

De verloskunde *voorbij* de tweesprong

Sicco Scherjon, hoofd onderafdeling Obstetrie UMCG



nederlandse verloskunde

- hoog percentage thuisbevallingen
- hoog percentage door de verloskundige begeleide partus
- geen verwaarloosde subcultuur; bevoorrecht
- verloskundigen bevoegdheid *zelfstandig* de verloskunde uit te oefenen; niet alleen artsen

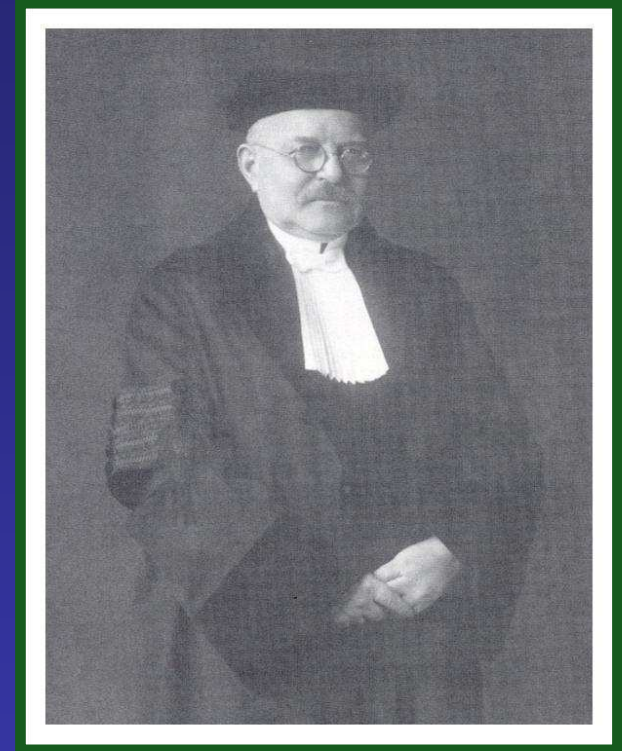
adagium:

normale geboorteprocés hoort niet thuis bij de geneeskunde



“Laat ik dan dadelijk
zeggen, dat er nog altijd
geen middelen zijn
gevonden om een
normale bevalling te
verbeteren.

Aan pogingen daartoe
heeft het intusschen
niet ontbroken.....”



Prof Klaas de Snoo (1877-1949)
Afscheidscollege 16 december 1947



nederlandse verloskunde

- hoog percentage thuisbevallingen
- geen verwaarloosde subcultuur; bevoorrecht
- verloskundigen bevoegdheid *zelfstandig* de verloskunde uit te oefenen; niet alleen artsen

adagium:

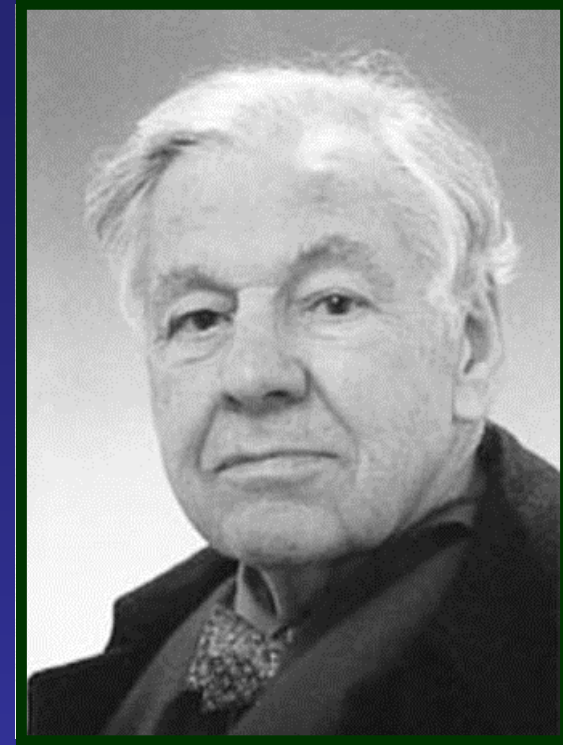
normale geboorteprocés hoort niet thuis bij de geneeskunde

