voor de kraamhelpsters volledig losstaan van de diensten die de vroedvrouwen aanbieden. In het geval van een algemene invoering van de kraamhelpsters in het postnatale parcours, zou er dus geen enkele vervanging zijn van activiteit van de vroedvrouwen door activiteit van kraamhelpsters, maar eerder een verbetering van de aanpak van de postnatale periode thuis door een bijkomende dienstverlening van de kraamhelpsters.

5.6.5 Evolutie van de mobiliteit

Een rem op de ontwikkeling van scenario C ("A-VV") zou de verkeersdrukte kunnen zijn. Mobiliteitsproblemen zouden ervoor kunnen zorgen dat dit scenario heel wat human resources vereist (de tijd besteed aan de verplaatsingen resulteert in een grotere nood aan fysieke personen om de vereiste voltijdse equivalenten te verzekeren). Vandaag kunnen we de impact van de mobiliteit op de nood aan human resources van vroedvrouwen niet schatten.

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

6.1 Inleiding

Het planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen gebruikt door de Planningscommissie levert een schatting van de dichtheid van vroedvrouwen aangepast aan de relatieve consumptie door de bevolking (zie deel 1.2). Dit model legt een verband tussen de vraag vanuit de bevolking en het aanbod, bepaald door het aantal gezondheidsprofessionals. Het aanbod wordt gemeten in VTE op basis van een stock & flow aanpak (zie details in deel 1.2). In de basisscenario's (zie deel 6.2.1) zijn de voorspellingen gemaakt met een "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden".

Het in de toekomst dominante zorgorganisatiemodel zal niet alleen een impact hebben op de vraag (zie deel 5), maar ook op het aanbod. Er werden drie mogelijke zorgorganisatiemodellen overwogen voor de toekomst, geïllustreerd door de drie narratieve scenario's A, B en C. Afhankelijk van of de toekomstige zorgorganisatie gecentreerd wordt op ambulante zorg of ziekenhuisgecentreerde zorg, verwacht men een verschil te zien in het voornaamste professioneel statuut van de vroedvrouwen.

De uitwerking van de alternatieve scenario's voor het basisscenario gebruikt door de Planningscommissie zal rekening houden met dit aspect. In het wiskundige model gebruikt voor de planning van de workforce van vroedvrouwen, beïnvloedt dit element de verdeling van de professionals binnen de verschillende professionele activiteitensectoren en professionele statuten (parameter 6 van het wiskundige model),[9] zie ook Figuur 14 en Tabel 33 in bijlage. De hierna voorgestelde alternatieve scenario's suggereren dus een aanpassing van die verdeling, op basis van de verdeling waargenomen in 2016. Daarna kan de Planningscommissie een schatting leveren van de impact van de eigenschappen van elk scenario op de workforce, uitgedrukt in fysieke personen en voltijdse equivalenten, en

daarna op de dichtheid van vroedvrouwen aangepast aan de relatieve consumptie door de bevolking.

Kader 6 – Verdeling volgens de activiteitensector en professioneel statuut

"In deze stap verdelen we de geprojecteerde stocks van actieve vroedvrouwen over 4 categorieën, volgens de verschillende sectoren en op basis van het professioneel statuut:

- Actief in de gezondheidszorg met werknemersstatuut (Werkn. in GZ)
- Actief in de gezondheidszorg met zelfstandigenstatuut (Zelfst. in GZ)
- Actief in de gezondheidszorg met gemengd statuut (Gem. in GZ)
- Actief buiten de gezondheidszorg (Niet in GZ)"

Bron: Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen (2018)[9]

6.2 Methode

6.2.1 Basisscenario's

In de basisscenario's gebruikt door de Planningscommissie wordt de verdeling volgens de activiteitensector en professioneel statuut (Sector repartition rate) niet stabiel verondersteld in de loop van de tijd. De verdeling evolueert inderdaad sinds 2014 omwille van twee elementen:

- De vroedvrouwen afgestudeerd na 1 oktober 2018 mogen geen verpleegkundige activiteiten meer uitoefenen buiten de domeinen specifiek bepaald voor vroedvrouwen. Hiermee wordt op de volgende manier rekening gehouden: het aantal vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg met werknemersstatuut blijft stabiel vanaf 2020. De groep gepensioneerden die het beroep verlaat, wordt vervangen door een groep jong afgestudeerden. Het eventuele overschot wordt verdeeld over de drie andere activiteitensectoren (1/3 met gemengd statuut actief in de gezondheidzorg, 1/3 zelfstandigenstatuut actief in de gezondheidzorg, 1/3 actief buiten de gezondheidszorg). Deze verdeling impliceert dat de gezondheidszorgsector het eventuele overschot van nieuwe afgestudeerden kan absorberen.
- De geleidelijke toename van de wettelijke pensioenleeftijd vanaf 2025 (66 jaar) en 2030 (67 jaar). De geleidelijke toename van de wettelijke pensioenleeftijd werd toegepast op de leeftijdscategorie 65-69 jaar door de verdelingspercentages van de leeftijdscategorieën 60-64 jaar en 65-69 jaar te combineren. Om een extra werkjaar weer te geven vanaf 2025 (ofwel de stock 2029), zijn de verdelingspercentages gelijk aan 1/5 van de leeftijdscategorie 60-64 jaar en 4/5 van de leeftijdscategorie 65-69 jaar. Vanaf 2030 (ofwel vanaf de stock 2034), 2/5 van de leeftijdscategorie 60-64 jaar en 3/5 van de leeftijdscategorie 65-69 jaar geven twee extra jaren beroepsuitoefening weer. De Planningscommissie heeft de hypothese geformuleerd dat de professionals uniform verdeeld zullen zijn in elke leeftijdscategorie van 5 jaar.

Kader 7 – Projectiemethode van de verdeling volgens de activiteitensector en het professionele statuut (basisscenario's)

"Projectiemethode: Toepassing van de situatie in 2014 en tegelijkertijd rekening houdend met het feit dat vanaf 01/10/2018 gediplomeerde vroedvrouwen niet langer verpleegkundige activiteiten mogen uitvoeren buiten de domeinen specifiek bepaald voor vroedvrouwen, en rekening houdend met de geleidelijke toename van de pensioenleeftijd vanaf 2025 (66 jaar) en 2030 (67 jaar). Dit is toegepast vanaf 2020."

Bron: Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen (2018)[9]

6.2.2 Alternatieve scenario's

De alternatieve scenario's maken het mogelijk de evolutie van het verdelingspercentage aan te passen en zo rekening te houden met de factoren die verband houden met de zorgorganisatiemodellen. Die elementen vloeien voort uit de drie vooraf opgestelde narratieve scenario's A, B en C. Tabel 30 vergelijkt de voornaamste eigenschappen van die drie mogelijke toekomstvisies die een impact hebben op het aanbod van vroedvrouwen.

Tabel 30 – Narratieve scenario's: eigenschappen in verband met het aanbod van vroedvrouwen

	Scenario A (« ZA – G »)	Scenario B (« Z – VV »)	Scenario C (« A – VV »)
Professioneel statuut	Zelfstandige VV [●] + VV werknemers [●●●]	VV werknemers [●●●]	Zelfstandige VV [●●●] + VV werknemers [●●]
Nood aan bijkomende opleiding voor de VV	Status quo	Verlenging van de duur van de opleiding of niveau Master	Master Niveau

***ZA-G**: Scenario gecentreerd op de gynaecologen (ziekenhuis en ambulant); **Z-VV**: Ziekenhuisgecentreerd scenario met een eerstelijn voornamelijk verzekerd door de vroedvrouwen; **A-VV**: Ambulantgecentreerd scenario met een eerstelijn voornamelijk verzekerd door de vroedvrouwen; **VV**: vroedvrouwen; [●]: lage intensiteit, [●●]: gematigde intensiteit of [●●●]: hoge intensiteit.*

We formuleren de hypothese dat het percentage vroedvrouwen actief buiten de gezondheidszorg niet rechtstreeks beïnvloed wordt door het zorgorganisatiemodel. Dat percentage wordt dus identiek gehouden aan dat geschat in de basisscenario's, onafhankelijk van het gebruikte zorgorganisatiemodel. Te noteren is dat in de basisscenario's, en dus in alle alternatieve scenario's, dat percentage schommelt in de toekomst omwille van het in rekening nemen van de geleidelijke toename van de wettelijke pensioenleeftijd.

Bij de vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg, wordt een schatting van de plausibele waarden van de verdelingspercentages in de toekomst (tussen de statuten werknemer, zelfstandig en gecombineerd) in de verschillende scenario's verkregen via het elicitatieproces beschreven in sectie 5.2.4.

6.3 Resultaten

Tijdens de eerste fase van het elicitatieproces (online enquête), hebben 7 en 10 respondenten een verdelingspercentage voorgesteld, respectievelijk voor scenario B ("Z-VV") en voor scenario C ("A-VV"). De resultaten zijn weergegeven in Tabel 31.

Tabel 31 – Verdeling volgens het statuut (vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg): resultaten van de online enquête

	Scenario B (« Z-VV ») binnen 25 jaar (N=7)				Scenario C (« A-VV ») binnen 25 jaar (N=10)			
	Min	Max	Ge-middeld	Me-diaan	Min	Max	Ge-middeld	Me-diaan
Aandeel werknemers	50%	90%	74%	75%	20%	83%	56%	55%
Aandeel zelfstandigen	7%	25%	14%	12%	12%	60%	28%	28%
Aandeel gemengd statuut	3%	40%	13%	5%	5%	35%	16%	13%

Op die basis, na discussie tijdens de elicitatievergadering, werden de verdelingspercentages weergegeven in Tabel 32 voorgesteld en gevalideerd door 94% van de deelnemers. Te noteren is dat zelfs in het ziekenhuisgecentreerde scenario B het voorgestelde aandeel werknemers lager ligt dan het huidige aandeel. In een dergelijk scenario zou de gemiddelde duur van een ziekenhuisverblijf inderdaad moeten blijven dalen in de toekomst, wat resulteert in een geleidelijke heroriëntatie van een deel van de vroedvrouwen naar andere activiteitensectoren, waar het gemengde en zelfstandige statuut naast elkaar bestaan. Zoals te verwachten, is die beweging nog meer uitgesproken in het ambulantgecentreerde scenario C.

Tabel 32 – Verdeling volgens het statuut (vroedvrouwen actief in de gezondheidszorg): hypotheses

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

6.4 Bijkomende alternatieve hypotheses

Scenario B ("Z-VV") en scenario C ("A-VV") voorzien een grotere praktijkautonomie voor de vroedvrouwen. Volgens de belanghebbende partijen betrokken bij elke stap van het onderzoek, vereist deze grotere autonomie onvermijdelijk een versterking en uitbreiding van de opleiding, om meer competenties te verwerven in de autonome verloskundige praktijk en in organisatie- en coördinatievaardigheden. Terwijl scenario B ("Z-VV") voorziet de opleiding uit te breiden (zelfs te verlengen), voorziet scenario C ("A-VV") een opleiding van toekomstige vroedvrouwen op Master-niveau. Ter vergelijking bieden Nederland en het Verenigd Koninkrijk een universitaire opleiding aan vroedvrouwen van wie de praktijk veel autonomer is dan in België.[8]

De promotie van een dagelijkse praktijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (Evidence based practice) werd ook onderlijnd door de deelnemers van het project. Volgens hen moet de opleiding in Evidence based practice worden versterkt ofwel binnen het kader van de huidige opleiding (van ongelijke duur naargelang de talengemeenschap) ofwel door bijkomende opleidingsmodules in te voeren.

In het wiskundige model gebruikt door de Planningscommissie voor de projectie van de workforce van de vroedvrouwen, zou een verlenging van de opleidingsduur een tijdelijke impact hebben op het aantal afgestudeerden (parameter 1 van het wiskundige model[9], zie ook Figuur 14 en Tabel 33 in bijlage), omdat tijdens de overgangsperiode naar een langer opleidingssysteem erg weinig studenten zouden afstuderen. Het is ook waarschijnlijk dat een kwalificatie als Master de aantrekkingskracht van het beroep van vroedvrouw zou veranderen (aantal inschrijvingen in de opleiding), maar mogelijks ook het aantal geslaagden per studiejaar. Die elementen zullen samen het aantal afgestudeerden bepalen.

7 DISCUSSIE

Van de basisscenario's naar de alternatieve scenario's

De Planningscommissie Medisch aanbod binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is verantwoordelijk voor het modelleren van de medische beroepsbevolking. Ze kwantificeert de effectieven en de workforce van de gezondheidszorgprofessionals, en hun toekomstige evolutie. Het projectiemodel van de workforce van vroedvrouwen (basisscenario's) is volledig gebaseerd op een analyse van de historische trends in een context van "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden". Het model legt een verband tussen de vraag van de bevolking en het aanbod, bepaald door het aantal gezondheidsprofessionals. De basisscenario's leveren een projectie van de dichtheid van vroedvrouwen (in effectieven en in VTE) per 10 000 vrouwen op vruchtbare leeftijd in een context van "ongewijzigd beleid en onder dezelfde omstandigheden".

De toekomstvoorspellingen van dit model houden geen rekening met de mogelijke, waarschijnlijke of plausibele afwijkingen van deze historische trends. Met de ontwikkeling van alternatieve scenario's wil men een beter inzicht krijgen in de toekomstige vraag en aanbod binnen de vroedkunde, daarbij rekening houdend met technologische, economische, omgevings, politieke, sociale en ethische invloeden.

Met een prospectieve analyse (of horizon scanning) kunnen dergelijke alternatieve scenario's worden ontwikkeld. Het huidige rapport bevat een horizon scanning voor het beroep van vroedvrouw, scenario's als alternatief voor de basisscenario's en een kwantificatie van de impact van deze scenario's.

De historische trend van de inkorting van de gemiddelde verblijfsduur bij een bevalling werd echter tot op vandaag niet opgenomen in de basisscenario's van de Planningscommissie. Dit belangrijk gegeven moest worden toegevoegd, vooraleer alternatieve scenario's konden worden ontwikkeld. Bovendien werden tijdens de identificatie van de potentiële factoren waarmee in de toekomstscenario's rekening moest worden gehouden, drie factoren erkend als contextuele factoren, onafhankelijk van de zorgorganisatie, die een min of meer grote invloed kunnen hebben op het

aanbod van en de vraag naar vroedvrouwen: de socio-economische kwetsbaarheid van zwangere vrouwen, de aanwezigheid van medische risico's en de evolutie van het gezondheidszorgbudget. Die factoren werden toegevoegd aan de basisscenario's.

Al deze factoren zullen een impact hebben op de consumptie van verloskundige prestaties van vroedvrouwen (prenatale opvolging, voorbereiding op de geboorte, opvolging van het postpartum, postnatale opvolging, ambulant en in het ziekenhuis). Rekening houdend met het relatieve gewicht van die verschillende activiteiten, verwacht men **een totale stijging van de consumptie van de prestaties van vroedvrouwen met 6% tussen 2016 en 2021 (10% tussen 2016 en 2041).**

Voor de alternatieve scenario's werd vetrokken vanuit Baseline+. De horizon scanning techniek resulteerde in drie alternatieve toekomstscenario's: een scenario dat aansluit bij de huidige situatie, waarbij de zorg voornamelijk wordt verleend door gynaecologen, maar waarbij een grotere betrokkenheid van vroedvrouwen voor zwangerschappen zonder complicaties [scenario A ("ZA-G")] mogelijk is, een scenario gebaseerd op een ziekenhuisgecentreerde aanpak, vooral verzekerd door vroedvrouwen [scenario B ("Z-VV")] en een ambulantgecentreerd scenario voornamelijk verzekerd door vroedvrouwen [scenario C ("A-VV")]. Naargelang het scenario zou de vraag naar vroedvrouwen voor verloskundige zorg in België stijgen met 7,9% [scenario A ("ZA-G")] tot 17,6% [scenario C ("A-VV")] op 5 jaar tijd (2016-2021) en met 11,4% tot 17,4% op 10 jaar tijd (2016-2026). Die evolutie zou erg verschillen naargelang het gewest. Terwijl de verwachte vraag naar vroedvrouwen voor verloskundige zorg in Brussel +16,9% tot +23,0% zou bedragen op 10 jaar tijd, zou die veel minder hoog liggen in de twee andere gewesten van het land (tussen +8,7 en +16,2% in Vlaanderen en tussen +12,3 en +18,3% in Wallonië). Die grotere groei in Brussel houdt verband met een grotere stijging van het geboortecijfer dan in de rest van het land. De verwachte stijging van het aantal bevallingen tussen 2016 en 2041 in België is 5,7%, terwijl die in Brussel 17,9% voor dezelfde periode bedraagt.

De scenario's in dit rapport hebben wel slechts betrekking op de verloskundige activiteit van de vroedvrouwen. Vroedvrouwen verlenen ook in andere zorgsectoren zorg zoals op neonatologie en bij medisch ondersteunde voortplanting. Daarnaast zijn ze ook buiten de zorgsector actief. In 2014 werkte 11,4% van de ziekenhuisvroedvrouwen op een afdeling neonatologie en 7,5% op een ziekenhuisafdeling die geen verband houdt met de geboorte, waaronder afdelingen voor medisch ondersteunde voortplanting. Het exacte aantal vroedvrouwen dat dit soort activiteiten uitoefent is vandaag niet gekend. Wel weten we dat 20,8% van de vroedvrouwen in 2014 actief was buiten de gezondheidssector. In die categorie vinden we onder andere vroedvrouwen in onderwijs en onderzoek. De Planningscommissie heeft voor deze laatste categorie projecties uitgevoerd tot in 2039.[9]

Het toekomstige zorgmodel zal zeker ook een impact hebben op het tewerkstellingsstatuut van vroedvrouwen (werknemer, zelfstandig of gemengd). We verwachten dat een ziekenhuisgecentreerd verloskundig model vooral zou berusten op een loontrekkende workforce, terwijl een ambulant gecentreerd model zou leiden tot een stijging van het aandeel zelfstandige vroedvrouwen, in hoofd- of in bijberoep (gemengd statuut werknemer- zelfstandige).

Sommige parameters uit de alternatieve scenario's konden niet worden opgenomen in het model hierboven omwille van het ontbreken van overtuigende data in de administratieve databanken, het ontbreken van bewijs in de literatuur over de impact van die parameters op de consumptie en het ontbreken van voldoende ervaring met deze parameters in de dagelijkse Belgische praktijk. Daarom kon de impact van deze parameters niet worden gekwantificeerd. Er werd niettemin een gedetailleerde beschrijving gegeven van hun potentiële impact, zodat ze in de toekomst kunnen worden opgenomen in het wiskundige model. Voor de vraag gaat het om de volgende parameters: de uitbreiding van het competentiedomein van vroedvrouwen, de toename van de benadering gericht op de patiënt en zijn omgeving, de evolutie van de kenmerken en de aspiraties van de bevolking, van de postpartumzorg en van mobiliteit (zie deel 5.6). Voor het aanbod gaat het om de volgende parameters: de verlenging van de opleidingsduur van de vroedvrouwen en de invoering van de Evidence based practice via permanente vorming (zie deel 6.4).

