

Op weg naar een sluitende keten rond moeder en kind

Inspectieonderzoek Geboortezorg in eerstelijns verloskundigenpraktijken

Renske Wentzel, Brigit Burema, Sylvia van der Lans, Marianne Amelink

Perinatale gezondheid is een graadmeter voor de kwaliteit van de gezondheidszorg [Richardus, 1998]. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) onderzoekt daarom de kwaliteit van de geboortezorg in een zogeheten thema-toezichtproject, met het doel daarmee een bijdrage te leveren aan het terugdringen van risico's in deze zorg. Na het verschijnen van het Adviesrapport 'Een goed begin' [Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2010] heeft de inspectie uitgesproken dat dit advies voor haar niet vrijblijvend zou zijn. De aanbevelingen en (veld)normen die voortvloeien uit het stuurgroepadvies zijn, naast de beschikbare informatie uit calamiteitenmeldingen en eerder uitgevoerde toezichtprojecten, het uitgangspunt voor het thema-toezichtproject. De inspectie heeft in 2011 eerst een schriftelijke vragenlijst uitgezet bij alle ziekenhuizen. In de tweede fase – in 2012 – bracht ze steekproefgewijs bezoeken aan eerstelijns verloskundigenpraktijken. Daar werden onder andere dezelfde vragen als bij de ziekenhuizen gesteld. Het voor u liggende artikel bevat de resultaten van deze bezoeken.

Methode

In 2011 werden via de Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) voor het eerst de indicatoren Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde uitgevraagd bij alle verloskundige praktijken. De inspectie benutte de indicatorgegevens voor de selectie van te bezoeken praktijken: ze maakte – zonder er een oordeel aan te verbinden – een indeling van praktijken die afweken van het gemiddelde (zowel naar boven als naar beneden) en praktijken waarvan geen informatie beschikbaar was. Uit deze drie groepen

maakte ze een random selectie van in totaal 21 praktijken. In een bezoek van een dagdeel werden, naast de algemene praktijkinformatie, vier thema's besproken:

- Implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte [Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2010]
- Indicatoren Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde [Zichtbare Zorg, 2011]
- Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld [KNOV 2011]
- Stoppen met roken begeleiding [Reulings P, 2011]
- Basis voor de vragenlijst was een toetsingskader, vooraf opgesteld en afgestemd met de KNOV. In tabel 2 wordt het toetsingskader toegelicht.

Resultaten

De beschreven resultaten betreffen de bevindingen in de 21 bezochte praktijken. De resultaten van het onderdeel 'stoppen met roken begeleiding' zijn onderdeel van het inspectierapport: de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2012. In november 2012 werd deze gepresenteerd.

Algemene praktijkkenmerken

De praktijken waren over het hele land verspreid en betroffen zowel stads- als plattelandspraktijken. In de bezochte praktijken werkten één tot zeven verloskundigen. Het aantal inschrijvingen in 2011 varieerde van 57 tot 1278. Op één praktijk na waren er in de praktijken geen of weinig cliënten waarop het achterstandstarief van toepassing was.

Alle verloskundigen waren BIG geregistreerd. Veertien praktijken hadden een assistente en in vijf praktijken had deze ook medische taken. De taken en verantwoordelijkheden van deze assistentes waren overal vastgelegd, zij waren bevoegd en bekwaam voor het uitvoeren van deze taken. Alle praktijken waren lid van een verloskundigenkring. Op drie praktijken na, waren alle verloskundigen in de praktijken ingeschreven in het kwaliteitsregister.

Alle praktijken hadden 24 uur bereik- en beschikbaarheid sluitend geregeld. In de grotere praktijken werden zowel

H.R. Wentzel MSc, inspecteur; B.E.M. Burema-Kuster, specialistisch senior inspecteur; drs. S.M.G.A. van der Lans, senior inspecteur; dr. M.P. Amelink-Verburg, specialistisch senior inspecteur.

Correspondentie: H.R. Wentzel, r.wentzel@igz.nl

geplande als ongeplande afwezigheid als achterwacht bij piekdrukke door eigen verloskundigen opgevangen; in kleinere praktijken werden indien nodig waarnemers en buurpraktijken ingezet. Er werden hierin geen knelpunten ervaren.

