

De poortwachtersfunctie en de verloskundige zorg

Klaas Brinkman

Inleiding

Een kenmerk van het Nederlandse gezondheidszorg-systeem waarin het zich van bijna alle andere Europese landen onderscheidt, is de getrapte ordening van medische voorzieningen. Hierbij is toegang tot de specialistische zorg door de tweedelij in principe pas mogelijk na selectie en verwijzing door een eerstelijns zorgverlener, de zogenaamde 'poortwachtersfunctie'. Met het selecteren van de te behandelen patiënten die door de tweedelij in zorg worden genomen wordt voorkomen dat zorgvragers worden blootgesteld aan onnodige interventies en worden kosten van de zorg beperkt. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de toekomstige inrichting van het Nederlandse zorgstelsel geeft aan dat de rol van de eerste lijn als poortwachter van de zorg de komende jaren onder druk zal komen te staan wanneer door de nieuwe stelselwijziging de zorgvrager een vrije keus van zorgverlener heeft^[1].

Bij de verloskundige zorg begint de poortwachtersfunctie van de eerste lijn volgens het protocol van selectie en verwijzing in het Verloskundig Vademecum, in de zwangerschap, aan het begin van het zorgtraject^[2]. Echter bij een vraaggestuurde aansturing van de zorg kan een zwangere aan het begin van het zorgtraject door de tweedelij in zorg worden genomen zonder dat het protocol selectie en verwijzing is gevolgd. Wat zijn de gevolgen voor de verloskundige zorg als aan het begin van het zorgtraject eerstelijns taken door de tweedelij worden verricht en de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden voor de medische zorg tussen de eerste lijn en de tweedelij wordt opgeheven?

Methode

In een etiologisch cohortonderzoek is met gegevens van de Landelijke Verloskunde Registratie eerste lijn (LVR-1)^[3] het effect onderzocht van de poortwachtersfunctie op de verloskundige zorgverlening. Daartoe zijn de aan de registratie deelnemende verloskundigenpraktijken in twee groepen verdeeld op basis van de mate waarin ze voor de eigen praktijkpopulatie de poortwachtersfunctie

verrichten. Tussen de obstetrisch gezonde zwangeren van de twee typen praktijken zijn de frequenties geanalyseerd van drie zorgsituaties die zich tijdens de extramurale natale zorgverlening voordoen. Deze situaties worden doorlopen door alle vrouwen die een normaal verloop van de zwangerschap en de baring doormaken en het kind thuis ter wereld brengen.

De poortwachtersfunctie als determinant

Een eerstelijns zorgverlener is voor een zwangere zorgvrager poortwachter van de verloskundige zorg als hij aan het begin van het zorgtraject, in de zwangerschap, zonodig in overleg met de tweedelij, bepaalt door welk echelon het beste de verloskundige zorg kan worden verleend: door de eerste lijn of door de tweedelij. De poortwachtersfunctie van de LVR-1praktijken is geoperationaliseerd met de poortwachtersfunctiescore (PWFscore). De PWFscore is de relatieve proportie zorgvragers die tijdens de zwangerschap is ingestroomd, op de totale groep cliënten van de praktijk, inclusief de instroom tijdens de baring en het kraambed. Op basis van de mediane PWFscore zijn de praktijken in twee groepen verdeeld van gelijke grootte. Praktijken met een PWFscore gelijk aan of boven de mediaan

Samenvatting

Doel

Onderzoek naar het effect van de poortwachtersfunctie van eerstelijns verloskundigenpraktijken op de verloskundige zorgverlening in Nederland.

Opzet

Retrospectief cohortonderzoek met gegevens van de Landelijke Verloskunde Registratie eerste lijn (LVR-1 verloskundigen) cohort 2001 (N = 155.832).

Methode

De aan de LVR-1 deelnemende verloskundigenpraktijken (N = 415) zijn op basis van de mediane score (89,5%) van de mate waarin de praktijken voor de eigen praktijkpopulatie aan het begin van het zorgtraject de poortwachtersfunctie verrichten, in twee groepen ingedeeld. Tussen de

Klaas Brinkman is verloskundige msc
Correspondentie: anvanhe@hetnet.nl

worden gecategoriseerd als praktijken met een hoge PWF en praktijken met een PWFscore onder de mediaan als praktijken met een lage PWF.

