



Hoofdstuk 10

Beschouwing

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

Bescheidenheid

Vijf jaar na de publicatie van de Peristat-I-studie zijn nu de resultaten van Peristat-II bekend. Vanwege het feit dat Nederland in Peristat-I de hoogste perinatale sterfte had van alle vijftien deelnemende landen, ging de belangstelling in de tweede ronde uiteraard ook vooral weer uit naar de sterfte rond de geboorte. Voordat de eerste analyses waren uitgevoerd, heerste nog het gevoel dat we deze keer wellicht meer in de middenmoot zouden uitkomen, met zo veel nieuwe deelnemers uit Oost-Europa. Het tweede onderzoek ging immers over 26 landen. Dat gevoel verdween snel toen de preliminaire resultaten verschenen. Ook in Peristat-II staat Nederland niet in de middenmoot, maar in de hogere regionen in negatieve zin. We kunnen nu niet meer hopen dat de resultaten op toevalsbevindingen berusten en dus niets zeggen over de werkelijkheid van de gezondheid van onze zwangere vrouwen en baby's en de effecten van ons beleid en onze zorg. Zoals in dit tijdschrift al is gezegd: Peristat-II heeft ons bescheidenheid geleerd.

Belang van internationale vergelijking

Maar het heeft ons nog veel meer geleerd. Zoals het belang van internationale vergelijking. Hadden we alleen onze Nederlandse cijfers bestudeerd, dan waren we mogelijk tevreden geweest met onze daling in perinatale sterfte. Nu moeten we ons afvragen waarom de perinatale sterfte in andere landen sneller daalt of doorgaat met dalen vanuit een gunstiger uitgangspositie dan die van ons. Het heeft ons ook geleerd hoe belangrijk het is om kritisch en met wetenschappelijke distantie te kijken naar het eigen verloskundig handelen. Jarenlang hebben we ons systeem voor lief genomen en niet de moeite genomen de effectiviteit ervan te bestuderen: we wisten immers dat we een geweldig systeem hadden! Nu hebben we te maken met grote hiaten in onze kennis en met gebrek aan onderbouwing, waardoor er te veel onbeantwoorde vragen zijn over het hoe en waarom van onze plek in de rangorde.

Beperkingen routinedataverzameling

Maar Peristat leert ons ook de beperkingen van routine-dataverzameling. De rapportage kan ons niet vertellen welke interventies onze verloskundige uitkomsten kunnen verbeteren. Hoogstens kunnen ze een richting aangeven voor verder onderzoek, dat vervolgens kan leiden tot aanpassingen in beleid. Sommige factoren, zoals sociaal-economische status en etniciteit, of tevredenheid van vrouwen met baring en postpartumperiode, maar ook de organisatie van de verloskundige zorg binnen een land, zijn nog niet goed te meten in Europees verband. Ze zijn heel belangrijk voor de vergelijking van uitkomsten en het bepalen van beleid, maar moeten nog veel verder worden ontwikkeld voordat ze op een zinvolle manier in een Peristat-rapportage kunnen worden meegenomen.

De Europese dataverzameling en rapportage voor Peristat is door de schaalgrootte onvoorstelbaar intensief. Er is door de internationale Peristat-stuurgroep een strenge selectie gemaakt op het aantal tabellen en grafieken dat is geproduceerd met de verzamelde indicatoren. Veel mogelijke tabellen zijn daarom niet opgenomen in het onderzoek. Ondanks dat ligt er een rapport van 280 pagina's^[1]. Het biedt voor ieder deelnemend land en voor alle andere geïnteresseerden unieke mogelijkheden tot spiegelinformatie en vergelijking voor een groot aantal perinatale uitkomsten. In dit tijdschrift zijn de meest relevante gegevens voor Nederland op een rijtje gezet.

We hebben in dit tijdschrift uitgebreid aandacht besteed aan de foetale en de neonatale sterfte, naar analogie van de manier waarop dat in het Peristat-rapport gebeurt. Over de gecombineerde uitkomst 'perinatale sterfte' is recent elders gerapporteerd^[2]. Nederland heeft vooral een hoge foetale sterfte bij een korte zwangerschapsduur, maar dat verklaart onze ongunstige positie wat betreft perinatale sterfte niet geheel. Ook bij de atermen zwangerschappen is de foetale sterfte relatief hoog. Wat betreft de neonatale sterfte lijkt het terughoudende Nederlandse IC-beleid bij een zwangerschapsduur tussen de 22,0 en 26,0 weken een rol te spelen. In 2004 werd nog geen actief beleid vanaf 25,0 weken gevoerd, en werd bij 24 weken nog geen IC aangeboden bij als redelijk geschatte overlevingskansen. Dat is nu wel het geval.

