



Afdeling Midwifery Science
AVAG/ EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg
VU medisch centrum
Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam

T: 020 – 444 8196, mob. 21115591
F: 020 – 444 8180, ank.dejonge@vumc.nl

Notitie INCAS experimenten

19 mei 2016

Misinterpretatie sterftcijfers mag de integrale zorgexperimenten in de verloskunde niet laten sneuvelen

Momenteel wordt vanuit verschillende gremia gepleit voor het op korte termijn landelijk invoeren van een integraal tarief in de geboortezorg voordat de uitkomsten van integrale zorgexperimenten bekend zijn. De manier waarop het integraal tarief vorm krijgt hangt samen met de wijze waarop de integrale geboortezorg wordt ingericht. Op dit moment is onduidelijk welke vorm van integrale zorg leidt tot de beste zorguitkomsten.

In 2012 heeft de Minister van VWS het advies van de NZa overgenomen om regio's te laten experimenteren met integrale bekostiging en daarvoor gebruik te laten maken van de beleidsregel innovatie. In haar brief aan de Tweede Kamer van 24 april 2013 schreef de Minister dat een landelijk integraal tarief pas kan worden ingevoerd als experimenten een positief resultaat opleveren.¹

KPMG heeft in januari 2016 geadviseerd om in januari 2017 te starten met het invoeren van een integraal tarief en dit in 2018 definitief te maken. Het bestuur van de NVOG stelt zich op het standpunt dat er geen tijd meer te verliezen is en landelijk het integraal tarief moet worden ingevoerd om onnodige perinatale sterfte te voorkomen.² Verschillende gynaecologen, daarentegen, hebben in een brief aan het NVOG bestuur gepleit voor het evalueren van zorgveranderingen in pilotregio's en het afwachten van de resultaten van de INCAS studie alvorens grootscheepse veranderingen in de zorg door te voeren.³

Elke baby die onnodig overlijdt is er een teveel en streven naar een lage perinatale sterfte is erg belangrijk. Maar omdat er veel verschillen zijn in de manier waarop babysterfte geregistreerd wordt, zijn sterftcijfers tussen landen moeilijk te vergelijken. Verschillen in perinatale sterftcijfers binnen Nederland moeten ook voorzichtig worden geïnterpreteerd,

maar in de praktijk worden deze cijfers nogal eens gebruikt om niet onderbouwde veranderingen in het verloskundig zorgsysteem door te voeren.

Op dit moment is onduidelijk welk integrale zorgmodel tot de beste uitkomsten leidt voor moeder en kind. Binnen het INCAS onderzoek wordt in zes regio's multidisciplinair gewerkt aan het realiseren van een aantal regionale integrale zorgexperimenten en de evaluatie ervan.

Wij pleiten ervoor om verschillen in perinatale sterftecijfers voorzichtig te interpreteren en ze niet te gebruiken om overhaast de financiering van de verloskundige zorg in Nederland te veranderen. Het is van groot belang de lopende experimenten af te ronden. De schat aan informatie die deze experimenten opleveren is cruciaal voor de toekomstige inrichting van de integrale verloskundige zorg in Nederland.

Ank de Jonge, universitair hoofddocent, afdeling Midwifery Science, VUmc

Corine Verhoeven, senior onderzoeker, afdeling Midwifery Science, VUmc

Francois Schellevis, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, afdeling Midwifery Science, VUmc

Rachel Verweij, cliëntvertegenwoordiger namens de Geboortebeweging, afdeling Midwifery Science, VUmc

Jacqueline Broerse, hoogleraar innovatie en communicatie Gezondheids- en Levenswetenschappen, Athena instituut, Vrije Universiteit, Amsterdam

Jeroen van Dillen, gynaecoloog, Radboud UMC, Nijmegen

Joris van der Post, hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie, AMC, Amsterdam

¹ <http://www.rijksbegroting.nl/binaries/pdfs/1/8/1/kst181361.pdf>

² Bestuur NVOG (2016). Reactie op van Dillen et.al. *NTOG*, 129: 162-3.

³ Van Dillen J, Hallensleben E, Kleiverda G, Van der Post J, Scherjon S (2016). CPZ-zorgstandaard integrale verloskunde. *NTOG*, 129: 162.

Achtergrondinformatie

Wij pleiten voor het afronden van evaluaties van experimenten die in verschillende regio's in gang zijn gezet, zoals in het INCAS onderzoek, voordat een integraal tarief in het hele land wordt ingevoerd. Deze evaluaties zijn belangrijk voor de definitieve vormgeving van integrale zorg met het daaraan gekoppelde integraal tarief en voor het noodzakelijke draagvlak ervan bij alle betrokkenen.

