

Integrale geboortezorg in kaart gebracht

Waar, en van wie ontvangt de zwangere haar zorg?

L.J.G. Jongmans verloskundige, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven

dr. C.J.M. Verhoeven-Smeijers verloskundige, Amsterdam UMC, VUmc, Midwifery Science, AVAG, Amsterdam Public Health Research Instituut

dr. H.A.A. Wijnen verloskundige, Voorzitter van de Zorggroep Verloskunde Zuid Oost Brabant

dr. P.J. van Runnard Heimel gynaecoloog-perinatoloog, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven

De organisatie van de geboortezorg in Nederland is gebaseerd op het principe dat zwangerschap, bevalling en kraambed fysiologische processen zijn. Het verschil met veel andere landen is de zelfstandige positie van eerste-lijnsverloskundigen en de verdeling in eerstelijnszorg (met de verloskundige als eindverantwoordelijke) en tweedelijnszorg (met de gynaecoloog als eindverantwoordelijke).

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verscheen in 2008 een artikel over de perinatale sterfte in Europa waarin wordt gesteld dat Nederland bij de landen met de hoogste perinatale sterfte hoort.¹ Naar aanleiding hiervan publiceerde in 2009 een landelijke stuurgroep het rapport *Een goed begin* met een aantal belangrijke aanbevelingen om de perinatale sterfte terug te dringen.² Op advies van de Stuurgroep werd het CPZ (College Perinatale Zorg) opgericht. Deze instantie faciliteert de landelijke implementatie van integrale geboortezorg. Over dit nieuwe concept was (en is) er landelijk nog veel onduidelijkheid over de consequenties van invoering en vormgeving van integrale geboortezorg. In veel verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) wordt geëxperimenteerd met het realiseren van integrale geboortezorg.^{5,6} Een onderdeel van integrale geboortezorg is een multidisciplinair overleg (MDO) in het begin van de zwangerschap na de eerste zwangerschapscontrole.

Op 1 januari 2015 ging VSV Veldhoven van start met VSV-brede integrale geboortezorg. Het MDO maakt hiervan deel uit. Tijdens dit overleg wordt aan alle zwangeren een zorgpad en casemanager toegekend. Omdat het voor ons VSV een nieuwe vorm is van samenwerken, hebben wij het verloop van alle zwangerschappen begeleid in ons VSV en besproken in het MDO, vanaf het begin geregistreerd. Omdat wij een antwoord willen krijgen op vragen als: hoe worden de zwangere vrouwen verdeeld over de zorgpaden? Hoe vaak wisselt een zwangere van zorgpad? Hoe groot is, voor een zwangere, de kans om op enig moment in het ziekenhuis gecontroleerd te worden? Hoe vergaat het de zwangere als zij in het begin van haar zwangerschap een bepaald zorgpad krijgt toebedeeld en wat is de kans dat zij te maken krijgt met vroeggeboorte, foetale groeiretardatie of atermefasfyxie in relatie tot het eerste zorgpad? Deze informatie kan de zorgverlener helpen om de zwangere beter te informeren en voor te bereiden op het te verwachten verloop van zwan-

gerschap, bevalling en kraambed. Daarnaast hebben we onderzocht of het invoeren van het MDO hogere interventie-cijfers (meer vaginale kunstverlossingen en sectios caesarea) tot gevolg zouden hebben. Anders gezegd: zou het meedelen van de tweede lijn bij de risicoselectie, leiden tot meer kunstverlossingen?

Tot slot hebben we de zorgverleners gevraagd naar hun mening over het MDO en hebben we naar aanleiding daarvan het MDO op verschillende punten aangepast.

Methoden

Populatie

Het betreft hier een prospectief cohortonderzoek waaraan 17 van de 18 verloskundigenpraktijken van het VSV Veldhoven deelnamen. Elf verloskundigenpraktijken maken ook deel uit van een ander VSV (VSV Eindhoven en/of VSV Anna, Geldrop).

