

Onderzoek naar bevallingen leidt weer tot ophef

De resultaten van een grote Amsterdamse studie naar perinatale sterfte laten zien dat de uitkomsten van eerste en tweede lijn vergelijkbaar zijn. Dat is in tegenspraak met de uitkomsten van een Utrechtse studie vijf jaar eerder. Media-aandacht gegarandeerd, maar die is niet altijd even genuanceerd. De boodschap dat perinatale sterfte in Nederland daalt, en eerste en tweede lijn vol inzetten op goede samenwerking, dreigt verloren te gaan.



Laten we ons hoofd koel houden en doorgaan op de ingeslagen weg', zeggen de Amsterdamse onderzoekers Melanie Wiegerinck, Ank de Jonge en Joris van der Post, als ze hun bevindingen aan Medisch Contact toelichten. Het gaat om hun onderzoek dat vorige week tot ophef leidde. 'Laten we onze energie niet steken in oude discussies', zegt de Utrechtse gynaecoloog Anneke Kwee. Zij spreekt namens de Utrechtse onderzoekers die in 2010 opzienbarende resultaten beschreven in *The British Medical Journal*. De Utrechtse onderzoekers vergeleken perinatale morbiditeit en sterfte bij voldragen zwangerschappen in (laag risico) eerste lijn met (hoog risico) tweede lijn. Tot hun verbazing bleek de sterfte in de laagrisicogroep hoger, en de kans op NICU-opname net zo hoog. De conclusie van de Utrechters was dan ook dat het Nederlandse systeem van risicoselectie tijdens de zwangerschap niet zo effectief was als ooit werd aangenomen. Het kwam op een moment dat er al veel onrust was in terra obstetrica: nog niet zo lang daarvoor was bekend geworden dat de perinatale sterfte in Nederland relatief hoog was in vergelijking met andere Europese landen. Kwee en de haren concludeerden dat het goed mogelijk was dat de inrichting van de Nederlandse zorg voor de zwangere daaraan bijdroeg.

Kritiek op methodiek

Het land was te klein: het onderzoek werd fel bekritiseerd, er zou van alles en nog wat niet aan deugen. In Medisch Contact nam klinisch epidemioloog Jan Vandembroucke – destijds verbonden aan het LUMC – de kritiekpunten op de methodiek door (MC 47/2010: 2504). Zijn conclusie: er valt niet zoveel op aan te merken. Hij adviseerde: 'Nu kun je naar deze data blijven staren en allerlei verklaringen bedenken, maar "de beste analyse van een onderzoek is het overdoen" (...) Dat kan door het onderzoek in andere regio's te herhalen.'

Een Amsterdamse onderzoeksgroep heeft dat gedaan, en probeerde de aangevoerde bezwaren op het Utrechtse onderzoek te ondervangen. Het blad *Midwifery*

PERINATALE STERFTE IN NEDERLAND

Al in 2003 kwam Nederland niet goed uit de bus als het ging om perinatale sterfte, in vergelijking met 14 Europese landen. Vijf jaar later vond de zogenaamde Peristat-vergelijking opnieuw plaats, nu in 25 landen. Opnieuw slecht nieuws voor Nederland: nergens was de perinatale sterfte zo hoog. De onrust was groot, en niet zelden werd met een beschuldigende vinger naar de 'typisch Nederlandse thuisbevalling' gewezen. Verschillende onderzoeken lieten echter geen verschil zien in perinatale uitkomsten tussen geplande thuis- en ziekenhuisbevallingen die startten bij de verloskundige.

Het percentage vrouwen dat voor een thuisbevalling koos nam al gestaag af, en die afname zet door: rond 2000 zo'n 34 procent, in de periode 2011 tot 2013 nog maar 18 procent. Maar er is meer veranderd: steeds meer zwangeren worden tijdens zwangerschap en bevalling doorverwezen naar de tweede lijn, de samenwerking tussen eerste en tweede lijn is op veel plekken verbeterd en de kwaliteit van geboortezorg wordt gemeten en geïnterpreteerd via de Perinatale Registratie en Perinatale Audit. Hebben deze ontwikkelingen effect gehad? Dat is moeilijk te zeggen: de perinatale sterfte daalde al sinds 2000. Maar die afname zet in ieder geval door, en in Nederland sneller dan gemiddeld in Europa: tussen 2004 en 2010 was dat 28 procent versus 18 procent. Nederland is nu een middenmoter.

