



Verloskundigen en gynaecologen moeten sámen onderzoek doen

Commotie over babysterfte

prof. dr. Raymond de Vries,
buitengewoon hoogleraar
Midwifery Science, Academie
Verloskunde Maastricht/Uni-
versiteit Maastricht

Marianne Nieuwenhuize,
voorzitter vakgroep Midwifery
Science Verloskunde Maas-
tricht/Hogeschool Zuyd

Correspondentieadres:
rdevries@med.umich.edu;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Wat is veiliger? Thuis bevallen of in het ziekenhuis? Al ruim dertig jaar voeren verloskundigen en gynaecologen strijd over dit vraagstuk. Ook in november 2010 was het weer raak. Het wordt tijd om de handen ineen te slaan.

Het is donderdag 4 november 2010. Mijn toestel is zojuist geland op Schiphol. Ik ben op weg naar Maastricht, klaar om te beginnen als splinternieuwe buitengewoon hoogleraar Midwifery Science.

Voor ik vertrok uit Ann Arbor – waar ik als socioloog werkzaam ben binnen verschillende afdelingen (Bio-ethiek, Obstetrie en Gynaecologie, Medisch onderwijs) van de universiteit van Michigan – was ik geattendeerd op een

Dat de perinatale sterfte bij vrouwen met een laag risico hoger is dan bij vrouwen met een verhoogd risico, is ongekend.

beeld: Gettyimages

publicatie die op het punt stond te verschijnen in British Medical Journal. In deze publicatie zou het Nederlandse verloskundig systeem onder de loep genomen worden, vooral voor verloskundigen en voor de thuisbevalling. Ik was echter niet voorbereid op de krantenkoppen die mij 'verwelkomden' in de boekwinkel van de luchthaven: 'Babysterfte te wijten aan verloskundig systeem', 'Als er een dokter bij is, gaan er minder kinderen dood' en 'Kindersterfte twee keer hoger bij verloskundigen'. Berustten deze koppen op waarheid? Gaven journalisten de juiste onderzoeksresultaten weer? Ik was teleurgesteld toen ik de volgende dag het bewuste artikel in British Medical Journal las: teleurgesteld over de resultaten, over de interpretatie van de data door de onderzoekers én over de manier waarop de pers de resultaten presenteerde. Ik moet toegeven dat het schokkend was om te ontdekken dat de perinatale sterfte bij vrouwen met een laag risico hoger was dan bij vrouwen met een verhoogd risico. Dat is niet alleen onverwacht, dit is ongekend.¹ Maar hoe interpreteer je een dergelijke onverwachte uitkomst?

Verkeerde focus

Atypische data vragen om grote voorzichtigheid bij de interpretatie. Helaas klonk die voorzichtigheid niet door in de conclusies van de onderzoekers, en dus ook niet in de nieuwsberichten. Bij de interpretatie van hun data kozen de onderzoekers ervoor het verhaal te vertellen van een falend verloskundig systeem: *'The Dutch obstetrics system itself possibly contributes to the high perinatal mortality compared with most European countries.'*² Met hun statistische kennis moeten

de onderzoekers hebben geweten dat deze bewering onjuist was. In hun reactie in november 2010 berekenen Mol c.s. het effect wanneer alle thuisbevallingen worden vervangen door ziekenhuisbevallingen,

en daardoor de perinatale sterfte in die groep tot o wordt teruggebracht. In dat geval zou er een daling in de landelijke perinatale sterfte optreden van 0,2 promille (van 9,9 naar 9,7).³ En daarmee zou Nederland nog steeds hoog scoren binnen de Europese ranglijst. Dit werpt de vraag op waarom de focus van het onderzoek niet gelegd is bij de factoren die de belangrijkste oorzaken zijn van perinatale sterfte, zoals gedrag (roken en obesitas), demografische factoren (leeftijd en sociaaleconomische status van de moeder) en beleidskeuzes (terughou-

dendheid in de behandeling van extreem vroege prematuren). Er werd zelfs niet naar verwezen. In plaats daarvan lag de focus van de onderzoekers bij de organisatie van zorg. Dit is inderdaad de oorzaak van een klein deel van de perinatale sterfte, maar niet het gebied waar de meeste winst te halen is voor de oplossing van het probleem.