- aanzienlijk deel barende behoeft geen medische interventie
- risico selectie is mogelijk; PNZ sedert 1880 - (WKL; VIL)
- overdracht naar de 2^e lijn kan er bijhoren



selectie kan / kon

- Schotland P St thuis 78 % vs 12% in het ziekenhuis
- Wormerveer studie: 3.9 % vs 58.6%
- waarschuwt voor een technologische –medicamenteuze-benadering, waarbij individualiteit van de barende ondergeschikt dreigt te geraken



Prof Gerrit Jan Kloosterman
(1915-2004)

“.....vrouwen met een normale zwangerschap behoren niet in het ziekenhuis bij de gynaecoloog te bevallen....”





de verloskundige *nog steeds* op een tweesprong

handhaven we de selectie en steunen we de keuze
mogelijkheid met verloskundigen met een
zelfstandige verantwoordelijkheid

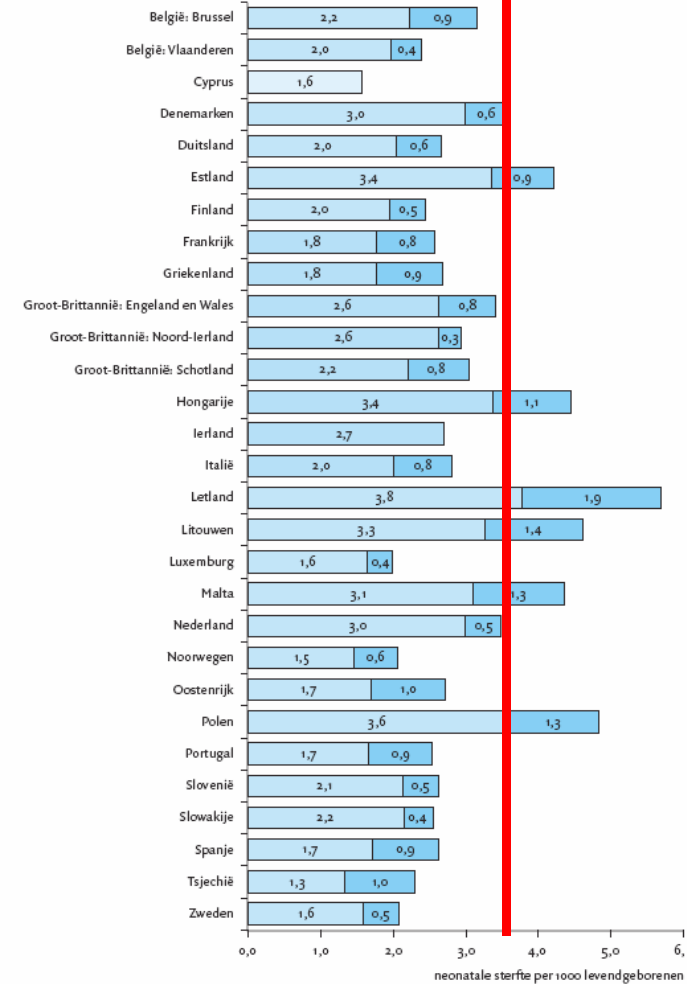
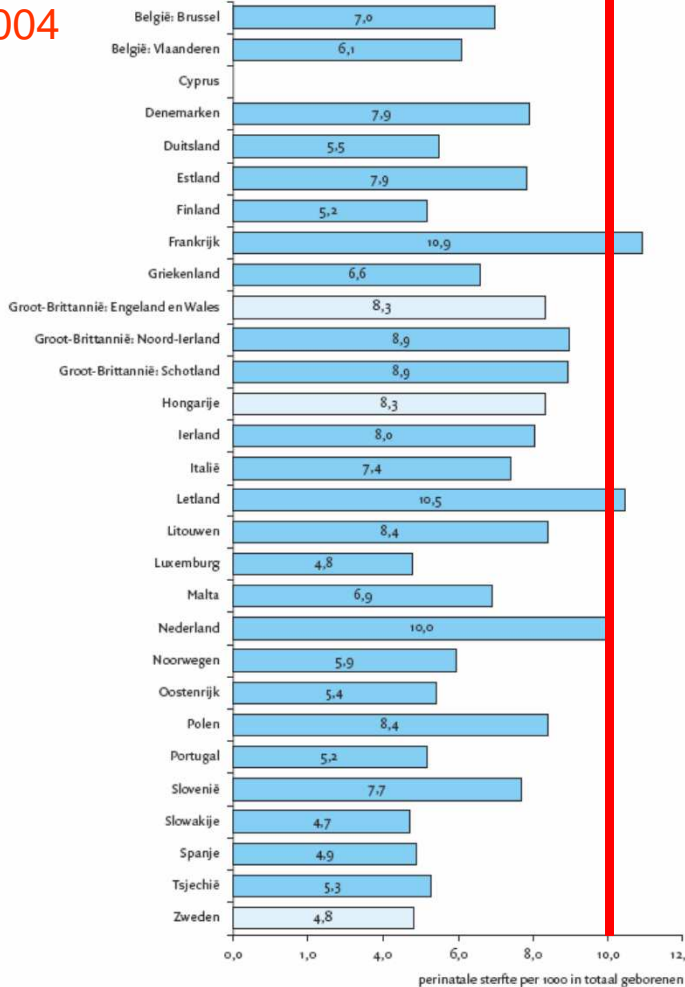
òf