publiceerde de resultaten eind augustus online. Dit keer ging het om meer dan tachtigduizend bevallingen in de periode 2005 tot 2008, in de regio Amsterdam. Allemaal eenlingen, voldragen (37 weken of meer), geen geplande sectio's, ante partum overlijden of grote congenitale

afwijkingen. De vergelijking was opnieuw tussen start van de bevalling in eerste en tweede lijn. Niet tussen thuisbevalling en ziekenhuisbevalling, zoals sommige koppen de afgelopen weken suggereerden. Een eerstelijnsbevalling kan immers ook, poliklinisch, in het ziekenhuis plaatsvinden. De resultaten stelden dit keer gerust: de perinatale sterfte was in beide groepen vergelijkbaar. Het aantal interventies, zoals sectio's en kunstverlossingen, was hoger in de tweedelijnsgroep. Het aantal NICU-opnames en slechte apgarscores was juist lager in de eerste lijn. Dus, zeggen de Amsterdammers voorzichtig: 'Onze resultaten suggereren dat het goed mogelijk is om een groep vrouwen te selecteren met een laag risico op complicaties die bij de verloskundige beginnen met hun bevalling, en daarmee een lagere kans hebben op medische interventies en een laag risico op perinatale sterfte.'

Gevoelig onderwerp

Het onderwerp ligt gevoelig, en als er dan ook nog een ongelukkige kop op de voorpagina van de NRC staat ('Thuis bevallen toch net zo veilig als in het ziekenhuis'), is de collectieve zucht van verloskundig Nederland bijna hoorbaar: daar gaan we weer. De Amsterdammers: 'De koppen in de pers over dit onderwerp hebben het vertrouwen in het verloskundig systeem geen goed gedaan.' De nuance gaat nogal eens verloren. Beide onderzoeksgroepen vinden het niet vreemd dat de resultaten van de onderzoeken niet overeenkomen. Ze wijzen beide op methodologische verschillen. Kwee: 'Door verschillen in populatie, opzet, periode, uitkomstmaten en zelfs toeval kunnen onderzoeken verschillende uitkomsten hebben. Wij willen graag gezamenlijk naar de methodiek en uitkomsten kijken.'

Beide partijen benadrukken dat het in beide onderzoeken om oude cijfers gaat, van acht tot tien jaar geleden. Tijd voor een nieuw onderzoek dus? Ja, zeggen de Amsterdammers: maar dan gezamenlijk, voor heel Nederland, met meer recente gegevens. Namens de Utrechtse groep

zegt Kwee dat daar nog geen concrete plannen voor zijn. Zij vraagt zich af of het zinvol is om dit op deze manier te herhalen: 'We monitoren een en ander al via de Perinatale Audit (zie kader), maar dat gaat minder ver dan deze onderzoeken. Het punt is dat we inmiddels een andere weg zijn ingeslagen, we zijn erg hard bezig om het schot tussen de eerste en tweede lijn weg te halen.' En dat is ook waar de Amsterdammers op wijzen: 'De beroepsgroepen hebben verantwoordelijkheid genomen voor het verbeteren van continuïteit van zorg voor zwangeren in verschillende vormen van integrale verloskundige zorg.'

Risicoselectie

Die integrale zorg kan ervoor zorgen dat de risicoselectie, waarover Kwee en collega's destijds kritisch waren, verbetert. Kwee: 'Bij veel verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) vinden gezamenlijke patiëntenbesprekingen plaats, waar alle nieuwe zwangeren besproken worden. Maar dat is in ontwikkeling, dat is nog niet overal hetzelfde, en sommige VSV's zijn nog niet zover.' Op dit moment is de verloskundige indicatielijst (VIL) nog het uitgangspunt, maar als het aan Kwee ligt zal de zorgstandaard die momenteel wordt ontwikkeld, zorgen voor een meer op maat gesneden zorg voor zwangeren: 'Het is nu zwart of wit: is bij een vorige zwangerschap je kind voor 34 weken geboren? Dat staat op de VIL, dus gaat de vrouw naar de gynaecoloog. Terwijl ze misschien beter af is met een paar controles bij de verloskundige, en op bepaalde risicomomenten bij de gynaecoloog. Je zou voor elke zwangere een individueel zorgplan willen maken.' De Amsterdamse onderzoekers benoemen dat er verschillende vormen van integrale zorg mogelijk zijn en dat het van belang is om goed te evalueren welke vorm tot de beste zorguitkomsten leidt.' ■

web

De volledige reacties van beide onderzoeksgroepen en een link naar het MC-themanummer over gynaecologie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.