

# De VIL 2010, een levende richtlijn: van domeindenken naar ontschotting?

## De Verloskundige Indicatie Lijst, risicoselectie in de verloskundige keten

*Margriet Tesselaar, Melanie Wiegerinck, Pien Offerhaus, Ben Willem Mol*

**Per jaar bevallen in Nederland ongeveer 180.000 vrouwen. De zorg voor deze vrouwen voorafgaand aan, tijdens en kort na de baring wordt verricht door een keten waarin de verloskundige, huisarts, gynaecoloog en kinderarts de belangrijkste actoren zijn. In Nederland worden zwangere vrouwen met een laag risico op complicaties begeleid in de eerstelijns, terwijl vrouwen met een hoger risico op complicaties naar de tweedelijns worden verwezen. Wanneer er geen indicatie voor een bevalling in de tweedelijns is, kan de zwangere zelf de plaats van bevallen bepalen: thuis, in een ziekenhuis of in andere instelling voor geboortezorg.**

**De voortdurende screening op (mogelijke) afwijkingen van een normaal verloop van zwangerschap, baring en kraamperiode noemen we risicoselectie. Deze screening kan ook al plaatsvinden in de preconceptionele periode. Het doel van de risicoselectie is kwalitatief hoogwaardige en doelmatige, zorg met gebruik van het juiste deskundigheidsniveau van de verschillende zorgverleners in de keten.**

Het eerste instrument voor risicoselectie is geïntroduceerd in 1959 door Kloosterman, de zogenaamde Kloostermanlijst. Met deze lijst werd aangegeven welke zwangeren in aanmerking kwamen voor door het ziekenfonds betaalde ziekenhuisopname en specialistische hulp op medische gronden. Deze verloskundige indicatielijst (VIL) werd volledig herzien in 1987. Daarbij werden een aantal uitgangspunten voor de risicoselectie geïntroduceerd (zie tekstvak). In 1999 vond weer een herziening plaats, als onderdeel van het eerste Verloskundig Vademecum.

Bij het uitbrengen van de huidige VIL werd, als onderdeel van het uitbrengen van het tweede Verloskundig Vademecum in 2003, een tiental onderwerpen herzien. Dit gebeurde op basis van de methodiek van 'evidence-based richtlijn ontwikkeling'.

Naast de VIL zijn er inmiddels veel verloskundige onderwerpen uitgewerkt in monodisciplinaire onderwerpen, die de adequate zorg binnen het betreffende echelon behandelen. Deze richtlijnen van NVOG en KNOV raken soms sterk aan onderwerpen in de VIL. Tot nu toe is er echter geen goede mogelijkheid om per onderwerp aanpassingen te doen in de VIL. Ook ontbreekt het soms aan goede afstemming tussen de beroepsgroepen over de richtlijnenprogramma's. Inmiddels is duidelijk dat daardoor knelpunten in de keten ontstaan, zoals bijvoorbeeld bij stuitligging en serotiniteit.

Een heel ander soort probleem is dat de VIL sterk gericht is op het (onder)scheiden van eerstelijns en tweede-/derdelijns zorg. Slechts in een beperkt aantal situaties werd overleg geadviseerd (B-situatie). Met het scheiden van deze verantwoordelijkheden worden in feite ook de patiënten 'verdeeld' over eerste- en tweede-/derdelijns. Inmiddels is duidelijk dat daar zowel voordelen als nadelen aan verbonden zijn. Sommige zorgverleners ervaren de VIL als ondersteunend instrument bij de risicoselectie en samenwerking tussen eerste- en tweede- of derdelijns, anderen ervaren de VIL als een spoorboekje. De VIL zou het domeindenken bevorderen en samenwerken ontmoedigen. De sterke scheiding tussen eerste en tweede-/derdelijns zorg kan bovendien leiden tot discontinuïteit in de zorg voor de zwangere, met name wanneer de vrouw durante partu wordt verwezen. Vrouwen hebben daar last van: zij geven in verschillende onderzoeken aan een minder goede bevallingservaring te hebben als er sprake was van overdracht tijdens de baring [Rijnders, 2008 147 /id; Wiegers, 2009 643 /id].

