

Utrecht, 13 juni 2016

Geachte Kamerleden,

In deze brief beschrijft de NVOG haar visie op noodzakelijke veranderingen binnen de geboortezorg in Nederland:

Gezamenlijk verantwoordelijk voor moeder en kind

De NVOG voelt een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Sinds het verschijnen van het Stuurgroepadvies in 2010 is dit nog altijd noodzakelijk ondanks de verbeteringen die de laatste jaren zijn bereikt.

De kwaliteit en doelmatigheid van de Nederlandse geboortezorg kunnen nog sterk verbeteren. Het grootste probleem is dat door het huidige gescheiden systeem suboptimaal gebruik wordt gemaakt van de kennis en vaardigheden van alle professionals in de geboortezorg die de vrouw gedurende haar zwangerschap tegenkomt: huisarts, verloskundige, klinisch verloskundige*, gynaecoloog, kinderarts en kraamverzorgende.

Er staat een financieel en organisatorisch schot tussen de eerste en tweede lijn, tussen laag en hoog risico zwangeren. Een zwangere vrouw is echter niet op te delen in laag en hoog risico. Ieder moment tijdens de zwangerschap kan het risicoprofiel van een zwangere (acuut) veranderen. Zwangerschap is in de basis een natuurlijk proces. We moeten ons er echter van bewust zijn dat het om kwetsbaar leven gaat zowel voor moeder en kind. Onnodige medische ingrepen moeten voorkomen worden, een goede monitoring is echter wel van groot belang. Ook om goed te kunnen anticiperen waardoor acuut ingrijpen in veel gevallen kan worden voorkomen. Hiervoor is de expertise van alle zorgverleners nodig.

Vijf-en-tachtig procent van de zwangere vrouwen heeft tijdens de zwangerschap contact met hulpverleners uit de eerste en tweede lijn. Integrale geboortezorg is een noodzakelijke stap om de kwaliteit en doelmatigheid van de Nederlandse geboortezorg te verbeteren.

*verloskundige werkzaam in het ziekenhuis

Babysterfte in Nederland

Nederland presteert helaas nog steeds onvoldoende als het gaat om goede cijfers voor babysterfte in Europa.^{1,2} De enige betrouwbare bronnen die daarvoor gebruikt kunnen worden zijn de perinatale (geboortezorg) registraties van een land, zoals PERINED in Nederland. Algemene sterftecijferkarakteristieken van een land zoals die gebruikt worden door Eurostat, zijn niet bruikbaar voor het vergelijken van babysterfte, omdat ze kunnen leiden tot systematische onder- of overrapportage.³

PERISTAT, de studiegroep die de kwaliteit van de geboortezorg in de Europese landen vergelijkt maakt gebruik van PERINED. We kunnen niet anders dan concluderen dat we onze ambitie om bij de Europese top te behoren van de geboortezorg nog lang niet hebben bereikt.

De babysterfte in Nederland daalt, maar in de andere landen van Europa daalt die ook. In 2014 was de babysterfte in Nederland gedaald tot 7,4 per duizend bevallingen (Cijfers PERINED).⁴ In 2013 was in Finland de babysterfte 3,4 per duizend bevallingen.⁵ Dat is net zoals 10 jaar geleden een verschil van 4,0 sterfgevallen per duizend bevallingen. Wij komen dus ondanks alle maatregelen nauwelijks dichterbij. In Nederland hebben wij jaarlijks 170.000 bevallingen. Als wij dezelfde lage sterftecijfers als in de beste landen van Europa zouden hebben, zouden elk jaar 680 baby's minder overlijden. En babysterfte is nog maar het topje van de ijsberg. Het aantal kinderen dat in een slechte conditie geboren wordt met grote kans op blijvende hersenbeschadiging, is vele malen groter.

Naar de oorzaak van de relatief hoge babysterfte in Nederland is veel onderzoek gedaan. In de bijlage treft u een samenvatting van deze onderzoeken aan.

