

Effecten van caseload midwifery

Joke Koelewijn

Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. The Lancet, Early Online Publication, 17 September 2013

Onder caseload midwifery verstaan we in Nederland een kleinschalige vorm van praktijkvoering waarbij een verloskundige een beperkt aantal baringen begeleidt (drie tot vier per maand), haar eigen cliënten heeft of in elk geval daar de primaire zorgverlener voor is, waardoor een betere continuïteit van zorg ontstaat. Gunstige effecten van een dergelijke vorm van verloskundige zorg zijn aangetoond in een Cochrane Review^[1]. In Nederland heeft Yvonne Fontein onderzoek gedaan naar het effect van de praktijkgrootte. Zij vond minder interventies en meer cliënttevredenheid in praktijken met ten hoogste twee verloskundigen^[2]. In Australië werd in een randomised controlled trial (RCT) aangetoond dat caseload midwifery bij laag-risico zwangeren leidt tot minder interventies^[3]. Het Australische model gaat uit van een vaste verloskundige (of een kleine groep verloskundigen) voor elke zwangere, waarbij de prenatale controles worden afgestemd op de behoefte van de individuele zwangere. Een verloskundige begeleidt rond de veertig baringen per jaar en voor veertig andere is zij achterwacht. De bevalling is in het ziekenhuis, maar er is tevoren overleg met de verloskundige over het juiste moment om naar het ziekenhuis te gaan (een visite thuis wordt niet genoemd) en vrouwen gaan enkele uren post partum weer naar huis, waar de verloskundige hen een aantal malen bezoekt. De hier te bespreken studie onderzoekt het effect van deze vorm van zorg voor *alle* zwangeren, met hoog en laag risico, op maternale en perinatale uitkomsten en op de kosten van de zorg^[4]. De primaire uitkomst was het percentage sectio's en kunstverlossingen. Het onderzoek vond plaats in twee Australische ziekenhuizen. Vrouwen konden meedoen als ze minder dan 24 weken zwanger waren bij het eerste bezoek. Zwangeren met een tweelingzwangerschap of vrouwen bij wie een electieve sectio was gepland, werden geëxcludeerd. Ook vrouwen die al een voorkeur hadden voor een bepaalde vorm van zorg, werden niet geïnccludeerd. Na informed consent werden de deelnemers gerandomiseerd door middel van telefonische computerrandomisatie. De controlegroep ontving standaardzorg: prenatale zorg door een huisarts en de ziekenhuisstaf, natale zorg door de dienstdoende verloskundige en postnatale zorg in het

ziekenhuis gedurende minimaal 48 uur na een vaginale baring en 72 uur na een sectio.

De caseload-groep bestond uit 871 vrouwen en de controlegroep uit 877 vrouwen. In beide groepen waren er nogal wat vrouwen die uiteindelijk niet de zorg ontvingen waarvoor ze gerandomiseerd waren (72 in de interventiegroep en 156 in de controlegroep); opvallend is dat 65 vrouwen (7%) in de controlegroep caseload-zorg ontvingen, versus 19 vrouwen (2%) in de interventiegroep die standaardzorg kregen. In de caseload-groep kreeg 87% van de vrouwen tijdens de baring daadwerkelijk zorg van de 'eigen' verloskundige of haar back-up; in de controlegroep had slechts 14% de verloskundige die de baring begeleidde eerder ontmoet. De analyse was volgens het intention-to-treat principe. Er waren geen verschillen tussen de groepen in achtergrondkenmerken. In beide groepen had rond de 60% bij het begin van de baring een verhoogd medisch/verloskundig risico. Er werd geen verschil gevonden in sectio's en kunstverlossingen tussen de beide groepen (sectio's 21% in de caseload-groep versus 23% in de controlegroep, vaginale kunstverlossing 20% versus 19%). Er was geen verschil in epidurale analgesie (36% versus 35%). Wel waren er in de caseload-groep significant meer vrouwen die zonder farmacologische pijnstilling bevielen (25% versus 16%). In beide groepen werd 49% ingeleid of bijgestimuleerd (in de caseload-groep wat minder inleidingen, maar wat meer bijstimulaties). Er kwamen echter toch significant meer vrouwen in de caseload-groep spontaan in partu (42% versus 35%), maar dit verschil is grotendeels te verklaren door het significant kleinere percentage deelnemers met ontbrekende informatie over deze uitkomst in de caseload-groep (9% versus 15%), iets wat de auteurs overigens niet benoemen. Als we de percentages berekenen in de groep deelnemers over wie deze informatie wel bekend was, dan kwam in de caseload-groep 46% spontaan in partu versus 42% in de controlegroep, een veel minder groot verschil. In de caseload-groep is er significant vaker < 500 ml bloedverlies (77% versus 71%), en minder vaak > 1000 ml (3% versus 5%; niet significant). Ook voor deze uitkomst zijn er meer ontbrekende data in de controlegroep (6% versus 10%), het gevonden verschil moet mijns inziens dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Er was geen verschil in perineumschade. In de tabel lijkt het alsof er significant vaker borstvoeding werd gegeven in de caseload-groep: bij ontslag uit het ziekenhuis 89% versus

85%, na zes weken 58% versus 44% en na zes maanden 45% versus 32%. In deze analyse zijn echter de non-responders geteld als 'geen borstvoeding'. Uit de tekst blijkt dat als alleen de responders worden opgenomen in de analyse (58% na zes weken en 54% na zes maanden), de verschillen vrijwel wegvallen; van de responders na zes weken gaf 90% in de caseload-groep en 88% in de controlegroep borstvoeding en van de responders na zes maanden 73% in de caseload-groep en 70% in de controlegroep. De percentages borstvoeding na zes weken zouden in dat geval hoger zijn dan bij ontslag uit het ziekenhuis. Dit is alleen maar te verklaren uit een selectieve respons van vrouwen die nog borstvoeding gaven na zes weken en zes maanden. Het is dus niet zo'n gekke gedachte om de non-responders te beschouwen als 'geen borstvoeding'. Het mediane ziekenhuisverblijf post partum was 2,5 dag in de caseload-groep versus 2,9 in de controlegroep. Er waren geen verschillen in kinderlijke uitkomsten. In beide groepen waren er drie perinatale sterftes (na week 24): in de caseload-groep gaat het om onverklaarde atermen doodgeboortes voor de veertigste week, in de controlegroep om twee sterftes door prematuritas (bij 24 respectievelijk 27 weken) en één atermen sterfte door chorio-amnionitis.

De onderzoekers berekenden dat de kosten voor een caseload-zwangere AUS\$ 566,- (384,24 per 23 november 2013) lager waren dan voor een standaard zorggeval. Dit verschil komt vooral door het kortere verblijf in het ziekenhuis.

De trial laat, in tegenstelling tot eerdere studies, geen verschil zien in interventies, uitgezonderd de medicamenteuze pijnbestrijding, één van de secundaire uitkomstmaten. Wel lijkt er een verschil te zijn in borstvoeding ten gunste van de caseload-groep. Het is opvallend dat het artikel geen uitkomsten rapporteert over de tevredenheid van cliënten en zorgverleners en de belasting voor de staf. Deze secundaire uitkomstmaten worden wel genoemd in het trialregister* en horen dan ook gerapporteerd te worden, iets wat Jim Thornton – hoogleraar verloskunde en gynaecologie in Nottingham – als kritiekpunt benoemt op zijn site www.ripe-tomato.org^[5].

Daarnaast uit hij kritiek op het artikel aangezien deze vele uitkomstmaten rapporteert die niet in het trialregister zijn opgenomen^[6], waardoor het gevaar ontstaat van 'data dredging' (het doen van heel veel niet-geplande analyses, op zoek naar een significant verschil). Daarmee heeft hij inderdaad een punt. Voorzichtigheid is geboden bij het vinden van verschillen in uitkomsten die niet tevoren als zodanig zijn gedefinieerd, zoals het borstvoedingspercentage in deze studie. Ook wijst hij op de drie onverklaarde doodgeboortes van atermen kinderen in de caseload-groep. Hij stelt dat dit soort sterfgevallen te voorkomen is door electieve sectio en inleiding van de baring. Dit lijkt

me een vreemde redenering: het gaat om sterftes voor de veertigste week, waarbij er ook bij standaardzorg geen indicatie geweest zal zijn voor inleiding van de baring. De sterftes zijn niet voor niets onverklaarbaar.

In de discussie noemen de auteurs dat het percentage sectio's tijdens de trial aanzienlijk lager was dan in de periode daarvoor (22% versus 29%). Dit is te meer opvallend omdat in de trial een hoog percentage nulliparae meedeed (70%). Zij schrijven dit lage sectioepersentage (mede) toe aan de reorganisatie van de verloskundige zorg naar het model van caseload midwifery, die al was ingezet voor de trial van start ging. Hierdoor zou ook de standaardzorg veranderd kunnen zijn. Dit betekent dat het contrast tussen caseload midwifery en standaardzorg in een ander ziekenhuis wel eens groter zou kunnen zijn dan in de trial gevonden is.

De reductie in kosten komt vooral door een korter verblijf in het ziekenhuis en verder van één prenatale controle minder. Of deze vorm van zorg inderdaad goedkoper is, hangt erg af van het bekostigingssysteem en van de betaling van zorgverleners, en is dan ook niet te extrapoleren naar andere landen en zorgsystemen. Het lijkt me ook niet dat kostenbesparing de insteek zou moeten zijn, al kan het wel helpen om zorgverzekeraars over de streep te trekken om deze vorm van zorg te vergoeden. Van groot belang is ook de cliënttevredenheid, die helaas niet gerapporteerd wordt in het artikel. Verder is van belang wat zorgverleners van deze vorm van zorg vinden.

Thornton oppert dat caseload midwifery minder prettig is voor verloskundigen en dat alleen enkele enthousiastelingen hiervoor enthousiast te krijgen zijn, een speculatie die hij niet kan onderbouwen, maar wel kan doen omdat de betreffende uitkomsten in het artikel ontbreken.

Al met al laat de trial zien dat caseload midwifery niet tot slechtere uitkomsten leidt en in Australië tot goedkopere zorg en op een aantal punten mogelijk gunstiger is. Het is te hopen dat de auteurs binnenkort ook de cliënttevredenheid en de ervaringen van de zorgverleners zullen rapporteren. ■

Referenties

1. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD004667.
2. Fontein Y. The comparison of birth outcomes and birth experiences of low-risk women in different sized midwifery practices in the Netherlands.
3. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 2012; 119: 1483–92.
4. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, White J, Lainchbury A, Stapleton H, Beckmann M, Bisits A, Homer C, Foureur M, Welsh A, Kildea S. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. Published online September 17, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3)
5. <http://ripe-tomato.org/2013/09/24/cheap-caseload-midwifery/>
6. <https://www.anzctr.org.au/Trial/Registration/TrialReview.aspx?ACTRN=12609000349246>