Niet alle verloskundigen in de bezochte praktijken hadden een getekende schriftelijke toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis waarmee de praktijk samenwerkte. Als reden hiervoor werd ondermeer aangegeven dat de betreffende verloskundige nog maar kort bij de praktijk werkzaam was, of dat het verloskundig samenwerkingsverband bezig was met een herziening van de toelatingsovereenkomst. In een aantal gevallen was de geldigheidsdatum van de overeenkomst verlopen.

Inventarisatie normen uit het Stuurgroepadvies

Een groot deel van de uitgevraagde normen uit het

stuurgroepadvies waren in de praktijken reeds gerealiseerd of in voorbereiding; een aantal onderwerpen bleef hierin achter (figuur 1):

- Bijna alle praktijken namen al actief deel aan het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) in hun regio. In enkele gevallen was er nog geen VSV om aan deel te nemen (onder andere door fusie), maar was dit wel in oprichting.
- Alle praktijken namen reeds deel aan de perinatale audit. Nog niet alle praktijken hadden een systeem om de aanbevelingen die uit de auditbijeenkomsten voortkwamen ook gericht en gestructureerd in de praktijk in te voeren.
- Eenzelfde beeld was zichtbaar voor de PRN: alle praktijken namen deel aan de Landelijke Verloskunde Registratie eerste lijn of de nieuwe PRN-dataset. Maar niet elke praktijk gebruikte de spiegelinformatie die de jaarlijkse LVR-praktijkrapportage biedt voor een evaluatie van de verleende zorg in praktijk-, kring- of VSV-verband.

Tabel 1. Toetsingskader bij de bezoeken aan de verloskundigenpraktijken, met enkele voorbeelden

Toetsingskader

Voor de beoordeling van informatie uit toezicht, gebruikt de inspectie een toetsingskader. In het toetsingskader staan de onderwerpen die de inspectie onderzoekt, welke (veld)norm getoetst of geïnventariseerd wordt en op basis van welke wetten/richtlijnen/veldnormen dit gebeurt. De vier hoofdonderwerpen van het bezoek aan de eerstelijns verloskundigenpraktijken werden onderverdeeld in het toetsingskader. Sommige onderdelen berusten op een door wet of veld geformuleerde 'harde norm' waar de praktijk nu al aan zou moeten voldoen. Daarnaast zijn er door het veld geformuleerde normen waar praktijken op redelijke termijn aan moeten gaan voldoen. Tot slot zijn er onderdelen die nog nadere uitwerking behoeven, maar inventariserend en stimulerend uitgevraagd werden.

Enkele voorbeelden van onderdelen in elke categorie:

Onderdeel	Norm	Toelichting	Bron	Termijn
BIG-registratie	Alle verloskundigen in de praktijk zijn BIG-geregistreerd	Verloskundigen vallen onder de Wet BIG, moeten ingeschreven staan in het register en zich houden aan de bepalingen zoals in de wet omschreven.	Wet BIG	Direct
Schriftelijk vastgelegde toelatingsovereenkomst	Het ziekenhuis sluit een toelatingsovereenkomst af met de eerstelijns verloskundigen	In de toelatingsovereenkomst zijn de verantwoordelijkheden en het gebruik van verloskundige faciliteiten in het ziekenhuis geregeld.	Modelovereenkomst ziekenhuis – verloskundige NVZ en KNOV Verloskundig Vademecum	Redelijke termijn
Casemanager	Streefnorm: Alle zwangere in de praktijk hebben een casemanager	Iedere cliënt krijgt één verloskundige toegewezen, die alle zorg rond deze ene cliënt coördineert. Deze casemanager is vast aanspreekpunt en vertrouwenspersoon voor de cliënt en is verantwoordelijk voor het totale zorgtraject van de zwangere (van intake tot eindevaluatie) en voor een eventuele overdracht naar de tweede lijn.	Stuurgroepadvies	Inventariserend

- Het merendeel van de praktijken had een protocol *parallele actie*, waarin samen met de tweede lijn was vastgelegd bij welke levensbedreigende condities in de thuis-situatie de acute zorg in het ziekenhuis alvast zal worden opgestart, en hoe dat proces van opstarten is georganiseerd. Maar afspraken voor het evalueren van dergelijke parallele acties waren er in de meeste gevallen nog niet.

