



Hoofdstuk 3

Hoe bevalt Nederland?

Jan Nijhuis, Ashna Mohangoo, Greta Rijninks-van Driel, Chantal Hukkelhoven, Anita Ravelli,
Pieter Tamminga en Simone Buitendijk

Wat Peristat ons heeft geleerd is vooral bescheidenheid^[1]. Na de uitkomst van het eerste onderzoek in 2003 werd vooral over registratiefouten gesproken, en verondersteld werd dat Nederland veel beter zou scoren. Nader onderzoek, bijvoorbeeld van het RIVM, maakte duidelijk dat de realiteit toch anders is, en dat de sterfte echt hoger is in Nederland^[2]. Met Peristat-II is die discussie goeddeels voorbij^[1]. Ook heeft Peristat-I geleid tot bijvoorbeeld het organiseren van de Perinatale Audit in Nederland; deze gaat definitief van start in 2009^[3]. De eerste uitkomsten worden verwacht in 2010 en een van de thema's die prioriteit gaat krijgen is de atermen sterfte.

Organisatie verloskundige zorg

Voorts is er discussie geweest over de plaats van bevalling en met name over de mogelijke verbetering van de kwaliteit van de verloskundige zorg gedurende de avond en nacht en bij concentratie van de (klinische) verloskunde. Daarin passen ook de bezettingen gedurende de avond en nacht en het effect daarvan op de perinatale sterfte^[4]. Organisatie van de verloskundige zorg is een van de werkgroepen van de stuurgroep 'Zwangerschap en Geboorte' die door minister Klink is ingesteld^[5]. Deze stuurgroep zal begin 2010 rapporteren. Daarnaast moeten in de Nederlandse onderzoeksprogramma's onderzoeken naar de perinatale gezondheid en de kwaliteit van de perinatale gezondheidszorg meer ruimte en geld krijgen.

Consequenties van beleid bij bevallingen

Er zijn echter nog meer facetten die in de beoordeling van de Nederlandse verloskundige zorg een rol spelen. Niet alleen de kwaliteit van de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen moet gemeten kunnen worden, maar ook de consequenties van het beleid. Zo wordt duidelijk dat de zwangere die thuis aan de baring begint, wel veilig is^[6]. Ook blijkt dat de atermen

zwangere die thuis bevalt een lager sterfterisico heeft dan de atermen zwangere die poliklinisch bevalt^[7]. Verder blijkt dat vrouwen die in de eerstelijns aan de baring beginnen ook minder interventies ondergaan^[8]. Dit is niet verbazingwekkend, omdat al langer bekend is dat het gebruik van foetale bewaking in een laagrisico-populatie tot meer interventies leidt zonder verbetering van perinatale uitkomsten^[9]. Anderzijds is bijna 25% van de moeders die van hun eerste kind bevallen drie jaar na de bevalling nog matig tot ernstig ongelukkig met de bevalling. Ook dat kan niet onze bedoeling zijn, en ook dat percentage is hoger dan bijvoorbeeld in Groot-Brittannië of België^[10].

Het lijkt erop dat met name de nadelen van de huisbevalling steeds zijn benadrukt. Maar het Nederlandse systeem moet ook voordelen kennen. Opgemerkt is reeds dat het invoeren van 'foetale bewakingstechnieken' zoals cardiocografie (CTG) tot meer interventies leidt.^[9] Het feit dat Nederland als enige van de ontwikkelde landen zo veel thuisbevallingen heeft, moet daarom merkbaar zijn in de interventies. Daarom hebben wij uit de Peristat-rapportage de cijfers geselecteerd die belangrijke aspecten van bevallen weergeven: de wijze waarop de bevalling start en de wijze van bevalling.

Start van de bevalling

In tabel 1 zijn de percentages weergegeven van de wijze waarop de bevallingen zijn begonnen. Spanje en Italië hadden alleen cijfers over spontane en geïnduceerde start van de baring en Slowakije had geen cijfers over geïnduceerde start van de baring. Deze landen werden daarom niet meegenomen in de vergelijking.

In Nederland begint 78,8% van alle bevallingen spontaan. Nederland komt daarmee op de vijfde plaats van 17 landen/regio's. Alleen Tsjechië, Estland, Letland en Zweden hebben hogere percentages. In Tsjechië begint van alle bevallingen 85,7% spontaan. Het aantal primaire keizersneden is in Nederland laag (7,0%). Alleen Slovenië, Estland en Zweden hebben iets lagere percentages. Als consequentie is het aantal inleidingen ook relatief laag in Nederland: 14,2%. Nederland neemt nu de zevende plaats in van 17 landen/regio's. Tsjechië, Letland, Litouwen, Estland, Denemarken en Noorwegen hebben lagere percentages. In Tsjechië is het aantal inleidingen slechts 5,9%.