Het verdelingspercentage binnen de verschillende verloskundige sectoren van vroedvrouwen

De verloskundige activiteit van de vroedvrouwen werd bestudeerd op basis van verschillende categorieën: prenatale opvolging, voorbereiding op de geboorte en opvoeding tot het ouderschap, ambulante aanpak van het postpartum, de ziekenhuisactiviteit gelinkt aan het onmiddellijke postpartum en in de andere sectoren. Als we rekening willen houden met al die activiteiten om de zorgvraag te evalueren, moeten we ze optellen. Terwijl de consumptie van ambulante zorgen wordt gemeten in aantal prestaties (eventueel gewogen met hun duur), wordt de ziekenhuiszorg gemeten in hospitalisatiedagen of worden hij geacht 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 activiteitentype, bemoeilijkt het wel de combinatie van verschillende activiteiten. Nu is het de evolutie van de globale consumptie die relevant is en deze zal in verband moeten worden gebracht met het aanbod van vroedvrouwen. We moeten dus een initiële verdeelsleutel vinden van de activiteit van de vroedvrouwen tussen de activiteitencategorieën. Deze verdeelsleutel, gekoppeld aan de geschatte evolutie van de consumptie van elk type prestatie, laat toe de globale evolutie van de consumptie te schatten. We hebben deze verdeelsleutel opgebouwd met behulp van data uit de Minimale Ziekenhuis Gegevens en gegevens van het RIZIV, maar ook dankzij het elicitatieproces wanneer de twee databanken het ons niet toelieten de verdeling van de consumptie tussen de verschillende activiteitentypes van de vroedvrouwen exact te bepalen.[8] Gezien het belang echter van deze verdeelsleutel voor de volgende stappen, moeten de gestelde hypotheses worden gevalideerd dankzij de beschikbare gegevens, het uitvoeren van enquêtes op het terrein en/of dankzij de expertise van de werkgroep van de vroedvrouwen van de Planningscommissie. Bovendien zal een regelmatige monitoring nodig zijn om de werkhypotheses periodiek te herevalueren.

Tijdens deze herevaluatie kan een elicitatieproces volgens de SHELF (SHeffield ELicitation Framework)[38] methode worden toegepast. Met deze methode kunnen de grenzen van de onzekerheid rond de waarden van de elicitatie worden bepaald. In deze studie hebben we echter niet de tijd gehad om deze methode volledig toe te passen.

Waarschijnlijkheid van de scenario's

De toekomstvisies die door de scenario's worden weergegeven, zijn verschillend, maar allemaal worden ze gekenmerkt door een grotere betrokkenheid van de vroedvrouwen in de materniteit, van de prenatale fase tot de postnatale fase (die langer of korter kan zijn), vooral dan bij zwangere vrouwen met een laag risico op complicaties. Die grotere betrokkenheid gaat gepaard met een stijging van de praktijkautonomie, waarvan de omvang afhangt van het gekozen scenario. De waarschijnlijkheid van elk scenario is afhankelijk van de tijdshorizon alsook van heel wat andere factoren, waaronder de politieke wil om de zorg voor zwangere vrouwen te herorganiseren, de neiging van het systeem om sneller een ambulante richting in te slaan en het voorbehouden van de toegang tot specialisten voor klinische risicosituaties. Binnen een kleiner tijdsbestek (5 tot 10 jaar), is scenario A ("ZA-G") het meest waarschijnlijke. Bij een ruimer tijdsbestek (20 tot 25 jaar), lijken de twee andere scenario's het meest waarschijnlijk. Die volgen namelijk een internationale trend naar een meer patiëntgerichte aanpak door professionals uit de eerstelijnszorg (vroedvrouwen en huisartsen). De WGO beveelt trouwens dat type aanpak aan, en benadrukt tegelijk het belang van de vereisten die noodzakelijk zijn voor een overstap naar een zorgmodel gefocust op vroedvrouwen: evaluatie van de noden aan en het aanbod van vroedvrouwen, zorgcontinuïteit, evaluatie van de werkdruk om uitputting van de professionals te vermijden en aanpassing van de rol en de wettelijke verantwoordelijkheden van de vroedvrouwen tegenover die van andere professionals (gynaecologen en huisartsen).[39] Dergelijke aanpassingen aan de dagelijkse praktijk vereisen over het algemeen enkele jaren tijd.

Om de scenario's te ontwikkelen werden vooral de voorstellen van experts in de verloskunde in België gehoord en geanalyseerd. Het valt niet uit te sluiten dat een groep van andere experts andere scenario's zou hebben uitgewerkt. De beperkte deelname van de gynaecologen aan het proces (ondanks herhaaldelijke uitnodigingen) heeft waarschijnlijk een invloed gehad op de voorgestelde vormen van aanpak voor de toekomst. Daarom moet dit type oefening regelmatige worden gemonitord om na te gaan of de pistes voor de toekomst waarschijnlijk blijven in het licht van de wettelijke, contextuele, epidemiologische, sociale en wetenschappelijke evoluties.

Desondanks konden we dankzij deze oefening reflecteren over het onderwerp met een verscheidenheid aan stakeholders uit verschillende sectoren, in plaats van louter uit de verloskunde. De reflectie in deze studie gaat verder dan de vraag naar de human ressources in de gezondheidszorg en diept ook de kwestie van de toekomstige organisatie van de zorg voor moeder en kind uit. Deze strategische positionering hangt af van politieke keuzes. Als de verschillende scenario's voorgelegd waren geweest aan de beleidsmakers en de gebruikers van het gezondheidssysteem, hadden we de plausibiliteit van de scenario's nauwkeuriger kunnen analyseren. We hadden dan eventueel enkele correcties kunnen aanbrengen om bijvoorbeeld rekening te houden met het behouden van de zorgtoegankelijkheid en het vermijden van geneeskunde met 2 snelheden bij het overschakelen van het ene alternatieve scenario naar het andere.

Deze kritische analyse zou vooral rekening moeten houden met het behoud of de verbetering van de gezondheidsresultaten van moeder en kind. Als het huidige systeem leidt tot een laag neonataal en perinataal sterftecijfer, zou de keuze van het toekomstscenario de volgende gezondheidsresultaten moeten verbeteren: keizersnede, medicijngebruik bevalling, episiotomie, vaginale bevalling na keizersnede, aantal prenatale consulten voor zwangerschappen met laag risico en aantal toxoplasmose-testen tijdens de zwangerschap (zie KCE-verslagen over systeemprestaties van Belgian Health, https://kce.fgov.be/fr).

Waarschijnlijkheid van de projecties

De kwaliteit van de projecties van het aanbod van en de vraag naar vroedvrouwen hangt af van verschillende factoren:

- De kwaliteit van de gebruikte gegevens om de kwantificatieparameters van de scenario's te meten.

  Een groot aantal parameters is gemeten met behulp van gegevens uit de administratieve databanken. De kwaliteit van de registrering in die databanken is dus van cruciaal belang voor de projecties. Wanneer geen enkel gegeven beschikbaar was in de bestaande administratieve databanken of in wetenschappelijke (Belgische en internationale) publicaties, was het noodzakelijk beroep te doen op een elicitatieproces. Dat proces berust volledig op de mening van de bevraagde experts. De kwaliteit van de resultaten hangt dus af van de capaciteit van de bevraagde experts om op de toekomst te anticiperen. Een regelmatige monitoring van die parameters is dus noodzakelijk om zich te verzekeren van de exactheid van de schattingen. In de toekomst zou een prospectieve inzameling van de ontbrekende gegevens kunnen worden overwogen om de parameters in kwestie op een betrouwbaardere manier te kwantificeren.

- De kans van het gebruik van proxy's

  We hebben beroep gedaan op proxy's, voornamelijk bij het meten van de contextuele factoren van Baseline+. Ter herinnering, die contextuele factoren zijn de volgende: de evolutie van het beschikbare gezondheidszorgbudget, de druk uitgeoefend door de risicofactoren (gezondheidstoestand en medische antecedenten van de zwangere vrouw) en de socio-economische kwetsbaarheid van de gezinnen.

  Terwijl bepaalde medische risicofactoren in verband met de zwangerschap makkelijk te meten zijn (bijv. leeftijd < 18 jaar of > 40 jaar), werd de aanwezigheid van comorbiditeit aangegeven door de consumptie van bepaalde geneesmiddelen in de 21 maanden voor de bevalling, de facturatie van minstens één individuele verloskundige sessie specifiek voor risicozwangerschappen tijdens de 280 dagen voorafgaand aan de bevalling of de vereiste aanwezigheid van de pediater bij de bevalling. Het gebruik van deze proxy's laat niet toe alle risicozwangerschappen op een exhaustieve manier op te sporen. Verloskundige comorbiditeiten (verloskundige antecedenten) of risico's gelinkt aan genetische factoren kunnen inderdaad niet worden geïdentificeerd met behulp van de vermelde proxy's. Het totale aandeel zwangerschappen met gematigd of hoog risico dat niet werd geïdentificeerd door onze proxy's is niet gekend.

  Bovendien kan de aanpak van de socio-economische kwetsbaarheid van de zwangere vrouw een erg verschillende professionele ondersteuning vereisen in functie van de aard van de kwetsbaarheid in kwestie. De psychosociale kwetsbaarheid vereist een langere aanpak voor de vroedvrouwen (of de psychologen) terwijl sociale of economische problemen naar andere professionals worden doorverwezen voor bijkomende steun, zoals sociale assistenten of medisch-sociale werkers (deze vaststelling werd gerapporteerd door de deelnemers aan de verschillen stadia van dit rapport).

De socio-economische kwetsbaarheid wordt geschat met behulp van het armoederisicopercentage, met name het percentage van de bevolking dat leeft in een gezin waarvan het beschikbare inkomen lager ligt dan 60% van het nationale mediaan inkomen. Er zouden echter andere schattingsmethodes voor de socio-economische kwetsbaarheid kunnen gekozen worden, bijvoorbeeld de toegang tot het recht op hogere tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering voor de terugbetaling van medische onkosten (consultaties, geneesmiddelen, ziekenhuis, enz.). De personen die genieten van deze maatregel zijn de begunstigden van sociale uitkeringen van het OCMW, personen met een specifiek statuut (weduwen, wezen, invaliden, eenoudergezinnen, enz.) in zoverre hun inkomen lager ligt dan een bepaald wettelijk bepaald plafond. In dat geval wordt de socio-economische kwetsbaarheid geschat door het aandeel begunstigden van deze verhoogde tegemoetkoming onder de zwangere vrouwen in een gegeven jaar. De toekomstige evolutie zou worden geschat op basis van een projectie van het percentage van begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming uitgevoerd door het Planbureau.[40] Die gegevens laten ons toe het groeipercentage te berekenen van het aantal vrouwen van 20 tot 49 jaar die van deze maatregel genieten tot in 2025. We zouden dat groeipercentage toepassen op het percentage (laagrisico[f]) zwangeren die genieten van de verhoogde tegemoetkoming in 2016 om een projectie van de graad van kwetsbaarheid te bekomen tot in 2025. Daarna zouden we dit constant houden tot in 2041. Op te merken is dat de projecties van het percentage van begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming een imperfecte benadering zijn van de socio-economische kwetsbaarheid. Dat percentage kan inderdaad beïnvloed worden door de wetswijzigingen inzake toegang tot het recht op verhoogde tegemoetkoming alsook door wijzigingen in de bevolkingsstructuur. Daarom werd een projectie van het armoederisicopercentage gebruikt. Jammer genoeg was het onmogelijk dit percentage te berekenen voor de doelgroep. Onze schattingen zijn gebaseerd op een projectie van het armoederisicopercentage voor de algemene bevolking en per gewest. Tot slot, de impact van het gebruik van de armoedegraad of het aandeel van zwangere vrouwen met toegang tot het recht op de verhoogde tegemoetkoming op de projectie van de vraag naar vroedvrouwen blijft beperkt (bijvoorbeeld de groei van de consumptie binnen 10 jaar bedraagt in Baseline+ 7,1% wanneer we het armoederisicopercentage gebruiken, terwijl die 7,5% zou bedragen indien we de toegang tot het recht op de verhoogde tegemoetkoming zouden gebruiken).

De waarschijnlijkheid van de werkhypotheses

- Bij de opbouw van het model moesten heel wat hypotheses worden geponeerd. Het model berust bijvoorbeeld op een impliciete hypothese volgens dewelke de elementen van de niet-verloskundige activiteit van de vroedvrouwen stabiel worden verondersteld in de loop van de tijd. Die hypothese lijkt plausibel voor activiteiten in verband met onderwijs en onderzoek, maar is voorwerp van omzichtigheid voor andere activiteiten in verband met medisch ondersteunde voortplanting of neonatologie. Die activiteiten betreffen echter een beperkt aandeel van de bevolking en zouden een kleine impact moeten hebben op de globale vraag naar vroedvrouwen. Opnieuw moet een regelmatige monitoring van de evolutie van die activiteiten het mogelijk maken aanpassingen uit te voeren indien nodig.

[f] Omwille van redenen van beschikbaarheid van de gegevens, kunnen we dit aandeel enkel meten bij vrouwen die in een gegevens jaar zijn bevallen (door de nomenclatuur geïdentificeerde bevallingen) die geen risicofactoren vertonen in verband met leeftijd of aanwezigheid van comorbiditeit (zie deel 5.3.2).

- De modelleringstechniek

  De projectie van de toekomstige vraag berust op de modellering van de toekomstige waarde van een groot aantal parameters. De fouten in de schatting van elke parameter cumuleren en kunnen het eindresultaat in meerdere of mindere mate beïnvloeden.

- De tijdshorizon van de projecties
  - De Planningscommissie wenst schattingen te maken over een periode van 25 jaar. De onzekerheidsgraad van de projecties is hoger naarmate de tijd verstrijkt. Dit geldt nog meer gezien de schatting van de toekomstige waarde van bepaalde parameters berust op korte tijdsseries, soms ruim lager dan de totale periode van de projectie (zie Figuur 12).
  - De projectie van de daling van de verblijfsduur in de materniteit per APR-DRG is enkel beschikbaar voor de komende 10 jaar. We hebben de hypothese van een stabilisering voorgesteld vanaf 2025, resulterend in een vertraging van de evolutie van de consumptie van de door vroedvrouwen verstrekte zorgen vanaf 2026.
  - Voor sommige parameters, zoals het aandeel risicozwangerschappen (matig tot hoog), het aandeel vrouwen onder de armoedegrens en de evolutie van de multipariteit, werd de voorkeur gegeven aan een lineaire evolutie voor de projecties. op korte termijn (2026), terwijl voor de langetermijnprojecties (van 2026 tot 2041) werd gekozen voor een stabilisatie van het niveau vastgesteld na 10 jaar. Als de lineaire projectie tot 2041 zou zijn voortgezet (d.w.z. binnen 25 jaar), zou één zwangere vrouw op twee een risicovolle zwangerschap hebben en zou meer dan 64% van de vrouwen multipaar zijn. Deze hypothesen lijken onwaarschijnlijk en laten de beperkingen zien van het gebruik van consumptiegegevens om epidemiologische projecties op zeer lange termijn te maken.

8 CONCLUSIE

Elke HR-planner in de gezondheidszorg stelt zich vragen over de toekomst van de organisatie van de gezondheidszorg. Bij projecties van historische gegevens gaat men ervan uit dat deze worden gerealiseerd binnen een stabiel gezondheidszorgsysteem, en binnen een constant en dus onveranderd beleid. Uiteraard stelt de planner stelt zich ook vragen over mogelijke variaties in de toekomst. De uitwerking van alternatieve scenario's heeft dan ook zeker een meerwaarde, om de besluitvorming te verduidelijken m.b.t. de op te leiden gezondheidszorgprofessionals, zodat aan de toekomstige vraag kan worden voldaan.

Welke methode moet de voorkeur krijgen om tot betrouwbare resultaten te komen? Deze vraag is al een tiental jaren voorwerp van discussie in de literatuur.[41] Een comparatieve analyse van de buitenlandse ervaringen[12-16, 18] geeft aan dat het gecombineerde gebruik van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens nuttig kan zijn voor de uitwerking van alternatieve scenario's.

Bij onze horizon scanning oefening (of prospectieve analyse) bespraken we Baseline+, dat de basisscenario's van de Planningscommissie verrijkt door contextuele factoren (medische risico's, socio-economische kwetsbaarheid, gezondheidszorgbudget) en de verkorting van de verblijfsduur per APR-DRG erin op te nemen. Deze contextuele factoren doen de vraag naar vroedvrouwen voor de verloskundige zorg toenemen met 7,1% naargelang de hypothese, tijdens de periode 2016-2026. Met de drie alternatieve scenario's kunnen plausibele varianten voor het huidige zorgorganisatiemodel worden meegenomen. Deze kunnen zich ontwikkelen in een min of meer nabije toekomst: van een scenario dat erg lijkt op het huidige ziekenhuisgecentreerde model, waarbinnen de specialisten (gynaecologen) de hoofdrol spelen (met inbegrip van zwangerschappen en bevallingen zonder complicaties) tot een erg verschillend scenario, gericht op ambulant verstrekte diensten door eerstelijnsprofessionals (vroedvrouwen en huisartsen) waarbij risicovrouwen worden doorverwezen naar specialisten. Op Belgisch niveau wordt geschat dat tussen 2016 en 2026 de vraag naar verloskundige zorg door vroedvrouwen zal toenemen met 11,4% tot 17,4%, naargelang het scenario en de onderliggende hypotheses.

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%). De Baseline+ houdt daarbij rekening met de verkorting van de verblijfsduur die leidt tot een vermindering van de postnatale activiteiten in het ziekenhuis met 4,6% (zie Tabel 23). Als men van Baseline+ naar scenario A gaat, stijgen de activiteiten van vroedvrouwen met 11,4% tussen 2016 en 2026. Deze stijging komt vooral door de toename van de activiteiten rond 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 24). Indien men van scenario A naar scenario B overgaat, heeft dit slechts een geringe impact op de stijging van de activiteiten door vroedvrouwen. Er is slechts een heel minieme stijging van de activiteiten rond de prenatale en postnatale zorg (+0,3% tussen de 2 scenario's voor elke activiteit) (zie Tabel 25). In scenario C is er een stijging van de vraag naar activiteiten 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 26).

Het statuut van vroedvrouwen (in loondienst, als zelfstandige of gemengd) zal ook worden beïnvloed door het dominante zorgmodel in de toekomst. Een ziekenhuis-gecentreerd model van verloskundige zorg zal voornamelijk een personeelsbestand in loondienst hebben terwijl een ambulant model een toename zou betekenen van het aandeel zelfstandige vroedvrouwen.

