

Eerste ervaring met een gezamenlijke intakebespreking

Integrale geboortezorg

M. Smith *eerstelijns verloskundige, Ode Verloskundigen, Lent*

G.L.P. Wagener *bedrijfsleider afdeling gynaecologie en verloskunde, Radboudumc, Nijmegen*

dr. F.A. van de Laar *huisarts, Huisartsenpraktijk Thermion, Lent*

dr. J. van Dillen *gynaecoloog, Radboudumc, Nijmegen*

Van oudsher is de organisatie van de (verloskundige) zorg in Nederland strikt gescheiden in een eerste lijn voor de fysiologie en een tweede lijn voor pathologie. Criteria waarop deze scheiding plaats vindt voor de verloskundige zorg zijn vastgelegd in de verloskundige indicatie lijst.¹ Aangezien tegenwoordig 85% van alle barenden vrouwen in de eerste lijn start en uiteindelijk 27% in de eerste lijn bevalt, concluderen sommigen dat de organisatie van de verloskundige zorg op de schop moet.² Anderszins is overdracht tussen de lijnen juist illustratief voor een goed werkend risicoselectiesysteem waarbij de patiënt de zorg krijgt die zij op dat moment nodig heeft. Zo komt uiteindelijk de overgrote meerderheid van alle zwangeren in het kraambed ook weer onder begeleiding van de eerstelijnsverloskundige. Daarentegen blijkt bij 18% van de zwangeren die de baring starten in de tweede lijn echter geen sprake van een medische indicatie en hier heeft de risicoselectie onvoldoende plaatsgevonden.³ De organisatie van verloskundige zorg hoeft wellicht niet per se op de schop, maar risicoselectie kan alleszins scherper conform bestaande afspraken.

Het veld is sinds de adviezen van de stuurgroep Zwangerschap en geboorte uit 2010 hevig in beweging.⁴ Recent is hierbij de multidisciplinaire zorgstandaard *Integrale geboortezorg* gemaakt, waarbij een van de kernpunten gezamenlijke verantwoordelijkheid betreft.⁵ In veel regio's wordt dit ingevuld middels een gezamenlijke intakebespreking. Nieuwe zwangeren worden dan in een overleg tussen eerstelijnsverloskundige en gynaecoloog besproken waarna het individuele zorgpad wordt gemaakt. Hoewel er in het land intussen veel initiatieven zijn ontstaan, is niet bekend of gezamenlijk verantwoordelijkheid en een gezamenlijke intake daadwerkelijk resulteert in betere uitkomsten. De medisch specialist bij alle nieuwe patiënten bij de huisarts laten meekijken en

meedenken met het behandelplan zou waarschijnlijk door velen worden bekritiseerd als niet bewezen effectief of doelmatig.

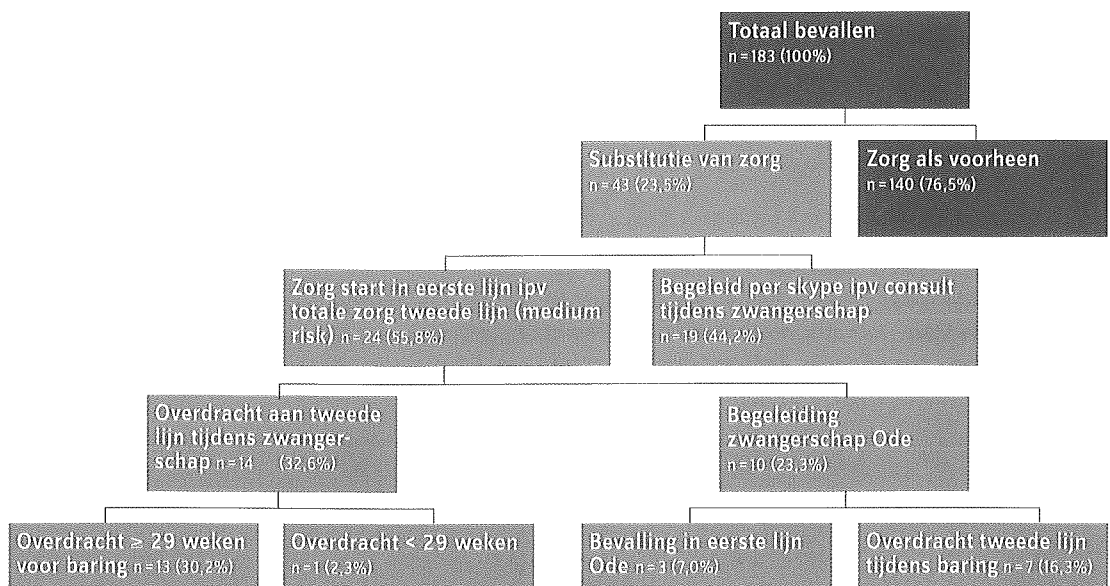
In Nijmegen is een proeftuin gestart, genaamd Academisch Gezondheidscentrum Thermion met als doel: cliëntgerichte zorg op de juiste locatie, waar mogelijk dicht bij huis. Hier wordt verloskundige zorg behouden in en waar mogelijk verplaatst naar de wijk, middels het creëren van een 'telijn' voor mediumriskpatiënten. Gedurende de periode juni 2013 tot en met juni 2015 is dit project ondersteund door Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN) via een subsidie van verzekeraars CZ en VGZ. Aan het eind van deze subsidieperiode is een evaluatieverslag geschreven voor de zorgverzekeraars waarvan de resultaten zijn bewerkt tot dit manuscript.

