

Vrijheid van handelen

T. de Neef en A. Franx met medewerking van M.G.A.J. Wouters

Inleiding

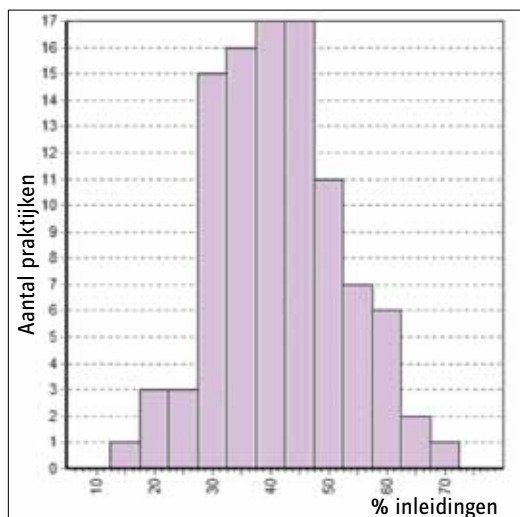
Verschillen in interventiebeleid tussen de tweedelijns verloskundige praktijken mogen worden verwacht. Beleid is immers vooral gestoeld op persoonlijke visie en ervaring. Als die eenmaal zijn ingesleten, bestaat er weinig reden om het eigen handelen te wijzigen. Maar er zijn wel nivellerende invloeden. In de eerste plaats het grote aantal opleidingsinstituten. De hand van verschillende meesters vindt via de opleiding zijn weg naar alle 91 praktijken - waar derhalve verschillende visies samenkomen. De tweede belangrijke invloed komt van kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen, indicatoren, het jaarverslag van PRN, VOKS2 en de kwaliteitsvisitaties van de NVOG. Grote afwijkingen van het gemiddelde beleid, zoals percentages sectio's en kunstverlossingen, leiden waarschijnlijk tot discussies binnen maatschappen en vakgroepen. Wij laten in de (voorlopig) laatste aflevering van deze rubriek zien wat de registratie toont over de variatie in het tweedelijns handelen.

Keuzevrijheid

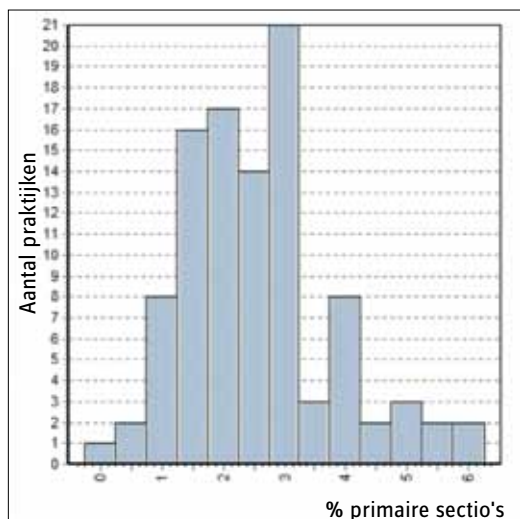
Onze aandacht gaat uit naar vrijheid van handelen. Daarom beschouwen we de interventies: inleidingen, sectio caesarea, kunstverlossingen, pijnstilling en episiotomie. Casemixverschillen tussen praktijken reduceren we zo veel mogelijk door de vergelijkingen te beperken tot nulliparae met een atermee eenling-zwangerschap en een kind zonder letale congenitale afwijkingen in hoofdligging. Om verschillen in samenwerking tussen eerste en tweede lijn uit te sluiten beschouwen we van deze casus alleen patiënten die al vóór de ontsluiting onder behandeling van de tweede lijn waren. Om kleine fluctuaties in de tijd uit te sluiten, tellen we de partus die aan deze criteria voldoen gedurende de laatste drie jaar (2008-2010). Dat zijn er circa honderdduizend. Met deze keus zijn casemixverschillen tussen praktijken beperkt. Alleen etniciteit kan nog een belangrijke invloed hebben.