De identificatie van de contextuele factoren en de ontwikkeling van alternatieve scenario's en hun kwantificatie berusten op een *bottom-up* aanpak die een grotere waarschijnlijkheid van de stichtende hypotheses van het projectiemodel van de vraag verzekeren. Het kwalitatieve aspect van de aanpak vertoont echter enkele limieten; daarom vereist die een regelmatige monitoring van de hypotheses en van de evaluaties door de betrokken experts. Op die manier kunnen eventuele aanpassingen worden gedaan als de voorspellingen afwijken van de realiteit. De betrokkenheid van de experts van het terrein en van de vertegenwoordigers van hun professionele verenigingen is een groot voordeel geweest en een onontkoombare kracht in het hele onderzoeksproces. Ten slotte is deze methodologische aanpak gemakkelijk reproduceerbaar, om het planmodel van de andere gezondheidsberoepen te verrijken.

De resultaten van deze synthese zijn beperkt tot een studie van de evolutie van een aantal parameters van het projectiemodel van het aanbod en de vraag naar vroedvrouwen van de Planningscommissie. 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 leden van 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 vroedvrouwen 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. 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

9. Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle. Scénarios de base de l'évolution de la force de travail « Sages-femmes » 2014-2039. Bruxelles: DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2018. Available from: www.health.belgium.be/hwf

10. 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

11. Miermans P, Vivet V, Delvaux A, Jouck P, Mimilidis H, Steinberg P, et al. HWF Scénarios de base de l'évolution de la force de travail « médecins » 2012-2037 [Web page]. Service Professions de santé et pratique professionnelle – DG Soins de santé - SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;2016 [updated 19/07/2016; cited 18/02/2019]. Available from: https://5199.f2w.fedict.be/sites/default/files/documents/1._introduction_scenarios_de_base_medecins.pdf

12. 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.

13. Griffin R, Cawley J, Sines D. A strategic review of the future healthcare workforce - Informing the maternity workforce. London: Centre for Workforce Intelligence; 2013.

14. The Centre for Workforce Intelligence. Future Midwifery Workforce Projections - Starting the discussion. London: Centre for Workforce Intelligence; 2013.

15. 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

16. 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

17. Crettenden IF, McCarty MV, Fenech BJ, Heywood T, Taitz MC, Tudman S. How evidence-based workforce planning in Australia is informing policy development in the retention and distribution of the health workforce. Hum Resour Health. 2014;12:7.

18. 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

19. OECD. Schooling for tomorrow knowledge base : what are scenarios? [Web page]. Available from: https://www.oecd.org/site/schoolingfortomorrowknowledgebase/futuresthinking/scenarios/whatarescenarios.htm

20. Van Leeuw V, Debauche C, Daelemans C, Debiève F, Leroy C. Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2016. Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2018.

21. Leroy C, Debauche C, Daelemans C, Debiève F, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2016. Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2018.

22. Devlieger R, Martens E, Martens G, Van Mol C, Cammu H. Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2016. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie; 2017.

23. Statbel. Naissances et fécondité [Web page].2018. Available from: https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#documents

24. Bureau Fédéral du Plan. Perspectives de population 2017-2070. 2018.

25. 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

26. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari M, Carville S, Dworzynski K, et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 30/06/2015. KCE Reports 248 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248_assessments_and_test_during_pregnancy_Report_0.pdf

27. IWEPS. Taux de risque de pauvreté [Web page].2018. Available from: https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete/

28. OECD. OECD Health Statistics 2018 [Web page]. [updated 8 November 2018; cited 22 November 2018]. Available from: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

29. Texas Health and Human Services Commission. Length of stay for hospital inpatient services by APR-DRG [Web page].2017.

30. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUPnet). Free Health Care Data and Statistics. 2017.

31. Pirson M, Delo C, Martins D, Leclercq P. Evaluation du coût de l'accouchement: perspective hospitalière. Gunaikeia. 2012;17(9):21-6.

32. Loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé - MB 22/12/2006,

33. Davis K, Schoenbaum S, Audet A. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. J Gen Intern Med. 2005 20(10):953–7.

34. NICE. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014 Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190

35. One to one [Web page]. [cited 24/01/2019]. Available from: http://www.onetoonemidwives.org/

36. Sow M, Judith Racape J, Schoenborn C, De Spiegelaere M. Is the socioeconomic status of immigrant mothers in Brussels relevant to predict their risk of adverse pregnancy outcomes? BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18:422.

37. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). : 2014. Reports 232

38. O'Hagan T. SHELF: the Sheffield Elicitation Framework [Web page].2019 [cited 18/02/19]. Available from: http://www.tonyohagan.co.uk/shelf/

39. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

40. Geerts J, Van den Bosch K, Willemé P. PROMES – Un nouvel instrument de projection des dépenses de l'AMI pour les soins de santé - Rapport final. 2018. Bureau fédéral du Plan Available from: https://www.plan.be/admin/uploaded/201807191455430.REP_PROMES_11700_F.pdf

41. Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Hum Resour Health. 2009 7(10).

42. Dumont J, Zurn P. Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration. In: OECD, editor. International Migration Outlook; 2007. Available from: http://www.oecd.org/migration/mig/41515701.pdf

43. Miermans P-J. Belgium - Use of Horizon Scanning and Delphi Method as part of a national review of the GP workforce. In: Proceedings of Final Convene on the Pilot Project Italy – Dissemination Event; 2016; Roma.

44. Bernitz S, Oian P, Sandvik L, Blix E. Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):143.

45. Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. J Adv Nurs. 2012;68(11):2376-86.

46. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women. Cochrane Database Syst Rev. 2015(2):CD007622.

47. McDonald SD, Sword W, Eryuzlu LE, Biringer AB. A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:334.

48. Shields SG, Candib LM. Women-centered care in pregnancy and childbirth. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2010.

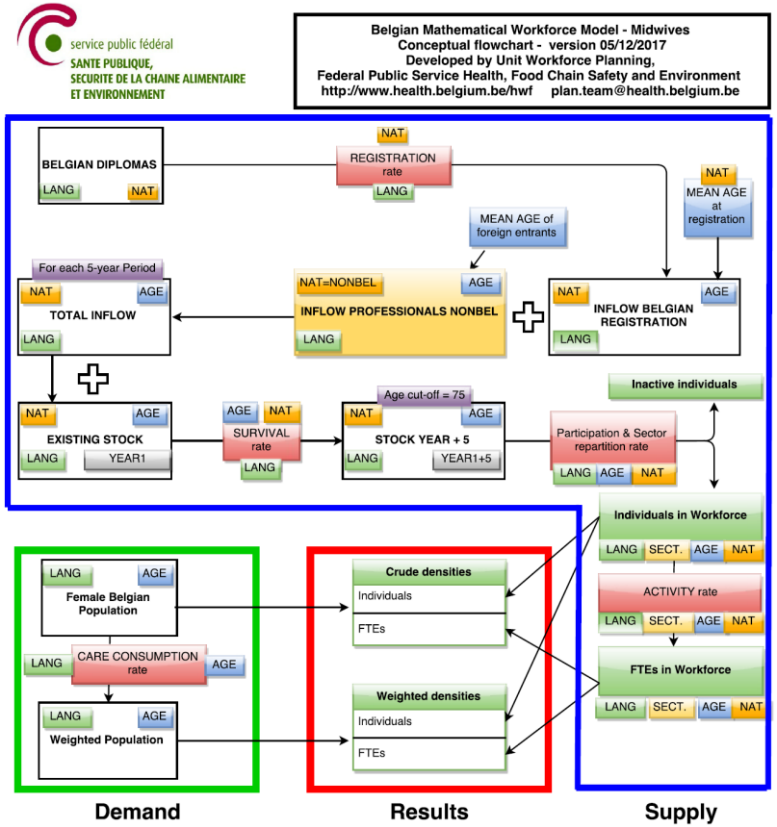
49. WHO Collaborating Centre of Drug Statistics Methodology. Definition and general considerations [Web page].2018 [cited 18/09/2018]. Available from: https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/

50. Vrijens F, Verleye L, De Gendt C, Schillemans V, Robays J, Camberlin C, et al. Quality indicators for the management of lung cancer. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. Health Services Research (HSR) KCE Reports 266. D/2016/10.273/39

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. PROJECTIEMODEL VOOR DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN

Figuur 14 – Planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen in België



Bron: Cel Planning - FOD Volksgezondheid

Tabel 33 – Beschrijving van de parameters van het planningsmodel van de nodige beroepsbevolking van vroedvrouwen in België

Parameter	Omschrijving
Belgian Diplomas	Aan Belgische gediplomeerden toe te schrijven instroom in functie van de nationaliteit, de leeftijd, het geslacht en de taalrol in het jaar t+3 (Vlaamse Gemeenschap) of t+4 (Franse Gemeenschap)*
Registration rate	Registratiepercentage in het Kadaster (erkennings- en visumaanvragen, zie punt 4.1.2) in functie van de taalrol in het jaar t+3 (Vlaamse Gemeenschap) of t+4 (Franse Gemeenschap)*
Registration Cadastre	Aantal personen dat het recht heeft om een erkend gezondheidszorgberoep uit te oefenen en dat in het kadaster opgenomen werd in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol in het jaar t+3 (Vlaamse Gemeenschap) of t+4 (Franse Gemeenschap)*
Inflow Belgian registration	Aan Belgische gediplomeerden toe te schrijven instroom in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol in het jaar t+3 (Vlaamse Gemeenschap) of t+4 (Franse Gemeenschap)*
Inflow professionals NonBel	Aan buitenlandse gediplomeerden toe te schrijven instroom in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol van de gastgemeenschap in het jaar t+3 (Vlaamse Gemeenschap) of t+4 (Franse Gemeenschap)*
Total Inflow	Totale instroom in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol van de gastgemeenschap in het jaar t+3 (Vlaamse Gemeenschap) of t+4 (Franse Gemeenschap)*
Existing Stock	Aantal beschikbare zorgverleners in het jaar t in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol
Survival rate	Overlevingspercentage in functie van de leeftijd en de taalrol
Stock year+5	Aantal beschikbare gezondheidswerkers in het jaar t+5 in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol
Participation & sector repartition rate	Participatiegraad in functie van de activiteitssector (gezondheidssector tegenover andere sectoren) en binnen de gezondheidssector in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol
Inactive individuals	Aantal inactieve personen
Individuals in Workforce	Aantal actieve personen in functie van de activiteitssector, de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol
Activity rate	Activiteitsgraad in functie van de activiteitssector, de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol. Het activiteitspercentage houdt rekening met: De vermindering van de voltijdse equivalenten (VTE) voor werknemers van 45 jaar en ouder die in een ziekenhuis werken en die kunnen genieten van vrijstellingsdagen (45-49 jaar: 1 dag vakantie / maand, 50-54 jaar: 2 dagen vakantie / maand, 55 jaar en ouder: maximaal 3 dagen / maand voor een voltijdse baan).

	De progressieve verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd (vanaf 2025): 66 jaar, vanaf 2030: 67 jaar) toegepast op het deelnamepercentage, de verdeling tussen de activiteitssectoren en de berekeningen van de VTE. Het feit dat vroedvrouwen die nu hun diploma krijgen, vanaf 1 oktober 2018 geen verpleegkundige activiteit meer mogen uitvoeren die niet in hun specialisatiegebied ligt.
FTE in Workforce	Aantal voltijdse equivalenten van het aanbod in functie van de nationaliteit, de leeftijd en de taalrol
Female Belgian Population	Vrouwelijke, vruchtbare bevolking in België (15 - 49 jaar) per leeftijd en taalgemeenschap
Care consumption rate	Consumptiepercentage in functie van de leeftijd en de taalrol
Weighted Population	Populatie gecorrigeerd voor de zorgconsumptie gemeten in uitgaven ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in functie van de leeftijd en de taalrol
Crude densities	Dichtheid van zorgverleners
Weighted densities	Dichtheid van zorgverleners gewogen voor de gecorrigeerde consumptie per leeftijd en taalrol

** De duur van de basisopleiding van vroedvrouwen is op dit moment 3 jaar in de Vlaamse gemeenschap, en 4 jaar in de Franse gemeenschap (Fédération Wallonie-Bruxelles)*
Bron: Cel Planning - FOD Volksgezondheid

BIJLAGE 2. LIJST VAN DEELNEMERS AAN DE VERSCHILLENDE WORKSHOPS

Voornaam	Naam	Beroep	Workshop 1	Workshop 2	Workshop 3	Workshop 4	Workshop 5
Sophie	Alexander	Gynaecoloog	x				
Katrien	Beeckman	Vroedvrouw			x		
Annick	Bogaerts	Vroedvrouw	x				
Anaïs	Boutin	Vroedvrouw	x	x		x	
Geneviève	Castiaux	Vroedvrouw					x
Gilles	Ceysens	Vroedvrouw	x				
Gaelle	Chapoix	Permanente opleiding (maisons médicales)	x				
Luc	De Catte	Gynaecoloog			x		x
Valérie	De Jonghe	Vroedvrouw				x	
Katelijn	De Koster	Vroedvrouw		x			
Dominique	De Temmerman	Pediater – mutualité libre	x				
Tamara	Dedecker	Vroedvrouw		x	x	x	
Magali	De Pauw	Vroedvrouw	x				x
Christelle	Durand	Cel Planning	x	x	x	x	
Nathalie	Dumont	Vroedvrouw					x
Sophie	Engelskirchen	ONE	x	x			
Marie	Gérard	ONE		x	x	x	
Dominique	Haumont	Pediater	x				
Els	Hendrix	Vroedvrouw					x
Ana	Hernandez	Vroedvrouw	x	x	x	x	x

Lon	Holtzer	Vlaamse Overheid Departement welzijn Volksgezondheid en gezin	x					
Colette	Jacob	Santhea	x					
Catherine	Latiers	ONE		x				
Floriane	Lefebvre	Vroedvrouw			x	x		
Helene	Logie	Vroedvrouw		x	x	x	x	
Eveline	Mestdagh	Vroedvrouw	x	x				
Sarah	Michel	Vroedvrouw	x	x	x	x		
Ingrid	Morales	ONE	x					
Jacques	Moyaux	AVIQ	x	x	x	x		
Joke	Muyldermans	Vroedvrouw		x		x		
Pascale	Neirynck	Hoofdvroedvrouw		x	x	x	x	
Joke	Neven	Vroedvrouw		x				
Anne	Niset	Vroedvrouw	x				x	
Karima	Omari	Vroedvrouw		x	x			
Jacqueline	Orban	Hoofdverpleegkundige van een materniteit	x	x	x	x		
Cynthia	Pochet	Vroedvrouw					x	
Marlene	Reyns	Vroedvrouw	x				x	
Chantal	Robin	Vroedvrouw		x	x	x	x	
Marie-Jeanne	Schoofs	Kind & Gezin		x	x			
Nathalie	Schumacher	VroedvrouwS	x					
Pascale	Steinberg	Cel Planning	x					
Liesbeth	Van Kelst	Vroedvrouw				x		

Marleen	Van Puymbroek	Vroedvrouw		x	x		x
Lien	Van Riet	Hoofdverpleegkundige dienst moeder-kind				x	
Joachim	Vankeirsbilck	Gynaecoloog	x				
Marleen	Vanpuymbroeck	Hoofdvroedvrouw	x				
Guy	Verhulst	Gynaecoloog	x				
Joeri	Vermeulen	Vroedvrouw		x			x
Veerle	Vivet	Cel Planning	x	x	x	x	
Mieke	Walraevens	FOD Volksgezondheid	x				
Sylvianne	Wauters	Vroedvrouw		x	x	x	
Michel	Willems	STATBEL	x				
Vanessa	Wittvrouw	Vroedvrouw	x	x	x		x

BIJLAGE 3. HORIZON SCANNING VAN GEZONDHEIDSZORGPROFESSIONALS IN HET BUITENLAND

Andere landen zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk of Australië gebruiken de prospectieve analyse bij de planning van de workforce van de zorgverstrekkers. Wat ook het nagestreefde doel, de planning wordt over het algemeen ondersteund door een wiskundig planningsmodel van vraag en/of aanbod. Die planningsmodellen worden ontwikkeld in een onzekere context die verband houdt met de evolutie van de parameters die het aanbod en de vraag bepalen, maar ook met de evolutie van de omgeving waar de vraag en het aanbod zich ontplooien. De identificatie van de toekomstmogelijkheden maakt het mogelijk een aantal onzekerheden te expliciteren die gelinkt zijn met de tijdsgebonden projecties. Op basis van de meningen van experts inzake het beroep, worden de mogelijke en waarschijnlijke toekomsten ontcijferd om de grote trends voor de toekomst te bepalen. Die analyse berust voornamelijk op de uitwerking van scenario's in samenwerking met de stakeholders en met behulp van kwalitatieve technieken.

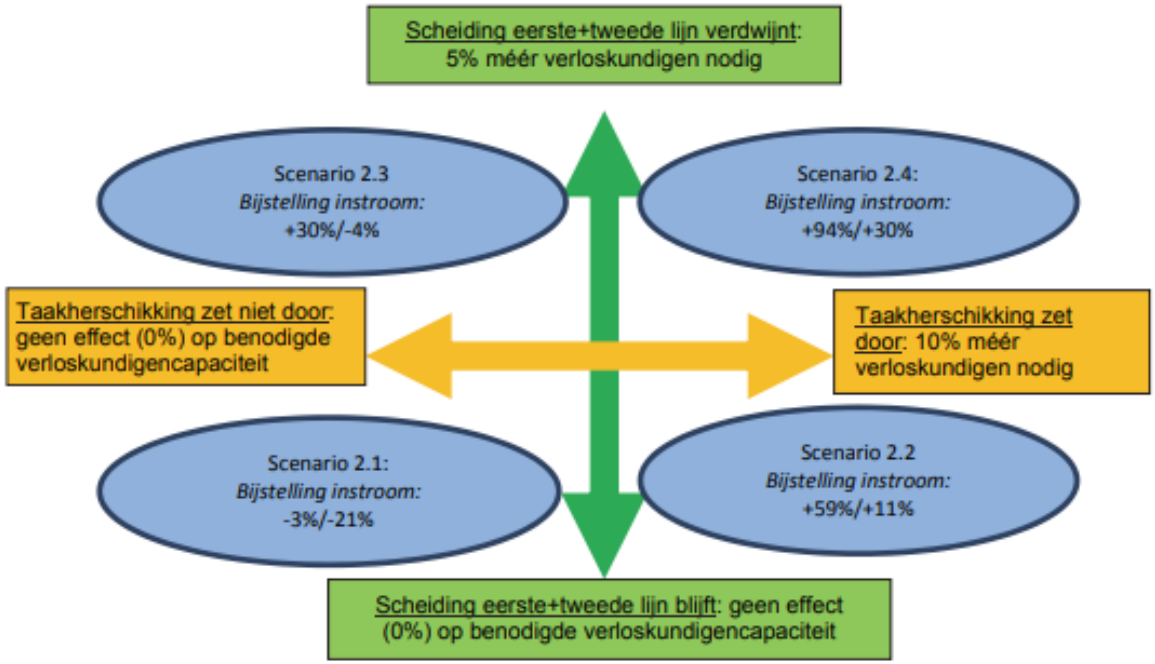
Bijlage 3.1. Nederland

Om te antwoorden op de vraag '*hoeveel vroedvrouwen moeten er in Nederland worden opgeleid om te voldoen aan de vraag, respectievelijk binnen 10 jaar (tegen 2022) en binnen 15 jaar (tegen 2027)?*', heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) een aanpak met drie stappen ontwikkeld met inbegrip van het opstellen van scenario's.