Methoden

Het project is als innovatie- en kwaliteitsproject gestart in samenwerking tussen een verloskundigenpraktijk (Ode te Lent) en het Radboudumc. Beide zijn onderdeel van het VSV Nijmegen die bestaat uit negen verloskundigenpraktijken en twee ziekenhuizen (het CWZ en het Radboudumc). Het is dus niet primair als wetenschappelijk onderzoek opgezet, waardoor er bijvoorbeeld geen powerberekening is op uitkomstindicatoren.

Om de kwaliteit, de cliëntenbeleving en de doelmatigheid van de zorg inzichtelijk te maken is de zorg geëvalueerd aan de hand van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren betreffen het ontwikkelen van een intakeprotocol, de mate van substitutie van zorg, kosteneffectiviteit en tevredenheid.

Wat betreft het ontwikkelen en implementeren van een gezamenlijk intakeprotocol voor alle zwangeren, met of zonder medische indicatie, werden alle *intakes* van nieuwe zwangeren uit het Thermion gebied door de eerstelijnsverloskundige verricht. In samenspraak met de gynaecoloog (via teleconferentie) werd een individueel zorgpad voor alle zwangeren gemaakt. Aansluitend is specifiek (zowel kwalita-



Figuur 1. Analyse van totaal aantal bevallen vrouwen waarbij substitutie van zorg in beeld is gebracht

tief en kwantitatief) gekeken naar de casus waar substitutie van zorg heeft plaatsgevonden. Hierbij is substitutie gedefinieerd als zorg die voorheen in het ziekenhuis geleverd zou worden en nu door de eerstelijnsverloskundige wordt uitgevoerd. Middels het individueel zorgpad en intensief overleg is er sprake van een gezamenlijk verantwoordelijkheid.

Als doel voor het nieuwe intakeprotocol was gesteld dat >90% van de zwangeren een *intake* in de eerste lijn zouden krijgen. Voor de evaluatie hiervan werd een vergelijking gemaakt tussen de bevallen vrouwen in het Radboudumc die hun kraambed hadden in het Thermiongebied in 2012 versus 2014. Hierbij werd gekeken naar losse kraambedden, waaronder wordt verstaan een kraambed door de eerstelijnsverloskundige zonder dat de *intake* bij de eerstelijnsverloskundige had plaatsgevonden.

Voor de analyse van kosteneffectiviteit is getracht een weergave te geven van kosten binnen het huidige financieringssysteem waarbij de nieuwe situatie, met aanpassingen in risicoselectie en substitutie van zorg, is vergeleken met de situatie zonder aanpassingen. De declaraties van de eerste lijn zijn op casusnivo in beeld gebracht. Voor de tweede lijn bleek dit niet mogelijk en is op basis van DBC-codering een schatting gemaakt waarbij onder meer werd aangenomen dat 25% van de zwangeren per keizersnede bevalt, alle kraambedden in de eerste lijn plaatsvinden en kosten voor prenatale *screening* en laboratorium zijn weggelaten. Voor de projectperiode zijn de kosten betreffende tijd besteed aan vergaderingen, uitwerken van zorgpaden en de kosten van de teleconferentie niet berekend.