Alle zwangeren die in het eerste trimester van hun zwangerschap besproken werden in het MDO tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016, werden geïnccludeerd. Bij dit MDO zijn een eerstelijnsverloskundige, tweedelijnsverloskundige, gynaecoloog en arts-assistent aanwezig. Tijdens het overleg wordt laagdrempelig overlegd met andere specialisten, zoals kinderarts, anesthesioloog of internist; er wordt besloten welke zorgpad voor een zwangere het meest passend is en er wordt voor haar een casemanager aangesteld. Het zorgpad wordt vastgelegd in de eerstelijns- en in de tweedelijnspatientendossiers. Bij laagrisicozwangeren is de eerstelijnsverloskundige de aangewezen casemanager. Bij een hoogrisicozwangerschap, zoals bij een tweelingzwangerschap of bij ernstige maternale systeemziekten, is de casemanager een tweedelijnsverloskundige. Als de zwangere na een zwangerschapsduur van 22 weken verwezen wordt naar het ziekenhuis blijft de eerstelijnsverloskundige de casemanager.

Procedure

In ons VSV zijn negen zorgpaden gedefinieerd (tabel 1). In deze zorgpaden is een aantal zaken vastgelegd: de frequentie van de prenatale consulten, wie het consult uitvoert, wanneer welke voorlichting gegeven wordt en wanneer welk onderzoek aangewezen is.

Zwangere vrouwen die een *Low risk A*-zorgpad toegekend kregen waren gezonde, niet-rokende nullipara, zwangeren

Tabel 1. Definities van de negen zorgpaden

Low risk A	gezonde nullipara
Low risk B	gezonde multipara
Low risk C	zwangere met aandachtspunten, bijvoorbeeld diabetes-screening
Low risk D	gezonde zwangere, eigen wens tweedelijnszorg
Medium risk A	Eerstelijnszorg met 1 à 2 consulten in de tweede lijn; bijv. bij fluxus post partum in de voorgeschiedenis
Medium risk B	Eerstelijnszorg met overname bij 36 wk door de tweede lijn; bijv. bij sectio in de voorgeschiedenis
Medium risk C	Tweedelijnszorg; bijv. bij pre-existente hypertensie
High risk A	Tweedelijnszorg door de perinatoloog; bijv. DCDA gemellizwangerschap
High risk B	Tweedelijnszorg door de perinatoloog; bijv. MCDA gemellizwangerschap

met een *Low risk B*-zorgpad waren gezonde multipara met een (of meerdere) spontane bevalling(en) of een ongecompliceerde vaginale kunstverlossing in de voorgeschiedenis.

Uitkomstparameters

Allereerst werden de klinische gegevens van de zwangere vrouwen, zoals leeftijd en pariteit, geregistreerd. Vervolgens hebben we onderzocht wie de zorgverlener was bij het begin van de zwangerschap, bij het begin van de bevalling en bij het einde van de bevalling. Tevens is de verdeling over en wisselingen tussen de zorgpaden vastgelegd. Tot slot is gekeken naar het voorkomen van de belangrijkste oorzaken van perinatale sterfte: congenitale afwijkingen, vroeggeboorte (voor een amenorroeduur van 37 weken), laag geboortegewicht (onder het 10e percentiel) en asfyxie gekeken. Asfyxie werd gedefinieerd als een apgarscore van <7 na 5 minuten en/of een arteriële navelstreng-pH van $\leq 7,0$ mmol/l. Tot slot is middels een enquête de zorgverleners gevraagd naar hun mening over zorgpaden en het MDO.

Resultaten

In totaal zijn 2216 zwangeren besproken tijdens het MDO. De gegevens van 107 zwangeren zijn niet meegenomen. Zij zijn geëxcludeerd vanwege miskraam (n=38), verhuizing (n=44), zwangerschapsafbreking (n=14), overplaatsing naar een ander ziekenhuis (n=4) of ontbrekende data (n=7). De uitkomsten van 2109 zwangeren (bevallen van 2154 kinderen) worden hier weergegeven.

Van de 2109 zwangeren waren 937 vrouwen nullipara (44,4%) en 1172 vrouwen multipara (55,5%). De gemiddelde leeftijd was 30,5 jaar.

Bij 84% van de zwangeren vond het intakegesprek plaats in de eerstelijns. Landelijk is dit percentage 87,3%.³

Figuur 1 laat de verdeling in zorgpaden zien op het moment dat de zwangere in het MDO besproken is.

Van de 2109 zwangeren wisselden 701 (33%) van zorgpad van wie 326 zwangeren in de periode.

