



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 BJ Den Haag

2017054073

Datum 12 december 2017
Betreft Aanbieding *Systematische analyse Geboortezorg en Zorg bij gynaecologische aandoeningen*

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg, Mondzorg &
Zintuigen

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
H. Trouw

Onze referentie
2017054073

Geachte heer Bruins,

Hierbij ontvangt u het rapport *Systematische analyse Geboortezorg en Zorg bij gynaecologische aandoeningen*. Zorginstituut Nederland brengt dit screeningsrapport uit in het kader van Zinnige Zorg, de verzamelnaam voor systematische doorlichtingen van het verzekerde pakket. Het rapport beschrijft de eerste fase (screening) van de systematische doorlichting van de zorggebieden 'Geboortezorg' en 'Zorg bij gynaecologische aandoeningen'.

Het doel van de screeningsfase is een aantal thema's voor de tweede fase (verdieping) te selecteren: zorgtrajecten met een verbeterpotentieel van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg door meer gepast gebruik. Het perspectief van de patiënt en de zorg die deze nodig heeft, vormen het uitgangspunt van elke doorlichting.

We hebben, met waardevolle input van veel partijen in de zorg, twee onderwerpen geselecteerd voor nadere verdieping: de zorgtrajecten 'afwijkende cervixcytologie' en 'bekkenbodemplachten'.

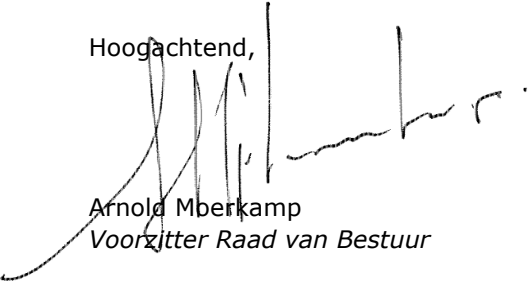
In de screening kwam naar voren dat er mogelijk sprake is van overbehandeling van vrouwen met relatief lichte cytologische afwijkingen. Behandeling kan negatieve gevolgen hebben voor toekomstige zwangerschappen. Daarom is het zorgtraject 'afwijkende cervixcytologie' gekozen voor onderzoek in de verdiepingsfase.

Het zorgtraject 'bekkenbodemplachten' is gekozen omdat uit de screening bleek dat vrouwen vaak niet weten welke (para)medische mogelijkheden voor klachtenverlichting er zijn. Verder is er sprake van een grote praktijkvariatie in de behandeling van prolaps (verzakking).

Het zorgtraject 'bevalling' is niet geselecteerd voor verdere verdieping. Op dit moment werken de partijen in de geboortezorg aan de implementatie van de *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Een verdieping van dit zorgonderdeel ligt daarom nu niet voor de hand. Het Zorginstituut zal wel de implementatie van de zorgstandaard blijven volgen.

In de verdiepfingsfase van de systematische analyse gaat het Zorginstituut de gekozen onderwerpen met de partijen in de zorg verder onderzoeken. Het doel van dat onderzoek is te komen tot concrete aanbevelingen voor verbetering van de patiëntgerichtheid, effectiviteit en doelmatigheid van zorg bij bekkenbodemplachten en afwijkende cervixcytologie.

Hoogachtend,


Arnold Mberkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg, Mondzorg &
Zintuigen

Datum
12 december 2017

Onze referentie
2017054073



Zorginstituut Nederland

Screeningsfase

Systematische analyse Geboortezorg & Zorg bij gynaecologische aandoeningen

ICD-10: XIV (N70-N98)

ICD-10: XV (000-099)

1 DECEMBER 2017 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. En dat daarvoor geen onnodige kosten worden gemaakt. Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden. De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeterpunten inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	6
1 Overzicht geboortezorg en gynaecologische aandoeningen	7
2 Zorgtraject bevalling	11
3 Zorgtraject bij afwijkende cervixcytologie	17
4 Zorgtraject bekkenbodemplachten	21
Literatuurlijst	27
Bijlagen	
Bijlage 1 Methodiek zinnige zorg	30
Bijlage 2 Overzicht partijen	36
Bijlage 3 Overzicht van verkende onderwerpen	38
Bijlage 4 Reacties schriftelijke consultatie	39

Samenvatting

Zorginstituut Nederland brengt dit screeningsrapport uit in het kader van Zinnige Zorg, de verzamelnaam voor systematische doorlichtingen van het verzekerde pakket. Het rapport beschrijft de eerste fase (screening) van de systematische doorlichting van de zorggebieden 'Geboortezorg' en 'Zorg bij gynaecologische aandoeningen'. Het doel van de screeningsfase is een aantal thema's voor de tweede fase (verdieping) te selecteren: zorgtrajecten met een verbeterpotentieel van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg door meer gepast gebruik. Het perspectief van de patiënt en de zorg die deze nodig heeft, vormen het uitgangspunt van elke doorlichting.

In november 2016 heeft de startbijeenkomst plaatsgevonden van het Zinnige Zorg-project 'Geboortezorg en Zorg bij gynaecologische aandoeningen'. In deze bijeenkomst heeft het Zorginstituut samen met partijen die betrokken zijn bij de geboorte- en gynaecologische zorg verbeterpunten geïnventariseerd. Hierna zijn de ingebrachte punten geclusterd naar thema's en zorgpaden en op hoofdlijnen verkend. In een tweede bijeenkomst in april 2017 zijn de voorlopige conclusies van deze verkenning met de partijen besproken. De uitkomst van de tweede bijeenkomst was de selectie van drie zorgtrajecten met aanknopingspunten voor verbetering: zorg bij de bevalling, zorg bij afwijkende cervixcytologie en zorg bij bekkenbodemplachten. Deze zorgtrajecten hebben het Zorginstituut en de partijen verder onderzocht om te bepalen of zij onderwerpen bevatten voor verdieping.

Zorgtraject bevalling: niet voor verdieping geselecteerd

De bevalling is logischerwijs een belangrijk moment in de geboortezorg waarmee jaarlijks veel vrouwen te maken krijgen en waarmee veel zorg en daarmee ook hoge zorgkosten zijn gemoeid. In dit zorgtraject is met extra aandacht gekeken naar de onderdelen continue begeleiding en pijnbestrijding.

In de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' staat beschreven wat goede zorg is; continue begeleiding bij de bevalling is daar een onderdeel van. Op dit moment werken de partijen in de geboortezorg aan de implementatie van deze zorgstandaard. Een verdieping van dit zorgonderdeel ligt daarom nu niet voor de hand. Het Zorginstituut zal wel de implementatie van de zorgstandaard volgen. Dit laat de mogelijkheid open dat de toepassing van dit onderdeel van basiszorg rond bevalling en geboorte wel verder onderzocht kan worden, als daar in de toekomst aanleiding toe is.

Bij pijnbestrijding bij de bevalling is goede voorlichting en gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) belangrijk. Er is een veelvoud aan voorlichtingsmateriaal, waaronder voldoende goede, objectieve informatiebronnen. Geen van deze bronnen is op zichzelf compleet. Aan een update van de multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze Pijnbehandeling tijdens de Bevalling' wordt momenteel gewerkt. Mede in dat licht is er geen directe aanleiding voor verder onderzoek in de verdiepfase. Wel zal het Zorginstituut ook dit onderwerp blijven volgen.

Zorgtraject afwijkende cervixcytologie: mogelijke overbehandeling

Bij het zorgtraject afwijkende cervixcytologie (afwijkingen van structuur van het baarmoederweefsel) is gekeken naar mogelijke overbehandeling van vrouwen met relatief lichte cytologische afwijkingen.

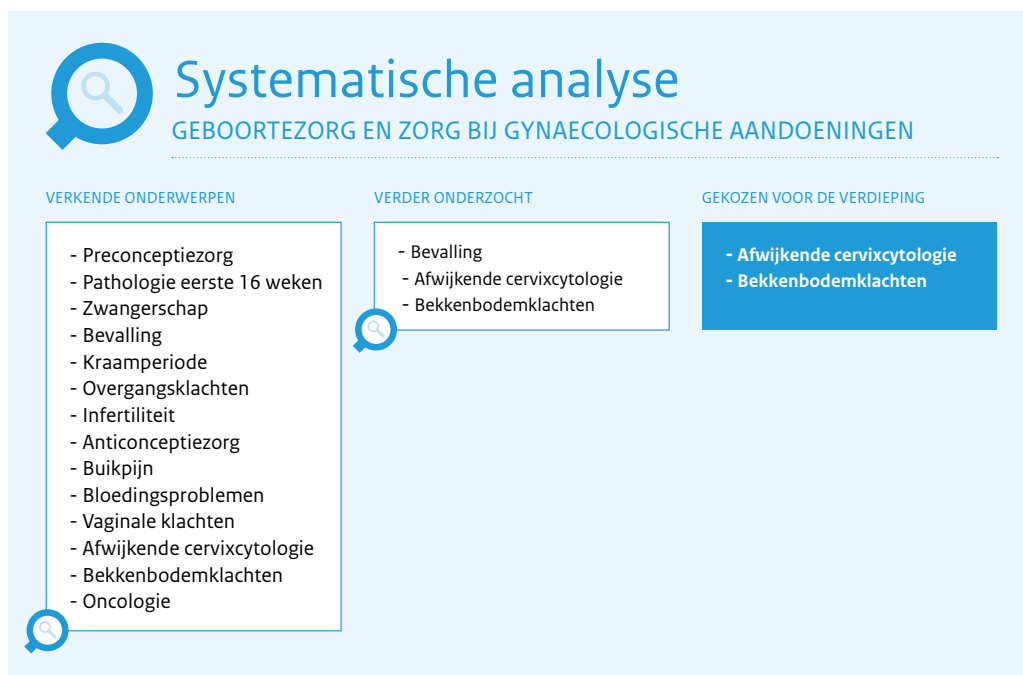
Ieder jaar worden veel vrouwen onderzocht in het bevolkingsonderzoek; afwijkende cervixcytologie is mede daardoor een veelvoorkomende gynaecologische diagnose. Er zijn aanwijzingen dat er mogelijk sprake is van overbehandeling van vrouwen met relatief lichte cytologische afwijkingen (klasse CIN 1 en CIN 2). Behandeling kan negatieve gevolgen hebben voor toekomstige zwangerschappen. Deze constatering weegt des te zwaarder omdat bijna de helft van het aantal vrouwen dat door een gynaecoloog wordt gezien, onderzocht of behandeld in de vruchtbare levensfase verkeert. Daarom is mogelijke overbehandeling van vrouwen met relatief lichte cytologische afwijkingen geselecteerd als onderwerp voor verdieping.

Zorgtraject bekkenbodemplachten: onvoldoende bekendheid en grote praktijkvariatie

Een klachtenvrije bekkenbodem is voor alle vrouwen van belang voor onbelemmerd functioneren. Door zwangerschap, bevalling en/of ouder worden kan de bekkenbodem beschadigd raken, waardoor bekkenbodemplachten ontstaan. Bekkenbodemplachmatiek treft een grote groep vrouwen en kan flinke gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen niet weten welke (para)medische mogelijkheden voor klachtenverlichting er zijn. Verder is er sprake van een grote praktijkvariatie in de behandeling van prolaps (verzakking). Dit zijn de belangrijkste redenen om dit zorgtraject te selecteren voor verdieping.

Het proces van de screening en de onderwerpen voor verdieping staan hieronder nogmaals samengevat:



Inleiding

Zorginstituut Nederland brengt dit rapport uit in het kader van de systematische doorlichting van het verzekerde pakket (Zinnige Zorg). Het Zorginstituut heeft al een aantal systematische doorlichtingen gedaan, waaronder 'Ziekten van het ademhalingsstelsel', 'Hart- en Vaatziekten' en 'Nieuwvormingen'. De volgende zorggebieden die in dit kader worden bekeken, zijn 'Geboortezorg' en 'Zorg bij gynaecologische aandoeningen'.¹

Het screeningsrapport 'Systematische analyse Geboortezorg & Zorg bij gynaecologische aandoeningen' heeft betrekking op de eerste fase van de systematische doorlichting: de screeningsfase. Het doel van deze fase is een aantal thema's te selecteren voor de verdieping, de tweede fase van de doorlichting. De thema's die we selecteren, zijn zorgtrajecten met een mogelijk verbeterpotentieel voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg door meer gepast gebruik. Het perspectief van de patiënt en de zorg die deze nodig heeft, vormen het uitgangspunt van elke doorlichting.

De analyse in de screeningsfase (zie bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving) is uitgevoerd aan de hand van acht invalshoeken: kenbaarheid van zorg, toepassing in de praktijk, uitkomsten van zorg, effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en samenhang in kwaliteitscirkels. Deze invalshoeken hanteert het Zorginstituut als elementen van goede zorg. Ze zijn gebaseerd op de kwaliteits- en pakketbeheertaken van het Zorginstituut: wij zijn nagegaan hoe de zorg in de praktijk wordt toegepast en hoe die praktijk is gerelateerd aan aanbevelingen in kwaliteitsstandaarden en patiëntinformatie.

Screeningsproces

Op 22 november 2016 heeft de startbijeenkomst voor de screeningsfase van het project Geboortezorg & Zorg bij gynaecologische aandoeningen plaatsgevonden.² In deze bijeenkomst is aan de partijen (zie bijlage 2) de vraag gesteld waar zij in het kader van Zinnige Zorg kansen zien om de zorg te verbeteren. Na de bijeenkomst zijn de ingebrachte aandachtspunten geclusterd naar thema's en zorgpaden en op hoofdlijnen verkend; in bijlage 3 staat een overzicht van alle onderwerpen die zijn verkend.

In een tweede bijeenkomst op 11 april 2017 zijn de voorlopige conclusies van deze verkenning met de partijen besproken.³ Na de tweede bijeenkomst bleven er drie zorgtrajecten over om uitgebreider te bekijken: zorg bij de bevalling, zorg bij afwijkende cervixcytologie en zorg bij bekkenbodemplachten. In mei en juli 2017 zijn mogelijke speerpunten van elk geselecteerd zorgtraject met de partijen in een kleine groep besproken.

De uitkomsten en conclusies van de bijeenkomsten en de verkenningen heeft het Zorginstituut samengevat in dit screeningsrapport. Het rapport is begin oktober voor consultatie naar de partijen verzonden. De reacties van de partijen heeft het Zorginstituut vervolgens beoordeeld en waar nodig in het rapport verwerkt. Het definitieve rapport is 1 december 2017 vastgesteld door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut en daarna aangeboden aan de minister voor Medische Zorg en Sport.

Leeswijzer

Het screeningsrapport geeft in hoofdstuk 1 eerst een kort overzicht in cijfers van de twee zorggebieden die zijn verkend: 'Geboortezorg' en 'Zorg bij gynaecologische aandoeningen'. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 2, 3 en 4 de drie zorgtrajecten die in de screeningsfase nader zijn onderzocht als mogelijk thema voor de verdieping. Dat zijn achtereenvolgens: zorg bij de bevalling, zorg bij afwijkende cervixcytologie en zorg bij bekkenbodemplachten. Elk zorgtraject wordt zowel kwalitatief als kwantitatief bekeken. We gaan daarbij ook in op de kenbaarheid en de toepassing in de praktijk van het betreffende zorgtraject. We sluiten deze drie hoofdstukken af met een conclusie over de onderwerpen waarmee we verder gaan in de volgende fase van het project: de verdiepingfase.

1. Overzicht geboortezorg en gynaecologische aandoeningen

In de systematische doorlichting van het pakket bekijkt het Zorginstituut de zorg per zorggebied. We gaan hierbij uit van de *International Classification of Diseases (ICD-10)*.⁴ Voor dit Zinnige Zorg-project is ervoor gekozen het ICD-10-gebied 'XV Zwangerschap, bevalling en kraambed (O00-O99)' (hierna: geboortezorg) en een deel van het ICD-10-gebied 'XIV Ziekten van urogenitaal stelsel (N00-N99)' (hierna: zorg bij gynaecologische aandoeningen) tegelijkertijd te bekijken. Deze twee gebieden zijn verwant en er zijn veelal dezelfde partijen bij betrokken. In dit hoofdstuk beschrijven we de beide zorggebieden op hoofdlijnen in cijfers.

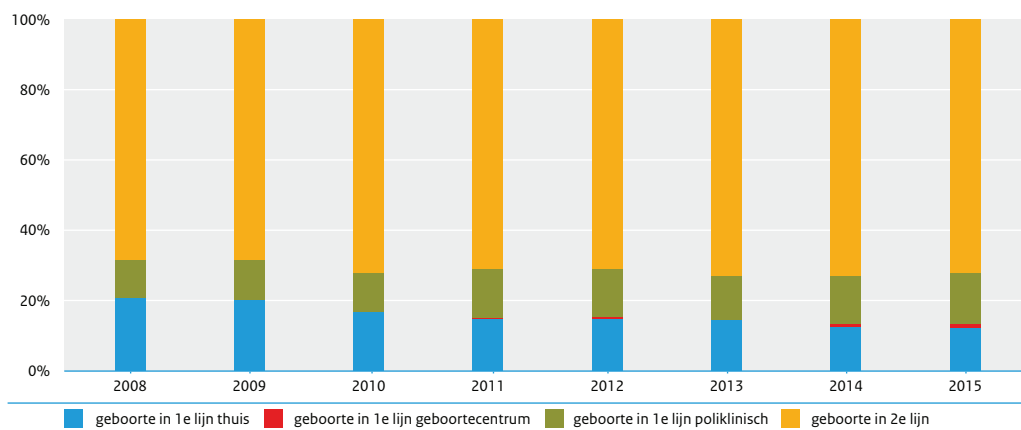
1.1 Geboortezorg

Het zorggebied geboortezorg omvat de zorg tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed. De periode waar we naar kijken is vanaf de conceptie tot het einde van de kraamperiode. Hierbij kijken we hoofdzakelijk naar de zorg voor de vrouw. Geboortezorg zit in het ICD-10-gebied 'XV Zwangerschap, bevalling en kraambed'. Het ICD-10-gebied 'XVI Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode (P00-P96)', valt buiten dit Zinnige Zorg-project. De redenen hiervoor zijn dat dit gebied over aandoeningen van het kind gaat en dat de zorg de kraamperiode (grotendeels) overstijgt. Dit gebied wordt in een ander Zinnige Zorg-project meegenomen.

