

SLECHTS 7% ZIET ALLEEN EERSTE LIJN

INTEGRALE ZORG
IN VSV VELDHOVEN



VSV Veldhoven onderzocht het effect van het multidisciplinair overleg (MDO) dat in 2015 werd ingevoerd. Uit deze studie blijkt dat slechts 7,3% van de nulliparae met een laag risico tijdens zwangerschap en baring alleen eerstelijns verloskundigen ziet. Zorgverleners zijn tevreden over het MDO.

Lidewijde JG Jongmans, verloskundige, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven
dr. Pieter J van Runnard Heimel, gynaecoloog-perinatoloog, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven
dr. Hennie AA Wijnen, verloskundige en voorzitter van de Zorggroep Verloskunde Zuid Oost Brabant
dr. Corine JM Verhoeven, verloskundige, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven en Amsterdam UMC, VUmc, Midwifery Science, AVAG, Amsterdam Public Health research instituut, Amsterdam

Het College Perinatale Zorg (CPZ) faciliteert met de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg de landelijke implementatie van integrale geboortezorg.^{1,2} Veel Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) experimenteren momenteel met vormen van integrale geboortezorg.^{3,4} Op 1 januari 2015 ging VSV Veldhoven van start. Het multidisciplinaire overleg (MDO) is hiervan onderdeel.

Tijdens dit overleg met zowel de eerstelijns als de tweedelijns verloskundige zorgverleners, krijgen alle nieuwe zwangeren een zorgpad en een vast aanspreekpunt (casemanager) toegekend. Het beloop van alle besproken zwangeren hebben wij geëvalueerd, omdat het MDO voor ons een nieuwe vorm van werken was.

Wij wilden een antwoord krijgen op de volgende vragen: Hoe werden de zwangere vrouwen verdeeld over de zorgpaden? Hoe vaak wisselde een zwangere van zorgpad? Hoe groot is de kans voor een zwangere om op enig moment in het ziekenhuis gecontroleerd te worden? En hoe vaak kwamen vroeggeboorte, groeiachterstand en asfyxie durante partu voor bij zwangeren in relatie tot de verschillende zorgpaden?

Methoden

Populatie

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

Bij het MDO Veldhoven zijn een eerstelijns en tweedelijns verloskundige, gynaecoloog en arts-assistent aanwezig. Zij bespreken zowel eerste- als tweede-

lijns zwangeren. De eerstelijns verloskundigen bespreken hun eigen cliënten. Hiervoor is een rooster opgesteld. Zo worden alle eerstelijns verloskundigen betrokken bij de bespreking van tweedelijns zwangeren. Tijdens het overleg wordt laagdrempelig overlegd met andere specialisten, zoals kinderarts, anesthesioloog of internist.

Alle zwangeren die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in het eerste trimester van hun zwangerschap besproken werden in het MDO zijn geïnccludeerd. Aan deze zwangeren is vooraf toestemming gevraagd. Zonder deze toestemming werd de zwangere niet in het MDO besproken en niet in dit onderzoek geïnccludeerd.

De zorgverleners besloten tijdens het MDO gezamenlijk welk zorgpad voor een zwangere het meest passend is en wezen haar een casemanager aan. Zij legden het zorgpad vast in de eerste- én tweedelijns patiëntendossiers.

De taak van een casemanager is ervoor te zorgen dat de zwangere de juiste informatie krijgt op het juiste moment. Ook is zij ervoor verantwoordelijk dat de zorg goed georganiseerd is rondom de cliënt. De casemanager is niet verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg. Bij laag-risico zwangeren was de eerstelijns verloskundige de aangewezen casemanager, bij een hoog-risico zwangerschap een tweedelijns verloskundige. Als de zwangere na een zwangerschapsduur van 22 weken verwezen werd, bleef de eerstelijns verloskundige de casemanager.

Procedure

Voor VSV Veldhoven werden negen zorgpaden gedefinieerd (zie kader hiernaast). Daarin is vastgelegd: de frequentie van de prenatale consulten, wie het consult verricht, wanneer welke voorlichting gegeven wordt en wanneer welk aanvullend onderzoek aangewezen is.

Gezonde, niet-rokende nulliparae kregen een low risk A zorgpad toegekend. Gezonde multiparae met tenminste één vaginale bevalling kregen een low risk B zorgpad. Rokende gezonde zwangeren kwamen in de low risk C groep terecht: zij hebben een laag risico met aandachtspunten.