De variatie in handelen is aanzienlijk. Figuur 1 en 2 tonen de interventies bij het begin van de baring: inleidingen en primaire sectio's. Het percentage inleidingen varieert tussen 30% en 60% met uitschieters naar onderen en naar boven. Er lijkt geen relatie te zijn met etniciteit. De verschillen zijn hoogstwaarschijnlijk gevolg van verschil in beleid/protocol. Praktijkgrootte speelt hierin geen rol. Soms worden inleidingen geregistreerd als bijstimulatie. Maar de verdeling van

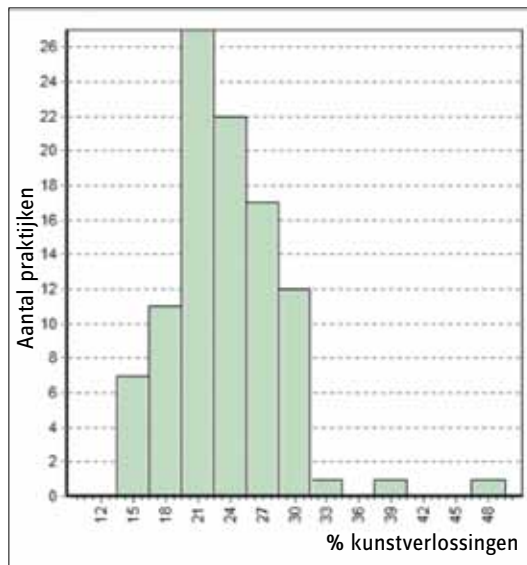
praktijken naar partus waar noch een inleiding, noch bijstimulatie is gecodeerd, toont hetzelfde beeld. Bij primaire sectio's zijn de verschillen relatief nog groter met percentages tussen 1% en 4%. Rond 40% van de primaire sectio's in de referentiegroep is geregistreerd als 'electief'. Grote diversiteit is hier te verwachten. Maar ook de verschillen in het percentage casus waarbij een ingreep nodig werd geacht vanwege de conditie van moeder of kind, zijn aanzienlijk. De invloed van etniciteit of praktijkgrootte is ook bij het percentage primaire sectio's ondergeschikt.



Figuur 1. Indeling van praktijken naar percentage inleidingen.



Figuur 2. Indeling van praktijken naar percentage primaire sectio's.

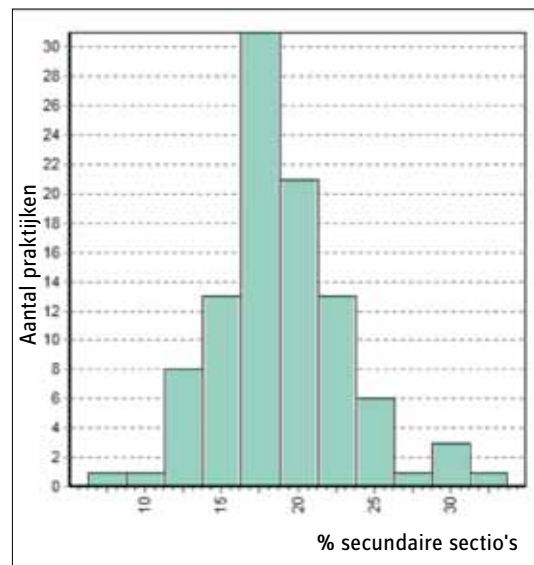


Figuur 3. Indeling van praktijken naar percentage kunstverlossingen.

Bij de interventies aan het einde van de baring hoort hetzelfde beeld van verscheidenheid. Figuur 3 toont dit voor vaginale kunstverlossingen bij partus in de referentiegroep die niet met een primaire sectio begonnen.

Niet vorderen van de baring is in de helft van de gevallen reden tot interventie. Dat deze indicatie een zeer praktijkgebonden uitleg heeft, blijkt uit het feit dat in sommige praktijken dit in een derde van de casus aanleiding is en bij andere praktijken in driekwart van de gevallen.

