

# De rol van risicoselectie in een integraal verloskundig zorgmodel

Ank de Jonge, Suze Jans, Hilde Perdok

**Risicoselectie is een belangrijk kenmerk van het Nederlandse verloskundig systeem van eerste- en tweedelijns zorg. Nu er in steeds meer regio's wordt geëxperimenteerd met nieuwe organisatievormen waarbij de zorg tussen de eerste- en tweedelijns meer wordt geïntegreerd, rijst de vraag: wat is de rol van risicoselectie binnen een integraal verloskundig zorgmodel?**

## Integratie van verloskundige zorg

Een belangrijk kenmerk van het Nederlandse verloskundige systeem is het onderscheid tussen vrouwen met een laag risico, waar de eerstelijns verloskundige zorgverlener verantwoordelijk voor is en vrouwen met een verhoogd risico, die verwezen worden naar de tweede lijn en dus vallen onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Steeds meer vrouwen worden verwezen van de eerste naar de tweede lijn en wisselen daardoor van zorgverlener(s) [1]. Deze toename is vooral te wijten aan een stijging van indicaties zoals een verzoek om medische pijnbestrijding en meconiumhoudend vruchtwater. In deze gevallen bevallen vrouwen vaak spontaan. Wel is er een matig verhoogd risico op complicaties en daarom is intensievere monitoring geïndiceerd dan in de eerste lijn geboden wordt. In de tweede lijn wordt de zorg vaak voortgezet door een klinisch verloskundige, onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. In verschillende regio's wordt gezocht naar organisatievormen waarbij eerste- en tweedelijns zorg meer geïntegreerd zijn. Dit zal gevolgen hebben voor de manier waarop met risicoselectie wordt omgegaan.

## Doel van risicoselectie

In landen waar verloskundigen een zekere mate van autonomie hebben, wordt vaak gewerkt met indicatielijsten die aangeven wanneer overleg met of verwijzing

naar een gynaecoloog aangewezen is<sup>[2, 3, 4]</sup>. In Nederland heet die lijst de Verloskundige Indicatielijst (VIL) en deze is beschreven in het vademecum<sup>[5]</sup>. Volgens het vademecum moet "binnen de verloskundige organisatie optimaal gebruik worden gemaakt van de deskundigheid van de verschillende zorgverleners"<sup>[5]</sup>. Wanneer een vrouw een verhoogd risico heeft op een medische complicatie, is het extra belangrijk dat het meest passende verloskundige beleid wordt gevolgd. Ook is van belang wie de aangewezen zorgverlener is om dit beleid uit te voeren.

Volgens sommigen is risicoselectie optimaal als de belangrijkste oorzaken van perinatale sterfte – waaronder aangeboren afwijkingen, prematuriteit en groeivertraging – nauwelijks voorkomen in de eerste lijn, maar vooral in de tweede lijn<sup>[6, 7]</sup>. Een probleem met deze redenering is dat deze zich richt op de vraag waar een ongunstige uitkomst voorkomt, terwijl het uiteindelijke doel van risicoselectie is om de maternale en perinatale uitkomsten te verbeteren.

Om deze reden is er in de VIL voor gekozen om bij een vroeggeboorte vanaf 33 weken in een vorige zwangerschap geen verwijzing naar de tweede lijn te adviseren, ook al is er een herhalingsrisico<sup>[5]</sup>. De onderbouwing hiervoor is dat vroeggeboorte vaak niet voorkomen kan worden en dat tekenen ervan ook in de eerste lijn te herkennen zijn. Het herhalingsrisico is zo gering dat dit niet opweegt tegen de geringe sensitiviteit en specificiteit van aanvullende diagnostiek die mogelijk is in de tweede lijn. De consequentie van dit beleid is dat veel vroeggeboortes in de eerste lijn zullen starten. Echter, de eerstelijns verloskundige zal een vrouw die preterm in partu raakt zo snel mogelijk verwijzen naar de tweede lijn. Pas als tweedelijns prenatale zorg vroeggeboorte zou kunnen voorkomen of als perinatale uitkomsten beter zouden zijn bij vrouwen die preterm in partu raken op het moment dat ze al in de tweede lijn onder controle zijn, zou tweedelijns zorg in de zwangerschap geïndiceerd zijn.

## Is de kwaliteit van risicoselectie voldoende?

Als de mate waarin ongunstige uitkomsten voorkomen in de eerste lijn geen goede maat is voor het beoordelen van de kwaliteit van risicoselectie, hoe bepalen we die kwaliteit dan wel? Als we willen meten of risicoselectie voorafgaand aan de baring adequaat is, moeten we

*Dr. Ank de Jonge, Dr. Suze Jans en Hilde Perdok MSc, Afdeling Midwifery Science, AVAG en het EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VUMC*

*Correspondentie: ank.dejonge@vumc.nl*

*Dit artikel stond december 2012 in tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG), TSG (2012). 08, 466-468.*

uitkomsten vergelijken van vrouwen die in de eerste lijn versus in de tweede lijn aan de baring zijn begonnen. In Utrecht is een dergelijk onderzoek gedaan<sup>[8]</sup>. Dit is het eerste Nederlandse onderzoek dat slechtere uitkomsten laat zien onder vrouwen die in de eerste lijn aan de baring zijn begonnen. Echter, vanwege een aantal fundamentele methodologische problemen in dit onderzoek, kunnen hier nog geen harde conclusies uit worden getrokken<sup>[9]</sup>.