Eerstelijns zorgsituaties als uitkomst

Als eindpunt van het onderzoek gelden drie zorgsituaties in het eerstelijns domein van de verloskundige zorg die zich voordoen tijdens de natale periode van het zorgtraject:

- 1) de situatie waarin de zwangere zorgvrager de baring in een laagrisicosituatie begint: eerstelijns natale zorg (ELNZ),
- 2) de zorgvrager in situatie 1 die voor de bevalling thuis kiest: natale zorg extramuraal (NZEM),
- 3) de zorgvrager in situatie 2 die haar kind daadwerkelijk thuis ter wereld heeft gebracht: thuisgeboorte: geboorte kind extramuraal (GKEM).

Het alternatief voor situatie 1 is: natale zorg door de tweedelijns (TLNZ) na een overdracht tijdens de zwangerschap, voor situatie 2: keuze voor een poliklinische bevalling: eerstelijns natale zorg intramuraal (NZIM) en situatie 3: geboorte kind in de tweedelijns, intramuraal (GKIM) na een overdracht tijdens de baring.

Van eerstelijns zorgpopulatie naar onderzoekspopulatie

De bronpopulatie van het onderzoek wordt gevormd door het LVR-1cohort 2001. Het cohort is de zorgpopulatie van 415 verloskundigenpraktijken die in het registratiejaar 2001 actief zijn geweest in de verloskundige zorgverlening. Ongeveer 95% van de in Nederland actieve verloskundigenpraktijken neemt deel aan de registratie LVR-1.

Het cohort omvat 155.832 casus. Zie figuur 1 voor het stroomschema. Geëxcludeerd zijn de casus waarvan de

informatie een of meer fouten of onwaarschijnlijkheden bevat (N = 8.586), de casus voor wie de zwangerschap is geëindigd in een (spontane) abortus (N = 3.846) en de casus die tijdens de zwangerschap binnen de eerstelijns zijn overgedragen in verband met bijvoorbeeld verhuizing (N = 4.174). Om dubbeltelling te voorkomen wordt deze categorie niet meegeteld bij de praktijk waar vanuit wordt verhuisd, maar wel bij de praktijk waar naartoe wordt verhuisd. De resterende verzameling zorgvragers is tijdens een, twee of drie periodes van het zorgtraject in zorg geweest en heeft bloot gestaan aan het protocol van selectie en verwijzing (N = 139.226). Met dit sub-cohort, de *at-riskzorgpopulatie*, is voor iedere LVR-1-praktijk afzonderlijk de PWFscore berekend.

Vervolgens zijn de casus geëxcludeerd die het zorgtraject niet in de eerstelijns zijn begonnen: casus die instromen tijdens de natale periode (N = 642) en casus die instromen tijdens de postnatale periode (N = 16.301). Tot slot zijn de casus geëxcludeerd die zich tijdens de zwangerschap bij de eerstelijns aanmelden met een primaire medische indicatie (PMI) c.q. primaire reden voor overdracht (PRVO) (N = 6.625). Rest de obstetrisch gezonde zwangeren, zorgvragers die het traject van de verloskundige zorg in een laagrisicosituatie beginnen: de *onderzoekspopulatie*. De onderzoekspopulatie omvat N = 116.058 casus, dit is 74,5% van de bronpopulatie. De verdeling over de onderzoekspopulatie van patiënt- en omgevingsgebonden kenmerken die in het analysemodel zijn meegenomen, zijn weergegeven in tabel 1.

Analyse

Bij obstetrisch gezonde zwangeren van verloskundigenpraktijken is de frequentie gemeten van drie zorgsituaties

obstetrisch gezonde zwangeren (N = 116.058) van de twee typen praktijken is de kans berekend op het bereiken van drie zorgsituaties die zich bij een baring in de extramurale situatie voordoen. Voor iedere zorgsituatie afzonderlijk is het effect gecorrigeerd voor vijf kenmerken van de zorgvrager: pariteit, leeftijd, herkomst, moment van inzorg-treding en urbanisatiegraad van de woonplaats.

Resultaten

Bij praktijken met een hoge poortwachtersfunctiescore heeft een zwangere een grotere kans de baring in de eerstelijns te beginnen (odds ratio (OR) 1,14; 95% BI: 1,11 – 1,18), ze kiest vaker voor een thuisbevalling (extramurale natale zorg) (OR 1,34; 95% BI: 1,31 – 1,38) en brengt haar kind vaker in de eigen omgeving,

extramuraal, ter wereld (OR 1,26; 95% BI: 1,23 – 1,30).

