

A stylized sun with a teal circular center and two concentric white borders. The sun is surrounded by numerous orange rays of varying lengths. The background is a solid light orange color.

10

Samenvatting

Samenvatting

Hoofdstuk 1 | Introductie

Internationaal is er grote variatie in het aantal medische ingrepen dat tijdens de bevalling wordt uitgevoerd. Er zijn aanwijzingen dat ook in Nederland grote variatie bestaat in het aantal medische ingrepen in de verloskundige zorg. Medische ingrepen kunnen noodzakelijk zijn om perinatale morbiditeit en mortaliteit te voorkomen en een bepaalde mate van variatie in het gebruik van ingrepen is te verwachten, aangezien de zorg wordt afgestemd op de medische conditie en de voorkeuren van de cliënt. Praktijkvariatie kan echter ook wijzen op ongewenste verschillen in zorg, die kunnen leiden tot schade, ongelijkheid in zorgkwaliteit en hoge kosten.

Praktijkvariatie kan worden verklaard aan de hand van een sociologisch model dat factoren beschrijft die op verschillende niveaus praktijkvariatie kunnen beïnvloeden: het macro-, meso- en microniveau. In dit proefschrift richten we ons op mechanismen binnen de verloskundige zorg op meso- en microniveau die praktijkvariatie kunnen verklaren.

Het mesoniveau betreft de regionale samenwerking binnen Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). In een VSV zijn eerstelijnsverloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen en andere disciplines zoals kinderartsen en kraamverzorgenden gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geboortezorg in een bepaalde regio. Samenwerking binnen VSV's kan uitdagend zijn, omdat zorgverleners met verschillende expertises en opvattingen tot overeenstemming moeten komen over het regionale beleid en aanbevelingen in regionale protocollen.

Het microniveau gaat over de interactie tussen de cliënt en de zorgverlener, waarbij beleidskeuzes over het gebruik van medische interventies gemaakt worden met behulp van gezamenlijke besluitvorming. Deze besluitvorming blijkt te worden beïnvloed door de houding van de zorgverlener. Op basis van eerder onderzoek zijn er aanwijzingen dat verloskundigen medische ingrepen verschillend toepassen en we willen onderzoeken wat de oorzaken van deze variatie zijn. Daarom is het algemene doel van dit proefschrift om meer inzicht te krijgen in hoe persoonlijke en professionele factoren van verloskundigen de besluitvorming over het toepassen van medische ingrepen in de verloskundige zorg beïnvloeden. Deze kennis kan bijdragen aan het verminderen van ongewenste praktijkvariatie binnen de verloskundige zorg.

Hoofdstuk 2

Dit hoofdstuk beschrijft een registratiestudie met als doel de verschillen in medische ingrepen tijdens de bevalling in ziekenhuizen te onderzoeken. Daarnaast hebben we onderzoek gedaan naar associaties tussen verschillende medische ingrepen en tussen ingrepen en nadelige uitkomsten, waarbij rekening werd gehouden met verschillen in kenmerken van vrouwen.

Voor deze studie hebben we de gegevens uit het Nederlandse perinatale register Perined van 2010 tot en met 2013, met daarin alle eenlinggeboorten vanaf 37 weken zwangerschap geanalyseerd. We hebben de volgende medische ingrepen onderzocht: inleiding van de bevalling, bijstimulatie, pijnbestrijding, vaginale kunstverlossing, keizersnede en betrokkenheid van een kinderarts na de geboorte. We vergeleken de twaalf provincies van Nederland en hebben daarbij rekening gehouden met maternale kenmerken zoals leeftijd, pariteit, etniciteit, sociaaleconomische status en mate van verstedelijking.