In 2015 zijn bijna 167.000 vrouwen bevallen van iets meer dan 169.000 kinderen (in 1,7 procent van de bevallingen ging het om een tweeling, een enkele maal om een drieling).⁵ Vanaf 2010 is er sprake van een lichte dip in het aantal geboorten. Voor de periode tot 2060 worden jaarlijks tussen de 180.000 en 190.000 geboorten verwacht.⁶

De meeste geboorten vinden plaats in de tweede lijn. In de laatste tien jaar is hier een toename waar te nemen. Het aandeel van thuisgeboorten is flink afgenomen, waar dit in 2008 nog bijna 21 procent was, was dit in 2015 gedaald tot 13 procent (figuur 1).

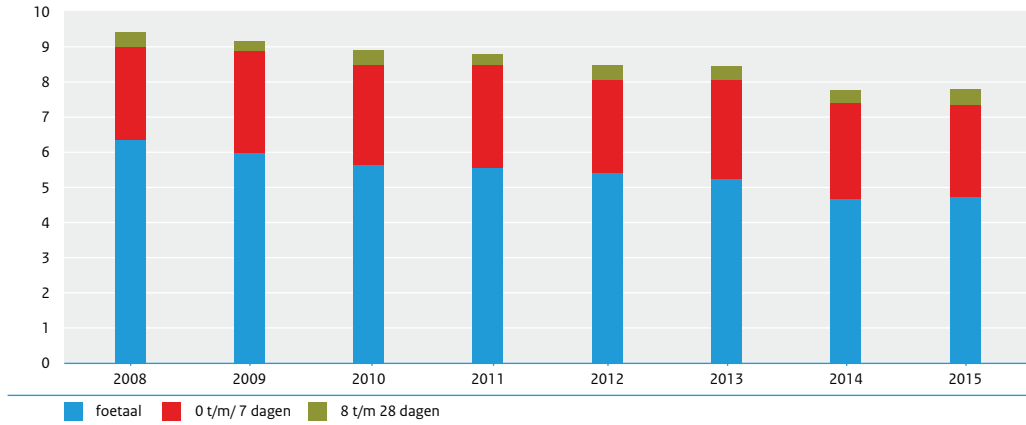
Figuur 1. Plaats bevalling, 2008-2015



Bron: *perined jaarboeken 2008-2015*

Veel bevallingen hebben een goede uitkomst. In de afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor de foetale en neonatale sterfte. In de periode 2000-2015 is zowel de foetale als de neonatale sterfte flink afgenomen (figuur 2).⁷

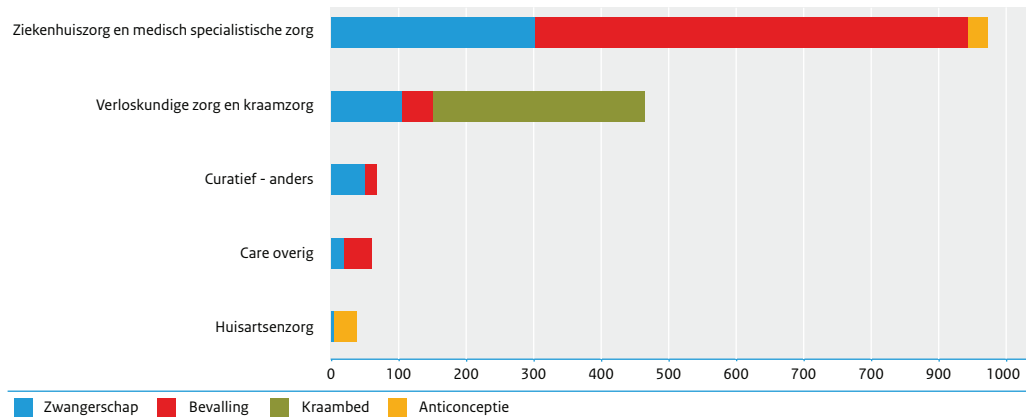
Figuur 2. Trend in foetale en neonatale sterfte per 1000 geboorten, 2008-2015



Bron: perined jaarboeken 2008-2015

In 2011 werd er in totaal € 1.675 miljoen uitgegeven aan de geboortezorg; dat is 2,6 procent van het Budgettair Kader Zorg. Het grootste deel van dit bedrag gaat naar curatieve zorg, namelijk € 1.605 miljoen (96 procent). De verdere uitsplitsing van dat laatste bedrag over de verschillende sectoren is uitgesplitst in onderstaande figuur 3.

Figuur 3. Kosten geboortezorg in 2011 (in miljoenen euro)



Bron: RIVM Kosten van Ziekten database 2013, www.volksgezondheidszorg.info/kosten-van-ziekten

1.2 Zorg bij gynaecologische aandoeningen

In deze systematische doorlichting verstaan we onder gynaecologische aandoeningen het deel van het ICD-10-gebied 'XIV Ziekten van urogenitaal stelsel (Noo-N99)' dat de aandoeningen aan de vrouwelijke organen in het bekken omvatten. Dit zijn 'ontstekingsprocessen van vrouwelijke organen in bekken (N70-N77)' en 'niet-inflammatoire aandoeningen van vrouwelijke geslachtsorganen (N80-N98)'. Hierbij is 'N97 infertiliteit bij de vrouw' niet in het project meegenomen.¹

¹ Op dit gebied zijn al veel initiatieven gericht op zinnige zorg ontplooid waardoor het weinig doelmatig is om hier nu in detail naar te kijken.

Tabel 1 geeft een overzicht van de tien meest voorkomende diagnoses bij gynaecologische aandoeningen die de gynaecoloog behandelt.

Tabel 1. Meest voorkomende gynaecologische diagnosebehandelcombinaties in ziekenhuizen en behandelklinieken, 2015

Diagnose	Aantal patiënten	Aandeel
Cyclusstoornis (benigne- of geen afwijking, inclusief PM-bloedverlies) (G11)	79.064	23%
Anticonceptie (G18)	49.298	14%
Incontinentie / prolaps (G25)	46.723	13%
Cervixafwijking incl. afwijkende cervixcytologie (G19)	44.180	13%
Vulvaire en vaginale afwijkingen (G23)	35.642	10%
Buikpijn zonder gynaecologische oorzaak (G14)	17.762	5%
Gynaecologisch adviesconsult (G28)	17.184	5%
Benigne adnexafwijking (G16)	16.810	5%
Uterus myomatosus (G15)	11.228	3%
Endometriose (G17)	7.810	2%
Totaal gynaecologische aandoeningen	350.531	

Bron: Zorginstituut Nederland op basis van declaratiegegevens van zorgaanbieders, gepubliceerd door de NZa op www.opendisdata.nl

In 2011 werd er in totaal € 114 miljoen uitgegeven aan de zorg voor aandoeningen aan de vrouwelijke geslachtsorganen, oftewel 0,6 procent van het Budgetair Kader Zorg. Dit betrof onder meer 41 miljoen euro aan huisartsenzorg en 292 miljoen euro aan ziekenhuis- en medisch specialistische zorg.⁸

De huisarts verleende in 2014 per 1000 ingeschreven vrouwen 326 (deel)consulten die betrekking hadden op vrouwelijke geslachtsorganen. Dit betrof 5,2 procent van alle consulten aan vrouwelijke patiënten. Tabel 2 toont de top 5 van incidentie en prevalentie van klachten aan de vrouwelijke geslachtsorganen in de huisartsenpraktijk in 2016.⁹ Ter vergelijking zijn de twee voor verdieping gekozen gynaecologische aandoeningen toegevoegd.

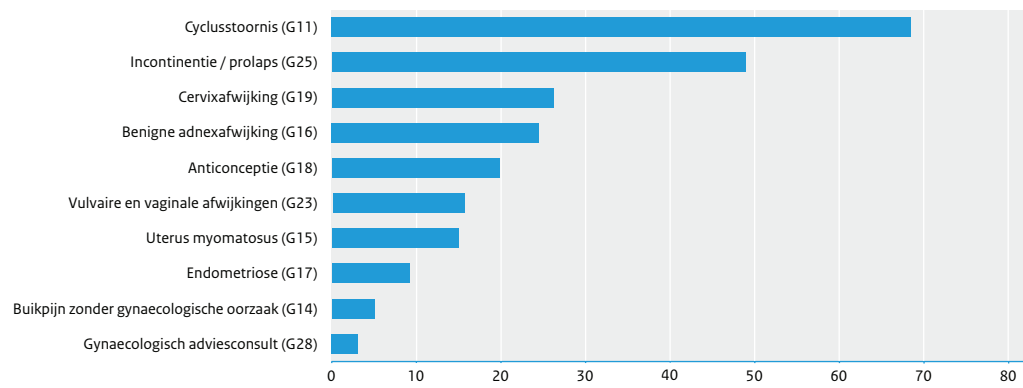
Tabel 2. Top 5 van klachten aan de vrouwelijke geslachtsorganen met de hoogste prevalentie en incidentie (per 1000 vrouwelijke patiënten) in de huisartsenpraktijk, 2016.

Klacht	incidentie		prevalentie	
	per 1000	rang	per 1000	rang
Candidiasis urogenitale vrouw (X72)	22	1	19,6	3
Vaginitis/vulvitis nao (X84)	15,9	2	14,1	5
Vaginale afscheiding (X14, ex. X08)	13,5	3	12,3	6
Andere symptomen/klachten vagina (X15)	11,9	4	10,8	8
Knobbel/zwelling borst(en) vrouw (X19)	10,7	5	9,3	11
Fibroadenoom/polycystische afwijking borsten (X88)	1,8	23	27,1	1
Maligniteit borst vrouw (X76)	2,2	20	26,8	2
Climacteriële symptomen/klachten (X11)	7,9	7	16	4
Prolaps vagina/uterus (X87)	5,7	12	12	7
Afwijkende cervixuitstrijk (X86)	5,5	13	9,4	10

Bron: Zorginstituut Nederland op basis zorgregistraties eerste lijn, gepubliceerd door Nivel op www.nivel.nl

In 2015 bedroeg de omzet van gynaecologen voor de behandeling van gynaecologische aandoeningen 246 miljoen euro. Figuur 4 laat de verdeling over de tien meest voorkomende diagnoses zien.

Figuur 4. Top tien omzet gynaecologische diagnosebehandelcombinaties in ziekenhuizen en behandelklinieken (in miljoenen euro), 2015



Bron: Zorginstituut Nederland op basis van declaratiegegevens van zorgaanbieders, gepubliceerd door de NZa op www.opendisdata.nl

1.3

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat er binnen de betrokken ICD-10-gebieden verschillende grotere zorgtrajecten zijn, met veel patiënten en/of hoge macrokosten. Bij de geboortezorg concentreren de kosten zich vooral rond de bevalling. Uit de bijeenkomst met partijen kwam naar voren dat binnen het zorgtraject bevalling de onderwerpen continue begeleiding en pijnbestrijding kansrijk zijn voor verbetering.

Bij gynaecologische aandoeningen zien we de meeste diagnoses en de meeste kosten bij cyclusstoornissen, incontinentie/prolaps en bij cervixafwijkingen, inclusief afwijkende cervixcytologie. Uit de bijeenkomst met partijen kwam naar voren dat de zorg bij bekkenbodemplachten en afwijkende cervixcytologie kansrijke onderwerpen zijn voor verbetering.

De drie volgende hoofdstukken gaan in op de onderwerpen die na de verkenning van de verzamelde signalen overbleven als mogelijke thema's voor de verdiepingsfase: het zorgtraject bevalling, het zorgtraject afwijkende cervixcytologie en het zorgtraject bekkenbodemplachten.

2. Zorgtraject bevalling

Jaarlijks bevallen in Nederland ongeveer 170.000 vrouwen. De bevalling is een belangrijke gebeurtenis in hun leven. De kwaliteit van de zorg rondom de bevalling bepaalt mede hoe ze later op deze gebeurtenis terug zullen kijken. Bij de verkenning van dit onderwerp werden mogelijke verbeterpunten op het gebied van continue begeleiding en pijnbestrijding gesignaleerd. Deze onderwerpen zijn in de screeningsfase nader onderzocht. In dit hoofdstuk komen we tot de conclusie dat het Zorginstituut deze twee onderwerpen niet nog diepgaander gaat onderzoeken in de verdiepingsfase van dit Zinnige Zorg-project.

2.1 Hoe ziet het zorgtraject bevalling eruit?

De bevalling

De bevalling markeert het einde van de zwangerschap. De uiteindelijke bevalling kan plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een zelfstandige verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Een zelfstandige verloskundige werkt in de eerste lijn en begeleidt bevallingen thuis (evenals een klein aantal huisartsen^{II}), in een geboortecentrum en in een ziekenhuis (de zogenaamde poliklinische bevalling). De gynaecoloog werkt in het ziekenhuis, in de zogenaamde tweede of derde lijn.

Zorgaanbod voor een zwangere

Zolang er geen complicaties of risico-indicaties zijn, kan de zwangere kiezen waar zij wil bevallen (thuis, in een geboortecentrum of in een ziekenhuis). Op dit moment kan die keuze financiële consequenties hebben. Voor een zogenaamde poliklinische bevalling (een bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak, onder begeleiding van een zelfstandige verloskundige) wordt in 2017 een eigen betaling van € 341,31 gerekend.^{III} Hiervoor kan een vrouw met kindwens zich eventueel aanvullend verzekeren.

Een zwangere heeft een intake bij de praktijk of (bij medische indicatie) het ziekenhuis van haar keuze. Na de intake en eerste controle bezoekt de zwangere de verloskundige of het ziekenhuis geregeld voor verdere controles. Naast aandacht voor medische factoren wordt er ook expliciet naar psychosociale, arbeids- en leefstijlfactoren gekeken. De zwangere krijgt in de vervolgsconsulten ook informatie en counseling over de voorbereiding op de bevalling (onder andere begeleiding), de bevalling zelf (plaats, wijze, houding en pijn (behandeling)), de voeding van de pasgeborene, de kraamperiode en -zorg, en de voorbereiding op het ouderschap. Deze zorg kan individueel of in groepsverband verleend worden (bijvoorbeeld in de vorm van *Centering Pregnancy*).

Daarnaast worden in de loop van de tijd verschillende echo's gemaakt. Een aantal daarvan is standaard (de tienweken- en de twintigwekenecho). Overige echo's worden alleen op medische indicatie of met eigen betaling gedaan.

Aldus voorbereid, gemonitord en begeleid breekt het moment van bevalling aan; voor 90,7 procent van de zwangere vrouwen is dat in de 37e t/m 41e week.⁵ Tijdens de bevalling kunnen verschillende complicaties optreden en ingrepen noodzakelijk zijn, maar de meeste vrouwen bevallen vaginaal, met of zonder pijnbestrijding.

In 2015 betrof 8 procent van de bevallingen een geplande (primaire) keizersnede, moest 22 procent worden ingeleid en startten de overige bevallingen spontaan (70 procent). Van de baringen verliep vervolgens 74 procent spontaan en was bij 9 procent hulp nodig in de vorm van een vacuümpomp, verlostang, stuitextractie of overige hulp. Voor 8 procent van de baringen volgde een ongeplande (secundaire) keizersnede.⁵

II In 2015 werden 119 thuisbevallingen begeleid door een huisarts (0,1 procent)⁵.

III Op 28 juli 2016 heeft het Zorginstituut de minister van VWS geadviseerd deze eigen betaling af te schaffen, omdat zorginhoudelijk gezien een eigen betaling niet aansluit bij de geest van de beoogde integrale geboortezorg. De keuze van de zwangere en haar begeleider moet niet mede afhankelijk zijn van eigen bijdragen. Ook de onlangs vastgestelde 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'¹¹ gaat hiervan uit. Daarnaast liet het Zorginstituut de minister van VWS weten dat de eigen betaling bovendien een oneigenlijke prikkel voor een verzoek tot pijnbestrijding kan vormen en waarschijnlijk voor een groep zwangeren ook vormt, waarmee een medische indicatie tot klinische bevalling ontstaat (zonder eigen betaling).

Als de baring in de eerste lijn begint maar niet spontaan verloopt, is overdracht naar de tweede lijn nodig. Dit betrof in 2015 22 procent van de bevallingen in de eerste lijn, terwijl 36 procent van de zwangere vrouwen al tijdens de zwangerschap van de eerste naar de tweede lijn verwezen werd. Uiteindelijk beviel in 2015 13 procent van de zwangeren thuis, 15 procent in een geboortecentrum of poliklinisch en 71 procent van de zwangeren in de tweede lijn (zie ook figuur 1).⁵

2.2 Aantal bevallingen en kosten

Zoals we al hebben laten zien in paragraaf 1.1, zijn in 2015 bijna 167.000 vrouwen bevallen.

In 2011 bedroegen de totale kosten voor 176.000 bevallingen € 773 miljoen, waaronder € 45 miljoen voor de eerstelijnszorg (verloskundigen en kraamzorg) en € 640 miljoen voor de tweedelijns zorg (gynaecologen, klinisch verloskundigen en ander medisch personeel, zie ook figuur 3).⁸

2.3 Kenbaarheid van de zorg bij bevallingen

Bij het analyseren van de kenbaarheid van onderzoeken we wat er beschikbaar is aan informatie over goede zorg. Wat goede geboortezorg is, staat beschreven in de al eerder genoemde 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'.¹¹ Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte. De samenwerking met en/of de overdracht naar kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, huisarts en eventuele overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners horen hier ook bij. De implementatie van de zorgstandaard wordt in drie fases uitgevoerd met als ultiem doel om per januari 2020 alle elementen zoals beschreven in de zorgstandaard regionaal te hebben geïmplementeerd.

In de zorgstandaard wordt vanuit de zorgvraag en het perspectief van de zwangere vrouw voor elke fase in de zwangerschap de noodzakelijk geachte zorg en begeleiding beschreven en gekoppeld aan de beschikbare *evidence-based* kennis. Te denken valt dan aan thema's als preconceptiezorg, prenatale zorg, afspraken rondom bevalling en geboorte, en een beschrijving van de samenwerkingsstructuur die nodig is om integrale geboortezorg te doen slagen. In deze paragraaf beperken we ons bij de beschrijving van goede zorg tot twee onderdelen van het zorgtraject bevalling waarvoor de betrokken partijen mogelijke verbeterpunten hebben gesignaleerd: continue begeleiding en pijnbestrijding.