Conclusie

Als het voor Nederland kenmerkende selectie- en verwijzingsstelsel van de verloskundige zorg bij de vraaggestuurde zorgmarkt gehandhaafd blijft, is het van belang dat de poortwachtersfunctie van de eerstelijns aan het begin van het zorgtraject wordt versterkt. Met een hoge poortwachtersfunctie zal de effectiviteit en de doelmatigheid van het stelsel van selectie en verwijzing worden vergroot en is de mogelijkheid voor de a.s. moeder om haar kind thuis, in de eigen omgeving ter wereld te brengen, voor de komende decennia veilig gesteld.

tijdens de baring. Met als contrast tussen de zorgvragers het verschil in de mate waarin de zorgverlenende praktijken aan het begin van het zorgtraject de poortwachtersfunctie verrichten, is op basis van multivariate regressie (SPSS 11,0) voor iedere situatie afzonderlijk een kansverhouding (odds ratio: OR) berekend op het bereik ervan. Daarbij is steeds rekening gehouden met een vijftal patiënt- en omgevinggebonden kenmerken waarvan bekend is dat ze van belang zijn bij het verloop van het geboorteprocess, te weten pariteit, leeftijd, herkomst, moment van inzorgtreding en urbanisatiegraad van de woonplaats. Vertekening door de variatie in het aantal zorgvragers per praktijk is voorkomen doordat de analyse op patiëntniveau is verricht.

Resultaten

De PWFscore

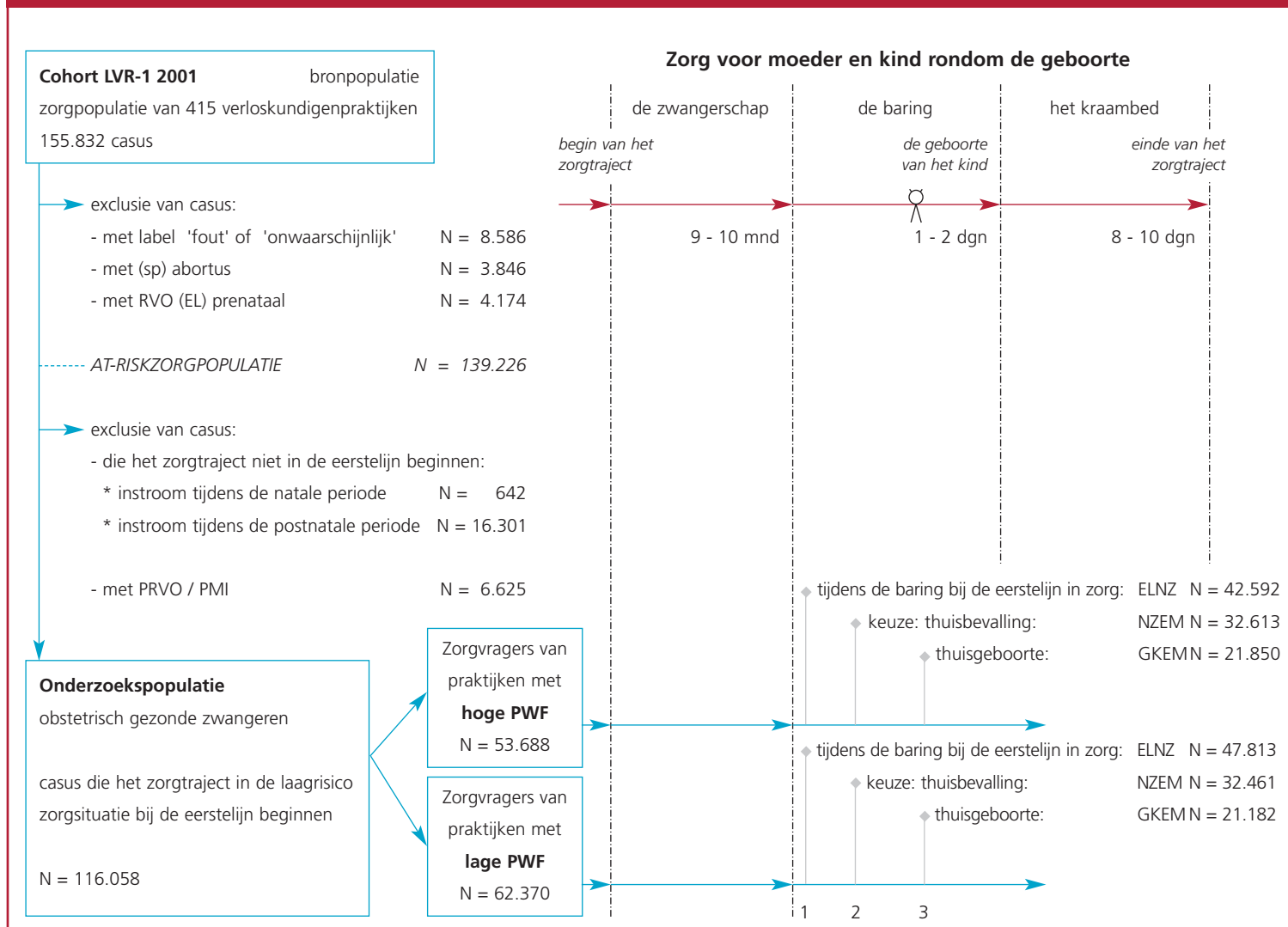
De mate waarin een verloskundigenpraktijk voor de eigen zorgpopulatie de poortwachtersfunctie verricht, is gekwantificeerd met de PWFscore. De gemiddelde