Voor een nadere omschrijving van de auteurs,

zie na het laatste hoofdstuk.

Correspondentieadres: jg.nijhuis@mumc.nl

Interventies

In tabel 2 wordt aangegeven op welke wijze de bevalling uiteindelijk plaatsvindt, waarbij een onderscheid gemaakt is tussen eenlingen en tweelingen. Het percentage eenlingen dat spontaan wordt geboren, loopt uiteen van 60,6% in Ierland tot 83,8% in Slovenië. In Nederland worden uiteindelijk 75,2% van de eenlingen spontaan geboren. Nederland komt daarmee op de tiende plaats van 24 landen/regio's. Ook eindigt 10,6% van alle eenlingbevallingen in een vaginale kunstverlossing, in het merendeel van de landen/regio's worden lagere cijfers opgegeven. Alleen zes landen hebben hogere percentages. In Nederland eindigt 14,2% van alle eenlingbevallingen in een keizersnede, na Slovenië (13,3%) het laagste percentage van alle landen/regio's. In Italië eindigt 36,7% van alle eenlingbevallingen in een keizersnede. Opvallend is dat slechts 36,0% van de tweelingen in Nederland via een keizersnede wordt geboren. Dit is uniek in vergelijking met de andere landen, Noorwegen volgt als tweede met 41,2%. Daarnaast valt op dat in Nederland 54,1% van de tweelingen spontaan wordt geboren. Alleen Slovenië (55,2%) en Litouwen (56,7%)

hebben een hoger percentage tweelingen dat spontaan wordt geboren. Ook valt op dat 9,9% van alle tweelingen in Nederland wordt geboren via een vaginale kunstverlossing. Alleen Schotland, Noord-Ierland en Ierland hebben hogere percentages.

Bij interventies kun je ook kijken naar het percentage episiotomieën tijdens de bevalling. Dit percentage werd door vijftien landen opgegeven. De percentages lopen uiteen van 9,7% in Denemarken tot 82,3% in Valencia. Vlaanderen volgt Valencia met 61,3%. Nederland heeft 24,3% episiotomieën en neemt daarmee een middenpositie in (zevende van vijftien landen/regio's).

Conclusie

Samengevat kan gesteld worden dat Nederland, met 30% thuisbevallingen, niet het meest conservatieve land is als het om bevallen gaat. Wel zit, in tegenstelling tot de uitkomst bij perinatale sterfte, Nederland nu wel steeds in de top 10 wat een hoog percentage spontane bevallingen en een laag percentage interventies betreft. Waar het gaat om het aantal keizersneden steekt Nederland zelfs zeer gunstig af met een percentage van

Tabel 1. Wijze waarop de baring start in Europa in 2004*

Land/regio	Totaal geboren	Wijze start baring			Totaal	Missing
		Spontaan	Sectio	Geïnduceerd		
België: Vlaanderen	59 956	61,5	10,9	27,6	100,0	0,0
Denemarken	63 781	76,3	11,4	12,3	100,0	0,0
Duitsland	648 860	69,3	13,4	17,3	100,0	0,0
Estland**	13 879	84,8	6,4	8,8	100,0	0,0
Finland	56 878	75,9	7,5	16,6	100,0	0,0
Frankrijk (2003)	14 737	67,3	12,9	19,8	100,0	0,3
Groot-Brittannië: Engeland	584 100	69,7	10,7	19,6	100,0	0,0
Groot-Brittannië: Noord-Ierland	22 184	54,4	14,9	30,7	100,0	0,2
Groot-Brittannië: Schotland	53 113	66,9	9,2	23,8	100,0	0,3
Italië	534 568	81,2	--	18,8	--	20,1
Letland	20 492	84,4	9,4	6,2	100,0	0,0
Litouwen**	29 306	77,8	16,0	6,2	100,0	0,4
Malta	3 838	47,6	14,5	37,9	100,0	0,0
Nederland**	182 279	78,8	7,0	14,2	100,0	0,2
Noorwegen	57 370	77,8	8,6	13,6	100,0	0,0
Slovenië	17 629	74,7	5,1	20,2	100,0	0,0
Slowakije	51 968	75,3	24,7	--	--	0,0
Spanje: Valencia	8 650	73,1	--	26,9	--	8,0
Tsjechië	87 902	85,7	8,5	5,9	100,0	0,0
Zweden	96 699	82,4	6,9	10,8	100,0	0,0

* Cyprus, Griekenland, Ierland, Luxemburg, Oostenrijk, Polen en Portugal hadden geen cijfers over de start van de bevalling.