- De **1ste stap** bestond uit een interview met 9 experts over de grote evoluties op de arbeidsmarkt van de vroedvrouwen.
- De **2de stap** vond plaats onder de vorm van twee workshops ter opstellen van scenario's (21 deelnemers uit de praktijk en van besluitvormende instanties). Deze twee voorbereidende stappen resulteerden in het identificeren en prioritiseren van de toekomstige ontwikkelingen in de verloskunde in Nederland.
    - Op vlak van de vraag, zou de evolutie neigen naar een grotere vraag naar zorg op maat en thuis, die een globale (niet versplinterde) aanpak van hoge kwaliteit verzekert. Wat betreft het aanbod, betreft de grootste verwachting de noodzakelijke integratie en samenwerking tussen zorgverstrekkers om de markt vlot te trekken. Om te beantwoorden aan de nieuwe noden, zal een nauwe samenwerking noodzakelijk zijn tussen eerste- en tweedelijnszorgverstrekkers, met inbegrip van de gynaecologen, de huisartsen, de vroedvrouwen en de ondersteunende diensten in de ziekenhuizen en de gemeentes.
    - Er werden vier algemene beleidsscenario's uitgewerkt waarvoor specifiek het effect van twee veranderingen van het professionele systeem van vroedvrouwen tijdens de 10 tot 15 komende jaren werd berekend: (1) de toewijzing van de taken van de gynaecoloog en de huisarts aan de vroedvrouwen; en (2) het weghalen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijnsverloskunde om continue en volledige zorg te kunnen aanbieden.
- De **3de stap** resulteerde in het inschatten van de verwachte capaciteit van vroedvrouwen en van de aan te brengen aanpassingen gedurende de 10 tot 15 komende jaren aan het aantal jaarlijks op te leiden studenten om een evenwicht vraag-aanbod te bereiken. Er werden verschillende bronnen gebruikt (statistische gegevens, resultaten van bevragingen van experts en van scenarioworkshops) om de parameters van het door NIVEL gebruikte wiskundige model te definiëren.

Tegen 2022-2027 zouden de twee factoren die aan bod komen in de volgende stap (factoren (1) en (2)) een stijging vereisen van de nodige capaciteit aan vroedvrouwen van respectievelijk +10% en +5%. In Figuur 15, worden de systeemveranderingen gecontrasteerd en vormen ze een matrix waarbinnen de vier beleidsscenario's geplaatst worden. De blauwe cirkels illustreren de implicaties van elk scenario op de aanpassing van de jaarlijkse instroom van studenten vroedkunde. Het eerste aantal (groei/daling) komt overeen met de schatting voor een aanpassingsperiode van 5 jaar, het tweede getal (groei/daling) komt overeen met de schatting voor een aanpassingsperiode van 10 jaar. Scenario's 2.1 (onderaan links) en 2.4 (bovenaan rechts) bepalen de uiterste grenzen van het interval van de resultaten, terwijl de gegevens van scenario's 2.2 en 2.3 ertussen liggen. Scenario 2.1 is het meest "conservatieve" scenario waarin men veronderstelt dat noch de verdeling van de taken noch de scheiding tussen eerste- en tweedelijn zullen veranderen in de loop van de komende tien jaar. In dat scenario is het praktisch niet nodig om het aantal opgeleide vroedvrouwen aan te passen gedurende een aanpassingsperiode van 5 jaar (-3%); op 10 jaar kan het aantal jaarlijks op te leiden vroedvrouwen zelfs met 21% verlaagd worden. Scenario 2.4 is het andere uiterste van het interval en is het meest "variabele" scenario gebaseerd op een toekomst waar de reorganisatie van de taken en de integratie van de eerste- en tweedelijnszorgen zullen plaatsvinden, wat een sterke stijging van de capaciteit aan vroedvrouwen zal vereisen. De jaarlijkse opleidingsinput zal dan bijna moeten verdubbelen gedurende vijf jaar (+94%) om het evenwicht vraag-aanbod in 2022 te bereiken of (+) 30% meer om het evenwicht in 2027 te behalen. De vergelijking van de scenario's in Figuur 15 hieronder toont bovendien aan dat het verder herverdelen van de taken een groter effect zal hebben op de stijging van het aantal vereiste opleidingen dan het gelijktrekken van de uitstroomniveaus (scenario 2.2 en 2.4). Van de vier scenario's, lijken de twee "uiterste" scenario's (het basisscenario en het meest evoluerende scenario) het minst realistisch en het minst uitvoerbaar.

Figuur 15 – Scenario's voor de planning van nodige vroedvrouwen in 2022 en 2027 in Nederland



Hoe exact ook de becijferde resultaten van de schattingen van de toekomstige capaciteit mogen lijken, de auteurs van het rapport verduidelijken dat de resultaten bepaald zijn door hypotheses, geformuleerd binnen een onzekere en complexe toekomstige context. Daarnaast is er niets om met zekerheid te bepalen hoe snel en volgens welk schema de evolutie van vraag en aanbod zal verlopen gedurende die periode. Het is mogelijk dat deze evolutie niet "lineair" is en niet duurzaam.

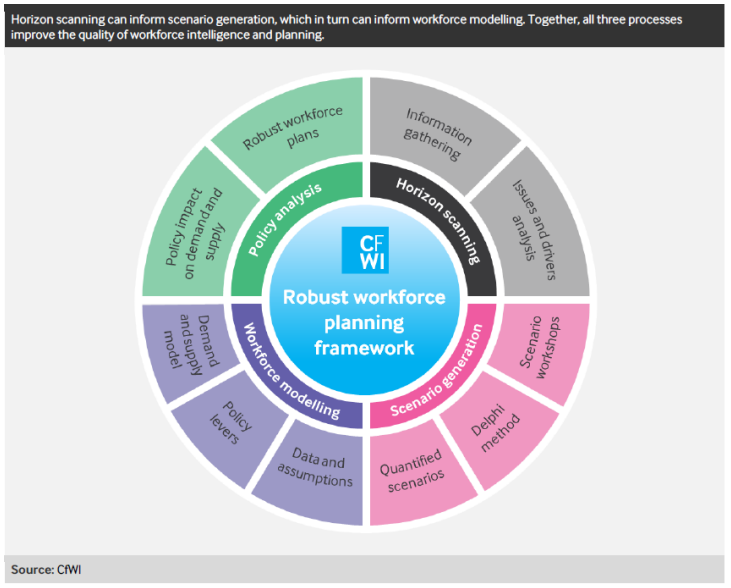
Bijlage 3.2. Verenigd Koninkrijk

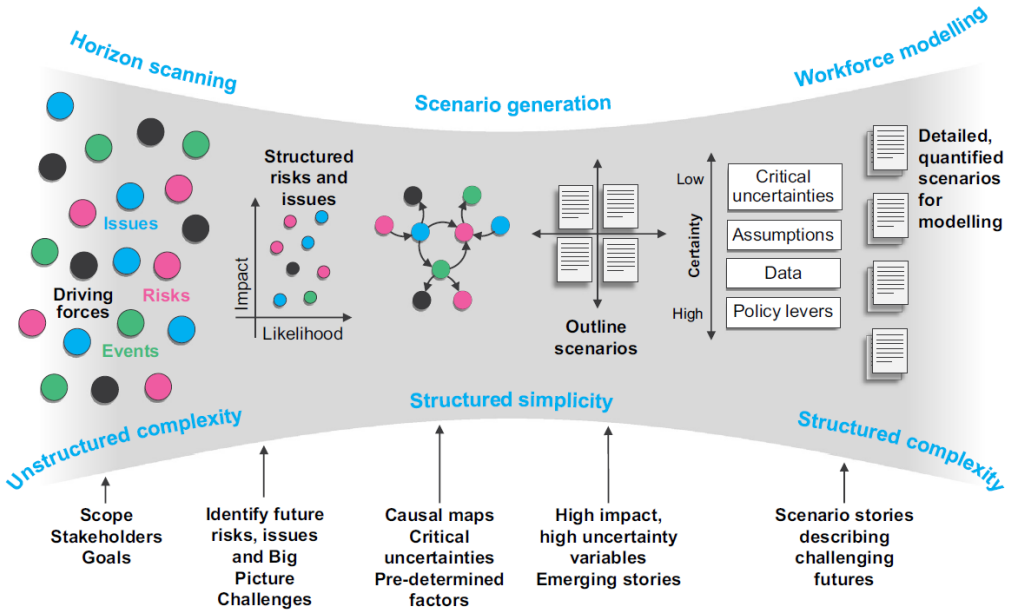
Bijlage 3.2.1. Context

In 2012 heeft de regering van het Verenigd Koninkrijk haar wens bevestigd om de perinatale zorg te individualiseren, door in te zetten op 'one-to-one care' en het toewijzen van vroedvrouwen aan elke zwangere vrouw alsook de vrije keuze van geboorteplek. De planning van de workforce van vroedvrouwen op korte en middellange termijn is een essentiële factor van het slagen van deze projecten en aan het verstrekken van hoge kwaliteitszorg. Het Centre for Workforce Intelligence (CfWI) heeft een volledig planningsmodel ontwikkeld met 4 stappen (Figuur 15): [13]

- Prospectieve analyse (horizon scanning)
- Opstellen van scenario's
- Modellering van de beroepsbevolking
- Politieke analyse

Figuur 16 – Planningsmodel voorgesteld door het CfWI





Bron: Centre for Workforce Intelligence

Bijlage 3.2.2. Horizon scanning

Het CfWI heeft een prospectieve analyse-oefening gemaakt en heeft verschillende factoren geïdentificeerd die de beroepsbevolking in de vroedkunde in de toekomst kunnen vormgeven en beïnvloeden (*shaper*). Alle belanghebbende thema's werden onderzocht, met inbegrip de inzet, de drijvende krachten (drivers), de globale uitdagingen, de trends, de megatrends, de algemene eigenschappen en de zwakke signalen.

Methodologie

Om die factoren die de toekomst kunnen vormgeven te identificeren, heeft het CfWI drie opeenvolgende technieken gebruikt:

1. Het literatuuronderzoek met inbegrip van wetenschappelijke publicaties, voorgaande documentanalyses, politieke documenten, rapporten en andere publicaties over de economische, sociale, politieke factoren die een invloed hebben op de prestatie, organisatie en toekomstige effectieven op de materniteitsafdelingen.
2. De semi-gestructureerde interviews met een waaier aan betrokkenen, met inbegrip van de vertegenwoordigers van de vroedvrouwen, de vroedvrouwen, studenten vroedkunde, planners, leerkrachten, onderzoekers, vertegenwoordigers van professionele verenigingen.
3. De workshops: alle deelnemers aan de interviews werden uitgenodigd deel te nemen aan een workshop. De deelnemers hebben de factoren overlopen die het vaakst werden geïdentificeerd tijdens de eerste twee stappen van het project en hebben ook bijkomende factoren geïdentificeerd. Ze hebben zich daarna gebogen over de manier waarop bepaalde thema's, zoals de voorspellingen van de geboortecijfers, de trends in thuisbevallingen of de ontwikkeling van telehealth zich zouden kunnen concretiseren en in welke mate ze een invloed zouden kunnen hebben op de organisatie en de effectieven op de verloskundige afdelingen.

Het materiaal van de drie bronnen werd opgenomen in een databank met 76 factoren (*shapers)* die de beroepsbevolking gedurende de volgende 20 jaar zouden kunnen beïnvloeden. In totaal werden 52 factoren geïdentificeerd tijdens de interviews. Tijdens de workshop werden nieuwe factoren voorgesteld terwijl andere factoren werden opgesplitst om afzonderlijke factoren te creëren.

In totaal werden 76 beïnvloedende factoren (*shaper*) opgelijst, die behoren tot de drie volgende groepen:

- **De drijvende krachten** (*drivers*) doen zich op een gegeven moment voor (bijv. een nieuw sleutelelement in de wetgeving) en veroorzaken veranderingen in de trends of schema's.
- **De trends** (*trends*) zijn evolutiemodellen door de tijd heen (zoals de graduele veranderingen in het leeftijdsprofiel van de beroepsbevolking).
- **De grote trends** (*megatrends*) zijn trends van een dergelijke omvang, draagwijdte en zekerheid dat ze diepgaande gevolgen hebben voor de beroepsbevolking (zoals de progressieve maar onvermijdelijke stijging van de omvang van de bevolking, de vergrijzing en de groeiende incidentie van ziektes).

De categorieën van de typologie van Willis (TEEPSE) (zie Bijlage 4, Figuur 21)[15] werden gebruikt om die 76 factoren te klasseren in grote categorieën (technologisch [8 factoren], economisch [4 factoren], omgeving [0 factor], politiek [41 factoren], sociaal [21 factoren] en ethisch [2 factoren]). Daarnaast werd elke factor geïdentificeerd als drijvende kracht, trend of megatrend. De impact op de noden en/of de diensten (met inbegrip van de gezondheidsresultaten en de kosten) werd geëvalueerd en elke factor werd geklasseerd volgens het moment waarop hij zich kan voordoen op een schaal van 1 tot 5 jaar, 6 tot 10 jaar, 10 tot 20 jaar of 20 jaar en langer. Tot slot werd het belang van elke factor (niet gekend [○], weinig belangrijk [●], eerder belangrijk [●●] of erg belangrijk [●●●]) en de onzekerheidsgraad (niet gekend [○], erg onzeker [●], nog niet duidelijk [●●] of zo zeker mogelijk [●●●]) geëvalueerd voor elke factor.

Resultaten

Enkel de uiterst prioritaire factoren in elke categorie werden diepgaand geanalyseerd, met name:

- 5 technologische factoren:
  - De technologie die de zorgverstrekking thuis makkelijker maakt zal wijder verspreid raken (telecare, telehealth, apps voor smartphones, digitaal dossier) - erg belangrijk [●●●], nog niet duidelijk [●●]
  - De evolutie van de technologische applicaties voor de opleiding (e-learning, online simulaties) zal de opleidingscapaciteit verhogen - eerder belangrijk [●●], zo zeker mogelijk [●●●]
  - De beschikbaarheid van meer geperfectioneerde echografietoestellen zal de opsporing en opvolging van intra-uteriene anomalieën verbeteren maar zal een aangepaste opleiding van de vroedvrouwen impliceren - eerder belangrijk [●●], zo zeker mogelijk [●●●].
  - De vooruitgang van de IVF-technologie zal leiden tot meer geboortes, maar minder meerlingenzwangerschappen - niet gekend [○], nog niet duidelijk [●●].
  - De mogelijke stijging van de resistentie tegen antibiotica resulteert in meer complexe zorgen - niet gekend [○], nog niet duidelijk [●●].
- 3 economische factoren:
  - Het niveau van de overheidsuitgaven: de vraag naar dienstverlening zou in de toekomst kunnen blijven stijgen, maar het is erg waarschijnlijk dat de financiering beperkt zal blijven. De noodzaak om de doeltreffendheid te verhogen zou zich ook kunnen vertalen in een groter aantal vroedvrouwgeleide eenheden en thuisbevallingen voor laagrisico zwangerschappen en leiden tot een verhoogde ontplooiing van ondersteunend personeel in de materniteit - erg belangrijk [●●●], nog niet duidelijk [●●].
  - De stijging van de armoede en van de ongelijkheid zal de vraag naar dienstverlening en steun voor kwetsbare moeders doen stijgen - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
  - Het personeel van de materniteitsafdelingen zal moeten samenwerken met de nieuwe lokale organismes. Dan kan aanzetten tot het verdubbelen van de inspanningen om de productiviteit van de beroepsbevolking te verbeteren, met inbegrip van de overdracht van de taken tussen de personeelsleden - eerder belangrijk [●●], nog niet duidelijk [●●].
- 10 politieke factoren:
  - Er zullen in de toekomst meer ondersteunende professionals van hoog niveau tewerkgesteld zijn die een ruime waaier aan taken zullen uitvoeren gedurende het hele parcours, vanaf de preconceptie (rol van volksgezondheid) tot de prenatale zorgen (zoals de individuele steun aan kwetsbare moeders), intrapartum (bewaking van de tekenen van leven) en onmiddellijke en langetermijn postnatale zorgen (steun bij borstvoeding). Indien correct ontplooid, zullen ze de zorgcapaciteit verhogen, rechtstreeks en onrechtstreeks (door tijd vrij te maken voor de vroedvrouwen) en zullen ze de resultaten voor de patiënten verbeteren - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
  - De dienstverlening en het personeel van de materniteit zullen meer en meer worden beschouwd als een sleutelelement van de invoering van het volksgezondheidsbeleid: de taken van volksgezondheid (zoals stoppen met roken, het beleid inzake alcoholgebruik en de aanmoediging van borstvoeding en gezonde voeding) zullen een groeiend onderdeel worden van de rol van heel wat vroedvrouwen en ondersteunend personeel - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
  - De verandering van de pensioenleeftijd zal de carrière van het materniteitspersoneel verlengen - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].

- De planning van de zorgtrajecten, eerder dan de planning van de nodige arbeidskrachten zal een optimale combinatie van competenties voor een verzekerde en doeltreffende zorgverstrekking makkelijker maken - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
- Internationaal aanbod en vraag zullen elkaar opvolgen: het is waarschijnlijk dat er een stijging zal zijn van de vraag naar buitenlands materniteitspersoneel opgeleid in het Verenigd Koninkrijk – met inbegrip van verloskundigen. Dat zou kunnen resulteren in een outflow van materniteitspersoneel. Het is weinig waarschijnlijk dat aanwerving van materniteitspersoneel buiten het Verenigd Koninkrijk een significant extra aanbod levert - niet gekend [○], zo zeker mogelijk [●●●].
- De reorganisatie van de diensten zal de manier waarop verloskundige zorgen worden verstrekt opnieuw vorm geven: er zal in de toekomst waarschijnlijk sprake zijn van een pluraliteit aan zorgverstrekkingsmodellen en practici, met inbegrip van onafhankelijke verloskundigen. Hun rol zou echter beperkt zijn om redenen van professionele verantwoordelijkheid tot laagrisico activiteiten zoals prenatale screening en ondersteuning bij borstvoeding. De vroedvrouwen zouden meer en meer steun kunnen bieden bij thuisbevallingen - niet gekend [○], zo zeker mogelijk [●●●].
- Nieuwe vereisten inzake opleiding van vroedvrouwen: de veranderingen in de dienstverlening zoals vroedvrouwgeleide eenheden, de noden die voortvloeien uit morbiditeit en de rollen zoals volksgezondheid zullen extra te verwerven competenties vereisen, zoals werken in een team, spoedhulp en de taken van volksgezondheid - eerder belangrijk [●●], niet gekend [○].
- De programma's van terugkeer naar de praktijk zullen verder worden gezet - eerder belangrijk [●●], zo zeker mogelijk [●●●].
- Reglementering en verantwoordelijkheid: de vroedvrouwen zullen waarschijnlijk meer verantwoordelijk zijn voor het werk dat ze verrichten, vooral met de oprichting van een groot aantal bevallingseenheden opgericht door vroedvrouwen - eerder belangrijk [●●], niet gekend [○].
- Einde van de nationale loononderhandelingen in de NHS - eerder belangrijk [●●], niet gekend [○].

