

'Cochrane review midwife-led continuity of care'. Over de reactie van de NVOG op het persbericht van de KNOV

Primaat van de zwangere centraal

dr. A. de Jonge verloskundige onderzoeker, afdeling Midwifery Science, AVAG/EMGO+, VUMC

dr. M. Prins docent verloskunde, afdeling Midwifery Science, AVAG/EMGO+, VUMC

dr. J. van Dillen gynaecoloog, afdeling Verloskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen

Om bij het einde te beginnen, wij onderschrijven de conclusie van de NVOG: het primaat van de zwangere moet centraal staan en gynaecologen en verloskundigen moeten vanuit één keten optreden. Vanuit deze eensgezindheid zou het toch mogelijk moeten zijn om de verloskundige zorg effectief en doelmatig te organiseren rondom de zwangere. Dit sluit ook aan bij de brandbrief van het Ouderschap en de GeboorteBeweging.¹

Perinatale sterfte

Voor een goede discussie is het noodzakelijk om de juiste feiten te gebruiken. Vanzelfsprekend is elke baby die onnodig overlijdt een drama dat we met onze zorg willen en moeten voorkomen, ongeacht waar ons land staat in de ranglijst. In de tekst wordt echter genoemd dat 800 meer baby's overlijden in Nederland dan in bijvoorbeeld Finland en Zweden. Een kanttekening bij dit getal is wel vereist. Bijvoorbeeld: in tegenstelling tot in Nederland worden in Zweden en Finland zwangerschapsafbrekingen niet meegeteld in de sterftcijfers in het PERISTAT rapport.² Een vergelijking vanaf 28 weken zwangerschap leidt tot minder bias. Het aantal foetale sterftes per 1000 geboortes vanaf 28 weken zwangerschap is in Nederland 2,9, in Zweden 2,8 en in Finland 2,0.² Bij 176.324 bevallingen per jaar (PRN cijfers 2010)³ zou dit betekenen dat, vergeleken met Zweden 18 baby's meer overlijden in Nederland en 159 meer vergeleken met Finland.

Wat neonatale sterfte betreft, is het belangrijk om te kijken naar data na een zwangerschapstermijn van 24 weken, aangezien in Nederland onder de 24 weken geen actieve neonatale opvang wordt geboden. Neonatale sterfte vanaf 24 weken betreft 2,2 per 1000 in Nederland en 1,3 in Finland en Zweden; omgerekend naar het aantal geboortes in Nederland een verschil van 159 sterftes per jaar.

Overigens kunnen geen simpele conclusies worden getrokken uit deze cijfers zonder te onderzoeken wat de oorzaken zijn van de verschillen. Ook moet rekening worden gehouden met een ruime onzekerheidsmarge omdat cijfers gebaseerd zijn op routineregis-

tratiesystemen die onderling verschillen en allemaal beperkingen hebben.⁴

Het is interessant dat Nederland met Zweden wordt vergeleken. Deze vergelijking ondersteunt niet de analyse van de NVOG, dat het onderscheid tussen eerste en tweede lijn en de vele overdrachten verantwoordelijk zijn voor de hoge perinatale sterfte. In Zweden krijgen zwangeren zonder verhoogd risico, zorg van autonome verloskundigen die alleen naar de gynaecoloog verwijzen bij complicaties, conform *midwife-led care*. Zweedse vrouwen bevallen vrijwel altijd in de kliniek en krijgen zorg van verloskundigen in het ziekenhuis, dus ook in Zweden is er nog geen continuïteit van zorg door één en dezelfde zorgverlener.

Als naar verschillen wordt gekeken, is het ook interessant om te onderzoeken waarom een land als Noord-Ierland een hogere perinatale sterfte heeft dan Nederland (foetale sterfte vanaf 28 weken 3,4 versus 2,9 per 1000 en neonatale sterfte vanaf 24 weken 3,0 versus 2,2 per 1000; respectievelijk 88 en 141 sterftes meer).²

Cochrane review

Het klopt dat de opzet van de studies verschillen en dat de samenwerking met de gynaecoloog verschilde van routinematige consulten tot alleen consulten indien nodig, zoals in Nederland. Twee criteria waren van belang in de interventiegroep: de zorg was *midwife-led* en de verloskundige gaf *continuity of care*, ook bij noodzaak tot extra monitoring of interventie. *Midwife-led care* hebben we in Nederland inderdaad ook: verloskundigen zijn hier verantwoordelijk voor de risicoselectie. Aan continuïteit van zorg ontbreekt het nu nog als vrouwen verwezen worden.

Deze *midwife-led continuity of care* is vergeleken met andere vormen van zorg, waaronder *shared care*, waarin verschillende zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zwangere. Ondanks de verschillen in hoe *midwife-led continuity of care* was vorm gegeven, werden toch duidelijke voordelen gezien van deze vorm van zorg voor vrouwen met een laag of gemengd risicoprofiel.

Toepasbaarheid van resultaten in Nederland

In geen van de studies was er de mogelijkheid om thuis te bevallen, hoewel dat volgens de inclusiecriteria wel had gekund. Dit gegeven lijkt niet zo relevant aangezien verschillende Nederlandse studies geen verschil hebben laten zien in perinatale en maternale uitkomsten bij geplande thuis- versus geplande poliklinische bevallingen.

Verder zijn de organisatorische en financiële aspecten in de geïncludeerde studies, anders dan in Nederland, reden waarom de resultaten niet van toepassing zouden zijn. Wij denken dat experimenten noodzakelijk zijn om te onderzoeken of *midwife-led continuity of care* ook in Nederland tot betere zorg leidt. Hoe die zorg georganiseerd en gefinancierd zou moeten worden, moet onderdeel zijn van deze experimenten. Hiervoor is echter wel nodig dat de beroepsgroepen en hun organisaties open staan voor dit soort experimenten en de visie van de NVOG op de Cochrane review ondersteunt dit helaas niet.

Sommigen pleiten voor een model van *shared care* op basis van een artikel van Posthumus waarin elementen uit allerlei vormen van *shared care* zijn samengenomen om een Nederlandse variant van *shared care* te maken.⁵ De NVOG lijkt ook hierop aan te sturen. In het artikel wordt niet gekeken naar de effectiviteit of kosten-effectiviteit van *shared care*.⁵ Gezien de resultaten van de Cochrane review ligt het meer voor de hand om naar *midwife-led continuity of care* te streven: gezien onze historie is er al een aantal aspecten aan het Nederlandse systeem dat hierin past, waaronder onze bekendheid met risicoselectie. Overigens heeft het model, zoals beschreven in het artikel van Posthumus, een aantal elementen dat wel goed aansluit bij het *midwife-led continuity of care* model, zoals continuïteit van de coördinatie van zorg, en deze aspecten zouden zeker meegenomen moeten worden.⁵

Volgens de NVOG zat de gezondheidswinst in de Cochranestudies in het feit dat er een duidelijk plan was aan het begin van de zwangerschap en dat een vaste personen aanspreekpunt waren. Wij hebben gecommuniceerd met de eerste auteur van de review. Een inclusie criterium voor studies in de review was dat in de interventiegroep continuïteit van zorg werd geboden door een groep verloskundigen uit één praktijk. In de *shared care* variant was het een mix van verschillende disciplines: gynaecologen, verloskundigen en eventueel huisartsen. Het ging dus niet alleen om een vast aanspreekpunt. Bovendien lezen we in de studies niet dat er een duidelijker zorgplan was afgesproken in de interventiegroep dan in de controlegroep.

Hoe nu verder?

Nogmaals: over de conclusie zijn de cliënten en wij, het eens en dat stemt optimistisch. Gynaecologen en verloskundigen moeten gezamenlijk optreden vanuit één keten en daarin optimale kwaliteit van zorg leveren die tevens doelmatig is. Daarvoor is het onzes

inziens nodig dat de verloskundige verantwoordelijk is waar het kan en dat deze de expertise van de gynaecoloog inroept waar het moet. Hiervoor is nodig dat de versterking van de Verloskundige Samenwerkingsverbanden zoals die in veel regio's plaatsvindt, wordt voortgezet. Binnen deze samenwerkingsverbanden maken professionals afspraken om de zorg goed af te stemmen zodat zij als één keten opereren waarin de belangen van de cliënt centraal staan.

De risicoselectie is in Nederland vastgelegd in de verloskundige indicatielijst (VIL) en deze moet continue worden herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke evidence. Het is een groot goed dat de VIL in Nederland wordt vastgesteld door betrokken beroepsgroepen gezamenlijk, in tegenstelling tot sommige landen (zoals Australië of Canada) waar de indicatielijst wordt uitgegeven vanuit de beroepsorganisatie van verloskundigen.

Aan continuïteit van zorg ontbreekt het nog in Nederland en we zijn het eens met de NVOG dat er momenteel teveel overdrachten zijn. Daarentegen wordt ook na verwijzing een groot deel van de zorg uitgevoerd door (klinisch) verloskundigen. In de resultaten van de Cochrane review ligt een uitdaging om als betrokken beroepsgroepen gezamenlijk een vorm van *midwife-led continuity of care* te ontwikkelen die bij Nederland past.

Referenties

1. Verwey R., J. Wulder, J. Hoek-Pula, S. Bruin. *Brandbrief: Moeder wordt het kind van de rekening door gekissebis tussen de beroepsgroepen*. Het Ouderschap/ De GeboorteBeweging
2. European Perinatal Health Report. Health and care of women and babies in Europe in 2010. 2013. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT.
3. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatal Care in the Netherlands 2010 [Perinatale Zorg in Nederland]. Stichting Perinatale Registratie Nederland
4. Jonge A. de, R. Baron, M. Westerneng, J. Twisk, E.K. Hutton. *Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: a secondary analysis of Euro-PERISTAT data*. Midwifery 2013; 29(8):1011-1018.
5. Posthumus A.G., V.L. Scholmerich, A.J. Waelput, et al. *Bridging Between Professionals in Perinatal Care: Towards Shared Care in The Netherlands*. Matern Child Health J 2012.