HET GEBOORTECENTRUM

Een prima plek voor vrouwen die
kiezen om niet thuis te bevallen



Geboortecentrum
Onderzoek

EVALUATIE VAN DE GEBOORTECENTRA IN NEDERLAND

In deze samenvatting vindt u de belangrijkste resultaten van het Geboortecentrum Onderzoek. Met dit onderzoek is de zorg in geboortecentra geëvalueerd. Belangrijke vragen waren: wat is precies een geboortecentrum en welke soorten zijn er te onderscheiden? Maakt de vorm verschil voor de kwaliteit van zorg en de waardering daarvan? Wat zijn de zwangerschapsuitkomsten van vrouwen die plannen te bevallen in een geboortecentrum? Hoe hebben de moeders en hun partners de zorg tijdens de bevalling ervaren? En wat kost de zorg van een geplande bevalling in het geboortecentrum in vergelijking met een geplande thuisbevalling en een geplande poliklinische bevalling.

Deze wetenschappelijke evaluatie van de zorg in geboortecentra in Nederland is uitgevoerd op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, tussen 2013 en 2016. ZonMw financierde het onderzoek, Erasmus MC, Jan van Es Instituut, LUMC, NIVEL, UMC Utrecht, Tilburg University en TNO voerden het samen uit.

STEEDS MEER VROUWEN BEVALLEN NIET THUIS

Zwangeren met een laag risico op complicaties tijdens de bevalling kunnen kiezen of ze onder begeleiding van een verloskundige thuis of poliklinisch in het ziekenhuis willen bevallen. Het aantal vrouwen dat ervoor kiest niet thuis te bevallen, blijft groeien. Volgens de perinatale registratie van *Perined* ging het in 2014 om 76% van de laag risico zwangere vrouwen. Sinds vijftien jaar kunnen ze op veel plaatsen ook kiezen voor een bevalling in een geboortecentrum. In september 2013 waren er in Nederland 23 geboortecentra die voldeden aan de definitie die in deze evaluatie is gebruikt.

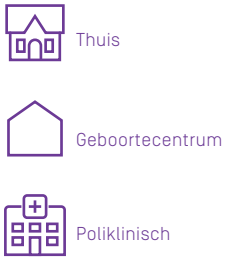
Percentage vrouwen die planden niet thuis te bevallen
(Perinatale Registratie Nederland, Perined)



GEPLANDE PLAATS BEVALLING

De verloskundige besprak voorafgaand aan de bevalling met de zwangere vrouw waar ze wilde bevallen: thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis.

Deze locatiekeuze van de vrouw zelf was uitgangspunt bij het onderzoek. Soms nam de gynaecoloog tijdens de bevalling de begeleiding over van de verloskundige. De vrouw beviel dan alsnog in het ziekenhuis. Andere keren verliep de bevalling zo snel dat verplaatsing naar de gekozen bevallocatie niet meer haalbaar was. De locatiekeuze van de vrouw valt dus niet altijd samen met de werkelijke plaats van bevallen.



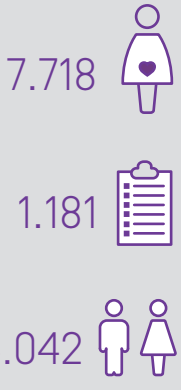
ENKELE EVALUATIEGEGEVENS

METHODIEK



- Alle deelnemende vrouwen hadden een laag risico op complicaties tijdens de bevalling en bevielen na een zwangerschap van 37 weken of meer.
- Bij de analyse van de onderzoeksresultaten is rekening gehouden met de leeftijd van de moeder, haar etnische achtergrond, haar woonplaats (stad of platteland) en haar sociaaleconomische status. Leefstijlfactoren konden niet worden gemeten.
- In de onderzoeksresultaten zijn vrouwen die voor de eerste keer bevielen (nulliparae) en vrouwen die eerder waren bevallen (multiparae) onderscheiden.