Secundaire sectio's bij vaginaal begonnen baringen completeren het beeld (zie figuur 4). Ook voor deze interventie is de Nederlandse praktijk verre van homogeen. De variatie is - door de bank genomen - van

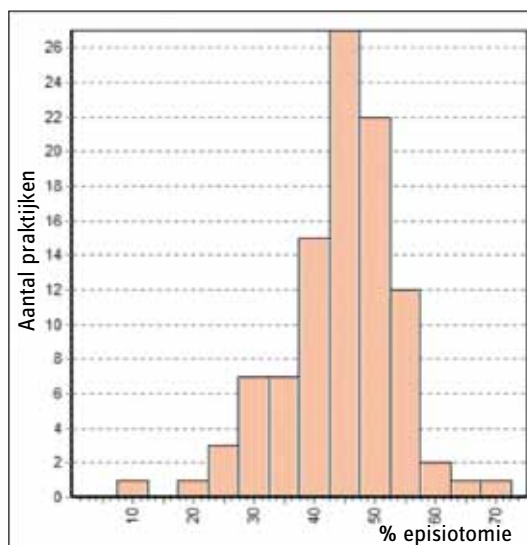


Figuur 4. Indeling van praktijken naar percentage secundaire sectio's

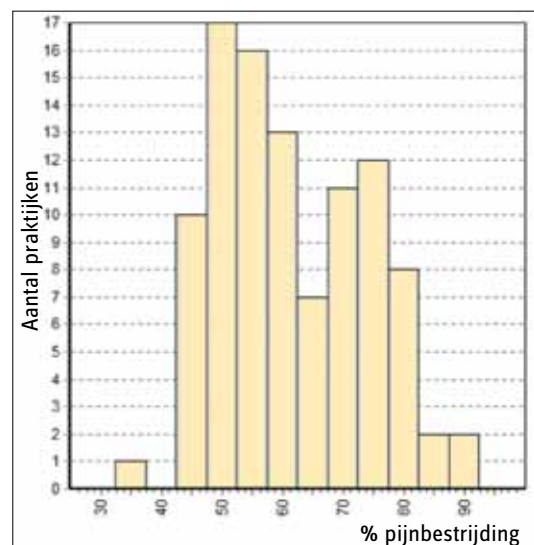
de helft van het landelijk gemiddelde tot anderhalf maal het gemiddelde, met uitschieters daarbuiten.

Ook wat betreft pijnstilling en episiotomie is het beeld niet anders, getuige figuren 5 en 6. Figuur 5 deelt praktijken in naar percentage pijnstilling (alle vormen) bij spontaan begonnen baringen. Figuur 6 doet dat naar percentage episiotomie. In een eerder artikel signaleerden wij al de grote variatie in het percentage consultaties van een kinderarts.

Wij vroegen Maurice Wouters om commentaar: Praktijkvariatie staat sinds eind vorig jaar (weer) landelijk in de belangstelling. In een rapport van Plexus KPMG in opdracht van het Ministerie van VWS werd geconstateerd dat er grote regionale verschillen be-



Figuur 6. Indeling van praktijken naar percentage episiotomie



Figuur 5. Indeling van praktijken naar percentage pijnbestrijding

staan in de behandelingen van vier veel voorkomende aandoeningen. In een rapport van ZN dat de afgelopen zomer verscheen werd een vergelijkbare conclusie getrokken. Er is berekend dat in een scenario waarbij de praktijkvariatie maximaal wordt teruggedrongen, besparingen mogelijk zijn tussen 24% en 62% van de totale ziekenhuiskosten per aandoening. Gemiddelde berekeningen laten zien dat ziekenhuizen tussen de 7% en 32% kunnen besparen. Wanneer deze resultaten breder worden getrokken naar het macrokader van de ziekenhuiszorg, kan dat volgens de onderzoekers een besparing opleveren van 5% tot 7%. Dat komt neer op een besparing tussen de 0,9 en 1,3 miljard euro.