692 naar een 'hoger' *risk* pad en 9 naar een 'lager' *risk* pad. Figuur 2 toont welke zorgverlener hoofdbehandelaar is aan bij de intake, bij het begin van de baring en aan het eind van de baring in VSV Veldhoven in relatie tot landelijke cijfers.³

Van de 1035 vrouwen die hun baring startten onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige, zijn 440 vrouwen (42,5%) tijdens de zwangerschap niet in het ziekenhuis

geweest. Bij de zwangere vrouwen die wel op consult zijn geweest in het ziekenhuis (n=595/57,4%), was het gemiddelde aantal consulten 2,7 (spreiding 1-16). Vrijwel alle zwangeren (98,8%) in dit cohort werden begeleid door een case-manager.

Figuur 3 laat een verdere analyse zien van het *low risk A* zorgpad oftewel de gezonde nullipara zwangere die begeleid wordt door de eerstelijns verloskundige. Van de 599 gezonde nullipara komt 92,7% van de vrouwen ergens in het verloop van zwangerschap, baring en/of kraambed in aanraking met de tweede lijn. Dat kan voor een definitieve overdracht zijn of slechts voor een éénmalig consult.

Voor de 407 zwangeren die het *low risk B*-pad (de gezonde multipara met een vaginale baring in de voorgeschiedenis) geldt dat er 282 zwangeren (69,2%) in de tweede lijn gezien wordt gedurende zwangerschap, baring of kraambed. De kans op een spontane bevalling binnen dit cohort was 78,4% (n=1654). Bij 6,4 % van de bevallingen werd een vaginale kunstverlossing verricht en bij 15 % is er een sectio caesarea verricht (tabel 2).³

De perinatale sterfte (sterfte vanaf 22 weken amenorroeduur t/m 7 dagen postpartum, n=6/2109) was in dit cohort laag, 2,8‰ (landelijk 7,8‰³). 116 (5,5%) vrouwen bevielen vóór 37 weken amenorroeduur. Daarvan waren 98 vrouwen (84,4%) reeds vóór de start van de baring onder tweedelijnszorg. In dit cohort zijn er 147 kinderen (6,8%) geboren met een geboortegewicht $\leq P 10$. Daarvan was de foetale groei-vertraging in 52 gevallen (35,3%) opgespoord en in 93 (63,2%) niet.

In 25 gevallen (1,25%) was er sprake van atermen asfyxie. Van deze casus werden 6 zwangere vrouwen (24%) tijdens de bevalling naar de tweede lijn verwezen en 19 kinderen (76%) werden asfyctisch geboren na een partus die reeds vanaf de start in de tweede lijn plaatsvond.

Tabel 2.

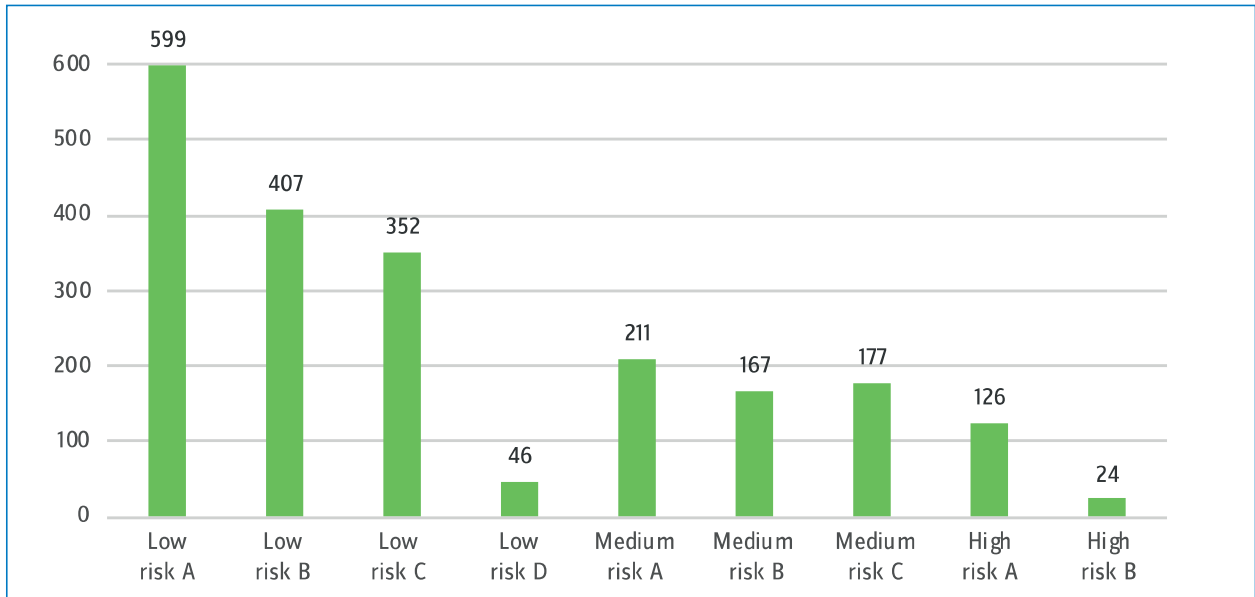
Einde baring	2014 land	2014 VSV Veldhoven	Cohort MDO*	2016 land	2016 VSV Veldhoven
spontaan	74,8%	77%	78,4%	76%	77%
kunstverlossing	8,7%	6%	6,4%	8%	6%
sectio	16,5%	16%	15%	16%	18%

