

EEN EVALUATIE DIE PRIKKELT TOT VERDER ONDERZOEK

WETENSCHAP

Bespreking proefschrift

“Vroedvrouwen noch gynaecologen hebben reden tot tevredenheid, laat staan tot zelfgenoegzaamheid.” Tot deze weinig verhullende conclusie komt de Alkmaarse gynaecoloog Joke Bais in haar proefschrift ‘Risk selection and detection – a critical appraisal of the Dutch obstetric system’^[1]. Al blijkt de eerstelijns zwangeren met pathologie op tijd door te verwijzen, de medische indicatiestelling vindt zowel in de eerste- als in de tweedelijns lang niet altijd plaats conform de Verloskundige Indicielijst.

Marianne Amelink-Verburg

Bais’ proefschrift is de neerslag van een studie naar de kwaliteit van de risicoselectie in de verloskundige. De nadruk in het boek ligt op de trends in verwijzingen van eerste- naar tweedelijns en de uitkomsten van de risicoselectie voor moeder en kind in termen van interventies, morbiditeit en mortaliteit. Met behulp van de database die Bais gebruikte, nam ze vervolgens een aantal medische indicaties onder de loep. Hoewel deze hoofdstukken interessante conclusies opleveren (zie kader) vormen de hoofdstukken 3 en 4, over de risicoselectie, mijns inziens de kern van het verhaal.

Wormerveer

Bais’ onderzoek is als het ware een vervolg op de fameuze Wormerveer studie van de gynaecologen Martine Eskes en Dick Van Alten^[2]. Zij registreerden in de periode van 1969 tot 1983 de verloskundige gegevens van alle vrouwen die in de regio Wormerveer bevleeden. Deze regio werd qua populatie als representatief voor Nederland beschouwd. In die tijd, waarin nog geen Landelijke Verloskundige Registratie bestond, golden de ‘Wormerveercijfers’ dan ook voor

velen als ‘de Nederlandse cijfers’. Uit deze zelfde regio komen de verloskundige gegevens die Joke Bais nu, precies 15 jaar na Eskes,

presenteert. Drie verloskundigenpraktijken en het plaatselijke ziekenhuis (De Heel, Zaandam) registreerden in de periode 1990-1995 van alle 8031 zwangeren die zich aanmeldden een uitgebreide hoeveelheid gegevens over anamnese, verloop zwangerschap en baring en uitkomsten van moeder en kind. Interessant is dat twee verloskundigen die aan de studie meewerkten ook al in de Wormerveer studie participeerden (de collegae Minnesma en Derksen).



Marianne Amelink-Verburg is verloskundige-onderzoeker en verbonden aan TNO Preventie en Gezondheid te Leiden

De verzamelde, aan elkaar gekoppelde data vormen het zogenaamde ZAVIS-bestand dat 98 % van alle zwangeren in de regio in de periode 1990-1995 omvat. Oude cijfers dus, helaas. Maar niettemin interessant en actueel door de bevindingen die Bais eruit destilleert.

Ze deelde de vrouwen in groepen in: vrouwen met een laag risico die de hele zwangerschap, baring en kraambed onder begeleiding van de eerste lijn bleven; vrouwen met een primaire medische indicatie (met een verhoogd risico dat vóór 20 weken manifest werd); en vrouwen met een zogenoemde secundaire medische indicatie (die tijdens zwangerschap, baring of kraambed van eerste- naar tweede-lijn werden verwezen). Deze drie groepen vergeleek zij onderling om haar onderzoeksvragen te beantwoorden.

Al doende maakt ze nog weer verdere uitsplitsingen: de laag risicogroep bij 20 weken, de laag risicogroep aan het begin van de baring, aan het begin van de uitdrijving, aan het begin van het kraambed. Al deze groepen stratificeerde zij weer naar pariteit en vergeleek ze met de LVR-1, met de gegevens uit het al genoemde Wormerveer onderzoek en met gegevens van het OBINT-onderzoek van de gynaecologen Pel en Heres^[3].