Door deze focus op de factoren in het systeem ontstond er grote commotie onder verloskundigen, gynaecologen en in de politiek: nieuwsbrieven en websites leverden commentaar op het onderzoek, verloskundigen moesten veel uitleggen aan hun cliënten, en een lid van de Tweede Kamer, Khadija Arib, organiseerde een rondetafelgesprek over vermijdbare sterfte. Wat kunnen we leren van deze commotie? In sommige opzichten zeggen de reacties op het artikel meer dan het artikel zelf. Vanuit een sociaalhistorisch perspectief bekeken, is het artikel van Evers c.s. niet nieuw.² Het is namelijk het meest recente salvo in het wetenschappelijk worstelen over het Nederlandse verloskundig systeem. Een gevecht dat ruim dertig jaar geleden begon en dat onder meer uitgevochten wordt op de pagina's van wetenschappelijke tijdschriften.⁴ De echte boodschap van het Utrechtse onderzoek en van de reacties op dat onderzoek zou moeten zijn dat het tijd is om te stoppen met het gebruik van wetenschap als wapen in de strijd tussen beroepen.

Verhit debat

Met hun publicatie in British Medical Journal sluiten Evers c.s. zich aan bij anderen die wetenschap gebruikt hebben in de strijd tussen verloskundigen en gynaecologen. In 1978 gebruikte Hoogendoorn landelijke data om te laten zien dat de provincies met hogere aantallen ziekenhuisbevallingen ook een lagere perinatale sterfte hebben.⁵ Kloosterman, pleitbezorger voor verloskundigen, wees op het vanzelfsprekende probleem van oneigenlijke verbanden. Hij zag een verband tussen toenomen aantallen ziekenhuisbevallingen en dalende perinatale sterfte, maar ook een sterke relatie met een dalende kindersterfte.⁶ Als vervolgens gekeken werd naar de correlatie tussen een stijgend aantal ziekenhuisbevallingen en de perinatale sterfte in de dertien grootste steden van Nederland, vond Kloosterman een inconsistent beeld: de perinatale sterfte was gedaald in steden met een stijgend én met een dalend percentage ziekenhuisbevallingen. In 1986 publiceerde Hoogendoorn een andere studie waarin hij de daling van de perinatale sterfte vergeleek in verschillende Europese

Stop met het gebruik van wetenschap als wapen

Correlatie betekent nog geen causaliteit

Het verplaatsen van alle bevallingen naar het ziekenhuis is niet de manier om de geboorte van een kind veiliger te maken.

landen tussen 1970 en 1984.⁷ Hij stelde vast dat in vrijwel alle Europese landen de perinatale sterfte meer daalde dan in Nederland. Volgens hem zou een heroverweging van de problemen van de verloskundige zorg en vooral de wenselijkheid van thuis- versus ziekenhuisgeboorte noodzakelijk zijn. Hoogendoorns publicatie

veroorzaakte destijds een verhit debat in de media en in medische tijdschriften. Veel critici wezen – net als bij zijn eerste artikel – op het feit dat correlatie nog geen causaliteit betekent.

Vergelijkbaar met het huidige debat over perinatale sterfte, suggereerden andere critici dat Hoogendoorns vergelijking niet opging. Ze vonden dat de vergelijking geen rekening hield met de verschillende definities van perinatale sterfte in Europa en geen aandacht besteedde aan de invloed van hogere sterfte onder etnische minderheden. Bovendien bleef de analyse in hun ogen niet overeen als gekeken werd naar landen met 100 procent ziekenhuisbevallingen en een langzame daling in perinatale sterfte.