PWFscore van de 415 LVR-1praktijken is 89,0%. Dit betekent dat van de 100 zorgvragers gemiddeld 89 het zorgtraject in de eerstelijns zijn begonnen of met andere woorden dat de praktijken voor 89 van de 100 zorgvragers poortwachter van de verloskundige zorg is geweest.

De overige 11,0% omvat voor het overgrote deel zorgvragers die tijdens de postnatale periode zijn ingestroomd. Deze groep is aan het begin van het zorgtraject door de tweedelijns in zorg genomen zonder dat het protocol van selectie en verwijzing is gevolgd.

De laagste PWFscore is 2,0%; dit betreft 1 praktijk met 205 zorggevallen. 26 Praktijken hebben PWFscore van 100%. Het gemiddeld aantal zorggevallen van deze praktijken is 113. Het gemiddeld aantal zorgvragers van alle LVR-1praktijken is 335 met een range van 1 – 906. De mediaan van de PWFscore is 89,5%. Op basis van deze score zijn de praktijken in twee groepen verdeeld: 208 praktijken met hoge PWF: de scores gelijk aan 89,5% en hoger, en 207 praktijken met een lage PWF, scores lager dan 89,5%. Zie grafiek 1. De gemiddelde

Figuur 1. Stroomschema LVR-1: van bronpopulatie naar onderzoekspopulatie en de verdeling van de obstetrisch gezonde zwangeren van de twee typen



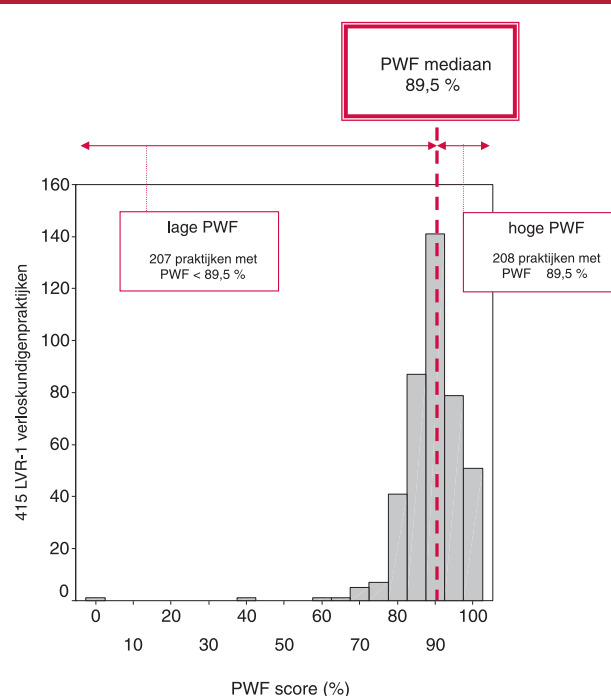
PWFscore van de praktijken met een hoge PWF is 94,3%, van de praktijken met een lage PWF is de gemiddelde PWFscore 83,7%. Het verschil tussen de twee groepen in de mate waarin ze de poortwachtersfunctie verrichten bedraagt dus 10,6 %.

