

DEFINITIEF EINDRAPPORT

MAATSCHAPPELIJKE
KOSTEN BATEN AFWEGING
VOOR DE GEBOORTEZORG
IN NEDERLAND

Dr. Jan-Peter Heida

Ir. Saskia van der Erf

Jori Hoendervanger, MSc

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, 4 maart 2015

Contactpersoon: Saskia van der Erf
E-mail: saskia.vandererf@sirm.nl
Telefoonnummer: 06 – 31 95 94 86

INHOUDSOPGAVE

De MKBA in het kort	4
1 Inleiding	16
1.1 Geboortezorg in ontwikkeling	16
1.2 Rol van verloskundig zorgverleners	17
2 Maatschappelijke Kosten Baten Afweging	19
2.1 Inhoudelijk kader	19
2.2 Wensen cliënt en stuurgroep Zwangerschap en Geboorte	20
2.3 Beleidsvarianten weergegeven in stroomschema	22
3 Onderzoeksaanpak	24
3.1 Definitie beleidsvarianten	24
3.2 Verzameling gegevens	24
3.3 Methodiek berekenen impact strategieën	25
3.4 Borging van kwaliteit	26
4 Gezond ouder worden begint met goede start leven	28
4.1 Omschrijving strategieën	28
4.2 Saldo kosten baten	30
4.3 Kosten	33
4.4 Baten	35
5 Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor proces	37
5.1 Omschrijving strategieën	37
5.2 Saldo kosten baten	40
5.3 Kosten	42
5.4 Baten	45
6 Shared decision-making cliënt en zorgverlener	47
6.1 Omschrijving strategieën	47
6.2 Saldo kosten baten	50
6.3 Kosten	52
6.4 Baten	54
7 Referentievariant	56
7.1 Huidige cliëntstromen geboortezorg	56

7.2	Huidige geboortezorgkosten verloskundige zorgverleners per zwangere	59
7.3	Totale verloskundige zorgkosten referentievariant.....	62
8	Conclusies en aanbevelingen	64
8.1	Conclusies	64
8.2	Aanbevelingen.....	66
	Bijlage Terminologie	67
	Bijlage Referentievariant (data van 2009 t/m 2013)	69
	Bijlage Kosten strategieën	75
	Bijlage Baten strategieën.....	78
	Bijlage Saldo en baten per scenario	84
	Bijlage Toename in epidurale analgesie bij ontsluiting	87

DE MKBA IN HET KORT

Maatschappelijke Kosten Baten Afweging geeft inzicht in geboortezorg

Over de inrichting van de geboortezorg in Nederland wordt een brede discussie gevoerd in de sector. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) wil actief bijdragen aan deze discussie door onderbouwde argumenten aan te dragen voor het debat. De KNOV doet dit op verschillende manieren en heeft in dat kader onderzoeksbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) gevraagd om een Maatschappelijke Kosten Baten Afweging (MKBA) te maken voor de geboortezorg in Nederland. *Voor een uitgebreidere beschrijving van de aanleiding van dit onderzoek lees Hoofdstuk 1.*

Een MKBA is een informatie-instrument dat vanuit het perspectief van de maatschappij als geheel de voor- en nadelen van bepaald beleid systematisch in beeld brengt en waardeert. Een MKBA brengt de kosten en baten van de invoering van een beleidsvariant per belanghebbende in kaart. Deze kosten en baten tellen vervolgens op tot een welvaartseffect voor de samenleving als geheel. Relevante belanghebbenden in de geboortezorg zijn: kinderen, zwangeren en hun familie, eerstelijns en klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden en ziekenhuizen. *Voor meer uitleg over een MKBA lees Paragraaf 2.1.*

Zwangere vrouwen ontvangen geboortezorg in de eerste en tweede lijn

Net als in veel andere segmenten van de zorg, bestaat in de verloskundige zorg nog steeds een onderscheid tussen eerste en tweede lijn. In de toekomst wordt deze scheiding waarschijnlijk minder geprononceerd naarmate verloskundig zorgverleners de geboortezorg meer integraal leveren. Ook bij volledig geïntegreerd geleverde zorg is van belang welke zorgprofessional welke zorg levert.

In deze MKBA zijn beleidsvarianten beschreven waarbij zwangere en bevallende vrouwen de zorg meer in een niet-klinische setting en met minder overdrachten ontvangen. Het gaat om meer zorg die verloskundigen in een niet-klinische setting uit zouden kunnen voeren. Dat leidt tot een efficiëntere inzet van professionals en middelen in de zorg. De beschikbaar gekomen middelen kunnen al dan niet binnen de verloskundige zorg worden ingezet. Die verloskundige zorg kan in de buurt, in een geïntegreerd werkend geboortecentrum of in het ziekenhuis worden geleverd. Echter, alle beschikbare informatie is gebaseerd op de huidige manier van werken. In deze rapportage werken wij daarom noodzakelijkerwijs met een onderscheid tussen eerste en tweede lijn, zowel om volumes als om kosten te schatten.

Om de impact van een beleidsvariant te berekenen, gebruiken we gegevens uit de Perinatale Registratie Nederland (PRN). Er is van uit gegaan dat een deel van de bevallingen in de tweede lijn ook veilig in de eerste lijn had kunnen plaatsvinden (of in een geïntegreerd werkend

bevalcentrum, in een low/medium care omgeving¹). Dit geldt waarschijnlijk vooral voor bevallingen waarbij het kind is aangepakt door een verloskundige. *Zie paragraaf 3.3 voor een beschrijving van de onderzoeksmethodiek.*

Beheerste uitgavenontwikkeling in de zorg is gezamenlijke opgave

De zorgkosten stijgen. Een doorsnee gezin betaalt al meer dan €11.000 per jaar aan zorg - deels via premie, maar vooral via (loon)belastingen. Dat bedrag wordt steeds hoger². Een beheerste uitgavenontwikkeling en een doelmatig zorgstelsel staan centraal in de in 2006 ingevoerde Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Een beheerste uitgavenontwikkeling zorgt ervoor dat de zorg niet een te grote druk legt op de collectieve middelen en het nationaal inkomen en houdt daarmee de zorg betaalbaar op macroniveau³. Zorgverleners staan voor een gezamenlijke opgave om de uitgavenontwikkeling te beheersen, ook in de geboortezorg. Investerings in de geboortezorg kunnen hier mogelijk aan bijdragen.

Professionals in geboortezorg zijn betrokken bij de MKBA

Eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en cliënten hebben bijgedragen aan deze MKBA. Daarnaast is een uitgebreide verkenning van gepubliceerde gegevens en literatuur uitgevoerd. De concept eindrapportage is tenslotte aan verschillende partijen in het veld voorgelegd.

SiRM heeft bij het opstellen van deze MKBA de leidraad van het RIVM als uitgangspunt genomen. De beleidsvarianten die getoetst worden in de MKBA heeft SiRM ontwikkeld met verloskundigen uit verschillende regio's. Gegevens over aantallen zwangeren en kosten van geleverde zorg zijn hoofdzakelijk afkomstig van de Perinatale Registratie Nederland (PRN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en DBC Onderhoud. *Voor meer uitleg over de onderzoeks aanpak lees Hoofdstuk 3.*

MKBA toetst drie beleidsvarianten

De wensen van de cliënt⁴ en de aanbevelingen van de stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte'⁵ vormen de basis voor de drie beleidsvarianten in deze MKBA:

- A. Gezond ouder worden begint met goede start leven (preventie). We raken er in toenemende mate van overtuigd dat de gebeurtenissen rondom de zwangerschap en geboorte van belang zijn voor de fysieke en psychische gezondheid van het kind.

¹ In deze MKBA worden vrouwen met high care buiten beschouwing gelaten.

² <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg>

³ Zorgbalans 2014, RIVM.

⁴ Maternal and newborn health components of a health system needed by childbearing women and newborn infants (2014). Renfrew, Mc Fadden, A. M.J., Bastos, M.H., et al. Midwifery and Quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care, Lancet.

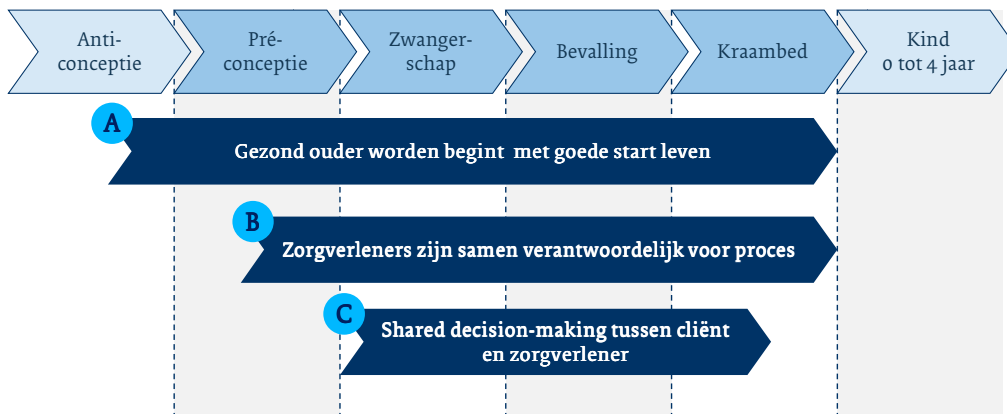
⁵ Een goed begin, Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. December 2009.

Niet alleen in de eerste levensjaren, maar gedurende zijn of haar hele leven. De begeleiding en zorg die professionals vanaf de kinderwens (preconceptiezorg) tot aan de overdracht naar de jeugdgezondheidszorg verlenen, kan leiden tot baten die veel verder strekken dan tot in het kraambed. De vier strategieën in deze beleidsvariant zijn gericht op preventie: bijvoorbeeld het voorkomen van een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen of een lager geboortegewicht.

- B. Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor proces (samenwerken). De cliënt vraagt om continue begeleiding zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de baring.. Sinds de publicatie van het rapport van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is de aandacht voor gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces toegenomen. De zes strategieën in deze beleidsvariant zijn gericht op het verbeteren van deze gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces van organisatie van zorg. Door multidisciplinaire besprekingen, door verbeterde uitwisseling van informatie, door een case manager tijdens de zwangerschap en door diagnostiek in de keten meer op elkaar aan te laten sluiten.
- C. Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener (zorg op maat). Zwangeren vinden het belangrijk dat zij zorg op maat ontvangen, zorg naar behoefte en omstandigheden van de cliënt. Zij willen goed geïnformeerd zijn, op de hoogte van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes tijdens de zwangerschap en baring. Shared decision-making tussen de cliënt en de verloskundig zorgverlener streeft naar keuzes op basis van goed onderbouwde geharmoniseerde informatie die op duidelijke wijze besproken is tussen zwangere en professional. In deze beleidsvariant nemen we zes strategieën op die betrekking hebben op 'Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener'.

We toetsen de beleidsvarianten ten opzichte van de huidige geboortezorg in Nederland en niet zozeer ten opzichte van elkaar. De beleidsvarianten hebben verschillende doelstellingen en kunnen alle drie ingevoerd worden.

De beleidsvarianten staan schematisch weergegeven in Figuur 1. Het stroomschema beschrijft het proces van zwangerschap en geboorte startend vanaf de anticonceptie tot aan het kind 4 jaar oud is. In het stroomschema is te zien op welke stappen van het proces de strategieën binnen de beleidsvarianten zich richten. *Lees Hoofdstuk 2 voor meer achtergrond over de beleidsvarianten.*

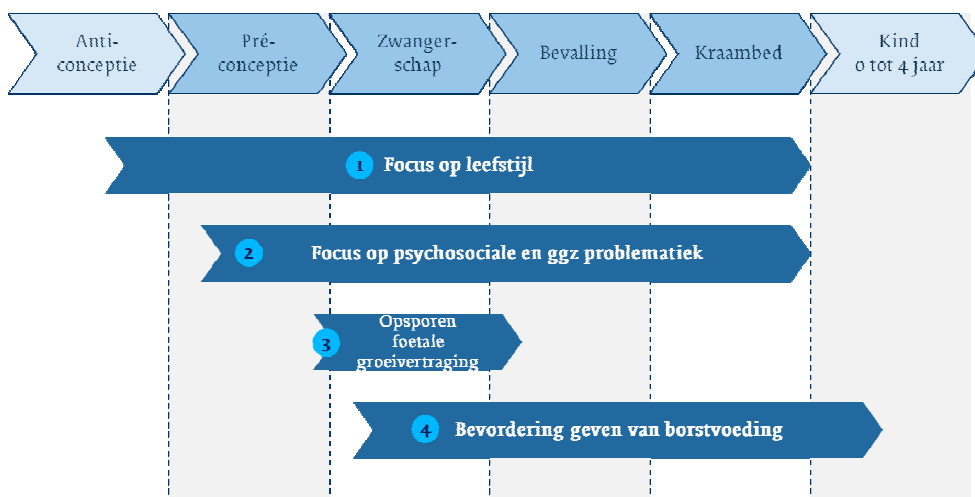


Figuur 1 Beleidsvarianten weergegeven in stroomschema

Iedere beleidsvariant bestaat uit vier tot zes strategieën die bijdragen aan de doelstelling van de beleidsvariant. De keuze voor de strategieën per beleidsvariant is enerzijds gebaseerd op expert opinion. Anderzijds is de grootte van de relevante groep zwangeren doorslaggevend geweest voor de selectie van strategieën. Voor sommige strategieën is nog geen wetenschappelijk bewijs geleverd. Wel worden alle strategieën al ergens in Nederland toegepast. Daardoor is er dus sprake van praktijkvariatie.

Beleidsvariant A is gericht op preventie

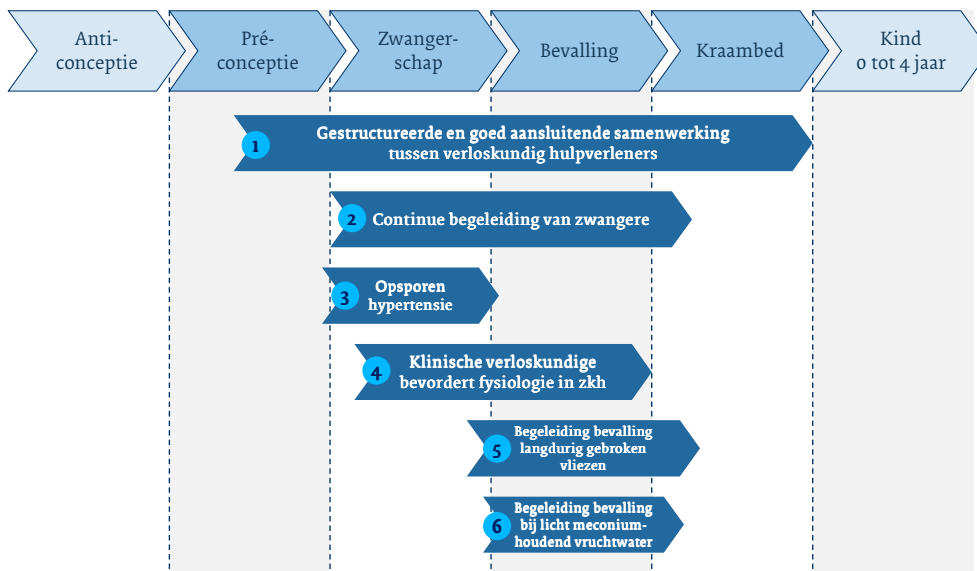
Vier strategieën gericht op preventie vormen beleidsvariant A Gezond ouder worden begint met een goede start leven. In Figuur 2 staan de strategieën gesitueerd in het proces van zwangerschap en geboorte. *De strategieën staan in detail beschreven in Paragraaf 4.1.*



Figuur 2 Strategieën beleidsvariant A. Gezond ouder worden begint met goede start leven

Beleidsvariant B is gericht op samenwerken

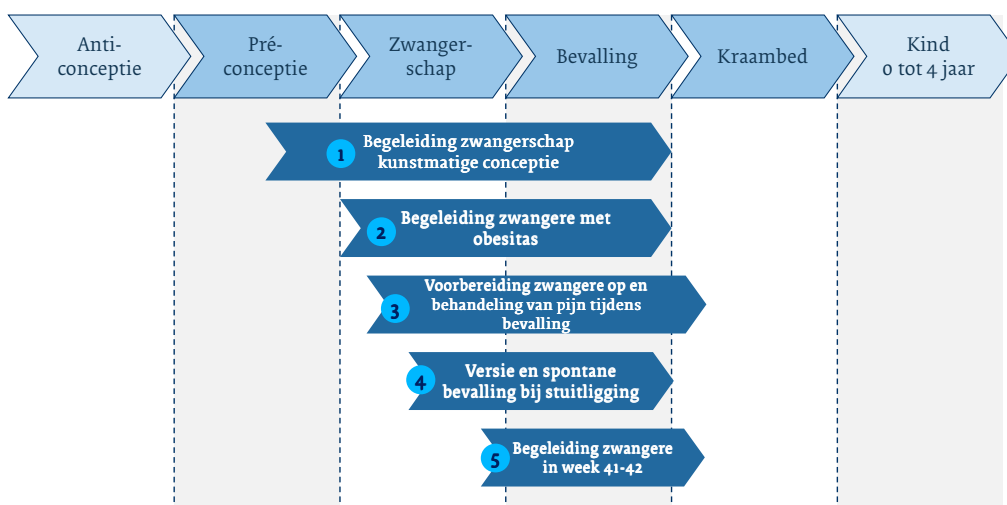
Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor proces bestaat uit zes strategieën weergegeven in Figuur 3. De beleidsvariant speelt in op goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. *De strategieën staan in detail beschreven in Paragraaf 5.1.*



Figuur 3 Strategieën beleidsvariant B. Zorgverleners samen verantwoordelijk voor proces

Beleidsvariant C is gericht op zorg op maat

Vijf strategieën gericht op shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener vormen beleidsvariant C. De strategieën in deze variant richten zich op de begeleiding van de zwangerschap en de bevalling. *De strategieën staan in detail beschreven in Paragraaf 6.1.*



Figuur 4 Strategieën beleidsvariant C. Shared decision-making cliënt en zorgverlener

Beleidsvarianten afgezet tegen huidige situatie in Nederland

Deze MKBA gaat uit van de huidige situatie in Nederland als referentievariant. Er bestaan veel regionale verschillen in de organisatie van de geboortezorg, in de doorverwijspercentages en in de uitkomsten van deze zorg. De impact van de beleidsvarianten zetten we daarom af tegen de gemiddelde kosten per zwangere in Nederland en de gemiddelde doorverwijspercentages in Nederland.

Voor een zinvolle MKBA is het van belang om te rekenen met daadwerkelijk gemaakte kosten. We berekenen apart de gemiddelde kosten van vrouwen die op verschillende momenten overgedragen worden tijdens de zwangerschap of de bevalling. Omdat het lastig is om kosteninformatie te verkrijgen (vooral voor de klinische setting), hebben we de tarieven genomen als uitgangspunt voor de berekening van de kosten per zwangere. We gaan er daarbij van uit dat de eerstelijns tarieven en de gemiddelde verkoopprijs van DBC-zorgproducten, de kosten gemaakt voor een gemiddelde zwangere dekken. In dit gemiddelde zijn vrouwen opgenomen die de gehele begeleiding in de eerstelijns of klinische setting ontvangen. Maar in het gemiddelde zijn ook vrouwen opgenomen die tijdens de zwangerschap of bevalling zijn overgedragen aan de gynaecoloog. Hiervoor corrigeren we. *Voor een uitgebreidere uitleg lees Paragraaf 7.2.*

Kosten van verwezen zwangere lager dan van zwangere in klinische setting

Correctie van de tarieven voor verwijzingen geeft inzage in de daadwerkelijk gemaakte kosten per zwangere. Voor de begeleiding van de bevalling liggen de kosten per zwangere lager voor vrouwen die in de eerste lijn bevallen of overgedragen worden tijdens de baring, dan vrouwen die in de klinische setting bevallen^{6,7}. Het verschil in kosten tussen vrouwen die volledig in de eerste lijn bevallen of die overgedragen worden is lager bij begeleiding van de zwangerschap (zie Tabel 1). *Lees voor een uitgebreidere analyse van de kosten Paragraaf 7.2.*

	Volledige begeleiding 1^e lijn	Late overdracht	Halverwege overdracht	Vroege overdracht	Volledige begeleiding 2^e lijn
Overdracht tijdens zwangerschap	+/- €800,-	+/- €1.050,-	+/- €1.050,-	+/- €1.100,-	+/- €1.100,-
Overdracht tijdens bevalling	+/- €1.150,-	N.v.t.	+/- €2.000,-	+/- €2.250,-	+/- €2.400,- ⁸

Tabel 1 Schatting kosten per zwangere voor begeleiding van zwangerschap en bevalling

⁶ De kosten voor eerstelijns verloskunde liggen hoger dan het maximum tarief van de NZa voor volledige prenatale zorg. Het tarief van de NZa omvat immers ook vrouwen die tijdens de zwangerschap overgedragen zijn. Hiervoor hebben we gecorrigeerd.

⁷ Deze bedragen liggen hoger dan de gemiddelde verkoopprijs van € 2.100,- voor het DBC-zorgproduct 'Begeleiding van een spontane bevalling'. Dit is wederom het gevolg van een correctie voor de vrouwen waarvan maar een deel van de bevalling in de klinische setting plaatsvindt.

⁸ Voor een bevalling zonder pijnstilling

De berekende kosten per zwangere in combinatie met de huidige doorverwijspercentages leiden tot een totaalbedrag voor de huidige kosten in de geboortezorg van bijna € 560 miljoen⁹. De marktscan 'Zorg rondom zwangerschap en geboorte' van de NZa publiceert hogere kosten¹⁰. De kosten in de referentievariant liggen lager omdat de referentievariant uitgaat van 152.000 bevallingen en niet van het totaal aantal bevallingen van 170.000 jaarlijks in Nederland¹¹. Daarnaast zijn in de referentievariant geen kosten voor eerstelijns diagnostiek opgenomen. De NZa neemt bovendien in haar marktscan alle diagnosecodes voor de geboortezorg mee terwijl wij alleen rekenen met diagnosecodes die relevant zijn voor een zwangerschap en baring zonder vroeggeboortes. *Lees voor een uitgebreidere beschrijving Paragraaf 7.3.*

Potentieel saldo van kosten en baten van € 30 miljoen binnen de verloskundige zorg en € 30 miljoen gezondheids(zorg)baten door invoering beleidsvarianten

De baten van de beleidsvarianten betreffen baten zoals gezondheidswinst, maar vooral uitgespaarde zorgkosten. Uitgespaarde zorgkosten volgen uit lagere zorgkosten tijdens zwangerschap en bevalling. Gezondheids(zorg)baten omvatten:

- Zorgkosten die op lange termijn uitgespaard worden (zoals jaarlijkse kosten van diabetes patiënten)
- Baten die buiten de zorg vallen (zoals minder arbeidsverzuim)
- Waardering van kwaliteit van leven (Quality Adjusted Life Years)

In de MKBA berekenen we de uitgespaarde zorgkosten rondom zwangerschap en bevalling door het verschil te nemen van kosten rondom zwangerschap en geboorte van de beleidsvarianten ten opzichte van de referentievariant (huidige situatie in Nederland).

Het potentieel saldo van kosten en baten voor de maatschappij als gevolg van de beleidsvarianten ligt rond de € 10 en 15 miljoen per jaar per variant. Dit is per variant 2% tot 3% van de kosten voor de geboortezorg zoals bepaald voor de referentievariant (zie Tabel).

Omdat de MKBA deels gebaseerd is op aannames, bijvoorbeeld over de impact van strategieën, zijn voor iedere beleidsvariant drie scenario's doorgerekend: laag, midden en hoog. We schatten de impact van nog niet bewezen strategieën conservatiever in dan die voor bewezen strategieën. Overigens worden alle onderdelen waaruit de strategieën zijn opgebouwd al ergens in Nederland uitgevoerd. Scenario laag betreft een conservatief scenario. We schatten in dit scenario de impact van preventieve strategieën of strategieën

⁹ De kosten voor kraamzorg en kindergeneeskunde zijn hier niet in meegenomen omdat deze cliëntstromen vanuit de gegevens van PRN onvoldoende in kaart gebracht konden worden.

¹⁰ Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012. Nederlandse Zorgautoriteit, december 2012.