Voor de evaluatie van behoeftepeiling en tevredenheid is gebruik gemaakt van een focusgroepbijeen-

komst voor zwangeren en een enquête onder zorgverleners. De focusgroepbijeenkomst werd ondersteund vanuit de adviesgroep Projectverbetering en Innovatie van het Radboudumc, een afdeling met ervaring in focusgroep en de uitwerking daarvan. De enquête onder zorgverleners betrokken bij het project betrof een niet-gevalideerde vragenlijst met open vragen naar persoonlijk ervaringen met de nieuwe vorm van samenwerking.

Resultaten

Gedurende de projectperiode juni 2013 tot en met april 2015 zijn 250 *intakes* besproken en zijn individuele zorgpaden uitgezet. Ten tijde van het eindrapport voor VEZN waren 183 zwangeren bevallen en meegenomen in de analyse (figuur 1).

Intake

Er bleek een afname van losse kraambedden van 28% in 2012 naar 19% in 2014. Hoewel het beoogde doel >90% intake in de eerste lijn (dus <10% losse kraambedden) nog niet was gehaald, was er wel een duidelijke afname van het percentage losse kraambedden zonder medische indicatie van 61% in 2012 naar 29% in 2014. Bij de losse kraambedden in 2014 bleek het meestal te gaan om zwangeren die werkzaam waren in het Radboudumc. Voor deze laagrisicozwangeren was het veelal op eigen verzoek om de controles in het ziekenhuis te laten plaatsvinden; afspraken in het ziekenhuis waren voor hen gemakkelijker dan bij de verloskundige praktijk.

Substitutie

Uiteindelijk is in 43 casus (24%) van de 183 bevallen vrouwen tijdens de prenatale fase substitutie van zorg verleend. Dit betrof in 19 casus (44%) substitutie via videoconferentieoverleg tussen zorgverleners in

Tabel 1. Substitutie van zorg (n=24) gerubriceerd op casus en uitkomst

Rubricering		Zwangerschap overdracht tweede lijn	Start baring eerste lijn	Partus eerste lijn	Partus tweede lijn (overdracht tijdens zwangerschap of baring)
Groei restrictie in anamnese, eerder kind <P5	7	5	2		7
Groei restrictie in anamnese, eerder kind <P5-P10	2	2		2	
Gynaecologische aandoeningen in anamnese	5	1	4	1	4
HELLP / PtH in anamnese	1	1		1	
Schildklier problematiek	1	1		1	
Zorg 1e lijn die voorheen waarschijnlijk in 2e lijn had plaatsgevonden i.v.m. anamnese	8	4	4	2	6
Totaal meer eerste lijns zorg	24	14	10	3	21
		14-29 weken: 1 >29 weken: 13			

Tabel 2. Kosten evaluatie Thermionproject met substitutie van zorg vergeleken met oude situatie

Oude situatie	Nieuwe situatie
Aangenomen dat:	Berekend:
- Bij minder optimale risico selectie: 43 x Z40 en B40	- Declaraties eerste lijn, incl. verrichting (echo counseling)
- Bij meer optimale risico selectie:	- Daadwerkelijke flow naar tweede lijn
19 consulten (Z11), waarvan 70% overdracht	
- 25%CS en 75% vaginaal	Aangenomen dat in tweede lijn:
- alle kraambedden eerste lijn	- 25%CS en 75% Vaginaal
- Geen kosten laboratorium, prenatale screening, PND	- Geen kosten laboratorium, prenatale screening, PND
- Geen opname zwangerschap of complicatie postpartum	- Geen opname zwangerschap of complicatie postpartum
Declaraties eerste lijn: = € 11.997	Declaraties eerste lijn*: = € 47.847
- 43 x 279 (kraambed eerste lijn)	Declaraties tweede lijn
Declaraties tweede lijn (minder optimale risico selectie)	- 7 x 138 (Z11 15E416)
- 43 x 1.416 (Z40 15B274)	- 22 x 1.416 (Z40 15B274)
- 33 x 2.400 (B40 15B265)	- 31 x 2.400 (B40 15B265)
- 10 x 5.280 (B40 15B255) = € 192.288	- 8 x 5.280 (B40 15B255) = € 131.985
- € 190.000 - € 205.000	- € 179.805