CIJFERS



- Er is deelgenomen door 7.718 vrouwen. 4.063 vrouwen deden mee aan de effectmeting, 3.655 vrouwen aan de voormeting. Bij de effectmeting kozen 1.668 zwangeren er voor om in een geboortecentrum te bevallen.
- 1.181 vrouwen die zijn bevallen hebben vragen beantwoord. Met 15 partners van vrouwen is gesproken over hun ervaringen met de zorg.
- Aan het onderzoek namen 4.042 zorgverleners deel: eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden en O&G-verpleegkundigen.
  Ook bijna alle managers en bestuurders van geboortecentra hebben vragen beantwoord.

HET GEBOORTECENTRUM

WANNEER IS EEN BEVALLOCATIE EEN GEBOORTECENTRUM?

Wanneer is een niet-klinische bevallocatie nu daadwerkelijk een geboortecentrum? Om dat te bepalen is na literatuurstudie en onderzoek met vragenlijsten een definitie opgesteld.
In september 2013 telde Nederland 23 geboortecentra gebaseerd op onderstaande definitie.

Een geboortecentrum is een 'midwifery-managed' bevallocatie anders dan thuis, waar laagrisicozwangeren kunnen bevallen onder verantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundig professional. Het geboortecentrum heeft een huiselijke sfeer en inrichting, met daarbij faciliteiten die het fysiologisch 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).

SOORTEN GEBOORTECENTRA

De 23 geboortecentra zijn op twee manieren onderscheiden: naar locatie en naar integratieprofiel.

LOCATIE

Vrijstaand: Drie (3) geboortecentra liggen (soms ver) buiten het terrein van het ziekenhuis of in een ziekenhuis zonder afdeling Verloskunde, en zijn daarmee vrijstaand. Bij verwijzing moet de vrouw met een auto of een ambulance naar het ziekenhuis gaan.



Aanpalend: Veertien (14) geboortecentra liggen op het terrein van of binnen de muren van het ziekenhuis, los van de klinische afdeling. Bij verwijzing kan de vrouw in een bed of rolstoel worden verplaatst.



Intern: Zes (6) geboortecentra liggen in het ziekenhuis op dezelfde afdeling als de klinische verloskamers. Verwijzing betekent hier dat de tweede lijn naar de vrouw toekomt in plaats van dat de vrouw naar de tweede lijn vervoerd moet worden.



INTEGRATIEPROFIEL

Hoe is de zorg georganiseerd en hoe intensief werken de zorgverleners samen? Wie zitten er in het bestuur van het geboortecentrum en delen de zorgverleners één visie? Werken ze in dezelfde ruimtes? Met behulp van antwoorden op vragen als deze bepaalden de onderzoekers het integratieprofiel van de geboortecentra. Op basis hiervan zijn de 23 geboortecentra onderverdeeld in drie groepen.



Groep A: bestaat uit tien (10) geboortecentra die grotendeels monodisciplinair zijn georiënteerd en zichzelf vooral beschouwen als faciliteit voor een verplaatste thuisbevalling.



Groep B: vormt een gemengde groep van zeven (7) geboortecentra. Ze verschillen onderling meer dan de geboortecentra in de andere groepen, en zijn van alle centra het meest gericht op het organiseren van zorg rondom de cliënt.



Groep C: bestaat uit zes (6) geboortecentra die vooral multidisciplinair zijn georiënteerd en hun geboortecentrum beschouwen als mogelijkheid om integrale geboortezorg te realiseren.