* MDO in 2015, bevallen in 2015/2016

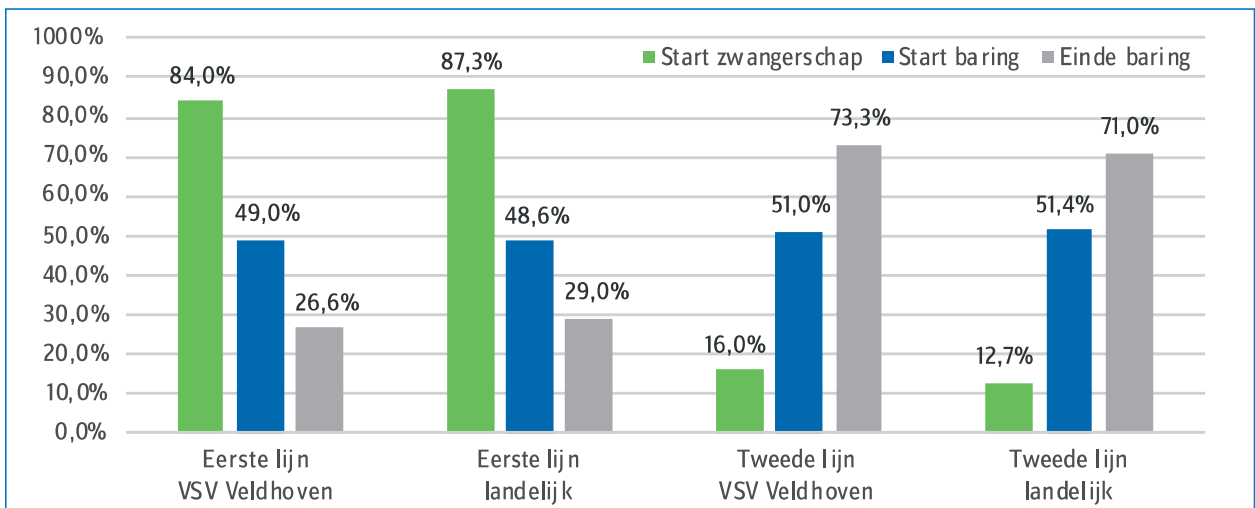
Figuur 4 laat het voorkomen van een van de 'Big 3' in relatie tot het eerste zorgpad zien.

De enquête werd ingevuld door 57 zorgverleners (34 eerstelijnsverloskundigen, 9 arts-assistenten 8 perinatologen, 6 tweedelijnsverloskundigen). Dit is ongeveer 63% van totaal van verloskundigen, arts-assistenten en gynaecologen. Niet alle zorgverleners hebben evenveel te maken met het MDO. Dat verklaart mogelijk het feit dat slechts 63% de enquête heeft ingevuld.