Als vervolgonderzoek dezelfde resultaten zou laten zien, is het belangrijk om te kijken waar de knelpunten zitten. Om hier meer zicht op te krijgen is het van belang niet alleen de 'kale' cijfers te laten zien, maar ook inzicht te geven in het zorgproces van de sterftecasus<sup>[10]</sup>. Deze details kunnen aanwijzingen geven voor verbetering van het zorgsysteem, bijvoorbeeld door het aanpassen van VIL-indicaties of door verbetering van de samenwerking tussen professionals.

### Risicoselectie is de basis voor doelmatige verloskundige zorg

Risicoselectie zal altijd een belangrijk onderdeel zijn van verloskundige zorg, ook bij een integraal zorgmodel. Zolang met verschillende typen zorgverleners wordt gewerkt, is het noodzakelijk afspraken te maken over de indicaties waarbij van de ene naar de andere zorgverlener moet worden verwezen. Deze verwijzingen vinden niet alleen plaats tussen de eerste en tweede lijn, maar ook tussen de tweede en derde lijn<sup>[11]</sup>. Als de kans op een goede zwangerschapsuitkomst toeneemt door meer specialistische zorg moeten vrouwen verwezen worden naar een setting waar die zorg kan worden geboden. Als specialistische zorg die kans niet verbetert, is het doelmatig om terug te verwijzen naar een meer generalistische zorgsetting. Het voorkomen van onnodige verwijzingen naar specialistische zorg kan zelfs beschouwd worden als een belangrijke interventie om doelmatige zorg te bereiken<sup>[12]</sup>.

Wel zullen er bij integrale zorg aanpassingen moeten komen in de indicaties in de VIL waarbij goede afspraken gemaakt moeten worden over verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners. Na bijscholing zouden eerstelijns verloskundigen bijvoorbeeld zorg kunnen blijven verlenen aan vrouwen met matig verhoogde risico's, al dan niet na consultatie van de gynaecoloog. Dit bevordert continuïteit van zorg. De uitgangspunten zullen in een integraal zorgmodel echter hetzelfde blijven. Risicoselectie zal altijd als doel hebben om doelmatige zorg te bieden waarbij, zoals het vademecum al in 2003 stelde, de "deskundigheid van de verschillende verloskundige zorgverleners optimaal gebruikt wordt". ■

### Referenties

1. Amelink-Verburg, M.P., Rijnders, M.E., & Buitendijk, S.E. (2009, June). A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. *BJOG*, 116(7), 923-32.
2. Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. Report No.: CD004667.
3. Australian College of Midwives. (2008). *National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral*. 2nd Edition..
4. NHS Quality Improvement Scotland. (2009). *Pathways for maternity care*.
5. Commissie Verloskunde van het CVZ. (2003). *Verloskundig Vademecum*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
6. NVOG. (2011, 3 maart). *Integrale Verloskundige Zorg in Nederland. Een stap verder*. Visie NVOG.
7. Bonsel, G.J., Birnie, E., Denktas, S., Poeran, J., & Steegers, E.A.P. (2010). Signalementstudie 'Zwangerschap en geboorte'. Lijnen in de Perinatale Sterfte. Rotterdam: Erasmus MC.
8. Evers, A.C., Brouwers, H.A., Hukkelhoven, C.W., Nikkels, P.G., Boon, J., Egmond-Linden, A., van, Hillegersberg, J., Snuif, Y.S., Sterken-Hooisma, S., Bruinse H.W., Kwee, A. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ*, 341, c5639.
9. Jonge, A., de, Goes, B.Y., van der, Nijhuis, J.G., Post, J.A., & Buitendijk, S.E., van der. (2010). Dutch perinatal mortality. Too early to question effectiveness of Dutch system. *BMJ*, 341, c7020.
10. PAN. (2011). *A terme sterfte 2010: Perinatale Audit eerste verkenningen*. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland.
11. Duvekot, J.J. (2007). *Nota Verwijzing naar een perinatologisch centrum*. Otterlo Werkgroep en in samenwerking met de sectie Neonatologie van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde, editor. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie: Utrecht.
12. Amelink-Verburg, M.P., Buitendijk, S.E. (2010, May). Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: what is normal? The role division between midwives and obstetricians. *J Midwifery Womens Health*, 55(3), 216-25.

Het tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG) kwam december 2012 uit met een themanummer over zwangerschap en geboorte; preconceptiezorg, vroegsignalering en samenwerking. De redactie van Tijdschrift voor Verloskundigen had de rol van gast-redactie en vulde de rubriek Spectrum met een zevental bijdragen. Uit deze rubriek drie bijdragen in dit tijdschrift van de hand van Barbara Havenith 'Eerste en tweede lijn trekken samen op voor een betere verloskundige zorg in Nederland' (rubriek Innovatie); Ank de Jonge, Suze Jans en Hilde Perdok schreven 'De rol van risicoselectie in een integraal verloskundig zorgmodel' (rubriek Wetenschap); Evelien van Limbeek schreef 'Het opleiden van toekomstige verloskundigen: balanceren tussen oud en nieuw (rubriek Onderwijs).