- 9 sociale factoren:
  - Het leeftijdsprofiel van de materniteitswerkkrachten zou kunnen betekenen dat een groot aantal werknemers op pensioen gaan in de loop van de tien komende jaren - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
  - De incidentie van complexe zorgen zal stijgen omwille van morbiditeit, comorbiditeit en andere factoren - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
  - De geboorte- en vruchtbaarheidscijfers zullen een decennium lang blijven stijgen, en daarna dalen - erg belangrijk [●●●], nog niet duidelijk [●●].
  - De keuzes van vrouwen betreft de plaats en het verloop van de zwangerschap, van de intrapartum en postnatale zorgen zullen vormgeven aan de dienstverlening en de arbeidskrachten: gepersonaliseerde zorg zal waarschijnlijk een belangrijke motor blijven van de dienstverlening. Verscheidene gevolgen zijn verwacht, met name de vraag naar vroedvrouwen als eerste contact om moeders gedurende de hele zwangerschap te begeleiden, een grotere zorgcontinuïteit, individuele zorgen tijdens het werk, een stijging van de incidentie van keizersnedes, maar ook een groter aantal thuisbevallingen en zwangerschappen geleid door vroedvrouwen voor laagrisico zwangerschappen - erg belangrijk [●●●], nog niet duidelijk [●●].
  - De gemiddelde leeftijd van moeders zal blijven stijgen, wat zal leiden tot een stijging van de vraag naar dienstverlening - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].

- De incidentie van meervoudige geboortes zal blijven stijgen - erg belangrijk [●●●], zo zeker mogelijk [●●●].
- De evolutie van de verwachtingen inzake postnatale zorgen: vandaag worden postnatale zorgen gedurende 6 tot 8 weken na de geboorte verstrekt. Andere factoren zoals de bezorgdheden inzake volksgezondheid en de stijging van het aantal gevallen van complexe zorgen zullen extra investeringen vereisen in postnatale zorg. Om de zorgcontinuïteit te verzekeren, kunnen moeders en hun gezinnen wensen steun te blijven krijgen inzake materniteitsdiensten na 8 weken. Elementen van de postnatale zorgen zouden meer en meer kunnen worden verstrekt in gemeenschapscentra - erg belangrijk [●●●], erg onzeker [●].
- Migratie en vluchtelingen: deze groep zal extra dienstverlening nodig hebben, zoals tolken, en sommige moeders kunnen lijden aan aandoeningen die niet gerelateerd zijn aan de zwangerschap, zoals tuberculose - erg belangrijk [●●●], erg onzeker [●].
- Meer gebruik van doula's en steun van de vaders - eerder belangrijk [●●], zo zeker mogelijk [●●●].

- 2 ethische factoren:
  - Keuze versus middelen: in de loop van het voorbije decennium heeft het overheidsbeleid het belang van de vrije keuze van vrouwen beklemtoond en blijft die ook beklemtonen - erg belangrijk [●●●], nog niet duidelijk [●●].
  - Zorgmodellen verstrekt door de vroedvrouwen in vergelijking met medische modellen: de vroedvrouwen gebruiken een sociaal zorgmodel toegespitst op welzijn. Dat leidt tot een focus op preventie (die in lijn ligt met de doelstellingen van volksgezondheid), op een beperking van interventies en op het aanmoedigen van normale geboortes. De complexe zorgen, die zich meer en meer voordoen, en de vrije keuze van vrouwen (zoals de vraag naar een keizersnede) zullen de volledige ondersteuning van de medische diensten vereisen - niet gekend [○], niet gekend [○].

Vijf megatrens waarvan de impact op de toekomstige beroepsbevolking het grootst zou moeten zijn, werden uitgelicht (Tabel 34).

Tabel 34 – Megatrends met erg grote impact op de toekomstige beroepsbevolking

Megatrend	Implicatie voor de beroepsbevolking
Overheidsuitgaven	Op korte termijn blijft er onzekerheid over de mate waarin de doeltreffendheidswinsten zich zullen vertalen in een stijging van de middelen voor de dienstverlening of van de toekomstige niveaus van de overheidsuitgaven, en over in welke mate de huidige trends (zoals de reorganisatie van de diensten, de aanmoediging van fysiologische geboortes en de ontwikkeling van materniteitsnetwerken) de productiviteit zullen helpen verbeteren.
Geboortecijfers	Het aantal geboortes en de stijging van de geboortecijfers zullen zich vertalen in een stijging van de vraag naar ondersteuningsdiensten aan moeders en hun gezin tijdens de zwangerschap, de bevalling, de postnatale periode, zowel in hospitaal- als gemeenschapsomgeving.
Complexe zorgen (gelinkt aan de evolutie van de comorbiditeit en van de socio-economische kwetsbaarheid)	Het systeem zal moeten nagaan hoe te antwoorden op de groeiende druk die de complexe zorgen zullen leggen op de materniteitsdiensten. Dat kan veranderingen vereisen aan de opleiding voor de inschrijving, de ontwikkeling van gespecialiseerde en geavanceerde competenties, een groter teamwork (bijv. teams rond diabetes) en een betere planning van de effectieven in functie van de zorgtrajecten.
Introductie van ondersteunende professionals	In de toekomst zullen we een stijging zien van het aantal ondersteunende professionals tewerkgesteld op de materniteitsdiensten gedurende het hele traject. Dat zal gevolgen hebben voor de opleiding, de combinatie van de competenties, het delegeren en het werk in team.
Plek van geboorte	De plek en de manier waarop vrouwen kiezen te bevallen in de toekomst zullen een groot effect hebben op de dienstverlening, alsook op de omvang en de samenstelling van de effectieven.

Na de prospectieve analyse (horizon scanning), voorziet het volledige planningsmodel 3 verdere stappen, met name het opstellen van scenario's, de modellering van de beroepsbevolking en de politieke analyse (zie Figuur 15).

Bijlage 3.2.3. Het opstellen van scenario's en de modellering van de beroepsbevolking

Geen enkel rapport specifiek gewijd aan vroedvrouwen vermeldt de gevolgde methodologie voor het opstellen van scenario's. Enkel de technische documenten werden aangemaakt door het CfWI om de oefening te kunnen verderzetten volgens de voorkeursmethodologie van het centrum.

De **planning van het aanbod** is gebaseerd op de registratiegegevens van de Nursing and Midwifery Council inzake de vroedvrouwen tewerkgesteld door de NHS en zij die werkzaam zijn buiten de NHS. Verschillende scenario's zijn uitgewerkt op basis van een geheel van hypotheses (laag scenario, basisscenario, hoog scenario) betreffende:

- De opleidingsduur (parcours I versus parcours II);
- De planning, de erkenning en de opvolging van de aangeboden gezondheidsdiensten vereisen een evaluatie van de gezondheidsbehoeftes van de bevolking, de uitwerking van klinische trajecten, de onderhandeling van contracten met zorgleveranciers met evaluatie van de zorgkwaliteit;
- De afname van het aantal studenten;
- De registratiecijfers in de registers van de Nursing and Midwifery Council na behalen van het diploma. Die cijfers geven het aandeel vroedvrouwen weer die een andere carrière kiezen;
- De internationale rekrutering;
- De ratio VTE/effectief (0,81 VTE/ 1 vroedvrouw);
- De mensen die op pensioen gaan;
- De andere starten en vertrekken (vroegtijdige stopzettingen van de carrière of hernemen van de carrière na een onderbreking).

De **planning van de vraag** neemt de volgende elementen in rekening, toegepast op drie scenarioniveaus (basistrend, lage trend en hoge trend):

- De demografie (voorspelling van geboortecijfers);
- De verdeling van de competenties (skill-mix) onder vroedvrouwen, materniteitsassistenten (midwifery support workers) en de gezondheidsassistenten (healthcare assistants);
- De toekomstige activiteit gebaseerd op de resultaten van de voorspellende analyse (horizon scanning);
- De productiviteit;
- Het beleid (ander dan de verdeling van de competenties);
- De financiële factoren die de verloskunde beïnvloeden.

De in de scenario's gebruikte hypotheses werden getest bij een aantal stakeholders om plausibele toekomstvisies te overwegen. Een analyse van de sleutelfactoren die het aanbod en de vraag in de toekomst kunnen wijzigen werd toegevoegd aan de eerste opsteloefening van scenario's.

Bijlage 3.2.4. De politieke analyse

De politieke analyse is een proces dat de meest robuuste planningsbeslissingen kan bepalen in het zicht van een onzekere toekomst. Het is de laatste stap van de planning die een kritische analyse vereist van de informatie, een prioritering van de opties voor de besluitmakers op lokaal of nationaal vlak. De rapporten van het CfWI laten niet toe in te schatten of deze stap werd uitgevoerd noch welke de resultaten zijn.

Bijlage 3.3. Australië

Het Australische agentschap voor de planning van gezondheidsprofessionals (Health Workforce Australia) is het officiële organisme belast met de planning op nationaal vlak.[16, 17] In 2012 heeft dit agentschap een planningsmodel ontwikkeld voor de artsen, de verpleegkundigen en de vroedvrouwen. Dit model omvat een planning van het aanbod van verstrekkers en van de zorgvraag. Een aanpak van het type 'stock and flow' is gebruikt om het aanbod van verstrekkers in te schatten terwijl een aanpak gebaseerd op het gebruik van de diensten is gebruikt voor de schatting van de vraag. Dit model wordt aangevuld met het opstellen van scenario's om de implicatie te verkennen van de mogelijke alternatieve toekomstvisies en om de gevoeligheid aan te tonen van het model voor diverse toegangsparameters.

- **Het aanbod**

  De planning berust op een 'stock and flow' model gelijkaardig aan dat gebruikt voor de planning van het aanbod van vroedvrouwen in België. De dynamieken van dit model zijn de volgende: 1) het vertrekpunt is de stock van werkkrachten verdeeld in cohorten van geslacht en leeftijdscategorieën van 5 jaar; 2) de nieuwe starters binnen de beroepsbevolking komen uit de gediplomeerden in Australië; 3) de migratie (tijdelijk of permanent) en 4) de netto stroom van vertrekkenden met inbegrip van de tijdelijke en definitieve stromen.

- **De vraag**

  De planning van de vraag baseert zich op het huidige gebruik van de diensten. Geen enkele hypothese met betrekking tot de potentiële vraag of tot de niet geopperde vraag is geformuleerd in dit stadium. Het gebruik van de diensten is geanalyseerd in functie van de cohorten van leeftijd en geslacht en is daarna geprojecteerd in functie van de toekomstige structuur van de bevolking. Het resultaat van de planning wordt dus uitsluitend beïnvloed door de demografische veranderingen van de bevolkingssamenstelling. Deze aanpak is gelijkaardig aan de aanpak in België.

- **De ontwikkeling van scenario's**

  De stakeholders van het klinische milieu (gezondheidsprofessionals die de geneeskunde, de verpleegkundige wetenschappen en de verloskunde vertegenwoordigen) hebben bijgedragen aan de uitwerking van de scenario's. Om te vermijden dat ieder voor zich werkt, heeft het Australische agentschap voor de planning van gezondheidsprofessionals ervoor gekozen scenario's te ontwikkelen voor alle onderzochte beroepen, met name artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen. De analyse van de scenario's werd gebruikt om de potentiële impact te verduidelijken van de politieke opties op het aanbod van en de vraag naar arbeidskrachten.

  De variatie van toegangsparameters in het basismodel leidde tot het opstellen van alternatieve scenario's. De impact van deze scenario's op de beroepsbevolking werd gemeten door het relatieve verschil in vergelijking met het basisscenario. De alternatieve scenario's werden geklasseerd in functie van de politieke opties waaronder ze vallen en omvatten de volgende scenario's:[16]

  - ***Innovatie- en hervormingsscenario's***

    Deze categorie van scenario's probeert de impact te vatten op de toekomstige beroepsbevolking van de gezondheidsprofessionals van een waaier aan innovaties en hervormingen waaronder mogelijke wijzigingen van het zorgmodel, veranderingen van de specifieke competenties van de verschillende professionals, van een daling van de vraag ten gevolge van een verbeterde preventie, van het behoud van professionals ten gevolgde van de verbeterde praktijk en werkomgeving.

    Het productiviteitsscenario

    Dit scenario voorziet in een productiviteitswinst van 5% voor de projectieperiode (2009-2025) verkregen dankzij hervormingen inzake de veranderingen van skill mix (verdeling van de competenties tussen verschillende gezondheidsprofessionals), veranderingen van zorgmodellen en technologische ontwikkelingen.

Het scenario van vraagbeperking

Dit scenario modelleert een beperking van de vraag met 2%, gegenereerd door de hervormingsmaatregelen van de gezondheidszorg en andere systemische veranderingen die het gebruik van de gezondheidsdiensten zouden moeten verminderen.

Het scenario van het behoud of van de verandering van de uitval

Dit scenario wordt enkel voor de verpleegkundigen gebruikt en heeft een impact op het aanbod verpleegkundigen door het aantal blijvende verstrekkers te verbeteren. Daarvoor worden veranderingen in de praktijk en in de werkomgeving gebruikt, zoals de mogelijkheid om in alle geledingen van de verpleegkundige zorgen te werken, maatregelen die het evenwicht privé en werk verbeteren, het beheer van administratieve taken al dan niet gelinkt aan de verpleegkundige praktijk, de professionele en carrièreontwikkeling.

- ***Scenario's inzake migratie***

  Australië is sterk afhankelijk van gezondheidsprofessionals uit het buitenland. Bij vergelijkbare landen van de OECD,[42] is Australië één van de landen die zich het minst kunnen beroepen op nationale opleidingen voor het beantwoorden aan de nood aan arbeidskrachten in de gezondheidssector. Dit scenario bestudeert de impact van een grotere autonomie op het aanbod van zorgverstrekkers.

  De zelfvoorzieningsscenario's

  Deze scenario's beschrijven de resultaten van een overstap naar twee zelfvoorzieningsniveaus: een daling van 50% en van 95% van de migratie in 2025.

- ***Scenario's inzake opleiding***

  Die scenario's bestuderen de groei of de inkrimping van de opleidingsnoden veroorzaakt door de impact van de andere scenario's.

- ***Andere scenario's***

  Deze scenario's bestuderen de impact van andere elementen op het gezondheidssysteem die zowel een impact hebben op het aanbod van als de vraag naar arbeidskrachten.

  Het scenario van de groei van de vraag

  Een groei van de vraag met 2% werd voorzien, bovenop de voorzienbare stijgingen veroorzaakt door de demografische wijzigingen of de incidentie van ziektes.

  Het scenario van het onevenwicht van aanbod en vraag - tekort

  De bevraagde stakeholders zijn het erover eens dat er een tekort is van 5% zorgverstrekkers voor het beginjaar van de projecties. In dit scenario is het inhalen van dit onevenwicht tussen aanbod en vraag voorzien.

  Het scenario van de inkrimping van werkduur

  Dit scenario wordt enkel gebruikt voor de artsen. De inkrimping van werkduur werd aangetoond met een enquête. De gemiddelde werkduur voor artsen werd vastgelegd op 50u/week.

  Het scenario van de groei van het aantal gediplomeerden

  Dit scenario werd enkel ontwikkeld voor de erkende verpleegkundigen (registered nurses). Een jaarlijkse groei van 4% werd opgenomen in de modellering. Deze groei is het resultaat van een analyse van de historische trends.

Het Australische agentschap voor de planning van gezondheidsprofessionals[g] preciseert dat de alternatieve scenario's niet voorspellen wat er zal gebeuren tijdens de projectieperiode tot in 2025, maar ze leveren een schatting van een wenselijk resultaat in functie van een aantal specifieke omstandigheden. De voor de modellering weerhouden scenario's weerspiegelen de potentiële politieke opties van de regering, de industrie en de opleidingssector die de beroepsbevolking beïnvloeden, maar ook de mogelijke interne impact op het gezondheidssysteem.

- **De validatie voor consultatie**

  De onderliggende methodologie, gegevens en hypotheses van het projectiemodel werden ter consultatie voorgelegd gedurende het hele project via:

  - Een technische referentiegroep, samengesteld uit vertegenwoordigers uit de academische wereld, de regering en de gezondheidssector. Zij werden geconsulteerd ter validatie van de onderliggende hypotheses van het projectiemodel, de aanpak ter kwantificatie van de instroom van de opleiding en de gebruikte aanpak voor de modellering van de beroepsbevolking.
  - De methodologische documenten werden voorgelegd voor openbare consultatie.
  - Gestructureerde workshops werden georganiseerd met representatieve organisaties en verstrekkers om de algemene methodologie en de werkhypotheses voor de projecties van het basisscenario voor te leggen.
  - Klinische verantwoordelijken in geneeskunde, verpleegkunde en verloskunde hebben hun expertise ingebracht om de context van de projecties te beschrijven en de alternatieve scenario's uit te werken.

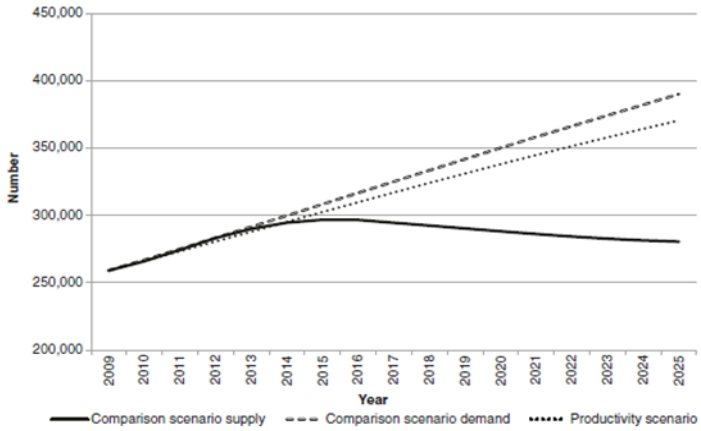
- **Resultaten**

Er werden beperkingen gevonden in de gegevens inzake vroedvrouwen bij de planning van de dienstvraag, waardoor geen andere vraag naar diensten in rekening kon worden gebracht dan de vraag inzake bevalling (dienstverlening bij vroegtijdige zwangerschap, miskramen, enz.). Bovendien kon er geen duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de vroedvrouwen, de verpleegkundigen gediplomeerd in vroedkundige praktijk en de erkende verpleegkundigen die het beroep van vroedvrouw uitoefenen zonder kwalificatie. Rekening houdend met deze beperkingen in gegevens en de variatie van projecties, was de modellering van de beroepsbevolking van vroedvrouwen niet afdoend voor de planning van de workforce. Daarom zijn de voornaamste resultaten voor de modellering van verpleegkundigen ter illustratie van de methode weergegeven in Figuur 16.