¹¹ Juist de gecompliceerde bevallingen die wij buiten beschouwing laten (vroeggeboortes, congenitale afwijkingen) zorgen voor hoge kosten in de klinische setting.

met beperkte wetenschappelijke onderbouwing, lager in dan voor het midden scenario. Daarnaast gaan we uit van meer vrouwen die doorverwezen worden naar de gynaecoloog. Het scenario hoog betreft juist een optimistisch scenario. *Voor meer uitleg over de invulling van scenario's lees Paragrafen 4.2, 5.2 en 6.2.*

Het doorrekenen van de beleidsvarianten in scenario's levert vooral een groot bereik op voor beleidsvariant A: van - € 1 tot 31 miljoen (saldo van kosten en baten verloskundige zorg en gezondheids(zorg)baten) samen), omdat het hier preventieve strategieën betreft met een grotere onzekerheid over de impact van de strategie. Voor beleidsvariant B is het verschil tussen het saldo van kosten en baten voor het hoge ten opzichte van het lage scenario ruim € 6 miljoen en voor beleidsvariant C € 4 miljoen.

	Beleidsvariant A: Preventie		Beleidsvariant B: Samenwerken	Beleidsvariant C: Zorg op maat
	Verloskundige zorg	Gezondheids(zorg) baten	Verloskundige zorg	Verloskundige zorg
Scenario laag	- €24 miljoen	€ 23 miljoen	€ 11 miljoen	€ 12 miljoen
Scenario midden	- € 20 miljoen	€ 31 miljoen¹²	€ 14 miljoen	€ 14 miljoen
Scenario hoog	- € 15 miljoen	€ 46 miljoen	€ 17 miljoen	€ 16 miljoen

Tabel 2 Saldo kosten baten voor beleidsvarianten per scenario

De beleidsvarianten kunnen niet helemaal bij elkaar opgeteld worden, omdat er dan kleine dubbeltellingen optreden. Toch kunnen we zeggen dat als alle beleidsvarianten ingevoerd worden er een potentieel saldo van kosten en baten mogelijk is van € 30 tot 40 miljoen in het midden scenario. Conservatieve schattingen leiden tot een saldo van ongeveer € 20 miljoen (scenario laag) en optimistische schattingen tot een mogelijk saldo van circa € 60 miljoen (scenario hoog). Ongeveer de helft van de baten komt voort uit lagere kosten in de verloskundige zorg, de andere baten zijn gezondheids(zorg)baten.

Preventie: Focus op psychosociale en ggz problematiek hoogste netto baten

De strategie 'Focus op psychosociale en ggz problematiek' levert de hoogste netto baten op van de strategieën uit beleidsvariant A (zie Tabel). Dit betreft voornamelijk baten die buiten de verloskundige zorg vallen. We hebben hier het voorkomen van vermindering van kwaliteit van leven bij het optreden van een postnatale depressie in geld uitgedrukt. Daarnaast

¹² De netto baten voor beleidsvariant A betreffen een conservatieve inschatting. De baten van strategie A3: Opsporing foetale groeivertraging binnen deze variant zijn namelijk lastig in geld uit te drukken.

kwantificeren we de uitgespaarde (zorg)kosten van het kind op lange termijn door vermindering van psychosociale problematiek. Voor beleidsvariant A is een directe investering van ongeveer € 20 miljoen¹³ in de verloskundige zorg nodig. Dit leidt op de lange termijn tot baten van ongeveer € 30 miljoen buiten de verloskundige zorg. Lees Hoofdstuk 4 voor een uitgebreide beschrijving van kosten en baten per strategie.

<i>Midden scenario</i>	Saldo	Kosten – verloskundige zorg	Baten – verloskundige zorg	Baten – gezondheids (zorg)baten
A1. Focus op leefstijl	€ 3,7	€ 24,4	€ 19,5	€ 8,6
A2. Focus op psychosociale en ggz problematiek	€ 7,3	€ 7,0	€ 0,7	€ 13,6
A3. Opsporen foetale groeivertraging	PM - € 5,8	€ 5,8	€ -	PM ¹⁴
A4. Bevordering geven van borstvoeding	€ 6,4	€ 2,7	€ -	€ 9,1
Totaal	€ 11,6	€ 39,9	€ 20,2	€ 31,1

Tabel 3 Kosten en baten per strategie (in miljoen) voor Beleidsvariant A (midden scenario)

Samenwerken: Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen en licht meconiumhoudend vruchtwater hoogste netto baten

De hoogste baten van de strategieën uit beleidsvariant B zijn te bereiken door invoering van de strategieën 'Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen' en 'Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater' (zie Tabel). Lees Hoofdstuk 5 voor een uitgebreide beschrijving van kosten en baten per strategie.

<i>Midden scenario</i>	Saldo	Kosten – verloskundige zorg	Baten – verloskundige zorg
B1. Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking	€ 0,7	€ 0,1	€ 0,9
B2. Continue begeleiding van zwangere	€ 2,8	€ 16,5	€ 19,3
B3. Opsporen hypertensie	€ 1,0	€ 1,4	€ 2,4
B4. Klinisch verloskundige bevordert fysiologie in ziekenhuis	€ 2,1	€ 2,0	€ 4,1
B5. Begeleiding bevalling bij langdurig	€ 3,5	€ 1,7	€ 5,2

¹³ De investering van € 40 miljoen minus de uitgespaarde zorgkosten in de verloskundige zorg van € 20 miljoen.

¹⁴ De baten voor deze strategie zijn (nog) lastig in geld uit te drukken.

<i>Midden scenario</i>	Saldo	Kosten – verloskundige zorg	Baten – verloskundige zorg
gebroken vliezen¹⁵			
B6. Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater¹⁵	€ 3,5	€ 3,1	€ 6,6
Totaal	€ 13,7	€ 24,8	€ 38,5

Tabel 4 Kosten en baten per strategie (in miljoen) voor Beleidsvariant B (midden scenario)

Zorg op maat: Begeleiding zwangere met obesitas hoogste netto baten

Binnen beleidsvariant C draagt de strategie 'Begeleiding zwangere met obesitas' het meest bij aan de netto baten (zie Tabel). Lees Hoofdstuk 6 voor een uitgebreide beschrijving van kosten en baten per strategie.

<i>Midden scenario</i>	Saldo	Kosten – verloskundige zorg	Baten – verloskundige zorg
C1. Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie	€ 1,8	€ 0,4	€ 2,2
C2. Begeleiding zwangere met obesitas	€ 4,1	€ 0,2	€ 4,3
C3. Voorbereiding zwangere op en behandeling van pijn tijdens de bevalling¹⁵	€ 2,0	€ 4,2	€ 6,2
C4. Versie en spontane bevalling bij stuitligging	€ 3,4	€ 0,3	€ 3,7
C5. Begeleiding zwangere in week 41-42¹⁵	€ 2,6	€ 0,3	€ 2,9
Totaal	€ 13,9	€ 5,4	€ 19,3

Tabel 5 Kosten en baten per strategie (in miljoen) voor Beleidsvariant C (midden scenario)

Potentiële besparingen liggen vooral in het ziekenhuis

De besparingen die optreden als gevolg van de invoering van de beleidsvarianten betreffen grotendeels uitgespaarde zorgkosten. De impact van deze besparingen zal vooral merkbaar zijn voor het ziekenhuis: op de korte termijn voor de verloskunde en kindergeneeskunde, maar op de lange termijn ook voor andere medisch specialismen zoals interne geneeskunde.

¹⁵ De KNOV en haar leden onderzoeken de mogelijkheid van invoering van deze strategieën, gebaseerd op een eerder onderzoek uitgevoerd door SiRM.

	Beleidsvariant A		Beleidsvariant B	Beleidsvariant C
	Verloskundige zorg	Gezondheids(zorg) baten	Verloskundige zorg	Verloskundige zorg
Nederland	-	€ 23 miljoen	€ 1 miljoen	-
Ziekenhuis	-	€ 8 miljoen	€ 19 miljoen	€ 14 miljoen
Gynaecoloog	€ 4 miljoen	-	€ 7 miljoen	€ 3 miljoen
Klinisch vk¹⁶	€ 1 miljoen	-	€ 11 miljoen	€ 1 miljoen
1^e lijns verloskunde	- €15 miljoen	-	- €24 miljoen	- €4 miljoen
Kraamzorg	- €9 miljoen	-	-	- €0,1 miljoen
Totaal	- €20 miljoen	€31 miljoen	€14 miljoen	€14 miljoen

Tabel 6 Saldo kosten baten voor beleidsvarianten per belanghebbende voor midden scenario

Ook op gynaecologen en klinisch verloskundigen hebben de besparingen impact. Voor beleidsvarianten A en C betreft dit voornamelijk besparingen op zorg verleend door gynaecologen. Beleidsvariant B heeft voornamelijk impact op de zorg verleend door klinisch verloskundigen.

De beleidsvarianten vragen om een investering in de eerstelijns verloskunde en de kraamzorg. Enerzijds om meer begeleiding te waarborgen voor vrouwen met een specifieke zorgvraag zoals psychosociale en ggz problematiek en om een grotere rol te spelen in de focus op leefstijl zelfs voor de conceptie. Anderzijds omdat de strategieën in varianten B en C trachten de huidige variatie in zorgverlening, die onder- en overbehandeling suggereert, te verminderen. De strategieën hebben als doel dat de eerstelijns verloskundige indien het nodig is, in geval van (te verwachten) complicaties, verwijst naar de gynaecoloog.

Inzetten op alle drie de beleidsvarianten

De beleidsvarianten bevatten strategieën die elkaar niet uitsluiten. Met andere woorden: deze MKBA toetst geen beleidsmaatregelen ten opzichte van elkaar om de beste te selecteren. Alle drie de beleidsvarianten leiden tot positieve saldo's voor de maatschappij voor het midden scenario.

Beleidsvariant A 'Gezond ouder worden begint met goede start leven' is het meest risicovol omdat in het lage scenario de invoering van de strategieën kunnen leiden tot een negatief saldo van kosten en baten voor de maatschappij. Anderzijds leidt het hoge scenario tot

¹⁶ In de klinische setting heeft zich afgelopen jaren taakverschuiving voorgedaan. Deze verschuiving is gerealiseerd met meer klinisch verloskundigen. De klinisch verloskundigen hebben aantoonbare meerwaarde voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. De effecten van de reeds gerealiseerde taakverschuiving zijn niet volledig meegenomen in de beleidsvarianten van de MKBA.

verreweg de hoogste netto baten voor variant A. Dit is inherent aan preventieve strategieën: baten volgen de kosten pas na tientallen jaren en zijn daardoor onzekerder. Preventie vraagt dus investeringen die ver voor de baten uitgaan. Intensieve inzet op een streng geselecteerde hoog risico groep vrouwen kan de kans op (lange termijn) baten verhogen¹⁷.

Aandacht voor onder- en overbehandeling cliënt in integrale zorg

Verloskundig zorgverleners zijn de afgelopen jaren in toenemende mate gericht op het bieden van integrale zorg voor de zwangere. Op welke manier dit gebeurt verschilt per regio. De verschillen betreffen onder meer de zorgpaden en welke professional op welk moment de eerst verantwoordelijke zorgverlener is. Ook welke organisatievorm de veldpartijen in de regio kiezen om integrale zorg vorm te geven, varieert.

Partijen kunnen strategieën, zoals beschreven in deze MKBA, verschillend vormgeven afhankelijk van de lokale context. Een belangrijk deel van de strategieën streeft naar het reduceren van geobserveerde variatie in de zorgverlening en de daarmee mogelijk samenhangende onder- en overbehandeling. Op basis van de resultaten van deze MKBA en de gezamenlijke opgave tot uitgavenbeheersing bevelen wij aan om tijdens de verdere ontwikkeling van integrale geboortezorg aandacht te hebben voor de rol van de eerstelijns verloskunde en de kraamzorg in de keten.

¹⁷ Uit internationaal onderzoek naar de kosteneffectiviteit van diabetespreventie blijkt dat intensieve inzet op een streng geselecteerde hoog risico groep patiënten kostenbesparingen oplevert op de lange termijn (The Diabetes Prevention Program Research Group, 2012).

1 INLEIDING

De inrichting van de geboortezorg in Nederland verandert. Verloskundig zorgverleners werken in toenemende mate integraal, al kunnen verschillende partijen daar iets anders onder verstaan. Over de inrichting wordt nu een brede discussie gevoerd in de sector. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) wil actief bijdragen aan deze discussie door onderbouwde argumenten aan te dragen voor het debat. De KNOV doet dit op verschillende manieren en heeft in dat kader onderzoeksbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) gevraagd om een Maatschappelijke Kosten Baten Afweging (MKBA) te maken voor de geboortezorg in Nederland.

1.1 GEBOORTEZORG IN ONTWIKKELING

Met de verschijning van het advies 'Een goed begin - Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' van de stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte' eind 2009, laaide de discussie over de relatief hoge babysterfte in vergelijking met de ons omringende landen op. Kern van het advies was dat de kwaliteit van de geboortezorg moet verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere en haar naasten.

Organisatievormen geboortezorg verschillen regionaal

Mede door de aanbevelingen van de stuurgroep is de sector in de afgelopen jaren in toenemende mate gericht op het bieden van integrale zorg voor de zwangere. Op welke manier dit gebeurt, verschilt per regio. De verschillen betreffen onder meer de zorgpaden en welke professional op welk moment de eerst verantwoordelijke zorgverlener is. Ook welke organisatievorm de veldpartijen in de regio kiezen om integrale zorg vorm te geven varieert. Er zijn regio's waar sprake is van samenwerking tussen vrijgevestigde verloskundigenpraktijken, klinisch verloskundigen en gynaecologen in het ziekenhuis en kraamzorgorganisaties. In andere regio's werken eerstelijns, klinisch verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden samen in één organisatie.

Terminologie 'eerste' en 'tweede' lijn lijkt minder goed te passen

De geboortezorg is in toenemende mate integraal georganiseerd. Zorgverzekeraars experimenteren met integrale bekostiging van de geboortezorg door een integraal tarief per zwangere af te spreken. De aanduidingen 'eerste' en 'tweede' lijn lijken hier minder goed bij te passen. Het gaat om de juiste zorg op het juiste moment door de juiste professional op de juiste plek. Toch komen de termen 'eerste' en 'tweede' lijn nog regelmatig terug in deze MKBA. De belangrijkste reden voor het gebruik van deze 'oude' terminologie is dat de gegevens waarop we de kosten-baten analyses baseren uitgaan van een eerste en een tweede

lijn. De Perinatale Registratie Nederland (PRN) publiceert jaarlijks hoeveel vrouwen er bevallen zijn in de eerste en de tweede lijn. Financiering van geleverde zorg in de eerste lijn is gescheiden van de DBC-zorgproducten financiering in de tweede lijn. Momenteel starten pilots met integraal tarief.

1.2 ROL VAN VERLOSKUNDIG ZORGVERLENERS

Om de doelmatigheid van de geboortezorg te waarborgen is het van belang dat verloskundig zorgverleners de zorg op kosteneffectieve wijze leveren. Verloskundigen en kraamzorg spelen een belangrijke rol in de kosteneffectieve levering van geboortezorg. De eerstelijns verloskundige begeleidt de zwangerschap en baring als deze normaal verlopen. De eerstelijns verloskundige fungeert als poortwachter en verwijst in het geval van (te verwachten) complicaties door naar de gynaecoloog. Dit doet ze aan de hand van richtlijnen. Klinisch verloskundigen en gynaecologen begeleiden zwangere vrouwen met een verhoogd risico. Als we in deze MKBA spreken over ‘verloskundigen’ dan bedoelen we hiermee de eerstelijns verloskundige en de klinisch verloskundige. Wanneer het over de eerstelijns verloskundige óf de klinisch verloskundige gaat dan benoemen we dit specifiek.

Aantal doorverwijzingen is toegenomen afgelopen jaren

Uit de jaarboeken gepubliceerd door PRN blijkt dat het percentage zwangeren dat doorverwezen wordt tijdens de zwangerschap en baring is toegenomen. In 2000 droegen eerstelijns verloskundigen 26% van de zwangeren, die de begeleiding van de zwangerschap waren gestart bij de eerstelijns verloskundige, over aan de gynaecoloog. In 2012 werden 33% van de zwangeren die de begeleiding gestart waren bij de eerstelijns verloskundige overgedragen aan de gynaecoloog. Over dezelfde jaren is eveneens het overdrachtspercentage tijdens de baring licht toegenomen van 20% van de zwangeren, die de begeleiding gestart waren bij de eerstelijns verloskundige, in 2000 naar 22% in 2012¹⁸. Het is belangrijk dat deze vrouwen niet onnodig gemedicaliseerd worden.

Variatie in zorgverlening groot

Gegevens van PRN laten zien dat doorverwijspercentages zeer uiteen kunnen lopen tussen verloskundigenpraktijken. De poortwachtersrol wordt verschillend ingevuld. Ook de Verloskundige Onderlinge Kwaliteit Spiegel (VOKS) laat een grote variatie in verwijscijfers zien tijdens de zwangerschap en baring. Deze variatie blijft bestaan na correctie voor populatiekenmerken die samen kunnen hangen met de verwijzing¹⁹.

In de klinische setting is eveneens sprake van een aanzienlijke variatie in de zorgverlening. Er bestaan bijvoorbeeld landelijk grote verschillen in het percentage inleidingen. In 2009

¹⁸ Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2013. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2014

¹⁹ <http://www.kennispoort-verloskunde.nl/besluitvorming-van-verloskundigen.aspx>

varieert dat van 30% tot 60%²⁰ tussen ziekenhuizen met uitschieters naar onderen en naar boven²¹. De onderzoekers geven aan dat er geen relatie blijkt te zijn met etniciteit van de zwangeren. De verschillen zijn hoogstwaarschijnlijk gevolg van verschil in beleid of protocol. Ook uit de Zorgbalans 2014 gepubliceerd door RIVM blijkt dat er grote verschillen in percentage inleidingen tussen de ziekenhuizen waren²². Bij primaire sectio's zijn de verschillen eveneens groot met een percentage primaire sectio's dat varieert tussen ziekenhuizen van 1% tot 4% van de vrouwen. De onderzoekers geven aan dat de invloed van etniciteit of aantal baringen in het ziekenhuis ook bij het percentage primaire sectio's ondergeschikt is²¹. Uit de Zorgbalans 2014 blijkt eveneens dat er grote verschillen waren tussen ziekenhuizen in de periode 2005-2012 in het percentage ongeplande keizersnedes.

Variatie in zorgverlening kan wijzen op onder- en overbehandeling

Grote verschillen in verwijscijfers en variatie in zorgverlening kunnen een aanwijzing zijn voor onder- of overbehandeling. Te laat of niet verwijzen kan leiden tot onder-behandeling en daarmee tot slechtere perinatale of maternale uitkomsten. Onnodig of te vroeg verwijzen kan leiden tot overbehandeling en daarmee tot gezondheidsschade door een toegenomen kans op interventies als kunstverlossingen en keizersnedes die wellicht vermeden hadden kunnen worden. Te laat interveniëren tijdens de baring kan gevaar opleveren voor moeder en kind. Tegelijkertijd kan te snel ingrijpen eveneens leiden tot gezondheidsschade.

Beleidsvarianten richten zich voor groot deel op reduceren onder- en overbehandeling

De beleidsvarianten die in deze MKBA doorgerekend worden, vinden hun oorsprong grotendeels in het verlagen van de variatie in zorgverlening in de keten om onder- en overbehandeling te reduceren. De MKBA gaat hiermee uit van de zorgvraag van de zwangere vrouw. We spreken over de inzet van professionals in de wijk, thuis, in het geboortecentrum of een poliklinische setting ten opzichte van de klinische setting. Deze MKBA doet geen uitspraken over de organisatievorm die gekozen zou moeten worden om de beleidsvarianten in te voeren.

²⁰ Nulliparae met een atermenlingzwangerschap en een kind zonder letale congenitale afwijkingen in hoofdligging.

²¹ Wat ons opvalt in de LVR2: Vrijheid van handelen, T. de Neef en A. Franx met medewerking van M.G.A.J. Wouters. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, december 2011.

²² Zorgbalans 2014, RIVM.

2 MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN BATEN AFWEGING

SiRM heeft bij het opstellen van deze Maatschappelijke Kosten Baten Afweging (MKBA) de leidraad van het RIVM als uitgangspunt genomen. Het CPB heeft recent een leidraad voor MKBA's gepubliceerd, waaraan het RIVM vervolgens sectorspecifieke elementen van de zorg toegevoegd heeft.

Bij de bepaling van de te toetsen beleidsvarianten staan de wensen van de cliënt en de aanbevelingen van de stuurgroep 'Zwangerschap en Geboorte' centraal. De gekozen beleidsvarianten richten zich voornamelijk op het traject van pré-conceptie tot en met de kraamtijd. De baten die volgen uit de beleidsvarianten treden vaak wel nog op na het kraambed en in sommige gevallen zelfs in het latere leven van de moeder of het kind.

2.1 INHOUDELIJK KADER

Een MKBA is een goede methode om het debat met beslissers over de inrichting en financiering van zorg te voeren. Het is een informatie-instrument dat vanuit het perspectief van de maatschappij als geheel de voor- en nadelen van bepaald beleid systematisch in beeld brengt en waardeert.

MKBA in de zorg

De MKBA wordt veel toegepast op investeringsprojecten op het gebied van transport, ruimtelijke en stedelijke ontwikkeling en waterveiligheid. Het CPB heeft in 2013 de 'Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten baten analyse' gepubliceerd²³. Het CPB beveelt aan om ook in de zorg met MKBA's te werken om beleidsopties tegen elkaar af te wegen. Het RIVM heeft daartoe de leidraad van het CPB aangevuld met sectorspecifieke elementen in het rapport "Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg: Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014"²⁴. Eerder zijn al MKBA's gemaakt voor onderdelen van de zorg. Bijvoorbeeld op het gebied van revalidatiezorg²⁵ en van fysiotherapie²⁶ en voor de afweging van het rookverbod²⁷.

²³ <http://www.cpb.nl/publicatie/algemene-leidraad-voor-maatschappelijke-kosten-batenanalyse>.

²⁴ Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, RIVM.

²⁵ SEO, "Kosten en baten van revalidatie", november 2008.

²⁶ BMC, "Eerste klas waardering voor eerstelijns fysiotherapie", juni 2014.

²⁷ Een rookverbod in de Nederlandse horeca: Een kosten-batenanalyse,, 2008.

Systematische inventarisatie van directe en indirecte kosten en baten

Een MKBA is een systematische inventarisatie van alle kosten en alle baten van een beleidsvariant, ten opzichte van niets doen óf ten opzichte van een andere maatregel²⁴. Met een MKBA worden zowel de directe als de indirecte kosten en baten tegen elkaar afgewogen:

1. Directe baten: bestaan uit gezondheidswinst en welzijnswinst voor de moeder en het kind. Het gaat hier om baten die moeilijk uit te drukken zijn in geld zoals gevoel van veiligheid, comfort, vertrouwen in de zorgverlener en de gezondheidszorg bij zwangeren en hun familie. Een manier om deze baten in geld uit te drukken is door de gewonnen Quality Adjusted Life Years (QALY's) te vermenigvuldigen met een waarde per QALY.
2. Indirecte baten: die voornamelijk bestaan uit uitgespaarde zorgkosten. De kosten van overbehandeling bijvoorbeeld, van een baring die in een klinische setting heeft plaatsgevonden terwijl deze ook in een geboortecentrum of poliklinische setting plaats had kunnen vinden.
3. Directe kosten: bestaan uit de eenmalige en terugkerende kosten van een bepaalde manier van werken of een investering. Dit zijn bijvoorbeeld opleiding en investeringen in ondersteuning en infrastructuur voor integrale geboortezorg.
4. Indirecte kosten: betreffen bijvoorbeeld kosten van arbeidsverzuim door een behandeling in het ziekenhuis.

Afweging van kosten en baten voor maatschappij als geheel

In een MKBA gaat het niet om de kosten en baten voor specifieke individuen, bedrijven of overheden, maar voor de maatschappij als geheel²⁴. De kosten en baten van alle betrokken partijen worden bij elkaar opgeteld tot een welvaartseffect voor een samenleving als geheel. Daarnaast brengt een MKBA de kosten en baten per belanghebbende in kaart. Relevante belanghebbenden in de geboortezorg zijn: kinderen, zwangeren en hun familie, eerstelijns en klinisch verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden en ziekenhuizen.

2.2 WENSEN CLIËNT EN STUURGROEP ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Over de inrichting van de geboortezorg voeren veldpartijen een brede discussie. Men is het erover eens dat de zorg integraal moet zijn, maar hoe dit georganiseerd dient te worden, wordt aan de geboorte zorgprofessionals in het land overgelaten. Voor de zwangere vrouw en haar kind zijn organisatiestructuren en juridische entiteiten vaak niet zichtbaar. Haar tevredenheid hangt af van de geleverde geboortezorg rond de zwangerschap en de geboorte van haar kind.