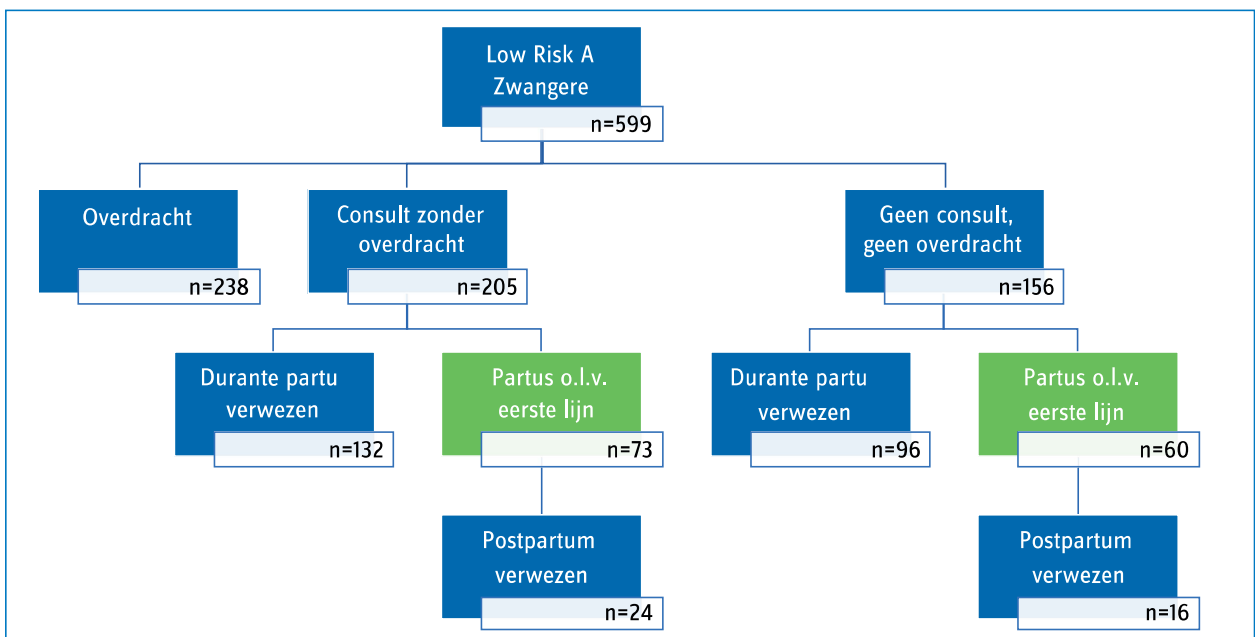
Een korte opsomming van opmerkingen in de enquête: *Het overgrote merendeel van de zorgverleners vindt dat de samenwerking beter is geworden na de invoering van het MDO. Dit laagdrempelige overleg verbetert de onderlinge communicatie en is leerzaam voor alle disciplines. De lijnen zijn kort en er worden duidelijke afspraken gemaakt. Je spreekt elkaar regelmatig en bij spoedverwijzingen is de*



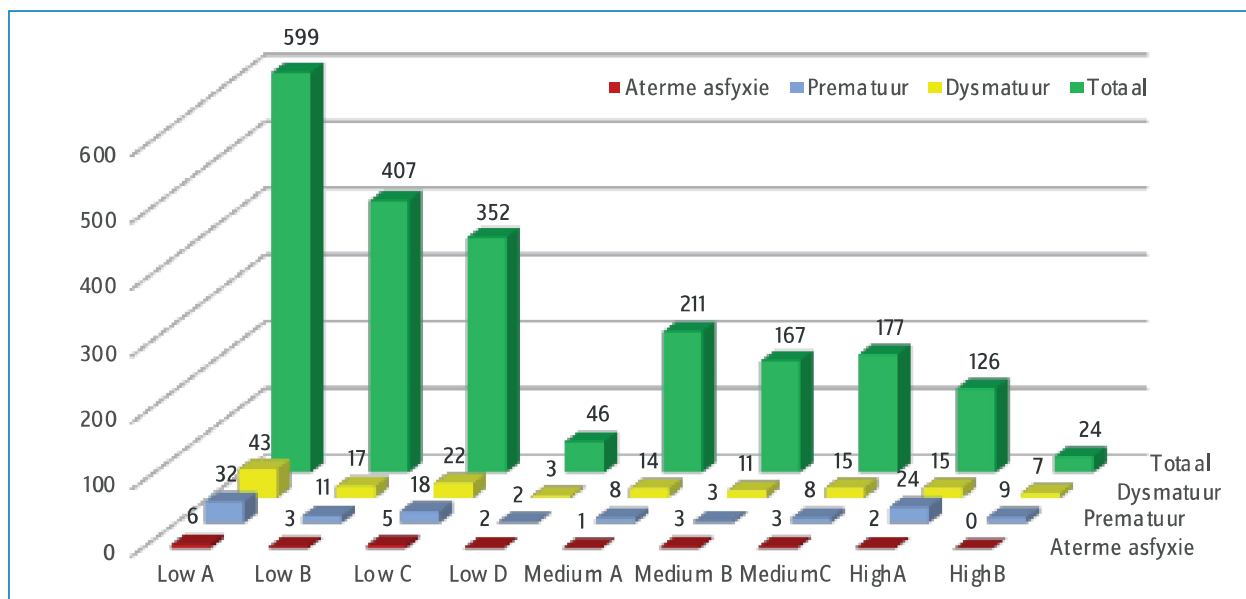
Figuur 1. Verdeling over de zorgpaden.