** Estland, Litouwen en Nederland hadden cijfers op moederniveau (aantal bevallen vrouwen) in plaats van op kindniveau (aantal levend en doodgeborenen).

Tabel 2. Wijze van bevalling naar meerlingstatus in Europa in 2004.*

Land/regio	Eenlingen							Aantal geborenen
	Aantal geborenen	Percentage naar wijze van bevalling						
		Vaginaal			Keizersnede			
		Spontaan	Instrumenteel	Totaal	Gepland	Spoed	Totaal	
België: Brussel	15 738	74,3	9,8	84,0	--	--	16,0	523
België: Vlaanderen	58 997	71,4	10,8	82,2	10,5	7,3	17,8	1 886
Denemarken	62 292	72,9	7,6	80,5	10,8	8,8	19,5	1 439
Estland	13 716	79,1	4,0	83,1	6,2	10,7	16,9	334
Finland	56 013	77,3	6,5	83,8	7,3	8,9	16,2	1 698
Frankrijk (2003)	14 228	69,7	11,2	80,9	12,1	7,0	19,1	506
Duitsland	625 413	68,7	5,7	74,4	13,1	12,5	25,6	22 476
Groot-Brittannië: Noord Ierland	21 745	61,7	11,8	73,5	14,7	11,8	26,5	654
Groot-Brittannië: Schotland	51 480	64,5	11,8	76,3	8,8	14,9	23,7	1 431
Groot-Brittannië: Wales	28 891	66,2	9,7	75,9	10,0	14,1	24,1	726
Ierland	60 493	60,6	15,2	75,8	--	--	24,2	1 849
Italië	528 160	61,6	1,7	63,3	24,1	12,6	36,7	13 110
Letland	20 022	79,3	1,5	80,8	9,4	9,8	19,2	232
Litouwen	28 984	82,2	1,0	83,2	--	--	16,8	634
Luxemburg	5 330	71,3	4,7	76,0	--	--	24,0	147
Malta	3 782	69,7	3,9	73,6	13,9	12,6	26,4	100
Nederland	175 117	75,2	10,6	85,8	6,5	7,7	14,2	6 959
Noorwegen	55 178	77,0	8,4	85,4	4,7	9,9	14,6	2 093
Oostenrijk	76 754	72,9	5,4	78,3	--	--	21,7	2 400
Slovenië	17 315	83,8	2,9	86,7	4,9	8,4	13,3	622
Slowakije **	51 334	79,5	1,9	81,4	--	--	18,6	629
Spanje, Valencia	33 144	63,7	13,5	77,2	--	--	22,8	622
Tsjechië **	94 288	83,2	1,6	84,7	7,1	8,2	15,3	1 791
Zweden	97 697	75,8	7,9	83,7	8,2	8,1	16,3	2 733

* Griekenland en Cyprus hadden geen gegevens over de wijze van bevalling. Hongarije, Polen en Portugal hadden geen gegevens over

** Slowakije en Tsjechië hadden gegevens aangeleverd op moeder niveau (aantal bevallen vrouwen) in plaats van op kind niveau (totaal a

14,2% bij eenlingen – Nederland heeft na Slovenië het laagste percentage – en 36,0% bij tweelingen waar Nederland het laagste percentage heeft. Wat de episiotomie betreft hoort Nederland bij de landen met de laagste percentages.

Het is van groot belang om ook dit soort cijfers diepgaand te onderzoeken. Juist in Nederland moet het mogelijk zijn nog beter zwangere vrouwen met een laag risico te selecteren. Een optimale samenwerking tussen de eerste- en tweedelij is daarbij nodig, evenals een goed elektronisch patiëntendossier. We hebben immers al laten zien dat het aantal interventies in laagrisicogroepen afneemt als deze in de eerste lijn begeleid worden^[8]. Bijna 25% van de vrouwen die hun eerste kind krijgen, kijken drie jaar na de geboorte nog negatief terug op de bevalling^[10]. Mogelijk dat bij een verbetering van de zorg ook de tevredenheid van Nederlandse zwangere vrouwen

zal toenemen. In combinatie met initiatieven zoals de Perinatale Audit en de stuurgroep 'Zwangerschap en Geboorte' moet het mogelijk zijn dat Nederland in het volgende onderzoek een prominentere plaats gaat innemen op meer gebieden dan sterfte alleen. ■

Literatuur

1. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT, EURONE-OSTAT. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. European Perinatal Health Report. 2008. Via: www.europeristat.com.
2. Achterberg PW. Met de beste vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. Bilthoven: RIVM, 2005. Rapportnummer: RIVM 270032001/2005.
3. Leeman LD, Waelput AJM, Eskes M, Achterberg PW. Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit. Bilthoven: RIVM, 2007. Rapportnummer: RIVM 270032005.
4. Visser GHA, Steegers EAP. Beter baren. Med Contact 2008;3:96-8.
5. Klink A. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Keten zorg zwangerschap en geboorte. Kamerstuk. 16-7-2008.