Bij de definitie van de beleidsvarianten spelen een aantal aanbevelingen uit het rapport 'Een goed begin' van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte²⁸ een rol :

- Gezond ouder worden begint al in de baarmoeder.
- Goed geïnformeerde zwangere.
- Samen verantwoordelijk.
- Bevallende vrouw niet alleen.

Daarnaast staan de wensen van de cliënt centraal bij de definitie van de beleidsvarianten. Deze wensen overlappen overigens grotendeels met de aanbevelingen. Recent onderzoek gepubliceerd in de Lancet²⁹ beschrijft deze wensen als volgt:

- Ik wil continue zorg die beschikbaar, toegankelijk, veilig en kwalitatief goed is met voldoende middelen.
- Ik wil zorg op maat, naar mijn behoeften en omstandigheden. Van iemand die mij respecteert, begrijpt, goed communiceert en verstand van zaken heeft.
- Ik wil een zorgverlener die mij sterkt en zorgt voor een optimaal biologisch, psychologisch en sociaal proces. Ik wil alleen interventies op indicatie.
- Ik wil een zorgverlener die klinische kennis en vaardigheden kan combineren met persoonlijke, sociale en culturele competenties.

Op basis van de wensen van de cliënt en de aanbevelingen van de stuurgroep toetsen wij in deze MKBA de volgende drie beleidsvarianten:

- A. Gezond ouder worden begint met goede start leven (preventie). We raken er in toenemende mate van overtuigd dat de gebeurtenissen rondom de zwangerschap en geboorte van belang zijn voor de fysieke en psychische gezondheid van het kind. Niet alleen in de eerste levensjaren, maar gedurende zijn of haar hele leven. De begeleiding en zorg die professionals vanaf de kinderwens (preconceptiezorg) tot aan de overdracht naar de jeugdgezondheidszorg verlenen, kan leiden tot baten die veel verder strekken dan tot in het kraambed. De vier strategieën in deze beleidsvariant zijn gericht op preventie, bijvoorbeeld het voorkomen van een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen of een lager geboortegewicht.

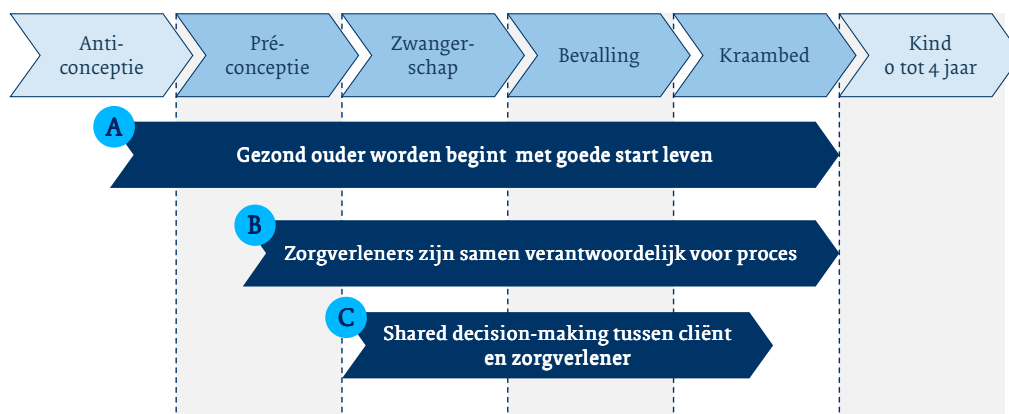
²⁸ Een goed begin, Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. December 2009.

²⁹ Maternal and newborn health components of a health system needed by childbearing women and newborn infants (2014). Renfrew, Mc Fadden, A. M.J., Bastos, M.H., et al. Midwifery and Quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care, Lancet.

- B. Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor proces (samenwerken). De cliënt vraagt om continue begeleiding zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de baring.. Sinds de publicatie van het rapport van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is de aandacht voor gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces toegenomen. De zes strategieën in deze beleidsvariant zijn gericht op het verbeteren van deze gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces van organisatie van zorg. Door multidisciplinaire besprekingen, door verbeterde uitwisseling van informatie, door een case manager tijdens de zwangerschap en door diagnostiek in de eerste en tweede lijn meer op elkaar aan te laten sluiten.
- C. C. Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener (zorg op maat). Zwangeren vinden het belangrijk dat zij zorg op maat ontvangen, zorg naar behoefte en omstandigheden van de cliënt. Zij willen goed geïnformeerd zijn, op de hoogte van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes tijdens de zwangerschap en baring. Shared decision-making tussen de cliënt en de verloskundig zorgverlener streeft naar keuzes op basis van goed onderbouwde geharmoniseerde informatie die op duidelijke wijze besproken is tussen zwangere en professional. In deze beleidsvariant nemen we zes strategieën op die betrekking hebben op 'Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener'.

2.3 BELEIDSARIANTEN WEERGEGEVEN IN STROOMSCHEMA

Figuur 5 geeft de drie beleidsvarianten weer in het stroomschema van zorg rondom zwangerschap en geboorte. De beleidsvarianten richten zich voornamelijk op het traject van pré-conceptie tot en met kraamtijd. De baten die volgen uit de beleidsvarianten treden vaak wel nog op na het kraambed en in sommige gevallen zelfs in het latere leven van de moeder of het kind.



Figuur 5 Beleidsvarianten weergegeven in stroomschema

De beleidsvarianten bestaan uit vier tot zes strategieën. De mate waarin deze strategieën ingrijpen op stappen in het stroomschema varieert, zoals te zien is in Figuur 5. De beleidsvariant 'Gezond ouder worden start met goed begin leven' begint bijvoorbeeld al voor de pré-conceptie fase. Eén van de strategieën van deze beleidsvariant is namelijk gericht op meer focus op leefstijl. Onderdeel van die strategie is voorlichting aan middelbare scholieren over de effecten van roken op ongeboren kinderen.

De keuze voor de strategieën per beleidsvariant is enerzijds gebaseerd op expert opinion. Anderzijds is de grootte van de relevante groep zwangeren doorslaggevend geweest voor de selectie van strategieën. Een voorbeeld: de groep van zwangeren met diabetes gravidarum blijkt uit de analyse van PRN-gegevens relatief klein te zijn. Om die reden is ervoor gekozen om voor deze zorgvraag geen specifieke strategie op te nemen in de beleidsvariant 'Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor het proces'.

3 ONDERZOEKSAANPAK

Deze MKBA is tot stand gekomen met hulp van verscheidene professionals werkzaam in de geboortezorg en een uitgebreide verkenning van gepubliceerde gegevens en literatuur:

- De beleidsvarianten die getoetst worden in de MKBA heeft SiRM ontwikkeld met verloskundigen uit verschillende regio's.
- Gegevens over aantallen zwangeren en kosten van geleverde zorg zijn hoofdzakelijk afkomstig van PRN, de NZa en DBC Onderhoud.
- Bij het uitwerken van de beleidsvarianten naar strategieën en de berekening van kosten en baten heeft SiRM regelmatig overleg gevoerd met professionals in de geboortezorg en andere experts. Daarnaast is de concept eindrapportage aan verschillende partijen in het veld voorgelegd zoals Actiz, BTN, NVOG, LHV, NVZ, NPCF, GGD en CPZ. Reacties van partijen heeft SiRM waar mogelijk verwerkt in de eindrapportage. De NVOG heeft aangegeven niet te willen reageren op de inhoud van deze rapportage.

3.1 DEFINITIE BELEIDSVARIANTEN

In de MKBA worden drie beleidsvarianten van de geboortezorg vergeleken met de gemiddelde huidige manier van werken in Nederland als referentievariant. De drie varianten zijn gedefinieerd aan de hand van praktijkervaringen in regio's die nu al innovatieve afspraken in de geboortezorgketen hebben gemaakt. De varianten zijn dus gebaseerd op reeds bestaande manieren van werken.

Voor het opstellen van de beleidsvarianten heeft SiRM werksessies georganiseerd met een zogenaamde "definitiegroep". Deze definitiegroep bestond uit verloskundigen uit gebieden waar de keten op verschillende manieren is ingericht: Beverwijk, Leiden, Gouda, Breda, Groningen, regio Rivierenland en Tilburg. Elke beleidsvariant is daarmee opgebouwd uit strategieën die reeds ergens in Nederland geïmplementeerd zijn.

3.2 VERZAMELING GEGEVENS

Voor het doorrekenen van beleidsvarianten in de MKBA heeft SiRM gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen:

- Aantal zwangere vrouwen, die in de huidige situatie in Nederland in de eerste of tweede lijn begeleid zijn tijdens de zwangerschap en de baring, zijn gebaseerd op de

gegevens van PRN van 2009 t/m 2013. Dit geldt eveneens voor doorverwijspercentages. Ook de wijze van bevallen – spontaan, kunstverlossing, keizersnede – en het eventuele gebruik van pijnstilling volgt uit PRN-gegevens. PRN geeft aan dat vanwege onnauwkeurigheden en inconsistenties rondom overdrachtvariabelen in LVR1 en LVR2 cijfers die zijn gebaseerd op overdracht met voorzichtigheid dienen te worden benaderd.

- De kosten van de eerstelijns verloskunde zijn gebaseerd op de tarieven verloskunde van de NZa³⁰. Vanuit de tarieven heeft SiRM de kosten van eerstelijns verloskunde berekend voor de volledige begeleiding van een zwangerschap en een volledige baring in de eerste lijn. Deze kosten zijn hoger dan het tarief, het tarief houdt immers rekening met een bepaald percentage doorverwijzingen tijdens de zwangerschap of tijdens de baring. De kosten van de gedeeltelijke begeleiding van een zwangerschap zijn vervolgens een percentage van de volledige kosten. Op deze manier rekenen we met kosten in plaats van met tarieven. *Lees Hoofdstuk 7 voor een meer gedetailleerde uitleg.*
- De kosten van de geboortezorg geleverd door de klinisch verloskundige en gynaecoloog zijn gebaseerd op DBC-zorgproductprijzen zoals deze gepubliceerd worden door DBC Onderhoud³¹. Ook hier berekenen we aan de hand van de tarieven de kosten voor een volledige begeleiding en volledige baring. Deze kosten liggen hoger dan de gemiddelde DBC-prijs, omdat in de prijs afgesproken voor dit zorgproduct ook overgedragen zwangeren opgenomen zijn. *Lees Hoofdstuk 7 voor een meer gedetailleerde uitleg.*
- De beleidsvarianten zijn opgebouwd uit strategieën. Een aantal strategieën zal leiden tot baten voor het kind en/ of de moeder op een later moment, na het aflopen van de kraamperiode. Om robuuste inschattingen te maken van de te verwachten baten van een strategie zijn een groot aantal wetenschappelijke publicaties geraadpleegd.

3.3 METHODIEK BEREKENEN IMPACT STRATEGIEËN

Om te berekenen welke bevallingen veilig in de eerste lijn plaats hadden kunnen vinden, gaan we in eerste instantie uit van de huidige situatie in Nederland.

Per strategie kijken we op welke overdrachtsreden deze strategie impact zou kunnen hebben. We gaan uit van het principe dat vrouwen die spontaan bevallen zijn en waarbij het kind aangepakt is door een verloskundige ook veilig in een niet-klinische setting hadden kunnen bevallen. Omdat van te voren niet voorspeld kan worden welke vrouwen precies spontaan zullen bevallen, gaan we slechts uit van een deel van deze vrouwen. Welk deel hangt af van of

³⁰ NZa Tariefbeschikking TB/CU-7058-02

³¹ www.opendisdata.nl

zij pijnstilling hebben ontvangen en of zij tijdens de baring of al eerder zijn overgedragen (Tabel 7). Deze aandelen zijn besproken met verloskundige en experts in de verloskundige zorg.

Overdracht naar klinische setting tijdens			
	Zwangerschap	Bevalling	
Pijnstilling	Met	50%	60%
	Zonder	70%	80%

Tabel 7 - Aandeel spontane bevallingen in klinische setting, waarbij het kind is aangenomen door een verloskundige, waarvoor in de MKBA wordt aangenomen dat de bevalling ook veilig in een niet-klinische setting plaats zou kunnen vinden (midden scenario, percentage).

Voor spontane bevallingen waarbij het kind is aangepakt door een gynaecoloog of arts-assistent, of waarbij een interventie heeft plaatsgevonden, gaan we uit dat deze terecht in een klinische setting heeft plaatsgevonden. Mogelijkerwijs had een deel van deze bevallingen eveneens veilig in een niet-klinische setting plaats kunnen vinden. Hiermee is geen rekening gehouden in de MKBA.

3.4 BORGING VAN KWALITEIT

Het perspectief van de cliënt staat centraal in deze MKBA. De zorgvraag van de zwangere is het uitgangspunt van de beleidsvarianten. De strategieën binnen de varianten doen uitspraken over welke zorg geleverd wordt, door welke professional en in welke setting. Dit maakte dat expertise van verloskundig zorgverleners onmisbaar was tijdens de ontwikkeling van de MKBA.

Klankbordgroep en stuurgroep

Om voldoende inhoudelijke expertise te waarborgen is een klankbordgroep opgericht. In de klankbordgroep waren de volgende expertises vertegenwoordigd: cliëntenperspectief, eerstelijns verloskunde, klinische verloskunde, gynaecologie en kraamzorg. Tijdens de ontwikkeling van de MKBA heeft SiRM drie keer een bijeenkomst met de klankbordgroep georganiseerd. Daar kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

1. De opzet van de MKBA en de definitie van de drie beleidsalternatieven.
2. De manier van berekenen van kosten en baten voor de beleidsalternatieven.
3. Bespreking van de concept eindrapportage.

Naast de klankbordgroep is ook de stuurgroep, bestaande uit bureaumedewerkers en directie van de KNOV, drie keer bijeen gekomen.

Opstellers maatschappelijke Business Case

Enkele verloskundige coöperaties en twee eerstelijns laboratoria hebben recent een maatschappelijke business case (mBC) geschreven 'doelmatige geboortezorg kan'³². De maatschappelijke business case berekent het effect voor de maatschappij van een aantal aanpassingen in de organisatie van de geboortezorg, zoals continue begeleiding. De mBC vormt één van de bronnen van de MKBA.

Daarnaast heeft SiRM drie keer gesproken met de opstellers van de mBC. Zo is gebruik gemaakt van de opgedane kennis en ervaring van het ontwikkelen van de mBC. Tijdens deze gesprekken kwam voornamelijk de opzet van de MKBA aan de orde en de definitie van de beleidsvarianten. De opstellers van de mBC hebben eveneens commentaar geleverd op de concept eindrapportage.

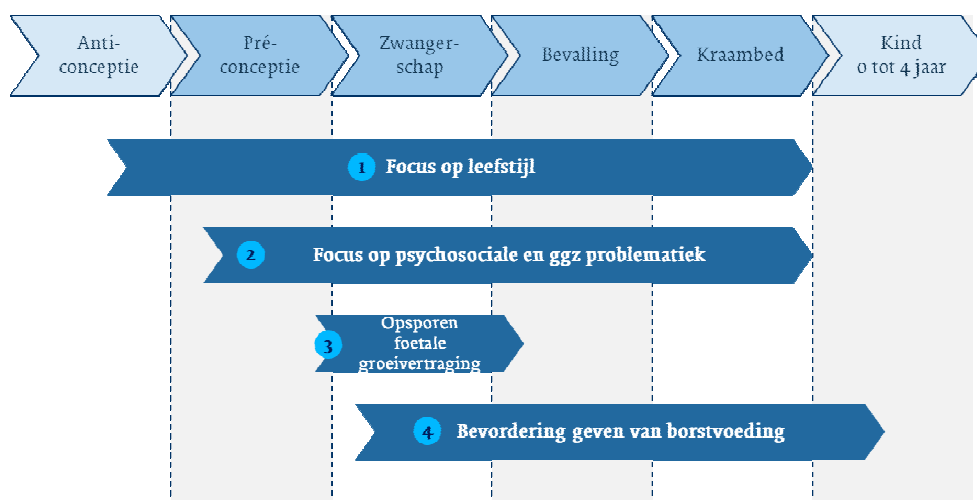
Consultatie

SiRM heeft een conceptversie van de eindrapportage MKBA ter consultatie voorgelegd aan verscheidene relevante partijen in het veld: Actiz, BTN, NVOG, LHV, NVZ, NPCF, GGD-Nederland en CPZ. Reacties van partijen zijn, waar mogelijk, door SiRM verwerkt in de eindrapportage. De NVOG heeft aangegeven niet te willen reageren op de inhoud van deze rapportage.

³² Maatschappelijke businesscase geboortezorg: Doelmatige geboortezorg kan, juni 2014

4 GEZOND OUDER WORDEN BEGINT MET GOEDE START LEVEN

De beleidsvariant 'Gezond ouder worden begint met goede start leven' is gericht op preventie: bijvoorbeeld het voorkomen van een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen of een laag geboortegewicht. Deze beleidsvariant bestaat uit vier strategieën. Dit zijn de belangrijkste preventieve strategieën voor, tijdens en na de zwangerschap in regio's waar al innovatieve afspraken in de geboortezorgketen zijn gemaakt.



Figuur 6 Strategieën beleidsvariant A. Gezond ouder worden begint met goede start leven

4.1 OMSCHRIJVING STRATEGIEËN

Strategie A1 Focus op leefstijl

Leefstijl van de moeder tijdens de zwangerschap beïnvloedt de gezondheid van het kind. Minder bekend is dat al voor de conceptie de leefstijl van de moeder invloed heeft op haar vruchtbaarheid en de gezondheid van het pasgeboren kind. Bijvoorbeeld als de moeder rookt of drinkt of andere ongezonde leefgewoonten heeft. Deze strategie stelt een focus op de leefstijl van de moeder voor die al in de pré-conceptie fase start en die meer dan nu het geval tijdens, na en tussen zwangerschappen doorgaat. De strategie omvat verschillende activiteiten die leiden tot meer focus op leefstijl zoals voorlichting op middelbare scholen, de rol van de huisarts voor de conceptie en tussen de zwangerschappen door en de 'centering pregnancy' methode. Centering pregnancy is onder meer zeer geschikt voor allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaal economische status. Door het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal, andere leefstijl en sociale en individuele problemen

hebben juist deze vrouwen meer behoefte aan extra uitleg en tijd.³³ Na de bevalling is hier een duidelijke rol weggelegd voor de kraamzorg. Onderzoek heeft aangetoond dat vrouwen die gebruik maken van kraamzorg vaker borstvoeding geven, vaker vitamine K geven en minder vaak roken in huis. Dit effect was bij niet-westerse vrouwen sterker dan bij autochtone vrouwen³⁴.

Strategie A2 Focus op psychosociale en ggz problematiek

Een toenemend aantal wetenschappelijke studies toont de invloed van psychische en psychosociale gezondheid van aanstaande ouders op de zwangerschap en de verdere ontwikkeling van het kind³⁵. Eventuele psychische en psychosociale problematiek van de moeder blijkt soms lastig te begeleiden tijdens zwangerschap en geboorte. De verloskundige herkent de problematiek tijdens of na de zwangerschap niet altijd en daarnaast vergt aanpak van de problematiek de inspanning van verschillende partijen. Een voorbeeld is het programma VoorZorg. Hierin krijgen vrouwen onder de 25 jaar die zwanger zijn van hun eerste kind en weinig of geen opleiding hebben genoten verpleegkundige ondersteuning bij hun zwangerschap en bij de verzorging en opvoeding van hun kind.³⁶ Ook kan het benutten van IMH (infant mental health) laag opgeleiden helpen om hechtingsstoornissen te voorkomen. Tijdens de kraamperiode kan de kraamverzorgende toezien op de situatie en signaleren waar dat nodig is. Deze strategie zet in op het verhogen van de herkenning en de aanpak met psychosociale en ggz problematiek.

Strategie A3 Opsporen foetale groeivertraging

Het huidige systeem om groeivertraging op te sporen bestaat uit fundus-symfysemetingen die steeds als puntmeting worden beoordeeld. De meting wordt vergeleken met de verwachte grootte van de foetus voor de Nederlandse populatie op basis van de Perinatale Registratie Nederland, met correcties voor pariteit en geslacht en gegeven de zwangerschapsduur. Het systeem maakt geen verschil tussen kinderen die in aanleg klein zijn en kinderen die te klein zijn door groeivertraging en spoort maar weinig gevallen van foetale groeivertraging op, terwijl een fors deel van de overdrachten onterecht is³⁷. De strategie richt zich op het verhogen van het gebruik van groeiscreefmethoden voor een preciezere opsporing van foetale groeivertraging. De verloskundige zorgverlener meet meerdere malen de ontwikkeling van de foetus tijdens de zwangerschap. Bij afwijking van de verwachte groeicurve, kan dan snel worden ingegrepen.

³³ Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., & Rising, S. S. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 110(2 Pt 1), 330.

³⁴ Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg, *Ned Tijdschr Geneesk.* 2014;158:A7718.

³⁵ Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, December 2012, Volume 90, Issue 8, pp 525-532.

³⁶ Zie ook de website: www.voorzorg.info

³⁷ SiRM analyse op basis van PRN gegevens; van de 574 kinderen met een geboortegewicht onder 2.500 gram en begeleiding van de zwangerschap in de eerste lijn, werd iets meer dan 15% doorverwezen naar de tweede lijn voordat de baring begon. Van de 697 vrouwen die van 2010 tot en met 2013 zijn overgedragen met primaire reden negatieve discrepantie, bleek dat 22% van hun kinderen inderdaad een geboortegewicht <p10 had. Zie ook de KNOV-standaard: Opsporing van foetale groeivertraging, 2013.

Strategie A4 Bevordering geven van borstvoeding

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat borstvoeding op korte en lange termijn de gezondheid van zowel de moeder als haar kind optimaal ondersteunt. Gevolgen van het krijgen van kunstmatige zuigelingenvoeding zijn bijvoorbeeld meer infecties aan het maag-darmkanaal en meer astma en allergie bij kinderen. Daarnaast bevordert borstvoeding de optimale cognitieve en motorische ontwikkeling van kinderen en beschermt het tegen overgewicht en obesitas³⁸, wat later weer tot minder cardiovasculaire problematiek leidt^{39,40}.

Ondanks de beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs geeft 20-25% van de vrouwen na zes maanden nog borstvoeding aan hun kind⁴¹. Er is al tientallen jaren aandacht voor de voordelen van het geven van borstvoeding. Sinds 1989 neemt het aantal vrouwen dat start met volledige borstvoeding toe. De periode dat vrouwen borstvoeden is de laatste jaren ook gestegen. Vooral de oudere en hoogopgeleide moeders geven langer borstvoeding⁴². Deze strategie stelt een laagdrempelige toegang tot een lactatiekundige voor. De verwachting is dat het percentage vrouwen dat überhaupt borstvoeding geeft en dit na 6 maanden nog blijft geven, daardoor stijgt. De huisarts, kraamverzorgende en het consultatiebureau spelen een belangrijke rol bij de doorverwijzing naar de lactatiekundige na de kraamperiode. Een andere mogelijkheid is om langer zwangerschapsverlof te geven. Veel werkende vrouwen besluiten te stoppen met borstvoeding geven als hun verlofperiode is afgelopen⁴³. Werkgevers zouden borstvoeding kunnen promoten met goede voorzieningen, als kolfkamers en koelkasten.

Het is belangrijk om goede informatie over borstvoeding te geven, zodat cliënten een weloverwogen keuze kunnen maken voor borstvoeding, kunstvoeding of een combinatie van beide.

4.2 SALDO KOSTEN BATEN

De beleidsvarianten in de MKBA zijn allen doorgerekend voor drie scenario's. Voor de beleidsvariant 'Gezond ouder worden begint bij goede start leven' betekent dit:

³⁸ Büchner FL, Hoekstra J, Rossum van CTM. Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies: model simulation. Bilthoven: *RIVM*; 2007; Thijs C, Kools EJ, Reijneveld SA. Gezondheidseffecten van borstvoeding. *Tijdschr Gezondheidswetenschappen* 2006; 84:223-230; Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 2009; Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: *World Health Organization*; 2007.

³⁹ Owen CG, et al. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115:1367-7.

⁴⁰ Martin RM, et al. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005;161:15-26.

⁴¹ Borstvoeding in de eerste zes maanden: Een focusgroep studie naar redenen en motieven van vrouwen om gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding in de eerste 6 maanden (2009, ZonMw, juli 2009).

⁴² <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/borstvoeding/trend/>

⁴³ Borstvoeding in de eerste zes maanden: Een focusgroep studie naar redenen en motieven van vrouwen om gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding in de eerste 6 maanden (2009, ZonMw, juli 2009).

- Scenario midden is gebaseerd op realistische aannames. Op basis van expert opinion en/ of literatuur zijn schattingen gedaan voor de impact van de preventieve strategieën binnen deze beleidsvariant: Focus op leefstijl, Focus op psychosociale en ggz problematiek en Bevordering geven van borstvoeding.
- Scenario laag betreft een conservatief scenario. Dit scenario gaat uit van lagere impact van de preventieve strategieën. Bijvoorbeeld dat de strategie Focus op leefstijl invloed heeft op het gedrag van 5% van de vrouwen waarop de strategie gericht is, in plaats van 10% in het midden scenario.
- Scenario hoog is een optimistisch scenario. In dit scenario gaan we uit van een hogere impact van de preventieve strategieën. Voor de strategie Focus op leefstijl geldt hier dat we rekenen met een impact op het gedrag van 15% van de vrouwen waarop de strategie gericht is.

De grafieken gepresenteerd in dit hoofdstuk betreffen het midden scenario. *De kosten en baten van scenario laag en scenario hoog staan in de bijlage.*

De invoering van beleidsvariant ‘Gezond ouder worden begint met een goede start leven’ levert de maatschappij jaarlijks bijna € 12 miljoen op (zie Figuur 7). Voor beleidsvariant A is een directe investering van ongeveer € 20 miljoen⁴⁴ in de verloskundige zorg nodig. Dit leidt op de lange termijn tot baten van ongeveer € 30 miljoen buiten de verloskundige zorg. Dit betekent een besparing van ruim 2% van de kosten voor de geboortezorg zoals berekend voor de referentievariant.

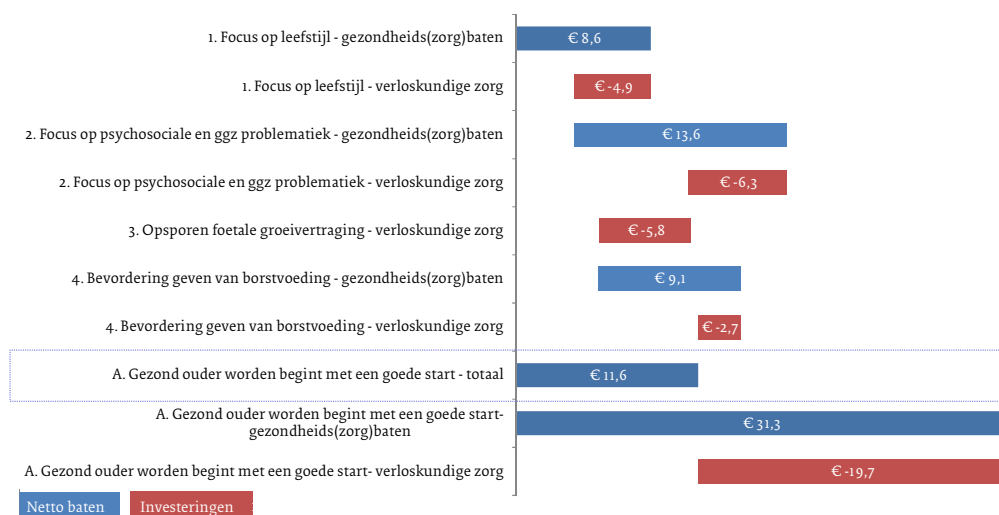
Als we uitgaan van het scenario hoog dan kunnen de besparingen oplopen tot € 31 miljoen per jaar (ruim 5%). Als we echter uitgaan van het scenario laag dan kost deze beleidsvariant de maatschappij ruim € 1 miljoen euro per jaar. Dit is inherent aan preventieve strategieën: de investering is relatief groot en als de impact tegenvalt dan wordt de investering niet terugverdiend.

In zie Figuur 7 maken we onderscheid tussen effecten op de verloskundige zorg en gezondheids(zorg)baten. Met overige effecten duiden we winst in kwaliteit van leven (in Quality Adjusted Life Years), maar ook uitgespaarde zorgkosten die later in het leven van het kind of moeder optreden. Deze uitgespaarde zorgkosten die pas na tientallen jaren optreden zijn verdisconteerd om te corrigeren voor het laat optreden van deze effecten.

De bijdrage van de strategie ‘Focus op psychosociale en ggz problematiek’ is het grootst. Netto levert deze strategie jaarlijks € 7,3 miljoen op (€ 13,6 miljoen gezondheids(zorg)baten - € 6,3 miljoen investeringen in de verloskundige zorg). Ook bevordering van geven van borstvoeding leidt tot netto jaarlijkse besparingen van € 6,5 miljoen (€ 9,1 miljoen

⁴⁴ De investering van € 40 miljoen minus de uitgespaarde zorgkosten in de verloskundige zorg van € 20 miljoen.

gezondheids(zorg)baten - € 2,7 miljoen investeringen in de verloskundige zorg). Het blijkt lastig om de baten die optreden door een betere opsporing van foetale groeivertraging uit te drukken in geld. Daarom staan in onderstaande grafiek alleen de kosten opgenomen.



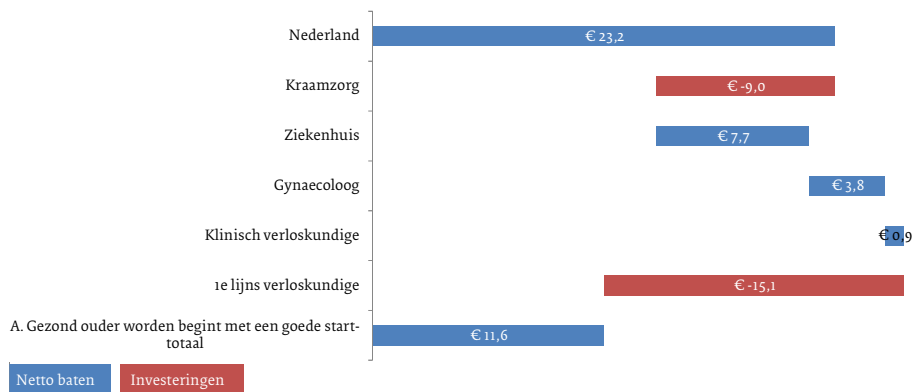
Figuur 7 Saldo kosten en baten in miljoen euro voor beleidsvariant A midden scenario

De besparingen die optreden door invoering van beleidsvariant A zijn voornamelijk het gevolg van besparing die optreden op het niveau van Nederland (buiten de verloskundige zorg), namelijk € 23,2 miljoen⁴⁵ (zie Figuur 8). Het gaat om toename in kwaliteit van leven, bijvoorbeeld door kortere post partum depressies en uitgespaarde zorgkosten die later in het leven van het kind optreden.

Daarnaast treden er besparingen op van ruim € 12 miljoen in het ziekenhuis (€ 7,7 miljoen buiten de verloskundige zorg + € 4,7 miljoen binnen de verloskundige zorg). Het betreft uitgespaarde zorgkosten door bijvoorbeeld minder gewichtstoename tijdens de zwangerschap, minder laag geboortegewicht en een betere controle van psychosociale en ggz problematiek.

De investeringen voor eerstelijns verloskunde en kraamzorg zullen juist toenemen bij invoering van deze beleidsvariant, respectievelijk € 15,1 miljoen en € 9,0 miljoen (zie Figuur 8).

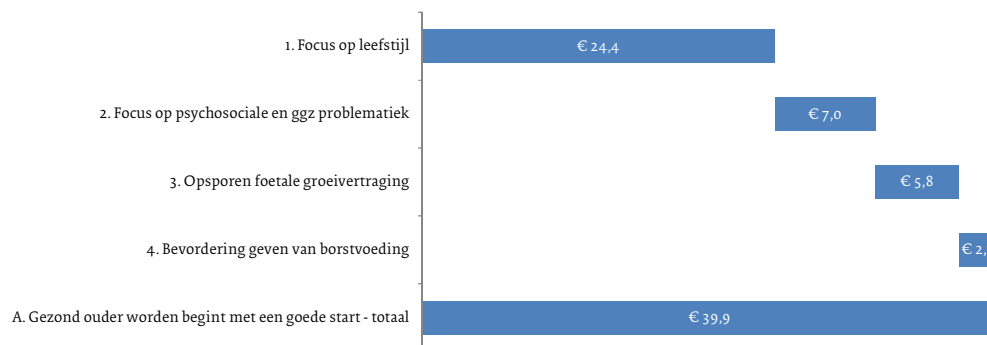
⁴⁵ Deze baten bestaan uit lange en korte termijn baten. Lange termijn baten worden verdisconteerd met 2,5% per jaar; RIVM "Op weg naar MKBA in de zorg", p34



Figuur 8 Saldo kosten en baten in miljoen euro voor beleidsvariant A midden scenario

4.3 KOSTEN

De kosten voor beleidsvariant A worden voornamelijk bepaald door de kosten voor de strategie 'Focus op leefstijl' (zie Figuur 9).



Figuur 9 Kosten in miljoen euro voor beleidsvariant A midden scenario

Hieronder gaan we dieper in op hoe de kosten per strategie tot stand zijn gekomen. Voor de berekening zijn we uit gegaan van een concrete invulling van de strategie om tot kosteninschattingen te komen. Voor de daadwerkelijke uitwerking van de strategie zijn variaties mogelijk op onderstaande beschrijvingen.

Strategie A1 Focus op leefstijl

Deze strategie stelt een focus op leefstijl van de moeder voor tijdens de verschillende stappen van het stroomschema:

- Om op tijd aandacht te vestigen op het gevaar van roken en alcoholgebruik voor het ongeboren kind, is het van belang om al tijdens de middelbare schooltijd meisjes hiervan bewust te maken. Voorlichting door bijvoorbeeld verloskundigen of

kraamverzorgende over deze risico's kan bijdragen aan het stoppen met roken of het niet beginnen met roken. Een andere mogelijkheid is om deze voorlichting beter te integreren in de huidige voorlichting van de GGD. Dit kan zowel offline als online, bijvoorbeeld door vroeg in de zwangerschap in te zetten op preventieve video home trainingen (VHT).

- De huisarts speelt een belangrijke rol bij het leveren van pré-conceptionele zorg.
- Tijdens de zwangerschap stellen wij de 'centering pregnancy' methode voor om meer aandacht op leefstijl te vestigen. Bij 'centering pregnancy' is het eerste consult waarin de anamnese wordt afgenomen individueel. De vervolgcontroles tijdens de zwangerschap vinden niet individueel maar samen met een groep van acht tot twaalf zwangeren met vergelijkbare zwangerschapsduur plaats. Elke groep zwangeren komt tien keer bij elkaar volgens een vastgesteld schema⁴⁶. Tijdens een of meerdere van die bijeenkomsten is er ook voorlichting over kraamzorg. Een deel van de reguliere consulten kan hierdoor vervallen.
- Na de bevalling zijn de kraamzorg, het consultatiebureau en de huisarts, naast de gezondheid van het kind, ook alert op de gezondheid van de moeder. De consultatiebureauarts vraagt de moeder bijvoorbeeld of zij weer gestart is met roken na de zwangerschap. De arts en huisarts houden ook de gewichtsafname van de moeder in de gaten.

De strategie 'Focus op leefstijl' vraagt een grote investering omdat deze strategie veel vrouwen wil bereiken. Bijvoorbeeld de voorlichting aan middelbare scholieren over ongezonde leefstijl. Maar ook voor 'centering pregnancy' zijn investeringen nodig omdat het om tien sessies gaat en we uitgaan van dat alle zwangeren hieraan deelnemen.

Strategie A2 Focus op psychosociale en ggz problematiek

Deze strategie richt zich op het verhogen van de herkenning en de aanpak van psychosociale en ggz problematiek:

- De verloskundige maakt gebruik van een screeningsinstrument om te bepalen of er sprake is van psychische of psychosociale problematiek. Een voorbeeld van een risicosignaleringsinstrument is de Rotterdam Reproductive Risk Reduction (R4U).
- Bij milde problematiek krijgt de verloskundige extra tijd voor de begeleiding van de zwangere.
- Bij vrouwen met (reeds bestaande) matig tot ernstige psychische problemen consulteert, overlegt met en informeert de verloskundige de andere betrokken

⁴⁶ Bron: <http://www.centeringhealthcare.nl/over-ons/informatie>.

hulpverleners zoals maatschappelijk werk en/ of medewerkers van de Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie (POP)-poli.

- Post partum is de kraamverzorgende alert op verschijnselen van een postpartum depressie (ppd). Daarnaast legt deze strategie de nadruk op het laten plaatsvinden van het afsluitende consult met de verloskundige ongeveer 6 weken na de bevalling. Ook tijdens dit consult is de verloskundige alert op herkenning van ggz problematiek. Aangezien een ppd ook in de maanden na de bevalling kan optreden, speelt het consultatiebureau in deze strategie eveneens een rol in het herkennen van klachten van ppd.

Kosten van de casemanager en de extra tijd voor de eerstelijns verloskundige en de kraamhulp voor de begeleiding van lichte problematiek zijn daarmee de voornaamste kostendrijvers voor de strategie 'Focus op psychosociale en ggz problematiek'.

Strategie A3 Opsporen foetale groeivertraging

De strategie gaat in op het verbeteren van de opsporing van foetale groeivertraging. Voor het berekenen van de kosten gaan we uit van het gebruik van:

- Training en gebruik van betere groeiscreeënsmethoden
- Een extra groeiecho en extra doorverwijzingen naar de gynaecoloog en meer bevallingen in de klinische setting.

Strategie A4 Bevordering geven van borstvoeding

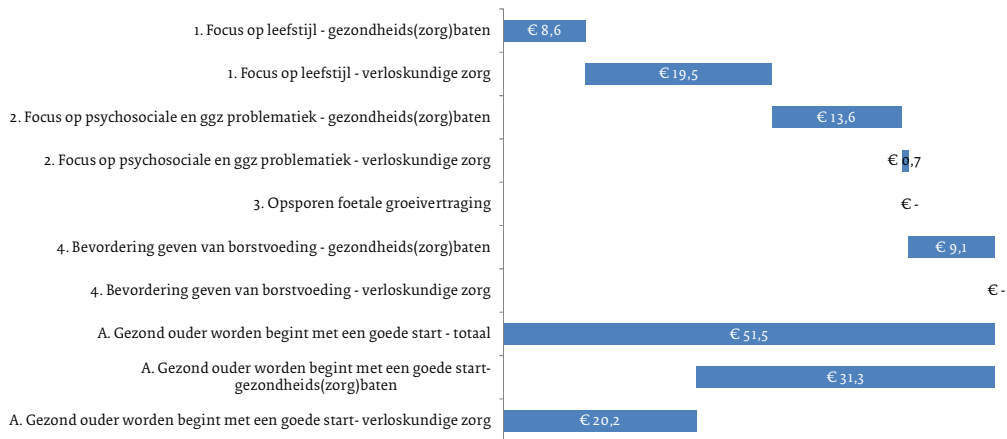
Naast het huidige palet aan voorlichting en andere initiatieven is het van belang dat de toegang tot de lactatiekundige laagdrempelig is. Deze strategie gaat daarom uit van vergoeding van consulten door de lactatiekundige.

4.4 BATEN

De grootste baten treden op als gevolg van de strategie 'Focus op leefstijl' (zie Figuur 10). Het gaat om besparingen die het gevolg zijn van het minder optreden van laag geboortegewicht van het kind door minder roken, minder alcoholgebruik en minder overgewicht. Bovendien draagt een gezonde gewichtstoename en stoppen met roken bij aan lagere toekomstige zorgkosten voor de moeder. Daarnaast hebben vrouwen met overgewicht minder vaak spontane bevallingen en meer kans op complicaties⁴⁷. De zwangerschap kan de eerste keer zijn dat deze vrouwen in aanraking komen met een zorgverlener. Extra aandacht kan leiden tot meer vroeg signalering.

⁴⁷ Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. Huisarts Wet 2010;53(11):609-25.

We gaan uit van een conservatieve inschatting van de baten voor de strategie 'Focus op leefstijl'. Voor een aantal effecten hebben we de baten niet in geld uit kunnen drukken. Bijvoorbeeld de vermindering van het optreden van een lage Apgar-score.



Figuur 10 Baten in miljoen euro voor beleidsvariant A per strategie midden scenario

Voor de strategie 'Focus op psychosociale en ggz-problematiek' betreffen de baten voornamelijk baten buiten de verloskundige zorg. We hebben hier de vermindering van kwaliteit van leven bij het optreden van een postnatale depressie in geld uitgedrukt. Daarnaast kwantificeren we de uitgespaarde (zorg)kosten van het kind op lange termijn door vermindering van psychosociale problematiek.⁴⁸

⁴⁸ Investeren in opvoeden en opgroeien loont!, JGZ, 2013.

5 ZORVERLENERS ZIJN SAMEN VERANTWOORDELIJK VOOR PROCES

Sinds de publicatie van het rapport 'Een goed begin' van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is de aandacht voor gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces toegenomen. De strategieën in deze beleidsvariant zijn gericht op het verbeteren van deze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Door multidisciplinaire besprekingen, door verbeterde uitwisseling van informatie, door een case manager tijdens de zwangerschap en door diagnostiek in de eerste en tweede lijn meer op elkaar aan te laten sluiten. We nemen zes strategieën op die betrekking hebben op 'Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor proces'.



Figuur 11 Strategieën beleidsvariant B. Zorgverleners samen verantwoordelijk voor proces

5.1 OMSCHRIJVING STRATEGIEËN

Strategie B1 Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking tussen verloskundig hulpverleners

De stuurgroep Zwangerschap en Geboorte geeft in haar rapportage in 2009 aan dat uit de melding calamiteiten perinatale zorg van de IGZ is gebleken dat slechte communicatie één van de meest voorkomende redenen voor schade is⁴⁹. Het gaat om schade aan de vrouw en haar (ongeboren) kind als gevolg van geleverde zorg. Sinds 2009 is fors ingezet op het verbeteren van de communicatie, maar we zijn er nog niet. Deze strategie is gericht op het

⁴⁹ Een goed begin, Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. December 2009.

verbeteren van de samenwerking door het intensiveren van multidisciplinaire overleggen, het ontwikkelen van gezamenlijke zorgpaden en een gezamenlijk elektronisch dossier. Het is van belang dat de verloskundige de gynaecoloog laagdrempelig kan consulteren. Samen kunnen verloskundige en gynaecoloog per vrouw bepalen of doorverwijzing nodig is.

Naast communicatie tussen zorgverleners is communicatie richting de zwangere van belang. Hiervoor kunnen ook nieuwe vormen van digitale communicatie, begeleiding of monitoring benut worden.

Strategie B2 Continue begeleiding van zwangere

Een recente systematische review van gepubliceerde studies door de Cochrane Collaboration laat zien dat vrouwen die tijdens de baring continue begeleiding hebben een hogere kans hebben op een kortere, vaginale bevalling en een lagere kans op pijnstilling. Ook hebben zij een lagere kans op een kunstverlossing of een keizersnede en een hogere APGAR-score en zijn zij tevredener over het verloop van hun zwangerschap⁵⁰. Vrouwen worden in Nederland nog regelmatig (ongewild) alleen gelaten tijdens de bevalling. Ook tijdens de zwangerschap laat de continuïteit van zorg soms te wensen over vooral rondom overdrachtsmomenten. Continue begeleiding voor iedere zwangere die dit wenst, zorgt voor meer tevredenheid over het gehele proces. Hierin ligt ook een rol voor de partner en het netwerk van de zwangere, zij kunnen onder andere helpen bij de bevallingsvoorbereiding. Deze strategie voorziet in een continue begeleiding van de vrouw zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de baring.

Strategie B3 Opsporen hypertensie

Zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en pre-eclampsie treden op in 10% van de zwangerschappen en kunnen gepaard gaan met ernstige complicaties zoals eclampsie, vroeggeboorte of zelfs maternale of neonatale sterfte⁵¹. Jaarlijks worden bijna 4.000 vrouwen tijdens de zwangerschap doorverwezen voor hypertensie⁵². Bij de meeste van deze vrouwen treden uiteindelijk geen complicaties op. Verloskundigen en gynaecologen geven aan dat met uniform meten en het volgen van de richtlijn, eerstelijns verloskundigen minder vrouwen zullen doorverwijzen naar de gynaecoloog, minder zogenaamde 'false positives'.

Strategie B4 Klinisch verloskundige bevordert fysiologie in het ziekenhuis

Sinds begin deze eeuw is het aantal klinisch werkende verloskundigen sterk toegenomen. Steeds meer ziekenhuizen hebben verloskundigen in dienst genomen om ongecompliceerd verlopende baringen te begeleiden en om een rol te spelen in de prenatale zorg⁵³. In de klinische setting heeft zich daarmee de afgelopen jaren een taakverschuiving voorgedaan.

⁵⁰ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD003766.

⁵¹ Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap. NVOG, NVK, NIV en NVMM. 2011.

⁵² SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013.

⁵³ Hingstman, L., Kenens, R., Wiegers, T. Sterke groei aantal klinisch werkende verloskundigen. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 2011, 36(10), 11-14.

Onderzoek wijst uit dat met de inzet van klinisch verloskundigen het aandeel bevallingen met een kunstverlossing of keizersnede is afgenomen⁵⁴.

Deze strategie gaat uit van een toenemende rol van klinisch verloskundigen om ook in de klinische setting het fysiologisch verloop van de baring te bevorderen. Deze strategie gaat ook in de klinische setting uit van zinnige en zuinige zorg.

Strategie B5 Begeleiding bevalling langdurig gebroken vliezen

Langdurig gebroken vliezen zonder weeën is een regelmatig voorkomend probleem bij een verder gezonde, à terme zwangerschap. Conform de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) moet verwijzing van de zwangere met gebroken vliezen plaatsvinden op de eerste ochtend, nadat de vliezen 24 uur gebroken zijn⁵⁵. Jaarlijks verwijzen eerstelijns verloskundigen bijna 3.000 vrouwen door aan de gynaecoloog met deze reden. De gynaecoloog kan met de zwangere zo nodig besluiten om de bevalling in te leiden. In een aantal regio's in Nederland bevallen vrouwen met langdurig gebroken vliezen echter veilig thuis, in een geboortecentrum of in een poliklinische setting tot 48 uur na het breken van de vliezen⁵⁶. Deze strategie richt zich op het langer verantwoord wachten op een spontane bevalling.

Strategie B6 Begeleiding bevalling licht meconiumhoudend vruchtwater

Soms is de eerste ontlasting van het kind (meconium) aanwezig in het vruchtwater. Dit kan geobserveerd worden vanaf het moment dat de vliezen breken. Er is dan sprake van meconiumhoudend vruchtwater (mhv). Meconium leidt tot een verkleuring van het vruchtwater en tot een verandering in consistentie. We zouden kunnen spreken van licht, matig en ernstig mhv. Zorgverleners zijn het over het algemeen met elkaar eens dat licht mhv te onderscheiden is van ernstig mhv. Lastiger blijkt het om te bepalen wanneer er sprake is van matig mhv⁵⁷. Risicofactoren voor mhv zijn bijvoorbeeld roken tijdens de zwangerschap, langere zwangerschapsduur (vanaf 40 weken) en zwangerschapscholestase^{58,59}.

Als de eerstelijns verloskundige bij een vrouw mhv constateert, dan dient ze volgens de VIL overgedragen te worden aan de gynaecoloog. Dit gebeurt jaarlijks in ruim 6.700 gevallen⁶⁰. De kans op neonatale problematiek bij mhv is overigens laag na een verder ongestoorde zwangerschap^{61, 62}. In bepaalde regio's zijn plannen om te starten met pilots voor de

⁵⁴ Wieggers and Hukkelhoven: The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010 10:80.

⁵⁵ Verloskundig vademecum, eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, 2003.

⁵⁶ Dit is bijvoorbeeld al het geval in Gouda.

⁵⁷ van Heijst ML, van Roosmalen G, Keirse MJ. Classifying meconium-stained liquor: is it feasible? *Birth*, 1995.

⁵⁸ NVOG. Meconiumhoudend vruchtwater. Utrecht: NVOG; 2011.

⁵⁹ NVOG. Zwangerschapscholestase. Utrecht: NVOG; 2011.

⁶⁰ SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013. PRN geeft aan dat vanwege onnauwkeurigheden en inconsistenties rondom overdracht-variabelen in LVR1 en LVR2 cijfers die zijn gebaseerd op overdracht met voorzichtigheid dienen te worden benaderd.

⁶¹ Factsheet Meconiumhoudend vruchtwater, KNOV, oktober 2012; Greenwood C, et al. Meconium passed in labor: how reassuring is clear amniotic fluid? *Obstet Gynecol* 2003; Liu WF, Harrington T. Delivery room risk factors for meconium aspiration syndrome. *Am J Perinatol* 2002.

begeleiding van vrouwen met mhv binnen een onderzoeksomgeving naar integrale geboortezorg.

