

Perinatale sterfte in Nederland: de tweede analyse

Referaat

Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: A secondary analysis of Euro-PERISTAT data^[1]

Joke Koelewijn

In 2003 en opnieuw in 2008 werd de Nederlandse verloskunde opgeschrikt door de Peristat-cijfers, waaruit bleek dat Nederland zowel in 1999 als in 2004 een relatief hoge perinatale sterfte had, vergeleken met andere Europese landen. De auteurs van de Peristat-rapporten waarschuwden tegen het al te snel trekken van conclusies over de kwaliteit van zorg in de verschillende landen, vanwege verschillen in de definities van perinatale sterfte, in de kwaliteit van de aangeleverde data en in de compleetheid daarvan. Er is vooral verschil in de zwangerschapsduur waarbij de registratie begint. Peristat verzamelt data vanaf 22 weken, maar sommige landen registreren pas vanaf 24 weken, vanaf 28 weken of vanaf een geboortegewicht van 500 gram. Ondanks deze waarschuwingen kregen de Peristat-cijfers veel aandacht en al snel werden er vraagtekens geplaatst bij de veiligheid van het Nederlandse verloskundige systeem.

De Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)^[2] adviseerde onlangs een ziekenhuisbevalling voor alle nulliparae. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepleitte vervolgens de oprichting van geboortecentra, waarin verloskundigen nauw samenwerken met gynaecologen^[3]. Dergelijk beleid maakt het Nederlandse vrouwen moeilijker om in de toekomst zelf de plaats van bevalling te blijven kiezen. Daarnaast hebben de ontwikkelingen in Nederland sterke invloed op de verloskundige zorg in andere westerse landen, zoals Canada, Engeland en Nieuw-Zeeland, waar veranderingen in de verloskundige zorg zijn ingevoerd, geïnspireerd door het Nederlandse voorbeeld. Daarom is

het volgens de Jonge et al nodig de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan de roep om verandering in Nederland nader te onderzoeken.

Omdat een bevalling onder eerstelijns zorg alleen mogelijk is in de atermen periode richt dit onderzoek zich in de eerste plaats op de cijfers over de atermen perinatale sterfte. Als het Nederlandse systeem de oorzaak zou zijn van de relatief hoge sterfte, dan zou dat immers vooral hierin tot uiting moeten komen. In de tweede plaats onderzochten zij of de verschillen tussen landen statistisch significant waren. Als dat niet het geval zou zijn, kunnen de verschillen immers ook worden toegeschreven aan toevalsvariatie.

Het onderzoek betreft een secundaire analyse van de Peristat-data over 2004.

Resultaten

In figuur 1 zijn de *overall* perinatale-sterftecijfers weergegeven van 28 landen. Cyprus leverde geen cijfers aan over foetale sterfte en is daarom buiten beschouwing gelaten. Nederland is in de figuur als referentiegroep genomen met een Odds Ratio (OR) van 1, weergegeven door de verticale lijn. Om alle OR's zijn 95%-betrouwbaarheidsintervallen berekend. We zien dat alleen Frankrijk en Letland in 2004 een hogere perinatale sterfte hadden dan Nederland. Deze verschillen zijn significant; de betrouwbaarheidsintervallen liggen rechts van de verticale lijn. De sterfte in Litouwen, Schotland, Noord-Ierland en Malta was weliswaar lager dan in Nederland, maar deze verschillen waren niet significant. De andere 22 landen scoorden significant lager dan Nederland.

De volgende figuur 2 gaat alleen over de atermen sterfte. Van een aantal landen (Engeland-Wales, Slowakije, Griekenland, Frankrijk, Italië en Hongarije) bleken niet de juiste data beschikbaar te zijn om de perinatale sterfte naar zwangerschapsduur te kunnen bepalen, zodat de atermen sterfte niet berekend kon worden. Luxemburg

Dr. Joke Koelewijn is verloskundige n.p. en vervult een aantal functies op het gebied van onderwijs en onderzoek

had minder dan tien atermen sterftes en werd ook buiten beschouwing gelaten. Er bleven dus 21 landen over voor de vergelijking. Hier zien we een ander beeld dan bij de totale sterfte. De atermen sterfte varieerde van 5,1/1000 in Letland tot 1,36/1000 in Duitsland; in Nederland was deze 3,23/1000. Letland en Denemarken hadden een significant hogere perinatale sterfte dan Nederland; Estland, Litouwen, Malta, Schotland, Ierland, Zweden en Brussel lieten geen significant verschil zien, terwijl de resterende elf landen significant lager scoorden.

