

Minder sectio's door continue zorg

Gerandomiseerde COSMOS-trial

Brigitte Tebbe

Wanneer verloskundigen de regie over de zorg hebben (midwifery led care) kan dat medische interventies voorkomen. Met de gerandomiseerde COSMOS-trial levert het onderzoeksteam van de Australische McLachlan het bewijs dat dit ook geldt voor het voorkomen van onnodige sectio's caesarea, mits de verloskundige één op één continue zorg verleent.

Zorg onder leiding van verloskundigen (*midwifery led care*) verkleint de kans op medische interventies, bleek al eerder uit een Cochrane review van Hatem et al. (2008). Op één punt bestond echter controverse. De Cochrane review liet geen beschermend effect zien van zorg door verloskundigen op het aantal sectio caesarea, terwijl een eerder gepubliceerde Australische studie (Homer et al., 2001) dit wel aantoonde. Volgens de onderzoekers van de COSMOS-studie ontstond deze tegenstelling doordat in de Australische studie continue zorg werd verleend (*caseload midwifery*) terwijl de Cochrane review werd gedomineerd door studies uitgevoerd binnen relatief grote teams van verloskundigen. De clou zou hem niet zitten in de professionele achtergrond van de hulpverleners (verloskundigen versus artsen), maar in het gehalte aan continue één-op-één ofwel *caseload* zorg. Mc Lachlan et al. (2012) ontwierpen de COSMOS-trial om de preventieve werking van continue zorg aan het licht te brengen. De primaire uitkomst van de studie was het aantal sectio's; secundaire uitkomsten waren inleidingen, pijnbestrijding, kunstverlossingen, perineumletsel, de conditie van het kind en de lengte van de kraamperiode. De deelnemers waren bij intake laagrisico zwangere vrouwen (< 24 weken, Engelsprekend, eenlingzwangerschap) uit het Royal Women's Hospital (RWH) te Melbourne (Australië). In totaal werden 2314 deelnemers gerandomiseerd in een onderzoeksgroep van 1156 vrouwen voor continue zorg en een controlegroep van 1158 vrouwen voor standaard zorg.

Continue zorg werd verleend door één primaire verloskundige, bijgestaan door een waarnemend collega voor afwezigheid tijdens vakantie, ziekte of gelijktijdige bevallingen. Ook na doorverwijzing voor specialistische zorg bleef de primaire verloskundige bij de begeleiding

betrokken. De standaardzorg bestond uit zorg van verloskundigen, huisartsen of assistenten gynaecologie in grotere teams, die volgens willekeurige indeling in het dienstrooster van het RWH beschikbaar waren. De analyses werden uitgevoerd volgens het intention-to-treat principe.

In de continue zorggroep verleenden de primaire verloskundige of haar waarneemster in 89% van de gevallen daadwerkelijk de partuszorg. Wat betreft de primaire uitkomst kregen McLachlan et al hun bewijs: de vrouwen uit de groep die continue zorg kreeg bevielen significant minder vaak per keizersnede dan de vrouwen die standaard zorg ontvingen: 19,4% versus 24,9% (RR 0,78; 95% CI 0,67-0,91; p=0,001). De afname was vooral te zien in het aantal ongeplande sectio's. Correctie voor het verschil in achtergrondkenmerken (in de interventiegroep kwamen minder mensen met een uitkering en lage opleiding voor) bracht daar geen verandering in. Spontane vaginale bevallingen waren er des te meer in de continue zorggroep: 63% versus 55,7% (RR 1,13; 95% CI 1,06-1,21; p< 0,001). Bij primiparae was het verschil het grootst: 51.8% versus 41.5% (RR 1.25; 95% CI 1,12-1,39; p<0,001). Daarnaast kreeg in de continue zorggroep 23,1% van de vrouwen een episiotomie, tegenover 29,4% in de controlegroep (RR 0,79; 95% CI 0,67-0,92; p=0,003). Ook was er met continue zorg minder vaak epidurale anesthesie nodig: 30,5% versus 34,6% (RR 0,88; 95% CI 0,79-0,99; p=0,04). Kunstverlossingen kwamen in beide groepen even vaak voor, net als tweede- en derdegraads rupturen, inleidingen, prematuriteit, hemorragia postpartum of IC opnamen. Vrouwen die continue zorg kregen, spendeerden postpartum minder tijd in het ziekenhuis: 55.4 uur (SD 0.97) versus 60.5 uur bij standaardzorg (SD 0.78), p<0.001. Dit verschil was het grootst bij de spontane vaginale bevallingen. Bij vrouwen die per keizersnede bevielen was er geen verschil. Er kwamen geen maternale sterfgevallen voor.

De perinatale uitkomsten verschilden niet significant, behalve dat in de continue zorggroep minder lage geboortegewichten (<2500 g) voorkwamen (2,6% versus 4,4%; RR 0,59; 95% CI 0,38-0,93, p= 0.02) en minder vaak gespecialiseerde pediatrie zorg of IC-opnamen nodig waren (4% versus 6,4%; RR 0,63; 95% CI 0,44-0,90, p= 0.01).

Continue zorg verhoogt volgens deze trial de kans op een spontane baring. Dit wordt verklaard door een afname van (vooral ongeplande) sectio's. De onderzoekers stellen dat de conclusie van de Cochrane review van Hatem uit 2008 mogelijk herzien zou worden als de resultaten van de COSMOS-trial eraan toegevoegd zouden worden: met de inzet van continue zorg zouden wel degelijk sectio's voorkomen worden. Zij relativeren dit met de opmerking dat het Royal Women's Hospital een relatief hoog basisniveau sectio's kent (25%), in vergelijking met de klinieken uit de studies van de Cochrane review, wat het effect van de interventie zou hebben vergroot. De conclusie van de COSMOS-trial luidt dan ook voorzichtigheidshalve, dat continue één op één zorg het aantal sectio's verlaagt bij laagrisicovrouwen in een setting met een hoog basisrisico voor deze interventie.

Als continue één-op-één zorg al in componenten te ontleden is, is het de vraag welk component het preventieve effect veroorzaakt. De onderzoekers nemen de ruimte voor enig gefilosofeer hierover. Ze achten het onwaarschijnlijk dat de gunstige effecten van continue zorg samengevat kunnen worden in puur en alleen de aanwezigheid van een bekende zorgverlener bij de baring. De bestaande studies, samengevat in de Cochrane review toonden immers onderling nogal wat variaties in de mate van continue zorg.

Zienswijze en attitude van de zorgverleners lijken hen evenzeer factoren van invloed. Meer nog dan de professionele achtergrond. Dat leiden de onderzoekers af uit het gegeven dat in de COSMOS-studie de zorg hoofdzakelijk door verloskundigen werd verleend, zowel in de interventie- als in de controlegroep (resp. 89% en 78%). Omdat het niet mogelijk was om zorgverleners voor het type zorg (continue zorg of standaardzorg) te randomiseren, meldden verloskundigen zich zelf aan voor continue zorgverlening. Een zelf-geselecteerde groep verloskundigen zou gemotiveerder kunnen zijn om fysiologie na te streven. Hun non-interventionistische benadering zou blijken uit het feit dat er in de *caseload* groep minder episiotomieën en minder ruggenprikken plaatsvonden, aldus McLachlan et al. Dat het onderzoek niet geblindeerd is uitgevoerd waardoor zorgverleners bekend waren met de sectio caesarea als primaire uitkomstmaat, kan dit hebben versterkt.

De non-interventionistische benadering en de aanwezigheid van een bekende verloskundige zou volgens de onderzoekers wederom het vertrouwen van vrouwen versterken. Vertrouwen in het geboorteprocés zou spreken uit het feit dat vrouwen in de continue zorggroep minder vaak pijnbestrijding nodig hadden. Dit vertrouwen in het jonge moederschap komt volgens de onderzoekers eveneens tot uiting bij het gegeven dat vrouwen in deze

groep postpartum minder lang in het ziekenhuis hoefden te verblijven.

Met continue zorg zouden veel – voor vrouwen vervelende en voor de maatschappij dure – ingrepen voorkomen kunnen worden. Gezien alle buitenlands bewijs hiervoor, zou het mooi zijn als experimenten zoals de COSMOS-trial in Nederland werden herhaald. Het liefst met een bredere insteek dan het kwantificeren van medisch-economisch nut. Verschillende ervaringsstudies toonden aan dat continue zorg nauw aansluit bij de psychologische behoeften en verwachtingen van vrouwen [Biro et al., 2003; Rowley et al., 1995; Waldenstrom et al., 2000]. Een verloskundige die de vrouw centraal stelt verdient dat ook deze dimensie van continue zorg onder het wetenschappelijk vergrootglas komt. ■

Referenties

- Biro, M., Waldenstrom, U., Brown, S., & Pannifex, J. (2003). Satisfaction with team midwifery care for low and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*;30:1-9.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*;4:CD004667.
- Homer, C., Davis, G., Brodie, P., Sheehan, A., Barclay, L., Wills, J. (2001). Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG*;108:16-22.
- McLachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.A. (2012, July 25). 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*; doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- Rowley, M.J., Hensley, M.J., Brinsmead, M.W., & Wlodarczyk, J.H. (1995). Continuity of Care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Med J Aust*;163:289-93.
- Waldenstrom, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D., & Brennecke, S. (2000). Does team midwifery care increase satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*;27:156-67.