

Risicozwangerschap door maagverkleining

Obesitas (BMI \geq 30 kg/m²) is wereldwijd een grote bedreiging voor de volksgezondheid en heeft een negatieve invloed op vrijwel alle orgaansystemen. Obesitas in de zwangerschap is een risicofactor voor een scala aan ongewenste peri- en postnatale uitkomsten, zoals (pre)eclampsie, zwangerschapsdiabetes, vroeggeboorte, macrosomie en perinatale mortaliteit. Om de gezondheid van moeder en kind te verbeteren, is gewichtsverlies geïndiceerd. Een van de meest effectieve methodes voor significant, blijvend gewichtsverlies is momenteel bariatrische chirurgie ofwel een maagverkleining.

Zweeds onderzoek van Roos et al.

vergeleek de perinatale uitkomsten van zwangerschappen tussen moeders met en zonder bariatrische chirurgie in de voorgeschiedenis. Hiervoor gebruikten zij het Zweedse medische geboorteregister, waarin tussen 1992 en 2009 1.742.702 geboorten zijn geregistreerd. Voor iedere moeder met een geschiedenis van bariatrische chirurgie werden vijf controlemoeders gematched op basis van leeftijd, pariteit, opleidingsniveau en het jaar van de geboorte van het kind. De voorgeschiedenis met of zonder bariatrische chirurgie werd vastgesteld aan de hand van het nationale patiëntenregister van 1980 tot 2009.

Hieruit blijkt vroeggeboorte vaker voor te komen bij moeders die een maagverkleining hebben ondergaan (9,7% versus 6,1%; OR 1,7; $p < 0,001$). Ook werd bij deze groep vaker een te laag geboortegewicht voor de zwangerschaps-

duur (*small for gestational age*) gevonden ten opzichte van de controlegroep (5,2% versus 3%; OR 2,0; $p < 0,001$). Omdat vrouwen na bariatrische chirurgie een verhoogde kans op vroeggeboorte of een *small for gestational age*-kind hebben, moeten zij als risicogroep worden beschouwd. Gezien de gestage toename van bariatrische chirurgie is het ook voor Nederlandse huisartsen van belang een zwangerschap bij vrouwen die zo'n ingreep hebben gehad als risicozwangerschap te beschouwen en hiernaar te handelen. ■

Marloeska Hoogerhuis, Amanda van de Ketterij-de Ridder

Roos N, et al. *Perinatal outcomes after bariatric surgery: nationwide population based matched cohort study*. *BMJ* 2013;347:f6460.

Effecten 'pay for performance'

Een financiële vergoeding voor zorgverleners die de richtlijnen goed volgen. Komt dit de zorg ten goede? Is het een perverse prikkeling? Of zijn de richtlijnen er nu juist om, in de meeste gevallen, sowieso op te volgen?

Amerikaanse onderzoekers bekeken in een clustergerandomiseerde trial de effecten van financiële vergoedingen op het volgen van de richtlijnen bij hypertensie (<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>). In totaal deden 12 praktijken en 125 zorgverleners mee (83 huisartsen, 42 overige zorgverleners). Vergoedingen werden gegeven op individueel niveau, centraal of gecombineerd niveau (zowel individueel als per praktijk). Er werd gekeken naar twee uitkomstmaten gedurende vijfmaal vier maanden: een betere instelling van hypertensie (ge-

definieerd als het halen van de afkapwaarden of het volgen van de richtlijn bij niet goed ingestelde hypertensie) en het voorschrijven van medicatie volgens de richtlijn.

Op alle niveaus werden betere scores behaald voor beide uitkomstmaten ten opzichte van het begin van het onderzoek (uitkomstmaat betere instelling: individueel niveau 8,8% verbetering, praktijkniveau 3,7%, gecombineerd niveau 5,5%; uitkomstmaat juist voorschrijven: individueel niveau 9,1% verbetering, praktijkniveau 5,0%, gecombineerd niveau 7,3%). Ten opzichte van de controlegroep werd echter alleen op individueel niveau een significante verbetering gezien van de uitkomstmaat betere instelling (8%). De behaalde verschillen na de onderzoeksperiode waren echter na 1 jaar niet meer aanwezig. De zorgverleners presteerden zelfs minder goed ten opzichte van de controlegroep nadat de vergoedingen stopten.

Vergoedingen op basis van resultaten hadden dus maar een beperkt effect op de kwaliteit van de behandeling. Deze beperkte resultaten zouden veroorzaakt kunnen zijn door een redelijk goed startniveau van de behandeling (75% volgde de richtlijn al). Daarnaast waren zorgverleners niet afhankelijk van deze vergoeding en was deze mogelijk te laag gekozen (1,6% van het salaris).

Goede zorg moet afgestemd worden op het individu en waar mogelijk gebaseerd zijn op goed onderbouwde richtlijnen. Dit onderzoek laat zien dat *pay for performance* niet tot betere zorg leidt. De vraag blijft dan ook of we met de gezondheidszorg überhaupt deze richting willen inslaan. ■

Joris Linmans

Petersen LA, et al. *Effects of individual physician-level and practice-level financial incentives on hypertension care: a randomized trial*. *JAMA* 2013;310:1042-50.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).