Deze strategie richt zich op het bieden van een veilige spontane bevalling in een eerstelijns setting bij optreden van licht meconiumhoudend vruchtwater.

5.2 SALDO KOSTEN BATEN

De beleidsvariant 'Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor het proces' is eveneens doorgerekend voor drie scenario's:

- Scenario midden is gebaseerd op realistische aannames. Op basis van expert opinion en/ of literatuur zijn inschattingen gedaan voor de impact van de strategieën binnen deze beleidsvariant. De wetenschappelijke onderbouwing voor strategieën als 'Continue begeleiding van zwangere' en 'Klinische verloskundige bevordert fysiologie' is vrij robuust. Voor de impact van een strategie als 'Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking' hebben we meer aannames moeten doen.
- Scenario laag betreft een conservatief scenario. Dit scenario gaat uit van lagere impact van de strategieën met minder wetenschappelijke onderbouwing. De impact van Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking bijvoorbeeld, op het verminderen van fouten door betere communicatie, is voor het lage scenario geschat op 10% vermindering, in plaats van op 15% vermindering in het scenario midden. Daarnaast rekenen we in dit scenario met een hoger aantal vrouwen dat de eerstelijns verloskundige overdraagt bij optreden van langdurig gebroken vliezen en licht meconiumhoudend vruchtwater⁶³.
- Scenario hoog is een optimistisch scenario. In dit scenario gaan we uit van een hogere impact van de strategieën. We rekenen bijvoorbeeld met een vermindering van fouten door Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking van 20%. In dit optimistische scenario gaan we juist uit van meer vrouwen die niet overgedragen worden voor langdurig gebroken vliezen of licht meconiumhoudend vruchtwater.

De grafieken gepresenteerd in dit hoofdstuk betreffen het midden scenario. *De kosten en baten van scenario laag en scenario hoog staan in de bijlage.*

De invoering van beleidsvariant 'Zorgverleners zijn samen verantwoordelijk voor proces' levert de maatschappij jaarlijks bijna € 14 miljoen op (zie Figuur 12). Het gaat hier enkel om

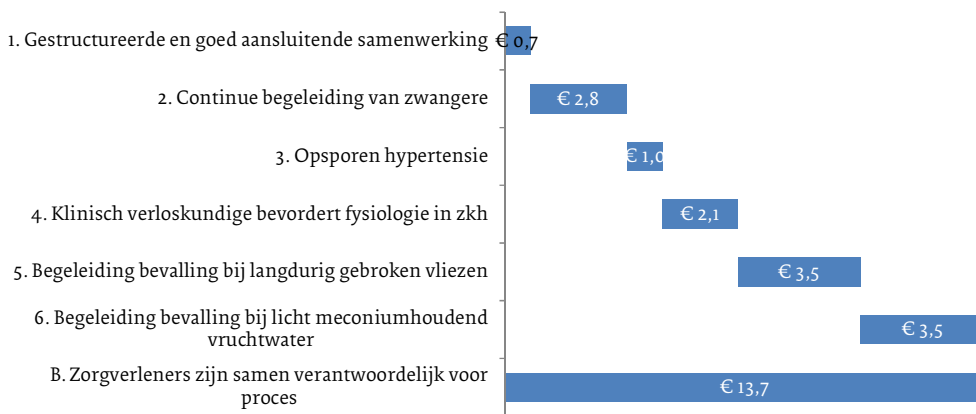
⁶² van Ierland Y., de BM, de Beaufort AJ. Meconium-stained amniotic fluid: discharge vigorous newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2010.

⁶³ Bijvoorbeeld voor licht mhv: 4.550 vrouwen overgedragen in scenario laag, ten opzichte van 4.250 vrouwen in scenario midden en 3.900 vrouwen in scenario hoog.

kosten en baten binnen de verloskundige zorg. Dit betekent een besparing van bijna 2,5% van de totale kosten voor de geboortezorg zoals berekend voor de referentievariant.

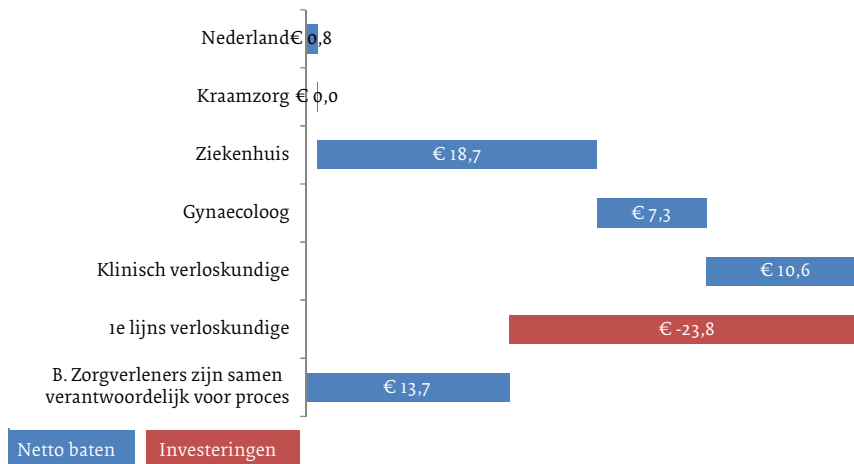
Als we uitgaan van het scenario hoog dan kunnen de besparingen oplopen tot € 17 miljoen per jaar (ruim 3%). Als we uitgaan van het scenario laag dan levert deze beleidsvariant de maatschappij bijna € 11 miljoen euro per jaar.

De strategieën die het meest bijdragen aan het totaalsaldo voor beleidsvariant B zijn 'Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen' en 'Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater'. Beide strategieën leveren de maatschappij ongeveer € 3,5 miljoen op per jaar. 'Continue begeleiding van zwangere' is daarna een belangrijke drijver voor het totaalsaldo met € 2,8 miljoen per jaar.



Figuur 12 Saldo kosten en baten in miljoen euro voor beleidsvariant B midden scenario

De besparingen die optreden door invoering van beleidsvariant B zijn voornamelijk het gevolg van besparing van ziekenhuiskosten, namelijk € 18,7 miljoen per jaar. Eerstelijns verloskundigen verwijzen immers minder door naar de gynaecoloog tijdens de baring voor langdurig gebroken vliezen en licht meconiumhoudend vruchtwater. Direct gevolg hiervan zijn de besparingen die optreden bij de klinisch verloskundige zorg en de gynaecoloog.



Figuur 13 Saldo kosten en baten in miljoen euro voor beleidsvariant B midden scenario

De beleidsvariant vraagt een investering van € 23,8 miljoen per jaar in eerstelijns verloskunde.

5.3 KOSTEN

De totale kosten voor beleidsvariant B volgen voornamelijk uit de kosten voor de strategie ‘Continue begeleiding van zwangere’. Deze € 16,5 miljoen is hoofdzakelijk het resultaat van extra kosten voor de begeleiding tijdens de bevalling om te zorgen dat de zwangere niet alleen gelaten wordt. Ook zijn extra kosten opgenomen voor de inzet van een casemanager voor iedere zwangere.



Figuur 14 Kosten in miljoen euro voor beleidsvariant B midden scenario

We gaan ervan uit dat vrouwen met langdurig gebroken vliezen en vrouwen met licht meconiumhoudend vruchtwater, die toch in een eerstelijns setting bevallen, hogere eerstelijns kosten maken. Immers de eerstelijns verloskundige verwijst minder vaak door, waardoor de case-mix van vrouwen die in de eerstelijns setting bevalt, verzwaart. Bovendien gaan we ervan uit dat alle vrouwen met mhv poliklinisch bevallen en dat twee derde van de vrouwen met langdurig gebroken vliezen dit ook doet.

Hieronder gaan we dieper in op hoe de kosten per strategie tot stand zijn gekomen. Voor de berekening zijn we uitgegaan van een concrete invulling van de strategie om tot kosteninschattingen te komen. Voor de daadwerkelijke uitwerking van de strategie zijn variaties mogelijk op onderstaande beschrijvingen.

Strategie B1 Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking tussen verloskundig hulpverleners

Betere communicatie tussen verloskundig hulpverleners vraagt onder andere om gestructureerde en goed aansluitende samenwerking. De zorgverleners kunnen per vrouw samen bepalen of doorverwijzing nodig is. Om dit vorm te geven stellen we de volgende strategie voor:

- Eerstelijns verloskundigen overleggen ongeveer één keer in de twee weken met klinisch verloskundigen en gynaecologen over de zogenaamde ‘medium care’ cliënten tijdens multidisciplinaire overleggen.
- Eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en regionale cliëntenvertegenwoordigers ontwikkelen gezamenlijke zorgpaden.
- Eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen en gynaecologen maken afspraken over gebruik van een gezamenlijk elektronisch dossier voor ‘medium care’ cliënten. De ICT infrastructuur is toegerust op deze afspraken.

Strategie B2 Continue begeleiding van zwangere

Deze strategie voorziet in continue begeleiding van de vrouw zowel tijdens de zwangerschap als de baring:

- Iedere zwangere heeft een vast aanspreekpunt: een ‘casemanager’ die haar begeleidt tijdens de zwangerschap. De casemanager is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle benodigde niet-acute zorg. Daarnaast garandeert de casemanager continuïteit tijdens overdrachtsmomenten.
- Vanaf ongeveer halverwege de ontsluitingsfase is voortdurend een zorgverlener aanwezig bij de zwangere als zij dit wenst. Deze zorgverlener heeft affiniteit met de geboortezorg. Afhankelijk van de wensen van de cliënt en de lokale situatie kan het gaan om de eerstelijns of klinisch verloskundige, maar bijvoorbeeld ook om vervroegde partusassistentie door een kraamverzorgende of een doula.

Strategie B3 Opsporen hypertensie

Deze strategie stelt voor om de KNOV standaard ‘Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode’⁶⁴ breder te implementeren. Hiervoor wordt tijd van de eerstelijns verloskundige ingepland. Door het uniform meten en het volgen van de protocollen zullen eerstelijns verloskundigen minder vrouwen doorverwijzen naar de gynaecoloog, minder zogenaamde ‘false positives’.

Strategie B4 Klinisch verloskundige bevordert fysiologie in het ziekenhuis

Deze strategie gaat uit van een vergroting van de rol van klinisch verloskundigen om ook in de klinische setting het fysiologisch verloop van de baring te bevorderen. De inzet van de klinisch verloskundige leidt tot minder interventies tijdens de baring⁶⁵. Ook binnen de muren van het ziekenhuis gaan we daarbij uit van zinnige en zuinige zorg.

Strategie B5 Begeleiding bevalling langdurig gebroken vliezen

Deze strategie beschrijft dat door het bieden van de juiste diagnostiek, de eerstelijns verloskundige de kans op het optreden van complicaties beter kan inschatten:

- Nadat de vliezen 24 uur gebroken zijn, voert de eerstelijns verloskundige een consult uit. Tijdens het consult maakt zij een cardiotocografie (ctg) om de hartactie van het kind te controleren en zij neemt kweek af. Tijdens het consult bespreekt de eerstelijns verloskundige met de vrouw of inleiden noodzakelijk of gewenst is.
- Als inleiden niet nodig of gewenst blijkt te zijn dan kan de zwangere terug naar huis om daar de start van de actieve fase af te wachten. De verloskundige plant een extra huisbezoek in. Bij tekenen van infectie of als geen uitdrijving plaats heeft gevonden 48 uur na het breken van de vliezen, vindt overdracht aan de gynaecoloog plaats.
- Bij een spontane vaginale baring in de eerste lijn en een goede start van het kind zonder verdere tekenen van infectie wordt observatie thuis verantwoord geacht. De eerstelijns verloskundige observeert twee uur post partum. Zij informeert vervolgens de kraamzorg over de duur van de gebroken vliezen en het observatiebeleid.

Deze strategie gaat ervan uit dat de eerstelijns verloskundige bekwaam is om een ctg te lezen. Bij de inschatting van de kosten later in deze rapportage is rekening gehouden met opleidingstijd en overlegtijd met klinisch verloskundigen en gynaecologen. Op sommige plaatsen in Nederland zijn pilots gestart met eerstelijns verloskundigen die ctg's lezen.

⁶⁴ KNOV standaard ‘Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode’, 2011.

⁶⁵Wiegers and Hukkelhoven: The role of hospital midwives in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth 2010 10:80

Strategie B6 Begeleiding bevalling licht meconiumhoudend vruchtwater

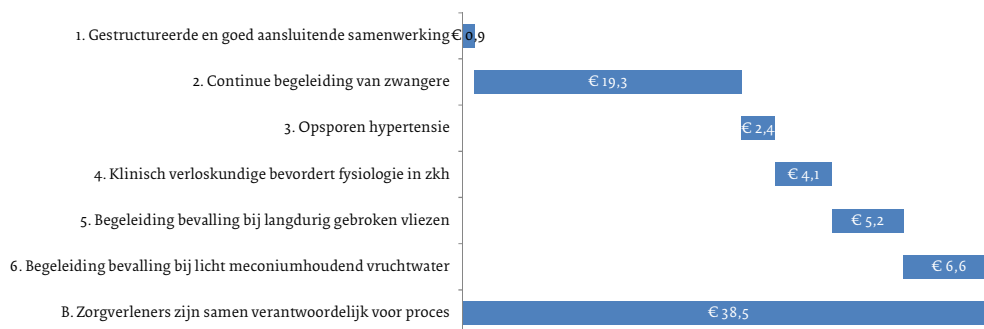
Ook deze strategie gaat uit van het bieden van de juiste diagnostiek door de eerstelijns verloskundige. Zij kan op die manier beter haar rol als poortwachter vervullen en alleen doorverwijzen in het geval van (te verwachten) complicaties:

- Bij constatering van licht mhv verplaatst de eerstelijns verloskundige de vrouw naar een poliklinische setting of een geboortecentrum met droge verbinding⁶⁶. Wanneer de eerstelijns verloskundige matig tot ernstig mhv constateert verwijst zij de vrouw door naar de gynaecoloog.
- In het geboortecentrum of de poliklinische verloskamer wordt de vrouw aangesloten op een continu ctg. De eerstelijns verloskundige begeleidt de baring zolang er geen ctg afwijkingen optreden.
- Bij licht mhv, een spontane vaginale baring en een goede start van het kind vindt twee uur observatie post partum plaats door de eerstelijns verloskundige. De verloskundige informeert de kraamzorg bij de overdracht.

Mochten er in een regio onvoldoende eerstelijns verloskundigen zijn, dan zouden klinisch verloskundigen ingeschakeld kunnen worden. Het gaat om zorgactiviteiten die klinisch verloskundigen reeds zelfstandig uitvoeren.

5.4 BATEN

Net als hoge kosten levert de strategie 'Continue begeleiding van zwangere' ook de hoogste baten op (zie Figuur 15). Deze baten komen vooral voort uit minder pijnbestrijding, kortere bevallingen en een lager aandeel kunstverlossingen en keizersnedes.



Figuur 15 Baten in miljoen euro voor beleidsvariant A midden scenario

⁶⁶ Behalve bij uitblijven van weeënactiviteit of bij verdenking van foetale nood.

Daarnaast levert de strategieën 'Begeleiding bevalling bij licht mhv' en 'Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen' een aanzienlijke besparing in zorgkosten op. Op basis van de uitkomst van de bevalling en de geobserveerde variatie in de zorgverlening gaan we ervan uit dat de eerstelijns verloskundige jaarlijks:

- 1.850 vrouwen (2,3% van vrouwen die begeleid zijn door een eerstelijns verloskundige tot de bevalling) doorverwijst aan de gynaecoloog voor langdurig gebroken vliezen in plaats van 2.800 (3,6%) in de referentievariant. Overigens heeft ruim 15% van de praktijken al een lager overdrachtspercentage dan deze 2,3%⁶⁷.
- 4.200 vrouwen (5,3% van vrouwen die begeleid zijn door een eerstelijns verloskundige tot de bevalling) doorverwijst aan de gynaecoloog voor mhv in plaats van 6.700 (8,5%) in de referentievariant. Overigens heeft bijna 20% van de praktijken al een lager overdrachtspercentage dan deze 5,3%⁶⁷.

Bij de kwantificering van de uitgespaarde zorgkosten hebben we rekening gehouden met het verzwaren van de case-mix in de klinische setting. Immers, eerstelijns verloskundigen verwijzen minder vaak door, maar als zij doorverwijzen, betreft het een vrouw met meer (te verwachten) complicaties.

De bevordering van de fysiologie in het ziekenhuis door de klinische verloskundige is een andere strategie die aanzienlijk bijdraagt aan de baten van beleidsvariant B. We gaan ervan uit dat een vergroting van de rol van de klinisch verloskundige resulteert in minder vraag naar pijnstilling, kunstverlossingen en keizersnedes. Daarnaast gaan we uit van uitgespaarde zorgkosten door de inzet van de klinisch verloskundige op taken die de gynaecoloog nu uitvoert⁶⁸. In de huidige situatie begeleidt de klinisch verloskundige al meerdere zorgactiviteiten zelfstandig⁶⁹, waardoor de baten hoger zouden kunnen liggen. Het zou nuttig zijn om dit inzichtelijk te maken om de positie van de klinisch verloskundige te versterken.

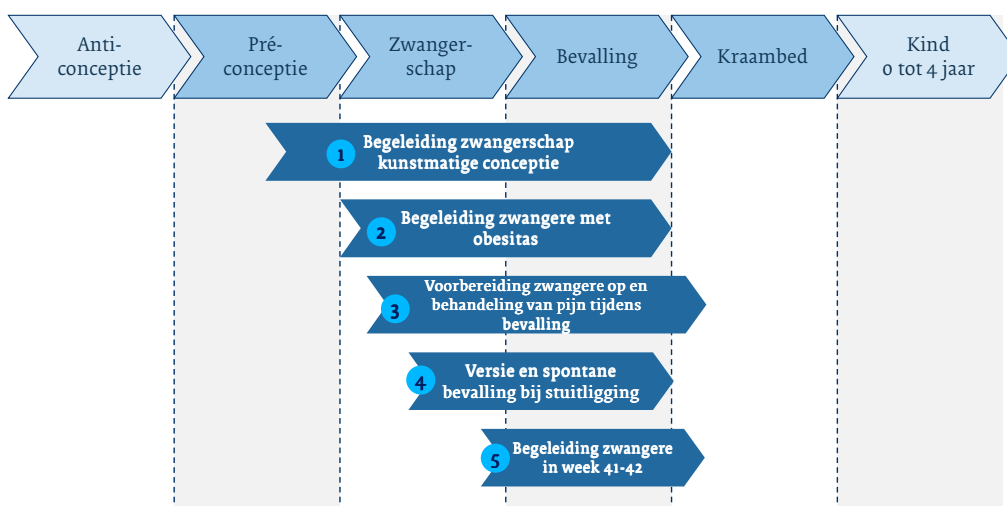
⁶⁷ SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013. PRN geeft aan dat vanwege onnauwkeurigheden en inconsistenties rondom overdracht-variabelen in LVR1 en LVR2 cijfers die zijn gebaseerd op overdracht met voorzichtigheid dienen te worden benaderd.

⁶⁸ Het betreft een conservatieve schatting van de baten want de effecten van de reeds gerealiseerde taakverschuiving zijn niet volledig meegenomen in de beleidsvariant.

⁶⁹ Leidraad voor protocol positie klinisch verloskundigen, januari 2014

6 SHARED DECISION-MAKING CLIËNT EN ZORGVERLENER

Het belang van gezamenlijke besluitvorming door cliënt en zorgverlener wordt in toenemende mate gedeeld. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat gezamenlijke besluitvorming de consumptie van niet-effectieve zorg reduceert, dat het ongewenste variatie in de zorgverlening reduceert en dat het invulling geeft aan het recht van cliënt op volledige informatie en participatie⁷⁰. Ook in de geboortezorg hechten vrouwen en zorgverleners steeds meer aan gezamenlijke besluitvorming. In deze beleidsvariant nemen we vijf strategieën op die betrekking hebben op 'Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener'.



Figuur 16 Strategieën beleidsvariant C. Shared decision-making cliënt en zorgverlener

6.1 OMSCHRIJVING STRATEGIEËN

Strategie C1 Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie

Per jaar starten ongeveer 2.800 vrouwen die zwanger zijn geworden door kunstmatige conceptie de begeleiding van hun zwangerschap bij de gynaecoloog of klinisch verloskundige in het ziekenhuis. Meer dan de helft van de primi en meer dan 70% van de multi heeft uiteindelijk een spontane bevalling in een klinische setting. Bijna 70% van deze kinderen worden aangepakt door een klinisch verloskundige⁷¹.

Verloskundigen en gynaecologen geven aan dat kunstmatige conceptie op zichzelf geen reden is om de begeleiding van de zwangerschap te starten in de klinische setting. Vaak gebeurt dit

⁷⁰ Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham Ian, D., & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

⁷¹ SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013.

toch omdat de zwangere zich hier prettiger bij voelt. In sommige regio's in Nederland vindt de begeleiding van deze vrouwen al in de eerste lijn plaats.

Deze strategie gaat ervan uit dat wanneer de zwangere vertrouwen heeft in de eerstelijns verloskundige, zij ook graag door haar begeleid zou worden tijdens de zwangerschap.

Strategie C2 Begeleiding zwangere met obesitas

Obesitas is een groeiend probleem in de Westerse wereld, ook in Nederland. In de afgelopen jaren zien we een toenemend aantal doorverwijzingen van de eerstelijns verloskundige naar de gynaecoloog met reden 'overige problematiek'⁷². Experts geven aan dat een deel daarvan toegeschreven kan worden aan obesitas. Per jaar gaat het om ongeveer 4.700 vrouwen die een groot deel van de zwangerschap begeleid worden door de gynaecoloog of een klinisch verloskundige en bevallen in een klinische setting.

Een deel van deze vrouwen met obesitas willen en kunnen begeleid worden door de eerstelijns verloskundige. Ook kan een deel van de zwangeren met obesitas veilig thuis, in een geboortecentrum of in een poliklinische setting bevallen. Dit gebeurt nu al op verscheidene plaatsen in Nederland.

Deze strategie gaat ervan uit dat de eerstelijns verloskundige een deel van de zwangeren met obesitas, die nu doorverwezen worden, begeleidt tijdens de zwangerschap en bevalling.

Strategie C3 Voorbereiding zwangere op en behandeling van pijn tijdens de bevalling

Pijnbehandeling is één van de belangrijkste redenen van overdracht tijdens de bevalling. Jaarlijks verwijst de eerstelijns verloskundige ongeveer 8.500 vrouwen tijdens de baring door naar de klinische setting voor pijnstilling en het aandeel vrouwen dat hiernaar vraagt, stijgt⁷². Pijnstilling tijdens de bevalling is niet zonder risico. De kans op koorts bij het kind neemt bijvoorbeeld toe bij een epiduraal. Uit literatuur blijkt dat ongeveer 15% van de vrouwen die pijnstilling krijgt toegediend hiermee te maken krijgt. Ook neemt het aantal kunstverlossingen toe^{73,74}.

Verloskundigen spelen een belangrijke rol bij de voorbereiding op pijn en de behandeling van pijn tijdens de bevalling. Zij werken tijdens de zwangerschap aan het vertrouwen van de vrouw en geven voorlichting over medicatie en comfortverhogende interventies. Ook kunnen zij uitleg geven over pijnstilling die onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige kan worden gebruikt, zoals lachgas en TENS. Een knelpunt hierbij is de informatie omtrent pijnstilling die niet altijd uniform is tussen de eerstelijns verloskundige en de klinisch verloskundige of gynaecoloog. De variatie in de zorgverlening ten aanzien van pijnbehandeling impliceert daarnaast dat er mogelijkheden zijn om het aantal

⁷² SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013.

⁷³ "KNOV standpunt voorlichting over pijn en pijnbehandeling tijdens de baring", juni 2013 (pagina 45).

⁷⁴ Segal, S. (2010) Labor epidural analgesia and maternal fever. *Anesthesia & Analgesia*, 111(6), 1467-75.

doorverwijzingen te verminderen. De bevallende vrouw en haar partner kunnen ook een actievere rol spelen in het proces door bijvoorbeeld gebruik te maken van zwangerschapscursussen of mindfulness om beter voorbereid te zijn op de mogelijke baringspijn.

Deze strategie is gebaseerd op de veronderstelling dat als vrouwen beter zicht hebben op de risico's van pijnbestrijding en beter begeleid worden in de aanloop naar de bevalling en tijdens de bevalling, de vraag naar pijnstilling in de klinische setting afneemt. De keuze hiervoor blijft vanzelfsprekend aan de vrouw zelf.

Strategie C4 Versie en spontane bevalling bij stuitligging

Jaarlijks verwijst de eerstelijns verloskundige bijna 2.500 vrouwen door naar de gynaecoloog omdat het kind in stuit ligt. Een groot deel van deze vrouwen krijgt een keizersnede in de klinische setting: ruim 85% van de primi en ruim 60% van de multi⁷⁵. Een deel van deze vrouwen zal een versie aangeboden hebben gekregen, die mislukt is.

Over het algemeen is een uitwendige versie een effectieve manier om stuitligging bij de baring te voorkomen. Ongeveer de helft van alle pogingen is succesvol⁷⁶. Na een succesvolle uitwendige versie waar een hoofdligging ontstaat, bevalt 90% vaginaal. Indien de versie niet succesvol is, kan een geplande keizersnede veiliger zijn dan een vaginale stuitbevalling⁷⁷. Hoewel er de afgelopen jaren veel aandacht is besteed aan de uitwendige versie, krijgen nog niet alle vrouwen met een kind in stuitligging op dit moment een versie aangeboden. Ook lijken niet alle professionals even gemotiveerd om de uitwendige versie aan te bevelen. Deze strategie gaat uit van het bieden van informatie over de verschillende behandelopties, zoals een uitwendige versie, spontane bevalling of sectio. De zwangere vrouw kan dan een goed geïnformeerde keuze maken. Wanneer de vrouw voor een versie kiest, voeren ervaren verloskundigen de versie uit. Als het kind in stuit blijft liggen, geven eerstelijns verloskundige en klinisch verloskundige of gynaecoloog geharmoniseerde informatie over de mogelijkheid van een spontane bevalling bij een stuitligging.

Strategie C5 Begeleiding zwangere in week 41-42

Serotiniteit, dat wil zeggen een draagtijd langer dan 294 dagen (42 weken), kent risico's voor zowel moeder als kind. Volgens de VIL dient de zwangere bij een zwangerschap van 42 weken te worden overgedragen aan de tweede lijn⁵⁵. Jaarlijks dragen eerstelijns verloskundigen ruim 7.700 vrouwen over aan de gynaecoloog met als primaire reden serotiniteit.

Eerstelijns verloskundigen verwijzen een zwangere zonder weeënactiviteit tussen 41 en 42 weken veelal door voor een consult bij de gynaecoloog, al zijn er grote regionale verschillen. Het doorsturen is in principe op consultbasis: de gynaecoloog verwijst de zwangere weer

⁷⁵ SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013.

⁷⁶ 10 jaar Perinatale registratie Nederland, de grote lijnen. *Stichting Perinatale Registratie Nederland*, 2011.

⁷⁷ Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.

terug naar de eerste lijn, tenzij er wordt overgegaan op het inleiden van de bevalling. Tijdens het consult bepaalt de gynaecoloog met de vrouw of de zwangerschap dient te worden ingeleid of dat er afgewacht kan worden op een spontane bevalling. Bij het inleiden van een bevalling kunnen complicaties optreden. Een inleiding gaat soms bij een klein deel van de vrouwen gepaard met een verhoogd risico op een spoedkeizersnede, ernstig bloedverlies, kunstverlossing en couveuse-opname van kind⁷⁸.

Deze strategie is gebaseerd op de veronderstelling dat als vrouwen beter zicht hebben op de risico's van het inleiden, zij in overleg met de zorgverlener kunnen besluiten langer te wachten (indien medisch mogelijk).

6.2 SALDO KOSTEN BATEN

De beleidsvariant 'Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener' is ook doorgerekend voor drie scenario's:

- Scenario midden is gebaseerd op realistische aannames. De huidige verschillen in verwijspersentages suggereren dat er sprake is van onder- en overbehandeling. De strategieën in deze beleidsvariant zijn gericht op het reduceren van deze variatie in zorgverlening. Op basis van de geobserveerde variatie in zorgverlening zijn inschattingen gedaan voor de impact van de strategieën.
- Scenario laag betreft een conservatief scenario. Dit scenario gaat uit van voorzigtigere impact van de strategieën op de doorverwijspersentages. Bijvoorbeeld voor de overdrachtsreden obesitas dragen eerstelijns verloskundigen in het midden scenario 3.400 vrouwen over aan de gynaecoloog of klinisch verloskundige. Voor het scenario laag gaan we uit van 3.650.
- Scenario hoog is een optimistisch scenario. In dit scenario gaan we uit van een hogere impact van de strategieën op het reduceren van de variatie in zorgverlening. Voor de strategie begeleiding zwangere met obesitas gaan we uit van 3.250 vrouwen die de eerstelijns verloskundige overdraagt aan de gynaecoloog of klinisch verloskundige.

De grafieken gepresenteerd in dit hoofdstuk, betreffen het midden scenario. *De kosten en baten van scenario laag en scenario hoog staan in de bijlage.*

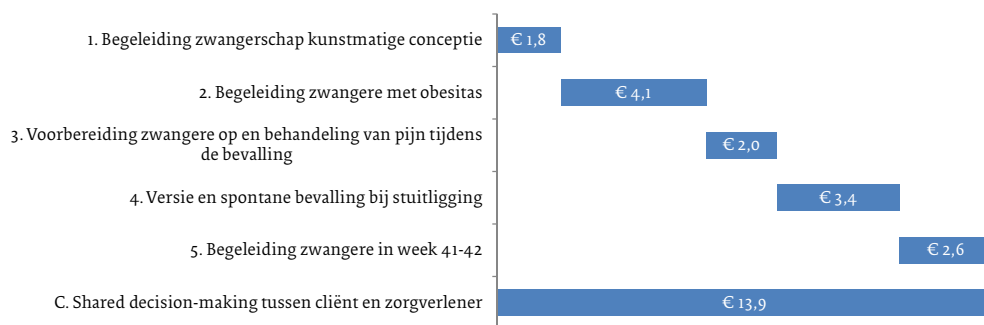
De invoering van beleidsvariant 'Shared decision-making tussen cliënt en zorgverlener' levert de maatschappij jaarlijks bijna € 14 miljoen op (zie Figuur 17). Het gaat hier enkel om kosten

⁷⁸ Ehrenthal DB, Jiang X, Strobino DM. Labor induction and the risk of a Cesarean delivery among nulliparous women at term. *Obstet Gynecol* 2010;116:35–42. Cammu H, Martens G, Ruysinck G, et al. Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:240–4. Heffner LJ, Elkin E, Fretts RC. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2003;102:287–93.

en baten binnen de verloskundige zorg. Dit betekent een besparing van ongeveer 2,5% van de totale kosten voor de geboortezorg zoals berekend voor de referentievariant.

Als we uitgaan van het scenario hoog dan kunnen de besparingen oplopen tot € 16 miljoen per jaar (bijna 3%). Als we uitgaan van het scenario laag dan levert deze beleidsvariant de maatschappij ongeveer € 12 miljoen euro per jaar.

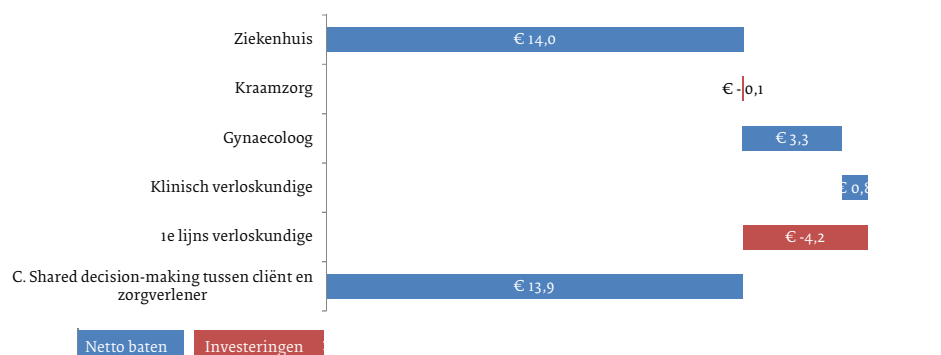
De strategie die het meest bijdraagt aan het totaalsaldo voor beleidsvariant C is 'Begeleiding zwangere vrouw met obesitas': ruim € 4 miljoen per jaar.



Figuur 17 Saldo kosten en baten in miljoen euro voor beleidsvariant C midden scenario

De besparingen die optreden door invoering van beleidsvariant C zijn voornamelijk het gevolg van besparing van ziekenhuiskosten, namelijk bijna € 14 miljoen per jaar. Deze besparingen hebben te maken met een lager aantal bevallingen in de klinische setting en een afname in keizersnedes. Direct gevolg hiervan zijn de besparingen die optreden bij de klinisch verloskundige zorg en de gynaecoloog.

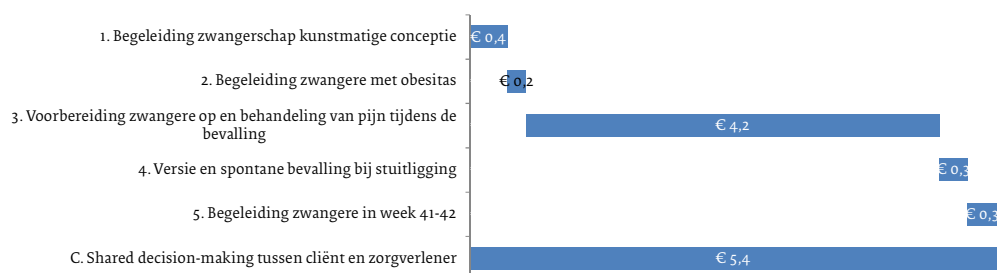
De invoering van beleidsvariant C vraagt een investering van € 4 miljoen per jaar in de eerstelijns verloskunde.



Figuur 18 Saldo kosten en baten in miljoen euro voor beleidsvariant C midden scenario

6.3 KOSTEN

De extra kosten van de strategie 'Pijnbehandeling' zijn het hoogst binnen beleidsvariant C. Dit is voornamelijk het gevolg van de kosten voor gezamenlijke voorlichting en alternatieve pijnstilling zoals lachgas en TENS.



Figuur 19 Kosten in miljoen euro voor beleidsvariant C midden scenario

Hieronder gaan we dieper in op hoe de kosten per strategie tot stand zijn gekomen. Voor de berekening zijn we uit gegaan van een concrete invulling van de strategie om tot kosteninschattingen te komen. Voor de daadwerkelijke uitwerking van de strategie zijn variaties mogelijk op onderstaande beschrijvingen.

Strategie C1 Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie

Deze strategie gaat ervan uit dat wanneer de zwangere vertrouwen heeft in de eerstelijns verloskundige, zij ook graag door haar begeleid zou worden tijdens de zwangerschap:

- De gynaecoloog, klinisch verloskundige en eerstelijns verloskundige verstrekken geharmoniseerde informatie over de begeleiding van een zwangerschap na kunstmatige conceptie.
- Er vindt een gezamenlijk consult plaats waar gynaecoloog en/of klinisch verloskundige en eerstelijns verloskundige aanwezig zijn. Ze spreken vertrouwen naar elkaar uit en leggen uit dat de eerstelijns verloskundige in geval van (te verwachten) complicaties doorverwijst naar de gynaecoloog.
- We gaan in deze strategie uit van een extra echo ter geruststelling van de zwangere.⁷⁹

Strategie C2 Begeleiding zwangere met obesitas

Deze strategie gaat ervan uit dat de eerstelijns verloskundige een deel van de zwangeren met obesitas die nu doorverwezen worden begeleidt tijdens de zwangerschap en bevalling:

⁷⁹ In deze strategie gaan we uit van een extra echo voor iedere zwangere, om de overgang van de klinische setting naar de niet-klinische setting soepeler te laten verlopen voor de cliënt. In het kader van doelmatigheid is het van belang dat in de toekomst heldere criteria bepaald worden over wie een extra echo krijgt en of deze vergoed wordt door de zorgverzekering.

- De eerstelijns verloskundige voert vier groei echo's uit⁸⁰ om het verloop van de groei van de foetus goed in kaart te brengen.
- Er vindt een glucosemeting plaats.
- Bij een BMI van boven de 35 of een gewicht van meer dan 100 kg bespreekt de eerstelijns verloskundige met de vrouw dat er vervoersproblemen kunnen optreden. Dit betekent in de praktijk dat de bevalling vaak in een poliklinische setting of in een geboortecentrum met een droge verbinding naar het ziekenhuis plaatsvindt. Bij een BMI hoger dan 40 vindt de bevalling plaats in de klinische setting.

Strategie C3 Voorbereiding zwangere op en behandeling van pijn tijdens de bevalling

Deze strategie is gebaseerd op de veronderstelling dat als vrouwen beter zicht hebben op de risico's van pijnbestrijding en beter begeleid worden in de aanloop naar de bevalling en tijdens de bevalling, de vraag naar pijnstilling in de klinische setting afneemt:

- Er vindt gezamenlijke voorlichting plaats door de eerstelijns verloskundige en een klinisch verloskundige of gynaecoloog.
- De eerstelijns verloskundige krijgt extra tijd om vrouwen met grote angst voor de bevalling tijdens de zwangerschap te begeleiden.
- Eerstelijns verloskundigen kunnen alternatieven aanbieden voor de epiduraal en remifentanyl, thuis, in een geboortecentrum of poliklinische verloskamer. Thuis kunnen zij bijvoorbeeld het gebruik van TENS aanbieden. In het geboortecentrum of in de poliklinische setting kan lachgas een alternatief bieden voor pijnstilling in de klinische setting.

Strategie C4 Versie en spontane bevalling bij stuitligging

Deze strategie gaat uit van het bieden van een uitwendige versie aan iedere vrouw waarbij het kind in stuit ligt. Ervaren verloskundigen voeren de versie uit. Als het kind in stuit blijft liggen geven eerstelijns verloskundige en klinisch verloskundige of gynaecoloog geharmoniseerde informatie over de mogelijkheid van een spontane bevalling bij een stuitligging.

Strategie C5 Begeleiding zwangere in week 41-42

Deze strategie is gebaseerd op de veronderstelling dat als vrouwen beter zicht hebben op de risico's van het inleiden, zij bereid zijn om langer te wachten indien medisch mogelijk. De eerstelijns verloskundige voert tijdens een consult in week 41 een echo en ctg uit (of laat uitvoeren in een echocentrum of geboortecentrum). Bij vermoeden van verminderd leven

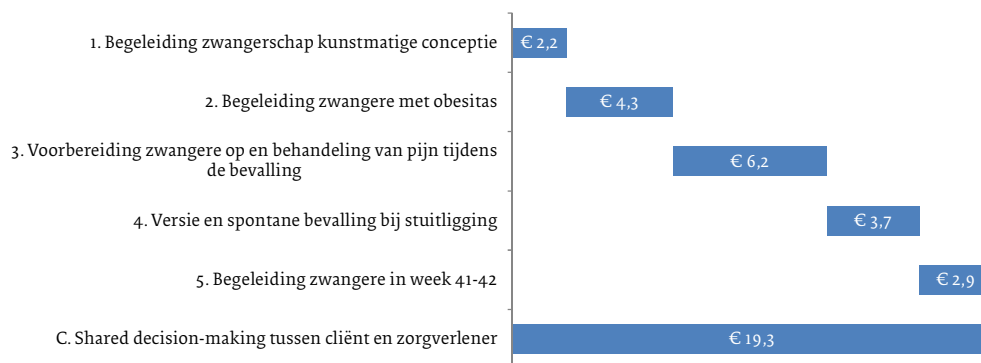
⁸⁰ Of laat uitvoeren in een echocentrum.

verwijst de eerstelijns verloskundige direct door naar de gynaecoloog. Ook de wens van de vrouw kan leiden tot doorverwijzing naar de gynaecoloog. Dit consult kan een aantal keer herhaald worden tot de vrouw in week 42 ingeleid zal worden. We gaan uit van gemiddeld één consult met echo en ctg.

Deze strategie gaat ervan uit dat de eerstelijns verloskundige bekwaam is om een ctg te lezen, zoals ook bij de strategie 'Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen'. Bij de inschatting van de kosten later in deze rapportage is ruim rekening gehouden met opleidingstijd, nascholing en overlegtijd met klinisch verloskundigen en gynaecologen. Op sommige plaatsen in Nederland lezen eerstelijns verloskundigen al ctg's.

6.4 BATEN

De strategieën 'Pijnbehandeling', 'Versie en spontane bevalling bij stuitligging' en 'Begeleiding zwangere met obesitas' dragen het meest bij aan de baten van beleidsvariant C (zie Figuur 20). De uitgespaarde zorgkosten liggen het hoogst voor deze drie strategieën. Dit is hoofdzakelijk het gevolg van het voorkomen van een klinische bevalling voor pijnstilling en obesitas, en het voorkomen van een keizersnede voor de versie bij stuitligging.



Figuur 20 Baten in miljoen euro voor beleidsvariant C midden scenario

Op basis van de uitkomst van de bevalling en de geobserveerde variatie in zorgverlening gaan we ervan uit dat de eerstelijns verloskundige jaarlijks:

- Ruim 6.000 vrouwen (7,5% van vrouwen die begeleid zijn door een eerstelijns verloskundige tot de bevalling) tijdens de baring doorverwijst aan de gynaecoloog voor pijnstilling (helpt van niet vorderende ontsluiting meegenomen) in plaats van 8.500 (10,6%) in de referentievariant.
- Bijna 2.000 vrouwen (1,6% van vrouwen zwangerschap gestart in eerste lijn) tijdens de zwangerschap doorverwijst aan de gynaecoloog voor afwijkende ligging in plaats

van 2.400 (2,0%) in de referentievariant. Ruim 15% van de praktijken heeft overigens reeds een lager overdrachtspercentage dan 1,6% voor deze reden⁸¹.

- Ruim 3.400 vrouwen (2,7% van vrouwen zwangerschap gestart in eerste lijn) aan het begin van de zwangerschap doorverwijst aan de gynaecoloog omdat de vrouw obesitas heeft. In plaats van 4.700 (3,7%) in de referentievariant. Ruim 25% van de praktijken heeft overigens reeds een lager overdrachtspercentage dan 2,7% voor deze reden⁸¹.

⁸¹ SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013. PRN geeft aan dat vanwege onnauwkeurigheden en inconsistenties rondom overdracht-variabelen in LVR1 en LVR2 cijfers die zijn gebaseerd op overdracht met voorzichtigheid dienen te worden benaderd.

7 REFERENTIEVARIANT

In een MKBA worden de kosten en baten van een beleidsvariant afgezet tegen de kosten en baten van een referentievariant. Deze MKBA gaat uit van de huidige situatie in Nederland als referentievariant.

Er bestaan veel regionale verschillen in de organisatie van de geboortezorg, in de doorverwijspercentages en in de uitkomsten van geboortezorg. De impact van de beleidsvarianten zetten we daarom af tegen de gemiddelde kosten per zwangere in Nederland en de gemiddelde doorverwijspercentages zoals in Nederland geobserveerd. Dit resulteert in een totaalbedrag voor de huidige kosten in de geboortezorg.

De baten van de beleidsvarianten betreffen directe baten zoals gezondheidswinst, maar vooral indirecte baten in termen van uitgespaarde zorgkosten. Uitgespaarde zorgkosten zijn opgebouwd uit lagere zorgkosten tijdens zwangerschap en bevalling, maar omvatten ook zorgkosten die op lange termijn uitgespaard worden zoals jaarlijkse kosten van diabetes patiënten. De uitgespaarde zorgkosten rondom zwangerschap en bevalling zijn het verschil van kosten rondom zwangerschap en geboorte van de beleidsvariant ten opzichte van de referentievariant.

7.1 HUIDIGE CLIËNTSTROMEN GEBORTEZORG

In Nederland bevallen jaarlijks ongeveer 170.000 vrouwen. Circa 13.000 bevallingen zijn vroeggeboortes en in ongeveer 5.000 gevallen gaat het om geboortes met een congenitale afwijking. Voor de referentievariant van deze MKBA zijn we uitgegaan van de 152.000 bevallingen die overblijven na de vroeggeboortes en congenitale afwijkingen⁸².

Huidige overdrachtspercentages primi

Van de bijna 68.000 primi zwangerschappen starten er ruim 55.000 in de eerste lijn voor de begeleiding van hun zwangerschap⁸². 36.000 vrouwen starten ook hun bevalling in de eerste lijn, terwijl de eerstelijns verloskundige ruim 19.000 (35% van gestart in eerste lijn) van de primi tijdens de zwangerschap overdraagt aan de gynaecoloog:

⁸² SiRM-analyse op basis van PRN gegevens van 2009 t/m 2013. PRN geeft aan dat vanwege onnauwkeurigheden en inconsistenties rondom overdracht-variabelen in LVR1 en LVR2 cijfers die zijn gebaseerd op overdracht met voorzichtigheid dienen te worden benaderd.

Aantal	%	Overdrachtsreden	Strategie
1.000	2%	Positieve of negatieve discongruentie	Opsporen foetale groeivertraging (A3)
2.800	5%	Hypertensie	Opsporen hypertensie (B3)
2.000	4%	Obesitas	Begeleiding zwangere met obesitas (C2)
1.700	3%	Afwijkende ligging	Versie en spontane bevalling bij stuitligging (C4)
3.400	6%	Dreigende serotiniteit	Begeleiding zwangere in week 41 - 42) (C5)
8.400	15%	Overige redenen	

Van de 36.000 primi die de bevalling starten in de eerste lijn draagt de eerstelijns verloskundige ruim 20.000 (58% van bevalling gestart in eerste lijn) primi over aan de gynaecoloog tijdens de baring:

Aantal	%	Overdrachtsreden	Strategie
1.900	5%	Langdurig gebroken vliezen	Begeleiding bevalling langdurig gebroken vliezen (B5)
3.800	11%	Meconiumhoudend vruchtwater	Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater (B6)
6.400	18%	Pijnstilling en helpt niet vorderende ontsluiting	Continue begeleiding (B2), Pijnbehandeling (C3)
8.300	24%	Overige redenen	

Ongeveer 13.000 primi starten de begeleiding van de zwangerschap direct bij de gynaecoloog of de klinisch verloskundige, waarvan:

- 1.600 (12%) primi zwangerschappen door kunstmatige conceptie (*strategie C1. Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie*).

Huidige overdrachtspercentages multi

Voor vrouwen met een tweede of latere zwangerschap liggen de overdrachtspercentages over het algemeen iets lager dan bij de primi. Wel komt hier nog een extra overdrachtsreden bij van zwangeren die eerder een sectio hebben gehad.

Van de ruim 86.000 multi zwangerschappen starten er bijna 70.000 in de eerste lijn voor de begeleiding van hun zwangerschap⁸². 42.500 vrouwen starten ook hun bevalling in de eerste

lijn, terwijl de eerstelijns verloskundige 27.500 (39% van gestart in eerste lijn) van de multi tijdens de zwangerschap overdraagt aan de gynaecoloog:

Aantal	%	Overdrachtsreden	Strategie
1.000	1%	Positieve of negatieve discongruentie	Opsporen foetale groeivertraging (A3)
1.100	2%	Hypertensie	Opsporen hypertensie (B3)
2.700	4%	Obesitas	Begeleiding zwangere met obesitas (C2)
4.800	7%	Sectio in anamnese	
800	1%	Afwijkende ligging	Versie en spontane bevalling bij stuitligging (C4)
4.300	6%	Dreigende serotiniteit	Begeleiding zwangere in week 41 - 42) (C5)
12.400	18%	Overige redenen	

Van de 42.500 multi die de bevalling starten in de eerste lijn draagt de eerstelijns verloskundige bijna 9.000 (22% van bevalling gestart in eerste lijn) multi over aan de gynaecoloog tijdens de baring:

Aantal	%	Overdrachtsreden	Strategie
1.000	2%	Langdurig gebroken vliezen	Begeleiding bevalling langdurig gebroken vliezen (B5)
2.900	7%	Meconiumhoudend vruchtwater	Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater (B6)
2.000	5%	Pijnstilling en helpt niet vorderende ontsluiting	Continue begeleiding (B2), Pijnbehandeling (C3)
3.400	8%	Overige redenen	

Bijna 17.000 multi starten de begeleiding van de zwangerschap direct bij de gynaecoloog of de klinisch verloskundige, waarvan:

- 1.200 (7%) multi zwangerschappen door kunstmatige conceptie.

7.2 HUIDIGE GEBORTEZORGKOSTEN VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENERS PER ZWANGERE

Voor een zinvolle MKBA is het van belang om te rekenen met daadwerkelijk gemaakte kosten. Tegelijkertijd is het lastig om kosteninformatie te verkrijgen, vooral voor de activiteiten van klinisch verloskundigen en gynaecologen in de klinische setting. Kosten kunnen bovendien per ziekenhuis fors variëren, door bijvoorbeeld verschillen in overhead kosten als gevolg van nieuwbouw.

