

Bahareh Goodarzi, MSc

verloskundige en onderzoeker midwifery science, AVAG, Amsterdam Public Health research institute, Vrije Universiteit Amsterdam

prof. Joris van der Post

gynaecoloog, afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Amsterdam UMC

prof. François Schellevis

senior onderzoeker huisartsenzorg, Amsterdam Public Health research institute, Vrije Universiteit Amsterdam en Nivel

dr. Ank de Jonge

verloskundige en universitair hoofddocent midwifery science, AVAG, Amsterdam Public Health research institute, VU Amsterdam

ONDERZOEK EERST WELKE ORGANISATIEVORM HET BESTE WERKT

Invoering integrale geboortezorg voorbarig

Vijftig jaar geleden kreeg integrale geboortezorg geen groen licht, vanwege onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Dat bewijs is er nog steeds niet. Toch krijgt deze organisatievorm nu wél vrij baan. Gedegen onderzoek vooraf zou op zijn plaats zijn, stellen Bahareh Goodarzi en collega's.

In een poging om de perinatale sterftecijfers te verlagen, overwoog men vijftig jaar geleden integrale geboortezorg. Uiteindelijk ging dit niet door, vanwege het ontbreken van wetenschappelijk bewijs en overeenstemming over de beste organisatievorm. Dezelfde discussie is nu weer aan de orde. Nog steeds is onduidelijk welke vorm van integrale geboortezorg tot de beste zorguitkomsten leidt en bestaat er onenigheid over de invulling. Desondanks wordt integrale geboortezorg nu onder druk en in snel tempo ingevoerd. Gezien de historie pleiten wij ervoor om nu eerst verschillende vormen van integrale geboortezorg goed te evalueren voordat we landelijk iets gaan invoeren.

Compromis

De organisatie van de geboortezorg staat het afgelopen decennium ter discussie. Belangrijke aanleiding hiervoor was dat Nederland volgens het Euro-Peristat-rapport in 2008 een van de hoogste perinatale sterftecijfers had in Europa.^{1,2} Als reactie daarop stelde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Stuurgroep zwangerschap en geboorte in, met als

opdracht een advies uit te brengen om de geboortezorg te optimaliseren.³ Deze stuurgroep leverde in 2009 het adviesrapport 'Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' op met zestien aanbevelingen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren.⁴ Een van de speerpunten was een oproep tot intensievere samenwerking tussen alle professionals in de geboortezorg.⁵ Sindsdien wordt hierop ingezet onder de noemer 'integrale geboortezorg', met de 'Zorgstandaard' als kwaliteitskader. De partijen die betrokken zijn bij de zorg rondom zwangerschap en geboorte werkten ruim drie jaar aan deze standaard, maar bereikten pas consensus na inmenging van het Zorginstituut. De beroepsgroepen van gynaecologen en verloskundigen konden het niet eens worden over de organisatie van risicoselectie: is risicoselectie een verantwoordelijkheid van de verloskundige of het multidisciplinaire geboortezorgteam? Het compromis laat de invulling in het midden en biedt zorgverleners de ruimte dit naar eigen inzicht te organiseren in hun regio.^{6,7}

Gebrek aan bewijs

Dat de Zorgstandaard geen duidelijke

uitspraken doet over de invulling van integrale geboortezorg is mede het gevolg van het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de beste manier om de geboortezorg te organiseren. In de literatuur staan grofweg drie vormen van integrale geboortezorg omschreven: 'obstetrician-led care', 'midwife-led care' en 'shared care'. Deze modellen verschillen vooral in de zorgverleners die primair verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en uitvoering van de zorg: gynaecologen, verloskundigen of de verschillende zorgverleners gezamenlijk. Het is lastig om in de dagelijkse praktijk de drie zorgmodellen te onderscheiden, omdat de zorg vaak kenmerken heeft van alle drie de modellen.⁸

Laten we eerst eens goed evalueren

Bij gebrek aan duidelijkheid over de beste manier om integrale geboortezorg te organiseren, wordt in de praktijk geëxperimenteerd met verschillende modellen. In sommige regio's verrichten bijvoorbeeld verloskundigen de risicoselectie op basis van de Verloskundige Indicatielijst en aanvullende regionale protocollen. In andere regio's stellen



Wie moet primair verantwoordelijk zijn: de gynaecoloog, de verloskundige of de verschillende zorgverleners samen?

zorgverleners aan het begin van de zwangerschap gezamenlijk een zorgplan op voor alle zwangeren, waarbij soms routinematig consulten bij een gynaecoloog plaatsvinden. Een aantal van de regionale experimenten wordt wetenschappelijk geëvalueerd of er zijn plannen voor deze evaluatie.⁹⁻¹¹

Om eventuele financiële belemmeringen bij de invoering van integrale geboortezorg weg te nemen, werd in 2015 integrale bekostiging geïntroduceerd: een integraal tarief waarmee losse onderdelen van de geboortezorg als één prestatie ingekocht worden.⁹ Integrale bekostiging verhoogt de druk op landelijke invoering van

integrale geboortezorg. Tegelijkertijd zijn de resultaten van de evaluaties van de regionale experimenten nog niet bekend.¹⁰⁻¹² Hierdoor ontstaat een ongewenste situatie: zorgmodellen worden geïmplementeerd zonder dat duidelijkheid bestaat over de effecten op maternale en perinatale mortaliteit en morbiditeit, continuïteit van zorg en keuzevrijheid van zwangeren. Wij pleiten daarom voor het invoeren én gelijktijdig evalueren van verschillende modellen. In het bijzonder omdat vijftig jaar geleden hetzelfde vraagstuk speelde en toen, op basis van onderzoeken destijds, juist niet tot integrale geboortezorg is besloten.