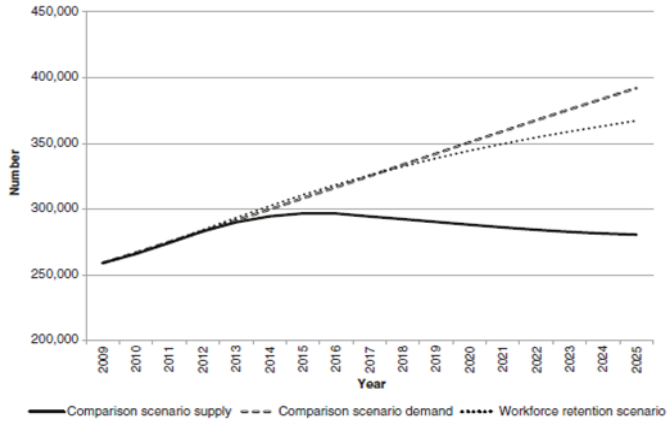
[g] Het Australische agentschap voor de planning van gezondheidsprofessionals werd ontbonden en opgenomen in het Australische Ministerie van Gezondheid

Figuur 17 – Illustraties van de resultaten van de projecties van aanbod van en vraag naar verpleegkundigen – Australië

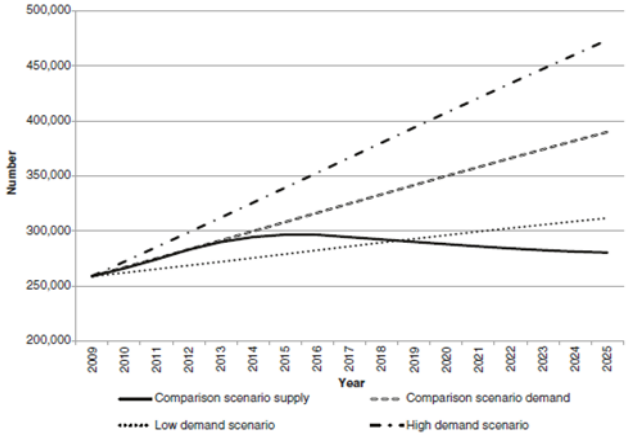
(a) Productiviteitsscenario



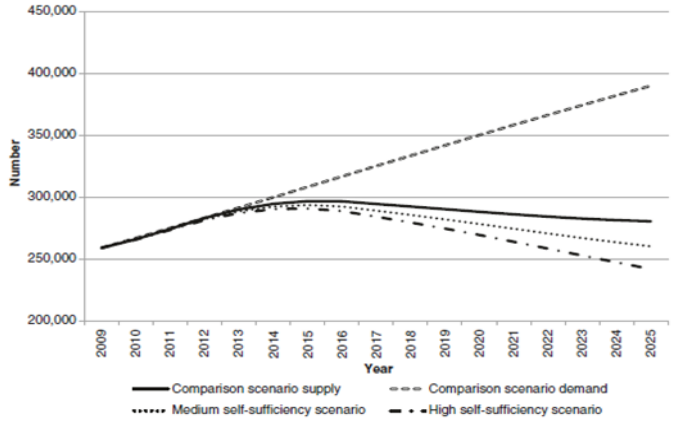
(b) Scenario van het behoud of de verandering van de uitval



(c) Scenario's van hoge en lage vraag



(d) Scenario's van hoge en gemiddelde zelfvoorziening



Bron : Crettenden et al. (2014)[17]

Bijlage 3.4. België

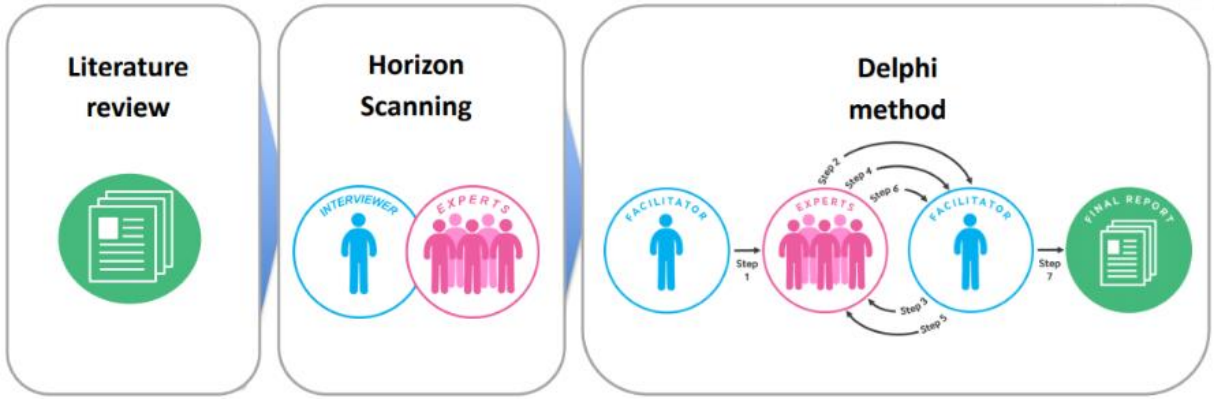
In België werd een eerste prospectieve analyseoefening uitgevoerd binnen het kader van een gemeenschappelijke actie op Europese schaal ('joint action'), om de planning van huisartsen te verbeteren. Zoals Figuur 18 aangeeft, is de keuze van kwalitatieve methodes ter verrijking van het basismodel ingegeven door het evenwicht tussen het te bereiken complexiteitsniveau en de middelen die kunnen worden toegekend aan de planning.

Figuur 18 – Kwalitatieve methodes, middelen en planning gebaseerd op een wiskundig model



De methodologie toegepast op de problematiek van de huisartsenkunde wordt weergegeven in Figuur 19.[43]

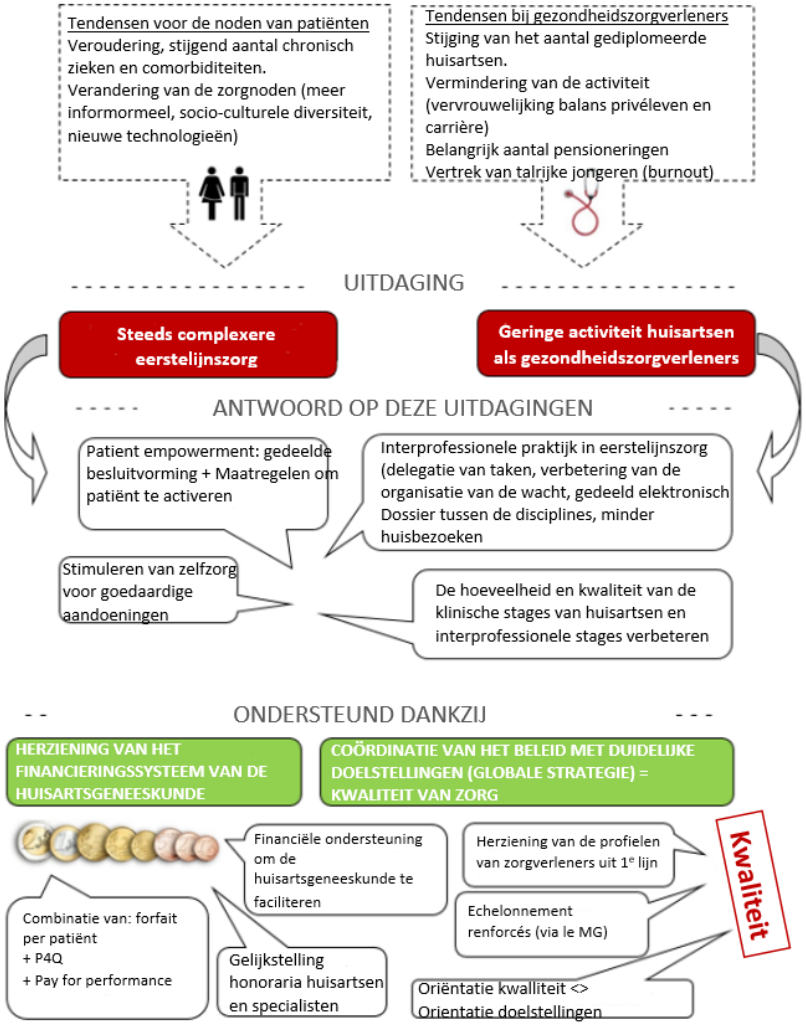
Figuur 19 – Stappen van het pilootproject – Huisartsenkunde – België (2016)



De doelstelling van het literatuuronderzoek was het beschrijven van de huidige beroepsbevolking van huisartsen in België en het identificeren van de belanghebbende domeinen die de beroepsbevolking van huisartsen zouden kunnen beïnvloeden (zie Figuur 20).

De horizon scanning had de doelstelling ideeën in te zamelen die nuttig zouden kunnen zijn voor de planning van de huisartsen bij experts via semi-gestructureerde interviews. De resultaten van de horizon scanning zijn weergegeven in Tabel 35.

Figuur 20 – Synthese van de resultaten van het literatuuronderzoek voor de trends in huisartsenkunde – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde – België



Tabel 35 – Classificatie van de resultaten van de horizon scanning – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde – België

Hoge impact	Verandering in de noden aan gezondheidszorgen: groeiend aantal complexe aandoeningen en vergrijzing.
	Introductie van nieuwe beroepen en aanpassing van het wettelijke kader om multidisciplinaire eerstelijnspraktijken op te zetten.
	Verwachte daling van activiteit (‘aantal werkuren’) van de huisartsen.
	Noodzaak van een horizontale integratie van innovaties bij de wachtdiensten.
	Noodzakelijke evolutie in de richting van een delegatie van de taken en een herdefiniëring van de taken van de huisarts.
	Stijging van de per capita-betaling als vast onderdeel van het verloningsschema voor het verstrekken van geïntegreerde zorgen.
Gemiddelde impact	Hoog aantal huisartsen die op pensioen gaan.
	Uiteenlopende visies tussen Gemeenschappen over het tekort aan huisartsen en ongelijke verdeling over het grondgebied.
	Uitdagingen van de verticale integratie van de relatie tussen huisartsen en specialisten (integratie van de huisarts in het ziekenhuis, wachtdiensten in de nabijheid van de spoeddiensten van de ziekenhuizen of nog de rol van tussenschakel van de huisarts).
	Het elektronisch delen van patiëntdossiers (Sumehr, Vitalink en E-health).
	Responsabilisering van de patiënten tegenover hun eigen gezondheid (beheer van hun gezondheid en kleinere aandoeningen).
	De verschillen in het aantal studenten en de compliance aan de quota tussen de beide taalgemeenschappen.
Lage impact	Gebruik van de technologische middelen door de patiënt die een actievere rol speelt in het bewaken van zijn eigen gezondheid.
	Gebruik van de sociale media als communicatiemiddel met de patiënten.
	De beschikbaarheid van uitrusting aangepast aan multidisciplinaire praktijken blijft een bezorgdheid.

Tot slot werd de Delphi-methode gebruikt om van het kwalitatieve stadium over te stappen naar het stadium van de kwantificatie van de variabelen van het model en van de output ervan. Voor elke parameter hebben de stakeholders, dankzij een Delphi in twee rondes, de verwachte evolutie geschat van de vraag, uitgedrukt in percentages, volgens de leeftijdscategorieën van de bevolking. Ook werden ze gevraagd de verwachte evolutie te schatten van de activiteit van de huisartsen, uitgedrukt in uren/week voor de huisartsen van 45 tot 54 jaar oud.

Tabel 36 – Resultaten van het Delphi Panel – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde – België

Evolutie van de vraag naar huisartsen, uitgedrukt in zorgkosten per capita voor de consultaties, visites en adviezen in ambulante context
"Algemeen hebben de experts geen grote verschillen vermeld in de vraag naar huisartsen tussen vrouwen en mannen. De vraag naar huisartszorg bij vrouwen ligt iets hoger dan bij mannen. Er wordt geen enkele verandering verwacht in de vraag bij de bevolking jonger dan 40 jaar. De mediaanverandering voor de Franstalige gemeenschap ligt iets hoger dan de schattingen van de Nederlandstalige experts. Voor de leeftijdsgroep van 40 tot 65 jaar is er een beperkte stijging voor de Nederlandstalige experts (<5%) en een beduidend hogere voor de Franstalige experts (10% voor mannen / 15% voor vrouwen). De verandering is te verklaren door de preventieve acties en de chronische en mentale aandoeningen die te verwachten zijn binnen die leeftijdsgroep. Tussen 65 en 80 jaar stijgt de vraag zowel voor de Franstalige experts (20%) als voor de Nederlandstalige experts (10%). Die veranderingen zijn te verklaren door de stijging van multipele morbiditeiten. Algemeen ligt de mediaanverandering tussen 15 en 20% voor de leeftijdsgroep van 80 jaar en ouder. De experts wijzen voor deze leeftijdscategorie op een stijgende vraag naar huisbezoeken. De rol van de geriater zou deze cijfers kunnen beïnvloeden. Tijdens de tweede ronde zijn de cijfers die de Nederlandstalige en Franstalige experts naar voor hebben geschoven voor de leeftijdscategorieën van ≤ 40 jaar dezelfde gebleven. Voor 40-65 jaar hebben de Nederlandstalige experts verklaard dat er geen sprake zou zijn van een stijging terwijl de Franstalige experts menen dat de noden van de twee leeftijdscategorieën beduiden hoger liggen. Het verschil tussen de vrouwelijke en mannelijke bevolking verdwijnt echter (12% voor de mannen en 13% voor de vrouwen). De mediaanverandering voor de bevolking tussen 65 en 80 jaar was hoger (+ 14% voor de vrouwen / + 17% voor de mannen) voor de Nederlandstalige experts tijdens de tweede ronde. Voor de Franstalige experts bedroeg de stijging + 23% voor beide geslachten. Algemeen lag de mediaanverandering voor de groep van 80 jaar hoger, tot 25%. Ter conclusie is het moeilijk te antwoorden op deze vraag, zelfs voor experts. Sommigen onder hen hebben aangestipt dat de cijfers sterk beïnvloed zouden kunnen zijn door de rol van sommige specialisten en pediaters."
Activiteit van de huisartsen, uitgedrukt in mediaanactiviteit voor de huisartsen van 45 tot 54 jaar
"In de twee landsdelen schatten de experts dat het aantal werkuren per voltijds equivalent per huisartsen beduidend gaat veranderen. De Franstalige experts voorzien om van de huidige mediaan van 50 uur over te gaan naar een mediaan van 40 uur (tijdens de eerste ronde) en daarna naar een mediaan van 42 uur (tijdens de tweede ronde). De Nederlandstalige experts voorspelden een overgang van een huidige mediaan van 60 uur naar een mediaan van 45 uur (tijdens de eerste ronde) en daarna naar een mediaan van 43 uur (tweede ronde) in 2035. De Nederlandstalige experts menen dat er geen verandering zal zijn in de activiteit van de huisartsen, mannen of vrouwen, van 30 tot 40 jaar. De afname zal significant zijn in de groep van 65 jaar en ouder. Die huisartsen zullen niet op pensioen gaan, maar ze zullen minder werken in 2035 dan hun collega's die nu in die leeftijdscategorie zitten (mediaan = - 20%). De Franstalige experts hebben een iets andere mening. Volgens hen zullen de jonge huisartsen van 30 tot 40 jaar en zij van 40 tot 55 jaar, 55 tot 65 jaar, minder werken dan nu (mediaan van -10%, zowel voor mannen als vrouwen). De afname zal significant zijn in de groep mannen van > 65 jaar (mediaan = - 20%). Er is ook een transitie naar minder administratie en meer andere taken. De patiëntgerelateerde activiteiten blijven min of meer gelijk (mediaan 75%) voor de Nederlandstaligen. Hun Franstalige collega's menen dat de omnipractici dan 20% van hun tijd besteden aan administratie, wat dan zou besteed worden aan patiëntgerelateerde activiteiten en andere activiteiten."

