

IGZ-kwaliteitsindicator 2011

T. de Neef en A. Franx, met medewerking van J.M. van den Berg

Inleiding

Met ingang van 2011 introduceert de IGZ een nieuwe kwaliteitsindicator voor de tweedelijnsverloskunde: het percentage spontaan geëindigde baringen in de groep van nulliparae met een atermen eenlingzwangerschap en het kind in hoofdligging, de *nulliparous term singleton vertex* (NTSV)-groep.¹ In deze aflevering beschouwen wij deze indicator retrospectief voor de afgelopen elf jaar met behulp van LVRinsight. Voor zowel de IGZ als de NVOG is dit een unieke gelegenheid tot dialoog over een nieuwe indicator, nog voordat die verplicht wordt.

Een schone groep?

De vergelijking van praktijken onderling is belangrijk. Maar de karakteristieken van die praktijken en hun patiënten, de 'casemix', kunnen verschillen. Het is daarom de vraag of er voor de NTSV-groep, de referentiegroep van IGZ, behalve verschillen in beleid, andere factoren zijn die verschillen in het percentage spontaan geëindigde baringen tussen praktijken geheel of gedeeltelijk kunnen verklaren. Te denken valt aan casemixfactoren (zoals etniciteit en leeftijd van de moeder), kenmerken van de praktijk (wel of geen opleidingskliniek, omvang, locatie) en aan elementen van de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Al deze factoren kunnen de kans beïnvloeden op een (niet) spontaan einde van de baring, zonder dat sprake is van verschillen in obstetrisch beleid. Met behulp van LVRinsight vonden wij voor de periode 1999-2009 gemiddeld 53% spontaan geëindigde baringen in de NTSV-groep (471.657 partus). Tabel 1 toont een aantal factoren die van invloed waren op dit percentage.

De invloeden zijn niet onafhankelijk (zoals geboortegewicht en zwangerschapsduur; overname en begeleiding; etniciteit en leeftijd moeder). En ze spelen ook niet allemaal een rol bij verschillen tussen praktijken in het percentage spontane partus in de NTSV-groep. Zo zal het relatief grote verschil in spontane geboorte tussen jongens en meisjes geen invloed hebben op verschillen tussen praktijken in het gemeten percentage spontane partus, omdat de verhouding jongens/meisjes vrijwel constant is over de praktijken. Niet in tabel 1 genoemde factoren spelen een ondergeschikte rol. Zo blijkt bijvoorbeeld de dag van de week waarop de bevalling eindigde geen enkele rol te spelen bij het gemiddelde percentage spontaan eindigende baringen in de NTSV-groep; net zo min als de praktijkgrootte.

Opleidingspraktijken en klinieken met een NICU hebben een iets verhoogde kans op een spontaan einde van de baring in de NTSV-groep. Van de beschouwde moederlijke casemixfactoren lijkt alleen etniciteit een belangrijke onafhankelijke invloed te hebben op dit percentage. (Dit kan een gevolg zijn van de gemiddeld lagere leeftijd waarbij niet-Nederlandse moeders hun eerste kind baren.) Praktijken met 50% allochtone patiënten zullen gemiddeld 4% hoger scoren dan praktijken met weinig allochtone moeders. Verschillen in gemiddelde leeftijd, gewicht en zwangerschapsduur zijn te klein om de verschillen in spontaan einde te verklaren. Overnamebeleid en het moment van aanvang van de begeleiding in de tweede lijn kunnen wel een wezenlijke invloed hebben. De IGZ maakt voor haar kwaliteitsindicator daarom

Factor	Invloed
Opleiding/NICU kliniek	3% meer spontaan einde in opleidingspraktijken en NICU-klinieken
Leeftijd moeder	Spontaan einde afnemend van 75% bij 20 jarigen tot 45% boven 35 jaar
Etniciteit moeder	Niet-NL moeders hebben 7-8% meer spontaan einde dan NL moeders
Zwangerschapsduur	Bij 37 w 60% spontaan einde, afnemend tot 48% bij 41 w
Overname uit eerstelijns	5% minder spontaan einde bij overgenomen patiënten
Begeleiding < 1 dag	7% minder spontaan einde bij late overdracht
Ingeleide baring	3% meer spontaan einde na een inleiding
Geslacht	Meisjes 7% meer spontane geboorte dan jongens
Geboortegewicht	60% spontaan geboren bij 3000 gr., afnemend tot 39% bij 4500 gr.