* bevallen cliënten uit periode juni 2013-april 2015

de plaats van een consult van patiënt in het ziekenhuis. In 24 casus (56%) betrof dit integratie van zorg waarbij patiënten met een individueel zorgpad starten met zorg in de eerste lijn. Deze laatste groep betrof mediumrisikopatiënten met oorspronkelijk een medische indicatie of een stapeling van factoren waarbij voorheen veelal meteen tweedelijnszorg gekozen zou zijn (tabel 2). Door intensieve samenwerking en het individueel zorgpad werd zorg dicht bij huis mogelijk gemaakt (zie voorbeeld casus). Van deze 24 mediumriskzwangeren die gestart waren met zorg in de eerste lijn werden 14 zwangeren (58%) overdragen tijdens de zwangerschap (tabel 2 en figuur 1). Bij 13 casus vond de overdracht na de 29 weken plaats en hebben de zwangeren een lange periode in de eerste lijn zorg kunnen ontvangen. Uiteindelijk bevielen van deze 24 mediumriskvrouwen 3 (13%) in de eerste lijn.

Kosten

De analyse van kosteneffectiviteit en de aannames die daarbij zijn gebruikt staan beschreven in tabel 3.

Hierbij bleek een potentiële besparing van 5-12% in zorgkosten mogelijk.

Tevredenheid

Bij de focusgroepbijeenkomst waren zeven deelnemers (vier zwangeren en drie postpartumvrouwen). Zwangeren waren tevreden over de *intake*, de intakebespreking, de samenwerking en de zorgverlening in de eerste lijn: het werd als prettig, persoonlijk en laagdrempelig ervaren. Het idee van de samenwerking tussen de eerstelijnsverloskundigen en het ziekenhuis door middel van een wekelijks overleg gaf vertrouwen in de samenwerking en in de geboortezorg als geheel. Eén zwangere gaf aan dat ze er aan moest wennen nu bij een verloskundige onder controle te zijn in plaats van in het ziekenhuis. Een andere zwangere noemde dat ze ook graag zelf wilde kunnen overleggen met de gynaecoloog en gaf als suggestie een gezamenlijk videoconferentieoverleg met gynaecoloog, verloskundige én cliënt. Verschillende zwangeren vonden het jammer dat er ondanks de samenwerking geen gezamenlijk dossier is, zodat

Voorbeeld casus

Mevrouw J. is een gravida 2 para 1. Tijdens de eerste zwangerschap was er sprake van een groeirestrictie (dochter met geboortegewicht <p5), waardoor er een medische indicatie met groeicontroles middels seriële echografie in de huidige zwangerschap bestaat. In de gezamenlijke intake wordt besproken om controles en seriële echo in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Tevens wordt tussen 12 en 36 weken acetylsalicylzuur 1dd 80 mg geadviseerd ter preventie van mogelijke recidief groei-restrictie. Dit wordt via de eigen huisarts voorgeschreven. Gedurende de zwangerschap is er meerdere malen via teleconferentie overleg tussen de eerstelijnsverloskundige en de gynaecoloog waarbij de groeimetingen worden besproken. De groei is stabiel op de 15e percentiel. Zwangerschapscontroles en echometingen vinden plaats in de eerstelijnspraktijk: in de wijk en om de hoek bij het huis van deze patiënte. Uiteindelijk bevalt patiënte onder begeleiding van de eigen verloskundige van een gezonde zoon met normaal geboortegewicht.

ze bij overdracht weer dezelfde vragen kregen.

De enquête werd door twaalf zorgverleners ingevuld (zeven eerstelijnsverloskundigen, drie tweedelijnsverloskundigen en twee gynaecologen). De zorgverleners zijn positief over het project en de samenwerking. Men noemt een sterk verbeterde samenwerking en beter afgestemde zorg op het individueel niveau van de patiënt. Positief is het ontstaan van meer vertrouwen over en weer, omdat je niet alleen in contact treedt als er problemen zijn. Als aanbevelingen werden genoemd de ontwikkeling, terugkoppeling en afstemming van registratie en zorgpaden binnen de bewust kleine projectgroep en vervolgens dat de implementatie hiervan binnen de beide organisaties tijdrovend is.