We hebben voor deze MKBA daarom de tarieven genomen als uitgangspunt voor de berekening van de kosten per zwangere. Voor de eerstelijns verloskundige zorg publiceert de NZa maximum tarieven verloskunde⁸³. Kosten van verloskundige zorg geleverd door professionals in de klinische setting worden gepubliceerd door DBC Onderhoud⁸⁴. De berekening van zorgkosten per zwangere beperkt zich tot de kosten van de begeleiding van de zwangerschap en de bevalling. De kosten voor kraamzorg en kindergeneeskunde zijn niet meegenomen omdat deze cliëntstromen vanuit de gegevens van PRN onvoldoende in kaart gebracht konden worden.

Zowel de eerstelijns tarieven als de gemiddelde verkoopprijs van de DBC-zorgproducten zouden de kosten gemaakt voor een gemiddelde zwangere moeten dekken. Dat is het uitgangspunt van onze analyse. In dit gemiddelde zijn vrouwen opgenomen die de gehele begeleiding in de eerstelijns setting of klinische setting ontvangen. Maar in het gemiddelde zijn eveneens vrouwen opgenomen die tijdens de zwangerschap of bevalling zijn overgedragen aan de gynaecoloog.

Vanuit tarieven geredeneerd zijn vrouwen die tijdens de zwangerschap of bevalling overgedragen worden 'dubbel' zo duur. Immers, zowel de eerstelijns verloskundige als de gynaecoloog mag een tarief in rekening brengen. De daadwerkelijke kosten die gemaakt worden voor deze vrouwen zijn niet de twee tarieven bij elkaar opgeteld, maar een lager bedrag. De kosten voor vrouwen die wel volledig in de eerste lijn of in de klinische setting begeleid worden liggen daarmee hoger dan de huidige tarieven.

Huidige verloskundige zorgkosten begeleiding zwangerschap

De gemiddelde kosten voor de begeleiding van de zwangerschap van vrouwen die gedurende de hele zwangerschap in de eerste lijn zijn gebleven, zijn ongeveer € 800,- (zie Figuur 21)⁸⁵. Deze kosten zijn opgebouwd uit € 600,- voor eerstelijns verloskunde en € 200,- gemiddeld aan adviesconsulten⁸⁶ door een gynaecoloog of klinisch verloskundige. De kosten voor eerstelijns verloskunde liggen hoger dan het maximum tarief van de NZa voor volledige

⁸³ Tarievenlijst verloskunde. Bijlage 1 bij tariefbeschikking TB/CU-7100-01 van 9 juli 2014. Nederlandse Zorgautoriteit.

⁸⁴ www.opendisdata.nl.

⁸⁵ SiRM analyse op basis van tarieven eerstelijns verloskunde en gemiddelde verkoopprijzen DBC-zorgproducten.

⁸⁶ Inschatting op basis van DBC-zorgproduct declaraties in 2012. Bron www.opendisdata.nl.

prenatale zorg. Het tarief van de NZa omvat immers ook vrouwen die tijdens de zwangerschap overgedragen zijn. Hiervoor hebben we gecorrigeerd.

De gemiddelde kosten voor de volledige begeleiding van de zwangerschap door de gynaecoloog of klinisch verloskundige volgt uit de gewogen gemiddelde prijs van DBC-zorgproducten relevant voor begeleiding van zwangerschap. Dit leidt tot kosten van ongeveer € 1.100,- per zwangere (zie Figuur 21).

Bij de berekening van kosten voor vrouwen die eerstelijns verloskundigen tijdens de zwangerschap hebben overgedragen aan de gynaecoloog houden we rekening met vaste en variabele kosten. We gaan ervan uit dat bepaalde kosten in ieder geval gemaakt moeten worden ongeacht de tijd die de professional besteedt.



Figuur 21 Inschatting kosten per zwangere voor begeleiding van zwangerschap

Eerstelijns verloskundigen die vrouwen met obesitas (strategie C2) doorverwijzen doen dit veelal aan het begin van de zwangerschap. Voor deze vrouwen komen de gemiddelde kosten van de begeleiding van de zwangerschap op ongeveer € 1.100,-. Foetale groeivertraging (strategie A3) en hypertensie (strategie B3) zijn over het algemeen redenen voor overdracht halverwege de zwangerschap. Afwijkende ligging (strategie C4) en dreigende serotiniteit (strategie C5) zijn redenen voor een late overdracht. Voor vrouwen die zwanger zijn geworden door kunstmatige conceptie (strategie C1) en vanaf de start van de zwangerschap begeleid worden door de gynaecoloog of klinisch verloskundige liggen de gemiddelde kosten van de begeleiding rond € 1.100,-.

Huidige kosten begeleiding bevalling

We hanteren dezelfde systematiek bij de berekening van kosten voor de bevalling. De gemiddelde kosten van een bevalling thuis zijn € 600,- (zie Figuur 22). Deze kosten liggen

wederom iets hoger dan het tarief voor natale zorg omdat we gecorrigeerd hebben voor vrouwen die tijdens de baring overgedragen worden.

We schatten dat een volledige baring onder leiding van een gynaecoloog of klinisch verloskundige € 2.400,- kost zonder pijnstilling en € 2.700,- met pijnstilling (zie Figuur 22). Deze bedragen liggen hoger dan de gemiddelde verkoopprijs van € 2.100,- voor het DBC-zorgproduct 'Begeleiding van een spontane bevalling'. Dit is wederom het gevolg van een correctie voor de vrouwen waarvan maar een deel van de bevalling in de klinische setting plaatsvindt. De gemiddelde kosten voor een volledige begeleiding in de klinische setting zijn dus hoger dan de gemiddelde kosten van een vrouw die tijdens zwangerschap overgedragen wordt aan de gynaecoloog of klinisch verloskundige.

De gemiddelde kosten voor vrouwen die de eerstelijns verloskundige tijdens de baring overdraagt liggen dichterbij de kosten in de klinische setting dan in de eerstelijns setting (zie Figuur 22). Dit is het gevolg van de vaste kosten die in beide settings gemaakt moeten worden ongeacht de tijd die de vrouw er verblijft.



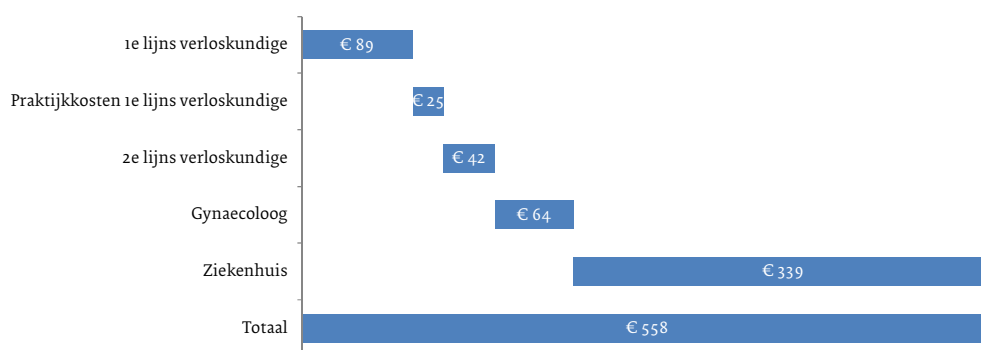
Figuur 22 Inschatting kosten per zwangere voor begeleiding van bevalling

Eerstelijns verloskundigen die vrouwen met langdurig gebroken vliezen (strategie B5) overdragen doen dit aan het begin van de baring. Voor deze vrouwen komen de gemiddelde kosten van de begeleiding van de baring op ongeveer € 2.250,-. Meconiumhoudend vruchtwater (strategie B6) en pijnstilling (strategie C3) zijn redenen van overdracht die meestal ongeveer halverwege de baring plaatsvinden.

7.3 TOTALE VERLOSKUNDIGE ZORGCOSTEN REFERENTIEVARIANT

Uitgaande van de huidige cliëntstromen tijdens zwangerschap en geboorte en de kosten voor de verschillende subgroepen vrouwen, liggen de totale kosten van zwangerschap en baring in onze referentievariant op bijna € 560 miljoen (zie Figuur 23). De kosten voor kraamzorg en kindergeneeskunde zijn hier niet in meegenomen omdat deze cliëntstromen vanuit de gegevens van PRN onvoldoende in kaart gebracht konden worden.

Het grootste deel van deze kosten maken vrouwen in het ziekenhuis, € 345 miljoen. Dit betreft de ziekenhuiskosten exclusief de personeelskosten voor klinisch verloskundigen en gynaecologen. Deze zijn apart weergegeven. Na de ziekenhuiskosten vormen de kosten voor de eerstelijns verloskunde de grootste kostenpost (zie Figuur 23).



Figuur 23 Totale kosten geboortezorg referentievariant in miljoenen euro's

Ter vergelijking, de marktscan 'Zorg rondom zwangerschap en geboorte' van de NZa geeft aan dat de kosten voor eerstelijns verloskunde op ruim € 188 miljoen liggen⁸⁷. Dat is hoger dan de € 114 miljoen, de praktijkkosten en de kosten voor de eerstelijns verloskundige samen, waar de referentievariant vanuit gaat. Dit verschil is hoofdzakelijk verklaarbaar omdat:

- De referentievariant uitgaat van 152.000 bevallingen en niet van het totaal aantal bevallingen van 170.000 jaarlijks in Nederland.
- In de referentievariant geen kosten voor eerstelijns diagnostiek zijn opgenomen. Denk aan prenatale screening, aan NT-metingen of aan Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO).

De marktscan van de NZa publiceert daarnaast totale kosten in de klinische setting van € 578 miljoen. Dit ligt aanzienlijk hoger dan de € 445 miljoen waar de referentievariant vanuit gaat. Er zijn twee redenen die dit verschil verklaren:

⁸⁷ Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012. Nederlandse Zorgautoriteit, december 2012.

- De referentievariant gaat uit van 152.000 bevallingen en niet van het totaal aantal bevallingen van 170.000 jaarlijks in Nederland. Juist de gecompliceerde bevallingen die wij buiten beschouwing laten (vroeggeboortes, congenitale afwijkingen) zorgen voor hoge kosten in de klinische setting.
- De NZa neemt in haar marktscan alle diagnosecodes voor geboortezorg mee (alle diagnosecodes startend met V). Een voorbeeld van een dergelijke diagnosecode is V21 'Abortus, EUG, hyperemesis gravidarum, Mola en andere pathologie behorend bij de eerste 16 weken graviditeit'. Wij hebben alleen gerekend met het deel van deze diagnosecodes en daarbinnen de zorgproducten die relevant zijn voor een 'normale' zwangerschap en baring.

In 2010 waren er in Nederland 2.520 verloskundigen, waarvan 1.380 eerstelijns verloskundigen met een eigen praktijk en 640 klinisch verloskundigen⁸⁸, en 1.200 gynaecologen en gynaecologen in opleiding⁸⁹ werkzaam.

⁸⁸ Cijfers uit de registratie van verloskundige, NIVEL, 2010.

⁸⁹ De arbeidsmarkt voor gynaecologen in Nederland, NIVEL 2010

8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 CONCLUSIES

Op basis van voorliggende MKBA kunnen we concluderen dat het invoeren van één of meerdere beleidsvarianten aanzienlijke besparingen op kan leveren voor de maatschappij als geheel. Deze besparingen zijn voornamelijk het resultaat van uitgespaarde zorgkosten, die deels in de verloskundige zorg optreden en deels overige, niet in de verloskundige zorg, baten.

Er zijn aanzienlijke potentiële besparingen voor de maatschappij

De potentiële besparingen voor de maatschappij als gevolg van de beleidsvarianten liggen rond de € 10 en 15 miljoen per variant. Dit is per variant 2% tot 3% van de kosten voor de geboortezorg zoals bepaald voor de referentievariant.

Het doorrekenen van de beleidsvarianten in scenario's levert vooral een brede range op voor beleidsvariant A: van totaal -€ 1 tot 31 miljoen, omdat het hier preventieve strategieën betreft met een grotere onzekerheid over de impact van de strategie. Voor beleidsvariant B is het verschil tussen het saldo van kosten en baten voor het hoge ten opzichte van het lage scenario ruim € 6 miljoen en voor beleidsvariant C € 4 miljoen.

	Beleidsvariant A : Preventie		Beleidsvariant B: Samenwerken	Beleidsvariant C: Zorg op maat
	Verloskundige zorg	Gezondheids(zorg) baten	Verloskundige zorg	Verloskundige zorg
Scenario laag	-€24 miljoen	€ 23 miljoen	€ 11 miljoen	€ 12 miljoen
Scenario midden	-€ 20 miljoen	€ 31 miljoen ⁹⁰	€ 14 miljoen	€ 14 miljoen
Scenario hoog	-€ 15 miljoen	€ 46 miljoen	€ 17 miljoen	€ 16 miljoen

Tabel 8 Saldo kosten baten voor beleidsvarianten per scenario

De beleidsvarianten kunnen niet helemaal één op één bij elkaar opgeteld worden, omdat er dan kleine dubbelstellingen optreden. Toch kunnen we zeggen dat als alle beleidsvarianten ingevoerd worden er potentiële besparingen mogelijk zijn van € 30 tot 40 miljoen in het midden scenario. Dit is ruim 6% van de kosten voor geboortezorg zoals bepaald voor de

⁹⁰ De netto baten voor beleidsvariant A betreffen een conservatieve inschatting. De baten van strategie A3. Opsporing foetale groeivertraging binnen deze variant zijn namelijk lastig in geld uit te drukken.

referentievariant. Conservatieve schattingen leiden tot een totale mogelijke besparing van ongeveer € 20 miljoen (scenario laag) en optimistische schattingen tot mogelijke besparing van ongeveer € 65 miljoen (scenario hoog).

De potentiële besparingen liggen vooral in het ziekenhuis

De besparingen die optreden als gevolg van de invoering van de beleidsvarianten betreft grotendeels uitgespaarde zorgkosten. De impact van deze besparingen zal vooral merkbaar zijn voor het ziekenhuis: op de korte termijn voor de verloskunde en kindergeneeskunde, maar op de lange termijn ook voor andere medisch specialismen zoals interne geneeskunde.

	Beleidsvariant A		Beleidsvariant B	Beleidsvariant C
	Verloskundige zorg	Gezondheids(zorg) baten	Verloskundige zorg	Verloskundige zorg
Nederland	-	€ 23 miljoen	€ 1 miljoen	-
Ziekenhuis	-	€ 8 miljoen	€ 19 miljoen	€ 14 miljoen
Gynaecoloog	€ 4 miljoen	-	€ 7 miljoen	€ 3 miljoen
Klinisch vk⁹¹	€ 1 miljoen	-	€ 11 miljoen	€ 1 miljoen
1^e lijns verloskunde	- €15 miljoen	-	- € 24 miljoen	- € 4 miljoen
Kraamzorg	- €9 miljoen	-	-	- € 0,1 miljoen
Totaal	- € 20 miljoen	€ 31 miljoen	€ 14 miljoen	€ 14 miljoen

Tabel 9 Saldo kosten baten voor beleidsvarianten per belanghebbende voor midden scenario

Ook op gynaecologen en klinisch verloskundigen hebben de besparingen impact. Voor beleidsvarianten A en C betreft dit voornamelijk besparingen op zorg verleend door gynaecologen. Beleidsvariant B heeft voornamelijk impact op de zorg verleend door klinisch verloskundigen.

De beleidsvarianten vragen om een investering in de eerstelijns verloskunde en de kraamzorg. Enerzijds om meer begeleiding te waarborgen voor vrouwen met een specifieke zorgvraag zoals psychosociale en ggz problematiek, of om een grotere rol te spelen in de focus op leefstijl zelfs voor de conceptie. Anderzijds omdat de strategieën in varianten B en C trachten de huidige variatie in de zorgverlening, die onder- en overbehandeling suggereert, te verminderen. De strategieën hebben als doel de screening door de eerstelijns verloskundige

⁹¹ In de klinische setting heeft zich afgelopen jaren taakverschuiving voorgedaan. Deze verschuiving is gerealiseerd met meer klinisch verloskundigen. De klinisch verloskundigen hebben aantoonbare meerwaarde voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. De effecten van de reeds gerealiseerde taakverschuiving zijn niet volledig meegenomen in de beleidsvarianten van de MKBA.

te optimaliseren, zodat zij alleen als het nodig is, in geval van (te verwachten) complicaties, verwijst naar de gynaecoloog.

8.2 AANBEVELINGEN

Inzetten op alle drie de beleidsvarianten

De beleidsvarianten bevatten strategieën die elkaar niet uitsluiten. Met andere woorden: deze MKBA toetst geen beleidsmaatregelen ten opzichte van elkaar om de beste te selecteren. Alle drie de beleidsvarianten leiden tot positieve saldo's voor de maatschappij voor het midden scenario.

Beleidsvariant A 'Gezond ouder worden begint met goede start leven' is het meest risicovol omdat in het lage scenario de invoering van de strategieën kunnen leiden tot een negatief saldo van kosten en baten voor de maatschappij. Anderzijds leidt het hoge scenario tot verreweg de hoogste netto baten voor variant A. Dit is inherent aan preventieve strategieën: baten volgen de kosten pas na tientallen jaren en zijn daardoor onzekerder. Preventie vraagt dus investeringen ver voor de baten en is daarom niet onverdeeld populair. Intensieve inzet op een hoog risico groep vrouwen kan de kans op (lange termijn) baten verhogen .

Aandacht voor onder- en overbehandeling cliënt in integrale zorg

Verloskundig zorgverleners zijn de afgelopen jaren in toenemende mate gericht op het bieden van integrale zorg voor de zwangere. Op welke manier dit gebeurt verschilt per regio. De verschillen betreffen onder meer de zorgpaden en welke professional op welk moment de eerst verantwoordelijke zorgverlener is. Ook welke organisatievorm de veldpartijen in de regio kiezen om integrale zorg vorm te geven varieert.

Partijen kunnen strategieën, zoals beschreven in deze MKBA, verschillend vormgeven afhankelijk van de lokale context. Een belangrijk deel van de strategieën streeft naar het reduceren van geobserveerde variatie in zorgverlening en de daarmee mogelijk samenhangende onder- en overbehandeling. Op basis van de resultaten van deze MKBA en de gezamenlijke opgave tot uitgavenbeheersing bevelen wij aan om tijdens de verdere ontwikkeling van integrale geboortezorg aandacht te hebben voor de rol van de eerstelijns verloskunde en de kraamzorg in de keten.

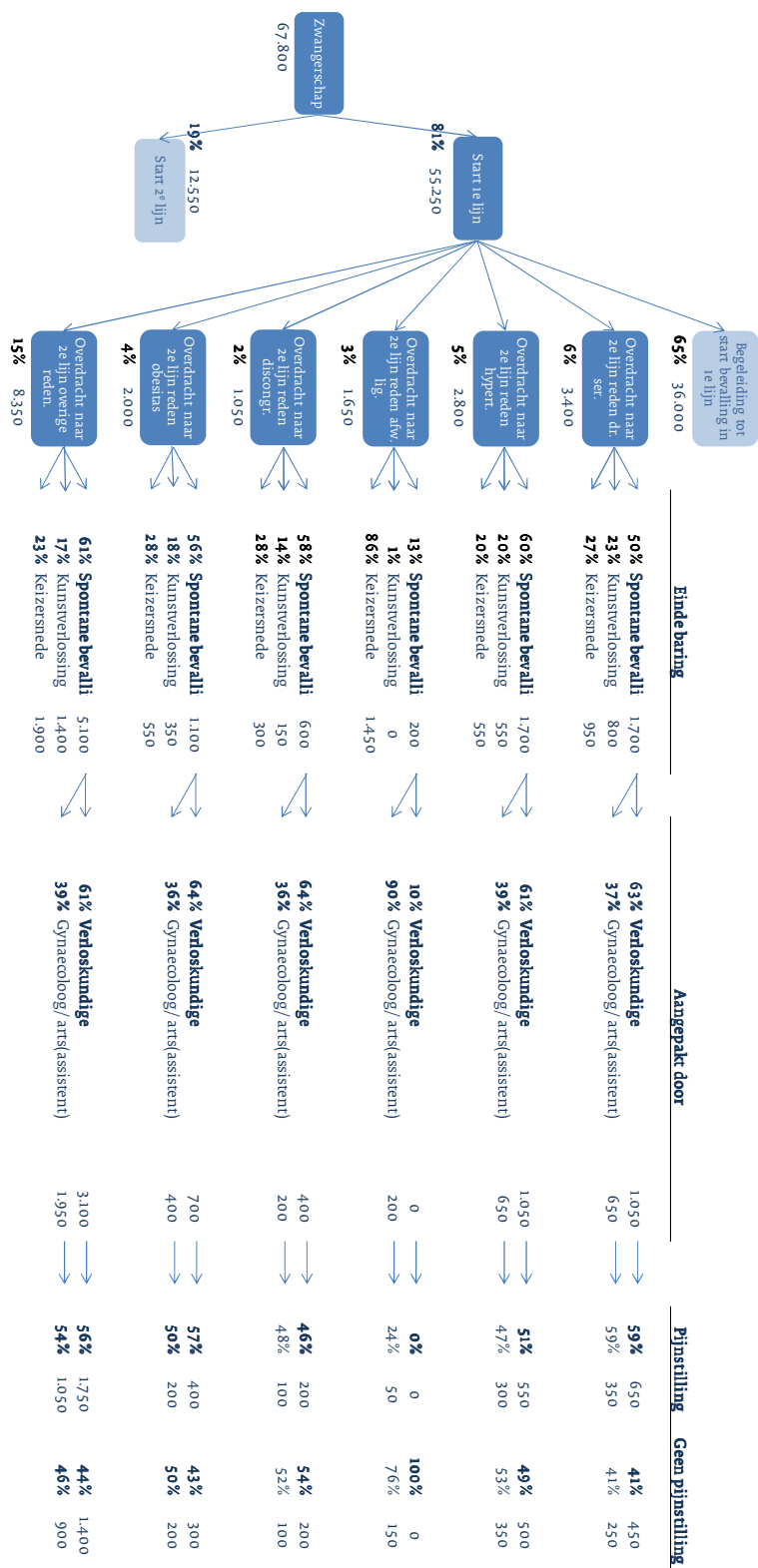
BIJLAGE TERMINOLOGIE

A terme:	De uitgerekende datum
Apgar-score:	Score van test waarmee een snelle indruk van de algemene toestand van een pasgeboren baby (neonaat) verkregen kan worden. De baby wordt beoordeeld op kleur, ademhaling, spierspanning, hartslag en reflexen
Conceptie:	De bevruchting van een eicel door een zaadcel
Congenitale afwijkingen:	Aangeboren of erfelijk afwijking
CTG:	Cardiotocografie; wordt toegepast om de hartfrequentie van de foetus en de samentrekkingen van de baarmoeder te controleren
DBC-zorgproduct:	Diagnosebehandelingscombinatie
Eclampsie:	Zwangerschapsvergiftiging
Epiduraal:	Ruggenprik
Foetus:	Het ongeboren kind
Foetale groeivertraging:	Groeiachterstand van het kind tijdens de zwangerschap (een te klein kind)
Graviditeit:	Zwangerschap
Hypertensie:	Hoge bloeddruk
Lactatie:	Borstvoeding
Maternaal:	Met betrekking tot het moederschap
Meconiumhoudend vruchtwater:	Vruchtwater waar de eerste ontlasting van het kind in aanwezig is
Mola zwangerschap:	Een niet goed aangelegde zwangerschap. De moederkoek wordt wel gevormd, er is alleen geen embryo aanwezig
Multi parae:	Vrouw die bevalt van de 2de (of meer) kind
NT-metingen:	Nekplooiemeting; onderzoek naar dikte van de nekplooi van het ongeboren kind
Ontsluiting:	Fase tijdens een bevalling waarin de baarmoedermond opengaat
Para:	Het aantal keren dat de vrouw al eerder is bevallen
Partus:	Bevalling