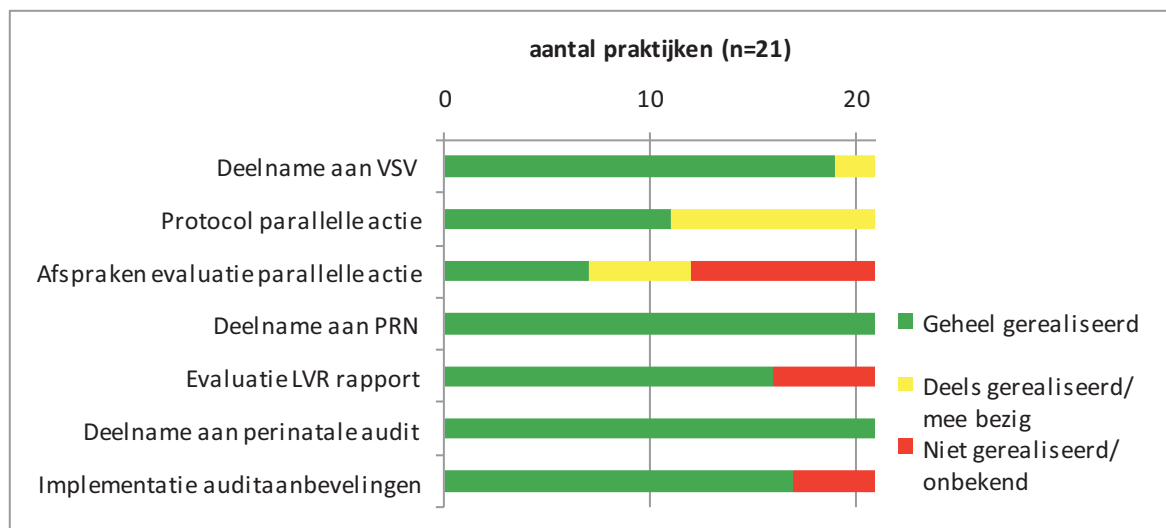
Vijftien praktijken gaven aan in VSV- of ander multidisciplinair verband trainingen te hebben gevolgd. Genoemd werden de MOET, CAVE, MedSim, SBAR en reanimatie training. Bij vijf praktijken was het VSV nog bezig met het organiseren van deze trainingen. Eén praktijk nam niet deel aan trainingen.

De Verloskundige Indicatielijst (VIL) werd in alle praktijken en VSV's gebruikt voor het verwijzbeleid en als expliciete richtlijn voor de taakafbakening van eerste en tweede lijn.

'Streefnormen' uit het Stuurgroepadvies

Tijdens de bezoeken bleek dat bij een aantal aanbevelingen uit het stuurgroepadvies veel onduidelijkheid bestaat over de definitie, de randvoorwaarden, de beoogde actoren, de doelstelling en de effectiviteit. Dit betrof met name de aanbevelingen over de casemanager, het zorgplan, het 34-weeken huisbezoek, het vroege eerste bezoek tijdens de bevalling en de overdracht aan de jeugdgezondheidszorg. In wisselende vorm en hoeveelheid werd er in de bezochte praktijken inhoud gegeven aan deze aanbevelingen; de meeste praktijken gaven aan eerst te wachten op nadere uitwerking en/of de norm in deze vorm niet te onderschrijven. Zo stelden enkele kleine praktijken dat een casemanager niet nodig was omdat zij onderling voldoende informatie deelden om altijd volledig geïnformeerd de cliënt te kunnen helpen. Over het begrip 'zorgplan' bestond veel verwarring; sommigen interpreteerden dat als het overzicht van geplande activiteiten dat

Figuur 1. Resultaten inventarisatie invoering normen uit Stuurgroepadvies in 21 eerstelijns verloskundigenpraktijken