Superieur

In een poging tot een meer wetenschappelijke beschouwing van de Nederlandse manier van bevallen, werden studies uitgevoerd met andere uitkomstmaten. De onderzoekers kwamen met een serie publicaties waarin zij het gebruik voorstelden, testten en verdedigden van pH-metingen van navelstrengbloed en van neurologische scoringslijsten als een valide manier om de effecten van thuis- en ziekenhuisbevallingen met elkaar te vergelijken.⁸⁻⁹ In de jaren tachtig van de vorige eeuw werden verschillende studies uitgevoerd met deze metingen. De meeste studies lieten zien dat een ziekenhuisbevalling met specialistische hulp superieur was aan een thuisbevalling met een verloskundige: gemiddeld was de pH bij thuisbevallingen lager en hadden de kinderen ongunstiger neurologische scores.¹⁰⁻¹¹

Deze uitkomsten werden in twijfel getrokken toen twee doctoraalstudenten in het project geen verschillen in neurologische scores vonden bij baby's die thuis dan wel in het ziekenhuis geboren waren.¹² De twijfel nam toe toen andere onderzoekers de pH-studie opnieuw uitvoerden en moesten concluderen dat kinde-

beeld: ANP Photo



SAMENVATTING

- De recente commotie over babysterfte in Nederland is deel van een jarenlange strijd over de beste begeleiding bij bevallingen: thuis door de verloskundige of in het ziekenhuis door de gynaecoloog.
- Deze strijd wordt gestreden met wetenschappelijke wapens: een van de partijen levert wetenschappelijk bewijs dat 'waar' is, terwijl de andere partij stelt dat dat bewijs niet betrouwbaar is.
- Het is voor alle partijen nu tijd om de strijdbijl te begraven en om als 'frenemies' ('vrijanden') samen onderzoek te doen. Alleen dan zullen de vooroordelen verdwijnen.



De voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Meer artikelen over dit onderwerp vindt u in het dossier Perinatale sterfte.

ren die thuis geboren waren een gunstiger pH hadden.¹³

En het gevecht gaat door. In 2009 publiceerden verloskundige De Jonge en haar collega's een studie die de uitkomsten vergeleek van ruim 500.000 eerstelijnsbevallingen thuis en in het ziekenhuis; zij vonden geen verschillen in intrapartum en neonatale sterfte en concludeerden dat het Nederlandse systeem veilig was.¹⁴ Nog geen jaar later publiceerde een Amerikaanse gynaecoloog een meta-analyse over de veiligheid van de thuisbevalling. Hij concludeerde dat de kans op neonatale sterfte bij een thuisbevalling twee tot drie keer zo hoog was.¹⁵


Wat zou het verfrissend zijn om eens een onderzoek tegen te komen, waarin een gynaecoloog (die sceptisch is over thuisbevalling) vaststelt dat de verloskundige een betere optie voor zorg is of waarin een verloskundige (die denkt dat ziekenhuisbevalling gevaarlijk is) ontdekt dat de tweede lijn een veiligere keuze is.

'Frenemies'

Het unieke van het Nederlandse systeem lijkt een soort controverse op te roepen zoals te zien is bij de publicatie van Evers e.a. In alle andere landen met moderne gezondheidssystemen zijn autonome verloskundigen die thuisbevallingen doen, al jaren geleden verdwenen. Daar is geen reden meer om wetenschap als wapen te gebruiken, om verloskundigen aan te vallen of te verdedigen.

Interessant is dat, terwijl in Nederland geprobeerd wordt de thuisbevalling door verloskundigen te minimaliseren, elders in de wereld – in Groot-Brittannië, Nieuw-Zeeland, de VS

en België – geprobeerd wordt deze praktijk weer in te voeren. Waarom? Niet alleen omdat vrouwen in deze landen eenzelfde keuzemogelijkheid willen als Nederlandse vrouwen. Maar ook omdat onderzoekers, zorgverleners en moeders daar onderkennen dat het verplaatsen van alle bevallingen naar het ziekenhuis niet de manier is om de geboorte van een kind veiliger te maken. Onderzoek heeft bij herhaling laten zien dat ziekenhuisbevallingen leiden tot meer interventies, waarvan sommige schadelijk blijken te zijn voor moeders en baby's. In de VS, waar bijna 100 procent van de bevallingen in het ziekenhuis plaatsvindt, gaat dit samen met een hoog percentage keizersneden, een hoge perinatale sterfte én een stijgende maternale sterfte.

Dit wil niet zeggen dat we tevreden moeten zijn met de huidige situatie in Nederland. We moeten een manier vinden om de perinatale sterfte te verlagen. Het veelgehoorde antwoord is samenwerking, maar bijna altijd betekent dit samenwerken in de zorg. Uiteraard, deze manier van samenwerken is nodig. Maar als we willen voorkomen dat we wetenschap als wapen blijven gebruiken, moeten we ook samenwerken op het gebied van onderzoek. Het toekomstig onderzoek over het Nederlandse verloskundig systeem moet gedaan worden door zogenoemde 'frenemies' ('vrijanden'). Dat houdt in dat in onderzoeksgroepen beide beroepsgroepen (gynaecologen en verloskundigen) en cliënten (ziekenhuisbevallers en thuisbevallers) vertegenwoordigd zijn; zodanig dat hun verschillende kijk op de verloskunde meegenomen wordt in de opzet, de uitvoering, de analyses en de conclusie. 

praktijkperikel

U vraagt, wij leveren

Enkele patiënten maken gebruik van de internetapotheek. Het A4-herhaalrecept van de internetapotheek hoeft alleen maar getekend te worden en in de bijgevoegde retourenvelop gedaan te worden. Eenvoudiger kan het haast niet.

Het viel mij op dat er dit keer behoorlijk veel domperidomtabletten en domperidomzetpillen op stonden. In de medische status kon ik daar niets over terugvinden. Ook de citalopram, die op de lijst stond, werd allang niet meer gebruikt.

Het was een telefoontje naar de patiënt waard. De citalopram gebruikte ze niet meer en tja, de domperidom: het einde van het jaar nadert, de eigen bijdrage van 160 euro had ze nu

opgemaakt, dus was het wel handig om een voorraadjie aan te leggen.

Blijkbaar is het met een internetapotheek te regelen: u vraagt en wij leveren (als de huisarts eventjes zijn handtekening wil zetten).

Waarom moeten wij een goede HIS hebben, liefst met koppeling naar de apotheek, goede controle middels alle contra-indicaties et cetera en mag de internetapotheek maar wat doen? Gelijke monniken, andere kappen?

/praktijkperikel

Voetnoten

1. Croonen H. Minder babysterfte bij gynaecoloog. Medisch Contact 2010; 47: 2504-7.
2. Evers A, Brouwers H, Hukkelhoven C, c.s. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. BMJ 2010; 341: c5639.
3. Mol BWJ, De Jonge A, Nijhuis JG, Buitendijk SE. Hoge babysterfte niet door thuisbevalling. Medisch Contact 2010; 45: 2390-3.
4. De Vries R. A Pleasing Birth: Midwifery and Maternity Care in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press. 2005.
5. Hoogendoorn D. De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis. NTvG 1978; 32: 1171-8.
6. Kloosterman GJ. De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. NTvG 1978; 32: 1161-71.
7. Hoogendoorn D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. NTvG 1986; 130: 1436-40.
8. Stolte L, Van den Berg-Helder AF, De Jong PA, Van Kessel H, Kurver PHJ, Njikiktijen CJ, Voorhorst FJ.. Perinatale morbiditeit als maatstaf voor de verloskundige zorg. NTvG 1979; 7: 228-31.
9. Van den Berg-Helder AF. Neurological investigation and acid-base equilibrium in umbilical cord blood. Presented at the Symposium on Optimization of Obstetrics in the Netherlands, Free University, Amsterdam.
10. Eskes TKAB, Jongsma W, Houx PCW. Umbilical cord cases in home deliveries versus hospital-based deliveries. Journal of Reproductive Medicine 1981; 26: 405-8.
11. Lievaart M, De Jong PA. Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynecologists: a study of the system of obstetric care prevailing in the Netherlands. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1982; 144: 376-86.
12. Berghs G, Spanjaards E. De Normale Zwangerschap: Bevalling en Beleid. Nijmegen. Radboud University, 1988.
13. Pel M, Treffers PE. The reliability of the result of the umbilical cord pH. Journal of Perinatal Medicine 1983; 11: 169-74.
14. De Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli ACJ, c.s. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2009; 116: 1177-84.
15. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, c.s. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a meta analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2010; 203: 243.e1-8.