

Kennisagenda Zwangerschap en Geboorte

Europese cijfers nopen tot onderzoek

Maarten Evenblij

De Nederlandse cijfers over een gezonde zwangerschap, een gezond kind en een gezonde moeder blijven achter bij die in de meeste Europese landen. ZonMw gaf daarom het Erasmus MC opdracht voor een Signalementsstudie 'Zwangerschap en Geboorte' en stelde een bijbehorende Onderzoeksagenda op. Deze verschenen in juni. Eerder al publiceerden de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) ieder een eigen kennisagenda. Het opstellen van deze vier documenten heeft, ook in de media, het nodige stof doen opwaaien. Deskundigen bleken van mening te verschillen over de betekenis van cijfers en over de kennis die nodig is om de Nederlandse situatie te verbeteren. Reden om, nu het stof van de zomer is weggeregend, na te praten met arts-epidemioloog prof. dr. Simone Buitendijk en gynaecoloog prof. dr. Eric Steegers, onder leiding van prof. dr. Paul van der Maas.

Allereerst vraagt Van der Maas of de sterfte in Nederland te hoog is vergeleken bij de ons omringende landen. Buitendijk vindt deze wel hoog, maar niet op voorhand

Dit is een dubbelinterview; een gesprek tussen Simone Buitendijk en Eric Steegers dat in opdracht van ZonMw gemaakt is. In overleg met ZonMw kwam het tot een dubbelplaatsing in Mediator en Tijdschrift voor Verloskundigen.

elkaar. Honderd baby's meer of minder scheelt veel in de rangorde. We moeten die cijfers beter bekijken, voordat we constateren dat ze te hoog zijn en gaan proberen er iets aan te doen', constateert Buitendijk.

Steegers is het daar niet mee eens. Hij vindt de cijfers wel te hoog. De oudere leeftijd van de moeders, het relatief hoge percentage meerlingen, de grote groep allochtonen en het terughoudende screeningsbeleid in Nederland lijken de verschillen niet te kunnen verklaren, stelt hij: 'Misschien is registratie een factor, maar kijk ik naar kinderen boven de vijf pond, wat geen arbitraire grens is, heeft Nederland een dertig, veertig procent hogere sterfte dan België. Ik kan geen goede argumenten vinden, waarom dat niet voor verbetering vatbaar is.' Registratieverschillen verklaren ook niet de opvallend hoge foetale sterfte in Nederland en er zijn grote verschillen tussen subgroepen. Alleen al daarom constateert Steegers dat de sterfte en ziekte te hoog zijn. 'Die moeten door

Buitendijk: 'De sterftcijfers van veel landen liggen dicht bij elkaar. Honderd baby's meer of minder scheelt veel in de rangorde. We moeten die cijfers beter bekijken, voordat we constateren dat ze te hoog zijn en gaan proberen er iets aan te doen.'

té hoog. 'Dat suggereert dat je er iets aan zou kunnen doen met beleid. Dat de Nederlandse cijfers hoog zijn, kan overal aan liggen.' Is er vertekening door registratieverschillen in het spel? Wordt bijvoorbeeld als afkappunt voor de perinatale sterfte 500 gram genomen of 22 weken, hoe worden abortussen na de 22ste week meegerekend, komen wel alle regio's in de statistieken voor? 'De sterftcijfers van veel landen liggen dicht bij

preventie en interventie naar beneden kunnen. Daarnaast moeten we eventuele risicofactoren of oorzaken in de zorg onderzoeken. Armoede en sociaal-economische achterstand zijn ondubbelzinnig oorzaken van slechtere uitkomsten van de zwangerschap en bevalling, zeker in de grote steden. Ook doen we in de zorg onvoldoende aan preventie. De absolute aantallen moeten echt naar beneden.'

Meer medische kennis

Buitendijk en Steegers kunnen elkaar vinden in de constatering dat sterfte slechts het topje van een ijsberg is en dat een slechte start, zoals een laag geboortegewicht, voor kinderen bijna niet meer is in te halen. Buitendijk denkt ook dat de cijfers beter zouden kunnen worden door een betere public health en het verminderen van sociaal-economische achterstanden. 'Maar ik geloof minder in het effect van medische interventies. En ik ben nog niet toe aan de conclusie dat de oorzaak ligt bij de

niet valt te voorspellen, begrijpt ze niet wat het verschuiven van de criteria voor een tweedelijns bevalling van 36 naar 37 weken zou verbeteren. 'Die denktrant suggereert dat als die vrouwen maar in de tweedelijns waren bevallen, er geen problemen zouden zijn. Dat is natuurlijk niet waar.'