Sommige praktijken ervoeren knelpunten in de toepassing van de VIL doordat deze indicatielijst op enkele onderdelen verouderd is. Ook bleken er verschillen van inzicht qua interpretatie van indicaties en/of onduidelijkheid over de definities en aanbevelingen in te staan. Het ging dan om een discussie tussen de eerste en tweede lijn, of binnen de tweede lijn (verschillen tussen ziekenhuizen in de regio of tussen de specialisten in een ziekenhuis). Als voorbeelden werden genoemd het beleid bij serotiniteit, groep-B-streptococcon (GBS), diabetes gravidarum, Body Mass Index (BMI) en uitwendige versie. Daarnaast gaf één praktijk aan dat zij soms te maken hebben met vrouwen die ondanks een medische indicatie thuis willen bevallen.

standaard in het elektronisch dossier staat, anderen maakten hiervoor een apart document dat zij met de cliënt bespraken, weer anderen interpreteerden het als een geboortepan dat door de patiënt wordt opgesteld. Het 34-weeken huisbezoek riep verwarring op vanwege mogelijke overlap met het huisbezoek dat de kraamzorg uitvoert. De rol van de verloskundige, naast de kraamzorg, bij de overdracht naar de jeugdgezondheidszorg werd ook niet overal (hetzelfde) ingevuld.

Indicatoren

Een van de vraagstellingen van de bezoeken was, of de verschillen die volgens de gegevens van de eerstelijns-verloskundige Indicatoren tussen praktijken bestaan, ook

zichtbaar zouden zijn in de praktijkvoering en in de overige uitgevraagde onderdelen. In de bezoeken bleek dat de indicatorgegevens, op grond waarvan de inspectie een indeling van te bezoeken praktijken had gemaakt, op een aantal onderdelen niet correct waren aangeleverd. Omdat dit voor alle praktijken gold, verviel de mogelijkheid om deze vraag te beantwoorden. Niettemin was dit een belangrijke bevinding die aan de PRN en Zichtbare Zorg is doorgegeven, zodat de controlesystematiek kan worden herzien en de inspectie de Indicatoren in toekomstige situaties wel voor haar toezichtstaak kan gebruiken. In het bezoek werden de indicatorgegevens wel besproken. De praktijken die geen gegevens aangeleverd hadden, hadden hier een afdoende praktische verklaring voor.

Kindermishandeling / huiselijk geweld

Verloskundigen gaven in wisselende mate aan vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld te hebben gehad. Een aantal verloskundigen meende dat de meldcode niet op hun populatie van toepassing was, omdat ze nog nooit dergelijke vermoedens hadden gehad; zij realiseerden zich niet dat de meldcode ook ten doel heeft de signalen beter te herkennen. De meeste verloskundigenpraktijken pasten de KNOV-meldcode

Kindermishandeling en Huiselijk Geweld (of een daarop gebaseerde meldcode) al toe of bleken bij benadering de stappen van deze meldcode uit te voeren. Niet alle verloskundigen waren geschoold in het signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld.

Beschouwing

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op 21 van de 519 eerstelijns verloskundigenpraktijken in Nederland [NIVEL, 2011]. Het geschetste beeld kan daarom niet vertaald worden naar een landelijk beeld. Het geeft wel inzicht in een dwarsdoorsnede van praktijken en een beeld van hoe praktijken met de recente landelijke, regionale en lokale veranderingen omgaan. De inspectie was over het geheel genomen positief over de bevindingen in de bezochte praktijken. Hoewel er verschillen waren tussen praktijken, hadden zij als regel de verloskundige zorg goed en professioneel georganiseerd. De 24-uurs bereikbaarheid, ook in geval van piekdruk, was sluitend geregeld. Bijna alle praktijken leverden door bestuursfuncties of deelname aan werkgroepen een actieve bijdrage aan de verloskundige kring, aan een coöperatie, in het VSV of in de perinatale audit. Praktijken hebben te maken met een groot aantal gremia buiten de directe verloskundige

Tabel 2. Overzicht van de inspectieonderzoeken in het thema-toezichtproject geboortezorg