CONCLUSIE

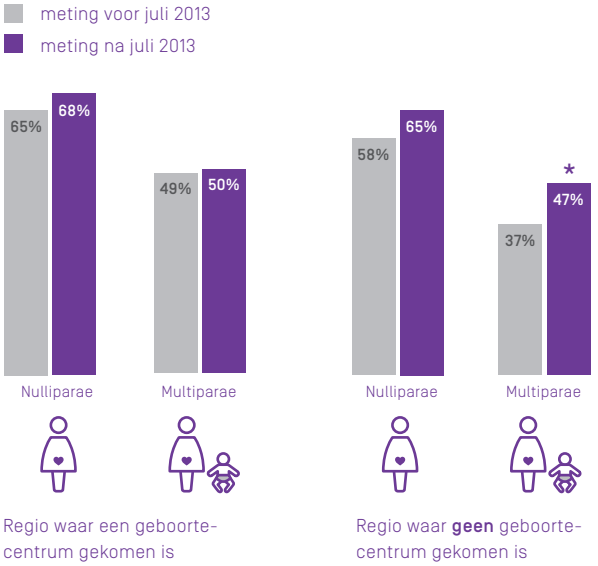
Elk geboortecentrum in Nederland is anders georganiseerd, ook geboortecentra die tot hetzelfde locatietype of integratieprofiel behoren. Eigenlijk is er niet één geboortecentrum dat sterk lijkt op een ander geboortecentrum.



WELK VERSCHIL MAAKT EEN GEBOORTECENTRUM IN DE REGIO?

Tussen 2011-2012 waren er in tien regio's in Nederland serieuze plannen om een geboortecentrum te starten. In zeven regio's is dat daadwerkelijk gebeurd. Geboortecentra zijn met name daar ontstaan waar al veel vrouwen ervoor kozen niet thuis, maar poliklinisch te bevallen. Het percentage vrouwen dat de keuze maakte niet thuis te bevallen, is door de komst van een geboortecentrum in hun regio niet veranderd. Wel lijken de zwangerschapsuitkomsten voor de groep vrouwen die ervoor kiest om niet thuis te bevallen, in de afgelopen jaren wat te zijn verbeterd. Dit staat los van de komst van een geboortecentrum in de regio.

Vrouwen die planden niet thuis te bevallen in regio's waar wel een geboortecentrum is gekomen en in regio's waar geen geboortecentrum is gekomen (n=2.256)

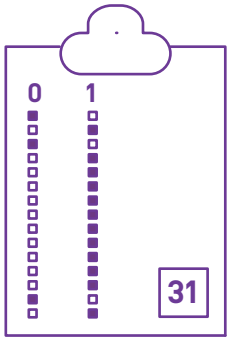


* Statistisch significant verschil voor geplande plaats voor de bevalling tussen voor- en nameting.

ZWANGERSCHAPSUITKOMSTEN

WAT IS GEMETEN?

Een van de belangrijkste punten bij de evaluatie was de vraag naar de kwaliteit van de zorg in de geboortecentra. Dit is bepaald met behulp van de twee samengestelde maten: de *Optimality Index* en de *Composite Adverse Outcome Score*.



Optimality Index



Composite Adverse Outcome Score

OPTIMALITY INDEX

Deze maat gaat uit van de optimale uitkomst voor een vrouw die bevalt. Daarvan is sprake bij een spontane, ongecompliceerde bevalling na een voldragen zwangerschap zonder interventies en met als resultaat een gezonde moeder en een gezond kind. Het gaat bij deze maat niet om goede of foute zorg. Immers, een ingreep zoals inleiden of inknippen, kan nodig zijn om de bevalling goed te laten verlopen en (verdere) complicaties of interventies te voorkomen.
De *Optimality Index* bestaat uit 31 items. Is de uitkomst van een item 'optimaal', dan krijgt dat een score van 1. De score van alle items wordt bij elkaar opgeteld. Hoe hoger de totaalscore, des te 'optimaler' het verloop van de bevalling is geweest.

COMPOSITE ADVERSE OUTCOME SCORE

Bij deze maat wordt gekeken naar de aanwezigheid van één van de volgende zeven items:

- een Apgar-score < 7 (na 5 minuten)
- opname van de baby in een neonatale intensive care unit (NICU)
- sterfte van de baby
- een derde- of vierdegraadsruptuur bij de moeder
- meer dan 1000 cc bloedverlies na de bevalling
- sterfte van de moeder

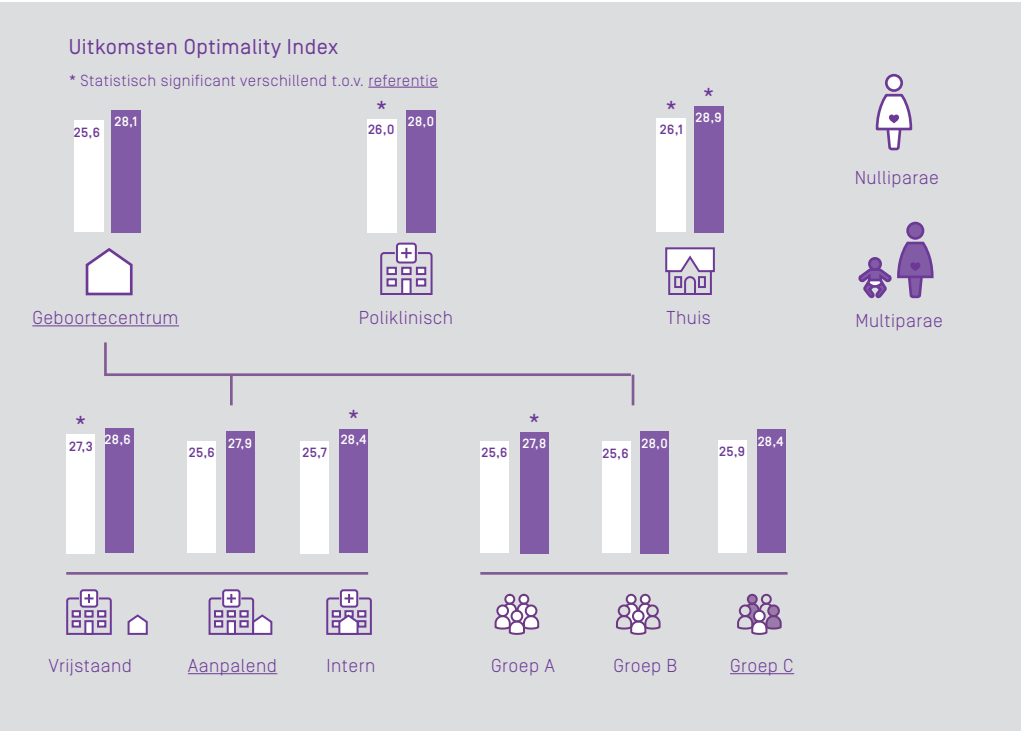
Het percentage ongunstige zwangerschapsuitkomsten is hier bepalend.

WAT KWAM ER UIT DE METINGEN?