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

Correspondentieadres: simone.buitendijk@tno.nl

Ook bij langere zwangerschapsduur kan de terughoudendheid van neonatologen bij ernstige problemen een deel van de sterfte waarschijnlijk verklaren. Ook blijkt dat Nederland relatief veel levendgeboren baby's met anencefalie heeft ten opzichte van andere landen, hoewel daarbij moet worden opgemerkt dat maar een deel van de landen aangeboren afwijkingen heeft gerapporteerd. Ook dat kan een deels verklarende factor zijn. Een probleem met de huidige Peristat-rapportage is dat de foetale en neonatale sterfte alleen zijn afgezet tegen zwangerschapsduur, geboortegewicht en meerlingstatus. Hierdoor is het moeilijk de relatieve bijdrage van andere risicofactoren zoals leeftijd van de moeder, pariteit en etniciteit te bepalen.

Nederlandse moeders blijken relatief oud te zijn, relatief minder vaak drie of meer kinderen te krijgen en relatief vaak een meerlingzwangerschap te hebben. Al deze factoren kunnen van invloed zijn op ongunstige uitkomsten. Of een relatief hoog percentage etnische minderheden of laagopgeleide vrouwen invloed heeft op de Nederlandse plek in de Europese rangorde, kan helaas (nog) niet worden vastgesteld. Vergelijking van het percentage bevallingen na vruchtbaarheidsbehandelingen is met de huidige verzamelde cijfers niet mogelijk. Over het mogelijke effect daarvan is dus weinig of niets te zeggen. Nederlandse zwangere vrouwen roken gemiddeld frequent in de Europese rangorde. De helft van de rokers stopt niet tijdens de zwangerschap. Roken is een belangrijke en vermijdbare risicofactor voor slechte perinatale uitkomsten en er lijkt dus nog ruimte voor verbetering. Nederland behoort tot de middenmoot wat betreft starten met borstvoeding. Ook daar is nog veel te winnen, want Nederlandse vrouwen stoppen weer snel.

Ook wat betreft de moedersterfte zit Nederland in de middenmoot. Ernstige maternale morbiditeit blijkt een nog niet goed internationaal te vergelijken uitkomst, dus het is moeilijk te zeggen hoe Nederland daarin staat. Wat betreft de wijze waarop Nederlandse vrouwen bevallen, valt vooral het lage percentage keizersneden en inleidingen in Nederland op. Wat betreft het percentage vaginale kunstverlossingen bevindt Nederland zich niet in de laagste regionen.

Conclusie

Er blijven heel wat vragen open. Nederland scoort op sterfte rondom de geboorte slecht, maar op een aantal andere indicatoren in de middencategorie, of juist goed. Twee conclusies zijn duidelijk: we moeten ons zorgen maken over de relatief slechte sterfte-uitkomsten van zwangerschappen in Nederland en er moet onderzoek worden gedaan om te weten hoe het probleem moet

worden aangepakt. Gegevens van routinemonitoring zijn hooguit hypothesesgenererend en niet geschikt voor het bepalen van geschikte interventies. Een belangrijke eerste stap zou moeten zijn om met behulp van het Peristat-netwerk en de beschikbare methoden en infrastructuur dieper in te gaan op de verschillen in perinatale sterfte tussen Nederland en een aantal Europese landen waarmee we ons willen vergelijken. We kunnen dan veel meer moederlijke factoren meewegen dan voor de huidige Europese rapportage is gedaan, dieper ingaan op een aantal andere aspecten zoals zwangerschapsduur bij overlijden en een recenter registratiejaar gebruiken dan 2004. Dat zal voor de helderheid van het genereren van hypothesen een grote stap vooruit zijn.

Daarnaast kunnen de huidige data van alle verloskundigen, kinderartsen en gynaecologen verder worden benut voor het beantwoorden van vraagstellingen. De nieuw ontwikkelde perinatale dataset biedt nog meer onderzoeksmogelijkheden en moet zo snel mogelijk worden geïmplementeerd. Veel informatie wordt ook verwacht uit de perinatale audit die dit jaar van start gaat. Door een analyse van bijvoorbeeld at terme perinatale sterfte kan zichtbaar worden op welk niveau substandard-care-factoren het meest frequent voorkomen. Maar er zal meer moeten worden geïnvesteerd in onderzoek naar methoden om onze perinatale cijfers te verbeteren. Het is nu nog niet te zeggen of die in de preconceptieperiode moeten worden ingezet, of vroeg in de zwangerschap, of rondom de bevalling, of in de follow-upperiode, of die moeten liggen op het gebied van preventie of van verbetering van de zorglogistiek of in een combinatie van een aantal verschillende benaderingen. Zwangere vrouwen en baby's zijn in het onderzoek in Nederland te lang verwaarloosd. Het is tijd voor veel achterstallig onderhoud. ■

Literatuur

1. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. European Perinatal Health Report 2008. Via www.europeristat.com.
2. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II studie. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:2718-27.