



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Birth Centre Care in the Netherlands: added value?!

Klapwijk-Hermus, M.A.A.

Citation

Klapwijk-Hermus, M. A. A. (2018, September 26). *Birth Centre Care in the Netherlands: added value?!*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/66033>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/66033>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/66033> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Klapwijk-Hermus, M.A.A.

Title: Birth Centre Care in the Netherlands: added value?!

Issue Date: 2018-09-26

Chapter

11

Samenvatting
List of publications
Curriculum vitae
Dankwoord

Samenvatting

Dit proefschrift draagt bij aan een brede evaluatie van de zorg rondom geboortecentra in Nederland. Het is één van de drie proefschriften die zijn gebaseerd op gegevens van het Geboortecentrum Onderzoek. Het doel van deze nationale studie was om evidence-based aanbevelingen te doen voor geboortecentra in Nederland. Voor het doen van aanbevelingen rondom dit onderwerp dienen alle resultaten van deelonderzoeken van het Geboortecentrum Onderzoek in overweging te worden genomen.

Dit proefschrift richt zich op het effect van een bevalling die gepland was in een geboortecentrum op perinatale uitkomsten, kosteneffectiviteit, verplaatsing, overdracht en ervaringen. Het bestuderen van een effect is niet mogelijk zonder een duidelijke definitie van het onderzoeksobject of zonder een uitkomstinstrument dat geschikt is voor het Nederlandse verloskundig systeem. Deel I beschrijft het onderzoeksprotocol, de formulering van een definitie voor 'geboortecentrum' in Nederland en de beschrijving en validatie van de primaire uitkomstmaat. Deel II richt zich op het effect van een geplande geboorte in een geboortecentrum en deel III beschrijft de arbeidssatisfactie van verschillende verloskundige zorgverleners met betrekking tot werken in een geboortecentrum.

Deel I

Hoofdstuk 2 beschrijft het onderzoeksprotocol voor het Geboortecentrum Onderzoek. De doelstellingen van deze nationale studie waren 1) de identificatie van geboortecentra en het meten van integratie van hun organisatie en zorg; 2) het meten van de kwaliteit van geboortecentra; 3) de effecten van geboortecentra op perinatale uitkomsten; 4) een kosten-batenanalyse; en 5) een diepgaande longitudinale analyse van de organisatie en processen in geboortecentra. De inclusiecriteria, verschillende methoden, instrumenten en verwachte resultaten werden per deelonderzoek beschreven. De resultaten zullen zorgprofessionals en beleidsmakers in staat stellen de verschillen in effect tussen bevallocaties te benoemen en zullen zwangeren en hun partner ondersteunen in het maken van een geïnformeerde keuze voor het type bevallocatie.

In **hoofdstuk 3** is de definitie voor een geboortecentrum geformuleerd. In Nederland ontbrak tot dan toe een standaard definitie en zonder een duidelijke definitie was het niet mogelijk om geboortecentra op een consistente manier te identificeren. Met een mixed-methods design werd een Nederlandse definitie voor een geboortecentrum

geformuleerd: een geboortecentrum is een midwifery managed bevallocatie, anders dan thuis, waar laag risico vrouwen kunnen bevallen onder verantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundig professional. Het geboortecentrum heeft een huiselijke sfeer en inrichting met daarbij faciliteiten die het fysiologische verloop van de baring kunnen ondersteunen. Wanneer er reden is voor overdracht neemt de tweede lijn (gynaecoloog of kinderarts) de verantwoordelijkheid van de zorg over van de eerste lijn (verloskundige of huisarts).

Drie typen geboortecentra werden geïdentificeerd op basis van hun locatie tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis waarin klinische verloskamers aanwezig zijn: vrijstaande geboortecentra (fysiek los van het ziekenhuis), aanpalende geboortecentra (in het ziekenhuis met klinische verloskamers, maar op een andere afdeling of gang) en interne geboortecentra (in het ziekenhuis op de afdeling met de klinische verloskamers, echter voldoet wel aan de definitie waar een geboortecentrum aan hoort te voldoen).

Zesenvertig locaties werden beschouwd als mogelijke geboortecentra en in september 2013 werden daarvan drieëntwintig als geboortecentra geïdentificeerd: drie vrijstaand, veertien aanpalend en zes intern. De reden voor hun oprichting, hun kenmerken en hun verschillende filosofieën werden beschreven.

Hoofdstuk 4 beschrijft de ontwikkeling van de nieuwe Nederlandse versie van de Optimality Index. Negatieve zwangerschapsuitkomsten zoals perinatale sterfte komen relatief weinig voor in de groep vrouwen met een laag risico die a terme in de eerste lijn bevalt. Om de uitkomst van verloskundige zorg voor deze vrouwen te evalueren, is het daarom wenselijk om niet alleen te focussen op perinatale complicaties. De Optimality Index (OI) is een samengesteld uitkomstinstrument dat zich richt op de aanwezigheid van optimale resultaten. Hoewel voor elke vrouw een individuele OI wordt berekend, is het instrument bedoeld om groepen vrouwen te vergelijken. De OI kan verschillen in de processen en uitkomsten benadrukken door somscores van groepen vrouwen met elkaar te vergelijken.

De vorige Nederlandse versie van de OI dateert van twee decennia geleden. In dit onderzoek is een nieuwe versie van de Optimality Index ontwikkeld, uitsluitend gebaseerd op items van Perined: de OI-NL2015. Deze bestaat uit 31 items die verdeeld zijn over verschillende momenten van zorg. Het betreft 22 intrapartum, 7 neonatale en 2 postpartum items. Op twee items na hebben alle items een evidence based criterium voor de optimale uitkomst. Voor de resterende 2 items was het criterium gebaseerd op consensus. Elk item dat optimaal scoort, telt 1 punt op bij de score met een totale somscore van 31. De somscore van een groep moet worden gecorrigeerd voor de achtergrondkenmerken van de vrouwen (leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status en urbanisatiegraad). De somscores maken het vervolgens mogelijk om te onderzoeken

of er verschillen zijn tussen deze groepen vrouwen.

Vervolgens is de betrouwbaarheid van de registratie van deze 31 items binnen de registratie van Perined onderzocht. Dit werd gedaan door de interbeoordelaars-overeenkomst tussen het aantal optimale scores uit twee verschillende datasets te berekenen: gegevens verzameld als onderdeel van het Geboortecentrum Onderzoek werden vergeleken met gegevens van Perined. Op één na voldeden ze aan het 90% betrouwbaarheids criterium.

Deel II

In **hoofdstuk 5** is het effect van een geplande geboorte in een geboortecentrum op perinatale uitkomsten bestudeerd. De nieuwe Nederlandse versie van de Optimality Index (de OI-NL2015) werd hiervoor als uitkomstmaat gebruikt. De somscores van de OI-NL2015 van vrouwen die van plan waren in een geboortecentrum te bevallen, werden vergeleken met vrouwen die van plan waren poliklinisch te bevallen in een ziekenhuis (onder verantwoordelijkheid van hun eerstelijns verloskundige) en vrouwen die van plan waren thuis te bevallen. In totaal namen 3455 vrouwen, die a terme in partu kwamen en onder controle waren van een eerstelijns verloskundige deel, aan deze studie (1686 nulliparae en 1769 multiparae). Er waren geen verschillen in OI-NL2015 voor vrouwen die van plan waren om in een geboortecentrum te bevallen in vergelijking met vrouwen die van plan waren poliklinisch in een ziekenhuis te bevallen: de somscores van beide groepen waren gelijk. Daarentegen hadden vrouwen die van plan waren thuis te bevallen een hogere OI-NL2015 (scoorden meer optimale items) dan vrouwen die van plan waren te bevallen in een geboortecentrum. Deze verschillen waren voor multiparae groter dan voor nulliparae.

Hoofdstuk 6 laat het effect van een geplande geboorte in een geboortecentrum op kosteneffectiviteit zien. De economische evaluatie heeft de vorm van een kosten-effectiviteitsanalyse. De kosten en effecten die toerekenbaar waren aan de geplande geboorte in een geboortecentrum, in een ziekenhuis of thuis, werden daarbij met elkaar vergeleken. Als uitkomstmaat voor de effecten werd gebruik gemaakt van de Optimality Index (OI-NL2015, zie hoofdstuk 4). Het tijdsbestek van deze evaluatie betrof het begin van de bevalling tot en met zeven dagen na de geboorte. Volumes van het zorggebruik werden prospectief verzameld en eenheidskosten werden berekend uit verschillende bronnen. Sensitiviteitsanalyses werden uitgevoerd wanneer de kosten per eenheid grote variatie vertoonden. De totale gecorrigeerde gemiddelde kosten en effecten (OI-NL2015) per geplande geboorte in een geboortecentrum

en in een ziekenhuis waren vergelijkbaar. Een geplande bevalling thuis leidde tot aanzienlijk lagere gecorrigeerde gemiddelde kosten en significant betere effecten in vergelijking met een geplande geboorte in een geboortecentrum. Nulliparae hadden hogere gecorrigeerde totale gemiddelde kosten en minder optimale uitkomsten dan multiparae. Sensitiviteitsanalyses leidden tot dezelfde resultaten als het oorspronkelijke gegeneraliseerde lineaire model.

Hoofdstuk 7 beschrijft het proces van verplaatsen naar het geboortecentrum bij nulliparae. In onze studie arriveerde 69% van de nulliparae die planden om in een geboortecentrum te bevallen daadwerkelijk tijdens de bevalling in een geboortecentrum, 22% werd rechtstreeks van thuis naar de tweede lijn verwezen en 9% besloot alsnog om op een andere plek te bevallen (dat wil zeggen bleef thuis, besloot op poliklinisch te gaan bevallen, of kreeg durante partu een plaatsindicatie). Van de vrouwen die planden om in het geboortecentrum te gaan bevallen en er durante partu aankwamen werd 74% vooraf aan de verplaatsing naar het geboortecentrum thuis getouchéerd. De kans op verwijzing naar de tweede lijn van deze vrouwen werd vergeleken met de nulliparae die tijdens de bevalling aankwamen in het geboortecentrum, maar die thuis geen vaginaal onderzoek hadden ondergaan voordat ze naar het geboortecentrum verplaatsten. De groep die thuis getouchéerd werd, had bij aankomst in het geboortecentrum meer ontsluiting en had een kleinere kans op doorverwijzing naar de tweede lijn. Deze laatste verschillen waren niet significant. Verder onderzoek naar het effect van een vaginaal onderzoek thuis in relatie tot het moment van verplaatsen en kans op verwijzing durante partu, dient uitgevoerd te worden.

In **hoofdstuk 8** wordt het effect van de geplande geboorte in een geboortecentrum op de ervaringen van vrouwen geëvalueerd. Ervaringen van vrouwen met een geplande bevalling in een geboortecentrum werden vergeleken met vrouwen die hun bevalling gepland hadden in een ziekenhuis (poliklinisch), thuis (alle drie onder zorg van een eerstelijns verloskundige) of in een ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. De ervaringen van de vrouwen met zorg tijdens de bevalling zijn gemeten met behulp van de Repro-Q-vragenlijst in een groep van 1181 vrouwen. Vrouwen die hun bevalling in een geboortecentrum hadden gepland, hadden vergelijkbare ervaringen als vrouwen die hun bevalling in een ziekenhuis hadden gepland onder de zorg van een eerstelijns verloskundige. Vrouwen die planden om thuis te bevallen, hadden significant gunstiger ervaringen met betrekking tot de domeinen van waardigheid en autonomie tijdens de bevalling, en op het gebied van sociale overwegingen, keuze en continuïteit postpartum, vergeleken met vrouwen die hun bevalling in een geboortecentrum hadden gepland. Meer dan 80% van de vrouwen die zorg kregen

in een geboortecentrum beoordeelde de voorzieningen, het moment van aankomst / vertrek en de continuïteit van de zorg in het geboortecentrum als goed.