Uitkomstparameters

Van alle zwangere vrouwen werden karakteristieken zoals leeftijd en pariteit geregistreerd. De uitkomstmaten waren: het type zorgverlener aan het begin van de zwangerschap, aan het begin van de bevalling en aan het einde van de bevalling; de verdeling van en wisselingen tussen de zorgpaden en het vóórkomen van de belangrijkste oorzaken van perinatale sterfte: vroeggeboorte (geboorte voor een amenorroeduur van 37 weken), laag geboortegewicht (< het 10^e percentiel) en asfyxie (Apgarscore <7 na vijf minuten of een arteriële navelstreng pH van ≤ 7.0 mmol/l).

Analyses

De gegevens van alle zwangeren werden anoniem ingevoerd in een Excelbestand. Na controle van de bestanden op compleetheid werden missende data opgevraagd bij verloskundigenpraktijken.

Voor de analyses werd beschrijvende statistiek toegepast. Uitkomsten werden weergegeven in gemiddelde en standaarddeviatie (SD) of mediaan en spreiding.

Dit zijn de negen zorgpaden



LOW RISK

A	gezonde nullipara (gezonde vrouwen met normale BMI, niet rokend, geen indicatie voor diabetes screening)
B	gezonde multipara (gezonde vrouwen met normale BMI, niet rokend, geen indicatie voor diabetes screening)
C	zwangere met aandachtspunten, bijv. diabetes screening
D	gezonde zwangere, eigen wens tweedelijnszorg

MEDIUM RISK

A	eerstelijnszorg met 1 à 2 consulten in de tweede lijn bijv.: fluxus post partum in de voorgeschiedenis
B	eerstelijnszorg met overname bij ≥6 wk door de tweede lijn bijv.: sectio in de voorgeschiedenis
C	tweedelijnszorg bijv.: pre-existente hypertensie

HIGH RISK

A	tweedelijnszorg door de perinatoloog bijv.: DCDA gemellizwangerschap
B	tweedelijns zorg door de perinatoloog bijv.: MCDA gemellizwangerschap

Resultaten

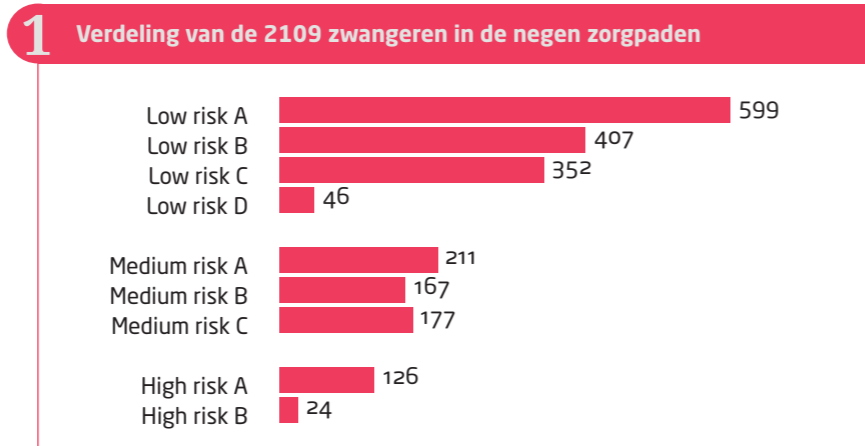
In totaal zijn 2216 zwangeren besproken tijdens het MDO. De uitkomsten van 2109 zwangeren (bevallen van 2154 kinderen) zijn geanalyseerd. Er werden 107 zwangeren geëxcludeerd vanwege miskraam (n=38), verhuizing (n=44), zwangerschapsafbreking (n=14), overplaatsing naar een ander ziekenhuis (n=4) of ontbrekende data (n=7). Van de 2109 geïncludeerde zwangeren waren 937 vrouwen nullipara (44,4%) en 1172 vrouwen multipara (55,5%). De gemiddelde leeftijd was 30,6 jaar (SD 4,1616).

Bij 84% van de zwangeren vond het intakegesprek plaats in de eerste lijn. Figuur 1 laat de verdeling in zorgpaden zien na bespreking in het MDO.