Continue begeleiding

In de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' is nader uitgewerkt welke begeleiding een zwangere tijdens de bevalling moet krijgen: "Continue begeleiding door een vertrouwd persoon, is, als de vrouw dat wil, een belangrijk onderdeel van goede zorg." De zorgstandaard onderscheidt diverse fases in de bevalling en stelt dat goede basiszorg bij de bevalling uiteindelijk uitmondt in continue een-op-een begeleiding¹¹:

- Er is regelmatig (dus nog niet continue) begeleiding vanaf het begin van de baring, dat wil zeggen bij de start van de weeën of het breken van de vliezen. De frequentie van de begeleiding wordt afgestemd op de behoefte van de zwangere en kan ook al continu zijn.
- Deze begeleiding wordt vervolgens, tijdens de eerste fase van de baring, opgeschaald tot continue begeleiding door een kraamverzorgende. Op locaties waar deze beschikbaar is, kan ook een obstetrie- en gynaecologieverpleegkundige (O&G-verpleegkundige) continue begeleiding bieden.
- Er is continue begeleiding door een verloskundig zorgverlener (verloskundige, gynaecoloog of daaraan gelijkwaardige BIG-geregistreerde) vanaf de actieve ontsluiting. Continue begeleiding eindigt doorgaans als de kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige gereed is met het assisteren bij de bevalling, ongeveer twee uur na de geboorte van de placenta (ook wel nageboorte genoemd).

In de zorgstandaard is continue begeleiding dus de norm. In 'Een goed begin' stond ook al dat een bevallende vrouw vanaf de actieve ontsluitingsfase niet alleen mag worden gelaten.¹²

Continue begeleiding is in de Nederlandse (en bijvoorbeeld ook in de Engelse) zorgstandaard voor geboortezorg opgenomen, omdat hiervan een gunstig effect op het verloop van de bevalling verwacht wordt.^{13,14} Dit lichten we in paragraaf 2.4 nader toe.

Pijnbestrijding

Volgens de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' moet de zwangere vrouw tijdens de bevalling toegang hebben tot en keuze hebben in pijnbestrijding. Vanaf 28 weken zwangerschapsduur krijgt iedere vrouw voorlichting over (omgaan met) pijn tijdens de baring en mogelijkheden voor (medicamenteuze) pijnbehandeling. Welke vorm van pijnbehandeling wordt ingezet, bepaalt de barende vrouw in goed overleg met de betrokken zorgverlener(s) volgens de principes van gedeelde besluitvorming. Hierbij wordt ook rekening gehouden met medische indicaties.¹¹

Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat het goed inrichten en ondersteunen van het voorlichtings- en besluitvormingsproces zwangere vrouwen helpt. Hierdoor zijn ze beter geïnformeerd en zijn ze zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, voelen ze zich vaker tevreden en twijfelen ze minder over hun genomen beslissing. Gedeelde besluitvorming, met name over pijn(behandeling), levert meer cliënttevredenheid op en draagt bij aan een positief beleven van de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode.^{15,16,17} Een aantal betrokken partijen (verloskundigen en patiëntenverenigingen) heeft het signaal afgegeven dat er binnen de geboortezorg in Nederland meer aandacht zou moeten zijn voor de rol van de vrouw in de besluitvorming, waarbij gedeelde besluitvorming kan bijdragen aan een keuze voor pijnbehandeling die het beste bij de zwangere vrouw past.

Voor de zwangere vrouw die zich informeert over pijnbestrijding tijdens de bevalling, is het belangrijk dat zij eenduidige informatie over medicamenteuze en niet-medicamenteuze pijnbehandelingen krijgt aangereikt. Er zijn verschillende, goed bereikbare bronnen aanwezig, die de zwangere vrouw kunnen ondersteunen in haar keuze bij pijnbehandeling tijdens de bevalling.¹⁴ Als medicamenteuze pijnbestrijding noodzakelijk of door de barende gewenst is, is epidurale pijnbestrijding de eerste keuze en zijn lachgas en opiaten alternatieven.¹⁸

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft verschillende voorlichtingsmiddelen voor de zwangere vrouw ontwikkeld, zoals de KNOV-folders 'Jouw bevalling: Hoe ga je om met pijn' en 'Jouw bevalling: Welke houding past bij jou?'. Naast deze folders legt de film 'Jouw bevalling: Hoe ga je om met pijn' aan de hand van ervaringsverhalen van zwangere en pas bevallen vrouwen uit wat baringspijn is en welke methoden er zijn om met de pijn om te gaan. Daarnaast stelt de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) online patiënteninformatie beschikbaar over pijnbestrijding bij de bevalling. Deze informatie is bijvoorbeeld te vinden via de websites deverloskundige.nl en babyopkomst.nl. Verder heeft de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) een keuzehulp 'Pijn bij de bevalling' ontwikkeld. Deze keuzehulp is op verschillende manieren te raadplegen, onder andere via de websites thuisarts.nl en kiesBeter.nl.

Helaas is er onder deze veelheid van bronnen geen enkele die compleet is. De bovenstaande opsomming van bronnen is bovendien verre van uitputtend; eenduidigheid van informatie is dan ook een utopie.

Momenteel wordt de richtlijn 'Medicamenteuze Pijnbehandeling tijdens de Bevalling' herzien en wordt naar verwachting op basis daarvan multidisciplinaire patiënteninformatie ontwikkeld.¹⁸ Daarmee zal in de nabije toekomst een naar verwachting gezaghebbende en in praktisch opzicht zo compleet mogelijke informatiebron beschikbaar komen. In een dergelijke informatiebron zou ook niet-medicamenteuze pijnbestrijding aan bod kunnen komen.

2.4 Toepassing van zorg bij bevallingen in de praktijk

Ook bij de analyse van de toepassing van de zorg bij bevallingen in de praktijk beperken we ons tot de twee onderwerpen waarvoor mogelijke verbeterpunten zijn gesignaleerd: continue begeleiding en pijnbestrijding.

¹⁴ Bijvoorbeeld via de websites www.deverloskundige.nl en www.babyopkomst.nl

Continue begeleiding

Conform de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' dient er tijdens de bevalling continue begeleiding van de barende vrouw te zijn, aangepast aan haar wensen en opgeschaald in verschillende fasen van het proces (zie paragraaf 2.3). De betrokken partijen hebben hierover tijdens de screeningsfase het volgende aangegeven:

- Met de vaststelling van de zorgstandaard is, vanaf de actieve ontsluitingsfase, continue begeleiding de norm.
- Of de norm van de zorgstandaard in de praktijk wordt toegepast, valt op basis van signalen van de veldpartijen te betwijfelen:
 - Het lang alleen zijn zonder begeleiding noemen vrouwen regelmatig als negatieve ervaring.¹⁷
 - Gespecialiseerde O&G-verpleegkundigen wijzen op verdringing van aandacht voor de begeleiding en ondersteuning van de barende vrouw door noodzakelijke aandacht voor medisch-technische handelingen en registratie, met name bij medicamenteuze pijnbehandeling. Ontoereikende personele capaciteit en de afwezigheid van gebruiksvriendelijke IT-ondersteuning spelen hierbij ook een rol. Bij de poliklinische bevalling zou de kraamverzorgende meer dan nu gebruikelijk is een rol kunnen spelen in de begeleiding van de zwangere rondom de bevalling. Daarvoor zijn wel een duidelijke afbakening van de taak en professionele verantwoordelijkheden nodig.¹⁹

De bovenstaande signalen van de partijen hebben we verder onderzocht. Hierbij viel het volgende op. De zorgstandaard baseert zich op een Cochrane-review voor bewijs dat een-op-een begeleiding leidt tot een minder negatieve langetermijnbeoordeling van de bevalling, een verminderd gebruik van pijnbestrijding, minder vaginale bevallingen met kunstverlossing en minder keizersneden. De meest recente update van de betreffende Cochrane-review bevat secundaire analyses. Die analyses laten de invloed zien van het inkomensniveau van een land en van het wel of niet mogen bijwonen van de bevalling door de vader of een andere naaste van de zwangere. Op basis van deze secundaire analyses valt te verwachten dat in de Nederlandse situatie standaardinzet van continue begeleiding vooral zal leiden tot een afname van het aantal vrouwen dat de bevalling op de lange termijn negatief beoordeelt.²⁰

Het Zorginstituut stelt vast dat continue begeleiding terecht gezien wordt als belangrijk onderdeel van de basiszorg rond de bevalling en geboorte, waarop iedere zwangere mag rekenen. Het Zorginstituut stelt ook vast dat de normen voor continue begeleiding zijn beschreven in de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'.

Pijnbestrijding

Volgens de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' heeft de vrouw toegang tot en keuze in pijnbestrijding.

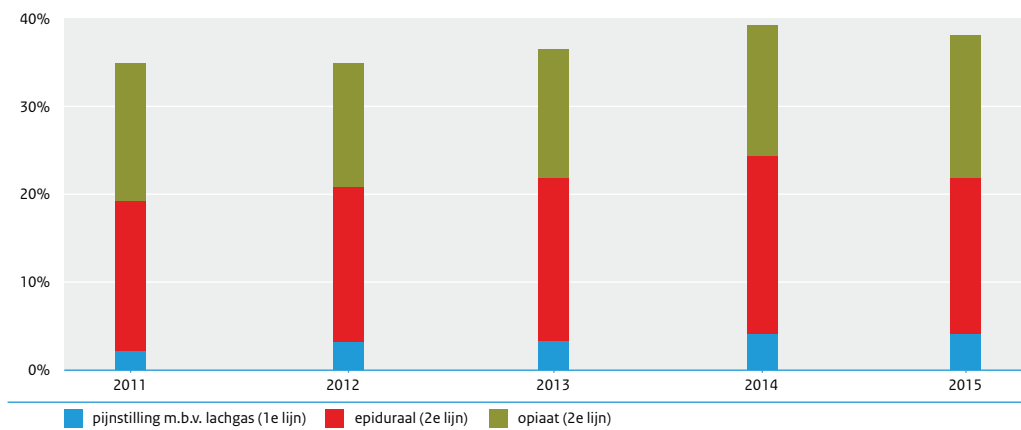
De volgende aandachtspunten zijn door betrokken partijen naar voren gebracht over de toepassing in de praktijk van pijnbestrijding bij de bevalling:

- De zwangere vrouw die informatie zoekt over pijnbestrijding tijdens de bevalling, vindt veel tegenstrijdige informatie. Informatie over bevallen en pijn en pijnbehandeling wordt gefragmenteerd aan de zwangere aangeboden. Partijen hebben elk hun eigen voorlichtingsmateriaal en ook op de sites van ziekenhuizen wordt informatie geboden. De aangeboden informatie is niet eenduidig en ongewenste neveneffecten worden onderbelicht.
- Pijnbestrijding gaat nog steeds gepaard met de perceptie 'bevalling in het ziekenhuis'. Dit vertroebelt het keuzeproces van de vrouw om eventueel ook voor niet-medicamenteuze vormen van pijnbestrijding te kiezen, zoals bijvoorbeeld steriele waterinjecties, massage, aromatherapie, acupressuur en acupunctuur.
- Er moet meer aandacht zijn voor de rol van de vrouw in de besluitvorming waarbij gedeelde besluitvorming kan bijdragen aan een keuze voor pijnbehandeling die het beste bij de zwangere vrouw past.

Onderzoek naar toepassing in de praktijk van pijnbestrijding bij de bevalling laat het volgende zien:

- Uit een onderzoek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) onder 273 vrouwen blijkt dat vrouwen overwegend (80 procent) tevreden zijn met de voorlichting over pijnbestrijding die zij ontvangen van de verloskundige, de gynaecoloog en/of de docent van de zwangerschapskursus.²¹ Opvallend was dat 5 procent van de zwangeren in dit onderzoek alleen negatieve informatie over pijnbestrijding ontving.
- Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 75 procent van de vrouwen tevreden of zeer tevreden was over de toegepaste pijnbestrijding. De belangrijkste redenen voor ontevredenheid waren onvoldoende of te laatwerkende pijnbestrijding en/of de bijwerkingen van pijnbestrijding.
- Over de toepassing van pijnbestrijding in de praktijk zijn ook cijfers bekend uit de perinatale registraties.⁷ Bij 58.000 (38 procent) van de 155.000 vrouwen die in 2015 vaginaal bevielen werd pijnbestrijding toegepast. Pijnbestrijding, met name in de eerste lijn en epiduraal, vond absoluut en relatief vaker plaats bij de eerste bevalling (53 procent van 70.000) in vergelijking met latere bevallingen (26 procent van 85.000 bevallingen). Figuur 5 laat zien dat er in de periode 2011-2015 een stijging was in het gebruik van pijnstilling met behulp van lachgas en van epidurale pijnbestrijding. In dezelfde periode daalde de pijnbestrijding met opiaten zoals morfine. In totaal steeg het aandeel bevallingen met medicamenteuze pijnbestrijding licht.
- Ten slotte laat een NIVEL-onderzoek zien dat 2 procent van de vrouwen dat thuis wilde bevallen en 40 procent van de vrouwen dat in het ziekenhuis wilde bevallen, van tevoren hadden gekozen voor de toepassing van medicamenteuze pijnbehandeling.²¹ Deze uitkomst toont aan dat zwangeren over het algemeen goed doorhebben dat medicamenteuze behandeling alleen in het ziekenhuis kan worden toegepast.

Figuur 5. De ontwikkeling in verschillende vormen van pijnbestrijding als percentage van het aantal bevallingen



Bron: Perined, Jaarboeken 2011-2015

Het Zorginstituut constateert dat ook pijnbestrijding terecht gezien wordt als belangrijk onderdeel van de basiszorg rond de bevalling en geboorte, waarop iedere zwangere mag rekenen. Het Zorginstituut stelt ook vast dat de normen voor pijnbestrijding zijn beschreven in de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'. Uit onderzoek komt naar voren dat vrouwen in grote mate tevreden zijn over de voorlichting over pijnbestrijding. Begeleiding bij de omgang met pijn vormt onderdeel van kwalitatief goede zorg bij de bevalling. Een groot gedeelte van de berende vrouwen maakt daarbij gebruik van medicamenteuze pijnbestrijding.

2.5

Onderwerpen in zorgtraject bevalling komen niet in aanmerking voor verdieping

Na de verkenning van het zorgtraject bevalling en het nadere onderzoek naar continue begeleiding en pijnbestrijding kan aan het eind van de screeningsfase de volgende conclusie worden getrokken: continue begeleiding en pijnbestrijding, die beide onderdeel zijn van de basiszorg rond bevalling en geboorte, zullen in de verdiepingsfase **niet** nader onderzocht worden.

Voor beide onderwerpen geldt dat ze zijn opgenomen in de onlangs vastgestelde 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat de betrokken veldpartijen continue begeleiding en pijnbestrijding tijdens de eerste fase van implementatie van de zorgstandaard in de praktijk zullen implementeren.

Voor pijnbestrijding geldt bovendien dat op dit moment gewerkt wordt aan een herziene multidisciplinaire richtlijn 'Medicamenteuze Pijnbehandeling tijdens de Bevalling'. We zijn van mening dat deze richtlijn ook zou kunnen ingaan op niet-medicamenteuze pijnbestrijding en we verwachten dat op basis van de richtlijn ook een patiëntenversie ontwikkeld wordt. Deze patiëntenversie zal de kwaliteit van de voorlichting en de rol van de zwangere vrouw in het samen beslissen over pijnbestrijding borgen. We verwachten dat deze documenten te zijner tijd aangeboden worden aan het Register van het Zorginstituut.

Als daar in de toekomst aanleiding toe is, zal het Zorginstituut de toepassing van deze belangrijke onderdelen van basiszorg rond bevalling en geboorte alsnog nader onderzoeken.

3. Zorgtraject bij afwijkende cervixcytologie

De screening van het zorgtraject bij afwijkende cervixcytologie laat zien dat er mogelijk sprake is van overbehandeling van vrouwen bij wie afwijkingen in de structuur van het baarmoederweefsel van klasse CIN 1 of CIN 2 is geconstateerd.

Overbehandeling kan gevolgen voor toekomstige zwangerschappen hebben. Bovendien zullen er door de nieuwe opzet van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker veel meer vrouwen, waarvan een groot deel in de vruchtbare levensfase is, naar de gynaecoloog worden doorverwezen. Daarom komen we in dit hoofdstuk tot de conclusie dat we in de verdiepingsfase willen onderzoeken of er inderdaad sprake is van overbehandeling en hoe dit eventueel te voorkomen is.

3.1 Hoe ziet het zorgtraject bij afwijkende cervixcytologie eruit?

Vrouwen in de leeftijd van 30 tot en met 60 jaar worden uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek (BVO) naar baarmoederhalskanker, ook wel cervixcarcinoom genoemd. Zij laten daarvoor een uitstrijkje maken bij hun huisarts. Sinds januari 2017 is er een vernieuwd BVO. Waar voorheen vrouwen gescreend werden op afwijkende cellen van de baarmoederhals, worden ze nu als eerste gescreend op de aanwezigheid van het Humaan Papillomavirus (HPV). Bij vrouwen die HPV-positief testen wordt ook gekeken naar afwijkende cellen (cytologie). Cytologisch onderzoek kan worden verricht met het materiaal van hetzelfde uitstrijkje.

HPV is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van cervixcarcinoom: 70 procent van alle cervixcarcinomen wordt veroorzaakt door HPV.^{22,23} Daar staat tegenover dat de kans dat een HPV-infectie uiteindelijk cervixcarcinoom zal veroorzaken kleiner dan 1 procent is.²² HPV-infecties zijn veelvoorkomend, het virus wordt overgedragen door seksueel contact en nagenoeg alle mannen en vrouwen worden er in hun leven een keer mee besmet. De infectie is doorgaans symptomeloos en wordt bij 8 van de 10 mensen door het lichaam opgeruimd.

Een langdurige HPV-infectie kan, na ongeveer 15 jaar in het lichaam aanwezig te zijn, cervixcarcinoom veroorzaken. Jonge vrouwen zijn het vaakst HPV-positief (19 van de 100 vrouwen tussen de 29-33 jaar). Bij oudere vrouwen is dragerschap lager (4 van de 100 vrouwen tussen 59-63 jaar).²⁴ Afhankelijk van de ernst van de cytologische afwijkingen (ingedeeld in PAP-klassen) wordt een vrouw verwezen naar een gynaecoloog voor nader (invasief) onderzoek van de baarmoedermond (colposcopie). Colposcopie is een kijkonderzoek en maakt gebruik van een aangepaste microscoop. Tijdens colposcopie kan een biopsie worden genomen voor onderzoek naar weefselafwijkingen (dysplasie). Dysplasie van de baarmoederhals wordt geclassificeerd in drie CIN-klassen (CIN staat voor 'Cervicale Intra-epitheliale Neoplasie') die lopen van CIN 1 (geringe dysplasie) tot CIN 3 (ernstige dysplasie).