We vonden de grootste verschillen in medische ingrepen bij het type pijnbestrijding en bij de betrokkenheid van een kinderarts binnen 24 uur na de geboorte, gevolgd door bijstimulatie na een spontane start van de bevalling. Er was minder variatie in het inleiden van de bevalling en geplande keizersnedes, en de minste variatie zagen we in het aantal instrumentele vaginale bevallingen en keizersnedes tijdens de bevalling. In regio's waar meer medische ingrepen tijdens de bevalling werden uitgevoerd, gebeurde dit zowel bij vrouwen die aan het begin van de bevalling bij de eigen verloskundige (in de eerste lijn) of in het ziekenhuis (in de tweede lijn) onder zorg waren. Een hoger of lager percentage medische ingrepen leidde niet tot verschillen in ongunstige uitkomsten voor moeder en kind.

Op basis van deze studie kunnen we concluderen dat het belangrijk is regionale verschillen in medische ingrepen tijdens de bevalling kritisch te evalueren. Grote verschillen kunnen een aanwijzing zijn voor onnodige ingrepen, mogelijk deels veroorzaakt door onvoldoende opvolgen van nationale richtlijnen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op variaties in wetenschappelijk onderbouwde ingrepen en indicaties voor het gebruik van medische ingrepen tijdens de bevalling.

Hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk beschrijven we de landelijke retrospectieve cohortstudie waarmee we variaties hebben onderzocht in verloskundig medische ingrepen die worden gebruikt in zowel verloskundige (eerstelijns) als obstetrische (tweedelijns) zorg. Er is gekeken naar ingrepen zoals episiotomie, toediening van oxytocine, verschil in verwijzingspercentages en de plaats van bevalling. We analyseerden de verschillen in medische ingrepen tussen de twaalf Nederlandse provincies met behulp van de gegevens uit het Nederlandse dataregister Perined. De gegevens van 614.730 eenlinggeboorten na 37 weken zwangerschap (2010-2013) werden gebruikt voor analyse. Voor maternale kenmerken is gecorrigeerd met multivariabele logistische regressie.

We vonden grote verschillen voor het percentage verwijzingen tijdens de bevalling. Bij vrouwen die voor het eerst bevielen varieerde dit tussen 55 en 68% en bij vrouwen die al eerder waren bevallen tussen 20 en 32%. In de regio's waar vaker werd overgedragen tijdens de bevalling was er ook

vaker meer dan een liter bloedverlies. We zagen ook veel variatie voor het percentage episiotomie en de toediening van oxytocine na de bevalling. Opvallend was dat in de regio's met een hoger percentage thuisbevallingen minder vaak een episiotomie werd geplaatst en minder vaak oxytocine postpartum werd toegediend.

Er bleek sprake van een noord-zuidverdeling in Nederland: noordelijke provincies hadden een hoger percentage thuisbevallingen en een lager percentage medische ingrepen (episiotomie en oxytocinegebruik postpartum) dan zuidelijke provincies. De variatie in medische ingrepen waren onafhankelijk van maternale kenmerken, wat suggereert dat verschillen in zorgverlenerspraktijk en houding van zorgverleners een rol spelen.

Deze studie laat zien dat er onderzoek gedaan moet worden naar de rol van de zorgverlener in de besluitvorming over het gebruik van medische ingrepen. Daarnaast moet er bewustwording komen bij beleidsmakers en zorgprofessionals over ongewenste praktijkvariatie in geboortezorg.

Hoofdstuk 4

In deze beschrijvende, kwalitatieve studie hebben we met behulp van diepte-interviews onderzocht welke ervaringen, overtuigingen en waarden de houding van verloskundigen ten aanzien van medische ingrepen in de verloskunde beïnvloeden. We voerden twintig interviews uit in juni 2019 en analyseerden de gegevens met behulp van inductieve analyse.