Luilekkerland

Het boek van Joke Bais is een enorm luilekkerland voor wie van cijfers over verloskunde houdt. Het biedt een schat aan gegevens voor ieder die zich bewust is van het bijzondere verloskundige systeem in Nederland en van de noodzaak tot continue evaluatie. Maar je krijgt als lezer geen hapklare brokken die je er, al blade-rend, uit kunt prikken. Als je een percentage ziet, moet je steeds heel alert zijn over welke groep het

gaat. Een voorbeeld. Op pagina 43, bovenaan op de rechterpagina – de plek waar je oog bij doorbladeren het eerste op valt – staat dat van de groep nulliparae 59% tijdens de ontsluiting werd overgedragen. Na de eerste schrik blijkt dit te gaan over de verdeling ontsluiting/uitdrijving in de hele groep van durantu partu overgedragen nulli's: 59% tijdens de ontsluiting en 41% tijdens de uitdrijving. Hoe groot is het percentage overdrachten durante partu in ZAVIS dan wel? Dat hangt er van af welke subgroep je bekijkt: van alle nulliparae in de totale ZAVIS-groep is het 24%; van de nulliparae die bij 20 weken in de laag-risicogroep zaten is dat 28%,

alleen geïndiceerd is om foetale redenen, en dat het percentage episiotomieën dan hooguit 10 tot 20% zal zijn. Zo gezien is ook de 35% van ZAVIS extreem hoog. Totdat we de multi's erbij optellen (waarbij de verloskundige in 14% van de baringen onder haar leiding een episiotomie zette). Dan blijft voor de totale groep vrouwen die onder leiding van de verloskundige bevielen een episiotomie-percentage van 22% over, hetgeen redelijker overeenkomt met het 'aanbevolen' percentage uit de literatuur. Het boek moet dus gelezen worden met een helder hoofd, een markeerstift en af en toe een rekenmachine voor eigen berekeningen.



van de nulliparae die aan de baring begonnen onder leiding van de verloskundige is het 40%. Eenzelfde verwarring kan zich voordoen bij de uitkomstmaten, de episiotomie bijvoorbeeld. In het totale cohort ZAVIS-vrouwen met een kind in hoofdligging, kreeg 47% van de nulliparae een episiotomie. Een schokkend hoog getal. Wanneer we alleen kijken naar de groep vrouwen die aan de baring begonnen onder leiding van de vroedvrouw, daalt het percentage enigszins naar 45,5. Maar uiteindelijk gaat het natuurlijk om de nulli's die de baring ook werkelijk onder leiding van de verloskundige voltooiden, en waarin de verloskundige dus de keuze had al dan niet die knip te zetten. En in deze groep blijkt het percentage gereduceerd tot 35. Uit de literatuur weten we echter dat bij spontane atermen vaginale baringen een episiotomie

Verwijspercentages

Doordat Bais in haar databewerking dezelfde systematiek volgde als Martine Eskes indertijd, kan zij haar gegevens vergelijken met die van de Wormerveer studie. Zo wordt een trend van het percentage verwijzingen van 1969 tot 1995 zichtbaar. Opmerkelijk is dat het percentage verwijzingen tijdens de zwangerschap in de eerste periode weliswaar gestegen is van 18 naar 29 procent (nulliparae) en van 9 naar 14 procent (multiparae) maar dat het sinds 1983 vrijwel gelijk gebleven is. Het percentage overdrachten tijdens de baring is echter explosief gestegen: voor nulli's van 10% (1969) via 18% (1983) tot 31% (1995); voor multi's van 3% (1969) via 5,5% (1983) tot 10,5% (1995). De belangrijkste redenen voor overdracht waren niet vorderende baring en meconiumhoudend vruchtwater. Bais noemt de stijging

in overdrachten durante partu onthutsend en suggereert verschillende verklaringen, zoals toegenomen risicofactoren (leeftijd), verandering in indicaties (meconiumhoudend vruchtwater, pas sinds 1987 een medische indicatie) en veranderde attitude bij de zwangere en bij de zorgverlener. Ze pleit daarom onder andere voor counseling van zwangeren, die dankzij alle multimedia informatie denken dat ze alles weten en in de hand hebben of kunnen kopen, maar juist daardoor irreële verwachtingen hebben over de baring.