Vrouwen worden op basis van CIN-klasse wel of niet behandeld:

- Vrouwen met CIN 1 worden in principe niet behandeld vanwege de hoge kans op spontaan herstel (regressie) van de dysplasie.
- Bij vrouwen met CIN 2 bestaat er ook nog kans op regressie. Omdat behandeling risico op complicaties heeft, wordt er op basis van individuele factoren (bijvoorbeeld of de vrouw in de vruchtbare levensfase zit) een afweging gemaakt om al dan niet te behandelen.
- Bij CIN 3 wordt aanbevolen om wel te behandelen omdat het risico van complicaties van de behandeling opwegen tegen de kans op progressie naar cervixcarcinoom.²⁵

Volgens de richtlijn is 'lisexcisie' de voorkeursbehandeling van hooggradige CIN. Hierbij wordt het "afwijkende gebied van de cervix verwijderd met een elektrisch verwarmd metaal lusje".²⁵

3.2 Aantal patiënten, ziektelast en kosten

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 700.000 vrouwen (van de ruim 3,6 miljoen vrouwen tussen de 30 en 60 jaar oud) uitgenodigd om deel te nemen aan het BVO naar cervixcarcinoom.²⁶ Het aantal vrouwen dat hieraan deelneemt, was tussen 2011 en 2015 stabiel: tussen de 64 en de 66 procent.²⁷

DIS, het informatiesysteem voor diagnosebehandelcombinaties (DBC's), laat zien dat er in 2014 ongeveer 55.000 vrouwen onderzoek of een behandeling kregen onder de gynaecologische DBC 'Cervixafwijkingen inclusief afwijkende cervixcytologie' (hierna DBC Cervixafwijkingen).²⁸ Ongeveer 8.000 vrouwen daarvan kwamen via het BVO.²⁷ Van de totale groep van 55.000 vrouwen was ongeveer 31 procent tussen de 30 en 40 jaar oud en ongeveer 15 procent tussen de 18 en 30 jaar oud.²⁹ Bijna de helft van de 55.000 vrouwen die door een gynaecoloog werden gezien, onderzocht of behandeld zaten dus in de vruchtbare levensfase.

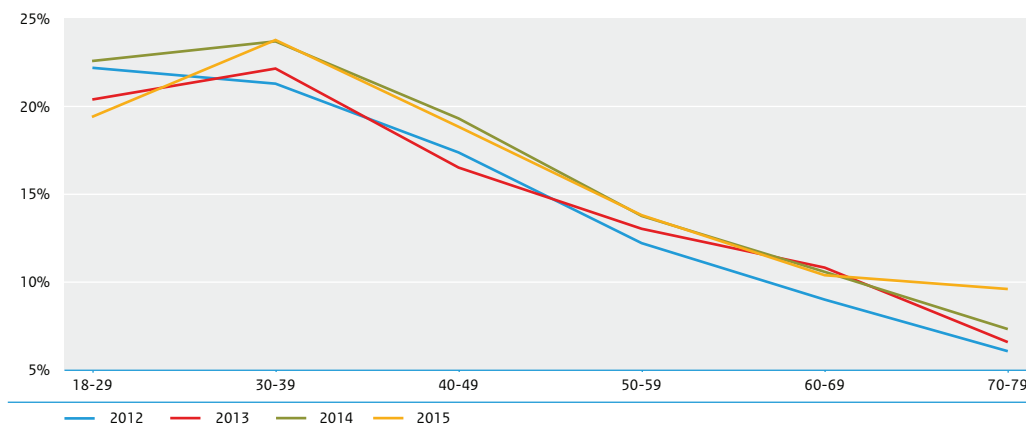
Het Erasmus MC heeft berekend dat door invoering van het nieuwe BVO ruim 10.000 vrouwen meer per jaar zullen worden doorverwezen naar de tweede lijn (de gynaecoloog), bovenop de huidige kleine 8.000 vrouwen. Dit is een stijging van 131 procent, en is "grotendeels te wijten aan een stijging in het aantal verwezen vrouwen zonder afwijking en met laaggradige CIN".³⁰

In 2014 werd onder de DBC Cervixafwijkingen bij ruim 11.000 vrouwen een operatie uitgevoerd, voor het merendeel lisexcisies. Dit komt neer op 20 procent van de vrouwen die onder deze DBC door de gynaecoloog werden gezien.²⁸ In het aantal en het percentage lisexcisies dat door de verschillende ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra onder de bovengenoemde DBC wordt uitgevoerd, blijkt op basis van DIS-data veel praktijkvariatie te zijn. Het percentage lisexcisies varieerde in 2014 van 8,1 procent tot 41,4 procent (na exclusie van de klinieken met een klein aantal, minder dan 100, DBC's Cervixafwijkingen).²⁹

De totale kosten van de DBC's Cervixafwijkingen bedroegen in 2014 ongeveer € 36 miljoen, waarvan ruim € 15 miljoen voor de zorgtrajecten met lisexcisie.²⁹ De verwachte stijging van verwijzingen naar de gynaecoloog, de verwachte toename van het aantal colposcopieën en de daarmee verwachte toename van behandelingen zullen extra kosten met zich meebrengen.

Als we kijken naar het percentage lisexcisies per leeftijdscategorie binnen de DBC Cervixafwijkingen, zien we dat vrouwen tussen 30 en 40 jaar het vaakst een lisexcisie krijgen (figuur 6). Ook zien we dat er tussen 2012 en 2014 een toename is in het aantal lisexcisies, van bijna 17 procent in 2012-2013 tot ruim 18 procent in 2014-2015. Dit correspondeert met een lichte stijging in het aantal lisexcisies in de BVO-leeftijdscategorie 30-60 jaar: van 8.214 lisexcisies in 2012 naar 8.452 lisexcisies in 2014.²⁹

Figuur 6. Trend in lisexcisies naar leeftijdscategorie als percentage van aantal DBC's Cervixafwijkingen, 2012-2015



Bron: Zorginstituut Nederland op basis van declaratiegegevens van zorgaanbieders, verstrekt door de NZa

3.3 Kenbaarheid van de zorg bij afwijkende cervixcytologie

Met de verwachte toegenomen belasting van de tweede lijn is het van belang dat gynaecologen een duidelijke, begrijpelijke richtlijn hebben en die ook volgen. De richtlijn 'CIN, AIS en VAIN' die de beroepsverenigingen van de gynaecologen, pathologen en microbiologen (NVOG/NVVP/NVVM) hebben gemaakt, stelt dat de gynaecoloog "verantwoordelijk (is) voor de intake, de uitvoering van de noodzakelijke vervolgdagnostiek en de behandeling".²⁵ De richtlijn beschrijft ook wanneer behandeling is aanbevolen en hoe deze wordt uitgevoerd.

Bij CIN 2 dient men rekening te houden met de vraag of de vrouw in de vruchtbare levensfase zit, vanwege mogelijke complicaties van de behandeling. Hoewel lisexcisie "minimaal invasief is", kan deze behandeling wel gevolgen hebben voor de vrouw.²⁵ Door vorming van littekenweefsel kan diagnostiek in de toekomst namelijk bemoeilijkt worden. Ook zijn er aanwijzingen dat een lisexcisie, ongeacht bij welke CIN deze is uitgevoerd, de kans op vroeggeboorte verhoogt; meerdere lisexcisies verdrievoudigen de kans op vroeggeboorte.^{25,31,32,33} Liexcisies worden ook geassocieerd met een laag geboortegewicht en zwangerschapscomplicaties, zoals spontane abortus en het vroegtijdig breken van de vliezen.^{32,34,35} Bij vrouwen met een CIN 2 moet men daarom kritisch zijn om wel of niet te behandelen. Een behandeling is nooit zonder risico's of kosten: deze moet voor de vrouw zinnig zijn en niet gedaan worden 'voor de zekerheid'.

Voor de vrouw is het belangrijk om te weten welk onderzoek er gedaan wordt en wat de uitslag voor haar betekent. Het dragen van HPV en het hebben van laaggradige CIN (CIN 1 of CIN 2) betekent niet automatisch dat je cervixcarcinoom of kanker hebt. Dit verschil moet duidelijk zijn om onnodige zorgen te voorkomen.

Het al dan niet behandelen is (altijd) gedeelde besluitvorming. De vrouw moet daarom ook op de hoogte zijn van de risico's en complicaties die verbonden zijn aan een behandeling, zeker als ze door angst of onrust over afwijkende cellen en dragerschap van de belangrijkste risicofactor van het ontstaan van cervixcarcinoom, HPV, vraagt om de afwijking 'voor de zekerheid' maar weg te halen. Het RIVM biedt duidelijke en goed vindbare informatie voor de vrouw, zowel online als schriftelijk bij de uitnodiging voor het BVO.

3.4 Toepassing van zorg bij afwijkende cervixcytologie in de praktijk

Het BVO monitoringsrapport van het Erasmus MC van 2015 beschrijft dat onder vrouwen die zich bij de gynaecoloog melden naar aanleiding van de uitslag van het BVO, het aandeel van CIN 1- en CIN 2-afwijkingen sinds 2006 licht is toegenomen.²⁷ Ook wordt beschreven dat er sinds 2007 een lichte stijging is van het aantal vrouwen dat naar de gynaecoloog verwezen wordt naar aanleiding van het tweede uitstrijkje, als vervolg op het BVO. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er sinds 2007 steeds vaker op HPV getest wordt. Kennis van de HPV-status van de vrouw lijkt de cytologische beoordeling te beïnvloeden. Cytologie wordt vaker als afwijkend beoordeeld wanneer bekend is dat de vrouw HPV-positief is dan wanneer de HPV-status onbekend is.^{27,36,37} Kennis van HPV-dragerschap kan ook het oordeel van de huisarts beïnvloeden om een vrouw (bij twijfel toch maar) naar de gynaecoloog te verwijzen.

De Gezondheidsraad waarschuwt in zijn rapport 'Screening op baarmoederhalskanker' voor overdiagnose van regressieve CIN 2 en beschrijft dat er in een Italiaans onderzoek bij jongere vrouwen relatief vaak klinisch niet-relevante CIN 2 met HPV-onderzoek is ontdekt en behandeld.³⁸ De NVOG/NVVP/NVVM-richtlijn beschrijft ook dat is aangetoond dat "de mate van overbehandeling relatief hoog is bij laaggradige cytologische afwijkingen".^{39,40}

In Nederland is er veel praktijkvariatie in het aantal en het percentage liexcisies die gedaan worden onder de DBC Cervixafwijkingen. In de bovenstaande analyses was het onbekend bij welke CIN-classificatie de liexcisies zijn uitgevoerd, of er naar HPV-dragerschap is gekeken en hoe lang de vrouw al onder controle was bij de gynaecoloog. Wat wel zichtbaar is, is dat klinieken al jarenlang in behandeling veel van elkaar afwijken. In het kader van kenbaarheid van de zorg is de vraag hoe klinieken weten of ze te veel of juist te weinig behandelen. Dit is een kennislacune van de gynaecologische beroepsgroep. Het vaker opsporen en behandelen van cervixcarcinoom is het gewenste effect van het nieuwe BVO. Er bestaat echter geen behandelingsnorm voor het aantal of percentage liexcisies bij afwijkende cervixcytologie.

Over de kenbaarheid van de richtlijn 'CIN, AIS en VAIN' van de NVOG/NVVP/NVVM kregen wij tijdens de tweede bijeenkomst met de uitgenodigde partijen het signaal van de gynaecologen dat de richtlijn in de praktijk onvoldoende bekend is.³ Het is uiteraard in het belang van de vrouw dat haar behandelaar op de hoogte is van de nieuwe werkwijze. Door de toegankelijkheid van informatie over het nieuwe BVO is de kans groot dat de patiënt goed geïnformeerd is wanneer ze bij de gynaecoloog komt. De gynaecoloog moet dan in staat zijn om uitleg, geruststelling en een adequate behandeling te bieden.

3.3 **Onderwerp voor verdieping: mogelijke overbehandeling van vrouwen met laaggradige CIN**

Voor de kenbaarheid van de NVOG/NVVP/NVVM-richtlijn over de werkwijze van het nieuwe BVO lijkt er in het kader van Zinnige Zorg geen rol te zijn voor het Zorginstituut. Evaluatie van de beschikbare informatie voor zowel de patiënt als de gynaecoloog laat zien dat er genoeg duidelijke en toegankelijke informatie is. Het is aan de patiënten en de beroepsgroep zelf om zich deze informatie eigen te maken.

Het onderwerp waarmee we wel verder willen gaan in de verdiepingsfase, is de mogelijke overbehandeling van vrouwen met laaggradige CIN (CIN 1 en CIN 2). De redenen hiervoor zijn:

- Er bestaat grote praktijkvariatie in het aantal en het percentage operaties (merendeels lixexcisies) die de verschillende ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra uitvoeren.
- Er is geen behandelingsnorm waardoor het moeilijk is om te zeggen of er wordt afgeweken van wat goede zorg is (niet te veel en niet te weinig behandelen). In de screeningsfase kwam een licht stijgende trend in aantal behandelingen naar voren. Door het vernieuwde BVO zal het aantal verwijzingen naar de gynaecoloog fors toenemen waardoor er meer vrouwen het risico lopen op een behandeling die niet nodig is.

4. Zorgtraject bekkenbodemplachten

Een klachtenvrije bekkenbodem is voor alle vrouwen van belang voor onbelemmerd functioneren. Door zwangerschap, bevalling en/of ouder worden kan de bekkenbodem beschadigd raken waardoor bekkenbodemplachten ontstaan. Welke specifieke factoren ten grondslag van bekkenbodemplachten liggen, is onduidelijk.

In dit hoofdstuk laten we zien dat het complete zorgtraject bekkenbodemplachten met uitzondering van het bekkenpijnsyndroom voor verdieping in aanmerking komt. Uit de screening blijkt dat klachten van de bekkenbodem grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van vrouwen. Daarnaast weten vrouwen niet welke (para)medische mogelijkheden voor klachtenverlichting er zijn. Ook is er sprake van een grote praktijkvariatie in de behandeling van prolaps (verzakking). Dit zijn de redenen om te kiezen voor het onderwerp bekkenbodemplachten.

4.1 Hoe ziet het zorgtraject bekkenbodemplachten eruit?

Urine-incontinentie, perineumpijn, pijn bij het vrijen en verzakingsklachten (ook wel prolapsklachten genoemd) zijn de meest voorkomende bekkenbodemplachten. Prolapsklachten zijn vaak atypisch en bestaan uit een zeurend, zwaar gevoel in de onderbuik en/of lage rug die in de loop van de dag kunnen verergeren. Bij ernstige vormen kan de verzakking zich ook buiten het lichaam bevinden. Dit beperkt dagelijkse bezigheden (zoals fietsen en zitten), kan de toiletgang bemoeilijken (ontlasten en urineren) en wordt als hinderlijk ervaren. Veel klachten aan de bekkenbodem ontstaan na een vaginale bevalling, maar ook alleen veroudering kan een rol spelen.^{41,42}

Vrouwen zoeken weinig medische hulp voor deze bekkenbodemproblemen.^{41,43} Wanneer (na de bevalling) klachten optreden, is de huisarts normaliter de eerst aangewezen zorgverlener met wie de problemen kunnen worden besproken. Vaak blijkt echter dat vrouwen in het geval van bekkenbodemproblemen niet naar de huisarts gaan. De klachten worden ervaren als iets wat 'erbij hoort'; er rust als het ware een taboe op het onderwerp.⁴³ Het signaal van de betrokken partijen dat meer vrouwen bekkenbodemproblemen ervaren als gevolg van zwangerschap en bevalling dan er bekend zijn bij de huisarts, sluit hierbij aan.

Als een vrouw met bekkenbodemplachten de huisarts consulteert en de diagnose wordt gesteld, dan is zelfstandig (na instructie van de huisarts of praktijkondersteuner en met ondersteunend materiaal van bijvoorbeeld *Thuisarts.nl*) oefenen van de bekkenbodem de eerste stap van de behandeling.^{44,45,46} Bij (toenemende) pijnklachten en beperkingen in activiteiten tijdens de zwangerschap (of tot negen maanden na de bevalling) krijgt de vrouw bekkenfysiotherapie. Deze behandeling laat zich leiden door de directe hulpvraag van de vrouw en is gericht op het verbeteren van de zelfredzaamheid.⁴⁷ Fysiotherapiebehandelingen van bekkenbodemplachten (zoals stress urine-incontinentie) die niet direct volgen op een zwangerschap, bestaan uit het oefenen van de bekkenbodemspieren in combinatie met het geven van voorlichting. Wanneer dit onvoldoende resultaten geeft, kan de vrouw desgewenst een pessarium aangemeten krijgen of worden doorverwezen voor chirurgie.^{44,46,48} In het geval van prolapsklachten krijgt de vrouw bij voorkeur eerst bekkenfysiotherapie aangeboden en/of een pessarium aangemeten. In tweede instantie wordt chirurgie overwogen. Het volgen van de voorkeuren van de vrouw bij de keuze van de behandeling wordt sterk aanbevolen.^{45,49,50,51}

4.2 Aantal patiënten, ziektelast, kosten

Bekende risicofactoren voor het ontstaan van bekkenbodemplachten zijn het doormaken van zwangerschap(en) en bevalling(en) en ouder worden.^{41,52,53,54} Een groot aantal vrouwen komt vroeg of laat in aanraking met deze klachten. In de afgelopen jaren declareerden gynaecologen jaarlijks ongeveer 55.000 DBC's voor incontinentie of prolaps.⁵⁵

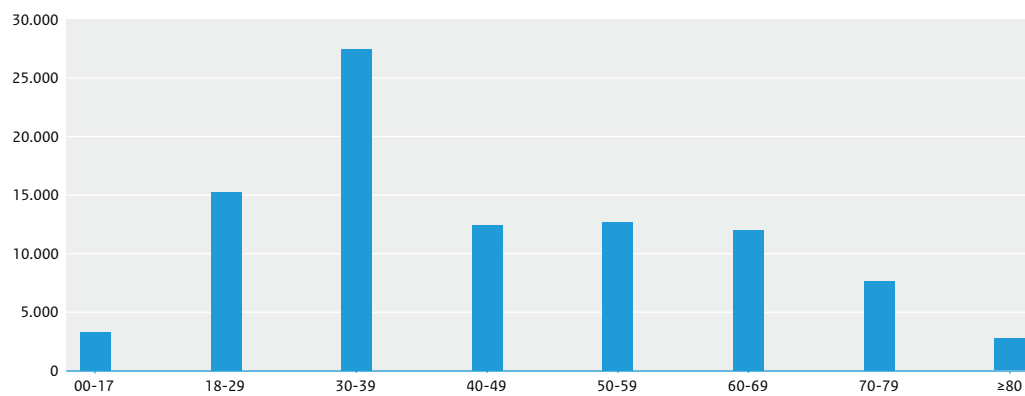
Aantal patiënten

In Nederland ondervinden 3 van de 4 vrouwen bekkenbodemplachade bij een vaginale bevalling.^{41,54} In 2015 bevielen bijna 167.000 vrouwen, waarvan 83 procent vaginale bevallingen betrof.⁵ Zichtbare schade aan

het perineum komt voor bij meer dan 60 procent van vrouwen die voor het eerst bevallen. Het aandeel van (sub)totaalrupturen hierin is 2 tot 4 procent.⁷

In 2015 werden ruim 27.500 vrouwen tussen de 30-39 jaar behandeld voor bekkenbodemplachten met bekkenfysiotherapie. Dit beslaat bijna 30 procent van alle met bekkenfysiotherapie behandelde vrouwen in dat jaar.⁵⁶ In de leeftijdsklasse 40-49 jaar daalde dit aantal tot 12.500 vrouwen per jaar; het aantal voor de volgende twee leeftijdsklassen (40-49 en 50-59 jaar) blijft gelijk (figuur 7).