hospitaliseren we



perinatale sterfte in Nederland

2004



brief van de minister

Secr. Ned. Ver. Obst. Gyn.	
Ontv: 14-6-2011	
Ref: I11-082	
Act: BV 15-6-2011	nagekomen stuk.

> Retouradres Parnassusplein 5 2511 VX Den Haag

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
T.a.v. de heer Prof. dr. Theo (TH.J.M.) Helmerhorst,
voorzitter
Postbus 20075
3502 LB Utrecht

Datum - 9 JUNI 2011
Betreft 24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis

Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Eerstelijns- en Ketenzorg
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 98 34
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
M.P. Hink
Beleidsmedewerker
T 070 340 79 11
mp.hink@minvws.nl

Kenmerk
CZ/EKZ 3059272

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,


mw. drs. E.I. Schippers



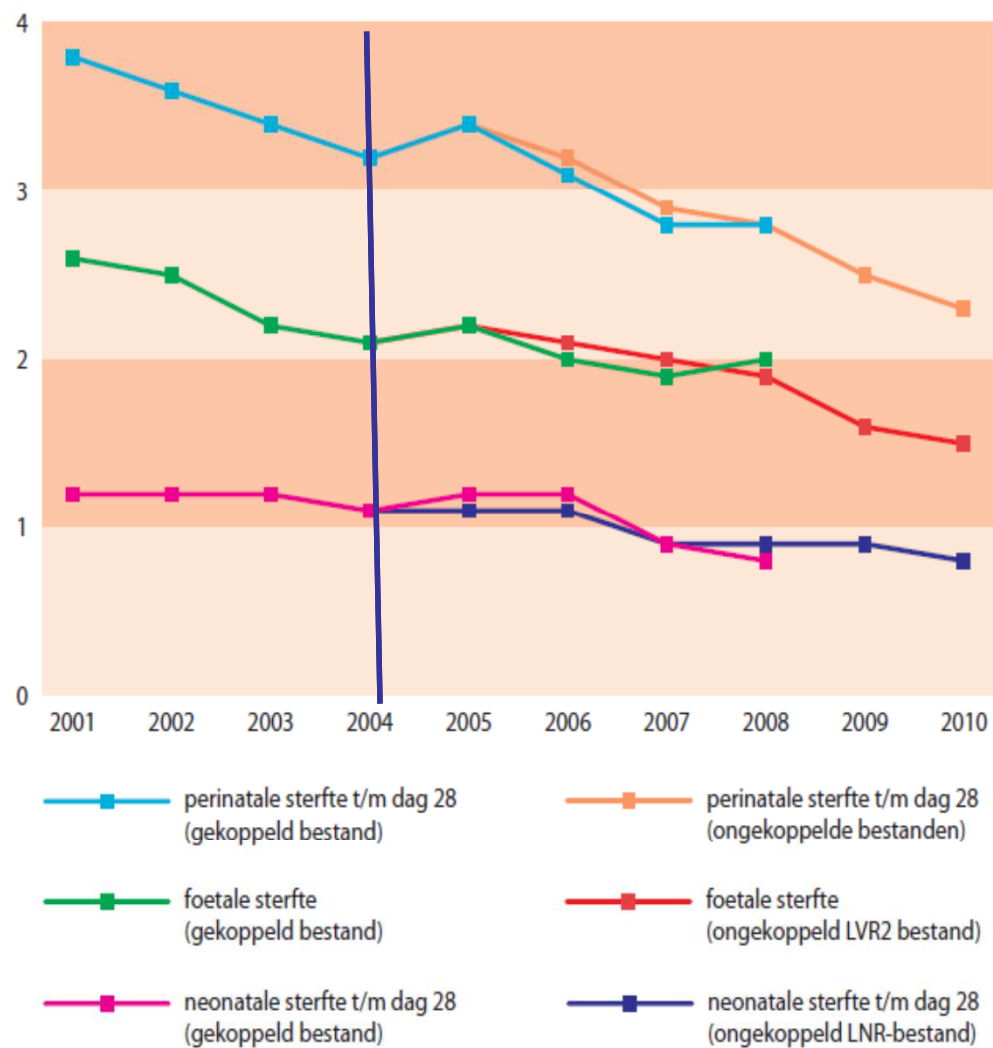
brief van de minister

Babysterfte voorkomen door een betere
verloskundige organisatie

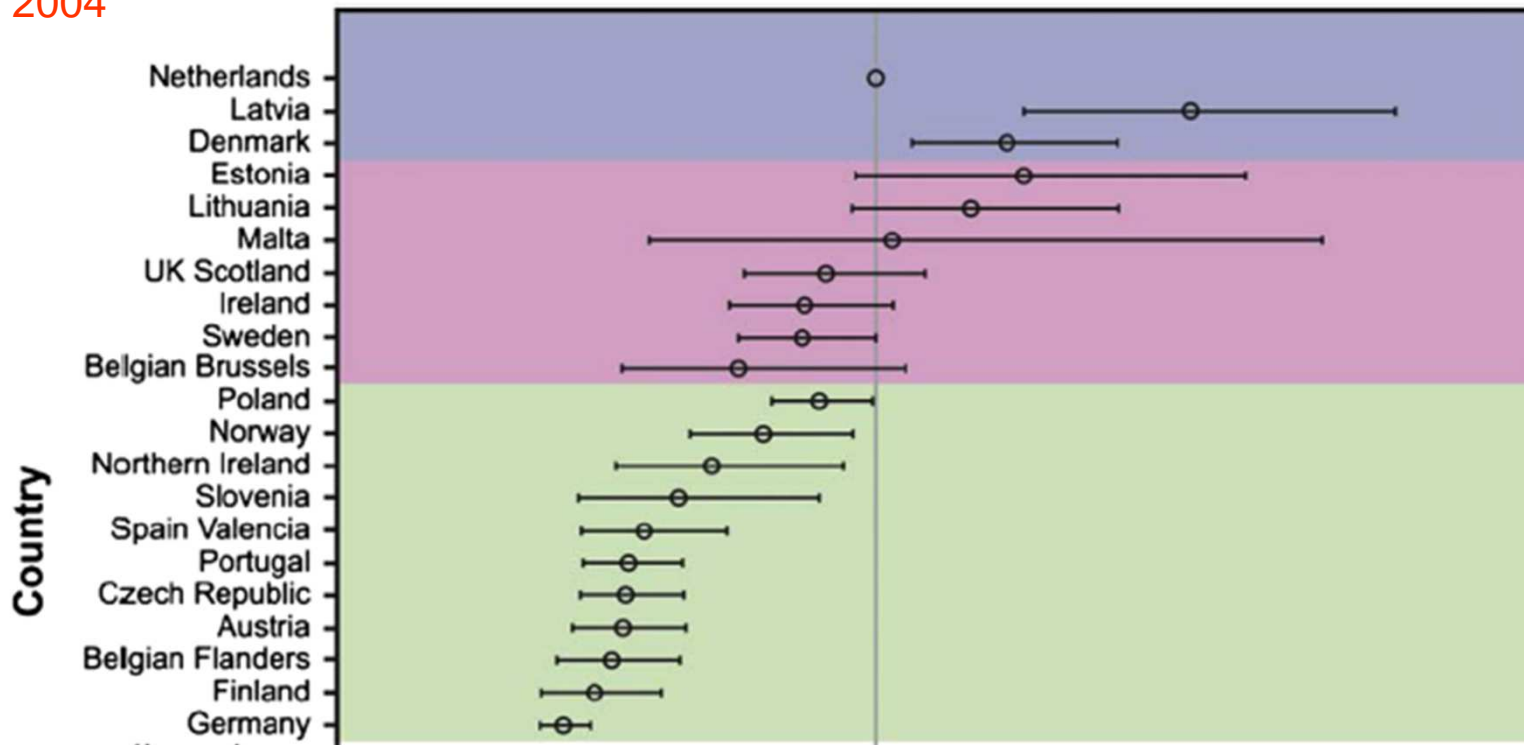
- ontschotting
- verbeterde samenwerking
- verbeteren van de verloskundige acute zorg
- verbeteren van de risico selectie



figuur 3.2 Perinatale sterfte (per duizend) in de à terme periode in de jaren 2001–2010
 (bron: gekoppelde PRN-bestanden 2001–2008: PRN jaarboeken; ongekoppelde LVR2- en LNR-bestanden 2004–2010: PRN gegevensverstrekkingen)



2004



kan niet door de thuisbevalling (alleen)

- alle thuisbevallingen naar ziekenhuisbevallingen (met een PM van 0) geeft een daling van de PM van 9.9 -> 9.7

maar (veel waarschijnlijker) door:

- beperktere deelname aan de prenatale screening
- terughoudend beleid bij extreme prematuur
- gedrag (roken – obesitas)
- sociaal-economische omstandigheden
- organisatie in de 2^e lijn
- (nauwkeurige registratie)



...mijn gedachten...

- geen voorstander van grootse veranderingen; tenzij bewezen voordelen
- betwifel zin onschotting, maar pleit voor herschotting
- belang van de zelfstandige 1^e lijns verloskundige voor de natale zorg, mn tijdens de ontsluiting
- de 2^e lijn en de 2^e lijns verloskundigen hebben een ander profiel (en zeker anders dan de 1^e lijns verloskundige)
- financiering moet anders (allen in loondienst)
- het is *onze* gezamenlijke verantwoordelijkheid, te belangrijk om over te laten aan de verzekeraars of aan de overheid.