We vonden twee hoofdthema's: (1) houdingen ten opzichte van medische ingrepen en (2) invloeden op de houding van verloskundigen. In ons onderzoek beschreven verloskundigen hun houding ten opzichte van medische ingrepen als gericht op afwachten en observeren of gericht op controleren en beheersen. Verloskundigen die zorg verleende vanuit de afwachtende en observerende houding toonde meer ondersteunend gedrag, waarbij ze vrouwen zoveel mogelijk ondersteunden om autonome keuzes te maken. Verloskundigen die zorg verleenden vanuit een controlerende houding lieten meer sturend gedrag zien, waarbij ze de zwangerschap en bevalling meer controleren door aanvullende onderzoeken. Drie factoren bleken van invloed op de houding van verloskundigen: (1) samenwerking met andere zorgverleners, (2) vertrouwen en angst in het proces van zwangerschap en bevalling, en (3) opvattingen over vrouwgerichte zorg.

Alle verloskundigen in dit onderzoek waren van mening dat zwangerschap en bevalling fysiologische processen zijn en hebben de intentie om alleen medische ingrepen te doen indien nodig. Verloskundigen met een meer afwachtende houding leken meer terughoudend te zijn met het toepassen van medische ingrepen dan verloskundigen met een meer controlegerichte houding. Het is belangrijk dat verloskundigen zich bewust zijn van hoe hun ervaringen, overtuigingen en waarden hun houding ten opzichte van

medische ingrepen beïnvloeden. Dit bewustzijn kan een eerste stap zijn in het verminderen van onnodige ingrepen in de verloskunde.

Hoofdstuk 5

Deze studie evalueert hoe kennis en vaardigheden de klinische besluitvorming van verloskundigen beïnvloed met betrekking tot het gebruik van medische ingrepen in de verloskunde. De gegevens voor deze studie werden verkregen uit interviews met twintig eerstelijns verloskundigen in juni 2019. De verloskundigen verschilden in het aantal jaren werkervaring en in de mate waarin ze medische ingrepen toepasten. De interviews hadden een narratieve benadering en we analyseerden de gegevens met behulp van deductieve analyse.

Wij vonden dat kennis, communicatieve vaardigheden en kritisch denkvermogen invloed hebben op de klinische besluitvorming van verloskundigen ten aanzien van gebruik van medische ingrepen. Verloskundigen verwierven hun kennis via de opleiding tot verloskundige en breidden deze verder uit door reflectie op ervaringen en wetenschappelijk onderzoek. Kritisch denkvermogen speelt een belangrijke rol bij het vinden van een balans in het gebruik van medische ingrepen. Verloskundigen die minder vaak ingrepen toepasten, leken een hoger niveau van reflectieve vaardigheden te hebben, waarbij ze continu evalueren of een ingreep noodzakelijk is. Deze verloskundigen hanteerden een meer gebalanceerde communicatiestijl, waarbij zowel instrumentele als affectieve communicatievaardigheden werden gebruikt in de interactie met vrouwen. Ze boden vrouwen verschillende opties aan, stimuleerden gezamenlijke besluitvorming en verkenden actief de voorkeuren van de vrouw. Daarnaast hadden ze meer vaardigheden om discussies met andere zorgprofessionals aan te gaan. Verloskundigen die vaker ingrepen toepasten, communiceerden meer sturend, waarbij ingrepen als standaardprocedure werden gepresenteerd in plaats van als optie. Verloskundigen met reflectieve vaardigheden, kritisch denkvermogen en de vaardigheid om beleidskeuzes bespreekbaar te maken, leken meer gepersonaliseerde beslissingen over ingrepen te nemen, in plaats van standaardprocedures te volgen.

Op basis van deze bevindingen concluderen we dat verloskundigen met de kennis en vaardigheden van een reflectieve professional meer gepersonaliseerde zorg in plaats van gestandaardiseerde zorg geven. Door reflectie te stimuleren en training te geven in communicatieve vaardigheden en kritisch denkvermogen, kan het gebruik van medische ingrepen beter worden afgestemd op de behoeften van de zwangere.

Hoofdstuk 6

In dit hoofdstuk beschreven we de systematische documentanalyse waarin we de variatie tussen regionale protocollen hebben geanalyseerd met betrekking tot aanbevelingen voor het inleiden van de bevalling. Daarnaast onderzochten

we in hoeverre de aanbevelingen uit nationale richtlijnen werden gebruikt in regionale protocollen en of er een verband is met de kwaliteit van de nationale richtlijnen. Het doel was om te onderzoeken hoe verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) nationale richtlijnen omzetten naar regionale protocollen en of variatie in deze protocollen kunnen bijdragen aan praktijkvariatie.