Figuur 7. Aantal patiënten met bekkenfysiotherapiebehandeling per leeftijdscategorie, 2015



Bron: Zorginstituut Nederland o.b.v. declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis

Urine-incontinentie

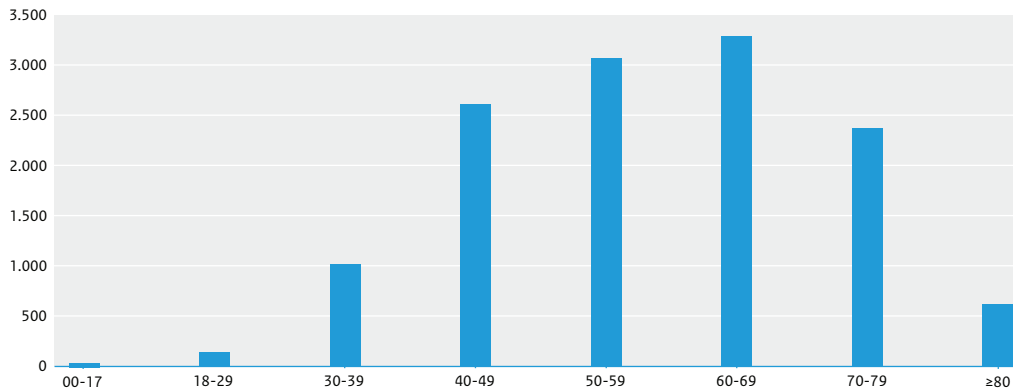
Gemiddeld komt urine-incontinentie in de huisartspraktijk bij ruim 17 per 1000 vrouwen per jaar voor. Op basis van de NIVEL zorgregistratie zien we dat het voorkomen van urine-incontinentie bij vrouwen toeneemt met de leeftijd. Bij vrouwen onder de 44 jaar is dit het laagst: 11 per 1000 vrouwen per jaar. Bij vrouwen tussen de 45 en 65 jaar stijgt het aantal gevallen van urine-incontinentie naar 28 per 1000 vrouwen per jaar.⁴⁶ In de standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' (2015) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) worden twee steekproeven uit de algemene bevolking beschreven waarin naar ongewild urineverlies is gevraagd (n=1905 en n=4650).⁴⁶ Uit deze steekproeven blijkt dat 29 procent tot ruim 55 procent van de vrouwelijke respondenten urine-incontinentie heeft. Als we de cijfers van de zorgregistratie en de steekproeven met elkaar in vergelijken, suggereren deze dat een groot deel van de vrouwen met urine-incontinentieklachten niet bekend is bij de huisarts.

Prolaps

Meer dan 40 procent van de vrouwen boven de 40 jaar heeft een prolaps.⁴⁴ Een groot aantal van deze vrouwen ervaart hier klachten van zoals een zwaar gevoel in de onderbuik, lage rugklachten, klachten bij het plassen en de ontlasting, en het zien en/of voelen van een vaginale uitstulping.⁵⁸ De kans op een prolapsoperatie gedurende een vrouwenleven ligt tussen de 11 en 18 procent. Ook is er een grote kans op een tweede operatie in verband met een recidief.⁵⁹

Uit de declaratiedata blijkt dat in vergelijking met jongere vrouwen het aantal operaties voor prolaps en incontinentieklachten in 2015 sterk toeneemt in de leeftijdscategorie 40-49 (figuur 8).

Figuur 8. Aantal prolapsoperaties per leeftijdscategorie, 2015 (NB, andere verticale as dan figuur 7).



Bron: Zorginstituut Nederland o.b.v. declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis

Ziektebelasting

Uit patiëntgericht onderzoek blijkt dat vrouwen een grote ziektebelasting van bekkenbodemschade onderkennen.⁴³ Urine-incontinentie vermindert de kwaliteit van leven en leidt tot angst, frustratie, verminderde lichamelijke en sociale activiteiten en seksuele problemen.⁶⁰ In de eerste twee weken na de bevalling komt bij 40 procent van de vrouwen perineumpijn voor en 9 procent heeft ook na drie maanden nog altijd pijn. Van de vrouwen die zijn bevallen, ervaart 60 procent 3 maanden na de bevalling problemen met de seksualiteit. Het betreft dan vaak pijn bij het vrijen. Na 3 jaar daalt dit percentage tot 15 procent.^{41,60,61,62}

Vrouwen zoeken weinig medische hulp voor deze bekkenbodemp Problemen.^{41,43} Ook geven ze aan dat ze niet waren voorbereid op deze klachten en zich overvallen voelen door de pijn en het ongemak na de bevalling. De klachten worden ervaren als iets wat 'erbij hoort', niet als een medische aangelegenheid. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat vrouwen ervan uitgaan dat de klachten na verloop van tijd spontaan verdwijnen. Uit dezelfde kwalitatieve studie blijkt verder dat (jonge) moeders ervaren dat ze nauwelijks tijd hebben om bij hun eigen problemen en klachten stil te staan omdat hun pasgeborene alle zorg en aandacht nodig heeft. Ook hulpverleners richten zich vaak vooral op de gezondheid van de pasgeborene en staan minder stil bij mogelijke klachten van de moeder. Deze bevindingen bevestigen het signaal van de betrokken partijen dat het aantal bekende gevallen van bekkenbodemp Problemen niet overeen komt met het aantal werkelijke gevallen.

Kosten

In 2015 declareerden ruim 93.000 vrouwen iets meer dan 270.000 bekkenfysiotherapiebehandelingen.⁵⁶ Uit de database blijkt dat onder meer 76.700 urine-incontinentiebehandelingen zijn gedeclareerd. Alleen in geval van urine-incontinentie wordt deze behandeling vergoed uit de basisverzekering, tot een maximum van 9 behandelingen. Uit de declaratiedata blijkt dat ruim 71 procent van deze urine-incontinentiebehandelingen (voornamelijk declaratiecode 6486) zijn vergoed uit de basisverzekering (voor ongeveer € 2,25 miljoen) en de overige 30 procent uit de aanvullende verzekering. Eventueel zelf bekostigde, niet aanvullend verzekerde, behandelingen (vanaf de tiende behandeling), ontbreken in dit overzicht.

Bij bekkenfysiotherapie gecodeerd met codes voor gynaecologie (declaratiecode 6089, 6489) zien we een ander beeld. Bij ruim 99,5 procent van alle ongeveer 86.000 behandelingen van gynaecologische aandoeningen werd de behandeling bekostigd uit de aanvullend verzekerde zorg, voor in totaal € 3,5 miljoen. Omdat het hier om niet verzekerde zorg gaat, is het niet duidelijk hoeveel behandelingen direct door de patiënt zijn betaald. Het werkelijke aantal behandelingen voor bekkenfysiotherapie voor gynaecologische problemen kan dus hoger liggen.

In de top 10 van meest voorkomende gynaecologische diagnoses staat "Incontinentie/Prolaps (G25)" (zie figuur 4 op pagina 13) op de tweede plaats. De bijbehorende in 2015 gedeclareerde omzet is tot nu toe 50 miljoen euro.⁶³

4.3 Kenbaarheid van de zorg bij bekkenbodemplachten

In verschillende richtlijnen is beschreven wat goede zorg is bij bekkenbodemplachten. Met name de medisch-wetenschappelijke en paramedische beroepsverenigingen beschrijven bekkenbodemplachten in hun richtlijnen. De richtlijnen betreffen:

- de preventie van bekkenbodemplachten rondom de zwangerschap/bevalling;
- de behandeling van urine-incontinentie en
- de behandeling van prolaps.

Bij de totstandkoming van de richtlijnen zijn aanpalende beroepsgroepen betrokken en om autorisatie gevraagd.

Professionele kenbaarheid

Behandeling of preventie van bekkenbodemplachten als gevolg van zwangerschap maakt voornamelijk geen onderdeel uit van de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg'. De zorgstandaard verwijst wel naar de NVOG-richtlijn 'Totaalruptuur' als relevant document.⁶⁴ Ook wordt perineumschade in de zorgstandaard genoemd als onderdeel van een samengestelde indicator waarmee ongewenste uitkomsten worden gemeten (de *Adverse Outcome Indicator-5*).

De richtlijn 'Totaalruptuur' vermeldt dat bekkenbodemplachten is te beperken door training van de bekkenbodemspieren, zowel tijdens de zwangerschap als na de bevalling. In de richtlijn worden ook twee methodes beschreven ter preventie van bekkenbodemplachten. Volgens de eerste methode, het 'perineum beschermingsprogramma', kan het trainen van zorgverleners in interventies tijdens de laatste fase van de uitdrijving mogelijk een preventief effect hebben op het optreden van totaalrupturen. Hierbij dient dan wel de gehele keten van verloskundige hulpverleners te worden getraind.⁶⁵ In de richtlijn wordt aanbevolen om het gebruik van deze methode breder te verspreiden, ook al is niet duidelijk welk deel van deze methode precies leidt tot de afname van het risico op totaalruptuur. De tweede beschreven methode is het toepassen van warme kompressen tijdens de bevalling. Ondanks dat een gunstig effect op het voorkomen van een totaalruptuur is beschreven, is het onduidelijk of dit komt door het effect van de warmte, de perineale ondersteuning of een combinatie van beide factoren. Het toepassen van deze methode wordt door de richtlijn niet aanbevolen.

Voor de behandeling van bekkengerelateerde klachten (waaronder bekkenbodemplachten) zijn twee paramedische richtlijnen beschikbaar.^{66,67} Beide richtlijnen zijn bedoeld voor (bekken)fysiotherapeuten in de eerste en tweede lijn en bevatten een aanpak voor zwangerschapsgelateerde bekkenpijn en urine-incontinentie. In beide richtlijnen staat het oefenen van de spieren rondom en gerelateerd aan de bekkenbodemplachten centraal.

Opmerkelijk is dat de richtlijn voor zwangerschapsgelateerde bekkenpijn vermeldt dat tijdens een normale zwangerschap tussenkomst van een fysiotherapeut niet nodig is: "Ter instandhouding en/of verbetering van de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen is de verloskundige de eerst aangewezen persoon."⁶⁶ Pas wanneer er een actieve hulpvraag is en/of er sprake is van toenemende pijn en beperkingen in activiteiten, is er een indicatie voor fysiotherapie. De fysiotherapeutische behandeling is dan gericht op informeren over het beloop en het verbeteren van de zelfredzaamheid van de vrouw.

Ter verantwoording van de richtlijn verwijzen de ontwikkelaars naar studies die zijn uitgevoerd in het begin van deze eeuw. Uit deze studies blijkt dat het niet aannemelijk is dat oefentherapie tijdens de zwangerschap effectief is. Ze vinden het wel aannemelijk dat fysiotherapeutische behandeling kort na de bevalling effectief is. Dit omvat zelfmanagement, *graded exposure*-technieken en stabiliserende oefeningen van de buikspieren.^v

Voor urine-incontinentie bestaan er (multidisciplinaire) richtlijnen met respectievelijk medisch specialisten, fysiotherapeuten en huisartsen als penvoerder.^{44,46,68,67} Bij alle richtlijnen is actief afstemming gezocht

^v *Graded exposure is een cognitief gedragsmatige behandelstrategie toegepast bij de behandeling van patiënten met pijn in het houdings- en bewegingsapparaat waarbij de angst voor bewegen of andere gevolgen van pijn sterk verhoogd is.*

met de relevante professionals. De NHG-standaard ‘Incontinentie voor urine bij vrouwen’ beschrijft een stapsgewijze aanpak. Deze aanpak begint met oefeningen voor de bekkenbodempom of het dragen van een pessarium voor (stress)incontinentie. Bij ernstige klachten die het dagelijks leven ernstig hinderen, is chirurgie de laatste optie. Criteria waarmee kan worden bepaald of de vrouw in aanmerking komt voor de volgende stap, staan in de richtlijn en helpen bij het maken van een onderbouwde keuze. De richtlijn maakt geen onderscheid in een behandelstappenplan voor jonge of oudere vrouwen.

Voor de behandeling van prolaps is een multidisciplinaire richtlijn van de NVOG beschikbaar waarin een stapsgewijze aanpak wordt aanbevolen.⁴⁴ In het geval van prolaps na een zwangerschap is het advies om het eerste halfjaar na de bevalling spontaan herstel af te wachten. Blijven de klachten bestaan of is de diagnose veel later gesteld, dan is een pessarium of operatie te overwegen. Mocht er sprake zijn van een geringe prolaps (niet buiten het lichaam), dan blijken ook bekkenbodempieroefeningen effectief. De richtlijn is er dus op gericht om als eerste de meest conservatieve behandeling aan te bieden en pas later de invasieve. In de richtlijn ontbreken echter criteria waarmee de keuze voor conservatieve behandeling of chirurgie kan worden onderbouwd. De voorkeur van de vrouw, een eventuele kinderwens, haar ervaringen met de conservatieve aanpak én de voorkeur van de gynaecoloog zijn belangrijke factoren voor de uiteindelijke beslissing.

Internationaal lijkt de in ontwikkeling zijnde multidisciplinaire richtlijn van het *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) een vergelijkbare stapsgewijze aanpak aan te bevelen.⁴⁹ Daarnaast besteedt de NICE-richtlijn ook aandacht aan leefstijladviezen. Ook een recente Duitse interdisciplinaire richtlijn en een Australische richtlijn rondom het gebruik van pessaria sluiten aan bij de stapsgewijze aanpak.^{50,51}

Of preventieve fysiotherapie tijdens de zwangerschap en/of na de bevalling het risico op een prolaps verkleint, is nog niet goed genoeg onderzocht, maar er lijkt wel een effect te zijn. Uit een Cochrane-review kan worden geconcludeerd dat het gebruik van pessaria en prolapsoperaties een (klinisch) relevant effect hebben op het verminderen van prolapsklachten.⁶⁹

Kenbaarheid voor de vrouw (voorlichting)

Voor de vrouw is het belangrijk om geïnformeerd te zijn over wat risicofactoren zijn voor het krijgen van bekkenbodempomklachten, hoe bekkenbodempomklachten kunnen worden voorkomen, welke behandelingen er zijn (met voor- en nadelen) en welke keuzes ze hierin kan maken met het doel om die zorg af te nemen die het best bij haar past.

De website *thuisarts.nl* biedt duidelijke en goed vindbare patiëntinformatie over het voorkomen en behandelen van zowel prolaps als urine-incontinentie. Voorlichtingsinformatie is ook te vinden via de patiëntenorganisatie op *bekkenbodempom.nl*. Via het internet zijn ook keuzehulpen voor prolaps en urine-incontinentie bij de vrouw te vinden, bijvoorbeeld via *zorgkeuzelab.nl/keuzehulpen*. Deze keuzehulpen worden gebruikt in enkele ziekenhuizen. Helaas zijn deze keuzehulpen zonder uitnodiging niet openbaar beschikbaar.

4.4 Toepassing van de zorg bij bekkenbodempomklachten in de praktijk

Tijdens de screening zijn over de toepassing van zorg bij bekkenbodempomklachten in de praktijk de volgende aspecten naar voren gekomen:

- Uit richtlijnen en onderzoek blijkt dat in de prenatale voorlichting en na de bevalling er weinig tot geen aandacht is voor bekkenbodempomproblemen en de gevolgen die een zwangerschap en het ouder worden hierop kunnen hebben. Welke aandacht wordt besteed aan (preventieve) voorlichting over bekkenbodempomproblemen in een latere leeftijd, is niet bekend. De verloskundige of de huisarts kan voorlichting geven aan vrouwen over bekkenbodempomproblematiek, maar dit gebeurt niet op structurele basis. De gemeenten hebben nu de prenatale voorlichting in hun takenpakket. Onduidelijk is welke aandacht hierbij wordt gegeven aan voorlichting over bekkenbodempomproblemen.
- Vrouwen zijn zich weinig bewust van de kans op het ontwikkelen van bekkenbodempomproblemen tijdens en na de zwangerschap. Voorlichting en keuzehulpen voor preventie en behandeling van bekkenbodempomproblematiek zouden de zwangere vrouw de mogelijkheid moeten bieden om in een

vroeg stadium het meest passende zorgtraject uit te stippelen. Uiteraard heeft de zorgprofessional een essentiële rol bij het interpreteren van keuzehulpen.