Deel III

In **hoofdstuk 9** vergeleken we de ervaringen van verloskundige zorgverleners die in of met een geboortecentrum werken, met de tevredenheid van verloskundige zorgverleners die alleen in of met andere bevallocaties werken. De gebruikte vragenlijst was gebaseerd op “the Leiden Quality of Work Questionnaire”. Gegevens van 3849 zorgaanbieders werden geanalyseerd per type zorgverlener (kraamverzorgenden, eerstelijns verloskundigen of klinische/tweedelijns zorgverleners). Werkplezier bij kraamzorgverzorgenden is over het algemeen hoog. Alle drie de groepen zorgverleners zijn positief over het werken in of met een geboortecentrum.

In **hoofdstuk 10** wordt gereflecteerd op bovenstaande studies en worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Het is belangrijk om te realiseren dat de sleutelfactoren voor goede, veilige en als prettig ervaren geboortezorg niet alleen samenhangen met de geplande bevallocatie. Persoonlijke aandacht, continue ondersteuning en een weloverwogen en realistisch geboortepan zijn naast de bevallocatie ook zeker van belang. De bevallocatie beïnvloedt echter veel aspecten die kunnen helpen het fysiologische bevalproces te vergemakkelijken en te bevorderen, zoals oa. de sfeer van de kamer, de aanwezige werkcultuur en de beschikbare faciliteiten. Vrouwen dienen prenataal goed geïnformeerd worden over de verschillen tussen bevallocaties, om hun eigen beslissingen te nemen op basis van evidence-based informatie over alle beschikbare mogelijkheden. Voor vrouwen met een laag risico zwangerschap die niet thuis willen bevallen, is het ‘home-like’ verloskundig geboortecentrum de meest logische plaats waar deze aspecten kunnen worden gerealiseerd. Mogelijkheden om de resultaten in geboortecentra te verbeteren, zoals een standaard huisbezoek (met eventueel een vaginaal onderzoek) voorafgaand aan de verplaatsing en verplaatsing in actieve in plaats van latente fase van de bevalling, moeten verder worden bestudeerd en geïmplementeerd.

De conclusies uit de studie van het Geboortecentrum onderzoek tonen aan dat de uitkomsten met betrekking tot het effect, de kosten en de ervaringen gelijk zijn voor vrouwen met een laag risico op complicaties tijdens de bevalling die van plan zijn te bevallen in een geboortecentrum, in vergelijking met dezelfde groep vrouwen die van plan zijn te bevallen in een ziekenhuis. Mogelijkheden om de resultaten te verbeteren voor vrouwen die niet thuis willen bevallen, zijn geïdentificeerd: de belangrijkste

aspecten daarbij zijn aandacht voor de invloed van een huiselijke bevalomgeving, de cultuur op een verlosafdeling, de mogelijkheid van het gebruik van lachgas in de eerste lijn, het huisbezoek voorafgaand aan verplaatsing naar de gekozen bevallocatie, en het moment van verplaatsen. Geboortecentra bieden een optimale mogelijkheid om deze aandachtspunten te implementeren. Na deze implementatie, en daarbij meegenomen dat steeds meer klinische verloskamers in Nederland te maken hebben met capaciteitsproblemen, zijn geboortecentra een toegevoegde waarde als bevallocatie voor laag-risico vrouwen die niet van plan zijn thuis te bevallen.