Tabel 1. Factoren die van invloed waren op het percentage spontaan geëindigde baringen in de NTSV-groep, tweede lijn 1999-2009.

onderscheid tussen patiënten van wie de begeleiding in de tweede lijn begon vóór aanvang van de partus en patiënten die tijdens de ontsluitingsfase of de uitdrijvingsfase werden overgenomen uit de eerste lijn.

Trends

De referentiegroep omvat circa 43.000 partus per jaar. Figuur 1 presenteert aantallen praktijken versus het percentage spontaan geëindigde partus voor de laatste drie jaar (2007-2009), en geeft een beeld van de diversiteit van de Nederlandse praktijk.

Er zijn praktijken waar twee derde van de bevelingen in de NTSV-groep spontaan eindigt, en ook praktijken waar dat in minder dan de helft van de gevallen gebeurt.

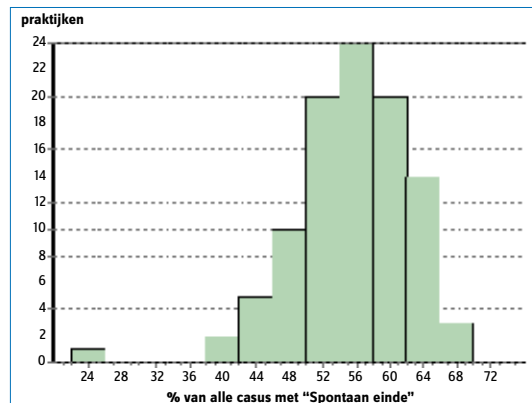
In het afgelopen decennium is er landelijk een geleidelijke toename geweest van het percentage spontane partus in de NTSV-groep. Dat blijkt uit figuur 2, een weergave van de verdeling van de praktijken naar percentage spontane partus gedurende die jaren. Het mediane percentage spontane partus in de NTSV-groep steeg van 50% in 1999 tot 56% in 2009.

Om te zien wat de verschillen zijn tussen 'eigen patiënten' (waarbij de begeleiding begon vóór aanvang van de partus) en patiënten die tijdens de ontsluiting of uitdrijving werden overgedragen door de eerste lijn, maakten we het puntendiagram van figuur 3. Het toont voor alle praktijken de percentages voor deze twee groepen gedurende de periode 2007-2009. Op de horizontale as staat het percentage spontaan geëindigde baringen onder de eigen NTSV-patiënten terwijl de verticale as het overeenkomstige percentage geeft voor de overgedragen NTSV-patiënten.

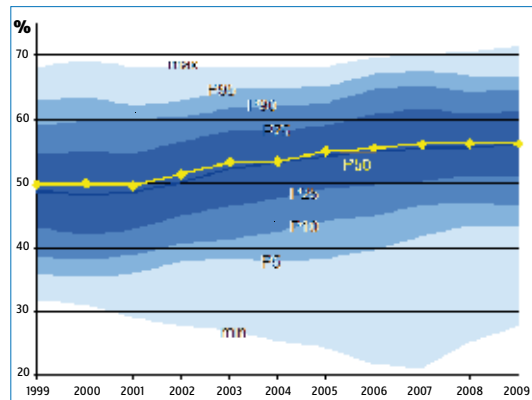
Zoals verwacht, is het percentage spontaan geëindigde partus bij overgedragen NTSV-patiënten voor de meeste praktijken wat lager dan bij de eigen NTSV-patiënten. De overdracht vindt immers plaats omdat de eerstelijnsverloskundige verwacht dat de partus niet normaal zal verlopen. Deze patiënten hebben derhalve een verhoogde kans op een interventie. De selectie is sterker als de overdracht pas tijdens de uitdrijving plaatsvindt, getuige de gemiddelden in tabel 2.

Wij vroegen Jan Maarten van den Berg om commentaar:

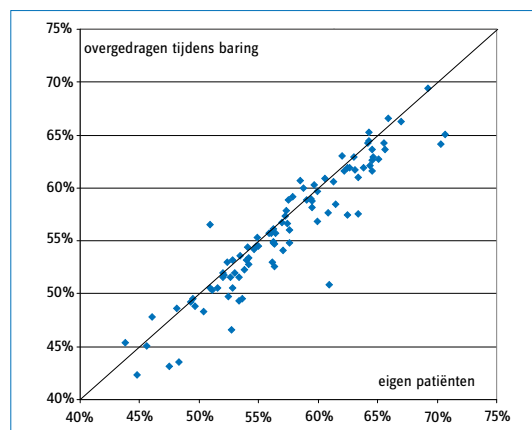
Deze indicator is in ten minste één opzicht een bijzondere eend in de bijt van de ziekenhuisindicatoren. Waar de meeste indicatoren vragen naar de snelheid van ingrijpen, technische hoogstandjes en slechte uitkomsten als sterfte, vraagt deze indicator naar de mate waarin een praktijk, weliswaar onder optimale bewaking en begeleiding, het natuurlijke proces met rust kan laten. Die bijzondere indicator is ook een indicatie



Figuur 1. Praktijkverdeling naar percentage spontaan einde (NTSV, 2007-2009).



Figuur 2. Verdeling van praktijken naar spontane partus gedurende elf jaar.



Figuur 3. Percentage spontaan geëindigde partus in de NTSV-groep per praktijk - relatie tussen eigen patiënten en patiënten overgenomen tijdens de partus (2007-2009).

Begin begeleiding in de tweede lijn	Spontaan geëindigd
Vóór het begin van de partus	57%
Tijdens de ontsluiting	60%
Tijdens de uitdrijving	35%

Tabel 2. Relatie tussen het percentage spontaan geëindigde partus en moment waarop de begeleiding in de tweede lijn begon, voor NTSV-patiënten (2007-2009).

van de bijzondere plek die de verloskunde heeft in de Nederlandse gezondheidszorg en in Europa.

Een indicator heeft, als het goed is, twee doelen: het moet een stimulans zijn voor het door beter inzicht verbeteren van de zorg en het moet de IGZ in staat stellen om in gesprek te gaan met praktijken die toezicht behoeven. In dit geval zullen de vragen waarvoor de indicator indiceert in eerste instantie voor beide doelen dezelfde zijn: Is het beleid in de maatschap passend voor de groep patiënten die aan de praktijk zijn toevertrouwd? De hier gepubliceerde analyse geeft daarbij de belangrijkste factoren in de populatie van de praktijk. Deze verklaren een deel van de variatie, maar hoeven niet het eindpunt van de analyse te zijn. Als een praktijk meer 'niet-NL' moeders heeft en meer normale partussen, is het zaak om ook de vraag te stellen "begeleiden we de 'niet-NL' vrouwen anders en zit daar voor wel- of niet-NL moeders een verbeterpunt in?". De analyse zou ook niet beperkt moeten blijven tot de factoren uit het artikel, maar zou zich ook moeten richten op andere relevante uitkomsten (zoals asfyxie en perinatale mortaliteit). Wachten we (alleen) af als dat goed kan? De vraag die de inspectie op basis van de indicator zou moeten stellen is dan ook vooral "wat heeft de praktijk hier zelf mee gedaan?". Die ene praktijk met 24% spontane bevallingen moet zich afvragen of zij niet te agressief is. Dat afvragen moet leiden tot een gedegen analyse, met onderbouwde conclusies. Is dat niet gebeurd, dan is er een indicatie voor een toezichtsgesprek en treden we

op als dat moet om verantwoorde zorg te waarborgen. Hetzelfde geldt voor de praktijken aan de andere kant van het spectrum. Zoals wel vaker is de echte indicator niet het aantal spontane partussen, maar de wil om naar de eigen praktijk te kijken en de intelligentie waarmee dat gebeurt. In die zin past deze indicator uitstekend bij de andere eenden in de bijt, hoogstens zijn de veren wat mooier.

Literatuur

1. *Kwaliteitsindicatoren. Basiswaarzenhuizen 2011. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht, juli 2010. <http://www.igz.nl>*

Auteurs

T. de Neef, fysisch, onafhankelijk auteur van VOKS2i en LVRinsight

A. Franx, voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, hoogleraar verloskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

J.M. van den Berg, inspecteur voor de gezondheidszorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS, Utrecht

Correspondentieadres

T. de Neef

E-mail: tdeneef@qolor.nl

bestuur@nvog.nl

Jaarverslag bestuur NVOG 2010

408

K. Kluivers namens het Bestuur

Elk jaar verschijnt een eindejaarsverslag van het NVOG-bestuur in het NTOG. Bijna ieder verslag begint wel met de opmerking dat het weer een enerverend jaar is geweest. Dat is dus niets nieuws. Wat heeft nu 2010 tot een enerverend jaar gemaakt voor de NVOG? Hierbij de terugblik.

Het stuurgroep rapport *Een goed begin...* was eind

december 2009 klaar! Achttien maanden lang is er heel veel werk verzet door gynaecologen, samen met andere professionals en organisaties betrokken bij de zorg voor zwangeren en pasgeboren baby's. Voor de kerst lekte het rapport uit, onbedoeld via een van de andere partners in de stuurgroep. De positieve visie hierop is dat ieder rapport van betekenis eigenlijk al voor de officiële verschijning in de media besproken