Nr	Doelgroep	Vorm	Tijdpad	Inhoud
1	Ziekenhuizen	Schriftelijke vragenlijst aan alle ziekenhuizen	augustus 2011 - juli 2012	Inventarisatie naar implementatie stuurgroepadvies
2	Eerstelijns verloskundigen	Bezoeken aan 21 eerstelijns verloskundigen praktijken	februari 2012 - september 2012	Inventarisatie naar implementatie stuurgroepadvies; indicatoren Zichtbare Zorg; meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld; toetsing van stoppen met roken begeleiding
3	Verloskundig actieve huisartsen	Webbased vragenlijst aan alle verloskundig actieve huisartsen	september 2012 - begin 2013	Inventarisatie naar implementatie stuurgroepadvies en van de verloskundige zorg die huisartsen verlenen
4	Netwerk VSV	24 bezoeken aan VSV-regio's (eerste lijn, tweede lijn, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg)	oktober 2012 - mei 2013	Toetsing in de praktijk van de informatie uit de inventarisaties en inzicht in hoe het netwerk van verloskundige zorg functioneert, van preconceptie-advisering tot en met de overdracht aan de jeugdgezondheidszorg
5	Verloskundige zorg asielzoekers	Nog in ontwikkeling	2013	Vergelijkbaar met het Netwerk-VSV onderzoek, maar toegespitst op een specifieke groep kwetsbare zwangeren

zorgverlening, met name op het gebied van de (psycho) sociale zorgverlening. De verloskundigen toonden zich ook hierbij zeer actief en betrokken.

Vanuit de gedachte dat samenwerking begint met heldere afspraken en kaders voor wederzijdse verwachtingen en verplichtingen, heeft de inspectie zowel bij de ziekenhuizen als bij de eerstelijns verloskundigenpraktijken gevraagd of alle verloskundigen een getekende schriftelijke toelatingsovereenkomst hebben met het ziekenhuis waarmee de praktijk samenwerkt. Dit bleek nog niet overal het geval. De modelovereenkomst hiervoor, opgesteld door de KNOV en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), bestaat al sinds 2003. De inspectie verwacht dan ook dat alle verloskundigen hieraan voldoen. Bij volgende contacten met verloskundigenpraktijken zal hierop toegezien worden. Indien nodig zal er getoetst gaan worden op handhaving [NVZ/KNOV 2003].

De normen uit het stuurgroepadvies waren in de meeste praktijken grotendeels geïmplementeerd of in een gevorderd stadium daarvan. Het maken van afspraken over de inzet van parallelle actie en de evaluatie daarvan, was in een aantal praktijken nog niet gerealiseerd. De inspectie wil dat dit overal in het land, dus bij alle VSV's, goed geregeld gaat worden zodat de afspraken voor alle betrokkenen in een acute situatie duidelijk zijn en ook actueel gehouden worden. Ook hierop zal de inspectie in toekomstige contacten actief toezien. Oefenen in multidisciplinair verband, zoals door het volgen van MOET, CAVE, MedSim, SBAR en reanimatie trainingen, geeft daarnaast een extra voorbereiding voor acute situaties.

Alle 21 praktijken uit het onderzoek ontvingen hun eigen verslag en een factsheet met spiegelinformatie op basis van de resultaten uit alle bezoeken. Voor de onderdelen waaraan een praktijk nog niet voldeed, vroeg de inspectie om actie te ondernemen, in het vertrouwen dat de praktijk de uitwerking van deze verbeterpunten voortvarend ter hand neemt. De inspectie verwacht hetzelfde van alle overige praktijken. De naleving van deze normen gaat de inspectie steekproefsgewijs toetsen in het hieronder beschreven vervolgonderzoek en in andere contacten met de praktijken.

Rondom de definitie en de invulling van de casemanager, continue begeleiding, het zorgplan en het huisbezoek bestaat nog veel onduidelijkheid. De mate waarin deze aanbevelingen al geïmplementeerd waren verschilde sterk per praktijk evenals het draagvlak hiervoor. De KNOV heeft de invoering ervan in een pilot in vijf praktijken getest [Weide M, 2012].