Meer bevallingen in eerstelijns?

Van der Maas suggereert dat een betere risicoselectie en het eerder betrekken van de tweedelijns misschien niet garandeert dat de zwangerschap wel goed afloopt, maar

Steegers: 'Verloskundigen en gynaecologen hebben ook weinig gereedschap daarvoor, in het bijzonder niet rond leefstijlgerelateerde en sociaal- economische risicofactoren.'

verloskundige zorg in Nederland. Belangrijke oorzaken van een slechte uitkomst van de geboorte zijn congenitale afwijkingen, vroeggeboorte en groeivertraging. Daaraan moet je dus al zeer vroeg iets doen. Dat ligt vooral vóór de conceptie. Klinisch kun je hier de oorlog niet winnen.' Steegers pleit niet zozeer voor meer medische interventies, maar voor het inbrengen van meer medische kennis in de hele keten. En ook voor public health, zoals de periode voor de conceptie (preconceptie), de vroege zwangerschap, de plaats van bevallen. 'Daarvoor hebben verloskundigen en gynaecologen weinig aandacht, ook niet in de opleiding. Ze hebben ook weinig gereedschap daarvoor, in het bijzonder niet rond leefstijlgerelateerde en sociaal- economische risicofactoren.' Maar Steegers' zorgen liggen niet louter vóór de conceptie. Hij denkt dat het unieke systeem van verloskunde decennialang heeft bijgedragen aan de koppositie van Nederland, maar dat de magie is uitgewerkt. 'Willen we nu verder komen, dan moet de keten beter gaan functioneren, wat betreft de selectie van risico's. Dat betekent niet dat de zorgverleners het verkeerd doen, maar dat het systeem onvoldoende deugt.'

Steegers somt enkele omissies op, zoals dat niet alle zwangere vrouwen op tijd in zorg komen (soms pas na de 14e, zelfs de 20ste week) en dat veertig procent van de groeivertragingen niet bij de verloskundige wordt gedetecteerd. 'Een bevalling bij 37 weken geeft zoveel meer risico's voor het kind, dat we beter moeten kijken hoe daarmee in de keten moet worden omgegaan. Meer dan veertig procent van de grootste groep, de autochtone relatief jonge vrouwen, wordt tijdens hun eerste bevalling verwezen naar de tweedelijns. Dat betekent ook dat de risicoselectie niet goed functioneert. Ik realiseer mij dat daarvoor geen simpele oplossingen zijn', constateert Steegers. Buitendijk heeft bedenkingen. Afgezien van het feit dat een vroeggeboorte binnen de verloskundige zorg

wel dat het maximale is gedaan. Buitendijk constateert dat de stand van de wetenschap daarvoor onvoldoende ver is en dat slechts een klein deel van de kinderen sterft bij een bevalling die in de eerstelijns begon en in de tweedelijns eindigde. Steegers vindt dat groeivertraging, de belangrijkste oorzaak van foetale sterfte, heel goed in de tweedelijns kan worden gevolgd. 'Het gaat mij er niet om of de verloskundige het niet beter kan doen, maar dat een kind met een groeivertraging of een congenitale afwijking in de tweedelijns thuis hoort.' Hij vraagt zich ook af hoe groeivertraging en vroeggeboorten beter op maat voorspeld kunnen worden. Daarvoor zijn handvatten. 'Het medische indicatielijstje voor verwijzing naar de tweedelijns is veel te rigide. We zouden meer integratie van kennis in de hele keten moeten bewerkstelligen. Een huisarts verwijst slechts 5 procent van zijn patiënten. Maar in de verloskunde blijft slechts een derde van de vrouwen in de eerstelijns.'

Buitendijk wijst erop dat het gros van de verwijzingen tijdens de bevalling geschiedt vanwege behoefte aan pijnstilling en doordat de ontsluiting niet vordert. 'Veel vrouwen vinden het fijn om een deel van de bevalling thuis te doen. Hoe erg is het om tijdens de bevalling te worden verwezen? In slechts 3,6 procent van de gevallen gebeurt dat met spoed.'

Als wordt gepropageerd meer te gaan verwijzen, betekent dat een zeer grote inspanning voor de paar sterfgevallen door groeivertraging die je daardoor wellicht kunt voorkomen, vreest Buitendijk. 'Met meer monitoring zullen veel meer vrouwen in de tweedelijns bevallen.' Dat hoeft niet zo te zijn, werpt Steegers tegen. 'Een betere risicoselectie in de keten leidt er wellicht toe dat juist meer vrouwen in de eerstelijns bevallen, doordat je alleen de gynaecoloog inschakelt voor vrouwen bij wie dat nodig is. De rest bevalt bij de verloskundige. Die is veel beter in care, wij zijn beter in cure.'