Discussie

In de ontwikkelingen naar een integrale geboortezorg laat dit project zien dat het mogelijk is om op kleine schaal grote veranderingen te kunnen bewerkstelligen. Met behoud van zorg dicht bij huis in de eerste lijn, een goede afstemming met de tweede lijn én oog voor de kwaliteit en continuïteit voor de zwangere is een nieuw organisatie-model van gezamenlijke intake besprekingen getest. Uit de evaluatie blijkt dat gezamenlijke intake van zwangeren kan resulteren in een afname van primair onnodig medische zorg naast een substitutie van zorg richting de eerste lijn, met tevredenheid van zowel zwangeren als zorgverleners en mogelijk een kostenbesparing. Het project was echter niet opgezet als wetenschappelijk onderzoek en een lokaal kwaliteitsproject als deze is te klein om uitkomstmaten als perinatale morbiditeit of mortaliteit of effect op keizersnede aan te tonen. De

evaluatie van behoeftepeiling en tevredenheid onder zorgnemers is met één focusgroepbijeenkomst met slechts zeven deelnemers wellicht niet representatief. Ook het gebruik van een niet gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst onder zorgverleners is in het kader van wetenschappelijke evaluatie niet optimaal. Voor toekomstig evaluatie op grotere schaal is een eenduidige en gestructureerde methodiek nodig. Vooral nog ontbreekt het in Nederland echter aan gestructureerde evaluatie van alle reeds ingezette en nog te starten projecten onder de noemer 'integrale geboortezorg'. Onze ervaringen kunnen de aanleiding geven om dit te initiëren.

Belangrijke stimulerende factoren voor dit project waren de kleine projectgroep met een gedragen visie en lef om buiten bestaande zorgpaden en financiële structuren te kunnen denken en handelen. Het lijkt daarbij op de 'Optimale zorg - dappere dokter projecten'.⁶ Om dit te vertalen naar de grotere regio is een uitdaging, aangezien op landelijk niveau de visie op geboortezorg tussen de beide beroepsgroepen allerminst eenduidig is.

De recente multidisciplinaire zorgstandaard 'integrale geboortezorg' biedt ruimte om op lokaal niveau invulling te geven aan een optimaal model. Echter, een mogelijke dreiging hierbij is de teneur dat (eind)verantwoordelijkheid bij de gynaecoloog komt te liggen en de verloskundige alleen optreedt 'in dienst van'. Dat dit betere zorg oplevert is niet bewezen. Omgekeerd is uit internationale literatuur bekend dat *midwife led care* (de verloskundige primair verantwoordelijk) vergeleken met *shared care* resulteert in gelijke neonatale uitkomsten met minder interventies.⁷ De voordelen van *midwife led care* zoals in de *Cochrane* van Sandall et al. worden beschreven, zijn echter gebaseerd op buitenlandse studies in een populatie en zorgsysteem dat zich niet laat vergelijken met de Nederlandse *setting*. De evaluatie van ons project laat zien dat voor een mediumrisikopopulatie substitutie van zorg richting een midwife-led-caremodel mogelijk is.

De samenwerking in dit project betrof één ziekenhuis en één verloskundige praktijk, die als proeftuin fungeerden voor het gehele VSV, bestaande uit twee ziekenhuizen en negen verloskundige praktijken. In de ontwikkeling van dit project zijn ondertussen enkele aanpassingen gedaan: zo wordende laag risico zwangeren niet meer besproken in de gezamenlijke intake bespreking. Daarnaast worden voortgaand protocollen gemaakt voor distributie van zorg in specifieke gebieden (zoals bijvoorbeeld chronisch darmziekten, schildklier afwijkingen). Het is niet onrealistisch dat er een leer- en groeieffect optreedt waardoor vertrouwen en vaardigheden nog meer zullen toenemen, met meer substitutie naar de eerste lijn en dus ook kostendaling.