De inspectie beschouwt deze vier aanbevelingen vooralsnog als 'streefnormen' maar verwacht wel van de beroepsgroep dat zij, samen met de andere betrokkenen

in het veld, deze streefnormen verder uitwerken tot normen om daarmee een bijdrage te leveren aan het terugdringen van risico's in de perinatale zorg. Ditzelfde geldt voor de overdracht van zorg aan het einde van het kraambed, die is omschreven in het 'standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg-verloskunde naar jeugdgezondheidszorg' [RIVM, 2011]. Naar aanleiding van het uitbrengen van het standpunt worden lokale en regionale pilots uitgevoerd die aan de verdere implementatie moeten bijdragen.

Het gebruik van een 'Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld' en scholing voor de toepassing van de meldcode was nog niet in elke praktijk gerealiseerd. Verloskundigen hebben, gezien de vertrouwelijke relatie met hun cliënten, een belangrijke rol in het signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld en de meldcode is een belangrijk instrument daarvoor. De KNOV, die haar meldcode kindermishandeling in 2011 heeft geactualiseerd, stelt dat verloskundigen hun kennis over dit onderwerp actueel dienen te houden door zelfstudie en bij- en nascholing (KNOV, 2011). Via de KNOV-website worden diverse scholingsmogelijkheden genoemd (KNOV, 2012). De inspectie sluit hierbij aan en verwacht van praktijken dat zij geschoold zijn in het gebruik van de meldcode en dat tenminste één verloskundige uit elke praktijk geschoold is in het bespreekbaar maken van deze onderwerpen, en weet hoe te melden indien nodig.

Vervolg

Na de afronding van het onderzoek bij de verloskundigenpraktijken startte de inspectie nieuwe deelonderzoeken. In tabel 2 staat een overzicht hiervan. Zo inventariseert de inspectie op dit moment met een vragenlijst onder verloskundig actieve huisartsen welke verloskundige zorg zij verlenen en in welke mate zij voldoen aan de normen die ook in het onderzoek bij de eerstelijns verloskundigen aan bod kwamen.

Na de drie inventarisaties (ziekenhuizen, verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen) wordt de samenwerking in de praktijk getoetst in een serie inspectiebezoeken aan Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV's). Het inspectiebezoek richt zich, in navolging van het stuurgroepadvies, op de samenwerking in het netwerk van de geboortezorg en omvat het gehele zorgpad van pre-conceptieadvies tot de overdracht naar kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. In een bezoek van twee dagen interviewt de inspectie diverse betrokken zorgverleners, bestuurders en ouderparen, voert zij een dossieronderzoek uit, observeert zij bij overdrachtmomenten en overleggen en ziet zij lokale samenwerkingsafspraken en protocollen in. De inspectie gaat met de bezoeken na of het veld de normen en adviezen voor de noodzakelijke voorwaarden voor veilige zorg rond de geboorte naleeft.

Indien nodig zal zij met handhaving naleving bevorderen om vermijdbare schade voor moeder en kind te voorkomen.

De inspectie realiseert zich dat rond het uitbrengen van het stuurgroepadvies veel veranderingen in gang gezet zijn. Zij heeft in haar onderzoeken in de eerste en tweede lijn geconstateerd dat al veel aanbevelingen geïmplementeerd zijn of worden. Het tempo waarop dit gebeurt en de onderlinge verscheidenheid tussen regio's, lokale organisaties of praktijken is een aandachtspunt. Betrokkenen moeten niet terugvallen in een afwachterende rol, maar daarnaast ook de tijd nemen om met elkaar (en landelijk) af te stemmen. Dit vergt zowel proactiviteit als geduld. De inspectie verwacht van de verloskundigenpraktijken dat ze, met de tweede lijn en andere betrokken partijen, en met de ondersteuning van het CPZ, de invulling van het stuurgroepadvies samen verder vorm geven en een sluitend netwerk voor moeder en kind creëren. Dat dit geen eenvoudige opgave is in een complex en steeds veranderend veld staat niet ter discussie.