Tabel 37 – Schatting van de toekomstige activiteit van de huisartsen – Pilootproject horizon scanning en Delphi in huisartsenkunde - België

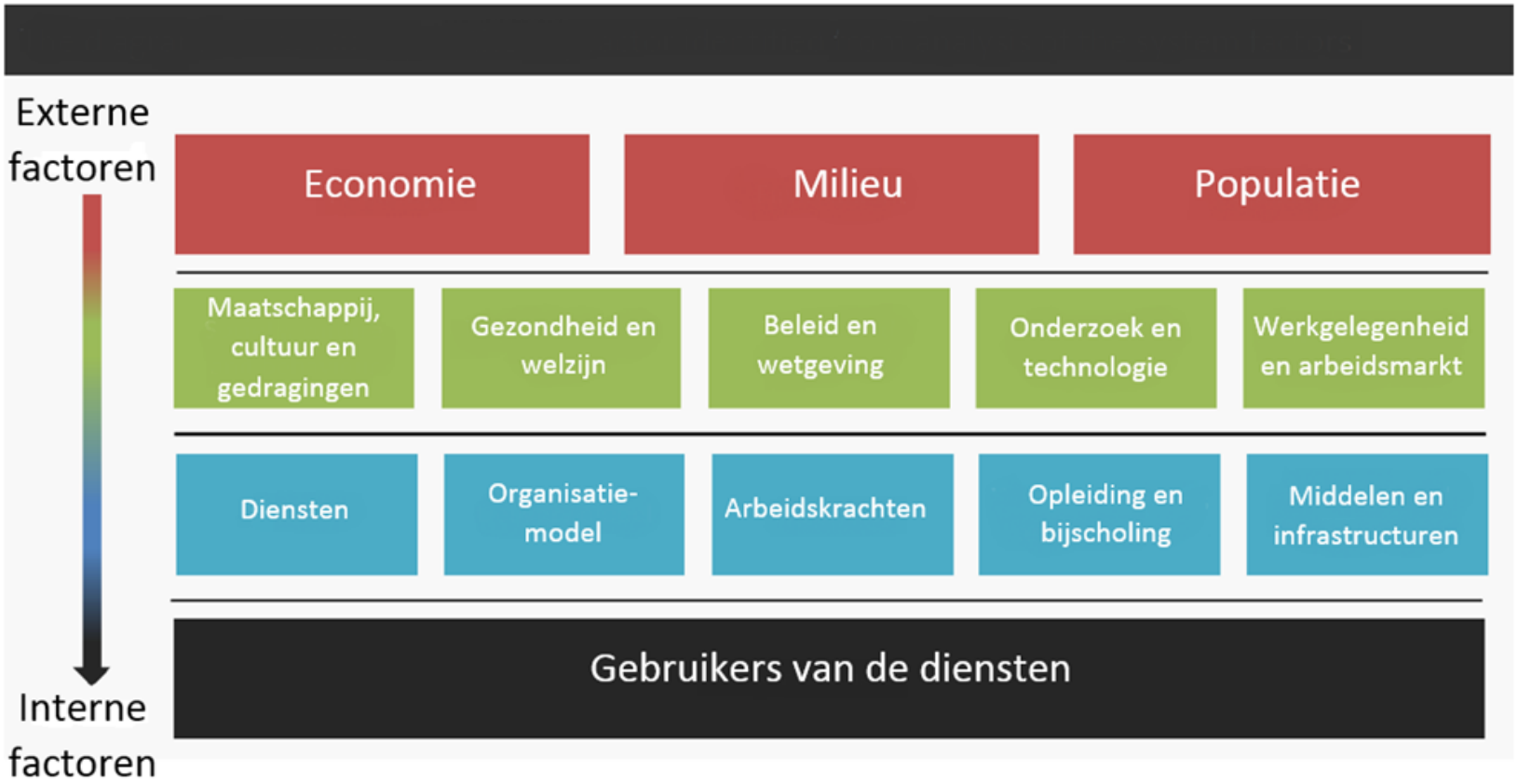
Verwachte verandering, uitgedrukt in uren	Nederlandstalige experts		Franstalige experts	
	Nu	In 2035	Nu	In 2035
Gemiddeld	56	42	55	43
Maximum	60	48	70	50
Mediaan	56	43	54	42
Minimum	46	35	50	40
CONSENSUS	64%	57%	78%	56%

Key Points

- **Hoewel op verschillende manieren toegepast, worden de technieken van horizon scanning en meer bepaald de ontwikkeling van scenario's gebruikt in heel wat landen met een planningsbeleid dat berust op een wiskundig planningsmodel van aanbod van en vraag naar HR in gezondheidszorg.**
- **In de bestudeerde experimenten werden de alternatieve scenario's voor het basisscenario, meestal gebaseerd op historische trends, altijd ontwikkeld door experts bevraagd via kwalitatieve technieken zoals workshops, enquêtes of nog de Delphi-panels. De impact van de alternatieve scenario's op het basisscenario wordt gekwantificeerd door dezelfde technieken.**
- **Er bestaan weinig specifieke modellen voor vroedvrouwen. De voornaamste reden daarvoor is dat het voor sommige landen moeilijk is een duidelijk onderscheid te maken tussen de activiteiten van vroedvrouwen en die van andere professionals zoals verloskundigen of verpleegkundigen.**

BIJLAGE 4. CLASSIFICATIE VAN DE FACTOREN VOLGENS DE TYPOLOGIE VAN WILLIS

Figuur 21 – Conceptueel kader van de thema's die tijdens een horizon scanning betreffende human resources voor de gezondheidszorg aan bod komen



Bron: Aanpassing van Willis et al.(2014)[15]

BIJLAGE 5. CLASSIFICATIE VAN DE FACTOREN PER DOMEIN EN DE GRAAD VAN PERTINENTIE VOOR DE PROJECTIE VAN DE WORKFORCE VAN VROEDVROUWEN

Tabel 38 – Classificatie van de factoren per domein en de graad van pertinentie voor de projectie van de workforce van vroedvrouwen

Nr.	Omschrijving van de factor	Graad van relevantie	Domein
1	Percentage economisch kwetsbare toekomstige moeders	Hoog	Economie
2	Wijziging op nationaal niveau van de opleiding vroedkunde naar een universitair niveau (5 jaar)	Hoog	Opleiding en bijscholing
3	Evolutie van de wettelijke bevoegdheden van vroedvrouwen	Hoog	Organisatie-model
4	Gyneacologische opvolging buiten de zwangerschap door vroedvrouwen	Hoog	Organisatie-model
5	Organisatie van de zorg op basis van Midwifery- led care	Hoog	Organisatie-model
6	Organisatie van de zorg op basis van het model one-to-one care	Hoog	Organisatie-model
7	Invoeren van een nomenclatuurcode voor perineale revalidatie	Hoog	Beleid en wetgeving
8	Invoeren van een nomenclatuurcode voor preconceptuele consultatie	Hoog	Beleid en wetgeving
9	Gebruik en ontwikkeling van Evidence Based Practice door vroedvrouwen	Hoog	Onderzoek en technologie
10	Aantal zwangere vrouwen met diabetes	Hoog	Gezondheid en welzijn
11	Aantal primipare vrouwen	Hoog	Gezondheid en welzijn
12	Aantal multipare vrouwen (>1 & <4)	Hoog	Gezondheid en welzijn
13	Aantal multipare vrouwen met meer dan 4 kinderen	Hoog	Gezondheid en welzijn
14	Aantal vrouwen met een prenatale depressie	Hoog	Gezondheid en welzijn
15	Aantal vrouwen met een postnatale depressie	Hoog	Gezondheid en welzijn
16	Aantal zwaarlijvige zwangere vrouwen	Hoog	Gezondheid en welzijn
17	Morbiditeit van de moeders	Hoog	Gezondheid en welzijn
18	Invoering, erkenning en financiering van nieuwe strukturen (buiten het ziekenhuis) voor het uitvoeren van bevallingen - midwifery led unit	Hoog	Diensten
19	Voorkeur van de moeder om door een vroedvrouw opgevolgd te worden	Hoog	Maatschap., cult. en gedrag.

20	Voorkeur van de moeder om door een gyneacoloog opgevolgd te worden	Hoog	Maatschap., cult. en gedrag.
21	Nood aan gezondheidseducatie voor toekomstige ouders	Hoog	Maatschap., cult. en gedrag.
22	Invoeren van het beroep van kraamhelpster	Hoog	Maatschap., cult. en gedrag.
23	Percentage rehospitalisaties van pasgeborenen	Hoog	Gebruikers van de diensten
24	Percentage rehospitalisaties van moeders	Hoog	Gebruikers van de diensten
25	Tevredenheid van de ouders van de prenatale, perinatale en postnatale begeleiding	Hoog	Gebruikers van de diensten
26	Percentage sociaal kwetsbare toekomstige moeders	Gemiddeld	Economie
27	Verlenging van de opleidingsduur vroedkunde tot 4 jaar (Vlaanderen)	Gemiddeld	Opleiding en bijscholing
28	Erkenning van de bijkomende specialisatie	Gemiddeld	Opleiding en bijscholing
29	Wettelijke verplichting tot deelname aan de wacht	Gemiddeld	Organisatie-model
30	Organisatie van de zorg op basis van het model CenteringPregnancy	Gemiddeld	Organisatie-model
31	Organisatie van de postnatale zorg binnen een multidisciplinair netwerk	Gemiddeld	Organisatie-model
32	Daling van de ligduur in het ziekenhuis na een bevalling	Gemiddeld	Beleid en wetgeving
33	Duur van het ouderschapsverlof voor actieve vroedvrouwen	Gemiddeld	Beleid en wetgeving
34	Invoeren van een beleid van geïntegreerde eerstelijnszorg	Gemiddeld	Beleid en wetgeving
35	Percentage perinatale mortaliteit	Gemiddeld	Populatie
36	Aantal zwangere vrouwen in een ruraal gebied	Gemiddeld	Populatie
37	Aantal zwangerschappen op latere leeftijd (>40 jaar)	Gemiddeld	Populatie
38	Aantal geïmmigreerde vrouwen (culturele verschillen, verschil in houding mbt gezondheid,…)	Gemiddeld	Populatie
39	Aantal vrouwen die fertiliteitstesten ondergaan	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
40	Wijziging van het aantal zwangere vrouwen met diabetes door een verandering in de detectiedrempel	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
41	Aantal zwangere vrouwen met een drugsverslaving	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
42	Aantal zwangere vrouwen met een alcoholverslaving	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
43	Aantal keizersneden	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
44	Aantal premature geboorten (buiten de meerlingzwangerschappen)	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
45	Percentage neonatale morbiditeit	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn

46	Aantal moeders die borstvoeding geven	Gemiddeld	Gezondheid en welzijn
47	Bezetting huisartsen per geografische zone	Gemiddeld	Diensten
48	Bezetting gynaecologen per geografische zone	Gemiddeld	Diensten
49	Opleidingsniveau van de toekomstige moeder	Gemiddeld	Maatschap., cult. en gedrag.
50	Eénoudergezin	Gemiddeld	Maatschap., cult. en gedrag.
51	Aantal zwangere vrouwen die slachtoffer zijn van partnergeweld	Gemiddeld	Maatschap., cult. en gedrag.
52	Aantal zwangere vrouwen die geen dekking hebben van het ziekenfonds	Gemiddeld	Maatschap., cult. en gedrag.
53	Aantal zwangere vrouwen die geen Nederlands of Frans spreekt	Gemiddeld	Maatschap., cult. en gedrag.
54	Groeinorm van het budget voor gezondheidszorg	Laag	Economie
55	Forfaitarisatie van reproductie gerelateerde zorg, startende van de preconceptuele fase tot aan het postpartum	Laag	Economie
56	Uitbreiding van de permanente opleiding	Laag	Opleiding en bijscholing
57	Vroedvrouwen werkzaam op de dienst neonatale intensieve zorgen	Laag	Organisatie-model
58	Invoering van thuis phototherapy	Laag	Organisatie-model
59	Toegang tot medisch begeleide voortplanting voor Europese of andere buitenlandse patiënten	Laag	Organisatie-model
60	Privatisering van de opvolging thuis tijdens het postpartum	Laag	Organisatie-model
61	Invoeren van een nomenclatuurcode voor echografie uitgevoerd door een vroedvrouw	Laag	Beleid en wetgeving
62	Financiering van de eerstelijnszorg door de deelstaten	Laag	Beleid en wetgeving
63	Percentage onwettige immigratie	Laag	Populatie
64	Percentage wettige immigratie	Laag	Populatie
65	Percentage mortaliteit van de moeder	Laag	Populatie
66	Daling van de ziekenhuiscapaciteit (sluiting van bedden en/of materniteiten)	Laag	Middelen en infrastructuren
67	Percentage rokende zwangere vrouwen	Laag	Gezondheid en welzijn
68	Aantal vrouwen die pre-implantatie diagnostiek ondergaan	Laag	Gezondheid en welzijn
69	Aantal vrouwen met genitale verminkingen	Laag	Gezondheid en welzijn
70	Aantal hemoglobinopathieën	Laag	Gezondheid en welzijn

71	Aantal meerlingzwangerschappen	Laag	Gezondheid en welzijn
72	Aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen	Laag	Gezondheid en welzijn
73	Aantal bevallingen zonder enige medische interventie	Laag	Gezondheid en welzijn
74	Rol van vroedvrouwen binnen ONE	Laag	Diensten
75	Rol van vroedvrouwen binnen K&G	Laag	Diensten
76	Impact van de arbeidsvoorwaarden op de gezondheid van zwangere vrouwen en de foetus	Laag	Maatschap., cult. en gedrag.
77	Nieuw samengesteld gezin	Laag	Maatschap., cult. en gedrag.

BIJLAGE 6. LITERATURE REVIEW: MODELS OF PERINATAL CARE

Bijlage 6.1. Midwife-led continuity models compared to doctor-led models of care

Prenatal care can be delivered by different professionals according to their initial training, their level of autonomy and the initiatives they are authorised to take both for the childbearing woman and her baby. Traditionally, one can identify obstetricians, general practitioner and midwives who look after and deliver advises and care for pregnant women. In some situations, nurses and physiotherapists also contribute to prenatal care.

Models of prenatal care differ between countries or between regions in one country. Sometimes, an obstetrician or another doctor is the lead healthcare professional and at other times it is a midwife. Sometimes, the accountability is shared between obstetricians and midwives.[3]

We need to know if these two models, either the midwife-led continuity model or the doctor-led models are equally safe, if they bring benefits to mothers and babies and are well-experienced by the professionals themselves. Ideally, outcomes need to be measured in order to identify optimal models for **routine ante-, intra- and postnatal care** for healthy pregnant women with uncomplicated pregnancies.

Bijlage 6.1.1. Midwife-led continuity models of care (MLCC)

One of the models is called 'the midwife-led continuity model'. According to this model, the midwife is, in partnership with the woman, the lead professional in the planning, organisation and delivery of care given to the pregnant woman starting from the initial booking appointment, up to and including the early days of parenting.[3] The midwife is accountable for assessment of the woman' needs, planning her care, referral to other professionals as appropriate, and for ensuring provision of maternity services. MLCC aim to provide care in either community or hospital settings, usually to healthy women with uncomplicated or 'low risk' pregnancies. In some models, midwives provide continuity of midwifery care to all women from a defined geographical location, acting as lead professional for women whose pregnancy and birth is uncomplicated, and continuing to provide midwifery care to women who experience medical and obstetric complications in partnership with other professionals.

Some models of MLCC to a defined group of women through a team of midwives sharing a caseload, often called 'team' midwifery. Thus, a woman will receive her care from a number of midwives in the team, the size of which can vary. Other models, often termed 'caseload midwifery', aim to offer greater relationship continuity, by ensuring that childbearing women receive their ante-, intra- and postnatal care from one midwife or her/his practice partner.[3]

Bijlage 6.1.2. Doctor-led and shared models of care

Other models of care include the following:[3]

(a) Obstetrician-provided care. This is common in Belgium, in France but also in North America, where obstetricians are the primary providers of antenatal care for most childbearing women. An obstetrician (not necessarily the one who provides antenatal care) is present for the birth, and nurses or midwives provide intrapartum and postnatal care.

(b) Family doctor-provided care, with referral to specialist obstetric care as needed. Obstetric nurses or midwives provide intrapartum and immediate postnatal care but not at a decision-making level, and a medical doctor is present for the birth.

(c) Shared models of care, where responsibility for the organisation and delivery of care, throughout initial booking to the postnatal period, is shared between different health professionals.

At various points during pregnancy, childbirth, and the postnatal period, responsibility for care can shift to a different provider or group of providers. Care is often shared by family doctors and midwives, by obstetricians and midwives, or by providers from all three groups.

In some countries (e.g. Canada and The Netherlands), the midwifery scope of practice is limited to the care of women experiencing uncomplicated pregnancies, while in other countries (e.g. United Kingdom, France, Australia and New Zealand), midwives provide care to women who experience medical and obstetric complications in collaboration with medical colleagues. In addition, maternity care in some countries (e.g. Republic of Ireland, Iran and Lebanon), is predominantly provided by a midwife but is obstetrician-led, in that the midwife might provide the actual care, but the obstetrician assumes overall responsibility for the care provided to the woman throughout her ante-, intra- and postpartum periods.

Bijlage 6.1.3. Comparison between models of care

A Cochrane systematic review and meta-analysis was conducted aiming to compare MLCC with other models of care for childbearing women and their infants.[3]

Authors identified 15 studies involving 17 674 mothers and babies (search date 25 January 2016; Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials). Included studies were conducted in the public health systems in Australia, Canada, Ireland and the United Kingdom with variations in model of care, risk status of participating women and practice settings. All trials included licensed midwives, and none included lay or traditional midwives. The review included trials that compared midwife-led continuity of care given both during the antepartum and the intrapartum period with other models of care, which involved obstetricians or family physicians, or both, collaborating with nurses and midwives in a variety of organisational settings. Four studies assessed a caseload model of care and 10 studies a team model of care. Levels of continuity of care were measured (as the proportion of births attended to by a known caregiver), and were in the ranges of 63–98% for MLCC and 0–21% for other models.

Women were included if they were at low risk of complications or at increased risk, without currently experiencing problems. All the trials involved professionally-qualified midwives and no trial included models of care that offered home birth. Seven key outcomes were assessed using the GRADE methodology: preterm birth (birth before 37 weeks of pregnancy); the risk of losing the baby in pregnancy or in the first month after birth; spontaneous vaginal birth (when labour was not induced and birth not assisted by forceps); caesarean birth; instrumental vaginal birth (births using forceps or ventouse); whether the perineum remained intact, and use of regional analgesia (such as epidural). All primary outcomes were graded as of high quality.

Critical outcomes related to the birth

The main benefits were that women who received midwife-led continuity of care were less likely to have an epidural (RR 0.85; 95% CI 0.78 to 0.92; participants = 17 674; studies = 14; high quality). In addition, fewer women had instrumental vaginal births (RR 0.90, 95% CI 0.83 to 0.97; participants = 17 501; studies = 13; high quality). Women's chances of a spontaneous vaginal birth were also increased (RR 1.05, 95% CI 1.03 to 1.07; participants = 16 687; studies = 12; high quality). Women were less likely to experience preterm birth (RR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.91; participants = 13 238; studies = 8; high quality), and they were also at a lower risk of losing their babies before and after 24 weeks plus or during the birth (RR 0.84, 95% CI 0.71 to 0.99; participants = 17 561; studies = 13; high quality evidence). However, there was no difference in the number of caesarean births or intact perineum reported in both models.[3]

Secondary outcomes related to the birth

For the secondary outcomes, women who had MLCC were less likely to experience amniotomy (RR 0.80, 95% CI 0.66 to 0.98; participants = 3 253; studies = 4), episiotomy (RR 0.84, 95% CI 0.77 to 0.92; participants = 17 674; studies = 14) and fetal loss less than 24 weeks and neonatal death (RR 0.81, 95% CI 0.67 to 0.98; participants = 15 645; studies = 11). Women who had MLCC were more likely to experience no intrapartum analgesia/anaesthesia (average RR 1.21, 95% CI 1.06 to 1.37; participants = 10,499; studies = 7), have a longer mean length of labour (hours) (mean difference (MD) 0.50, 95% CI 0.27 to 0.74; participants = 3 328; studies = 3) and more likely to be attended at birth by a known midwife (RR 7.04, 95% CI 4.48 to 11.08; participants = 6 917; studies = 7).[3]

There were no differences between groups for fetal loss equal to/after 24 weeks and neonatal death, induction of labour, antenatal hospitalisation, antepartum haemorrhage, augmentation/artificial oxytocin during labour, opiate analgesia, perineal laceration requiring suturing, postpartum haemorrhage, breastfeeding initiation, low birthweight infant, five-minute Apgar score less than or equal to seven, neonatal convulsions, admission of infant to special care or neonatal intensive care unit(s) or in mean length of neonatal hospital stay (days).[3]

The majority of included studies reported narratively a higher rate of maternal satisfaction in MLCC.[3] Similarly, there was a trend towards a cost-saving effect for midwife-led continuity care compared to other care models. Unfortunately, no additional outcomes were measured to evaluate the prenatal management of the childbearing women.[3]

Comparison between caseload model of care and team model of care

Four trials compared a caseload model of care (defined as one midwife carrying responsibility for a defined caseload of women in partnership with a midwife partner) with other models of care. Caseload sizes differed between studies, from 32 to 45 women per midwife per year.[3]

Globally, there was no evidence of a difference between the caseload and team subgroups for any of the outcomes under investigation except a small differences between subgroups for regional analgesia.