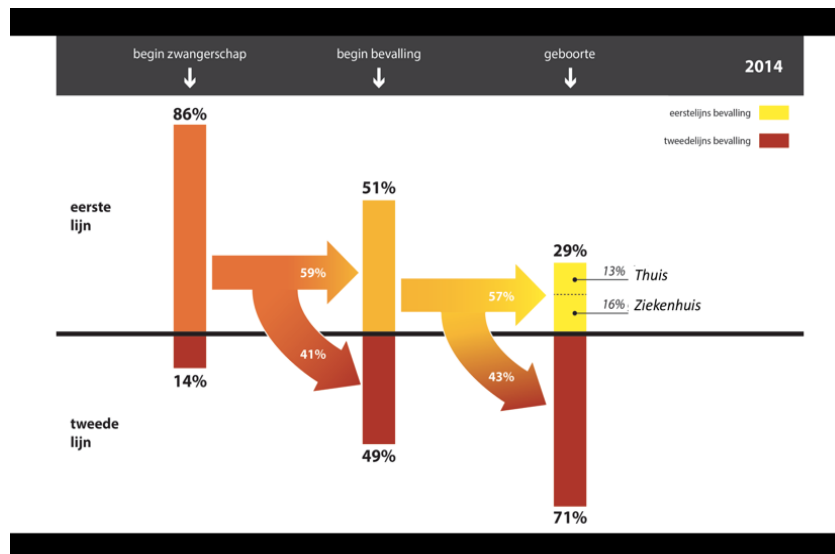
Op basis van die onderzoeken is de NVOG van mening dat het risicoselectiesysteem onvoldoende werkt. Nederland is het enige land dat een risicoselectie systeem gebruikt om een indeling te maken in zwangere vrouwen met een laag risico die in de eerste lijn door de verloskundige begeleid worden en zwangere vrouwen met een hoog risico die door een gynaecoloog begeleid worden.

Dit wil overigens niet zeggen dat zorgverleners hun werk niet goed doen, het grootste probleem is dat de drempel communicatieproblemen en vertraging in overdracht van (essentiële) informatie in de hand werkt.

Drempelloze samenwerking leidt tot tevredenheid zwangere vrouw

Het moet veel beter kunnen, zeker als we kijken naar de Scandinavische landen die in alle PERISTAT onderzoeken van de afgelopen 10 jaar tot de top van Europa behoren.^{1,2} In die landen is de babysterfte de helft van de babysterfte in Nederland, terwijl het aantal keizersneden en andere ingrepen tijdens de baring niet hoger, maar zelfs lager is dan in ons land. Wij vinden dat we ons moeten spiegelen aan die landen. Het grote verschil tussen die landen en ons land is dat er een drempelloze samenwerking is tussen gynaecologen en verloskundigen. Zij zijn allen onderdeel van hetzelfde team. Het is onze ambitie om bij de top landen van beste geboortezorg ter wereld te behoren!

In ons land is er een financieel tussenschot dat belemmerend werkt op de samenwerking. Helaas merken patiënten dit ook. Zwangere vrouwen in Nederland kijken na drie jaar relatief vaak met negatieve gevoelens terug op hun bevalling.⁶ Uit recent onderzoek blijkt dat dit vooral vrouwen zijn die tijdens de zwangerschap of bevalling werden verwezen door de eerstelijns verloskundige naar de gynaecoloog.⁷ Dit gebeurt niet zelden, maar in twee van de drie zwangerschappen die in de eerste lijn beginnen (figuur 1).



Figuur 1. Overdracht van eerste naar tweede lijn voor alle zwangere vrouwen. In 2014 begon 86% van alle zwangere vrouwen bij de eerstelijns verloskundige. Tijdens de zwangerschap werd 41% verwezen, zodat aan het begin van de baring nog maar 51% in de eerste lijn onder controle was. Tijdens de baring werd van deze vrouwen 43% alsnog overgedragen aan de tweede lijn, zodat uiteindelijk slechts 29% onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige beviel en 71% onder begeleiding van de gynaecoloog. Ook na de baring werd 1,2% overgedragen vanwege een acuut probleem (Cijfers PERINED 2014).¹⁴

Tijdens de eerste zwangerschap is de kans nog groter op een verwijzing van de eerste naar de tweede lijn. Vier van de vijf vrouwen die bij de eerstelijns verloskundige beginnen, bevallen in het ziekenhuis in de tweede lijn.