De financiële implicaties van dit project waren voor de betrokkenen en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis nog te overzien in het kader van een innovatieproject. Daarom zijn projectkosten, tijdsinvestering aan vergaderingen, uitwerken van zorgpaden en teleconferentie niet berekend. Uitrol naar de regio vindt vooralsnog niet plaats, mede vanwege de onduidelijke ontwikkelingen richting integrale financiering. De komende jaren zullen er waarschijnlijk nog twee financieringssystemen naast elkaar bestaan, terwijl elke regio de samenwerking intensiveert, of in elk geval geacht mag worden dit te doen. Door taakverschuivingen en substitutie kunnen de kosten binnen het huidige financieringsmodel echter ook juist oplopen; voor een groter deel van de cliënten wordt dan zowel door de eerste als de tweede lijn gedeclareerd. De uitdaging wordt om de zorg gezamenlijk vorm te geven zonder dat het duurder wordt en zonder dat de huidige financieringssysteem de samenwerking belemmert. De inzichten en de manier van zorgverlening van dit project kunnen gebruikt worden bij de verdere ontwikkeling van integrale financiering.

Conclusie

Hoewel er in Nederland veel gaande rond 'integrale geboortezorg' en gedeelde verantwoordelijkheid van eerstelijnsverloskundige en gynaecoloog, ontbreekt het aan gestructureerde evaluatie. Dit project laat zien dat 'integrale geboortezorg' op een eenvoudige manier gerealiseerd kan worden door de kennis te verplaatsen naar daar, waar deze het hardst nodig is: dicht bij de patiënte en in haar eigen omgeving. Dit model kan als voorbeeld dienen voor andere regio's en aanleiding zijn voor meer gestructureerde evaluatie op grotere schaal.

Referenties

1. Verloskundig Vademecum. *Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen*. Diemen 2003.
2. Kwee A, Derks JG, Oei G. *Geboorte Veiliger voor moeder en kind*. Thema nummer Medisch Contact 2015;24:4-7
3. Maassen MS, Hendrix MJ, Van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. *Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care*. Birth. 2008; 35: 277-282
4. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. *Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht '09
5. Zorgstandaard: Integrale Geboortezorg, *College Perinatale Zorg*, januari 2016
6. <http://www.zorgin2030.nl/broedplaatsen/broedplaats-amsterdam-amstelveen/optimale-zorg-dappere-dokters/>
7. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 15;9

Samenvatting

In Nederland zijn veel veranderingen gaande onder het motto 'integrale geboortezorg' en gedeelde verantwoordelijkheid van eerstelijnsverloskundige en gynaecoloog. Het ontbreekt echter aan gestructureerde evaluatie. In de academisch proeftuin THERMION te Nijmegen is een nieuw organisatie-model van gezamenlijke intakebesprekingen getest. Uit de evaluatie blijkt dat gezamenlijke *intake* van zwangeren kan resulteren in een afname van primair onnodige medische zorg naast een substitutie van zorg richting de eerste lijn, met tevredenheid van zowel zwangeren als zorgverleners en mogelijk een kostenbesparing. Dit model kan als voorbeeld dienen voor andere regio en de aanleiding geven voor meer gestructureerde evaluatie op grotere schaal.

Trefwoorden

integrale geboortezorg, gezamenlijk *intake*, *midwife led care*

Summary

Due to political and financial pressure, the organization of obstetric care in the Netherlands is changing from a previously predominant midwife led care model towards a shared care model. Structural evaluation of these changes is not coordinated. In a small pilot study in Nijmegen, we evaluated the effect of a new organization model where the care path for all new pregnant patients were discussed between community midwives and gynaecologists in a shared care model. We found that shared care could result in substitution of medium risk towards the community midwives with satisfaction of patients and care providers and possible cost reduction.

Keywords

organization of obstetric care, shared care, midwife led care

Met dank aan de leden van de projectgroep

L. van Keijsteren en M. Gubbels (*eerstelijnsverloskundigen Ode*), J. van Drongelen (*gynaecoloog Radboudumc*), C. Beerepoot (*tweedelijnsverloskundige, Radboudumc*).

Contactpersoon

dr. Jeroen van Dillen
afdeling Verloskunde en Gynaecologie Radboudumc
t (024) 36 14747
e jeroen.vandillen1@radboudumc.nl

Verklaring belangenverstrengeling

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