

## ONTWIKKELINGEN IN DE GEBORTEZORG

# Geboorte veiliger voor moeder en kind

Vergeleken met een eeuw geleden is het aantal moeders en kinderen dat sterft rond de geboorte spectaculair gedaald. Toch is er in de zorg voor kwetsbare groepen en in de organisatie van de zorg nog ruimte voor verbetering.



ISTOCK

**V**erloskunde houdt zich bezig met twee individuen: moeder en kind, die soms tegenstrijdige belangen hebben. Zo vermindert het beëindigen van de zwangerschap bij een vroege pre-eclampsie de risico's voor de moeder, maar levert het voor het kind nadelen op. Andersom verbetert een intra-uteriene operatie van een foetus met spina bifida zijn neurologische uitkomst, maar het maken van een litteken in de baarmoeder is riskant voor de moeder en volgende kinderen door de kans op uterusruptuur of een ingegroeide placenta. Ging het een eeuw geleden tijdens de bevalling nog vooral om het redden van de moeder, nu houden gynaecologen zich bezig met de zorg voor moeder en kind vanaf de preconceptionele periode tot ver na de geboorte. De intra-uteriene ontwikkeling is belangrijk voor het verdere leven. Een foetale groeiachterstand is bijvoorbeeld geassocieerd met harten vaatziekten en diabetes mellitus op latere leeftijd. Het kind een zo goed mogelijke start geven is de uitdaging waar verloskundigen en gynaecologen voor staan.

### Maternale sterfte

Maternale en perinatale sterfte zijn belangrijke uitkomstindicatoren van de verloskundige zorg. Ook in ons land kunnen deze cijfers nog steeds worden verbeterd.

Maternale sterfte of *maternal mortality ratio* (MMR) is het aantal vrouwen dat overlijdt tijdens of binnen 42 dagen na het beëindigen van de zwangerschap per 100.000 levendgeborenen. Was de MMR in het begin van de vorige eeuw nog ongeveer 250, in 1970 was dit gedaald tot 13,4. In 1981 is de Commissie Maternale Sterfte van de NVOG opgericht, die alle maternale sterfte in Nederland analyseert, risicofactoren opspoort en hierover rapporteert. Op basis hiervan kan de zorg worden verbeterd. De commissie heeft inmiddels over drie periodes gerapporteerd: tussen 1983 en 1992 was de MMR 9,7, tussen 1993 en 2002 13,7 en tussen 2003

## In Nederland zouden per jaar 500 baby's minder kunnen sterven

en 2012 8,2.<sup>1</sup> Belangrijkste oorzaak van directe sterfte was in de eerste twee periodes pre-eclampsie, gevolgd door trombo-embolie, sepsis en fluxus. In de derde periode is het aantal sterftes door pre-eclampsie gedaald. Bewustwording, onder andere door vergelijking met omliggende landen en de rapportages van de commissie, heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. In audits was gebleken dat in bijna alle casussen risicofactoren een rol speelden, veelal het niet adequaat verlagen van de bloeddruk. Dat de MMR in de tweede periode toenam, is deels het gevolg van de stijging van indirecte sterfte, waarbij fysiologische effecten van de zwangerschap verergering van de onderliggende ziekte veroorzaken, vooral cardiovasculaire aandoeningen met een vaatdissectie of ruptuur tot gevolg.

### Kwetsbare zwangeren

De kenmerken van de populatie zwangeren zijn veranderd: een hogere leeftijd, relatief meer nullipara (door een daling van het aantal kinderen per vrouw), een hogere BMI, andere etniciteit en meer onderliggende pre-existente ziekten. Behalve dat dit risicofactoren zijn voor maternale sterfte en ernstige maternale morbiditeit, zijn dit ook risicofactoren voor perinatale sterfte en morbiditeit, en voor meer sectio's en inleidingen. Perinatale sterfte wordt gedefinieerd als alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van het kind, geboren na een zwangerschapsduur van tenminste 22 complete weken of – bij onbekende zwangerschapsduur – vanaf een geboortegewicht van 500 gram en/of een kruin-hiellengte van 25 cm. Waar Nederland decennialang binnen