Uit figuur 1 blijkt dat een overdracht van de zwangere vrouw van eerste naar tweede lijn eerder regel dan uitzondering is. Een overdracht kan echter leiden tot vertraging en informatieverlies, waardoor de kwaliteit van de zorg geschaad kan worden. Bovendien ervaren patiënten een verwijzing van de eerste lijn naar de tweede lijn als negatief. Integrale geboortezorg is hier het perfecte antwoord op. Doordat het tussenschot verdwijnt zullen alle zorgverleners (eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden) lid worden van hetzelfde team, net zoals in de Scandinavische landen het geval is. Verwijzingen van eerste naar tweede lijn zijn dan verleden tijd. Samenwerking tussen al deze disciplines is al heel gebruikelijk in het ziekenhuis. Klinisch verloskundigen spelen een belangrijke rol in de zorg voor de zwangere.

Onnodige medicalisering

In het huidige gescheiden systeem kan niet goed geanticipeerd worden op complicaties die tijdens de zwangerschap of bevalling optreden. Doordat niet over het tussenschot heen gekeken kan worden, worden gynaecologen pas relatief laat betrokken als er een probleem is.

Als er bijvoorbeeld een zwangere tijdens de bevalling wordt ingestuurd met vermeend zuurstofgebrek bij het kind, is er soms geen tijd meer om de conditie van het kind zorgvuldig te evalueren. In zo'n geval kan besloten worden om een spoedingreep, zoals een keizersnede, te doen.

In een integraal geboortezorg systeem zal beter geanticipeerd kunnen worden op eventuele problemen. Daardoor zal het aantal onnodige interventies kunnen dalen. In Scandinavië worden minder interventies gedaan dan in Nederland, doordat alle verloskundigen en gynaecologen lid zijn van een multiprofessioneel team en naadloos met elkaar samenwerken. Door toevoeging van de eerstelijns verloskundige aan het team, zullen alle zwangeren voordeel hebben doordat eerder geanticipeerd kan worden op problemen en zwangeren in het ziekenhuis langer profiteren van de zorg die door verloskundigen geleverd kan worden. Eerstelijns verloskundigen zullen dan meer bevallingen tot het einde kunnen begeleiden, dan het geschatte huidige aantal van 20 bevallingen per jaar. Dit is doelmatiger en zal leiden tot hogere patiënttevredenheid.

Ook in Livive in Tilburg, het enige verloskundig samenwerkingsverband van Nederland dat al jaren integrale

geboortezorg toepast, blijkt dat onnodige medicalisering afneemt als integrale geboortezorg wordt toegepast.⁶ We moeten overigens niet vergeten dat medicalisering ervoor gezorgd heeft dat de perinatale sterfte en maternale sterfte niet meer is zoals in de ontwikkelingslanden.

Keuzevrijheid van de zwangere vrouw

Wij vinden dat de keuzevrijheid van zwangere vrouwen beter gewaarborgd zou moeten worden. Zij zouden moeten kunnen kiezen door welke hulpverlener zij behandeld willen worden en op welke plaats zij zouden willen bevallen.

Op dit moment kunnen zwangere vrouwen zonder medische indicatie alleen kiezen voor een bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige die in principe thuis moet plaatsvinden. Alleen tegen bijbetaling mag een eerstelijns verloskundige de bevalling in het ziekenhuis doen. Het is echter niet mogelijk om voor een begeleiding van de zwangerschap of bevalling in het team van de tweede lijn te kiezen. Dit gaat in tegen de keuzevrijheid van zwangere vrouwen.