Uitkomsten

Met behulp van de verzamelde gegevens relateert Bais op een fraaie manier de risicoselectie aan verloskundige resultaten (interventies, maternale en neonatale morbiditeit en perinatale sterfte).

Uit de analyses van de verdeling van mortaliteit en morbiditeit in de verschillende groepen blijkt dat pathologie vooral voorkomt in de groep die tijdens de zwangerschap verwezen is. “Dit wijst op een goede risicoselectie door de eerste lijn”, aldus Bais' derde stelling. In feite gaat het hier over de vraag of vrouwen met verhoogd risico geïdentificeerd zijn en tweedelijns zorg krijgen.

Bais stelt in haar onderzoeksvragen ook de pendant van deze vraag, namelijk ‘worden alle zwangeren met een laag risico geïdentificeerd en krijgen zij eerstelijns zorg?’.

Voor deze vraag is altijd weinig aandacht geweest: de vraag of iets is nagelaten (onterecht niet verwezen) wordt immers gemakkelijker gesteld dan de vraag of er teveel is gedaan (onterecht wel verwezen). Bais laat zien dat de helft van de nulliparae met een primaire medische indicatie een indicatie had die niet conform de Verloskundige Indicatielijst was; bij de multi's was

Uit de ZAVIS-gegevens blijkt dat een hoog percentage groeivertraagde kinderen niet wordt herkend tijdens de zwangerschap. Uitwendig onderzoek had een slechte sensitiviteit, 28% voor ernstige SGA (≤ 2.3 percentiel) en 21% voor SGA (≤ 10 percentiel). De sensitiviteit van het verloskundig systeem als geheel (vermoeden van de vroedvrouw, verwijzing naar de gynaecoloog en echo onderzoek) om ernstige groeivertraging op te sporen was 53%, van SGA 37%. Dat houdt dus in dat de helft van de ernstig groeivertraagde kinderen niet werd opgespoord. Van alle gevallen van perinatale mortaliteit was 32% groeivertraagd, 6 daarvan werden niet gevonden tijdens prenatale zorg. Gegevens uit de literatuur bevestigen de lage sensitiviteit van uitwendig onderzoek als screening test voor intra-uteriene groeivertraging. Helaas blijken diverse strategieën als routine echo's het opsporingspercentage niet te verbeteren, noch de perinatale morbiditeit en mortaliteit. (Uit: samenvatting proefschrift)

Een punt waar wel ruimte voor verbetering bestaat, is de hoeveelheid bloedverlies bij de moeder tijdens de bevalling. Er is een duidelijk hogere kans op het verlies van een grote hoeveelheid bloed als de geboorte van de placenta meer dan dertig minuten op zich laat wachten. In de verloskundigenopleiding wordt nu nog geleerd dat een nageboortetijdperk van een uur normaal is en dat je pas daarna doorverwijst naar de tweedelijns. Bais pleit ervoor dat doorverwijzing al na een half uur wordt overwogen, zeker bij een thuisbevalling. (Uit: persbericht AMC, 27 oktober 2004)

dat een kwart. Het betreft hier in totaal 550 vrouwen (van de totale groep van 8031) die ten onrechte in de tweede lijn begonnen (al dan niet na verwijzing door de eerste lijn). De berisping in de eerste zin van dit stuk betreft dan ook onder andere deze bevinding. Dit is mijns inziens echter slechts een deel van het antwoord op de vraag naar de zorg voor vrouwen met een laag risico. Immers, hoeveel vrouwen die later in het traject verwezen werden, hoorden eveneens eigenlijk toch in de eerstelijns thuis? De noodzaak tot het beantwoorden van deze vraag blijft, ook na het boek van Joke Bais, keihard overeind – en is in feite alleen maar dringender geworden. De beurt is nu aan verloskundigen om die handschoen op te nemen! □

Literatuur

1. J.M.J. Bais. *Risk Selection and Detection. A critical appraisal of the Dutch obstetric system. Academisch proefschrift. November 2004, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.*
2. M. Eskes. *Het Wormerveer onderzoek. Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk. Academisch proefschrift. November 1989, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.*
3. M.Pel, M.H.B. Heres. *OBINT. A study of obstetric intervention. Academisch proefschrift. Juni 1995, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.*