

Weinig sterfte bij bevallingen onder leiding van de verloskundige

Reactie op artikel in Volkskrant van 3 juli 2010

Jaarlijks zouden 550 baby's onnodig sterven omdat risicofactoren niet tijdig worden opgespoord in het Nederlandse verloskundige systeem. Dit stellen Bonsel en Steegers in een artikel in de Volkskrant van zaterdag 3 juli. Zij baseren zich op hun 'Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte' die niet gepubliceerd is in een wetenschappelijk tijdschrift maar alleen in een rapport. Het is voor ons soms onduidelijk waar de onderzoekers zich baseren op feiten en waar zij hun eigen mening ventileren.

Een aantal zaken vallen onmiddellijk op in het artikel. Zo zouden in Vlaanderen 550 minder baby's overlijden. Hierbij wordt niet vermeld dat in België alleen kinderen boven 500 gram worden meegeteld. In Nederland zijn in 2007 369 kinderen overleden met een geboortegewicht onder de 500 gram. Als alleen sterftes van kinderen boven de 500 gram worden vergeleken is het verschil tussen Nederland en België dus aanzienlijk minder dan wordt gesuggereerd.

Sterfte bij bevallingen onder leiding van de verloskundige

Van kinderen zonder aangeboren afwijkingen overlijden er elk jaar 50 bij bevallingen die onder leiding van de eerstelijns verloskundige zijn begonnen. Dit is maar een heel klein deel (3%) van de 1700 baby's die jaarlijks overlijden. Wij vinden het daarom wel verwonderlijk dat bevallingen bij de eerstelijns verloskundige zoveel aandacht krijgen in het artikel.

Om de uitkomsten van deze bevallingen te beoordelen, moet je vrouwen bij de eerstelijns verloskundige vergelijken met vrouwen bij de gynaecoloog die geen bekende risicofactoren hebben. De onderzoekers maken zo'n vergelijking niet maar stellen in het artikel dat negatieve uitkomsten bij de verloskundige wijzen op het falen van de risicoselectie. Ze stellen niet de vraag of zorg door de gynaecoloog geleverd de uitkomsten verbetert.

Roken is een goed voorbeeld van een belangrijke risicofactor voor het ongeboren kind. Verloskundigen ondersteunen vrouwen om te stoppen met roken. En ze zullen bij zwangeren die roken sneller een echo maken om de



groei te controleren. Maar veel vrouwen stoppen niet en blijven roken. Wat heeft de gynaecoloog in dit geval meer te bieden dan de verloskundige? Het gaat erom slechte uitkomsten zoveel mogelijk te vermijden, niet om te zorgen dat deze alleen bij de gynaecoloog en niet bij de verloskundige optreden.

Risicoselectie

Al jaren werken zorgverleners met een checklist om te beslissen welke vrouwen baat hebben bij begeleiding door de gynaecoloog. Deze verloskundige indicatielijst is zorgvuldig samengesteld door gynaecologen, verloskundigen, huisartsen en kinderartsen en wordt op dit moment herzien. Als een vrouw geen risicofactoren heeft aan het begin van de zwangerschap kunnen deze later natuurlijk wel optreden. Een verloskundige verwijst haar op dat moment door naar de gynaecoloog. Door de indicatielijst te gebruiken zorgen hulpverleners ervoor dat elke vrouw op elk moment de juiste zorg krijgt. Deze risicoselectie heeft voordelen. Vrouwen krijgen zorg van de gynaecoloog als dat zinvol is, maar niet als die onnodig is. Hierdoor kunnen overbodige ingrepen worden vermeden; ingrepen die ook (ernstige) bijwerkingen kunnen hebben.

Wereldwijd neemt bijvoorbeeld de sterfte onder vrouwen ten gevolge van een ernstige bloeding bij de bevalling toe. Een toename van het aantal, deels onnodige, keizersnedes wordt als een van de oorzaken gezien.

Engeland en Canada hebben zelfs de methode van risicoselectie van Nederland overgenomen; ook daar krijgen steeds meer vrouwen zorg van de verloskundige tenzij begeleiding door de gynaecoloog voordelen biedt.

Ongeveer de helft van alle vrouwen wordt tijdens de zwangerschap of bevalling verwezen naar de gynaecoloog. Maar zelfs tijdens de bevalling is dit zelden met spoed. Als een vrouw pijnbestrijding wil of als de bevalling niet opschiet, is er meestal tijd genoeg om in het ziekenhuis te komen. De bevalling verloopt dan niet zo anders dan wanneer een vrouw van plan was om in het ziekenhuis te bevallen. En het voordeel van thuis beginnen aan de bevalling is dat dit de kans op medische ingrepen vermindert.