- Alleen in geval van urine-incontinentie wordt bekkenfysiotherapie voor mensen ouder dan achttien jaar vergoed door de zorgverzekeringswet, tot een maximum van negen behandelingen. Algemene fysiotherapie voor overige bekkenbodemerelateerde klachten wordt niet vergoed vanuit het basispakket. Toegang tot een fysiotherapeut (algemeen en bekken) is mogelijk via 'Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie' (DTF), maar voor een urine-incontinentiebehandeling door een bekkenfysiotherapeut dient men een verwijzing van een specialist te hebben. De vergoeding én de beschikbaarheid kunnen voor (zwangere) vrouwen een drempel zijn om hulp te vragen bij de ervaren klachten.
- Er lijkt praktijkvariatie te bestaan bij de behandeling van prolaps.^{70,71} Een studie uit 2017 toont op basis van data uit 2011 aan dat per instelling het totaal aantal vrouwen geopereerd voor prolaps en/of urine-incontinentie per 100.000 vrouwen varieert van 75 tot 436 per instelling.⁷⁰ Afwezigheid van duidelijke criteria voor de inzet van conservatieve of chirurgische behandeling hebben tot gevolg dat de beslissing voor behandeling is gebaseerd op de inschatting en voorkeur van de behandelend arts en/of van de patiënte. Ook lijkt de leeftijd waarop prolapsklachten worden ervaren van invloed te zijn op het toepassen van de stapsgewijze benadering zoals beschreven in de NVOG-richtlijn 'Prolaps'.⁷¹
- Het is onduidelijk in hoeverre in de praktijk een stapsgewijze aanpak wordt toegepast en in hoeverre conservatieve therapie (pessarium) daar onderdeel van uitmaakt. Het aanmeten van een pessarium in de gynaecologische praktijk wordt niet vergoed uit de basisverzekering. Gynaecologen zouden hierdoor wellicht een voorkeur hebben voor chirurgische behandeling. Op basis van signalen van de betrokken partijen krijgen we bovendien de indruk dat de kennis over het aanmeten van een pessarium in de eerste lijn matig en de procedure van aanmeten omslachtig en niet uitnodigend is.

4.5 Onderwerpen voor verdieping

De volgende conclusies kunnen getrokken worden uit de screening van het zorgtraject bekkenbodemerelateerde klachten en kunnen als startpunt dienen voor de verdiepende fase:

- Er is meer aandacht nodig voor voorlichting over de risico's van zwangerschap en bevalling op het ontstaan van bekkenbodemerelateerde klachten. Daarnaast gaat het ook om bewustwording van klachten en de mogelijkheden tot behandeling. De ervaren ziektelast van bekkenbodemerelateerde klachten blijkt onnodig hoog te zijn en vrouwen moeten weten bij wie ze voor informatie en advies terecht kunnen.
- Onderzoek is nodig naar de mogelijkheden en beschikbaarheid van bekkenbodemerelateerde fysiotherapie en andere methoden en technieken ter preventie en behandeling van bekkenbodemerelateerde klachten (urine-incontinentie) na de bevalling. Dit thema is onderwerp van enkele lopende studies, waardoor verdere verdieping ervan binnen dit Zinnige Zorg-project niet direct noodzakelijk is.
- Ook is meer inzicht nodig in de redenen waarom vrouwen geen zorg zoeken voor hun bekkenbodemerelateerde klachten. Dit thema is ook onderwerp van enkele lopende studies, waardoor verdere verdieping ervan binnen dit Zinnige Zorg-project niet direct noodzakelijk is.
- Er is onderzoek nodig naar de achtergrond van de gesignaleerde praktijkvariatie in de behandeling van prolaps. Voorafgaand aan dit onderzoek kan het zinvol zijn eerst in kaart te brengen of, en zo ja op welke wijze, in de praktijk een stapsgewijze behandeling wordt toegepast en welke factoren hierbij een rol spelen.
- Onderzoek is nodig naar knelpunten die een pessariumbehandeling in de eerste lijn belemmeren. Een stapsgewijze benadering is zeer geschikt voor gedeelde besluitvorming. Hiervoor is nodig dat de vrouw goed geïnformeerd is over de mogelijkheden en de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden.

Literatuurlijst

- 1 Zorginstituut Nederland. Planning van het Programma Zinnige Zorg, brief 19 januari 2017, beschikbaar via www.zorginstituutnederland.nl.
- 2 Zorginstituut Nederland. Verslag Startbijeenkomst 22 november 2016. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017. Beschikbaar via www.zorginstituutnederland.nl.
- 3 Zorginstituut Nederland. Verslag Vervolgbijeenkomst 14 april 2017. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017. Beschikbaar via www.zorginstituutnederland.nl.
- 4 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for 2015. Bilthoven: WHO-FIC CC, 2006. Beschikbaar via www.rivm.nl.
- 5 Perined. Perinatale Zorg in Nederland 2015. Utrecht: Perined; 2016
- 6 Duin van C, Stoeldraijer L. Bevolkingstrends 2014, Kernprognose 2013–2060: tijdelijk minder geboorten. Den Haag: CS; 2014.
- 7 Perined. Perined jaarboeken 2008-2015. Utrecht: Perined; 2016.
- 8 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kosten van Ziekten Database. Bilthoven: RIVM; 2013. Geraadpleegd via: www.kostenvanziekten.nl.
- 9 Nielen van MMJ, Flinterman LE, Kroneman M, Verheij RA. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2016. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet]. 2017 [Laatst gewijzigd op 03-08-2017; geraadpleegd op 13-11-2017]. URL: www.nivel.nl/node/4309.
- 10 Zorginstituut Nederland. Analyse op DIS Open Data van NZa, peildatum 1 juli 2017. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.
- 11 College Perinatale Zorg. Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, versie 1.1. Utrecht: CPZ; 2016.
- 12 Velden van der J. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte; 2009.
- 13 Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van en voor verloskundigen. Niet vorderende ontsluiting. Utrecht: KNOV; 2013.
- 14 National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. London: NICE (CG105); 2017.
- 15 Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008; 35(2): 107-16.
- 16 Weijden van der T, Veenendaal van H, Drenthen T et al. Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2012; 105(4): 283-288.
- 17 Stichting Geboortebeweging. Zwartboek Genoeg Gezwegen. Geraadpleegd in juli 2017 via geboortebeweging.nl/ao-patientenrechten_zwartboek-genoeg-gezwegen_stichting-geboortebeweging.
- 18 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Medicamenteuze Pijnbehandeling Tijdens de Bevalling. Utrecht: NVOG; 2008.
- 19 Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van en voor verloskundigen, Actiz. Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden. Utrecht: ActiZ/KNOV, 2010.
- 20 Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- 21 Wendel S, Bes RE, Wiegers TA et al. Ervaringen van vrouwen met de zorg in de verloskundige keten tijdens de zwangerschap en de bevalling: Een verkennend onderzoek. Utrecht: Nivel; 2012.
- 22 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Uitvoeringskader Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Bilthoven: RIVM; 2017.
- 23 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Factsheet baarmoederhalskanker. Bilthoven: RIVM; 2017.
- 24 Huijsmans CJ, Geurts-Giele WR, Leeijen C, et al. HPV Prevalence in the Dutch cervical cancer screening population (DuSC study): HPV using automated HC2, cobas and Aptima workflows. *BMC Cancer*. 2016 Nov 28;16(1).

- 25 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Cervicale Intra-epitheliale Neoplasie (CIN), AIS en VAIN. Utrecht: NVOG; 2015.
- 26 Centraal Bureau voor de Statistiek. Leefstijl, preventief onderzoek; geslacht en leeftijd; 2010-2013. CBS; 2015. Geraadpleegd op 22 september 2017 via www.statline.cbs.nl.
- 27 Erasmus Medisch Centrum. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker: Monitor 2015. Rotterdam: Erasmus MC; 2015. Geraadpleegd op 22 september 2017 via www.rivm.nl.
- 28 Nederlandse Zorgautoriteit. Open DIS-data. Medisch Specialisten, Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht: NZa. Geraadpleegd in maart t/m september 2017 via www.opendisdata.nl.
- 29 Zorginstituut Nederland op basis van declaratiegegevens van zorgaanbieders, verstrekt door de NZa. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.
- 30 Naber SK, Matthijse SM, Jansen EEL et al. Effecten en kosten van het vernieuwde bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland naar aanleiding van recente ontwikkelingen. Rotterdam: Erasmus MC; 2016. Geraadpleegd via www.rivm.nl.
- 31 Heinonen, A, Gissler M, Riska A, et al. Loop electrosurgical excision procedure and the risk for preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2013; 121(5): 1063-8.
- 32 Conner SN, Frey HA, Cahill AG, et al. Loop electrosurgical excision procedure and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2014; 123(4): 752-61.
- 33 Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskeva M et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016 Jul 28; 354:i3633.
- 34 Bjørge T, Skare GB, Bjørge L, et al. Adverse Pregnancy Outcomes After Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet Gynecol*. 2016 Dec; 128(6):1265-1273.
- 35 Jin G, Lanlan Z, Dan Z. Pregnancy outcome following loop electrosurgical excision procedure (LEEP) a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289(1): 85-99.
- 36 Siebers AG, Arbyn M, Melchers WJ, et al. Effectiveness of two strategies to follow-up ASC-US and LSIL screening results in The Netherlands using repeat cytology with or without additional hrHPV testing: a retrospective cohort study. *Cancer Causes Control* 2014; 25(9): 1141-1149.
- 37 Rozemeijer K, van Kemenade FJ, Penning C, et al. Exploring the trend of increased cervical intraepithelial neoplasia detection rates in the Netherlands. *J Med Screen* 2015; 22(3): 144-50.
- 38 Gezondheidsraad. Screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad; 2011; publicatienr. 2011/07.
- 39 Bosgraaf RP, Mast PP, Struik-van der Zanden PH, et al. Overtreatment in a see-and-treat approach to cervical intraepithelial lesions. *Obstet Gynecol* 2013; 121(6): 1209-16.
- 40 TOMBOLA Group, Biopsy and selective recall compared with immediate large loop excision in management of women with low grade abnormal cervical cytology referred for colposcopy: multi-centre randomised controlled trial. *BMJ* 2009; 339.
- 41 Damen K, Lagro-Janssen ALM, Teunissen TAM. Bekkenbodempromblematiek in en na de zwangerschap. *Bijblijven* 2015; 31: 790-798.
- 42 Quigley E. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincters and pelvic floor. *Best Pract Res Clin Gastro-enterol* 2007; 21: 879-91.
- 43 Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behavior: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci* 2013; 27(2): 406-13.
- 44 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Urine-incontinentie bij Vrouwen. Utrecht: NVOG; 2011.
- 45 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Prolaps. Utrecht: NVOG; 2014.
- 46 Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. Utrecht: NHG; 2015.
- 47 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Praktijkrichtlijn Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn. Amersfoort: KNGF; 2009.
- 48 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Urine-incontinentie voor de twee- en derdelijnszorg. Utrecht; NVOG; 2014.
- 49 National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence (update) and pelvic organ prolapse in women: management. Update verwacht februari 2019. London: NICE; 2015.

- 50 Baeßler K, Aigmüller T, Albrich, S et al. Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2016; 76(12): 1287-1301.
- 51 Continence Foundation of Australia. Guidelines for the Use of Support Pessaries in the Management of Pelvic Organ Prolapse. Sydney: CFA; 2012.
- 52 Kepemekci I, Keskinilic B, Akinsu F et al. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Dis Colon Rectum* 2011; 54(1): 85-94.
- 53 Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int.* 2013;90:1-9.
- 54 Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M et al. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: a secondary analysis. *Birth* 2013; 40: 247-55.
- 55 Nederlandse Zorgautoriteit. DBC informatie systeem (DIS). Utrecht; NZa: 2017. Geraadpleegd via www.opendisdata.nl.
- 56 Zorginstituut Nederland. Analyse o.b.v. declaratiedata van zorgverzekeraars 2015, verstrekt via Vektis. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2017.
- 57 Nielen MMJ, Flinterman LE, Kroneman M, Verheij RA. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2016. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet]. 2017 [Laatst gewijzigd op 03-08-2017; geraadpleegd op 30-08-2017]. URL: www.nivel.nl/node/4309.
- 58 Nederlandse Zorgautoriteit. Open DIS-data. Utrecht: NZa; 2017.
- 59 Vergeldt, T. Risk factors for pelvic organ prolapse recurrence and the role of findings on translabial ultrasound. PhD thesis: 2016.
- 60 O'Reilly R, Peters K, Beale B et al. Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *J Clin Nurs* 2009; 18(14): 2013-9.
- 61 Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006: 1.
- 62 Shifren JL, Barbieri RL, Falk SJ. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. *UpToDate* 2014: May.
- 63 Zorginstituut Nederland. Analyse op DIS Open Data van NZa, peildatum 1 juli 2017. Diemen; Zorginstituut Nederland: 2017.
- 64 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Totaalruptuur. Utrecht: NVOG; 20013. Geraadpleegd via richtlijndatabase.nl/richtlijn/totaalruptuur.
- 65 Laine et al: Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111(5): 1053-7.
- 66 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Richtlijn voor zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn. Amersfoort: KNGF; 2009.
- 67 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Richtlijn voor stress (urine-)incontinentie. Amersfoort: KNGF; 2011.
- 68 Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Urine-Incontinentie voor de 2e en 3e lijnszorg. Utrecht: NVU; 2014. Geraadpleegd via nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/agina.php&richtlijn_id=982
- 69 Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolaps in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 12.
- 70 IJsselmuiden MN van, Erkelens JA van, Eijndhoven HWF van. Praktijkvariatie in behandeling van prolaps en urine-incontinentie. *NTOG* 2016; 129: 180-185.
- 71 Zorginstituut Nederland. Analyse o.b.v. declaratiedata van zorgverzekeraars verstrekt via Vektis. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.

Bijlage 1 Methodiek zinnige zorg

Uitgangspunten

Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van het verzekerde basispakket door te lichten. Kern ervan is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en/of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen een aandoeningengebied zoals gedefinieerd via het classificatiesysteem ICD-10. We werken bij een systematische doorlichting vanuit een aantal uitgangspunten:

De patiënt centraal

Bij het kijken naar de zorg stellen we de patiënt en het zorgtraject dat hij/zij doorloopt centraal. Achterliggende vraag is steeds in hoeverre de patiënt baat heeft bij de geleverde zorg. Krijgt hij de zorg die in zijn situatie gepast is, of krijgt hij wellicht te weinig zorg (onderbehandeling) of juist teveel (overbehandeling)?

Gedeelde besluitvorming

Zorg moet aansluiten bij de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Naast de gestelde indicatie spelen bij de keuze van de behandeling ook persoonsgebonden zaken als verwachtingen van de patiënt, beroepssituatie, impact op sociaal functioneren, pijnbeleving, motivatie etc. Voor sommige diagnoses is het duidelijk welke behandelopties ingezet moeten worden. Vaker echter zijn er verschillende behandelopties met elk voor- en nadelen en zal de keuze voor een bepaalde behandeling meer afhangen van de voorkeuren van de patiënt en de behandelaar. Gedeelde besluitvorming is een manier om met de patiënt tot een optimaal behandeltraject te komen. Er zijn verschillende instrumenten die gedeelde besluitvorming van arts en patiënt effectief kunnen ondersteunen, zoals keuzehulpen, option grids en patiëntversies van richtlijnen, en die de kwaliteit van het besluitvormingsproces verhogen.

Stepped care

We gaan er van uit dat behandelingen worden ingezet vanuit het stepped care principe. Binnen dit principe wordt zorg geboden vanuit een stappenplan: gestart wordt met de minst belastende effectieve behandeling en pas als deze onvoldoende resultaat oplevert worden complexere of zwaardere interventies aangeboden. Stepped care is een algemeen uitgangspunt en geen dwingende eis. Het 'instapmoment' is niet noodzakelijk bij stap 1 en er kunnen ook stappen worden overgeslagen als het klachtenpatroon waarmee de patiënt zich presenteert daartoe aanleiding geeft.

Partijen in de zorg worden gedurende het gehele proces betrokken

Het Zorginstituut streeft naar actieve samenspraak met partijen in de zorg. Dit komt ten goede aan de kwaliteit van de analyses en aan het draagvlak voor verbeteracties. In alle fasen van de systematische doorlichting betrekken we de verantwoordelijke partijen.

Partijen worden via de koepels uitgenodigd voor verschillende overlegmomenten. Ook worden ze in de gelegenheid gesteld om te participeren bij de begeleiding van eventueel onderzoek door externe onderzoeksbureaus. Ten slotte vragen we partijen commentaar en suggesties te leveren op conceptversies van rapporten.

Fasen van systematische doorlichting

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een kwaliteits- of verbetercirkel zoals geïllustreerd in onderstaand figuur. Deze cirkel bestaat uit vier opeenvolgende fasen:

1. Screeningsfase
2. Verdiepingsfase
3. Implementatiefase
4. Evaluatiefase

Figuur A1 Verbetercirkel van Zinnige Zorg



De verbetercirkel van Zinnige Zorg begint met de screeningsfase, waarin we een analyse maken van hoe de zorg op dat moment geleverd wordt ('foto'). Op basis daarvan wordt een keuze gemaakt voor een aantal verdiepingsonderwerpen. In de tweede fase, de verdiepingsfase bepalen we per onderwerp het verbeterpotentieel. In de derde fase (implementeren) zijn vooral partijen in de zorg aan zet om de afgesproken verbeteracties uit te voeren. Tenslotte kijken we in de evaluatiefase in hoeverre de gestelde doelen bereikt zijn en of een nieuwe verbetercyclus gestart moet worden, met wellicht andere verbeterinstrumenten. Waar nodig kan het Zorginstituut haar wettelijke instrumenten inzetten (bijvoorbeeld duiden, adviseren tot inclusie of uitsluiting uit het pakket, doorzettingsmacht in het kader van de Meerjarenagenda indien er onvoldoende resultaat is bereikt.^{VI} Hieronder beschrijven we de vier fasen van de verbetercirkel meer uitvoerig.

Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is de selectie van een aantal verdiepingsonderwerpen: onderwerpen met een mogelijk verbeterpotentieel voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg door meer gepast gebruik van zorg. Deze onderwerpen worden samen met de onderliggende analyse vastgelegd in een rapport 'Systematische analyse', aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Figuur 10 geeft weer hoe we in een systematische analyse verschillende bronnen raadplegen om te komen tot een goede onderbouwing van verdiepingsonderwerpen. De bronnen zijn o.a. de kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en -modules), wetenschappelijke literatuur, declaratie- en andere data en de partijen in de zorg. Daarbij verzamelen en analyseren we niet alle informatie tot in detail, maar wordt vanuit signalen uit de praktijk of de data, gericht gezocht om een zo scherp mogelijk beeld te krijgen van de geleverde zorg in de huidige situatie. Hierbij kijken we naar het traject dat de patiënt doorloopt vanuit het perspectief (de "bril") van het Zorginstituut, met de elementen die het Zorginstituut als goede en zinnige zorg definieert (zie toelichting in het vervolg).

^{VI} De Meerjarenagenda biedt een overzicht over de gebieden van zorg waarvoor met voorrang kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden (hierna: kwaliteitsproducten) worden ontwikkeld. Wanneer het Zorginstituut na overschrijding van de termijnen in de Meerjarenagenda constateert dat betrokken partijen in gebreke zijn gebleven, zal het Zorginstituut het initiatief of de coördinatie van de ontwikkeling van een kwaliteitsproduct overnemen. Dit wordt doorzettingsmacht genoemd.

Figuur A2 Van bronnen naar verdiepingsonderwerpen in de screeningsfase



De keuze van de verdiepingsonderwerpen is gebaseerd op de systematische analyse (aan de hand van de elementen van goede en zinnige zorg), de grootte van het onderwerp (aantal patiënten, ziektelast, budgetimpact), de verbeteringen die mogelijk zijn en wat de partijen in de zorg belangrijk vinden.

Verdiepingsfase

De verdiepingsfase volgt op de screeningsfase. Het doel van deze fase is om de wijze waarop de potentiële verbeteringen gerealiseerd kunnen worden zo concreet mogelijk te maken.

Per onderwerp voeren we, opnieuw aan de hand van de elementen van goede en zinnige zorg, gedetailleerd onderzoek uit en vullen we ontbrekende kennis aan met extra data-analyses, wetenschappelijke reviews, praktijkonderzoek en/of literatuuronderzoek.

Het eindresultaat wordt vastgelegd in een zogeheten Verbetersignalement. Hierin staat welke verbeteringen in de zorg en de gezondheid naar inhoud en omvang het Zorginstituut mogelijk acht en maken we een schatting van de omvang van de benodigde kosten (budgetimpact). We streven naar zo concreet mogelijke afspraken met partijen over verbeteracties. Ook het Verbetersignalement wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister van VWS.

Implementatiefase

De implementatie is primair de verantwoordelijkheid van partijen in de zorg: patiënten, zorgprofessionals, instellingen en zorgverzekeraars. Ze vindt plaats conform de afspraken gemaakt in de verdiepingsfase. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegelinformatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Om de nakoming van afspraken qua inhoud en tijd te borgen kan het Zorginstituut de in het Verbetersignalement benoemde actiepunten die betrekking hebben op kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten op de Meerjarenagenda plaatsen. Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister van VWS.

Evaluatiefase

In de evaluatiefase bekijkt het Zorginstituut samen met de betrokken partijen of de resultaten die benoemd zijn in het Verbetersignalement behaald zijn. Op basis daarvan bepalen we of er een nieuwe verbetercyclus gestart moet worden, met wellicht andere verbeterinstrumenten. In deze fase kijken we ook of alle benodigde informatie op een structurele wijze beschikbaar is.

Elementen van goede en zinnige zorg

Zowel in de screeningsfase als in de verdiepingsfase voeren we een analyse van de zorg uit. We hanteren hiervoor de "Elementen van goede en zinnige zorg". Deze geven in hun samenhang een beeld van wat het Zorginstituut beschouwt als goede en zinnige zorg. Ze sluiten ook aan op onze kwaliteits- en pakket-beheerstaken. Het gebruikte analyseschema is als volgt:

1. Kenbaarheid goede zorg

Beschrijving van wat we weten over de beschikbaarheid van (inter)nationale kwaliteitsstandaarden (zoals richtlijnen), meetinstrumenten (vragenlijsten en indicatoren) en informatiestandaarden.^{VII} Wij kijken of deze vindbaar zijn in onder andere het Register van het Zorginstituut. Een Registeropname geeft aan dat ze voldoen aan de procedurele criteria van het Toetsingskader.^{viii} We streven ernaar dat alles wat vindbaar is ook op Zorginzicht.nl wordt weergegeven.

Bestaat er patiënteninformatie zoals een patiëntenversie van een richtlijn, of informatie over diagnose en behandeling op een website van een patiëntenvereniging, danwel op KiesBeter of thuisarts.nl?

Zijn er keuzehulp, option grids of uitkomstindicatoren die voor de patiënt relevant zijn, zoals maten voor kwaliteit van leven, PROMs^{viii} en PREMs^{ix}? Op welke websites (openbare database en publieksinformatie) zijn deze te vinden?

Naast de procedurele kant kijken we ook naar de inhoud van standaarden en richtlijnen: welke voor ons onderwerp relevante aanbevelingen worden gedaan en zijn de (aanbevelingen in) richtlijnen voldoende wetenschappelijk onderbouwd? Tot slot kijken we ook naar de aansluiting tussen eerste- en tweedelijnsrichtlijnen.

2. Toepassing in de praktijk

Hier kijken we aan de hand van verschillende bronnen (zoals declaratiedata, publicaties, formele en informele consultaties) hoe de uitvoering van de zorg in de praktijk plaatsvindt (waaronder de aansluiting tussen eerste en tweede lijn) en wat de experts ervan vinden.

We relateren wat we in de praktijk hebben gevonden aan de aanbevelingen in kwaliteitsstandaarden.

3. Uitkomsten van zorg

Wat heeft de patiënt aan de behandeling? Is er informatie over de kwaliteit van zorg en de uitkomsten van zorg, en is deze vindbaar voor zorgverleners, patiënten en burgers? Zijn er bijvoorbeeld complicatieregistratie, sterftecijfers na een operatie, ervaringen van patiënten op uitkomsten of ervaringen (gemeten met PROMs en PREMs)? En waar kunnen we deze informatie vinden, bijvoorbeeld op websites als ZorginZicht.nl (openbare database), Kiesbeter.nl of Zorgkaartnederland.nl.

4. Effectiviteit

Is de zorg effectief? Als we de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen, (zoals beoordeeld onder element 1. Kenbaarheid goede zorg), van voldoende kwaliteit achten, hanteren we de aanbevelingen uit de richtlijnen als uitgangspunt voor goede zorg. Mochten de richtlijnen van onvoldoende kwaliteit, danwel gedateerd zijn dan kunnen we partijen er op wijzen dat actualisatie van richtlijnen gewenst is. Een formele beoordeling conform de door het Zorginstituut vastgestelde criteria inclusief een systematische review aan de hand van de GRADE-systematiek^x gebeurt indien de gesignaleerde knelpunten daar aanleiding toe geven en de aanbevelingen in de richtlijnen ontbreken of onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd lijken te zijn.

Een belangrijk onderdeel van een beoordeling van de effectiviteit zijn de uitgangsvragen, vervat in de zogenaamde PICOT: Patient – Intervention – Comparator Outcome – Time. Voor welke groep patiënten is de zorg bedoeld en is dat de groep waarvoor onderzoek beschikbaar is? Welke behandeling of zorg wordt er geboden en is die zorg onderzocht? Met welke controlebehandeling (reguliere zorg, standaardtherapie) is die zorg vergeleken en wat voegt de aanbevolen zorg daaraan toe? En naar welke voor de patiënt relevante uitkomsten is gekeken om vast te stellen of de zorg effectief was en voor hoe lang?

VII Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten (Versie 2.0). Diemen: ZIN; 2015. Diemen, 2015.

VIII PROMs: Patient Reported Outcome Measures: door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten van zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener. Bron: Zorginstituut Nederland. Begrippenkader gepaste zorg en praktijkvariatie. Diemen, 2015. Rapportnr. 1504.

IX PREMs: Patient Reported Experience Measures: door de patiënt gerapporteerde beleving van de zorg zonder tussenkomst van een hulpverlener. Bron: Zorginstituut Nederland. Begrippenkader gepaste zorg en praktijkvariatie. Diemen, 2015. Rapportnr. 1504.

X Zorginstituut Nederland. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk. Definitief geactualiseerde versie. Diemen, 2015.

5. Kosteneffectiviteit^{XI}

Kosteneffectiviteit geeft aan of de (meer)kosten van een behandeling in een redelijke verhouding staan tot de gewonnen effectiviteit. We kijken of de richtlijnen iets zeggen over kosteneffectiviteit, en naar (wetenschappelijke) literatuur. Waar we dat nodig achten voeren we een eigen kosteneffectiviteitsonderzoek uit.

6. Noodzakelijkheid^{XII}

Hierbij kijken we of de zorg behoort tot het domein van de basiszorgverzekering en of het om kosten gaat die mensen eventueel zelf kunnen betalen. Bij die afweging gaat het om twee verschillende aspecten: de ernst van de ziekte (ziektelast) en de maatschappelijke noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Waar de nadruk bij ziekte last ligt op de medische noodzakelijkheid, ligt deze bij 'noodzakelijk te verzekeren' op de verzekeringsnoodzaak.

7. Uitvoerbaarheid^{XIII}

Zorg moet uitvoerbaar zijn, anders kan het niet geleverd worden. Het element uitvoerbaarheid geeft aan of voldaan is aan de randvoorwaarden en de houdbaarheid van het deel uitmaken van een interventie in het basispakket. Relevant daarbij zijn o.a. draagvlak, organisatie (van zorg, indicatie en administratie), bekostiging, jurisdictie en ethiek. Hier hoort bijvoorbeeld ook bij of er een bekostigingstitel (prestatiebeschrijving) is voor een interventie die deel zou moeten uitmaken van het basispakket.

8. Samenhang in de kwaliteitscirkels

Hier kijken we of er gewerkt wordt met kwaliteitscirkels die erop gericht zijn om de zorg te verbeteren, wie zich hiermee bezighouden en wat de onderlinge samenhang van de kwaliteitscirkels is.

Verschil screenings- en verdiepingsfase

De bril waarmee we naar de zorg kijken is in principe in alle fasen van de doorlichting hetzelfde, uitgaande van de hiervoor genoemde acht elementen. Wel verschillen aard en intensiteit van de systematische analyse soms in de screenings- en in de verdiepingsfase. De terminologie geeft al aan dat het bij de eerste een globale inventarisatie betreft, op aandoening (ICD-10) niveau, en dat in de verdiepingsfase meer gedetailleerd naar de geselecteerde onderwerpen wordt gekeken. In die fase is ook vaker sprake van het combineren van verschillende databronnen.

Het gebruik van gegevens bij de analyse

Binnen het programma Zinnige Zorg maken we regelmatig gebruik van kwantitatieve gegevens. Zorgvuldig gebruik daarvan is vanwege de kwaliteit van de analyse, de acceptatie van de bevindingen en de bescherming van de privacy van uitdrukkelijk belang. Het Zorginstituut onderkent dit belang expliciet en neemt alle benodigde maatregelen om zorgvuldig met de beschikbare gegevens om te gaan. Hieronder lichten we kort de kern toe van de wijze waarop we met kwantitatieve gegevens omgaan.

Aan de hand van zorginhoudelijke vragen doet het Zorginstituut data-onderzoek naar hoe zorg uit het basispakket in de praktijk wordt toegepast.^{XIII} Hiervoor verzamelen we informatie uit vele bronnen: van gesprekken met belanghebbenden tot wetenschappelijke publicaties, van cijfers van het RIVM tot declaratiegegevens.

Voor een deel gaat het daarbij om kwantitatieve gegevens en veelal om declaratiedata zoals het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP). We zorgen bij het gebruik van data voor optimale borging van veiligheid en

XI Zorginstituut Nederland. *Kosteneffectiviteit in de praktijk*. Diemen, 2015.

XII Zorginstituut Nederland. *Pakketbeheer in de praktijk deel 3*. Diemen, 2013: p. 33 e.v./43 e.v.

XIII Ook aansluitende gebieden zoals preventie, zelfzorg of andere buiten het basispakket vallende zorg kunnen aan de orde komen, vanuit het uitgangspunt dat we integraal naar het zorgtraject kijken.

privacy door verschillende maatregelen. Zo gebruikt het Zorginstituut gegevens op gepseudonimiseerd persoonsniveau, over meerdere jaren en vanuit verschillende, voor een specifieke vraag te combineren gegevensbronnen.

We gebruiken declaratiedata om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Desalniettemin zijn deze data wel een belangrijke, en soms zelfs enige, informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. Nadere verkenning van de mogelijkheid van gebruik van andere databronnen is onderwerp van onderzoek, in samenwerking met VWS en andere partijen in de zorg.

De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen. Desondanks worden ze wel beschouwd als bijzondere persoonsgegevens en betrachten we uiterste zorgvuldigheid ten aanzien van de analyses, met inachtneming van geldende wetgeving. De gegevens worden alleen gebruikt voor vooraf gedefinieerde onderzoeksopdrachten/analyses, worden niet beschikbaar gesteld/ gebruikt voor andere doeleinden en niet verspreid. De resultaten van de analyses worden gepubliceerd op een niveau waarbij ze niet herleidbaar zijn tot het niveau van individuele personen, patiënten, verzekeraars of zorgaanbieders.

Bijlage 2 Overzicht partijen

Deelnemers bijeenkomsten

In de screeningsfase is er regelmatig contact geweest met partijen in de zorg. Ook zijn verschillende bijeenkomsten georganiseerd. Uiteindelijk is in september het screeningrapport voor consultatie naar de partijen verzonden. Onderstaande partijen hebben een uitnodiging ontvangen voor de verschillende bijeenkomsten. In de tabel staat een overzicht van de partijen die hebben deelgenomen.

Organisatie	Start-bijeenkomst	Tweede bijeenkomst	Vervolg bijeenkomsten		
			Afwijkende Cervixcytologie	Bekkenbodempklachten	Bevalling
Brancheorganisatie Geboortezorg	22 november 2016	11 april 2017	29 mei 2017	6 juli 2017	11 juli 2017
College Perinatale Zorg (CPZ)					
Federatie Medisch Specialisten (FMS)					
GGD GHOR Nederland					
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)					
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)					
Nederlands Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenbodemp Problemen en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB)					
Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBVK)					
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)					
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)					
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)					
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)					
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)					
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)					
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)					
Patiëntenfederatie Nederland					
Perimed					
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)					
Stichting Bekkenbodem4All*					
Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH)					
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Verpleegkundigen Obstetrie en Gynaecologie (VSVN VOG)					
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)					
Zorgverkeeraars Nederland (ZN)					

■ Aanwezig als deelnemer ■ Aanwezig als toehoorder ■ Uitgenodigd

* Bij de startbijeenkomst is de Patiëntenorganisatie Gynaecologie Nederland (PGN) uitgenodigd. Deze organisatie is opgegaan in de stichting Bekkenbodem4All.

Geconsulteerde partijen

De volgende partijen hebben het conceptrapport ter consultatie ontvangen:

Brancheorganisatie Geboortezorg (Bo Geboortezorg)
Federatie Medisch Specialisten (FMS)
GGD GHOR Nederland
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenbodemp Problemen en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB)
Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBVK)
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
Patiëntenfederatie Nederland
Stichting Bekkenbodem4All
Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH)
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Verpleegkundigen Obstetrie en Gynaecologie (V&VN VOG)
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Overige geïnformeerde partijen

De onderstaande partijen hebben het conceptrapport ter informatie ontvangen:

College Perinatale Zorg (CPZ)
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Perined
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
Stichting Geboortebeweging
Stichting Kind en Ziekenhuis
Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)

Bijlage 3 Overzicht van verkende onderwerpen

Zorggebied	Verkend signaal/onderwerp/aandachtspunt
Preconceptiezorg	<ul style="list-style-type: none"> • Preconceptieconsult - Ondanks richtlijn komt het preconceptieconsult in praktijk eerste lijn niet van de grond • Meer inzet op preventie
Pathologie eerste 16 weken	<ul style="list-style-type: none"> • Miskraam • Hyperemesis gravidarum
Zwangerschap	<ul style="list-style-type: none"> • Centering pregnancy, bekostiging • Meer in consultatie gebruik maken van elkaars competenties, langer oorbegeleiden, o.a. midrisk-indicaties tijdens de bevalling. • Voorlichting over integrale geboortezorg. Hoe werkt het, welke keuze is er? • Kiezen in de zorg m.b.v. kwaliteitsinformatie schiet tekort. Ontbreken van kwaliteitscriteria voor keuze • Financiële drempel voor keuze plaats bevalling (en kraamzorg) • Diverse kennislacunes: neuroprotectie, modus partus premature stuitligger, tocolyse bij gebroken vliezen prematuur, nut en noodzaak corticosteroiden voor een a terme primaire sectio • Echoscreening en echodiagnostiek • Diabetes (gravidarum) • Preventie neonatale GBS-ziekte • Obesitas
Bevalling	<ul style="list-style-type: none"> • Continue begeleiding tijdens de bevalling • Acute verloskunde normen in klinische setting • Afschaffen eigen bijdrage poliklinische bevalling • Ontbreken van goede (volledige)voorlichting • Epiduraal en koorts • Continue begeleiding ter voorkomen /uitstel van medicamenteuze pijnstilling • Voorkomen van medicalisering van fysiologie • Langer doorbegeleiden door eigen verloskundige (en kraamverzorgende) in "midrisk"-situaties • Lachgas: "zin/onzin", voorkomt het verwijzing naar tweede lijn?
Kraamperiode	<ul style="list-style-type: none"> • Kraamzorg op maat, omvang van kraamzorg • Lactatiekundige
Overgangsklachten	<ul style="list-style-type: none"> • Ziektebelasting en economische schade, te verwachten toenemend in de komende jaren • Onderbehandeling en hormoonfobie • Aansluiting eerste en tweedelijns richtlijnen
Infertiliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Te vroeg doorverwijzen eerste lijn • (Hoogtechnologische) fertiliteitsbehandeling
Anticonceptiezorg	<ul style="list-style-type: none"> • Veel anticonceptiezorg in de 2e lijn
Buikpijn	<ul style="list-style-type: none"> • Endometriose: blaaspijn, defaecatieklachten • Benigne adnexafwijkingen
Bloedingsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> • Effectiviteit uterusparende behandeling bij abnormaal uterine bloedverlies • Reproductieve effecten van minimaal invasieve behandeling van myoom • Evaluatie van Mirena voor abnormaal uterine bloedverlies
Vaginale klachten	<ul style="list-style-type: none"> • Veel behandeling in tweede lijn
Afwijkende cervixcytologie	<ul style="list-style-type: none"> • Inrichting follow up bevolkingsonderzoek • Vaccinatie na lixectomie van een premaligne afwijking
Bekkenbodemp	<ul style="list-style-type: none"> • Primaire en secundaire preventie van disfunctioneren • Aandacht voor basale bekkenbodempfuncties tijdens de zwangerschap nodig • Voorlichting over en bewustwording van veranderingen en herstel van de bekkenbodemp • postpartum proactief vs. reactief inzetten van bekkenbodempfysiotherapie • Modus partus na totaalruptuur • Behandeling prolaps w.o. pessariumbehandeling 1e lijn
Oncologie	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse signalen

Bijlage 4 Reacties schriftelijke consultatie

Het Zorginstituut heeft tekstuele suggesties en correcties van de geconsulteerde partijen zoveel mogelijk verwerkt. Waar aanvullingen zijn gedaan in samenvattende stukken, hebben we die aanvullingen vooral in de analyse zelf verwerkt. We bedanken alle partijen voor het meezenden van onderzoeken, andere stukken en waardevolle tips.