Europa voorop liep met een laag perinataal sterftecijfer, bleek uit de Peristat-cijfers van 1999 en 2004 dat we waren gezakt naar de onderste regionen in Europa.<sup>2,3</sup> Gelukkig is dit cijfer in 2010 gedaald naar 9 per duizend waar het in 2004 nog 10,5 per duizend bedroeg.<sup>4</sup> De laatste cijfers, uit 2013, laten 8 per duizend zien; dat is ruim 1400 kinderen per jaar.<sup>5</sup> We zijn er echter nog niet, want in de ons omringende landen is de sterfte ook gedaald; in Finland was het bijvoorbeeld in het laatste Peristat-rapport slechts 5,2 per duizend per jaar. Omgerekend betekent dit dat in Nederland per jaar nog 500 baby's minder zouden kunnen sterven. Van alle kinderen die overlijden heeft 85 procent een congenitale afwijking, vroeggeboorte, groeivertraging of een Apgarscore < 7.<sup>6</sup> Er is een grote groep 'kwetsbare zwangeren' met een lage sociaal-economische klasse, die wonen in achterstandswijken, een bepaalde etniciteit hebben, roken, en met psychologische/psychiatrische problemen. Zij hebben een verhoogd risico op sterfte.

### 20-wekenecho

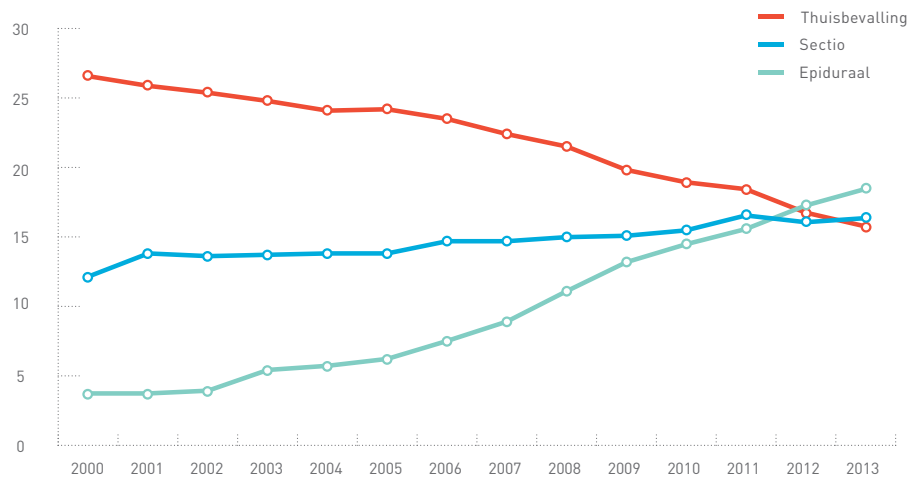
In de afgelopen jaren is hard gewerkt om de oorzaken van perinatale sterfte te beïnvloeden en de risico's voor kwetsbare zwangeren te verminderen. In 2007 is het structureel echoscopisch onderzoek, de '20-wekenecho', ingevoerd, waardoor meer ernstige aangeboren afwijkingen zijn opgespoord. Daardoor kunnen ouders zich beter voorbereiden op de geboorte van een kind met een aangeboren afwijking of ervoor kiezen de zwangerschap af te breken. In 2010 is de richtlijn 'perinataal beleid bij extreme vroeggeboorte' verschenen, waarbij vanaf 24 weken een actief beleid bij spontaan te vroeg geboren kinderen wordt gevoerd.<sup>7</sup> In datzelfde jaar is de landelijke perinatale audit met succes geïmplementeerd.<sup>8</sup> Op verzoek van de minister heeft een stuurgroep het rapport 'Een goed begin' opgesteld, waarna het College Perinatale Zorg is ingesteld. Dit college, waarin alle professionals samenwerken, wil de

kwaliteit van de geboortezorg verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere en haar naasten.<sup>9,10</sup> ZonMw heeft het programma 'Zwangerschap en Geboorte' gestart, waarbij onder andere tien regionale geboortezorgnetwerken zijn ontstaan.<sup>10</sup> Er is sinds 2003 een landelijk onderzoek-consortium, waarbinnen tientallen doelmatigheidsstudies zijn verricht; dit wordt verder geprofessionaliseerd door de NVOG (zie artikel van Wijma op blz. 20).<sup>11</sup> Daarnaast heeft bewustwording een grote rol gespeeld in de daling van de perinatale sterfte.

## Sectiopercentage

Hoewel een betere uitkomst voorop staat, moet dit niet ten koste gaan van meer interventies, die op zich ook weer gevolgen hebben voor de gezondheid van de moeder of haar toekomstige zwangerschap. Het sectiopercentage is

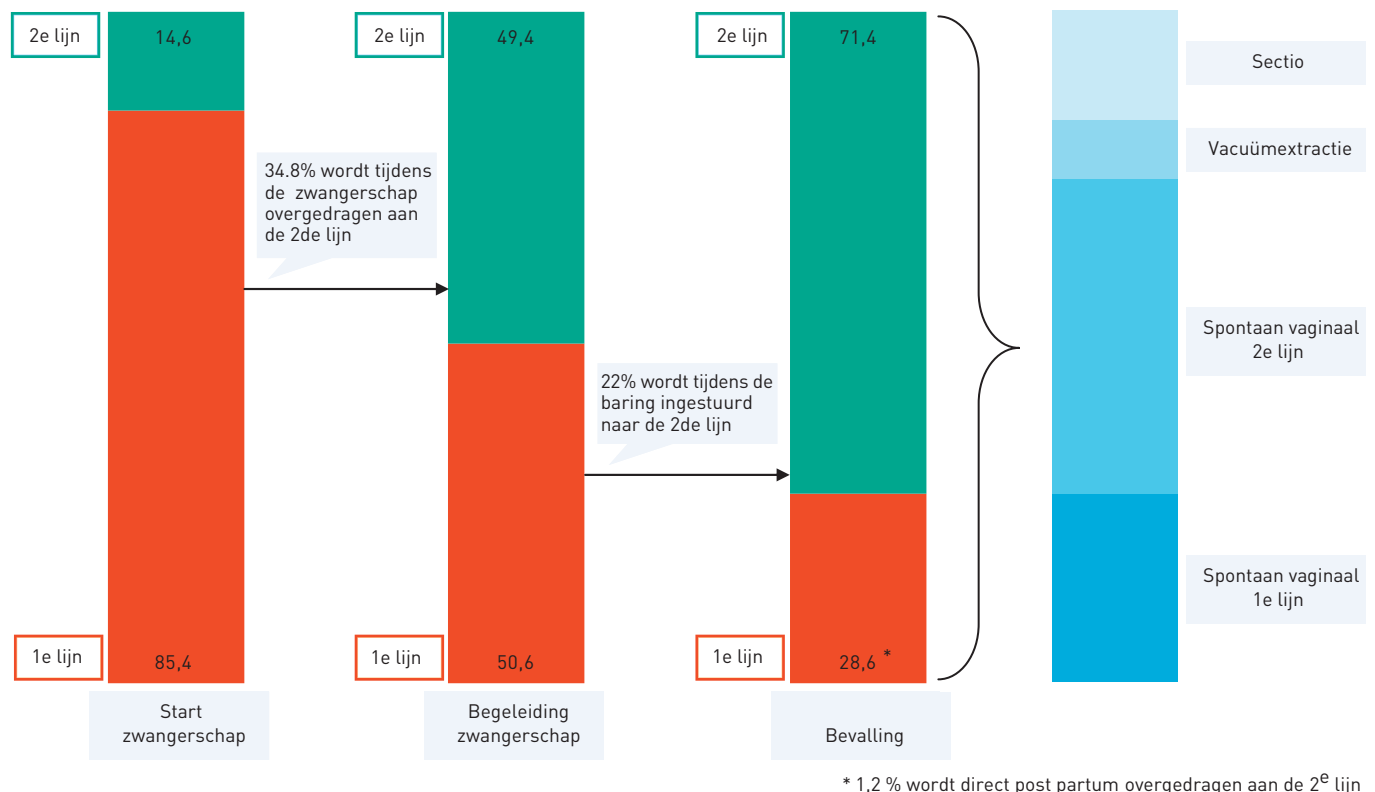
## Bevallingen



Figuur 1 Veranderingen van 2000-2013 in percentage sectio's, epidurale anesthesie tijdens de bevalling en thuisbevallingen van alle vrouwen die na 22 weken zwangerschap bevallen.

sinds 1970 gestegen van 2,5 naar 16,4 in 2013.<sup>5</sup> Het is lastig om het optimale sectiopercentage te bepalen. Het sectiopercentage van Nederland behoort nog

altijd samen met de Scandinavische landen tot de laagste van Europa. Het blijft echter punt van aandacht om dit aantal niet te veel te laten stijgen. Zorgelijk



Figuur 2 Aantal verwijzingen van eerste naar tweede lijn tijdens zwangerschap en bevalling en manier van bevallen in 2013.



ISTOCK

is dat de stijging in absolute aantallen vooral zit in de zogenaamde groep ‘a terme nullipara met een eenling in hoofdligging’, de ‘gezonde’ groep. Belangrijk is te zorgen dat het aantal spontane vaginale bevallingen in deze groep hoog is. Het aantal verzoeken tot pijnstilling is de laatste jaren enorm gestegen. De richtlijn ‘medicamenteuze pijnbestrijding tijdens de bevalling’ van 2007 van NVA en NVOG stelt ook dat elke vrouw voorlichting over pijnbestrijding moet krijgen en dat epidurale anesthesie in een kliniek permanent beschikbaar is.<sup>12</sup> Het aantal thuisbevallingen neemt al jarenlang af.<sup>5</sup> Zie *figuur 1*.

### Doelmatiger

Van oudsher is de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland strikt gescheiden in een eerste lijn voor de fysiologie en een tweede lijn voor pathologie. Omdat 85 procent van alle barende vrouwen in de eerste lijn start, maar uiteindelijk maar 27 procent in de eerste lijn bevalt, is de conclusie dat de organisatie van de verloskundige zorg

anders moet (zie *figuur 2*). Zwangerschap en bevalling zijn niet zwart-wit te verdelen in laag- en hoogrisico. Voor 70 procent van de zwangere vrouwen ontstaat tijdens de zwangerschap of bevalling een moment waarop het risico toeneemt. De overdracht van de zorg van eerste naar tweede lijn is derhalve een zwak punt van het huidige systeem. De kans bestaat dat relevante informatie verloren gaat, zeker als er sprake is van een spoedsituatie. De overdracht van eerste naar tweede lijn is te voorkomen door het invoeren van integrale geboortezorg. Verloskundigen en gynaecologen zijn dan van begin tot eind van de zwangerschap gezamenlijk verantwoordelijk voor de zwangere vrouw. Er kan drempelloos op ieder moment van de juiste zorgverlener gebruik gemaakt worden. Dat is niet alleen doeltreffender, maar ook doelmatiger. Momenteel worden in de ziekenhuizen de bevallingsnormen uit het stuurgroeprapport bij lange na niet gehaald.<sup>9</sup> Nergens is voor de barende vrouw continu een-op-eenbegeleiding door een verpleegkundige of kraamverzorgende, een-op-tweebewaking door een

obstetrisch professional en 24/7 een team dat een spoedsectio kan doen. De doelmatigheidswinst kan gebruikt worden om een deel van de bevallingsnormen wel te realiseren.

Momenteel wordt in alle verloskundige samenwerkingsverbanden van Nederland, die veelal gegroepeerd zijn rondom de negentig ziekenhuizen waar geboortezorg plaatsvindt, overlegd over intensieve samenwerking. Gezamenlijke risicosselectie, transmurale teamtrainingen en koppeling van elektronische patiëntendossiers zijn de eerste stappen op weg naar integrale geboortezorg waarbij de zwangere centraal staat. Een integraal geboortezorgsysteem zal ervoor zorgen dat Nederland binnen enkele jaren weer zal behoren tot de beste geboortezorglanden van Europa. ■

### contact

a.kwee@umcutrecht.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

Bronnen en meer informatie vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen)