

Zorginhoudelijke indicatoren bij de richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring'

Lucie Martijn en Josien de Boer

Richtlijnen hebben als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Om na te gaan of de aanbevelingen uit de richtlijn in de praktijk worden nageleefd, worden bij elke richtlijn indicatoren opgesteld. Dit artikel bespreekt de zorginhoudelijke indicatoren voor de richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring'. Waarom zijn indicatoren belangrijk en wat betekenen ze in de praktijk voor verloskundigen?

Indicatoren

De richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring' is in 2008 geaccordeerd door de beroepsverenigingen van gynaecologen (NVOG), anesthesiologen (NVA) en verloskundigen (KNOV). Deze richtlijn beschrijft onder meer welke medicamenteuze pijnbehandeling het beste resultaat geeft en welke behandeling het meest veilig is, zowel voor moeder als kind. Verder geeft de richtlijn aanbevelingen voor de organisatie van zorgverlening om adequate pijnbehandeling te realiseren op verzoek van de vrouw.

Om na te gaan of de aanbevelingen uit de richtlijn in de praktijk worden nageleefd, worden bij elke richtlijn indicatoren opgesteld. Hierbij onderscheidt men interne en externe indicatoren. Interne indicatoren maken de kwaliteit van de zorg voor de beroepsgroep zelf zichtbaar, zodat zij die eventueel kunnen verbeteren. Bij de richtlijn zijn zes interne indicatoren opgesteld. Deze zijn specifiek voor een beroepsgroep en zijn voorlopig intern omdat zij veranderingen in de zorg vergen die nog gerealiseerd moeten worden. Een voor verloskundigen relevant voorbeeld van een interne indicator is het percentage vrouwen dat voorlichting over pijn en medicamenteuze pijnbehandelingen heeft gekregen rond de dertigste week van de zwangerschap. Deze voorlichting zal door verloskundigen en gynaecologen opgezet moeten worden of afgestemd moeten worden op de

eisen van de richtlijn. Dit proces vergt tijd en daarom is deze indicator nog niet geschikt om een externe indicator te zijn.

Externe indicatoren zijn in principe openbaar en geven de gebruikers van de zorg, cliënten en/of patiënten, en de financierders van de zorg, de overheid en de zorgverzekeraars, een indicatie hoe de zorg functioneert. Naast deze externe en interne indicatoren wordt er ook gewerkt aan cliëntpreferente indicatoren, in samenwerking met cliëntenorganisaties.

De ontwikkeling van indicatoren sluit aan bij het beleid van de overheid om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en zichtbaar te maken voor de diverse belanghebbenden. Dit past in de verandering van aanbod- naar vraaggestuurde zorg.

Inzicht in de kwaliteit van de zorg is voor allerlei partijen van belang:

- Zorgverleners krijgen aanknopingspunten om de eigen werkwijzen te verbeteren;
- Patiënten en cliënten kunnen beter zelf een keuze maken van wie zij welke zorg willen afnemen;
- Zorgverzekeraars en andere zorginkopers gebruiken de kwaliteitsinformatie om de beste zorg in te kopen en in te spelen op de behoeften van hun verzekerden;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruiken de informatie om gericht toezicht te houden;
- De overheid gebruikt de informatie om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te beoordelen in relatie tot het gevoerde beleid.

Totstandkoming van indicatorensets

Wanneer de werkgroep die werkt aan de richtlijn het eens is over de conclusies en aanbevelingen, overleggen subgroepen over passende indicatoren. Speerpunten van deze discussies zijn:

- Wat zijn de belangrijkste aanbevelingen van de richtlijn?
- Wanneer wordt er adequate zorg volgens de richtlijn gegeven?
- Hoe meet je of die aanbevelingen nagekomen worden?

Bijvoorbeeld: een aanbeveling is dat de disciplines gezamenlijk een protocol voor medicamenteuze pijnbehandeling opstellen waarin geregeld is welke behandeling door wie gegeven wordt. De indicator zou zijn: "Is er in uw ziekenhuis een multidisciplinair protocol over pijnbehandeling?"

Zo komt er een groslijst van indicatoren die de indicatorenwerkgroep beoordeelt op hun relevantie (zijn het belangrijke aanbeveling uit de richtlijn?) en hun haalbaarheid (is deze indicator gemakkelijk te verkrijgen, bijvoorbeeld uit een registratiesysteem?).

Door de groslijst in verschillende vergaderingen te bespreken stelt de werkgroep een set van kwaliteitsindicatoren samen. Er worden uiteindelijk zes interne en drie externe indicatoren opgesteld.

Voordat de externe indicatorenset definitief is, legt de werkgroep deze ter consultatie voor aan verschillende partijen. Nadat het commentaar uit de consultatieronde is verwerkt, gaat de indicatorenset ter autorisatie naar de beroepsverenigingen. Dit proces is voor de richtlijn pijnbehandeling in 2009 afgerond. Hieronder bespreken we de drie externe indicatoren.

Transmuraal multidisciplinair protocol

De eerste indicator luidt: Maakt uw ziekenhuis gebruik van een transmuraal multidisciplinair protocol 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling?' Ja/Nee.

Deze indicator komt voort uit de aanbeveling dat in ieder ziekenhuis een protocol aanwezig moet zijn, waarin de afspraken tussen betrokken zorgverleners in en buiten het ziekenhuis zijn vastgelegd. Dit protocol gaat uit van de lokaal beschikbare menskracht, middelen en omstandigheden om de barende vrouw op haar verzoek tijdige en adequate pijnbehandeling te bieden. Tevens worden afspraken vastgelegd over het tijdstip, de plaats en de frequentie van een gestructureerd overleg tussen de betrokken zorgverleners (te weten: eerste- en tweedelijns verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen en anesthesiologen) In praktijk betekent dit dat er verschillende varianten van dit protocol mogelijk zijn. In de richtlijn zijn minimale eisen voor het protocol geformuleerd.

Beschikbaarheid epiduraal analgesie

De tweede indicator luidt: Biedt uw ziekenhuis de mogelijkheid om zonder beperkingen 24 uur per etmaal, zeven dagen in de week epidurale of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) pijnstilling te krijgen? Ja/Nee.

Deze indicator is van belang voor de vrouwen die durante partu voor epidurale of CSE analgesie in aanmerking willen komen. Hoewel epidurale of CSE analgesie tot op

heden de beste pijnbestrijding is met de minste bijwerkingen gedurende de partus, is de 24-uur beschikbaarheid in Nederland nog niet overal geregeld. Er lijkt in Nederland sprake van een belangenconflict tussen enerzijds de barende vrouw die 24 uur per dag recht heeft op adequate pijnstilling en anderzijds de daaraan gekoppelde werkbelasting en ondoorzichtige financiële beloning van de zorgverleners die betrokken zijn bij de realisatie hiervan (van Gorp, 2005). Net als in de ons omringende landen kan daardoor een 24-uurs voorziening voor met name epidurale analgesie voorlopig niet verplicht gesteld worden, maar alleen worden geadviseerd.

Afspraken hierover tussen zorgverleners op lokaal niveau moeten vastgelegd worden in het gezamenlijk schriftelijk protocol.

Het bieden van de mogelijkheid van epidurale analgesie bij de partus zegt nog niets over het percentage patiënten dat daadwerkelijk met epidurale analgesie een goede behandeling van de baringspijn heeft gekregen. De derde indicator kan dit onderwerp belichten.

Gerealiseerde epiduraal analgesie

De derde indicator bestaat uit drie onderdelen:

1. Percentage patiënten met epiduraal analgesie of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) al tijdens ontsluiting op het totaal aantal bevallingen;
2. Percentage patiënten met epiduraal analgesie (PDA) of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) dat 's nachts (20-8 uur) is bevallen op het totaal aantal patiënten met PDA of CSE al tijdens de ontsluiting;
3. Percentage patiënten dat enige vorm van pijnstilling (anders epiduraal analgesie of gecombineerd spinale-epidurale (CSE)) heeft gehad op het totaal aantal bevallingen.

Deze indicator maakt zichtbaar of epiduraal analgesie inderdaad 24/7 wordt toegepast en hoe de verhouding epiduraal analgesie en overige medicamenteuze pijnbehandeling is. Dit objectiveert de beschikbaarheid zoals aangegeven in de tweede indicator .

Wat betekenen deze indicatoren voor de verloskundige?

In principe speelt de registratie van de indicatoren zich in de ziekenhuizen af of wordt de informatie gehaald uit de LVR2 en de VOKS. Wel zullen verloskundigen via afvaardiging uit de Kring of het VSV betrokken worden bij het opstellen van een multidisciplinair protocol.

Bij visitaties van een maatschap/vakgroep gynaecologie of anesthesiologie zullen verloskundigen ook via afvaardiging uit de Kring of het VSV geconsulteerd worden. Zij krijgen dan de vraag voorgelegd of het ziekenhuis een protocol

‘medicamenteuze pijnbehandeling’ heeft waarbij zij betrokken zijn geweest. Ook voor de tweede indicator kunnen zij via afvaardiging uit de Kring of het VSV aangeven of het ziekenhuis epidurale analgesie 24 uur per dag beschikbaar heeft.

De interne indicatoren worden opgenomen in het verloskundige moduul. Bij visitaties van de praktijk worden deze indicatoren getoetst. Het geven van voorlichting over pijn en pijnbehandeling rond de 30e week wordt bijvoorbeeld opgenomen in het verloskundig moduul. Ter ondersteuning heeft de KNOV een folder ontwikkeld die door verloskundigen naast de mondelinge voorlichting aan cliënten gegeven kan worden: Jouw bevalling: hoe ga je om met pijn? Deze folder is inmiddels vertaald in diverse talen (zie www.knov.nl)

Indicatoren geven aanwijzingen over de kwaliteit van de zorg. De indicatoren bij de richtlijn ‘medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling’ hebben uiteindelijk tot doel dat alle zwangeren in Nederland goed voorlicht worden over de mogelijkheden die er zijn, dat zij een keuze kunnen maken voor de behandeling die zij graag willen en dat die behandeling voor iedereen overal in Nederland elk moment van de dag beschikbaar is. ■

Referentie

Gorp SFJ, Krommendijk EJ, Marcus, MAE, Balthasar AJR, Kerckamp HEM. Do we need a national guideline for obstetric analgesia in the Netherlands? Evaluation of a questionnaire among Dutch anaesthetists. *Ned Tijdsch Anaesthesiol* 2005; 18:100-3.

De indicatoren staan in een boekje. Het heet ‘Pijn bij de bevalling: indicatorenset tranche 2’. Uitgegeven door Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, Den Haag november 2009.