Commentaar partijen

Reactie van het Zorginstituut

Stichting Bekkenbodem4all (B4All)	Stichting Bekkenbodem4all kan zich vinden in de keuze voor de verdiepingsonderwerpen. Ook is er een aantal 'meegevers' voor het rapport en de verdieping gegeven.
Branche-organisatie Geboortezorg (Bo Geboortezorg)	<p>Op pagina 16 wordt de opschaling beschreven tot continue begeleiding door een kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige, e.e.a. afhankelijk van de locatie van de bevalling. Graag ziet Brancheorganisatie Geboortezorg aangevuld dat er steeds vaker (uit oogpunt van zinnige zorg) voor gekozen wordt om ook bij een poliklinische en tweedelijsbevalling kraamverzorgenden in te zetten voor de continue begeleiding. Hiermee wordt vaak ook een oplossing bereikt voor het knelpunt dat door de O&G-verpleegkundigen in paragraaf 2.4 wordt benoemd, namelijk de verdringing van aandacht. Voor deze vervroegde partusassistentie is nog voor de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' door de betrokken branchepartijen een 'kwaliteitskader voor vervroegde partusassistentie kraamverzorgenden' opgesteld.</p> <p><i>Opschaling is inderdaad afhankelijk van locatie. Dit is duidelijker in de tekst verwerkt. Ook wordt nu expliciet naar het genoemde kwaliteitskader verwezen.</i></p> <p>Er is niet voor gekozen om het Zorgtraject bevalling aan te merken als verdieping in het kader van dit traject. Toch lijkt het BO Geboortezorg een goede zaak om, in het licht van bovenstaande aanvulling, op te nemen dat het in het kader van zinnige zorg wellicht zinvol is om nader te onderzoeken of een uitbreiding van continue begeleiding door kraamverzorgenden in de poliklinische of tweedelijssetting gewenst en haalbaar is.</p> <p><i>Op dit moment wordt de 'Zorgstandaard Integrale Geboortezorg' geïmplementeerd. Daarbij is er aandacht voor continue begeleiding. Invulling hiervan door kraamverzorgenden is een mogelijke uitkomst van dat proces.</i></p>
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)	<p>Met betrekking tot de zorg bij bevallingen is in de bijeenkomsten besproken of het zinvol was om iets te ontwikkelen rondom continue begeleiding en pijnbestrijding. Continue begeleiding zit in de zorgstandaard. Over pijnbestrijding is voldoende voorlichtingsmateriaal en de multidisciplinaire richtlijn wordt op dit moment herzien. Wat dat betreft kan KNOV zich vinden in de conclusie en dat de focus nu eerst moet liggen op de implementatie van de zorgstandaard. Wel is besproken dat voorlichten alleen onvoldoende is. Vrouwen moeten meer zelfvertrouwen krijgen en een folder of een-op-een gesprek zijn daarvoor onvoldoende. Centering Pregnancy (CP) is duidelijk naar voren gebracht door cliënten, kraamzorg, gynaecologen en verloskundigen. Gesteld is dat dit vrouwen meer vertrouwen geeft. Onderzoek laat zien dat vrouwen die CP volgen significant minder epiduraal als pijnstilling gebruiken ten opzichte van vrouwen die individuele zorg ontvangen. Het verzoek om dit in het rapport op te nemen.</p> <p><i>In de startbijeenkomst voor de screeningsfase van het project Geboortezorg & Zorg bij gynaecologische aandoeningen is Centering Pregnancy als een te verkennen onderwerp ingebracht (zie Bijlage 3). In de tweede bijeenkomst op 11 april 2017 zijn de voorlopige conclusies over alle te verkennen onderwerpen, waaronder Centering Pregnancy, met de partijen besproken. Centering Pregnancy is toen niet besproken als een onderwerp voor de verdiepingfase en de genoemde stellingen zijn niet nader onderzocht. Omdat verschillende partijen belang hechten aan deze vorm van geboortezorg en omdat groepszorg ook in de Zorgstandaard beschreven wordt, hebben we groepszorg en Centering Pregnancy nu opgenomen in de beschrijving van het zorgtraject op pagina 14.</i></p> <p>In de vergadering is uitgebreid gesproken over het feit dat het onduidelijk is waar de bekkenbodempromblematiek vandaan komt. Dit mag duidelijker in dit rapport terugkomen. Het doel van het Zorginstuut is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en/of onnodige zorg. Dat dit bij het omgaan met bekkenbodempromblematiek zo is, mag duidelijk zijn wanneer nog niet goed bekend is waar de problemen ontstaan.</p>

	<p><i>Ter verduidelijking dat de etiologie van bekkenbodemplachten niet duidelijk is, zullen we dit aanstippen in de inleiding van hoofdstuk 4.</i></p> <p>Het is goed prospectief onderzoek in te zetten naar deze problematiek en ondertussen te werken aan het bespreekbaar maken van incontinentie tijdens en na de zwangerschap. Het doel van het Zorginstituut kan zijn om het taboe dat er ligt op praten over urine-/faeces-incontinentie aan te pakken.</p> <p><i>In de verdieping gaan we onder andere in op de bewustwording van de klachten. Ook is inzicht nodig in redenen waarom vrouwen geen zorg zoeken. Hiermee is dit onderwerp geborgd.</i></p> <p>Totdat er duidelijk is wie er een verhoogd risico heeft op bekkenbodemplachtmproblematiek en behandeling is het goed de behandeling voor elke vrouw toegankelijk te houden. Dit verlaagt de drempel voor vrouwen met klachten om naar een deskundige te gaan voor counseling en behandeling. Als een vrouw een deel van de zorg zelf moet betalen houdt, dit haar mogelijk af van zoeken naar de juiste zorg.</p> <p><i>In het rapport is de huidige stand van zaken rondom bekkenbodemplachten verkend. Het signaal dat de toegankelijkheid tot zorg mogelijk wordt beperkt, is ook in de verkenning opgemerkt. In de volgende fase is er ruimte om dit verder te verdiepen.</i></p> <p>Zolang niet bekend is waar de klachten en problematiek bij bekkenbodemplachten precies ontstaan, is het niet mogelijk een keuzemodel aan te bieden.</p> <p><i>Tijdens de verkenning hebben het Zorginstituut signalen bereikt over de wenselijkheid van het ontwikkelen van predictiemodellen ter voorkoming van prolaps en/of urine-incontinentie. Wij zijn ons ervan bewust dat het onderwerp 'risicoselectie' discussie oproept en mogelijk geen realiteit voor de korte termijn is. De gedachte achter een predictiemodel is wel een zeer interessant punt van discussie. Ter voorkoming van onduidelijkheid is de passage over risicoselectie in hoofdstuk 4 aangepast.</i></p>
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	<p>Het is de NHG niet geheel helder welke bekkenproblematiek het Zorginstituut precies voor ogen heeft. De term bekkengerelateerde klachten is hierbij niet verhelderend en omvat meerdere klachten. Wellicht is het beter om het hele bekkenbodemidee te verlaten en gewoon te spreken van bekkenpijnsyndroom, stressincontinentie en prolaps.</p> <p><i>In de screening is gekozen voor een brede benadering van klachten die zijn gerelateerd aan de bekkenbodem. Het bekkenpijnsyndroom is hierbij niet als onderwerp of ingebracht signaal verkend. Vanwege de brede benadering past het niet om specifiek enkele onderwerpen te noemen. Daarom zijn we van mening dat als omschrijving van het zorgtraject 'bekkenbodemplachten' het beste past. Om eventuele verwarring te voorkomen voegen we op pagina 32 achter 'bekkengerelateerde klachten' toe 'waaronder bekkenbodemplachten'.</i></p> <p>Het zou goed zijn bij Tabel 1 expliciet te vermelden dat het aandoeningen betreft die gepresenteerd zijn bij de gynaecoloog. Er zijn ook huisartsencijfers; wellicht is het goed die ook te vermelden.</p> <p><i>We hebben nu expliciet vermeld dat de tabel gynaecologische diagnoses in de tweede lijn betreft. Een tabel met in de eerste lijn geregistreerde gynaecologische diagnoses hebben we toegevoegd.</i></p> <p>Bij hoofdstuk 3.2 bestaat er verwarring over het aantal vrouwen dat via het BVO naar de tweedelijnszorg wordt verwezen. Eerst wordt genoemd dat 55.000 vrouwen naar de gynaecoloog gaat en later gaat het over een toename van 10.000 verwijzingen bovenop de bestaande 7.741 verwijzingen.</p> <p><i>Dit was inderdaad een verwarrende alinea en deze hebben wij aangepast. Van de 55.000 vrouwen die naar de tweedelijnszorg worden verwezen om het DBC Cervixafwijkingen is een kleine 8000 vrouwen (7.741) via het BVO verwezen. Door het nieuwe BVO zal deze groep verwijzingen met ongeveer 10.000 vrouwen toenemen.</i></p>
Nederlands Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenbodemplachtmproblemen en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB)	<p>De NVFB laat weten dat de KNGF-richtlijn 'Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn' wordt herzien waarbij de bekkenfysiotherapeut een belangrijke rol gaat spelen in de diagnostiek. Ook geeft de NVFB mee dat het onduidelijk is in hoeverre screening en advies aan vrouwen at risk voor bekkenbodemplachten preventief kan zijn op de lange termijn.</p> <p><i>Goed voor het verdere traject om te weten dat de KNGF-richtlijnen worden aangepast. Dit rapport is echter een weergave van de huidige stand van zaken waardoor de gevraagde aanpassingen over de richtlijnen niet kunnen worden gedaan. In de volgende fase van het project is er ruimte om de impact van screening op de lange termijn te onderzoeken.</i></p>
Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBVK)	<p>De NBVK heeft met belangstelling en instemming het rapport gelezen. Zij zien nog wel wat aanvullingen en aanscherpingen, met name bij de mogelijkheden voor de vroegbegeleiding tijdens de partus door een kraamverzorgende.</p> <p><i>Omdat het zorgtraject Bevallings niet verdiept wordt, is de tekst verder niet aangepuld</i></p>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	De NVZ wil graag één advies meegeven n.a.v. de uitgevoerde analyse: er wordt in het rapport aangegeven dat 96 procent van de geboortezorg (van het totale BKZ) wordt besteed in de tweede lijn. De NVZ denkt dat hierbij nog niet gecorrigeerd is voor de eigen bijdrage. Voor het perspectief is het goed om de 'netto' uitgavenverdeling ook weer te geven. Dus BKZ verminderd met eigen bijdragen en dan de procentuele verhouding.
	<i>Curatieve zorg omvat meer dan de tweede lijn. Het rapport is op dat punt verduidelijkt.</i>
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)	De NVOG stelt dat de keuze voor de zorgtrajecten goed onderbouwd wordt en heeft daar verder geen opmerkingen over. Wel heeft de NVOG nog een paar inhoudelijke vragen en opmerkingen. Wat wordt bedoeld met 'eerstelijns pijnbestrijding'?
	<i>Dit betreft toepassing van lachgas en is aangepast in het rapport.</i>
	De herziene richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' is in de follow-up complex en onderzoek naar de goede implementatie van de richtlijn kan zinvol zijn.
	<i>Het Zorginstituut neemt aan dat partijen deze twee aspecten zullen borgen in het implementatieplan van de richtlijn. Ook zullen zij aandacht krijgen wanneer het Zorginstituut de ontwikkelingen in de geboortezorg volgt.</i>
	Op pagina 34 lijkt het Zorginstituut te impliceren dat na een goede risicoanalyse je mogelijk samen met de vrouw besluit te kiezen voor een primaire sectio (?). Dat vindt de NVOG een gewaagde stelling: a) welke risico's nemen we dan mee in onze beslisboom (we weten hier echt nog te weinig van af welke vrouwen wel en welke niet na door een partus een prolaps krijgen), b) de beroepsgroep is (nog) niet klaar om primaire sectio's te gaan doen om een mogelijke prolaps te voorkomen.
	<i>Tijdens de verkenning hebben ons signalen bereikt over de wenselijkheid van het ontwikkelen van predictie-modellen ter voorkoming van prolaps en/of urine-incontinentie. Wij zijn ons ervan bewust dat het onderwerp 'risicoselectie' discussie oproept en mogelijk geen realiteit voor de korte termijn is. De gedachte achter een predictiemodel is echter een zeer interessant punt van discussie. Ter voorkoming van onduidelijkheid is deze passage aangepast.</i>
	Kennis van het aanmeten van pessaria is matig, maar ook voor de huisarts omslachtig (meetset aanschaffen, maat selecteren, dan voorschrijven, wachten tot apotheek pessarium heeft besteld en aan mevrouw heeft geleverd, dan verwisselen met meetpessarium dat vervolgens gesteriliseerd moet worden).
	<i>Dank voor de waardevolle aanvulling. We voegen dit aan het rapport toe.</i>
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	Beeldvormende diagnostiek of radiologische interventies maken geen deel uit van deze gekozen zorgtrajecten. De NVvR onthoudt zich dan ook van het inbrengen van commentaar en kan het definitieve rapport straks ook niet goedkeuren of autoriseren.
Nederlandse Vereniging voor Urologie NVU	De NVU adviseert om de bekkenbodemp Problemen op latere leeftijd als gevolg van een vaginale baring wat meer te expliciteren in titel en abstract. Gezien de uitkomsten van de screeningsstudie (nl. cervixpathologie en bekkenbodemp Problematiek) zou de titel aangevuld kunnen worden met urine-incontinentie of aangepast kunnen worden naar urogynaecologische aandoeningen (of dergelijke bewoordingen). Dit om te voorkomen dat er voor lezers een beeld ontstaat dat het stuk puur over gynaecologie gaat.
	<i>We hebben de titel van het rapport niet gewijzigd. In deze systematische doorlichting scharen we onder 'gynaecologische aandoeningen' het deel van het ICD-10-gebied 'XIV Ziekten van urogenitaal stelsel (N00-N99)' die de aandoeningen aan de vrouwelijke organen in het bekken omvatten. Dit zijn 'ontstekingsprocessen van vrouwelijke organen in bekken (N70-N77)' en 'niet-inflammatoire aandoeningen van vrouwelijke geslachtsorganen (N80-N98)'. We bekijken stress-incontinentie als een gevolg van bekkenbodempklachten. We denken dat de gekozen titel de inhoud voldoende dekt. Hiermee willen we uiteraard niet voorbij gaan aan de rol die urologen spelen in de behandeling van deze klachten.</i>
Patiëntenfederatie Nederland	In het rapport staat op pagina 17 en 18 dat er genoeg bereikbare bronnen zijn voor vrouwen. Het punt is juist dat deze bronnen niet compleet, niet multidisciplinair en ook niet eenduidig zijn. Er is geen bron waar alle soorten pijnbestrijding genoemd staan, medicamenteus en niet-medicamenteus op een door verschillende disciplines gedragen wijze, met alle voor- en nadelen duidelijk op een rijtje. Het nut en de noodzaak van pijn is hierbij een belangrijk onderdeel.
	<i>Er is inderdaad een veelheid aan bronnen waarvan niet één bron compleet en multidisciplinair is. Het Zorginstituut verwacht dat dit met de ontwikkeling van de richtlijn 'Medicamenteuze Pijnbehandeling tijdens de Bevalling' opgelost wordt. In een dergelijke richtlijn zou ook niet-medicamenteuze pijnbehandeling aan bod moeten komen. De tekst en de samenvatting zijn hieraan aangepast.</i>

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Verpleegkundigen Obstetrie en Gynaecologie (V&VN VOG)

V&VN VOG heeft geen inhoudelijke aanpassingen. Wel willen zij nogmaals onder de aandacht brengen dat een-op-eenbegeleiding naar hun idee niet in alle gevallen geborgd is. Oorzaken die hier aan ten grondslag (kunnen) liggen zijn volgens V&VN VOG :

- hoge werkdruk;
- te weinig personeel (o.a. door personele inzet bij opvang op OK die niet rechtstreeks is verbonden met de afdeling verloskunde);
- toename pijnstilling;
- administratieve lasten.

Deze signalen worden in het rapport verwoord (paragraaf 2.4).

Zorg-verzekeraars Nederland (ZN)

ZN kan zich grotendeels vinden in het rapport. Er zijn twee zinvolle thema's voor verdieping geselecteerd.

ZN geeft de suggestie om te kijken naar fertiliteitszorg omdat daar mogelijk nog veel in doelmatigheid te halen valt. Als voorbeelden worden te vroeg doorverwijzen en dubbele diagnostiek in de eerste en tweede lijn genoemd.

Op het gebied van fertiliteitszorg zijn in de afgelopen jaren al verschillende initiatieven gericht op zinnige zorg ontplooid waarmee een aanzienlijke kostenbesparing is gerealiseerd. Om deze reden is fertiliteitszorg in dit project niet bekeken. Wel blijft fertiliteitszorg uiteraard een aandachtsgebied voor het Zorginstituut.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Sector Zorg
Team Geboortezorg, mondzorg en zintuigen

Contact

Hugo Trouw,
htrouw@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl

Volgnummer: 2017039367