Wachten op de uitkomsten van nieuwe experimenten is volgens het bestuur van de NVOG geen optie meer; zij stelt Scandinavische landen als voorbeeld omdat daar een integraal systeem zonder risicoselectie zou bestaan, wat zou leiden tot een lage perinatale sterfte. Door vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen is in verschillende recente krantenartikelen de veronderstelde hoge perinatale sterfte in Nederland vaak aangehaald om te pleiten voor het afschaffen van de risicoselectie in Nederland en voor het invoeren van integrale zorg.¹

Perinatale sterfte wordt op verschillende manieren geregistreerd en dit leidt ertoe dat vergelijkingen tussen landen afhangen van welke registraties vergeleken worden. Zo werd in Zweden voor 2010 foetale sterfte pas geregistreerd vanaf 28 weken zwangerschap; in 2013 vonden in Nederland 451 van de 893 foetale sterftes plaats tussen 22 en 28 weken. Volgens de laatste cijfers van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling was de perinatale sterfte in 2013 in Nederland 5,3 per 1000 (waarbij foetale sterftes vanaf 24 weken zwangerschap geregistreerd werden); net zo laag als in Noorwegen, lager dan in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken en bijna net zo laag als in Zweden (5,1 per 1000).

Ook binnen Nederland moeten verschillen in sterftecijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd. In een studie uit 2010 was de perinatale sterfte in de regio Utrecht bij bevallingen die begonnen waren in de eerstelijns hoger dan bij bevallingen gestart in de tweedelijns.² Toen het onderzoek werd herhaald in de regio Amsterdam, werd geen verschil in sterfte gevonden. Toch is mede op basis van het Utrechtse onderzoek jarenlang aangenomen dat de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland mede het gevolg is van de scheiding tussen de eerste- en tweedelijns.

Vanzelfsprekend blijven verloskundigen en gynaecologen zoeken naar factoren die te beïnvloeden zijn om zo de perinatale sterfte verder terug te dringen. Op dit moment is in de regio Amsterdam de perinatale sterfte tussen de eerste en tweede lijn geanalyseerd bij vrouwen zonder bepaalde risicofactoren aan het begin van de bevalling (zogenaamde 'laag risico' vrouwen). Dit bleek een heel lastige opgave. Het is bekend dat risicofactoren in de tweede lijn vaak niet goed worden geregistreerd in de landelijke database, wat leidt tot een probleem in het definiëren van de teller (sterfte) en noemer. Omdat van alle gevallen van sterfte de dossiers zijn opgevraagd, wisten de onderzoekers om hoeveel vrouwen met risicofactoren het ging, en konden ze deze buiten de onderzoeksgroep laten. Voor de noemer (geen sterfte) zijn de risicofactoren veelal niet bekend en blijven deze vrouwen ten onrechte deel uitmaken van de groep. Dit leidt tot een verlaging van het sterftecijfer in de tweedelijns. Ongeacht de uitkomsten van dit onderzoek, zullen ook deze resultaten dus met grote voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

De scheiding tussen de eerste- en tweedelijns en het systeem van risicoselectie in de verloskundige zorg is niet typisch Nederlands. Ook in landen als Noorwegen en Zweden doen verloskundigen (en soms huisartsen) de risicoselectie; zij verlenen zorg aan zwangeren zonder complicaties en verwijzen naar de gynaecoloog als dat nodig is, net als in Nederland. In een Zweedse richtlijn staat dat alle zwangeren een controle bij de gynaecoloog moet worden aangeboden maar slechts enkele vrouwen maken daar gebruik van. In de Noorse richtlijn van het Directoraat voor Gezondheid staat dat de uitkomsten voor de baby niet

verbeteren als vrouwen zonder complicaties af en toe een gynaecoloog zien tijdens de zwangerschap.

In een systematische overzichtsstudie werd *midwife-led continuity of care* vergeleken met modellen waarin de gynaecoloog verantwoordelijk was voor de verloskundige zorg of waarin volgens een *shared care* model werd gewerkt.³ In de *midwife-led continuity of care* groep kwam sterfte < 24 weken, preterme partus, gebruik van epidurale en spinale anaesthesie, episiotomie en vaginale kunstverlossing minder vaak voor. Maar de manier waarop *midwife-led continuity of care* was ingericht verschilde tussen de studies en in sommige modellen zagen vrouwen toch altijd een gynaecoloog tijdens de zwangerschap.

In INCAS worden zes verschillende experimenten van integrale zorg vergeleken die variëren van *midwife-led care* tot *shared care*. De projecten duren drie jaar. In bijna alle regio's zijn de voormetingen afgerond. Gedurende twee jaar worden integrale zorgpaden ontwikkeld en geïmplementeerd en in het derde jaar worden de effecten gemeten in een nameting. Van zes verschillende vormen van integrale zorg weten we dan wat de effecten zijn op zorguitkomsten, de tevredenheid en door vrouwen ervaren continuïteit van zorg, de ervaringen van zorgverleners en de kosteneffectiviteit. Als integrale financiering overhaast wordt ingevoerd, dreigt de financiering voor het afronden van deze experimenten en de evaluatie ervan te worden stopgezet.

¹ Zie bijvoorbeeld <http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/4295527/2016/05/06/Bevrijd-zwangere-uit-houdgreep-vroedvrouw.dhtml>

² Evers, A.C., et al., Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ*, 2010. **341**: p. c5639.

³ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2015;9(3):CD004667.