Figuur 2. Aandeel in begeleiding VSV Veldhoven versus landelijke cijfers.



Figuur 3 Weergave van het verwijs-en overdrachtsbeleid bij de 'low risk A zwangeren'.



Figuur 4 Het vóórkomen van de 'Big 3' in relatie tot het primaire zorgpad.

zwangerschapskaart al aanwezig in het tweedelijnsdossier. Ook buiten het MDO weet men elkaar beter te vinden. Het overleg wordt als prettig en veilig ervaren omdat het in een kleine groep plaatsvindt. Er worden toch vaak zaken gevonden die extra aandacht behoeven, dit komt de patiëntenzorg ten goede. Een enkeling vindt het MDO betuttelend.

In de evaluatie van het MDO zegt 73,6% van de zorgverleners tevreden te zijn over deze indeling van zorgpaden, en 54% vindt dat het MDO op deze wijze moet doorgaan. Het merendeel van de eerstelijnsverloskundigen vindt het bespreken van zwangeren die een *low risk* A of B zorgpad krijgen niet zinvol en tijdrovend.

Beschouwing en conclusie

Het doel van dit observationeel, prospectief cohortonderzoek is om in kaart te brengen waar de zwangere haar verloskundige zorg ontvangt na VSV-brede invoering van een multidisciplinair overleg en het toekennen van een zorgpad en een casemanager. VSV Veldhoven volgt de landelijke trend wat betreft het percentage zwangeren dat hun zorg start in de eerste lijn (84%). Het overgrote deel van de zwangeren heeft het intakegesprek op de verloskundige praktijk, dichtbij de zwangere thuis. De verloskundige, uit zowel eerste als tweede lijn, heeft een prominente rol (casemanager) in de begeleiding van de zwangere.

Het is hierbij opvallend dat een vrouw die gedurende haar eerste zwangerschap begeleid wordt door de eerstelijnsverloskundige ruim 92% kans heeft om op enig moment verwezen te worden naar het ziekenhuis. Dit kan een eenmalig consult betreffen, of een gehele overname van de zorg. Voor zwangeren die tijdens een tweede of volgende zwangerschap in de eerste lijn begeleid worden is deze kans bijna 70%. Voorlichting aan de zwangere over deze kans om verwezen te worden naar het ziekenhuis is zinvol om reële verwachtingen te scheppen en daarmee mogelijk teleurstellingen te voorkomen. De hoge frequentie van consulten in het ziekenhuis is mogelijk het gevolg van de intensieve samenwerking