Het effect van de PWF

Bij de verloskundige zorg heeft de poortwachterfunctie van de eerstelijns aan het begin van het zorgtraject een significant en positief effect op het verloop van de zwangerschap en de baring. Een zwangere zorgvrager die in zorg is bij een zorgverlener met een hoge PWF

De verdeling van de PWFscore over de 415 LVR-1 verloskundigenpraktijken (cohort 2001). De PWFscore kwantificeert de mate waarin een praktijk voor de eigen zorgpopulatie de poortwachterfunctie verricht. De gearceerde lijn op de x-as indiceert de mediane verdeling van de praktijken waarmee de obstetrisch gezonde zwangeren van de praktijken in twee groepen zijn verdeeld.

Grafiek 1.



Tabel 1. Descriptieve statistieken van de omgevings- en patiëntgebonden kenmerken van de onderzoekspopulatie (N = 116.058) voor praktijken met een hoge poortwachtersfunctie en voor praktijken met een lage poortwachtersfunctie.

	Zorgvragers van praktijken met hoge PWF		Zorgvragers van praktijken met lage PWF		absoluut verschil %	P=
	aantal	%	aantal	%		
<i>omgevingsgebonden kenmerken</i>						
PWF	53.688	46,3	62.370	53,7	7,5	0,00
hoge PWF	53.688	100				
lage PWF			62.370	100		
Urbanisatiegraad woonplaats *)						
ruraal gebied	32.757	61,0	34.809	55,8	5,2	0,00
urbaan gebied	20.524	38,2	27.206	43,6		
<i>patiëntgebonden kenmerken</i>						
Pariteit						
nulli para	26.400	49,2	31.837	51,0	1,9	0,00
multi para	27.288	50,8	30.533	49,0		
Leeftijd *)						
30 jaar en jonger	27.789	51,8	32.232	51,7	0,1	0,77
ouder dan 30 jaar	24.635	45,9	28.675	46,0		
Herkomst *)						
Nederlandse	43.377	80,8	48.382	77,6	3,2	0,00
niet-Nederlandse	7.684	14,3	11.998	19,2		
Moment van inzorgtreding *)						
bij am. 20 weken of eerder	49.870	92,9	57.321	91,9	1,0	0,00
na 20 weken amenorroe	3.8915	7,1	5.038	8,1		

*) de totalen tellen niet allemaal op tot totaal vanwege missende gegevens

Tabel 2. Kansvergelijkingen met odds ratio's (OR's) op basis van multivariate regressie voor drie zorgsituaties tijdens de natale periode van het geboorteproces met zes kenmerken van de zorgvragers bij obstetrisch gezonde zwangeren. Tijdens het traject van de verloskundige zorg wordt van deze situaties gebruik gemaakt door zorgvragers die na een normaal verlopen zwangerschap, de baring op eigen kracht doorlopen en in de eigen omgeving het kind ter wereld brengen (extramuraal).

	1. ELNZ eerstelijns natale zorg		2. NZEM natale zorg extramuraal		3. GKEM geboorte kind extramuraal	
	<i>gecorr. OR</i>	<i>95% BI</i>	<i>gecorr. OR</i>	<i>95% BI</i>	<i>gecorr. OR</i>	<i>95% BI</i>
<i>omgevingsgebonden kenmerken</i>						
Poortwachtersfunctie						
(hoge / lage PWF)	1,14	1,11 – 1,18	1,34	1,31 – 1,38	1,26	1,23 – 1,30
Urbanisatiegraad woonplaats						
(ruraal / urbaan)	0,92	0,89 – 0,95	1,22	1,19 – 1,25	1,15	1,12 – 1,18
<i>patiëntgebonden kenmerken</i>						
Pariteit (nulli / multi)	0,56	0,55 – 0,58	0,64	0,62 – 0,65	0,30	0,29 – 0,31
Leeftijd (≤ 30 jr / > 30 jr)	1,10	1,07 – 1,14	1,04	1,01 – 1,07	1,08	1,05 – 1,11
Herkomst (Ned / niet-Ned)	0,98	0,94 – 1,02	3,24	3,13 – 3,36	3,37	3,23 – 3,52
Moment van inzorgtreding						
(am: ≤ 20 wkn / > 20 wkn)	0,81	0,76 – 0,86	1,20	1,15 – 1,26	1,17	1,10 – 1,23

heeft in vergelijking met een zwangere die in zorg is bij een zorgverlener met een lage PWF, een grotere kans op de baring in de eerstelijns te beginnen (ELNZ: OR 1,14; 95% BI: 1,11 – 1,18); ze kiest vaker voor een thuisbevalling / extramurale natale zorg (NZEM: OR 1,34; 95% BI: 1,31 – 1,38) en brengt haar kind vaker in de eigen omgeving, extramuraal, ter wereld (GKEM: OR 1,26; 95% BI: 1,23 – 1,30). Zie tabel 2.