Birthplace study (UK: 2008-2010)

4 verschillende lokaties (thuis/FMU/AMU/OU)

- a terme/éénling etc (n=65000)
- waar was de start van de bevalling
- samengestelde (ernstige) uitkomstmaat (bezwaar)
(4.3/1000; 95%BI: 3.3-5.5)

Uitkomsten

- 20% complicaties in OU; 7% in de andere settings;
analyse gedaan op de ongecompliceerder “set”
- transfers: P₀: 36-45%; P₊: 9-13%
- slechte uitkomsten OR tov OU: niet verschillend
- thuis tov OU: OR 1.6 (95% BI 1.01- 1.5)
 - ✗ P₀: OR 2.8 (95% BI 1.6 - 4.9)
(9.5/1000 vs 3.5/1000)
 - ✗ P₊ niet: OR 0.8 (95% BI 0.4-1.6)



Birthplace study: interventies

Kans op een “normale” partus:

- thuis 88%; MFU 83%; AMU 76%; OU 58%

Kans op een spontane vaginale partus:

- thuis 93%; MFU 91%; AMU 86%; OU 74%

Kans op een interventie:

Vaginale kunstverlossing:

-thuis OR: 0.3 (95% BI 0.2-0.4)

-MFU OR: 0.3 (95% BI 0.2-0.5)

-AMU OR: 0.6 (95% BI 0.4-0.8)

Sectio (niet primair)

-thuis OR: 0.3 (95% BI 0.2-0.4)

-MFU OR: 0.3 (95% BI 0.2-0.4)

-AMU OR: 0.4 (95% BI 0.3-0.5)



Lemmon studie (n=150.000)

ook veilig voor de “low risk” moeder:
planned thuis vs planned ziekenhuis bij de start bevalling

ernstige morbiditeit

-P0: 2.3/1000 vs 3.1/1000: OR: 0.8 95% BI 0.6-1.1

-P+: 1.0/1000 vs 2.3/1000: OR: 0.4 95% BI 0.3-0.6

minder -postpartum haemorrhage
-manuele placenta verwijdering



Birthplace study: “....dilemma...”

.....het vóórkomen van een slechte perinatale uitkomst (maakt veel indruk) is veel zeldzamer dan interventies durante partu.....

- andere risico-perceptie
- overplaatsingen bij P_0 frekvent.

“informed discussion – informed choice”

- thuis of in een MFU -na een ongecompliceerde zwangerschap- grotere kans op een vaginale partus zonder interventies
- ernstige perinatale complicaties zijn zeldzaam
- P_0 thuis wel “vaker” ernstige complicaties en overdracht

“...(informed) choices should be provided...”



*geen kwaliteits-experimenten, maar echte
experimenten in de zorg*

èn

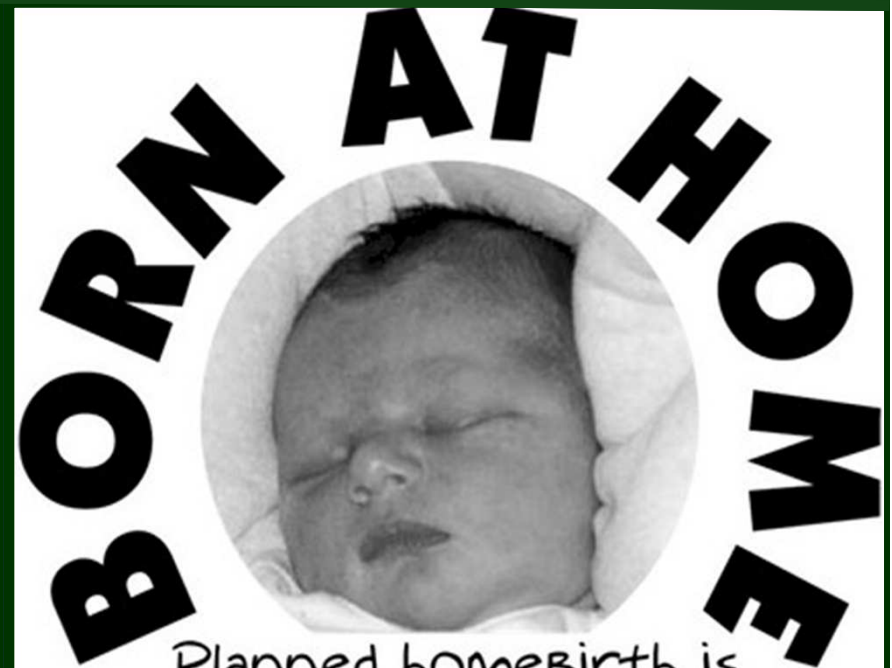
*niet experimenten op ingangskriteria maar
op harde medische uitkomstmaten*

bv:

- bevallen in een “geboorte-centrum” - FMU
- pijnstilling/alternatieven in de eerste lijn
- verminderen overdracht “niet vorderen”
- continuïteit in de zorg (bijstimulatie bv)



“wetenschap niet als wapen”



Planned homebirth is
safe, joyous, undisturbed,
self-unfolding and gentle.



“gentl” at caerarean versus “gentl” at home

Obstetrics is wider and broader than pure medicine. It has to do with the whole of life, the way you look at life, making objective discussion difficult. You are almost unable to split the problem off into pure science; always your outlook on life is involved.

Gerrit-Jan Kloosterman



regioplan geboortezorg ZN

- geen volumenorm geboortezorg
 - “goede” verhouding kwaliteit/doelmatigheid > 1500 bevallingen
 - *optimum* doelmatigheid (24/7) 2500 bevallingen
 - gynaecoloog
 - kinderarts
 - anaesthesist/OK
 - bloedbank
- 1- complexe geboortezorg is al geconcentreerd
- 2- algemene geboortezorg (*niet-complex*) en “op basis daarvan” **geen** noodzaak tot concentratie.
- Bij “toekomstige” ontwikkelingen heroverwegen.***



dilemma bij regionalisatie

Nu:

- geboortezorg in alle ziekenhuizen
- geboortezorg “dichtbij” de client (verzekerden)

- (sterke) krimp (2.5-10%);
- ziekenhuizen met 500 tot 1500 bevallingen
- kunnen aan stellen van obstetrische professionals moeilijk
- indicatoren bepaalde regio's ongunstig:
 - hoge perinatale sterfte
 - hoog sectio percentage



concentratie/echelonerings noodzaak

gezamenlijk netwerk rond een 24/7 ziekenhuis

- 1^e, 2^e, 3^e lijns geïntegreerde zorg
- “geboortecentrum” in de regio
- zo nodig (spoed) transfer
- overdrachten⁽¹⁾ P0: 60%
P+: 18%
- niet vorderen belangrijkste reden⁽²⁾
- < 20 km: 47 min
- 20-40 km: 55 min
- NL: spoed slechts bij 3.4% van alle transfers⁽³⁾
- NL: 82% van de zwangeren zijn < 45 min –na 1^e contact- in het ZH



(1) Geerts BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14: 27 (2) Rowe BMC Pregnancy and Childbirth 2013; 13: 224; (3) Amelink-Verburg BJOG 2008

“mijn ideaal”

- kwalitatief hoogstaande, goed bereikbare en beschikbare zorg voor Moeder en Kind in de regio
- focus op zorgverlening in de gehele geboortezorgketen
- zelfstandig geboortecentrum onder verantwoordelijkheid van de 1^e lijn (of VSV?)
- optimale 24-uurs acute zorg door:
 - organisatie met een juiste personele opbouw en 24 uurs beschikbaarheid
 - efficiënte bedrijfsmatige omvang
- kwaliteitskader = zorgstandaard College Perinatale Zorg (2014)
- Zorgverzekeraar kwaliteitsnormen



hoogwaardige kwaliteit van verloskundige zorg in de regio

- samenwerking
 - *gelijkwaardige* samenwerking 1^e lijn (VSV's) - intramurale organisatie
 - efficiënte inzet personeel en (ziekenhuis) capaciteit
 - professionals werken vanuit een gezamenlijk netwerk,
- planbare zorg in de regio /acute 24 uren zorg geconcentreerd
- versterking 1e lijns zorg in de regio
- vigerende kwaliteitsnormen