Bijlage 6.1.4. Midwife-led continuity models of care: impact on human resources and organisation of care

The World Health Organisation recommended in 2016 the implementation of midwife-led continuity-of-care models for pregnant women in settings with well-functioning midwifery programmes.[39]

However, WHO reminds that some precautions are needed before adopting a new model of care:[39]

- Decision-makers in countries or regions *without* well-functioning midwife programmes should consider implementing this model only after having successfully assessed and increased the number and skill level of practising midwives. Moreover, stakeholders may wish to envisage different ways of providing continuous care through other care providers, because continuity of care is valued by women.
- The monitoring of human resource use as well as provider burnout and workload is essential to conclude whether caseload or team care models are more sustainable in individual settings.
- This model requires the availability of sufficient midwives (numbers and skills) to ensure the continuity of care for a limited number of women throughout pregnancy and during childbirth. The whole health system needs to have a sufficient number of midwives to maintain acceptable caseloads.
- The introduction of such model of care will lead to a major transformation in the roles and responsibilities of midwives as well as other health-care professionals (obstetricians, family doctors) who have previously been in charge of antenatal and postnatal care. Before introducing such organisational change, all relevant stakeholders will ideally be consulted and human resources departments of clinics and hospitals involved. Consultation with relevant professional organizations could also support the implementation process.
- The need for additional one-off or continuing training and education should be assessed, and should be provided where necessary.

Bijlage 6.1.5. Comparison between midwifery units and obstetric units

An additional randomized controlled trial compared low-risk women satisfaction with intrapartum care in a midwifery unit and an obstetric unit within the same hospital in Norway.[44]

In Norway five large obstetric clinics have established alongside midwifery units. Midwifery units intend to present an alternative setting for women with low risk of complications during labour. The design of the low-risk birth care units is often a homelike environment with medical and technical equipment on a low or a moderate level. The midwifery unit is dedicated to healthy women with low risk of complications who want a normal labour without interventions. The unit does not offer epidural analgesia nor augmentation with oxytocin. Obstetricians are not present, but will come when called for. Women who need extended surveillance or medical pain relief are transferred to the obstetric unit that offers extended surveillance, epidural analgesia and instrumental vaginal deliveries. Antenatal care is provided by midwives in primary care; however no continuity of care is offered at the midwifery unit nor at the obstetric unit.

Women randomized to the midwifery unit were significantly more satisfied with intrapartum care than those randomized to the obstetric unit (183 versus 176 of maximum 204 scoring points, mean difference 7.2, p = 0.002); the difference is quite small and its clinical relevance is unclear. No difference was found between the units for women who had an obstetrician involved during labour or delivery.[44]

- Midwife-led care for low-risk women has the capacity to meet the needs of the mothers and infants it serves; for some outcomes, it may serve their needs better than physician-led care.[45]
- Models of care under study are equally safe for healthy women with uncomplicated pregnancies; both models are equivalent in terms of quality of care delivered.
  - Women who received midwife-led continuity of care were on average less likely to experience instrumental birth (regional analgesia, episiotomy, and use of forceps or ventouses) compared to women who received other models of care without detriment to outcomes.
  - Women who received midwife-led continuity of care were on average more likely to experience spontaneous vaginal birth and to be attended at birth by a known midwife but a longer mean length of labour.
  - No differences in caesarean birth rates were reported between both groups.
- Such benefits and positive outcomes are conferred when midwives provide intrapartum care in hospital settings and also where midwives provide continuity through pregnancy and childbirth.
- More research is needed on non-physical outcomes such as satisfaction and breastfeeding initiation.
- More research is needed before applying the findings of this review to women with substantial medical or obstetric complications.
- The adoption of midwife-led continuity of care requires settings with well-functioning midwifery programmes (sufficient numbers of well-trained midwives, shift in roles and responsibilities between midwives and other care providers for the management of antenatal and postnatal care).

Bijlage 6.2. Individual antenatal care compared to use of a group model

In most Western countries, the predominant model of antenatal care involves a schedule of individual visits with a midwife, an obstetrician or a general practitioner (GP) in a hospital or another clinic setting. An alternative way of providing pregnancy care involves use of a group model rather than a one-to-one approach. Group antenatal care is provided by a midwife or an obstetrician to groups of eight to 12 women of similar gestational age. Groups meet eight to 10 times during pregnancy at the usual scheduled visits, with sessions running for 90 to 120 minutes.[46]

Bijlage 6.2.1. Traditional individual antenatal care

Traditionally the model of prenatal care involves a longer first visit including a complete history and examination, followed by an average of 6 to 9 short, private visits with a clinician, most often an obstetrician, less frequently a midwife. Prenatal care providers are experiencing pressure to consult an increasing number of women, who are receiving shorter appointments compared to longer wait times. Due to the limited time devoted to every individual patient, answering questions and providing counselling on health behaviours is often limited.[47]

Bijlage 6.2.2. Group antenatal care

Group antenatal care are based on some intuitive principles, which assert that care is most effectively and efficiently provided in groups and that learning and support are enhanced. Indeed, group prenatal care provides significantly more contact with providers (from two hours across pregnancy in individual care to 20 h in group), provides support services, and is integrated to answer to complex needs of pregnant women. Advantages of group interventions include, but are not limited to: enhanced learning and skills development, attitude change and motivation, higher insight through sharing of common experiences, and social support. In turn, groups facilitate development of new community norms for health enhancing behaviours.

Usually in the group practices, antenatal care is provided by a midwife, an obstetrician or another maternity care provider in this group setting. Physical assessments such as fundal height and fetal heart rate take place in the group room but are undertaken as an individual assessment alongside the group to maintain privacy. Groups integrate the usual antenatal assessment with information, education and peer support. Emphasis is placed on engaging women more fully in their own health assessments. Women with issues of high risk during pregnancy receive concurrent care provided by a specialist obstetrician or physician, in addition to attending group sessions.

Group antenatal care has been developed in the USA in a model known as CenteringPregnancy, developed by Sharon Schindler Rising (Rising 1998). CenteringPregnancy, as one model of group antenatal care, allows increased time in antenatal care, with women receiving between 12 and 20 hours of care in a group setting compared with an estimated two to three hours (eight to 10 visits of 15 to 20 minutes' duration) during conventional antenatal care. This would be likely to result in increased education about pregnancy, childbirth and early parenting, which in turn may affect perinatal outcomes.[46] Group antenatal care is currently implemented in over 300 settings in the United States, Canada, the United Kingdom, and Sweden.[48]

Bijlage 6.2.3. Comparison between models of care

A Cochrane systematic review and meta-analysis was conducted aiming to compare the effects of group pregnancy care versus conventional individual pregnancy care on psychosocial, physiological, labour and birth outcomes for women and their babies as well as on care provider satisfaction.[46] Four randomised controlled trials (involving 2350 women) were included: two were undertaken in the USA, one in Sweden and one in Iran. This review included models of Centering-Pregnancy, as well as other models that provide antenatal care in a group setting. The overall risk of bias for the included studies was assessed as acceptable in two studies and good in two studies.

No differences were observed between women who received group pregnancy care and those given one-to-one care in terms of important pregnancy outcomes such as preterm birth (RR 0.75, 95% CI 0.57 to 1.00; three trials; N = 1888), low birthweight (RR 0.92, 95% CI 0.68 to 1.23; three trials; N = 1935) or perinatal mortality (RR 0.63, 95% CI 0.32 to 1.25; three trials; N = 1943). Women who attended group pregnancy care were no more likely to initiate breastfeeding than those receiving individual care. In one trial, women who attended group pregnancy care rated their satisfaction as similar to women receiving individual care (mean difference 4.90, 95% CI 3.10 to 6.70; one study; N = 993: the 5 point difference is not clinically meaningful on the scale used). Numerous outcomes related to stress and depression were reported in one trial. No differences between groups were observed for any of these outcomes.[46]

Bijlage 6.2.4. Group antenatal care: acceptability and feasibility issues

The World Health Organisation (2016) recommended that group antenatal care provided by qualified health-care professionals may be offered as an alternative to individual antenatal care for pregnant women in the context of rigorous research, depending on a woman's preferences and on the availability of the infrastructure and resources for delivery of group antenatal care.[39]

However, WHO highlighted some organisational issues:[39]

- Because allocation to groups is ideally performed according to gestational age, manageable sized groups need to be composed.
- Appropriate facilities to deal with group sessions will be accessible to healthcare providers, including large, well ventilated rooms or spaces with adequate seating. Private rooms should be available for examinations, and opportunities should be offered for private conversations.
- Group antenatal care require longer sessions than individual antenatal care, and this may pose practical problems for some women in terms of work and childcare. A variety of time slots should be offered for group sessions (morning, afternoon, evening) and individual care needs to remain available.
- Group antenatal care may be associated with lower provider costs due to increased productivity and efficiency; e.g. health-care providers avoid to repeat advice to each woman individually. However, training and supervising health-care providers to conduct group based counselling and participatory discussions may also be costly.
- Generally, women appreciate group sessions since they offer opportunities to build relationships with other pregnant women and to share their experiences. Longer sessions delivered by unhurried care providers are particularly appreciated, but for some women this time commitment is seen as a barrier to attend group sessions. The lack of privacy is also a concern for some women who prefer individual format and the presence of their partner. Providers are also satisfied about the efficiency of the group format and the opportunity offered to ensure the continuity of care.

BIJLAGE 7. GEBRUIKTE CODES IN HET KWANTIFICERINGSMODEL

Tabel 39 – RIZIV nomenclatuurcodes voor bevallingen

Code de nomenclature	Libellé
422225	Toezicht op en de uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw, op een werkdag
423500	Toezicht op en de uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw, in het weekend of op een feestdag
422656	Verlossing verricht door een vroedvrouw thuis, op een werkdag
422671	Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie op een werkdag
423651	Verlossing verricht door een vroedvrouw thuis, in het weekend of op een feestdag
423673	Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie, in het weekend of op een feestdag
423010	Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie – ambulant
423021	Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie – gehospitaliseerd
424012	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie – ambulant
424023	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie – gehospitaliseerd
424093	Verlossing door keizersnede – ambulant
424104	Verlossing door keizersnede – gehospitaliseerd

Tabel 40 – APR-DRG codes die de bevallingen identificeren

APR-DRG	Libellé
540	Keizersnede
541	Vaginale bevalling met sterilisatie en/of dilatatie en curettage
542	Vaginale bevalling met ingrepen, behalve sterilisatie en/of dilatatie en curettage
560	Vaginale bevalling

Tabel 41 – ATC codes die de detectie van comorbiditeiten toelaten

ATC Codes	Drempel DDD*	Comorbiditeit
A10A / A10B	> 30[$]	Diabetes
C02 / C03 / C04 / C07 / C08/ C09	> 180[$]	Hypertensie
B01A	> 90	Trombose
B02BD	> 0	Stollingsproblemen
R03AA / R03AB / R03AC / R03AH / R03AK / R03BA / R03DC01 / R03DC03	> 80[$]	Astma
L04AA11 / L04AA12 / L04AA13 / L04AA17 / A07EC01 / A07EC02	> 0	Reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa
J05AE / J05AF / J05AG/ J05AX	> 0	HIV
L03AB04 / L03AB05 / L03AB10 / J05AB04	> 0	Chronische hepatitis B en C
L03AB07 / L03AB08 / L03AX13	> 0	Multiple sclerose
N03	> 0	Epilepsie
H03	> 90	Schildklieraandoeningen
L04AA01 / L04AA05 / L04AA06 / L04AA10	> 0	Immunosuppressie na transplantatie
R03	> 80[$]	Respiratoire aandoeningen
N04 / N05	> 0	Neurologische aandoeningen
N06 / N07	> 90	Neurologische aandoeningen

** DDD (defined daily dose) is de dagelijkse onderhoudsdosis van een geneesmiddel, toegediend bij volwassenen voor zijn voornaamste indicatie.*[49]
[$] De drempels zijn gebaseerd op de resultaten van Vrijens et al. (2016)[50]

Tabel 42 – RIZIV nomenclatuurcodes die de diabetes paspoorten en conventies identificeren

Nomenclatuur code	Label
102852	Opvolging van een patiënt met diabetes mellitus type 2 volgens het zorgprotocol opgemaakt door het Verzekeringscomité
109594	Medische huizen: Opvolging van een patiënt met diabetes mellitus type 2 volgens het zorgprotocol opgemaakt door het Verzekeringscomité
107015	Forfaitair honorarium betaalbaar aan de huisarts voor het eerste jaar van een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2
107052	Forfaitair honorarium betaalbaar aan de huisarts voor het tweede, derde en vierde jaar van een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2
107030	Forfaitair honorarium betaalbaar aan de geneesheer-specialist voor het eerste jaar van een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2
107074	Forfaitair honorarium betaalbaar aan de geneesheer-specialist voor het tweede, derde en vierde jaar van een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2

Tabel 43 – RIZIV nomenclatuurcodes die de individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen voor risicobevallingen identificeren

Nomenclatuurcode	Label
422870	Individuele verloskundige zitting thuis in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, op een werkdag
428175	Individuele verloskundige zitting in het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, op een werkdag
428190	Individuele verloskundige zitting niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, op een werkdag
422892	Individuele verloskundige zitting thuis in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, in het weekend of op een feestdag
428212	Individuele verloskundige zitting in het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, in het weekend of op een feestdag
428234	Individuele verloskundige zitting niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, in het weekend of op een feestdag
422074	Individuele verloskundige zitting ingeval van risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer, specialist voor verloskunde. Het aantal, de frequentie en de plaats van deze zittingen worden door de geneesheer specialist uitdrukkelijk op het voorschrift vermeld

Tabel 44 – RIZIV nomenclatuurcodes die de aanwezigheid van een pediater op voorschrift identificeren

Nomenclatuurcode	Label
474515	Effectieve aanwezigheid in de verloskamer aan het einde van de weeën en op het ogenblik van de uitdrijving en ten laste neming van de pasgeborene, in geval van risicozwangerschap, op voorschrift van de verloskundige, van een geneesheer voor kindergeneeskunde, per pasgeborene – ambulant
474526	Effectieve aanwezigheid in de verloskamer aan het einde van de weeën en op het ogenblik van de uitdrijving en ten laste neming van de pasgeborene, in geval van risicozwangerschap, op voorschrift van de verloskundige, van een geneesheer voor kindergeneeskunde, per pasgeborene – gehospitaliseerd

Tabel 45 – RIZIV nomenclatuurcodes die de individuele verloskundige consultaties door vroedvrouwen identificeren

Nomenclatuurcode	Label
422030	Eerste individuele verloskundige zitting thuis
428072	Vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten
428094	Eerste individuele verloskundige zitting in het ziekenhuismilieu
422052	Individuele verloskundige zitting thuis
428131	Individuele verloskundige zitting in het ziekenhuismilieu
428153	Individuele verloskundige zitting niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu
422870	Individuele verloskundige zitting thuis in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, op een werkdag
422074	Individuele verloskundige zitting ingeval van risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer, specialist voor verloskunde. Het aantal, de frequentie en de plaats van deze zittingen worden door de geneesheer specialist uitdrukkelijk op het voorschrift vermeld
428116	Eerste individuele verloskundige zitting niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu
428175	Individuele verloskundige zitting in het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, op een werkdag
428190	Individuele verloskundige zitting niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, op een werkdag
422892	Individuele verloskundige zitting thuis in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, in het weekend of op een feestdag

428212	Individuele verloskundige zitting in het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, in het weekend of op een feestdag
428234	Individuele verloskundige zitting niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu in geval van een risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde, in het weekend of op een feestdag

Tabel 46 – RIZIV nomenclatuurcodes die de consultaties ter voorbereiding van de geboorte en de voorbereiding op het ouderschap door vroedvrouwen identificeren

Nomenclatuur	Label
422096	Individuele voorbereiding thuis
428374	Individuele voorbereiding in het ziekenhuismilieu
428396	Individuele voorbereiding niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuis
422111	Collectieve voorbereiding van 2 tot 5 zwangere vrouwen in het ziekenhuismilieu, per zwangere vrouw
428411	Collectieve voorbereiding van 2 tot 5 zwangere vrouwen niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu, per zwangere vrouw
422133	Collectieve voorbereiding van 6 tot 10 zwangere vrouwen in het ziekenhuismilieu, per zwangere vrouw
428433	Collectieve voorbereiding van 6 tot 10 zwangere vrouwen niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu, per zwangere vrouw

Tabel 47 – RIZIV nomenclatuurcodes die de prestaties voor toezicht en postnatale en ambulatoire zorg door vroedvrouwen identificeren

Nomenclatuurcodes	Label
422435	Postnataal toezicht en verzorging thuis vanaf de zesde dag van het postpartum, per dag
422450	Postnataal toezicht en verzorging thuis, per dag,
422472	Postnataal toezicht en verzorging thuis bij verwikkelingen, per dag
422774	Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de eerste en/of de tweede en/of de derde dag volgend op de dag van de verlossing, per dag, op een werkdag
422796	Postnataal toezicht en verzorging thuis op de dag van de verlossing, op een werkdag
422914	Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vierde dag volgend op de dag van de verlossing, op een werkdag

422936	Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vierde dag volgend op de dag van de verlossing, in het weekend of op een feestdag
422951	Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vijfde dag volgend op de dag van de verlossing
423776	Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de eerste en/of de tweede en/of de derde dag volgend op de dag van de verlossing, per dag, in het weekend of op een feestdag
423791	Postnataal toezicht en verzorging thuis op de dag van de verlossing, in het weekend of op een feestdag
428492	Postnataal toezicht en verzorging in het ziekenhuismilieu vanaf de zesde dag van het postpartum, per dag
428514	Postnataal toezicht en verzorging niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu vanaf de zesde dag van het postpartum, per dag
428654	Postnataal toezicht en verzorging in het ziekenhuismilieu, per dag
428676	Postnataal toezicht en verzorging niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu, per dag
428691	Postnataal toezicht en verzorging in het ziekenhuismilieu bij verwikkelingen, per dag
428713	Postnataal toezicht en verzorging niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu bij verwikkelingen, per dag

Tabel 48 – RIZIV nomenclatuurcodes die de consultaties die de consultaties door vroedvrouwen rond borstvoeding identificeren

Nomenclatuurcode	Label
422811	Eerste raadpleging omtrent borstvoeding thuis, op een werkdag
422833	Eerste raadpleging omtrent borstvoeding thuis, in het weekend of op een feestdag
422855	Opvolgingsraadpleging omtrent borstvoeding thuis
428536	Eerste raadpleging omtrent borstvoeding in het ziekenhuismilieu, op een werkdag
428551	Eerste raadpleging omtrent borstvoeding niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu, op een werkdag
428573	Eerste raadpleging omtrent borstvoeding in het ziekenhuismilieu, in het weekend of op een feestdag
428595	Eerste raadpleging omtrent borstvoeding niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu, in het weekend of op een feestdag
428610	Opvolgingsraadpleging omtrent borstvoeding in het ziekenhuismilieu
428632	Opvolgingsraadpleging omtrent borstvoeding niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu