

Voordelen van continue zorg door verloskundigen

Marianne Prins, Jeroen van Dillen, Ank de Jonge

Samenvatting

Het Nederlands verloskundige systeem kenmerkt zich door onderscheid te maken tussen vrouwen met een laag risico op complicaties waarbij de eerstelijns verloskundige eindverantwoordelijk is voor de zorg en vrouwen met een verhoogd risico waarbij de gynaecoloog de zorg overneemt. De meeste professionals en stakeholders zijn het erover eens dat zwangeren gebaat zijn bij meer continuïteit van zorg^[1]. Verschillende initiatieven zijn al genomen om de verloskundige zorg tussen eerste- en tweede lijn beter op elkaar aan te laten sluiten in een integraal verloskundig zorgsysteem^[2]. Er is echter geen consensus over de beste verloskundige organisatie^[1].

Door sommigen wordt het 'shared care' model aanbevolen om de scheiding tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorg op te heffen^[3]. Bij 'shared care' hebben professionals een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid voor zwangeren en continuïteit van zorg wordt gewaarborgd doordat een casemanager (een verloskundige of gynaecoloog) de zorg van zwangerschap tot en met de kraamperiode coördineert.

Wij menen dat zwangeren erbij gebaat zijn als zij zoveel mogelijk continue zorg ontvangen van een klein team verloskundigen waarbij, in geval van risico's, soepel wordt samengewerkt met een gynaecoloog. Op deze manier wordt op een doelmatige manier gebruik gemaakt van de expertise van beide disciplines: verloskundige zorg waar het kan, gynaecologische zorg waar het moet^[6]. Een recent herziene Cochrane review ondersteunt deze visie^[4].

Systematische review naar continue zorg onder leiding van verloskundige

In de Cochrane review zijn alle gerandomiseerde vergelijkende onderzoeken opgenomen waarin *midwife-led continuity of care* werd vergeleken met andere zorgmodellen.

Marianne Prins RM MSc, Afdeling Midwifery Science, AVAG en EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg VUmc, Amsterdam; Jeroen van Dillen, MD PhD gynaecoloog, Afdeling Verloskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen; Ank de Jonge RM PhD, Afdeling Midwifery Science, AVAG en EMGO instituut VUmc, Amsterdam

In *midwife led continuity of care* was de verloskundige verantwoordelijk voor het bepalen van de zorg die een vrouw nodig had, voor het plannen en verlenen van die zorg en voor eventuele verwijzing naar andere professionals. Deze zorg kon ook (routine) consultatie van de gynaecoloog inhouden. In het 'caseload midwifery' model kreeg een vrouw prenatale, natale en postnatale zorg van een of twee verloskundigen en in het 'team midwifery' model van een team verloskundigen. Ook als gynaecologische zorg noodzakelijk was, bleef de verloskundige zorg verlenen.

Controlegroep

De controlegroep kreeg zorg van de gynaecoloog of huisarts of van een verloskundige die werkte onder supervisie van een arts. De zorg in de controlegroep kon ook shared care zijn; verschillende professionals waren dan gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren en verlenen van zorg.

Resultaten

In totaal zijn dertien studies uit Australië, Canada, Ierland, Nieuw Zeeland en Engeland (N= 16,242) opgenomen in de systematische review. In acht studies hadden vrouwen een laagrisico profiel en in vijf studies een gemengd risicoprofiel. In de *midwife-led continuity of care* groep kwam sterfte < 24 weken, preterme partus, gebruik van epidurale en spinale anesthesie, episiotomie en vaginale kunstverlossing minder vaak voor (zie tabel 1). De bevalling werd vaker begeleid door een bekende verloskundige en duurde gemiddeld een half uur langer (tabel 1). Er was geen significant verschil in antepartum opname, sectio caesarea, sterfte na 24 weken, inleiding en gebruik van oxytocine (niet alle data getoond).

In de meeste studies waren vrouwen meer tevreden in de *midwife-led continuity of care* groep. Omdat tevredenheid op verschillende manieren was gemeten zijn deze resultaten niet samengevoegd maar alleen kwalitatief beschreven. De vrouwen waren meer tevreden over de prenatale zorg, informatievoorziening, adviezen, voorbereiding op de baring en de zorg durante partu.

De auteurs van de review concluderen dat *midwife-led continuity of care* aan alle vrouwen moet worden aangeboden tenzij ze substantiële medische of obstetrische complicaties hebben.

Midwife-led continuity of care in Nederland?

Op dit moment hebben eerstelijns verloskundigen in Nederland een nauw omschreven bevoegdheid en dragen zij over aan gynaecologen zodra er risicofactoren of complicaties optreden. Zij hebben dan geen officiële rol meer in de verloskundige zorg. Vooral bij overdrachten tijdens de baring leidt dit tot acute discontinuïteit van zorg. Verwezen worden tijdens de baring heeft een negatief effect op hoe vrouwen terugkijken op hun bevalling^[5]. De resultaten van deze review pleiten ervoor dat verloskundigen zorg aan vrouwen blijven geven, ook bij indicaties waarvoor ze nu verwijzen. Dit vereist dat het takenpakket van eerstelijns verloskundigen wordt uitgebreid. De verloskunde academies hebben al een curriculum ontwikkeld waarin toekomstige verloskundigen worden voorbereid op deze uitbreiding van taken. Uiteraard zullen gynaecologen en verloskundigen samen veilige kaders moeten scheppen waarbinnen deze taakuitbreiding kan plaatsvinden. Het vereist een soepele

samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen en de grenzen tussen de eerste- en tweede lijn zullen vervagen. Tweedelijns verloskundigen zouden mogelijk weer meer taken in de wijk kunnen uitvoeren zodat ook vrouwen met een verhoogd risico continuïteit van zorg ontvangen. Dit betekent echter een grote verandering van de verloskundige zorg in Nederland.

In het ZonMw project 'Integrated Care System during labour (INCAS)' zijn bevorderende en belemmerende factoren onderzocht van de implementatie van een integraal zorgsysteem tijdens de baring^[1]. Hieruit blijkt dat implementatie van integrale zorg stuit op structurele en culturele uitdagingen, zoals verschil van mening onder betrokkenen over de ideale verloskundige organisatie en de financiering daarvan. Een conclusie van de INCAS studie is dat deze implementatie alleen kan slagen als daarbij een methode wordt gebruikt waarbij rekening wordt gehouden met verschillen in visie en belangen tussen zorgverleners. Wij pleiten voor experimenten

Tabel 1: Midwife-led continuity of care versus andere zorgmodellen (geleid door gynaecoloog of huisarts of 'shared care').

Uitkomst	N	Alle studies RR en [95% CI]	Alle studies Absolute risico # (%) ## (%)	Laagrisico* RR en (95% CI)	Gemengd risicoprofiel* RR en (95% CI)
Foetale sterfte < 24 wkn	13953	0.81 [0.66, 0.99]	# 185/7793 (2,3%) ## 208/6160 (3,4%)		
Foetale sterfte ≥ 24 wkn	15667	1.00 [0.67, 1.51]	# 58/8655 (0,67%) ## 45/7012 (0,64%)		
Preterme baring <37 wkn	11546	0.77 [0.62, 0.94]	# 321/6589 (4,8%) ## 316/4957 (6,3%)	0.71 [0.54, 0.92]	0.92 [0.70, 1.21]
Bekende verloskundige bij geboorte	5225	7.83 [4.15,14.80]	# 1808/2610 (69%) ## 228/2615 (8,7%)		
Epidurale spinale analgesie	15982	0.83 [0.76, 0.90]	# 1864/8816 (21,1%) ## 1857/7166 (25,9%)	0.82 [0.73, 0.92]	0.84 [0.75, 0.95]
Spontane vaginale geboorte	14995	1.05 [1.03, 1.08]	# 5998/8330 (72,0%) ## 4483/6665 (67,2%)	1.05 [1.02, 1.08]	1.06 [1.01, 1.10]
Vaginale kunstverlossing	15809	0.88 [0.81, 0.96]	# 1004/8735 (11,5%) ## 962/7074 (13,6%)	0.89 [0.81, 0.99]	0.82 [0.65, 1.03]
Sectio Caesarea	15982	0.93 [0.84, 1.02]	# 1098/8816 (12,4%) ## 1038/7166 (14,4%)	0.91 [0.79, 1.06]	0.96 [0.84, 1.09]
Verskil in gemiddelde duur bevalling (uren, 95% BI) –	3328	0.50 [0.27, 0.74]			
Intact perineum	11494	1.03 [0.94, 1.13]	# 2069/6587 (31,4%) ## 1460/4907 (29,7%)	1.06 [0.93, 1.21]	0.98 [0.90, 1.07]
Episiotomie	15982	0.84 [0.76, 0.92]	# 1681/8816 (19,1%) ## 1656/7166 (23,1%)		
Intensive care opname neonaat	15869	0.90	[0.76,1.06]	# 585/8760 (6,7%) ## 560/7109 (7,8%)	

* Voor een aantal uitkomsten is onderscheid gemaakt in risicoprofiel van de populatie in de studies.
midwife led continuity of care
andere zorgmodellen

waarin de verloskundige continue zorg verleent en de expertise van de gynaecoloog op consultbasis inroept, waarbij de beroepsgroepen gezamenlijk een soepele samenwerking en veiligheid van zorg waarborgen.

Conclusie

Een Cochrane review laat belangrijke voordelen zien van *midwife-led continuity of care* voor vrouwen met een laag of gemengd risicoprofiel in vergelijking met andere zorgmodellen waarin artsen zorg verlenen of waar de verantwoordelijkheid gedeeld wordt in een 'shared care' model. Ook in Nederland zou *midwife-led continuity of care* voordelen kunnen bieden. Een goede samenwerking met zorgverleners in de tweede- en derdelijn is daarbij een vereiste. ■

Referenties

- [1] Jans S, Perdok H, Mol BW, De Jonge A. Integratie van zorg tijdens de baring: de INCAS studie. Tijdschrift voor Verloskundigen 2013; in press.
- [2] Perdok H, De Jonge A, Manniën J, Mol BW. Verloskundige samenwerkingsverbanden: van lokale koplopers naar landelijke vernieuwing! Tijdschrift voor Verloskundigen 2013;30-34.
- [3] Posthumus AG, Scholmerich VL, Waelput AJ, Vos AA, De Jong-Potter LC, Bakker R et al. Bridging Between Professionals in Perinatal Care: Towards Shared Care in The Netherlands. Matern Child Health J 2012.
- [4] Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2013; 8:CD004667.
- [5] Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, van der PK, Prins M, Green J et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. Birth 2008; 35(2):107-116.
- [6] Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. 2009.

Regionale consortia

Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland

Inhoudelijk project: Introduction of Audit generated Changes in perinatal care using Tailored implementation strategies (ACTION-project). In de hele keten van de geboortezorg de implementatie van resultaten uit audits verbeteren.

Netwerk geboortezorg Noordwest Nederland

Inhoudelijke projecten: LOCoMOTive studie: gestructureerde overdrachten in de verloskunde door middel van multidisciplinaire teamtrainingen (VUmc); Preventie van vroeggeboorte (AMC) door betere risicoselectie, medische interventies en interventies op het gebied van public health;

ESPRIT studie: zorgvuldige invoering van niet-invasieve prenatale testen door onderzoek onder zwangeren en professionals.

Regionaal Consortium Zwangerschap en Geboorte Overijssel

Inhoudelijk project: Coördinatie van zorg. Het identificeren van risicofactoren voor morbiditeit gerelateerd aan coördinatie en overdracht van zorg. Is de frequentie van onverwachte overdracht van de ene naar de andere hulpverlener terug te dringen?

Regionaal Consortium Utrecht

Inhoudelijk project: RESPECT studie: verbeteren van risicoselectie voor zwangerschapscomplicaties en aanbieden van multidisciplinaire zorgpaden voor preeclampsie en diabetes gravidarum

Regionaal Verloskundig Consortium Noordelijk Zuid-Holland

Inhoudelijk project: Centering Pregnancy: de effecten van verloskundige groepsconsulten op medische en psychosociale uitkomsten.

Regionaal Consortium Zwangerschap en Geboorte Zuidwest Nederland

Inhoudelijk project: Krachten bundelen tegen risico's: preventieve antenatale en postnatale zorg voor kwetsbare zwangeren, zodat er minder onverwachte prematuren en dysmature kinderen geboren worden.

Regionaal Consortium Oost Nederland

Inhoudelijk project: MijnZw@ngerschap: een persoonlijk zorggroep voor iedere zwangere

Regionaal Consortium Verloskunde Brabant

Inhoudelijk project: Impact van teamtraining: effecten van multidisciplinaire lijnoverstijgende teamtraining

Verloskundig Consortium Limburg

Inhoudelijk project: EXPECT studie: het voorspellen van de individuele kans op zwangerschapscomplicaties met behulp van een risico-analyse instrument voor het eerste trimester