Hoofdstuk 4

Foetale sterfte

Ashna Mohangoo, Anita Ravelli, Simone Buitendijk, Chantal Hukkelhoven, Greta Rijninks-van Driel, Pieter Tamminga en Jan Nijhuis

Uit het recent gepubliceerde artikel in het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde, dat gebaseerd is op het Peristat-II-onderzoek, blijkt dat Nederland in 2004 nog steeds een hoge foetale sterfte heeft vergeleken met andere Europese landen^[1]. De hoge foetale sterfte in Nederland uit Peristat-I leidde voornamelijk tot discussie over de Nederlandse positie in de Europese rangorde^[2]. Registratieverschillen, toevalsbevindingen en de thuisbevalling werden beschouwd als mogelijke verklaringen voor de hoge foetale sterfte in Nederland ten opzichte van andere landen. Met een tweede, ongunstige positie in de Europese rangorde is de discussie meer gericht op mogelijke verklaringen voor de hoge foetale sterfte in Nederland. De kans is klein dat de Nederlandse positie in de Europese rangorde een toevalstreffer is. Daarnaast hebben meer landen vergelijkbare gegevens aangeleverd. Verschillen in inclusiecriteria voor foetale sterfte zullen vooral effect hebben op de rangorde bij vroege zwangerschapsduur. Maar ook bij een vergelijking van de foetale sterfte vanaf latere zwangerschapsduur neemt Nederland een hoge positie in de Europese rangorde in^[1]. Vroeggeboorte, laag geboortegewicht en meerlingstatus zijn belangrijke risicofactoren voor foetale sterfte. In dit hoofdstuk gaan wij nader in op de bijdrage van deze risicofactoren aan de rangorde van de foetale sterfte in Europa. Daarnaast vergelijken wij de foetale sterfte in Peristat-II met die in Peristat-I.

Voor een nadere omschrijving van de auteurs, zie na het laatste hoofdstuk.

Correspondentieadres: ashna.mohangoo@tno.nl

Tweelingen

Percentage naar wijze van bevalling

Vaginaal			Keizersnede		
Spontaan	Instrumenteel	Totaal	Gepland	Spoed	Totaal
42,0	6,4	48,4	--	--	51,6
40,7	6,3	47,0	33,1	19,9	53,0
35,2	7,0	42,2	36,8	21,1	57,8
45,8	2,7	48,5	21,6	29,9	51,5
48,2	6,2	54,4	21,8	23,8	45,6
40,9	8,9	49,8	36,1	14,1	50,2
25,6	2,4	28,0	45,2	26,8	72,0
22,2	15,4	37,6	40,4	22,0	62,4
26,6	10,6	37,2	28,2	34,6	62,8
26,6	8,0	34,6	30,5	34,9	65,4
28,8	16,2	45,0	--	--	55,0
17,3	0,6	17,9	58,4	23,6	82,1
41,4	0,4	41,8	24,1	34,1	58,2
56,7	0,5	57,2	--	--	42,8
25,5	2,8	28,4	--	--	71,6
12,0	2,0	14,0	60,0	26,0	86,0
54,1	9,9	64,0	19,0	17,1	36,0
49,7	9,1	58,8	13,6	27,6	41,2
19,3	2,0	21,2	--	--	78,8
55,2	1,9	57,1	16,8	26,1	42,9
28,1	4,8	32,9	--	--	67,1
19,9	7,9	27,8	--	--	72,2
30,5	1,1	31,7	42,2	26,2	68,3
39,5	4,9	44,4	29,4	26,2	55,6

de wijze van bevalling naar meerlingstatus.

I aantal geboren).

6. Jonge A de, Goes BY van der, Ravelli ACJ, Moll BW, Nijhuis JG, Buitendijk SE. De relatie tussen geplande plaats van bevalling, perinatale uitkomsten en interventies bij vrouwen zonder verhoogd risico die à terme bevallen in de eerstelijns. TNO rapport 2008, rapportnummer Kvl/P&Z 2008.124.

7. Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis A van, Steegers EA, Tamminga P, et al. Perinatale sterfte in Nederland gedurende 2000-2006: risicofactoren en risicoselectie. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:2728-33.

8. Maassen MS, Hendrix MJC, Vugt HC van, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: primary versus secondary care. Birth 2008;35:277-82.

9. Alfireviz A, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labor. Cochrane Database Syst Rev 2006 (3): CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.

10. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Pal K van der, Prins M, Green J, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. Birth 2008;35:107-16.