De onderzoekers geven ook een aantal oplossingen om kosten te besparen en variatie te verminderen. Belangrijk is om de huidige richtlijnen aan te scherpen, stellen de onderzoekers. Het zou nog te vaak onduidelijk zijn wanneer er geopereerd moet worden. Een andere manier is om de variatie in zorggebruik te koppelen aan wetenschappelijk onderzoek. Op het moment dat de meerwaarde van een ingreep niet wetenschappelijk aangetoond kan worden, zou de ingreep niet langer tot de verzekerde zorg moeten behoren.

De Orde van Medisch Specialisten stelt dat zowel uit het oogpunt van doelmatigheid als van veiligheid onnodige praktijkvariatie niet wenselijk is. Medisch specialisten zijn gebaat bij deze gegevens, die zij kunnen gebruiken om hun eigen handelen te controleren en om kritisch te blijven kijken naar de eigen praktijkvoering. Bovendien kunnen die gegevens gebruikt worden tijdens de reguliere praktijktoetsingen bij visitaties als onderdeel van een breder en actief kwaliteitsbeleid.

De bevindingen uit de LVR over inleidingen, sectio caesarea, kunstverlossingen, pijnstilling en episiotomie bevestigen de resultaten uit de genoemde rapporten van VWS en ZN. Opvallend hierbij zijn de grote verschillen in inleidingen, (primaire) sectio's en vaginale kunstverlossingen. De NVOG heeft over deze interventies richtlijnen opgesteld, waarin - naast de procedures en risico's - ook de indicatiestellingen worden besproken. De wetenschappelijke bewijsvoering hierover is echter beperkt en ontstijgt veelal niet het laagste bewijskrachtniveau. Het is denkbaar dat hierdoor in de praktijk (te)veel ruimte wordt gelaten voor keuzevrijheid in handelen.

Recent heeft de NVOG geparticipeerd in de werk-

groep Zwangerschap en Geboorte van Zichtbare Zorg, die tezamen met ZN en de NPCF, indicatoren voor toekomstige zorginkoop heeft ontwikkeld. Hierbij werd duidelijk dat de zorgverzekeraars een groot belang hechten aan het beperken van de grote spreiding in aantallen primaire sectio's per ziekenhuis. Anders gezegd: een hoge incidentie aan primaire sectio's zal de onderhandelingen met de zorgverzekeraars bemoeilijken en de toekomstige financiering onder druk zetten.

De medisch specialist - en ook de gynaecoloog - hecht traditioneel sterk aan zijn/haar professionele autonomie. Dat betekent in de praktijk dat de professional, weliswaar in samenspraak met de patiënt, zelfstandig het eigen beleid wil bepalen. Tot op heden worden hierbij vooral medisch inhoudelijke kaders, zoals verwoord in de richtlijnen van de eigen beroepsgroep, gehanteerd. De groter wordende invloed van de zorgverzekeraars dwingt de gynaecoloog ertoe om voortaan andere aspecten, zoals doelmatigheid en financiering, in de besluitvorming mee te wegen. Hiermee zal de zorgvariatie van buitenaf worden beperkt.

De NVOG zet zich in om de praktijkvariatie op de werkvloer bespreekbaar te maken. Elke maatschap wordt bij de kwaliteitsvisitatie gevraagd om te reflecteren op de eigen verrichtingen op basis van gegevens uit de LVR. Het gesprek binnen de maatschap en met visitatiecommissie ad hoc hierover is vaak nuttig, maar tamelijk vrijblijvend. Een advies om verrichtingen te matigen beperkt zich meestal tot de uitschieters. De maatschappelijke ontwikkelingen maken het wellicht noodzakelijk om deze houding te herzien.

Auteurs

T. de Neef, fysicus, onafhankelijk auteur van PRNinsight

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

M.G.A.J. Wouters, voorzitter Koepel Kwaliteit van de NVOG en gynaecoloog-perinatoloog, VU medisch centrum.

Correspondentieadres

E-mail: tdeneef@qolor.nl