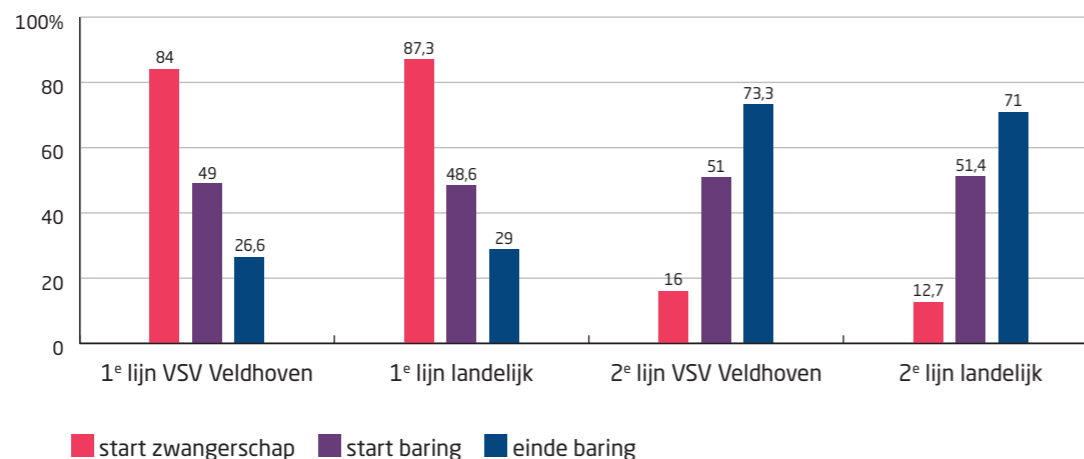
Wisseling zorgpad

Van de 2109 geïncludeerde zwangeren wisselden 701 (33%) van zorgpad, waarvan 326 (46,5%) in de à terme periode (Figuur 2). Van de 701 vrouwen die van zorgpad wisselden, gingen 692 vrouwen (98,7%) naar een 'hoger risico'-pad en negen vrouwen (1,2%) naar een 'lager risico'-pad. Van de 1035 vrouwen die hun baring startten bij de eerstelijns verloskundige, hadden 440 vrouwen (42,5%) tijdens de zwangerschap geen consult gehad in de tweede lijn. Bij de zwangere vrouwen die wel op consult waren geweest in het ziekenhuis, was het gemiddelde aantal consulten 2,7 (spreiding 1-16). Vrijwel alle zwangeren (98,8%) in dit cohort werden begeleid door een casemanager. 26 vrouwen (1,2%), allen tweedelijns zwangeren, kregen geen casemanager toegewezen. Van de 599 gezonde nulliparae kwam 92,7% van de vrouwen op enig moment bij de tweede lijn (éénmalig consult of definitieve overdracht). 44 vrouwen

De taak van een casemanager is dat de zwangere de juiste informatie krijgt op het juiste moment



2 Aandeel in begeleiding VSV Veldhoven versus landelijk



(7,3%) kregen uitsluitend zorg van hun eerstelijns verloskundige. Voor de 407 gezonde multiparae die het zorgpad 'low risk B' volgden kregen 282 zwangeren (69,2%) op enig moment een consult in de tweede lijn.

Complicaties

De kans op een spontane vaginale bevalling in het volledige cohort was 78,5% (n=1654). Bij 6,5% van de bevallingen werd een vaginale kunstverlossing verricht en bij 15% een sectio caesarea.

De perinatale sterfte was laag in het volledige cohort (n=6; 2,8‰). 116 (5,5%) vrouwen bevielen vóór 37 weken amenorroeduur. Daarvan waren 98 vrouwen (84,4%) reeds vóór de start van de baring in de tweede lijn. In dit cohort werden 147 kinderen (6,8%) geboren met een geboortegewicht ≤ p10. Daarvan was de foetale groeivertraging in 52 gevallen (35,3%) opgespoord en in 93 (63,2%) niet.