In een integraal geboortezorg systeem kunnen zwangere vrouwen kiezen welke hulpverlener zij zullen krijgen. Doordat gynaecologen, eerstelijns- en klinisch verloskundigen lid zijn van hetzelfde team zullen zwangeren kunnen wisselen tussen de teamleden. Dit zal de doelmatigheid bevorderen. In het integrale geboortezorgsysteem van Livive begeleiden de verloskundigen meer vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling dan voorheen.⁸

Ook kunnen zij aan het begin van de zwangerschap kiezen of zij thuis willen bevallen of in een ziekenhuis en in welk ziekenhuis zij dan eventueel zouden willen bevallen. Hiervoor is het wel nodig dat bij het eerste gesprek dat de zwangere heeft, duidelijk wordt gemaakt welke hulpverleners er in die VSV werkzaam zijn en met welk ziekenhuis wordt samengewerkt. Indien tijdens de zwangerschap de zwangere toch nog zou willen veranderen van VSV, moet dat mogelijk blijven. Integrale geboortezorg bevordert naar onze mening de keuzevrijheid van vrouwen.

Centrale thema's van de ronde tafel

U hebt drie vragen gesteld ter voorbereiding van het ronde tafel debat:

- 1) Wat gaat er goed in de regionale samenwerking?
- 2) Wat zijn de knelpunten?
- 3) Wat zijn de oplossingsrichtingen om geboortezorg en kraamzorg te verbeteren?

Ad 1) De samenwerking tussen eerstelijns verloskundigen, gynaecologen en andere beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg komt goed op gang in de VSV's. Drempelloos en multidisciplinair overleg krijgt op steeds meer plaatsen vorm. In de ziekenhuizen wordt al jaren uitstekend samengewerkt binnen het team waar onder andere klinisch verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen en kinderartsen deel van uit maken.

Ad 2) Het financiële schot tussen eerstelijns en tweedelijns en de daarmee gepaard gaande perverse prikkels belemmert een doelmatige en doeltreffende samenwerking in de VSV's. De eerste lijn heeft een financiële prikkel om de zwangere tijdens de bevalling over te dragen en niet daarvoor, aangezien er een verschil in vergoeding is. De tweede lijn heeft een financiële prikkel om de zwangere te behouden als zij eenmaal is overgedragen. De NVOG denkt niet dat zorgverleners zich hierdoor laten leiden, maar de prikkel aan zich zou er niet moeten zijn. Ook dit probleem wordt binnen een integraal systeem opgelost. Verder moet nog worden opgemerkt dat bij de kosten van de thuisbevalling vaak vergeten wordt dat er 24/7 een team binnen het ziekenhuis klaarstaat voor het geval er thuis een complicatie optreedt.

Ad 3) Invoering van integrale financiering maakt een drempelloze samenwerking mogelijk tussen eerste en tweedelijns, waardoor zowel de verloskundige in de wijk, als de klinische verloskundige en gynaecoloog in het ziekenhuis hun taak beter kunnen uitvoeren. Zij maken dan immers deel uit van één team rondom de zwangere. De implementatie zal niet overal gemakkelijk zijn en zal zorgvuldig, stapsgewijs en met goede begeleiding moeten plaatsvinden.

Samenvatting

De NVOG staat voor gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen de geboortezorg: eenheid van beleid binnen één geboorteteam: eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en kinderartsen. De enige die hierin een autonome positie kan claimen is de zwangere zelf.