tussen de verloskundige praktijken en het ziekenhuis. Binnen een aantal zorgpaden is namelijk een eenmalig consult in het ziekenhuis afgesproken. Tijdens een dergelijk gesprek wordt de zwangere geïnformeerd over bijvoorbeeld de modus partus na een sectio caesarea, de consequenties van een fluxus postpartum in het verleden of het nut van aspirine ter preventie van hypertensieve aandoeningen en groeivertraging. Omdat het in Perined niet mogelijk is de consultfrequentie terug te vinden, geeft dit onderzoek voor het eerst een inkijk in het verloop van de zwangere binnen het zorgpad. In vrijwel alle gevallen blijft de eerstelijnsverloskundige de casemanager van de zwangere; de zwangere wordt veelal door een team van geboortezorgprofessionals begeleid. Deze resultaten passen bij de aanbevelingen van de recent ontwikkelde Zorgstandaard Integrale Geboortezorg⁴, die het belang van een interdisciplinair geboorteteam onderschrijft. Als we, tot slot, de uitkomsten van de bevallingen binnen VSV Veldhoven vergelijken met het landelijke gemiddelde, leidt de toepassing van het MDO als onderdeel van integrale geboortezorg niet tot een grotere kans op kunstverlossing of keizersnede. Van de zorgverleners is het overgrote deel tevreden met de huidige indeling van zorgpaden, omdat de samenwerking verbeterd is, en het structurele en frequente interdisciplinair overleg meer zorg op maat lijkt op te leveren. Onze studie heeft een belangrijke beperking: de mening van de zwangere zelf over de integrale geboortezorg ontbreekt. Deze kwaliteitsindicator is door ons te beperkt geregistreerd om hier een uitspraak over te kunnen doen. Er werd wel toestemming aan de zwangere gevraagd of zij besproken mocht worden in het MDO. Bij de implementatie van de Zorgstandaard Integrale geboortezorg heeft de tevredenheid van de zwangere prioriteit binnen ons VSV.

Naar aanleiding van de resultaten van de enquête onder de zorgverleners wordt vanaf 1 juli 2017 voor de *low risk* A en B zwangeren wel een zorgpad bepaald en vastgelegd in het patiëntendossier, maar deze casus worden niet meer in het MDO besproken. Daarnaast zijn het zorgpad *high risk* A en

high risk B in één *high risk* pad geclusterd. Om de betrokkenheid van eerstelijnsverloskundigen te faciliteren en de doelmatigheid te vergroten, zijn we in ons VSV gestart met *video-conferencing* via een beveiligde verbinding, zodat de eerstelijnsverloskundige vanuit de praktijk of vanaf thuis kan inbellen om deel te nemen aan het MDO.

Geconcludeerd kan worden dat de gezamenlijk vastgestelde zorgpaden voldoen, dat het MDO als overlegmoment als positief wordt ervaren door de zorgverleners en dat de zwangere een grote kans heeft om op enig moment te worden verwezen naar of overgedragen aan het ziekenhuis.

Referenties

- 1 A.D. Mohangoo, S.E. Buitendijk, C.W.P.M. Hukkelhoven *et al.* *Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie*. NTvG 2008;152:2718-27.
- 2 Stuurgroep zwangerschap en geboorte. *Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Dec.'09. tinyurl.com/y5357te2
- 3 Perined. *Perinatale zorg in Nederland 2015*. Utrecht: Perined, 2016.
- 4 Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland. *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. v1.1. 28-06-2016. tinyurl.com/y4fjhwqg
- 5 Perdok H., proefschrift *Challenges of Integrating Maternity Care*, december 2017
- 6 Veth V., J. van Dillen, A. Leenders *et al.* *Gezamenlijke intakebesprekingen, betere uitkomsten?* NTOG, 2018;131: 133-137

Samenvatting

Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen over hoe het de zwangere vergaat nadat zij een bepaald zorgpad toebedeeld heeft gekregen tijdens het multidisciplinair overleg (MDO), als onderdeel van de integrale geboortezorg binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Veldhoven. Wie wanneer de zorg leverde werd in kaart gebracht.

Een groot aantal zwangeren wordt tijdens de zwangerschap en baring verwezen voor een consult of een overdracht. De zwangere dient hiervan in het begin van haar zwangerschap over geïnformeerd te worden. In VSV Veldhoven is geen verandering van het aantal vacuümextracties en sectio's na het invoeren van het MDO. Het merendeel van de zorgverleners is tevreden over dit overleg en de zorgpaden.

Trefwoorden

Integrale geboortezorg, MDO, verloskundige zorgpaden

Summary

The aim of this study was to gain insight in the outcome of pregnancy and childbirth of women who were discussed in a multidisciplinary session as part of integrated maternity care in the Veldhoven region.

The majority of pregnant women were referred during pregnancy and/or labour from midwifery- to obstetric-led care, either for consultation or for transfer. It is important to inform pregnant women about this.

The introduction of a multidisciplinary session did not lead to a difference in the number of operative births. Most maternity care providers are satisfied with the multidisciplinary session.

Keywords

Integrated maternity care, multidisciplinary discussion, care paths

Contact

Lidewijde Jongmans | l.jongmans@mmc.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.