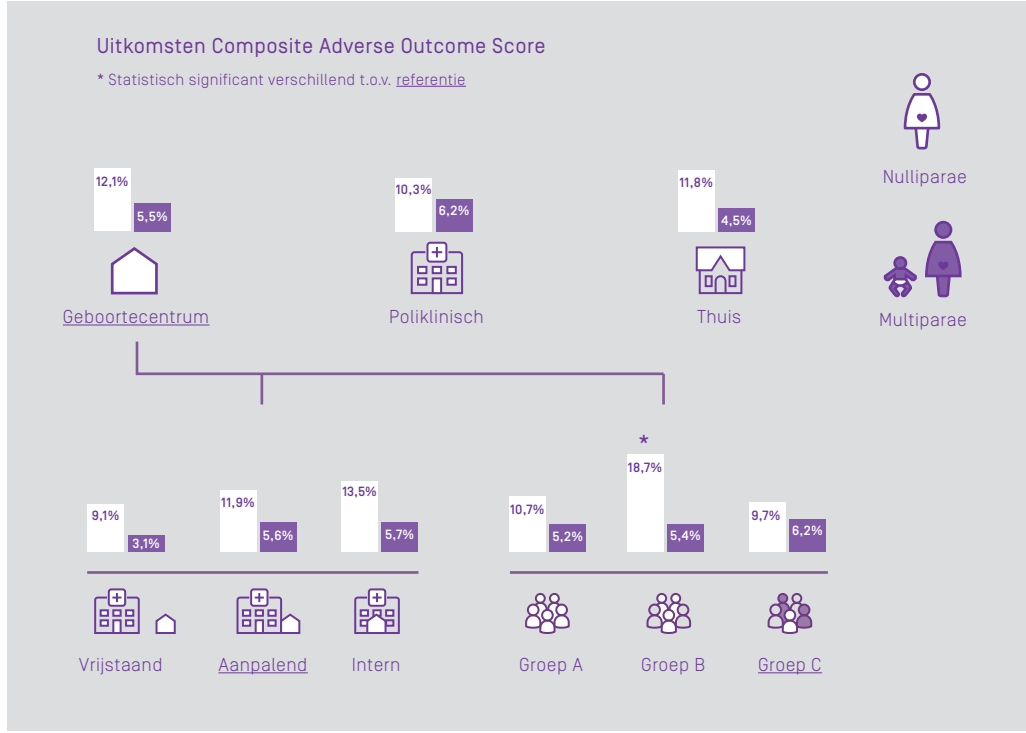
Of vrouwen in een geboortecentrum of poliklinisch wilden bevallen, maakte geen verschil uit voor de zwangerschapsuitkomsten. In beide gevallen pakte de zorg even goed uit. Bij vrouwen die thuis wilden bevallen was de gemiddelde score op de Optimality Index hoger.

VERWIJZINGEN ALS PROCESINDICATOR

Ook het percentage verwijzingen tijdens de bevalling is als belangrijke procesindicator bij de evaluatie betrokken. Gelet is op het moment van verwijzing: tijdens de ontsluiting, tijdens de uitdrijving, of na de geboorte. Verder is gekeken naar de urgentie en naar de reden van de verwijzing. Een voorbeeld is dat de vrouw tijdens de bevalling vroeg om pijnmedicatie.



Van de vrouwen die voor de eerste keer bevielen en dat in het geboortecentrum wilden doen, is 70,1% tijdens of na de bevalling verwezen. Dit percentage ligt significant hoger dan bij vrouwen die kozen voor een poliklinische bevalling (63,5%) of een bevalling thuis (58,1%). Het percentage urgente verwijzingen was in alle groepen hetzelfde. In totaal is 31,8% van de vrouwen die eerder bevielen en in het geboortecentrum wilden bevallen, tijdens of na de bevalling verwezen. Dit percentage is vergelijkbaar met vrouwen die kozen voor een poliklinisch bevalling (34,0%) en hoger dan bij vrouwen die kozen voor een bevalling thuis (18,8%).



HET GEBOORTECENTRUM

Een prima plek voor vrouwen met een laag risico die kiezen om niet thuis te bevallen



Definitie

Een geboortecentrum is een 'midwifery-managed' bevallocatie anders dan thuis, waar laagrisico-zwangeren kunnen bevallen onder verantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundig professional. Het geboortecentrum heeft een huiselijke sfeer en inrichting, met daarbij faciliteiten die het fysiologisch 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).

Locatie



Vrijstaand



Aanpalend



Intern

Integratieprofiel



Groep A



Groep B



Groep C

Kwaliteitsindicatoren



In het onderzoek zijn 30 kwaliteitsindicatoren benoemd.

De verschillen tussen de geboortecentra zijn niet significant op het gebied van zwangerschapsuitkomsten, kosten en ervaringen.

	Geboortecentrum	Poliklinisch	Thuis
Zwangerschaps-uitkomsten	++	++	+++
Kosten (gemiddeld)	€ 3.326	€ 3.330	€ 2.998
Ervaringen	++	++	+++

Gegevens in deze infographic zijn sterk vereenvoudigd weergegeven, zie Geboortecentrum Onderzoek (ZonMw, 2016) voor meer informatie.

Verwijzingen tijdens de bevalling

* Statistisch significant verschillend t.o.v. referentie



KOSTEN

WAS ER VERSCHIL IN KOSTEN PER BEVALLOCATIE?

De kosten van een geplande bevalling in een geboortecentrum zijn vergeleken met die van geplande poliklinische bevallingen en geplande bevallingen thuis. Bij de berekening zijn alle kosten voor zorg vanaf start van de bevalling tot één week na de bevalling betrokken. Gemiddeld kost een geplande bevalling in een geboortecentrum € 3.326. Dit bedrag is gelijk aan de kosten van een geplande poliklinische bevalling. Het ligt voor alle soorten geboortecentra even hoog, ongeacht locatie of integratieprofiel. De kosten voor een geplande bevalling thuis liggen € 328,- lager.

Gemiddelde kosten per bevalling

* Statistisch significant verschillend t.o.v. referentie

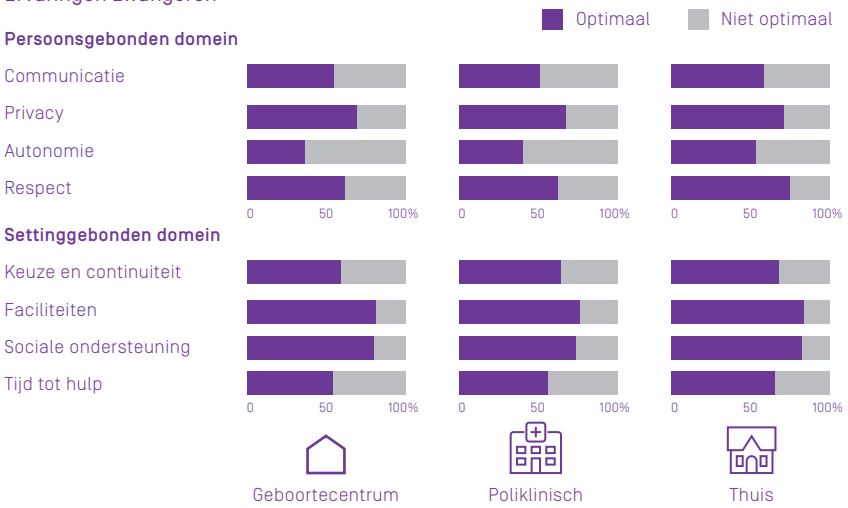


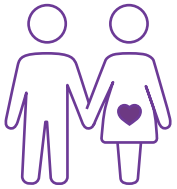
ERVARINGEN

HOE WAARDEERDEN DE VROUWEN DE ERVAREN ZORG?

De waardering van de vrouwen voor de zorg tijdens de bevalling is gemeten op acht domeinen. De eerste vier domeinen hadden betrekking op de communicatie met de vrouw, haar privacy, haar autonomie en het ervaren respect. De andere vier gingen over de keuze en continuïteit van zorg, de geboden faciliteiten, de mate van sociale ondersteuning en de tijdsduur totdat de vrouw de gevraagde hulp kreeg. Vrouwen die gepland hadden in een geboortecentrum te bevallen, bleken positief te oordelen over hun ervaringen. Hun waardering was vergelijkbaar met die van de vrouwen die poliklinisch planden te bevallen. Hun ervaringen zijn minder positief dan de ervaringen van cliënten die gepland hadden om thuis te bevallen. Het verschil was statistisch signifcant voor de domeinen 'autonomie' en 'continuiteit van zorg' scoren lager. Vrouwen die tijdens de bevalling werden verwezen hadden een minder positieve ervaring ongeacht hun voorgenomen plaats van bevalling.

Ervaringen zwangeren



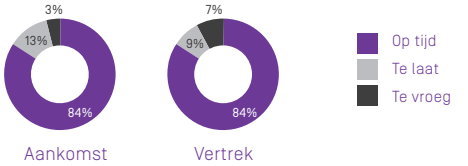


Een partner: 'Ik had niet verwacht dat de zorg en de faciliteiten zo goed zouden zijn. Het was een warme, huiselijke ambiance. Het was geweldig.'

Mening van vrouwen die tijdens (een deel van) de bevalling in een geboortecentrumzijn geweest.

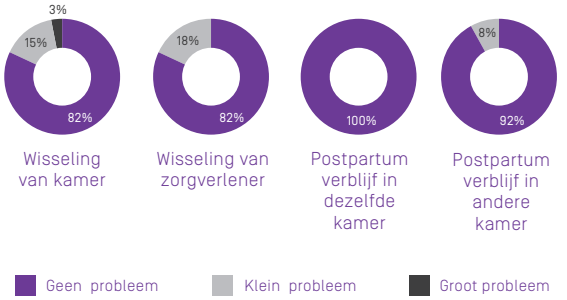
Moment van aankomst en vertrek uit een geboortecentrum

n = 199



Continuïteit

n = 54



WAT VONDEN DE PARTNERS ERVAN?

Vijftien partners van kraamvrouwen hebben tijdens open interviews verteld wat zij vonden van de zorg in het bezochte geboortecentrum. Ook zij waren positief over hun ervaringen. De een waardeerde het gevoel van veiligheid in het geboortecentrum, ook vanwege de mogelijkheid om bij een eventuele verwijzing snel op de juiste plaats te kunnen zijn, een ander vond het fijn dat hij en zijn vrouw al vroeg naar het geboortecentrum konden en de verloskundige en kraamverzorgende konden bellen als ze hen nodig hadden. Ze plaatsen wel kanttekeningen bij de overdracht en de samenwerking, bijvoorbeeld bij de lange duur van de overdracht en het aantal verschillende kraamverzorgenden aan het bed.

DE SAMENWERKING IN DE GEBOORTECENTRA

Bij zeven geboortecentra is de invloed van het geboortecentrum op de multidisciplinaire samenwerking diepgaand onderzocht. Dat gebeurde aan de hand van drie thema's: de gedeelde locatie (co-locatie), het zorgproces in een geboortecentrum, en de behulpzaamheid van collega's.



DE INVLOED VAN CO-LOCATIE

Samenwerking binnen de geboortezorg blijkt geen dominante ontstaansreden voor de centra te zijn. In de meeste regio's gaf het capaciteitstekort op de verloskamers van het ziekenhuis de doorslag bij het opzetten van een geboortecentrum.
De afstand tussen het geboortecentrum en de klinische verloskamers lijkt van invloed op de samenwerking. Bij een korte afstand was er een grote waardering voor de onderlinge communicatie, de gemeenschappelijke doelstellingen. de gedeelde kennis en het wederzijds respect.
Op het direct persoonlijk contact kan een kleine afstand zowel een negatieve als een positieve invloed hebben. In gemeenschappelijke werkkamers kregen de verschillende disciplines niet vanzelf meer contact. Maar waar medewerkers uit het ziekenhuis en medewerkers van het geboortecentrum elkaar op de gang van het geboortecentrum tegenkwamen, ontstonden wel spontane gesprekken.

DE OVERDRACHT

Overdracht van cliënten tussen locaties, disciplines en diensten is altijd een kwetsbaar moment in het zorgproces. In de zeven geboortecentra is dit vanuit een procesperspectief bestudeerd. Het totale traject dat de vrouw tijdens de bevalling doorloopt is in kaart gebracht, aan de hand van vragen als: kan zij zelf het moment bepalen om naar het geboortecentrum te komen? Hoe wordt ze ontvangen in het geboortecentrum als de verloskundige en/of kraamverzorgende er nog niet is? En op welke wijze wordt ze bij verwijzing vervoerd en welke afspraken gelden bij een acute situatie? Wanneer gaat de jonge moeder weer naar huis? Zijn er voor haar (hotel)faciliteiten om na de bevalling in het geboortecentrum te verblijven? Het totale traject bleek per bestudeerd geboortecentrum verschillend en biedt daardoor per geboortecentrum andere voordelen voor de cliënt. Een voorbeeld is het al dan niet zelf bepalen van het moment dat cliënt naar het geboortecentrum kan komen.

COLLEGA'S EN NETWERK

Diverse kraamverzorgenden, verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen in de geboortecentra hebben aangegeven wie hun vijf meest behulpzame collega's in en om het geboortecentrum zijn. Behulpzaamheid beperkt zich niet tot de eigen beroepsgroep, zo blijkt uit de antwoorden. Dit resultaat is hetzelfde, ongeacht locatie of integratieprofiel. Zorgverleners uit een intern geboortecentrum of een centrum met een multidisciplinair georiënteerd integratieprofiel noemen niet vaker collega's buiten hun eigen beroepsgroep als behulpzaam. Bij een multidisciplinair georiënteerd geboortecentrum noemen ze wel vaker de verpleegkundigen en klinisch verloskundigen als behulpzaam dan bij de andere centra.

WAARDERING VAN HET WERKEN IN GEBOORTECENTRUM

De drie groepen zorgverleners (eerstelijns verloskundigen, kraamverzorgenden en tweedelijns zorgverleners (dat wil zeggen klinisch verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen en kinderartsen) die in een geboortecentrum werken of met een geboortecentrum samenwerken ontlopen elkaar weinig in hun oordeel over het werken in of met een geboortecentrum. Ze zijn hier over het algemeen positief over. Ook zijn alle drie de groepen vrijwel even tevreden over hun werk, al ligt de waardering bij kraamverzorgenden net iets hoger dan bij de twee andere groepen. Het verschil is niet groot.

KWALITEITSINDICATOREN

Geboortecentra moeten volgens de wet- en regelgeving aan bepaalde eisen voldoen. Kwaliteitsindicatoren geven duidelijkheid over de zorg die de geboortecentra leveren. Daarom is samen met het veld een set van 30 kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om de structuur en het proces in een geboortecentrum mee te meten. Hiervan bleken er 28 daadwerkelijk meetbaar te zijn. Maar het precieze aantal indicatoren waarop een geboortecentrum te scoren was, liep nogal uiteen. Voor een betere bruikbaarheid en meer transparantie van de geleverde zorg moeten de kwaliteitsindicatoren nog worden verbeterd.



SLOTSOM: PRIMA PLEK!

Eind 2013 is de zorg in de 23 toen bestaande geboortecentra geëvalueerd. De geboortecentra bieden laag risico vrouwen een nieuwe plek om niet thuis te bevallen. De evaluatie laat zien dat een geboortecentrum voor vrouwen die ervoor kiezen om hier te bevallen een prima keuze is. De zwangerschapsuitkomsten en de kosten komen overeen met die bij de keuze voor een poliklinische bevalling. De vrouwen waarderen bevallen in een geboortecentrum ook even positief als poliklinisch bevallen. Bij vrouwen die thuis planden te bevallen zijn de zwangerschapsuitkomsten en de waardering beter en de kosten lager.

GEEN BLAUWDRUK

De geboortecentra in Nederland zijn onderling zeer verschillend. Er zijn geen specifieke kenmerken gevonden die maken dat de organisatie of inrichting van een bepaald geboortecentrum beter is dan van een ander. Een blauwdruk voor de organisatie en inrichting van een geboortecentrum is dus niet te geven. Eén advies is wel van toepassing: sluit bij de organisatie en inrichting van een geboortecentrum aan bij de wensen en behoeften in de betreffende regio.



COLOFON

Gefinancierd door: ZonMw

Copyright ©
Auteur: Projectgroep Geboortecentrum Onderzoek
Eindredactie: Veronique Huijbregts
Vormgeving: studio Mosgroen

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Meer informatie over dit project is te vinden op ZonMw.nl/zwangerschapengeboorte


Erasmus MC

JANVAN ES INSTITUUT

Leids Universitair
Medisch Centrum

nivel

UMC Utrecht

Tilburg University

TNO