De risicoselectie door verloskundigen lijkt op die door huisartsen: zorg in de wijk waar het kan en zorg in het ziekenhuis waar het moet. Dit sluit ook aan bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid om gezondheidszorg zoveel mogelijk te verlenen dichtbij waar mensen wonen. En net als huisartsen zijn verloskundigen medisch opgeleid om zelfstandig te beoordelen of vrouwen verwezen moeten worden naar het ziekenhuis.

De veiligheid van de thuisbevalling

Onze studie, een groot onderzoek naar de thuisbevalling, wordt in het Volkskrant artikel ter discussie gesteld. In dit onderzoek werden vrouwen vergeleken die thuis wilden bevallen met vrouwen die van plan waren in het ziekenhuis te bevallen onder leiding van de verloskundige. In het Volkskrant artikel wordt gesteld dat deze groepen teveel van elkaar verschillen en daarom niet met elkaar vergeleken mogen worden. Vrouwen die thuis wilden bevallen hadden inderdaad iets betere uitkomsten. Maar in de analyses is wel degelijk rekening gehouden met die verschillen bijvoorbeeld in zwangerschapsduur en etnische afkomst en dan zijn de uitkomsten gelijk: in beide groepen kwamen babysterfte en opname van de baby op een intensive care afdeling even weinig voor. Sommige bevallingen zijn buiten het thuisbevallingen onderzoek gelaten om verschillen in risico's tussen de groepen te vermijden. Aangeboren afwijkingen zaten er bijvoorbeeld niet in, in tegenstelling tot wat wordt beweerd in het Volkskrant artikel.

Te vroege geboorten, die de belangrijkste oorzaak zijn van laag geboortegewicht, zijn ook niet meegenomen in het thuisbevallingen onderzoek. Volgens het Volkskrant artikel zouden vroeggeboorten vaak voorkomen bij bevallingen die door de verloskundige als laag risico zijn ingeschat. Dit kan niet kloppen. Verloskundigen sturen elke vrouw die voor 37 weken bevalt zo snel mogelijk naar een gynaecoloog. Als vrouwen toch thuis bevallen hebben ze het ziekenhuis niet op tijd kunnen bereiken.

Er zijn gevallen van vroeggeboorte bekend met zeer goede afloop, juist omdat de verloskundige nog net op tijd thuis ter plekke kon zijn. Maar uiteraard zijn deze bevallingen nooit thuis gepland.

Bij 37 weken zou een thuisbevalling onveilig zijn omdat de babysterfte drie keer zo hoog is als in de 39ste en 40ste week. Dit is niet juist. In ons onderzoek overleden minder dan vier baby's per jaar tussen 37 en 38 weken. En dit risico was gelijk voor bevallingen die thuis of in het ziekenhuis waren gepland.

Waar het echt om draait

Maar als de risicoselectie deugt, wat kunnen we dan doen om de babysterfte te verminderen? Terecht gaat het Volkskrant artikel in op het grote belang van een gezonde leefstijl en een goede voorbereiding op de zwangerschap. Vrouwen uit achterstandswijken hebben vaker complicaties door een combinatie van allerlei medische en sociale risicofactoren. Het is te simpel om te veronderstellen dat deze problemen verdwijnen als al deze vrouwen naar de gynaecoloog worden verwezen. Er is meer onderzoek nodig naar oorzaken van babysterfte en hoe deze aan te pakken. Dit klinkt natuurlijk minder daadkrachtig dan roepen dat het mogelijk is om 550 baby's te redden. Maar het is eerlijker dan zonder goede argumenten vrouwen bang te maken voor verloskundige hulpverleners.

Dat onderzoek moet vanzelfsprekend door de verschillende beroepsgroepen gezamenlijk worden uitgevoerd en gesteund. Door minder naar elkaar te wijzen, beter samen te werken en te beseffen dat het niet gaat om wie de zorgverlener is, maar dat het gaat om een goede uitkomst van de zwangerschap, zal de verloskundige zorg verder kunnen verbeteren. Uiteindelijk staan immers niet de zorgverleners, maar moeder en kind centraal.

Ank de Jonge,

Verloskundige/ senior onderzoeker, Afdeling Midwifery Science, AVAG en het EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorg, VUmc.

Jan Nijhuis,

Hoogleraar Obstetrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum

Joris van der Post,

Hoogleraar Verloskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Simone Buitendijk,

Hoogleraar Eerstelijns Verloskunde en Ketenzorg, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Hoofd Onderzoeksprogramma Jeugd, TNO Kwaliteit van Leven ■