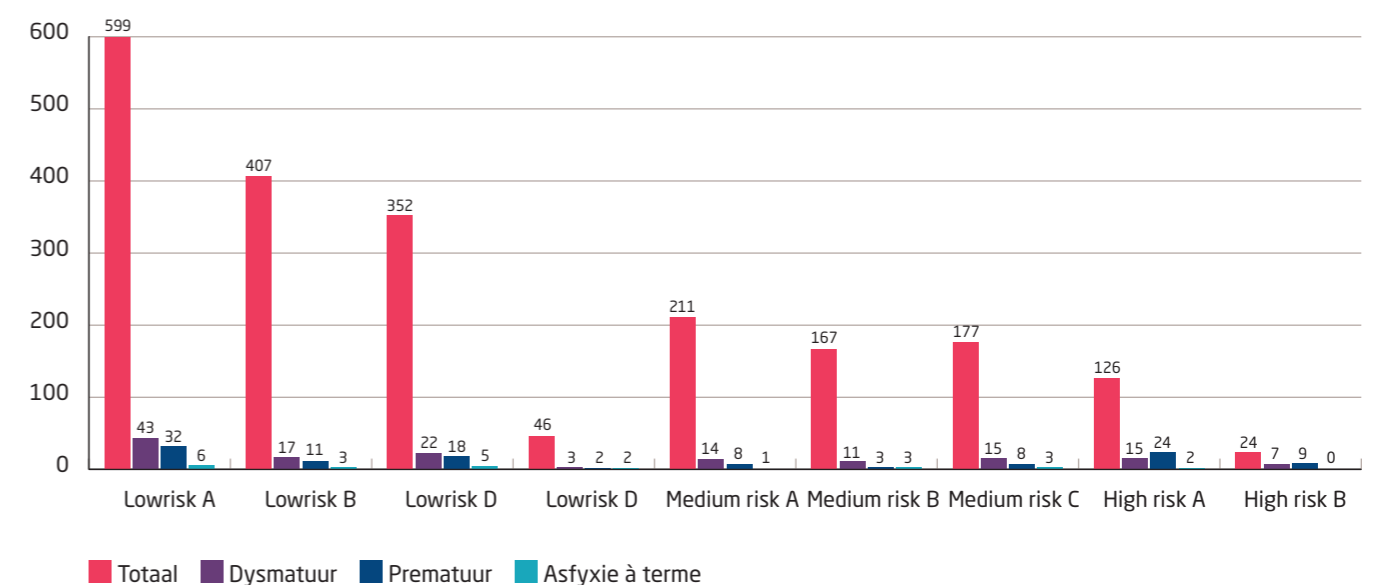
In 25 gevallen (1,3%) was er sprake van asfyxie à terme. Van deze groep werden zes vrouwen (24%) tijdens de bevalling naar de tweede lijn verwezen en negentien kinderen (76%) werden asfyctisch geboren na een partus die vanaf de start in de tweede lijn plaatsvond (Figuur 3).

Discussie

In VSV Veldhoven starten de meeste zwangeren hun zorg in de eerste lijn, overeenkomstig het landelijk gemiddelde.⁵ Het overgrote deel van de zwangeren krijgt een intakegesprek op de verloskundige praktijk, dichtbij huis. Een opmerkelijke bevinding van deze studie is het hoge percentage laag-risico zwangeren, dat op enig moment in aanraking komt met tweedelijns zorg. Slechts 7,3% van de gezonde laag-risico nullipara (gezonde vrouwen met normale BMI, niet rokend, geen indicatie voor DG screening) wordt uitsluitend door de eerstelijns verloskundige begeleid. Voor de gezonde multiparae was dit percentage ruim 30%. Het betrof hier zeker niet in alle gevallen een volledige overdracht naar de tweede lijn; het kon ook om een eenmalig consult gaan, bijvoorbeeld voor minder leven, verdenking groeivertraging of macrosomie of een serotiniteitscontrole. De kans op verwijzing op enig moment in de zwangerschap, bevalling of kraambed wordt niet geregistreerd in Perined. We weten daarom niet of dit percentage representatief is voor andere regio's. Uit de literatuur blijkt dat zwangeren die zorg krijgen zowel in de eerste als in de tweede lijn, minder continuïteit van zorg ervaren⁶ en over het algemeen minder tevreden zijn met hun zorg.^{7,8} Daarbij komt dat overdracht van zorg gepaard kan gaan met mogelijk risico op informatieverlies en inconsistentie

Het overgrote deel van de zwangeren krijgt een intakegesprek op de verloskundige praktijk

3 Primair zorgpad in relatie tot de BIG 3



Zorgverleners tevreden over MDO

De onderzoekers vroegen aan alle zorgverleners in VSV Veldhoven naar hun mening over het MDO en de zorgpaden. Ongeveer 63% van de verloskundigen, arts-assistenten en perinatologen vulden een enquête in.

Van hen is 73,6% tevreden over de indeling van zorgpaden, 54% vindt dat het MDO op deze wijze moet doorgaan.

De meeste VSV-leden vinden dat de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners verbeterd is, blijkt uit de opmerkingen en toelichting in de enquête. Het heeft meerwaarde om regelmatig laagdrempelig met elkaar te overleggen. Een enkeling vindt het MDO betuttelend.