Een van de uitdagingen voor de beroepsgroepen is om te komen tot echte samenwerking waarbij de zwangere

---

*Margriet Tesselaar is onderzoeker VIL-project, Melanie Wiegerinck is arts-onderzoeker Richtlijnen NVOG, Pien Offerhaus is hoofd Richtlijnen KNOV en Ben Willem Mol is voorzitter van de commissie richtlijnen NVOG*

vrouw en haar partner centraal staan, 'zorg op maat' geboden wordt en de continuïteit van zorg beter gewaarborgd wordt. De nieuwe VIL kan daar een bijdrage aan leveren, onder andere door meer uitwerking te geven aan het overleg, de B-situatie. Dit zou ook goed passen bij het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte om waar nodig te werken met gezamenlijke behandelplannen. In de projectgroep wordt onderzocht of daar met behulp van de VIL meer invulling aan gegeven kan worden.

### Project modernisering VIL

In 2008 is een projectaanvraag gedaan in het multidisciplinaire richtlijnenprogramma van ZonMW (KKCZ), met instemming van de betrokken beroepsorganisaties en de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Bij het opstellen van het plan van aanpak is gekozen voor een vergelijkbare methode als bij de herziening in 2003, zoals beschreven in het Verloskundige Vademecum 2003. Het project wordt uitgevoerd door een multidisciplinaire werkgroep met daarin vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen. De werkgroep wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter, professor Toine Lagro-Jansen. Daarnaast wordt de werkgroep inhoudelijk bijgestaan door een adviseur met expertise op het gebied van richtlijnen (Dr. T. van Barneveld), en ICT experts van het bedrijf Synmind BV. Ook worden adviseurs gevraagd uit de kringen van cliënten en van de zorgverzekeraars. Voor praktische werkzaamheden zoals het doen van searches, beoordelen van literatuur en schrijven van concept teksten zijn twee junior-onderzoekers (M. Wiegenrinck, basis arts en M. Tesselaar verloskundige met Master of Science verloskunde) aangesteld.

De werkgroep verricht de volgende werkzaamheden:

#### A. Actualisering van een aantal onderwerpen van de huidige VIL

Hiervoor zijn bij de start van het project onderwerpen gekozen, waarbij de projectgroep ook gebruik heeft gemaakt van een raadpleging van de achterban van de participerende beroepsorganisatie. Daartoe werden 40 gynaecologen, 40 verloskundigen, 10 kinderartsen en 10 verloskundig actieve huisartsen benaderd. Uiteindelijk zijn tien onderwerpen vastgesteld, waarvan er tenminste 7 worden uitgewerkt (zie tabel 1). Ieder onderwerp wordt door een subgroep van een verloskundige, een gynaecoloog en een kinderarts of huisarts voorbereid, met ondersteuning van een van beide onderzoekers die voor dit project zijn aangesteld. Per onderwerp worden uitgangsvragen geformuleerd, evidence tabellen opgesteld en concept aanbevelingen geformuleerd. Deze worden in de plenaire projectgroep besproken en vastgesteld.

#### B. VIL ombouwen tot levende richtlijn.

De herziene VIL zal verschijnen als een via het internet benaderbare onderwerpenlijst. Dit maakt het mogelijk om in de toekomst sneller aanpassingen per onderwerp te doen, bijvoorbeeld naar aanleiding van nieuw onderzoek of een nieuwe richtlijn. Daarvoor wordt een structuur ontworpen die het regelmatige/continue onderhoud van de VIL waarborgt, rekening houdend met de monodisciplinaire richtlijnontwikkeling bij de beroepsorganisaties. De multidisciplinaire aanbevelingen zullen steeds door de betrokken beroepsorganisaties moeten worden geautoriseerd. De precieze procedure voor continue ontwikkeling

### Uitgangspunten van de VIL 1987-2003

In de VIL worden sinds 1987 vier niveaus van zorg onderscheiden:

- A-indicatie: eerstelijns zorg
- B-indicatie: overlegsituatie: beoordeling op het raakvlak van eerste- en tweedelijns zorg, individueel overleg tussen eerste- en tweedelijns is nodig, tenzij er geprotocolleerde afspraken op lokaal niveau zijn gemaakt
- C-indicatie: tweedelijns zorg
- D-indicatie: eerstelijns zorg in het ziekenhuis, in verband met een transportrisico tijdens de partus.