Zorgvragers van praktijken met een hoge PWFscore doorlopen het proces van de zwangerschap en de baring vaker op eigen kracht en in de thuissituatie. Bij praktijken met een lage poortwachtersfunctie worden de zorgvragers zowel tijdens de prenatale periode als tijdens de natale periode vaker voor behandeling aan de tweedelijns overgedragen. Ook kiezen zij na een normaal verlopen zwangerschap vaker voor een poliklinische bevalling dat wil zeggen voor intramurale eerstelijns natale zorg. Bij vergelijking van het effect van de PWF met de overige factoren die in het analysemodel zijn opgenomen valt met name op dat 'in zorg zijn bij een verloskundigenpraktijk met een hoge PWF' meer gezondheidswinst oplevert dan 'voor je dertigste moeder worden' (ELNZ: OR +4%, NZEM: OR +30%, GKEM: OR +18%). Het mechanisme van dit patroon is in dit onderzoek niet onderzocht. Mogelijk hangt de meer klinisch gerichte zorg bij een lage poortwachtersfunctie samen met het kenmerk dat de praktijken gezamenlijk hebben: ze werken samen met ziekenhuizen waarvan de gynaecologen aan

het begin van het zorgtraject actief zijn in het eerstelijns domein van de verloskundige zorg.

Beschouwing

De rol van de eerstelijns als poortwachter van de medisch-specialistische zorg zal verder onder druk komen te staan als bij een vraaggestuurde aansturing van de zorg de zorgvrager een vrije keus heeft tussen bij een zorgverlener in de eerstelijns of in de tweedelijns.

Wanneer voor de verloskundige zorg deze keuze vrijheid niet wordt gereguleerd dan zal dit in de komende jaren kunnen leiden tot een toename van inzorgtredingen bij de tweedelijns zonder dat aan het begin van het zorgtraject het protocol van selectie en verwijzing is gevolgd. De verloskundige zorg tijdens de zwangerschap en tijdens de baring zal daardoor steeds vaker in het ziekenhuis plaatsvinden en in het tweedelijns domein worden verricht. De toename van participatie van verloskundigen in het tweedelijns domein van de verloskundige zorg die voor de komende jaren wordt voorzien illustreert deze ontwikkeling⁽⁴⁾. Niet eerder dan tijdens de postnatale periode zal de eerstelijns bij de verloskundige zorg van deze groep zorgvragers betrokken worden voor de begeleiding van het extramurale kraambed. Als deze groep steeds een groter deel van de eerstelijns zorgpopulatie gaat uitmaken dan zal als gevolg daarvan de eerstelijns zorgverlener minder tijdens de prenatale en natale periode actief zijn en voor de eigen praktijkpopulatie vooral aan het einde van het zorgtraject, achterin de zorgketen acteren.

Daarnaast zal door de toenemende intramuralisering van de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap en tijdens de baring, de infrastructuur om de natale zorg extra-muraal te kunnen verlenen kunnen verdwijnen waardoor een thuisbevalling niet meer mogelijk is.

Verloskundige zorg met een hoge poortwachtersfunctie vraagt aan het begin van het zorgtraject een vaste en toekomstbestendige plaats voor de eerstelijns waarbij de vrije keus van zorgvrager alleen geldt binnen het echelon waartoe de zorgvraag volgens het protocol van selectie en verwijzing (in dit geval het Verloskundig Vademecum) behoort. Met een hoge poortwachtersfunctie van de eerstelijns wordt de effectiviteit en de doelmatigheid van het systeem van de verloskundige zorg vergroot en is de mogelijkheid voor de aanstaande moeder om haar kind thuis ter wereld te brengen voor de komende decennia in Nederland veilig gesteld. ■

Referenties

- (1) Klazinga NS, Delnoij DMJ, Kulu Glasgow I. Gezondheid, Zorg en Stelsel. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001.
- (2) Verloskundig Vademecum 2003, College voor zorgverzekeringen Zoetermeer.
- (3) Registratiehouder LVR-1: Stichting Perinatale Registratie Nederland, Utrecht.
- (4) Wiegiers e.a.. Behoefteraming verloskundigen 2004 – 2015. Nivel 2005.