We hebben vier nationale richtlijnen vergeleken met achttien regionale protocollen uit zes verschillende VSV's. De READ-methode (*Ready materials, Extract data, Analyze, Distil*) werd gebruikt om de inhoud van de regionale protocollen te analyseren en het AGREE II-instrument werd gebruikt om de kwaliteit van de nationale richtlijnen te beoordelen. Aanvullend ontwikkelden we een analytisch kader om regionale protocollen te evalueren.

Onze analyse toonde grote variatie in de aanbevelingen van regionale protocollen, wat kan bijdragen aan de huidige praktijkvariatie in IOL in Nederland. Sommige VSV's volgden de aanbevelingen uit de nationale richtlijnen nauwgezet, terwijl andere VSV's hun eigen aanbevelingen formuleerden. In bepaalde regio's varieerde het per onderwerp of de aanbevelingen uit nationale richtlijnen werden gevolgd of eigen aanbevelingen werden geformuleerd. In VSV's met een hoog percentage IOL werden extra risicofactoren en strengere afkapwaardes toegevoegd als indicatie voor een inleiding. VSV's met een laag percentage IOL beschreven meer mogelijkheden om de bevalling binnen de eerstelijns zorg voort te zetten. Opvallend was dat in de protocollen van deze VSV's vaker expliciet aandacht werd besteed aan gedeelde besluitvorming en de voorkeuren van de zwangere vrouw.

Dit onderzoek laat zien dat de aanbevelingen uit nationale richtlijnen niet systematisch en willekeurig over worden genomen in regionale protocollen. Er lijkt behoefte aan sturing en ondersteuning voor zorgverleners om nationale richtlijnen op een systematische manier te vertalen naar regionale protocollen. Het is belangrijk dat in regionale protocollen contextuele factoren worden meegenomen en er ruimte blijft voor de voorkeuren van de vrouw om te voorkomen dat protocollen leiden tot overmatige standaardisatie en ingrepen.

Hoofdstuk 7

In deze validatiestudie hebben we onderzocht of de Birth Beliefs Scale (BBS) gebruikt kan worden om bevalovertuigingen te meten onder zorgprofessionals in de Nederlandse geboortezorg. De BBS blijkt een goed instrument om onderscheid te maken tussen bevallingsovertuigingen als een medisch proces (BBS-Med) en als een natuurlijk proces (BBS-Nat) bij zwangere vrouwen. De BBS bestaat uit twee meetschalen: vijf stellingen over de bevalling als een natuurlijk proces en zes stellingen over de bevalling als een medisch proces. Een hogere score duidt op sterkere overtuigingen over de bevalling als een natuurlijk of als een medisch proces.

Om de BBS te valideren voor verloskundig zorgverleners hebben we de (1) inhoudsvaliditeit, (2) interne validiteit en (3) discriminant validiteit getest. Om de inhoudsvaliditeit te testen, werd de BBS beoordeeld door een expertpanel. Stelling 6 werd aangepast voordat de vragenlijst werd verspreid. In totaal vulden 199 geboortezorgprofessionals de vragenlijst in, waaronder eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen en gynaecologen. De gegevensverzameling vond plaats tussen november 2022 en maart 2023.

De BBS bleek een goede interne betrouwbaarheid te hebben, wat betekent dat de BBS betrouwbaar een verschil in bevallingsovertuigingen tussen verloskundig zorgverleners meet. In ons onderzoek was de gemiddelde score met betrekking tot de overtuiging dat bevallen een medisch proces is 2,72 punten (op een 5-puntsschaal). Gynaecologen scoorden hoger (3,22) op de opvatting dat bevallen een medisch proces is dan klinisch verloskundigen (2,92) en eerstelijns verloskundigen (2,72). De gemiddelde score op de overtuiging dat bevallen een natuurlijk proces is, was 3,89, met een omgekeerd scoringspatroon. Eerstelijns verloskundigen hadden de hoogste scores (4,24), gevolgd door klinisch verloskundigen (3,94) en gynaecologen (3,21). De scores verschilden significant tussen alle disciplines op beiden meetschalen. Met regressieanalyse zagen we een effect van het type VSV en werkervaring op de overtuigingen dat bevallen een natuurlijk proces is.

Met deze studie laten we zien dat de bevallingsovertuigingen van verloskundig zorgverleners verschillen en kunnen worden onderzocht met behulp van de BBS. Het gebruik van de BBS kan verloskundig zorgverleners inzicht geven in hun bevalovertuigingen. Dit inzicht kan helpen tijdens gezamenlijke besluitvorming, waarbij een balans tussen professionele overtuigingen en cliëntvoorkeuren belangrijk is, en het risico op onterechte praktijkvariatie kan verminderen.

Hoofdstuk 8 | Discussie

Dit proefschrift biedt een overzicht van een aantal factoren die praktijkvariatie in de geboortezorg mede kunnen verklaren. Ons onderzoek naar de regionale variatie in medische ingrepen tijdens de bevalling geeft belangrijk inzicht over praktijkvariatie in Nederland en de andere studies genereren verdere kennis over hoe persoonlijke en professionele factoren besluitvorming van verloskundigen beïnvloedt over het gebruik van interventies. Met behulp van het sociologische model van praktijkvariatie en het kader van Sutherland en Levesque, welke gebruikt kan worden om te beoordelen of er sprake is van ongewenste variatie, hebben we op onze bevindingen gereflecteerd.

Nationale richtlijnen en regionale protocollen bieden een kans om medisch beleid gedetailleerd en wetenschappelijk onderbouwd te beschrijven, maar kunnen ook leiden tot ongewenste standaardisering van zorg. Te veel standaardisatie in regionale protocollen kan de ruimte voor cliëntvoorkeuren en andere contextuele factoren verkleinen. Wanneer deze protocollen strikt

gevolgd worden, is het moeilijker om zorg te personaliseren en wordt de kans op ongewenste praktijkvariatie groter. Zorgprofessionals moeten worden geschoold in de verschillen tussen nationale richtlijnen en regionale protocollen en inzicht krijgen in de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen.

Het is belangrijk te erkennen dat verloskundigen verschillen in houding, kennis en vaardigheden en dat deze persoonlijke factoren ook invloed hebben op het doen van medische ingrepen. Daarbij worden zij beïnvloed door de cultuur binnen samenwerkingen, zoals het VSV. Uit ons onderzoek blijkt dat er meer aandacht zou moeten zijn voor de rol van verloskundigen als reflectieve professionals. Meer focus op vaardigheden als reflectief zorgverlener kan bijdragen aan een meer gepersonaliseerde benadering van de besluitvorming over verloskundige ingrepen. Verloskundigen kunnen deze vaardigheden ook inzetten binnen VSV's voor de bevordering van effectieve interdisciplinaire samenwerking en de ontwikkeling van regionale protocollen. Gecombineerd met ondersteuning in het opstellen van regionale protocollen gebaseerd op nationale richtlijnen, zorgt dit tot een genuanceerdere aanpak die rekening houdt met cliëntvoorkeuren, onzekerheden adresseert en uiteindelijk ongewenste ingrepen vermindert.

Om de vaardigheden van een reflectieve professional te ontwikkelen, moeten verloskundigen nadenken over hun klinische besluitvorming en in hoeverre deze wordt beïnvloed door persoonlijke waarden en overtuigingen. Reflectiemodellen en intervisiebijeenkomsten met collega's kunnen hen helpen om hun eigen beleidsvoering beter te begrijpen, hun ervaringen te verwerken en patronen in hun handelen te herkennen.