Besluitvorming over het gewenste niveau van zorg gebeurt aan de hand van een aantal besliskundige vragen:

1. Is er sprake van een aandoening die invloed kan hebben op het beloop en de uitkomst van de zwangerschap en/of bevalling en/of kraamperiode?
2. Is er sprake van een aandoening waarop zwangerschap en/of bevalling en/of kraamperiode invloed kunnen hebben?
3. Van wat voor soort risico is er sprake?
4. Wat is het meest geëigende verloskundig/medisch beleid op basis van anamnese en onderzoek? Hiermee wordt bedoeld:
  - a. Met welke beleid is het optreden van de complicatie te voorkomen of tijdig op te sporen?
  - b. Welke interventie moet worden uitgevoerd bij het optreden van de complicatie?
5. Als het beleid is vastgesteld wie is dan de meest aangewezen zorgverlener om de zwangerschap bevalling en/of kraamperiode in de gegeven situatie te begeleiden?

en autorisatie moet nog worden uitgewerkt, in samenwerking met de besturen van KNOV en NVOG. Ook het op te richten College Perinatale Zorgverlening (de opvolger van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte) zal hier mogelijk een rol in krijgen.

Het project zal naast een herziene versie van de VIL als levende richtlijn ook een cliëntenversie van de VIL, en een overzicht van kennishiaten opleveren. Daarnaast werkt de werkgroep een implementatieplan uit.

Samengevat zal de nieuwe VIL voor belangrijke onderwerpen up to date aanbevelingen geven over verwijfsindicaties en samenwerkingsafspraken, waarbij het karakter zal verschuiven van dat van het huidige 'spoorboekje' naar samenwerking. Er komt een modulaire opzet met goede afspraken voor onderhoud in een

multidisciplinaire setting. Er komt een online document, waardoor gemakkelijke verwijzing naar relevante richtlijnen van NVOG, KNOV en andere organisaties plaatsvindt, en er komt een (online) patiëntenversie. Natuurlijk zal, net als bij de versie van 2003, de VIL een goed uitgangspunt bieden voor multidisciplinaire afspraken en protocollen op lokaal of regionaal niveau. Daarmee hopen wij dat de nieuwe VIL een beter hulpmiddel zal worden voor het samenwerken bij de zorg voor de zwangere. ■

### Literatuur

1) Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008 Jun;35(2):107-16.

2) Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 May 9;9:18.

**Tabel 1 Onderwerpen herziening VIL 2010**

Onderwerp	Relevante richtlijnen in Nederland	Betrokken projectgroepleden
Hypertensie	NVOG: hypertensieve aandoeningen richtlijn KNOV in voorbereiding	Marianne Prins (KNOV), Hans Wolf (NVOG), Marie-Louise Trompetter (VVAH)
Meconiumhoudend vruchtwater	NVK: reanimatie pasgeborene	Ank de Jonge (KNOV), Siep de Boer, Anne van Kempen (NVK)
Langdurig gebroken vliezen	NVOG: breken van de vliezen voor de baring; GBS	Marianne Nieuwenhuijze (KNOV), Guid Oei (NVOG), Inge de Boer
Minder leven voelen	NVOG: foetale bewaking	Marianne Nieuwenhuijze, Guid Oei, Marie-Louise Trompetter
Stuitligging	NVOG: stuitligging KNOV :uitwendige versie	Marianne Prins, Hans Wolf
Obesitas	NVOG: zwangerschap bij obesitas	Marianne Nieuwenhuijze, Siep de Boer, Marie-Louise Trompetter
Psychofarmaca gebruik		Marianne Prins, Hans Wolf, Anne van Kempen
Serotiniteit	NVOG: serotiniteit	Ank de Jonge, Guid Oei
Diabetes gravidarum	NIV/CBO: diabetes en zwangerschap	Marianne Nieuwenhuijze Siep de Boer
Sedatie/pijnbehandeling	NVOG/VAA/CBO: medicamenteuze pijnbehandeling	Marianne Prins Hans Wolf

### Reservelijst van onderwerpen voor een volgende ronde:

- Niet vorderende baring: ontsluiting en uitdrijving
- Groeivertraging
- Schildklierproblematiek
- Colitis ulcerosa
- Stoornissen in nageboortetijdperk (HPP, vastzittende placenta)
- Jehova's getuigen
- Sectio in de anamnese
- Hoofdstaand hoofd bij gebroken vliezen
- Foetale aritmie