Herhaling

De huidige roep om intensievere samenwerking in de geboortezorg ter verbetering van zorguitkomsten is niet nieuw. Sterker nog, het lijkt een herhaling van de gebeurtenissen in de jaren zestig, zeventig en tachtig van de vorige eeuw. In die periode veranderde er veel in de Nederlandse verloskundige zorg: er ontstond een tekort aan eerstelijnszorgverleners, de medische kennis en technische mogelijkheden namen toe, en zorg werd arbeidsintensiever, met als gevolg meer hospitalisatie van de perinatale zorg. Ook daalde Nederland, dat tot 1940 het laagste perinatale sterftecijfer in Europa had, op de

internationale ranglijst.¹³⁻¹⁴ Als oplossing voor de gesignaleerde problemen adviseerde de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid in 1968 daarom intensievere samenwerking tussen geboortezorgprofessionals.¹⁵ Ook in die tijd hadden gynaecologen en verloskundigen verschillende ideeën over de organisatie van geboortezorg en invulling van intensievere samenwerking.¹⁴⁻¹⁶ Verschillende organisatievormen zijn toen op kleine schaal onderzocht maar leidden niet tot verandering van de organisatie van geboortezorg.¹⁷⁻¹⁸

Studies

Een van de bekendste studies is het Wormerveer-onderzoek (zie kader 'Onderzoek Wormerveer' op de website). In deze prospectieve studie in het verloskundig centrum Wormerveer werd de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals geëvalueerd; onder andere het effect van een standaardconsult van alle zwangeren bij de gynaecoloog. Het Wormerveer-experiment kreeg financiële steun van de overheid. Als uit de evaluatie zou blijken dat de perinatale mortaliteits- en morbiditeitscijfers verbeterden, zouden dergelijke verloskundige centra in heel Nederland komen. De uitkomsten toonden dat in Wormerveer vaker prenataal naar de gynaecoloog werd verwezen dan in Alkmaar. De perinatale mortaliteits- en morbiditeitscijfers lieten geen significante of relevante verschillen tussen de twee locaties zien.¹⁸⁻²⁰ Op basis van deze uitkomsten is niet overgegaan op landelijke invoering.

Een van de andere grote studies was het retrospectieve onderzoek met gegevens uit de regio Enschede. Dat richtte zich op de vraag of het selectiesysteem moest plaatsmaken voor centralisatie van geboortezorg in de tweede lijn (zie kader 'Onderzoek Enschede' op de website). Conclusies over de effectiviteit van het selectiesysteem waren echter lastig te trekken, omdat het systeem niet optimaal werd toegepast. Conclusies over het verband tussen een standaardconsult bij de gynaecoloog en perinatale morbiditeit en mortaliteit werden bemoeilijkt omdat

één op de zes zwangeren geen gebruik maakte van het dit consult. Vanwege de tekortkomingen van het onderzoek was het advies: verder onderzoek in de vorm van een interventiestudie.²¹

'Toets eerst huidige systeem'

Er is dus al vijftig (!) jaar discussie over de organisatie van de geboortezorg. Desalniettemin is tot op heden weinig onderzoek gedaan naar het verband tussen de organisatie van zorg en maternale en perinatale zorguitkomsten. Onderzoeken zoals die in Wormerveer en Enschede een halve eeuw geleden, toonden geen eenduidige verbanden aan en waren niet

Er is al vijftig (!) jaar discussie over de organisatie van de geboortezorg

opgezet volgens de huidige kwaliteitsnormen voor wetenschappelijk onderzoek: het ging om relatief kleine aantallen vrouwen en de onderzoeksresultaten werden niet gecorrigeerd voor populatiekenmerken. In 1987 belichtte professor Tom Eskes in Medisch Contact het gebrek aan gedegen wetenschappelijk bewijs in de discussie over de organisatie van de geboortezorg en hield het volgende pleidooi: *'Toets eerst het huidige systeem van de verloskundige organisatie (...). Eerst daarna kan men interveniëren (...). Meninge n zullen dan in feiten veranderen (...). (Het is van belang) de spreuk "Nederland let op uw saeck" te handhaven en slechts met wetenschappelijk verantwoorde begeleiding verworvenheden te behouden of te veranderen.'*²¹

Keuzes onderbouwen

Gezien de aanhoudende discussie over de organisatie van de geboortezorg en het

uitblijven van gedegen onderzoek om keuzes te onderbouwen, willen wij dit pleidooi herhalen. Implementeren van integrale geboortezorg is alleen zinvol als er een gedegen evaluatie en onderzoeks-traject aan vastzit. Gedegen betekent voldoende van omvang en met voldoende kans om de relevante vragen te kunnen beantwoorden. De huidige onderzoeken in Nederland naar integrale geboortezorg zijn gefragmenteerd en vaak kleinschalig of te globaal. Om daadwerkelijk duidelijkheid te krijgen over de relatie tussen de organisatie van geboortezorg en zorguitkomsten is onderzoek nodig waarbij zowel internationale als regionale vergelijkingen worden gemaakt om factoren te identificeren die de uitkomsten van zorg positief of negatief beïnvloeden. Dan wordt duidelijk welke elementen van het huidige verloskundige systeem effectief zijn en behouden moeten blijven en welke veranderingen nodig zijn voor een betere kwaliteit van zorg.

Dus geen half werk. Laten we investeren in goed onderzoek, zodat we eerst de vragen over de optimale organisatie van de verloskundige zorg kunnen beantwoorden die ons al een halve eeuw bezighouden. Dat zal niet alleen de kwaliteit van zorg ten goede komen, maar ook de onderlinge verhoudingen binnen de geboortezorg. ■

contact

b.goodarzi@vumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De kaders waarnaar verwezen wordt en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.