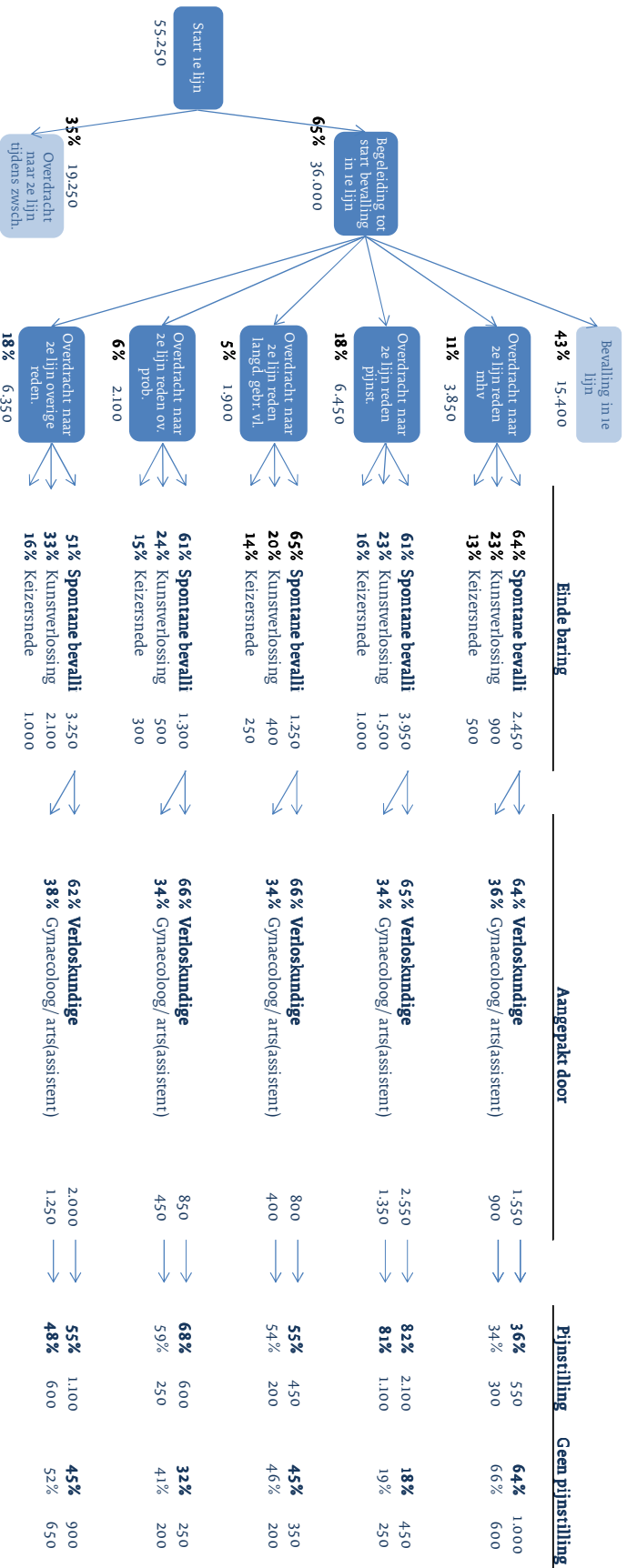
Perinataal:	Rond de geboorte; de periode van de 22ste zwangerschapsweek tot de 7de dag na de geboorte
Post partum:	Na de bevalling
Preconceptiezorg:	Het geheel van maatregelen ter bevordering van de gezondheidstoestand van de zwangere en haar kind, dat start voor de conceptie
Prenataal:	Voor de geboorte
Primi parae:	Vrouw die bevalt van de 1 ^e kind
Remifentanyl:	Pijnstilling door middel van een infuus. De zwangere kan zelf bepalen hoeveel er toegediend wordt met een pompje
Sectio in anamnese:	Keizersnede in de medische voorgeschiedenis
SEO:	Structureel echoscopisch onderzoek
Serotiniteit:	Overtijd raken, een zwangerschap langer dan 42 weken
TENS:	Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie; pijnstilling met behulp van zwakke elektrische stroompjes
Uitwendige versie:	Aan de buitenkant van de buik wordt geprobeerd de baby in een meer gunstige positie te draaien
VIL:	Verloskundige Indicatielijst; de landelijke basis voor samenwerkingsafspraken in de verloskundige keten
Vroeggeboorte:	Geboorte van het kind binnen 37 weken na bevruchting
Zwangerschapsdiabetes:	Het optreden of verergeren van suikerziekte tijdens de zwangerschap

BIJLAGE REFERENTIEVARIANT (DATA VAN 2009 T/M 2013)

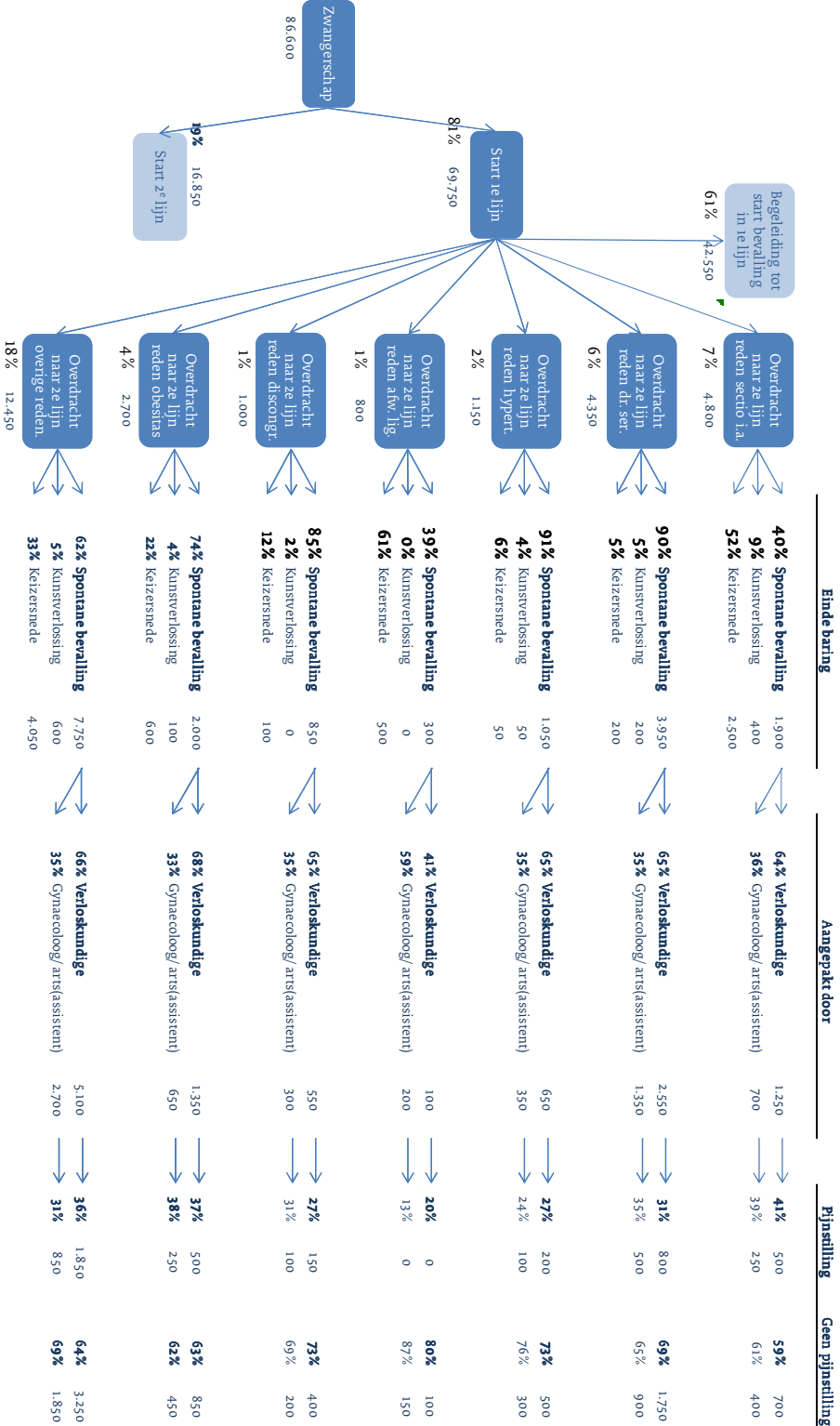
OVERDRACHTSREDEKENEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP: PRIMAI



OVERDRACHTSREDEBENEN TIJDENS DE BEVALLING: PRIMI



OVERDRACHTSREDENEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP: MULTI



BIJLAGE KOSTEN STRATEGIEËN

Beleidsvariant A	Kosten per vrouw (euro)	Aantal vrouwen	Totale kosten (miljoen)
A1. Focus op leefstijl			
Voorlichting middelbare scholen	€ 1	154.400	€ 0,2
Centering pregnancy	€ 100	154.400	€ 17,2
Extra begeleiding postnataal	€ 50	154.400	€ 7,0
A2. Focus op psychosociale en ggz problematiek			
Casemanager	€ 50	154.400	€ 4,3
Implementatie en gebruik screening	€ 10	154.400	€ 1,6
Extra aandacht bij mild tot matige psychische klachten	€ 150	7.700	€ 1,1
A3. Opsporen foetale groeivertraging			
Training en gebruik opsporingstechniek	€ 5	154.400	€ 0,6
Groeiecho	€ 200	16.500	€ 3,1
Extra doorverwijzingen	€ 2.550	800	€ 2,1
A4. Bevordering geven van borstvoeding			
Voorlichtingsavonden	€ 5	154.400	€ 0,9
Toegang tot lactatiedeskundige	€ 10	154.400	€ 1,8

Beleidsvariant B	Kosten per vrouw (euro)	Aantal vrouwen	Totale kosten (miljoen)
B1. Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking			
Regelmatig MDO over medium care cliënten	€ 1	154.400	€ 0,1
ICT investeringen in elektronisch dossier	€ 1	154.400	€ 0,0
Ontwikkelen van gezamenlijke zorgpaden	€ 1	154.400	€ 0,1
B2. Continue begeleiding van zwangere			
Casemanager	€ 50	154.400	€ 4,3
Continue begeleiding vanaf 3-4 centimeter	€ 100	154.400	€ 12,3
B3. Opsporen hypertensie			
Implementatie protocollen hypertensie	€ 10	154.400	€ 1,4
B4. Klinisch verloskundige bevordert fysiologie in ziekenhuis			
Extra tijd klinisch verloskundige	€ 50	41.750	€ 1,8
B5. Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen			
Begeleiding baring in 1e lijn vanaf bijna onmiddellijke overdracht	€ 100	2.850	€ 0,3
Extra huisbezoek	€ 50	2.850	€ 0,1
Echo in 1e lijn	€ 50	2.850	€ 0,1
Alsnog overgedragen vrouwen: begeleiding baring in 2e lijn vanaf bijna onmiddellijke overdracht	€ 650	1.850	€ 1,2
B6. Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater			
Zwaardere' begeleiding baring in 1e lijn vanaf halverwege baring	€ 50	6.750	€ 0,4
Continu CTG	€ 5	6.750	€ 0,0
Alsnog overgedragen vrouwen: begeleiding baring in 2e lijn vanaf halverwege baring	€ 650	4.250	€ 2,7

Beleidsvariant C	Kosten per vrouw (euro)	Aantal vrouwen	Totale kosten
C1. Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie			
Extra consult	€ 100	2.800	€ 0,3
Extra echo in 1e lijn	€ 50	2.800	€ 0,1
Harmoniseren informatie	€ 1	154.400	€ 0,0
C2. Begeleiding zwangere met obesitas			
Uitvoeren 4 groei-echo's	€ 150	1.250	€ 0,2
Glucosemetingen	€ 1	1.250	€ 0,0
C3. Voorbereiding zwangere op en behandeling van pijn tijdens de bevalling			
Gezamenlijke voorlichting	€ 20	154.400	€ 3,0
Extra begeleiding voor angstige zwangere	€ 2	154.400	€ 0,3
Kosten pijnstilling in de 1e lijn	€ 300	2.450	€ 0,7
Vervroegde partusassistentie	€ 50	2.450	€ 0,1
C4. Versie en spontane bevalling bij stuitligging			
Uitwendige versie	€ 100	2.450	€ 0,3
Harmoniseren informatie	€ 1	154.400	€ 0,0
C5. Begeleiding zwangere in week 41-42			
Consult in 1e lijn met echo en CTG	€ 50	7.750	€ 0,3

BIJLAGE BATEN STRATEGIEËN

Beleidsvariant A	Baten per vrouw – verloskundige zorg (euro)	Baten per vrouw – gezondheids(zorg) baten (euro)	Aantal vrouwen	Totale baten (miljoen)
A1. Focus op leefstijl				
Minder reguliere consulten	€ 50		154.400	€ 8,6
Minder consulten kinderarts	€ 15		7.700	€ 0,1
Minder laag geboortegewicht	€ 1.150		9.250	€ 10,6
Minder zwangerschapsdiabetes	€ 10		3.850	€ 0,1
Minder werkuitval partners		€ 2.100	3.850	€ 8,1
Minder consulten huisarts		€ 100	3.850	€ 0,3
Minder obesitas moeders		€ 1	154.400	€ 0,1
Baten door minder rokende moeders		€ 1	154.400	€ 0,2
A2. Focus op psychosociale en ggz problematiek				
Minder postnatale depressie		€ 100	15.450	€ 1,6
Minder vroeggeboortes	€ 2		15.450	€ 0,0
Minder laag geboortegewicht	€ 700		950	€ 0,6
Minder lichte psychosociale problematiek		€ 35	15450	€ 11,9
A3. Opsporen foetale groeivertraging				
Minder perinatale sterfte	-		-	-
A4. Bevordering geven van borstvoeding				
Minder zorgkosten in rest van leven en winst Qaly's		€ 50	154.400	€ 8,4
Baten van borstvoeding		€ 5	154.400	€ 0,8

Geraadpleegde literatuur:

- NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (Tweede herziening). Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma Tj, Goudswaard AN, Van Asselt KM..
- NVOG richtlijn zwangerschapscomplicaties, 2009.
- Maatschappelijke businesscase geboortezorg: Doelmatige geboortezorg kan, juni 2014
- Briese, et al. (2011). Risks of pregnancy and birth in obese primiparous women: an analysis of German perinatal statistics. Archives of Gynaecology and Obstetrics, 283:2, 249-253.
- KvZ-Notitie 2012-2: Zorgkosten van ongezond gedrag
- Engels E, Haspels AA. (2003). Een behandeling van postpartumdepressie (PDD). Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde; 29(9): 244-249
- Investeren in opvoeden en opgroeien loont!, JGZ, 2013.
- NVOG richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie, 2012.
- F. Büchner, J. Hoekstra, C. Van Rossum (2006). Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies. RIVM report 350040002

Geraadpleegde sites:

- <http://www.centeringhealthcare.nl/>
- <http://www.mijnkinderarts.nl/ziekten/pasgeborene-ziekte-van/laag-geboortegewicht-dysmaturiteit.htm>
- <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/zwangerschap/87666-gevolgen-van-vroeggeboorte-en-een-te-laag-geboortegewicht.html>
- <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/borstvoeding/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-borstvoeding/>

Beleidsvariant B	Baten per vrouw (euro)	Aantal vrouwen	Totale baten (miljoen)
B1. Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking			
Minder medische fouten door goede communicatie	€ 5	154.400	€ 0,9
B2. Continue begeleiding van zwangere			
Minder pijnbestrijding	€ 2.450	2.450	€ 6,0
Kortere bevalling	€ 100	154.400	€ 13,3
B3. Opsporen hypertensie			
Minder doorverwijzingen door uniform meten en volgen protocollen	€ 2.350	1.050	€ 2,4
B4. Klinisch verloskundige bevordert fysiologie in ziekenhuis			
Minder interventies	€ 50	42.850	€ 1,4
Begeleiding van zwangerschap door klinisch verloskundige ipv gynaecoloog	€ 50	42.850	€ 2,8
B5. Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen			
Minder begeleiding en bevallingen in de 2e lijn	€ 250	2.850	€ 3,0
Geen CTG en kweek in 2e lijn	€ 150	2.850	€ 0,5
Minder opnames kind	€ 400	2.850	€ 1,1
Besparing consult kinderarts	€ 200	2.850	€ 0,6
B6. Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater			
Minder begeleiding en bevallingen in de 2e lijn	€ 2.050	2.500	€ 5,2
Minder postpartum begeleiding door verloskundige	€ 20	6.700	€ 0,1
Besparing consult kinderarts	€ 200	6.700	€ 1,3

Geraadpleegde literatuur:

- Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO Instituut en NIVEL, 2007.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2012). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10.
- Wiegers and Hukkelhoven (2010). The role of hospital midwives in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth, 10:80.
- Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady V, Varatharaju B. (2006). Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
- Greenwood C, et al. (2003). Meconium passed in labor: how reassuring is clear amniotic fluid? Obstet Gynecol
- Factsheet Meconiumhoudend vruchtwater, KNOV, oktober 2012

Beleidsvariant C	Baten per vrouw (euro)	Aantal vrouwen	Totale baten (miljoen)
C1. Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie			
Minder begeleiding en bevallingen in de 2e lijn	€ 2.500	850	€ 2,2
C2. Begeleiding zwangere met obesitas			
Minder begeleiding en bevallingen in de 2e lijn	€ 2.550	1.250	€ 3,2
Geen groeiecho meer in 2e lijn	€ 250	4.700	€ 1,1
Geen glucosemeting in 2e lijn	€ 1	4.700	€ 0,0
C3. Voorbereiding zwangere op en behandeling van pijn tijdens de bevalling			
Minder begeleiding en bevallingen in de 2e lijn	€ 2.450	2.450	€ 6,0
Door minder kans op koorts, minder consulten kinderarts	€ 5	2.450	€ 0,0
Door minder kans op koorts, minder opnames kind	€ 25	2.450	€ 0,1
Kortere bevalling	€ 50	2.450	€ 0,1
C4. Versie en spontane bevalling bij stuitligging			
Minder bevallingen in de 2e lijn	€ 2.000	450	€ 0,9
Minder begeleiding van een baring stuitligging	€ 2.350	450	€ 1,1
Uitgespaarde sectio's in anamnese	€ 5.000	350	€ 1,7
C5. Begeleiding zwangere in week 41-42			
Minder begeleiding en bevallingen in de 2e lijn	€ 2.250	850	€ 1,9
Geen CTG in 2e lijn	€ 100	7.750	€ 1,0
Geen echoconsult in 2e lijn	€ 10	7.750	€ 0,1

Geraadpleegde literatuur:

- Briese, et al. (2011). Risks of pregnancy and birth in obese primiparous women: an analysis of German perinatal statistics. Archives of Gynaecology and Obstetrics, 283:2, 249-253.
- KNOV standpunt voorlichting over pijn en pijnbehandeling tijdens de baring, juni 2013
- Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling, NVOG, NVA, 2008.
- Dierx M., et al. (2004). Poging tot uitwendige versie bij stuitligging. Amsterdam: Verloskunde Academie Amsterdam

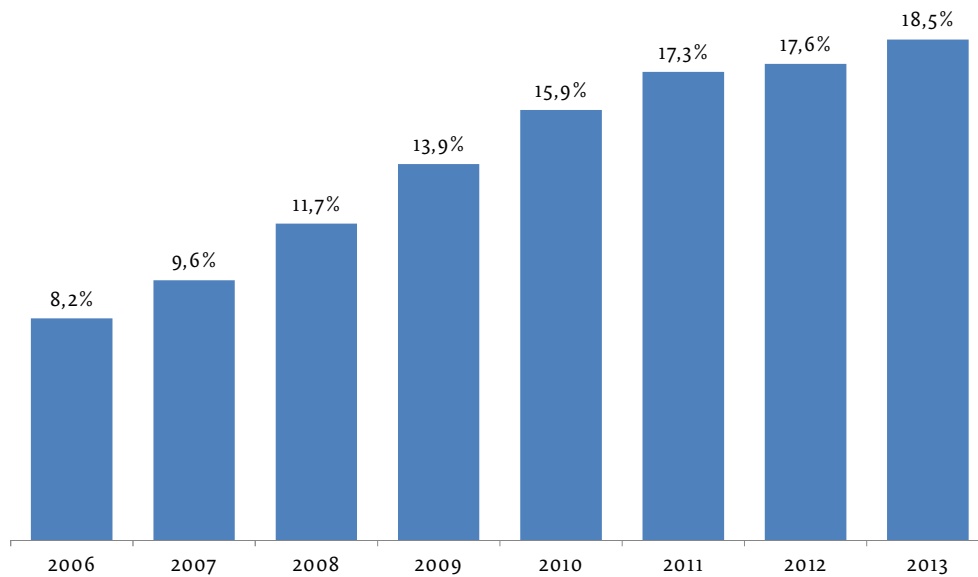
BIJLAGE SALDO EN BATEN PER SCENARIO

Beleidsvariant A	Saldo			Baten		
	Laag scenario	Midden scenario	Hoog scenario	Laag scenario	Midden scenario	Hoog scenario
A1. Focus op leefstijl						
- totaal	€ -1,9	€ 3,7	€ 9,2	€ 22,5	€ 28,1	€ 33,6
- verloskundige zorg	€ -8,8	€ -4,9	€ -1,1	€ 6,9	€ 19,5	€ 10,3
- gezondheids(zorg) baten	€ 6,9	€ 8,6	€ 10,3	€ 15,6	€ 8,6	€ 23,3
A2. Focus op psychosociale en ggz problematiek - totaal	€ 5,7	€ 7,3	€ 8,8	€ 12,7	€ 14,2	€ 15,8
- verloskundige zorg	€ -6,4	€ -6,3	€ -6,2	€ 12,1	€ 0,7	€ 15,0
- gezondheids(zorg) baten	€ 12,1	€ 13,6	€ 15,0	€ 0,6	€ 13,6	€ 0,8
A3. Opsporen foetale groeivertraging – verloskundige zorg	PM -€5,8	PM -€5,8	PM -€5,8	PM	PM	PM
A4. Bevordering geven van borstvoeding - totaal	€ 1,2	€ 6,4	€ 19,3	€ 3,9	€ 9,1	€ 22,0
- verloskundige zorg	€ -2,7	€ -2,7	€ -2,7	€ 0,0	€ 0,0	€ 0,0
- gezondheids(zorg) baten	€ 3,9	€ 9,1	€ 22,0	€ 3,9	€ 9,1	€ 22,0
Totaal	€ -0,7	€ 11,6	€ 31,5	€ 39,1	€ 51,5	€ 71,4

Beleidsvariant B	Saldo			Baten		
	Laag scenario	Midden scenario	Hoog scenario	Laag scenario	Midden scenario	Hoog scenario
B1. Gestructureerde en goed aansluitende samenwerking	€ 0,4	€ 0,7	€ 1,0	€ 0,6	€ 0,9	€ 1,1
B2. Continue begeleiding van zwangere	€ 1,8	€ 2,8	€ 3,7	€ 18,4	€ 19,3	€ 20,2
B3. Opsporen hypertensie	€ 0,6	€ 1,0	€ 1,4	€ 2,0	€ 2,4	€ 2,9
B4. Klinisch verloskundige bevordert fysiologie in ziekenhuis	€ 2,1	€ 2,1	€ 2,1	€ 4,1	€ 4,1	€ 4,1
B5. Begeleiding bevalling bij langdurig gebroken vliezen	€ 2,9	€ 3,5	€ 4,1	€ 4,7	€ 5,2	€ 5,7
B6. Begeleiding bevalling bij licht meconiumhoudend vruchtwater	€ 2,6	€ 3,5	€ 4,4	€ 5,9	€ 6,6	€ 7,3
Totaal	€ 10,5	€ 13,7	€ 16,8	€ 35,7	€ 38,5	€ 41,3

Beleidsvariant C	Saldo			Baten		
	Laag scenario	Midden scenario	Hoog scenario	Laag scenario	Midden scenario	Hoog scenario
C1. Begeleiding zwangerschap kunstmatige conceptie	€ 1,5	€ 1,8	€ 2,1	€ 1,9	€ 2,2	€ 2,5
C2. Begeleiding zwangere met obesitas	€ 3,6	€ 4,1	€ 4,6	€ 3,7	€ 4,3	€ 4,8
C3. Voorbereiding zwangere op en behandeling van pijn tijdens de bevalling	€ 1,3	€ 2,0	€ 2,7	€ 5,2	€ 6,2	€ 7,2
C4. Versie en spontane bevalling bij stuitligging	€ 3,4	€ 3,4	€ 3,4	€ 3,7	€ 3,7	€ 3,7
C5. Begeleiding zwangere in week 41-42	€ 2,3	€ 2,6	€ 2,9	€ 2,6	€ 2,9	€ 3,2
Totaal	€ 12,1	€ 13,9	€ 15,8	€ 17,1	€ 19,3	€ 21,5

BIJLAGE TOENAME IN EPIDURALE ANALGESIE BIJ ONTSLUITING



Figuur 24 Percentage zwangere met epidurale analgesie bij ontsluiting (op basis van LVR2 informatie)⁹²

⁹² Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland. Jaarboeken 2006 - 2013