Referenties

- College Perinatale Zorg. (2011, september). Zie: www.collegepz.nl/organisatie
- KNOV. (2011, september). KNOV-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld. Utrecht.
- KNOV. Website KNOV deskundigheidsbevordering, Digitale meldcode kindermishandeling. Zie: <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/deskundigheidsbevordering/bij-en-nascholing/digitale-scholing/digitale-meldcode-kindermishandeling/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012, maart). Definities 24/7 acute verloskunde en andere normen voor ziekenhuizen. Zie: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zwangerschap-en-geboorte/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/03/01/definities-24-7-acute-verloskunde-en-andere-normen.html
- NIVEL. (2011, december). Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2011. Utrecht.
- NVZ en KNOV. (2003). Modelovereenkomst ziekenhuis-verloskundige. Utrecht/Bilthoven.
- Reulings, P., Van der Lans, S., Wentzel, R., & Amelink-Verburg, M. (2011, april). Pak je kans: stoppen met roken begeleiding door verloskundigen. Tijdschrift voor Verloskundigen.
- Richardus, J., Graafmans, W., Verloove-Vanhorick, S., & Mackenbach, J. (1998). The Perinatal Mortality Rate as an Indicator of Quality of Care in International Comparisons. *Medical Care*, 36(1), 54-66.
- RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. (2011, april). Standpunt Gegevensoverdracht van kraamzorg-verloskunde naar jeugdgezondheidszorg. Utrecht.
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009, december). Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht.
- Weide, M. (2012, juni). Pilot ondersteunt KNOV-visie op 34-weeken huisbezoek. Tijdschrift voor Verloskundigen.
- Zichtbare Zorg. (2011, maart). Zorginhoudelijke Indicatoren Zichtbare Zorg Eerstelijns-verloskunde. Den Haag.

De IRIS-studie naar het effect van routine-echoscopie gaat van start!

Verloskundigen doen steeds vaker routine echoscopisch onderzoek in het derde trimester van de zwangerschap. Door groeiachterstand eerder op te sporen zou perinatale mortaliteit en morbiditeit voorkomen kunnen worden. Maar de echo zou ook ongerustheid kunnen veroorzaken en kunnen leiden tot onnodig medisch ingrijpen en hoge kosten. Er is hard gewerkt aan een onderzoeksvoorstel door onderzoekers uit het hele land en vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen die betrokken zijn bij de verloskunde. Onlangs heeft ZonMw besloten het onderzoek te financieren. In het onderzoek zullen we de voor- en nadelen van routine-echoscopie in het derde trimester onderzoeken.

Aan de IRIS studie (IUGR Risk Selection study) nemen zestig verloskundigenpraktijken deel in een *stepped wedge cluster gerandomiseerd onderzoek*. Dat wil zeggen dat niet cliënten, maar praktijken gerandomiseerd worden. Bovendien beginnen alle geïncludeerde praktijken met prenatale zorg te verlenen zoals ze dat gewend zijn. Elke twee maanden gaan twaalf praktijken vervolgens over op het aanbieden van twee extra echo's in de zwangerschap, een bij 28 tot 30 weken en een bij 34 tot 36 weken. Na tien maanden bieden alle praktijken routine-echo's aan.

Wanneer een praktijk overgaat van gebruikelijke zorg naar het aanbieden van echo's wordt door het lot bepaald. Tot een week na de geboorte meten we perinatale mortaliteit en morbiditeit, het aantal medische interventies, mate van ongerustheid en kosten. Ook bestuderen we ethische aspecten en de samenwerking tussen zorgverleners. De onderzoeksgroep probeert momenteel extra budget te vinden voor het beantwoorden van aanvullende onderzoeksvragen op het gebied van lange termijngevolgen voor de kinderen en innovatieve technieken om intra-uteriene groeivertraging te voorspellen en te monitoren.

Officieel begint de studie pas in april 2013, maar de eerste voorbereidingen zijn al in volle gang. Het komend jaar zal besteed worden aan het formuleren van een onderzoeksprotocol, het aanvragen van medisch-ethische goedkeuring voor de studie en het uittesten van de logistiek. Pas in 2014 zullen data verzameld gaan worden.

Meer informatie volgt!

Voor vragen kunt u contact opnemen met Ank de Jonge, ank.dejonge@vumc.nl, tel. 020 4448196 / 06 21115591.