Dit leent dit zich bij uitstek voor een praktijkonderzoek in de hele keten, denkt Van der Maas. 'Graag!', zegt Buitendijk. 'Die ketenzorg moet beter, maar niet vanuit het idee dat de verloskundigen het niet goed zouden doen en het alleen beter gaat als de tweedelijner er bovenop zit.' Steegers: 'De verloskundigen hebben niet de juiste instrumenten gekregen. Laat ze die krijgen en dan onderzoeken wat het effect daarvan is op de geboortevlakkomsten.' Van der Maas ziet alle aanleiding voor onderzoek naar de rol van de tweedelijner in de eerstelijner en proeft consensus voor een praktijkexperiment in de zorgketen, met thuisbevalling, de eerstelijner, de tweede- en derdelijner. En met bijzondere aandacht voor de logistiek, de kosten en wat vrouwen ervan vinden. 'Om echt samen tot conclusies te kunnen komen, zijn een paar van zulke experimenten met een voldoende grote schaal nodig.'



Preconceptie en vroege zwangerschap

Andere noodzakelijk te ontwikkelen kennis ligt op het terrein van de vroege processen. Het vroege embryo en de placenta zijn immers bepalend voor de afloop van de zwangerschap. Onbekend zijn de relaties tussen erfelijke aanleg en roken, alcoholconsumptie, medicijnen, voeding. Moet dat, gezien het beperkte budget, worden onderzocht met fundamentele studies of praktijkexperi-

menten? Steegers: 'Experimenten in de public health zijn belangrijk. Die leveren misschien wel snel effect. Voor de relatie tussen voeding en de embryonale ontwikkeling zijn inmiddels veel wetenschappelijke gegevens die interventies rechtvaardigen. Dat is iets waarbij de verloskundigen veel meer betrokken zouden kunnen worden.' Buitendijk sluit zich daarbij aan. 'Met een gering budget en weinig tijd zou ik vooral inzetten op de implementatie van wat we al weten. Nederland heeft een uniek zorgsysteem rond zwangerschap en geboorte. Laten we daar vooral gebruik van maken met zorggerelateerde onderzoeksprojecten.'

Voor de middellange termijn verwachten de discussianten een zorgverbetering vooral bij preconceptie en vroege zwangerschap. Daarbij gaat het om meer dan stoppen met roken, ook om bijvoorbeeld voeding. Steegers: 'Het mooie is dat de verloskunde van een heel mechanisch beroep is geworden tot een vak waar de gezondheid van de vrouw en het kind centraal staat.' Buitendijk constateert dat ook zaken als hechting en binding van moeder en kind effect hebben op de ontwikkeling en gezondheid van het kind. 'Angst, paniek, gebrek aan controle van de zwangere vrouw hebben een negatieve invloed. Daarop moeten we als zorgverleners ook meer letten', vindt ze. Voor Van der Maas is dat een mooie afsluiting: 'Dit gesprek illustreert hoe urgent de aanpak van de onderzoeksagenda is. Wat zit er achter de internationale verschillen, hoe passen we reeds bestaande kennis beter toe, en hoe maken we nieuwe kennis voor een betere preconceptiezorg?' Buitendijk beaamt dat: 'Ook al heb ik twijfels, we moeten toch onderzoeken of het in Nederland zo slecht gaat. Daarbij moet de nadruk liggen op de overeenstemming tussen de diverse beroepsgroepen.'

Prof. dr. Paul van der Maas is emeritus hoogleraar Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit en voormalig voorzitter van de Raad voor Gezondheidsonderzoek. Prof. dr. Simone Buitendijk is hoogleraar Eerstelijns Verloskunde en Ketenzorg op de door de KNOV bij de Universiteit van Amsterdam ingestelde bijzondere leerstoel. Daarnaast bezet Buitendijk, werkzaam bij TNO Preventie en Gezondheid in Leiden, de door TNO ingestelde bijzondere leerstoel Integrale Preventieve Gezondheidszorg voor Kinderen aan de Universiteit Leiden. Prof. dr. Eric Steegers is hoogleraar Verloskunde en Perinatale Geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en een van de auteurs van de Signalementsstudie 'Zwangerschap en Geboorte' van ZonMw. ■