Hoogachtend, namens het bestuur van de NVOG



Prof. Dr. S.G. Oei,
Voorzitter NVOG

Bijlage 1) overzicht wetenschappelijk onderzoek babysterfte in Nederland

- De signalementstudie uit Rotterdam toont aan dat het onderscheid in hoog en laag risico zwangerschappen in de huidige setting niet goed te maken is.⁹ Dertig procent van de vier belangrijkste oorzaken van perinatale sterfte wordt niet tijdig herkend in het huidige verloskundige systeem. Het is onomstreden dat een zo vroeg mogelijke herkenning van hun aanwezigheid van belang is voor het kind in verband met aangepaste zwangerschapszorg.
- In Nederland is de kans op babysterfte tijdens de zwangerschap voor eenlingen ten opzichte van tweelingen verhoogd. Dit is onverwacht omdat tweelingzwangerschappen een grotere kans op complicaties geven. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring dat een tweelingzwangerschap in de tweede lijn gecontroleerd wordt en daardoor beter bewaakt wordt.¹⁰
- In Nederland is er bij vrouwen met een lagere socio-economische status een grotere kans op babysterfte bij een zwangerschapsduur boven 37 weken ten opzichte van een zwangerschapsduur onder de 37 weken. De verklaring zou zijn dat een bevalling onder de 37 weken in de tweede lijn onder leiding van een gynaecoloog plaatsvindt en boven de 37 weken onder leiding van een eerstelijns verloskundige.¹¹
- In een Utrechts onderzoek dat in 2010 is gepubliceerd in de British Medical Journal bleek dat de babysterfte voor zwangere vrouwen met een laag risico op complicaties die onder leiding van de eerstelijns verloskundige aan de bevalling begonnen, twee keer zo hoog was als voor vrouwen met een hoog risico op complicaties die onder leiding van de gynaecoloog aan de bevalling begonnen.¹² In een Amsterdams onderzoek dat daarna in het tijdschrift 'Midwifery' is gepubliceerd werd gevonden dat de kans op babysterfte in beide groepen even hoog was.¹³ Zwangeren met een laag risico in de eerste lijn blijken derhalve een minstens even hoge kans op babysterfte hebben als zwangeren met een verhoogd risico op complicaties in de tweede lijn.
- In 2010 werd door de Amsterdamse onderzoeksgroep melding gemaakt in Medisch Contact dat er ook in de Amsterdamse populatie een drie keer hogere kans op babysterfte was voor een laagrisico zwangere in de eerste lijn dan voor een zwangere in de tweede lijn.¹⁴ In 2016 werden de Amsterdamse getallen gepresteerd met als conclusie dat de sterfte in de eerste lijn niet significant hoger was dan in de tweede lijn.¹⁵

Bijlage 2) Literatuurverwijzingen

1. EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013
http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
2. Nederlandse perinatale sterfte daalt. Persbericht EURO-PERISTAT 2013 dd 26052013.
<http://www.europeristat.com/images/NL%20Peristat%20%20final%2026%2005%202013.pdf>
3. Garssen J en van der Meulen A. Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland, 2004.
<https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/82E3195B-9642-407E-A923-62BDFE0B6F5C/0/2004k3b15p015art.pdf>
4. Perinatale zorg in Nederland 2014 <https://assets.perined.nl/docs/353d9249-9875-4cb3-9c86-f078ae3f7aef.pdf>
5. Statistics Finland. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_tau_005_en.html
6. Rijnders M et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. irth.LINK "http Evers A. et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study BMJrs A. et al. Peri<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5639.long>
7. Truijens SE et al. Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 ;174:35
8. Vogels-Broeke M. et al. Evaluatie van 4 jaar integrale geboortezorg in Tilburg. Ingezonden naar Medisch Contact.
9. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in perinatale sterfte. Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam, Erasmus MC, 2010.
[http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte DEF 1_02.pdf](http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Signalementstudie_Zwangerschap_en_Geboorte_DEF_1_02.pdf)
10. Vassak B. Het verschil tussen perinatale sterfte van eenlingen en tweelingen. Presentatie 49^e Gynaecongres. Abstractboek van het 49^e Gynaecongres 19 en 20 mei 2016 in Eindhoven.
11. Van Ewijk R.J.G. Thuisbevalling en eerstelijns bevalling riskanter in arm gezin. Presentatie 49^e Gynaecongres. Abstractboek van het 49^e Gynaecongres 19 en 20 mei 2016 in Eindhoven.
12. Evers AC¹, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, van Egmond-Linden A, Hillegersberg J, Snuij 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 Nov 2;341:c5639. doi: 10.1136/bmj.c5639.
13. Wiegerinck MM et al. Intrapartum and neonatal mortality in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Amsterdam region of the Netherlands: A retrospective cohort study. *Midwifery*. 2015;31:1168-76.
14. Croonen H. Minder babysterfte bij de gynaecoloog. Medisch Contact 2010;47:2504-2507.
<http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/87692/Minder-babysterfte-bij-gynaecoloog.htm>
15. M.M.J. Wiegerinck. À terme perinatale sterfte: low risk versus high risk en thuis versus ziekenhuis. Presentatie 49^e Gynaecongres. Abstractboek van het 49^e Gynaecongres 19 en 20 mei 2016 in Eindhoven, blz. 67,68.