Het merendeel van de eerstelijns verloskundigen vindt het bespreken van zwangeren die een zorgpad 'low risk A of B' krijgen niet zinvol. Vanaf 1 juli 2017 wordt dit niet meer gedaan. Verder zijn het zorgpad 'high risk A en B' in één zorgpad samengevoegd, omdat zij erg weinig van elkaar bleken te verschillen.

Om de logistiek van het MDO te faciliteren is gestart met video-conference via een beveiligde verbinding, zodat eerstelijnsverloskundigen vanuit de praktijk of vanaf huis kunnen inbellen om deel te nemen aan het MDO.

in adviezen en informatievoorziening door de verschillende zorgverleners.⁹ Voorlichting over de kans om verwezen te worden naar het ziekenhuis kan zwangeren en hun partners ondersteunen. Het is zinvol om reële verwachtingen te scheppen en zo eventuele teleurstellingen te voorkomen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op hoe dit verwachtingsmanagement verbeterd en geïmplementeerd zou kunnen worden in de geboortezorg. Het feit dat meer dan 98% van alle zwangeren een verloskundige als casemanager had, toont aan dat het binnen integrale zorg haalbaar is om de verloskundige verantwoordelijk te houden voor de organisatie van informatievoorziening en zorg, conform het advies van de Zorgstandaard. Uit onze studie blijkt dat het een uitdaging is om groeivertraagde kinderen op te sporen: van de 147 neonaten met een geboortegewicht <math>< p10</math> werd slechts ruim 35% opgespoord. Dit is wel hoger dan ander Nederlandse onderzoek laat zien, waarin 77% van de groeivertraagde kinderen niet opgespoord was.⁹ In het volledige cohort was de perinatale sterfte laag ($n=6$; 2,8‰) vergeleken met de landelijke perinatale sterfte (7,8‰).⁵

Conclusie

Dit onderzoek bracht in kaart waar de zwangere in het VSV Veldhoven haar verloskundige zorg ontving na invoering van een multidisciplinair overleg en het toekennen van een zorgpad en een casemanager. Gebleken is dat zwangere vrouwen een grote kans hebben om op enig moment in aanraking te komen met tweedelijns zorg. Zij dienen hier in het begin van haar zwangerschap over geïnformeerd te worden.

Het hoge percentage zwangeren dat zowel in de eerste als in de tweede lijn zorg krijgt, onderstreept het belang van één gezamenlijk patiëntendossier en intensievere samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners.



Literatuur

1. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. December 2009. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte>
2. Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland. Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Versie 1.1. 28 juni 2016. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2016/06/28/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-versie-1.1>
3. H. Perdok. Proefschrift: 'Challenges of Integrating Maternity Care', December 2017.
4. V. Veth, J. van Dillen, A. Leenders, T. de Zeeuw, D.H. Schippers, J. van Drongelen. Gezamenlijke intake besprekingen, betere uitkomsten? Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, maart 2018.
5. Perined. Perinatale zorg in Nederland 2015. Utrecht: Perined, 2016.
6. Perdok H, Verhoeven CJ, van Dillen J, Schuitmaker TJ, Hoogendoorn K, Colli J, Schellevis FG, de Jonge A. Continuity of care is an important and distinct aspect of childbirth experience: findings of a survey evaluating experienced continuity of care, experienced quality of care and women's perception of labor. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Jan 8;18(1):13. doi: 10.1186/s12884-017-1615-y.
7. van Stenus CM, Boere-Boonekamp MM, Kerkhof EF, Need A. Client satisfaction and transfers across care levels of women with uncomplicated pregnancies at the onset of labor. Midwifery. 2017 May;48:11-17. doi: 10.1016/j.midw.2017.02.007. Epub 2017 Feb 28.
8. Rowe RE, Kurinczuk JJ, Locock L, Fitzpatrick R. Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012; 12: 129.
9. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, van Egmond-Linden A, Hillegersberg J, Snuif YS, Sterken-Hooisma S, Bruinse HW, Kwee A. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. BMJ. 2010;341(1756-1833; 0959-535):c5639.
10. Voskamp BJ, Beemsterboer DH, Verhoeven CJ, Oude Rengerink K, Ravelli AC, Bakker JJ, Mol BW, Pajkrt E. Potential improvement of pregnancy outcome through prenatal small for gestational age detection. correction. Am J Perinatol. 2014 Dec;31(12):1093-104. doi: 10.1055/s-0034-1371360. Epub 2014 Feb 28.