Overigens is de sterfte < 28 weken in Nederland de hoogste van alle Europese landen.

Discussie

De ranking van Nederland in de atermen perinatale sterfte valt wat beter uit dan de ranking in de totale sterfte. De atermen sterfte in Nederland is vergelijkbaar met die in veel andere landen met nauwelijks eerstelijns en thuisbevallingen, zoals Denemarken en Zweden. In deze landen zijn er net als in Nederland veel vrouwen die roken en in beide landen is prenatale screening op aangeboren afwijkingen pas in 2004 ingevoerd. Deze cijfers suggereren dat

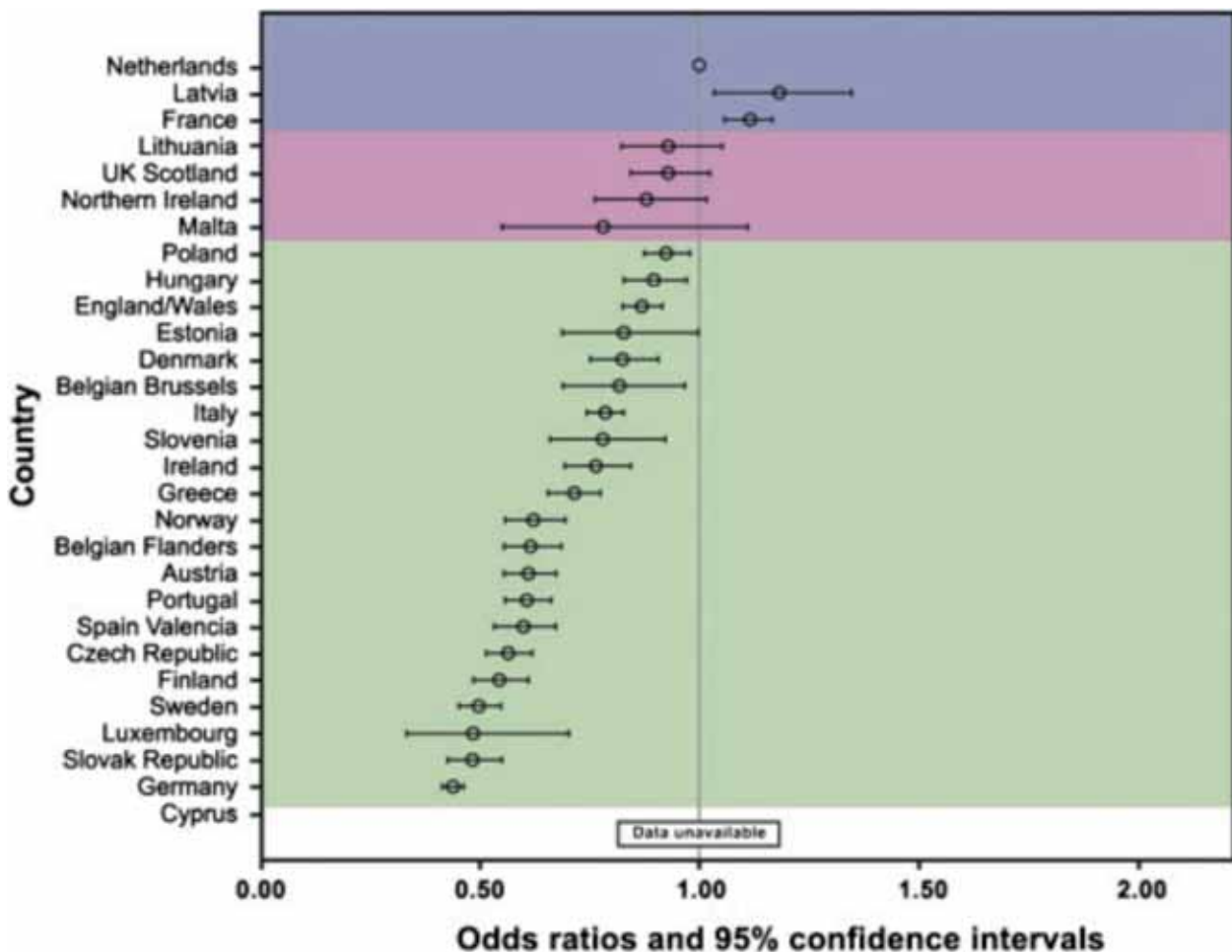
het Nederlandse zorgsysteem veel minder van invloed is dan andere risicofactoren.

Opvallend noemen de auteurs de hoge perinatale sterfte in Nederland < 28 weken. Maatregelen om de premature sterfte te verminderen zullen daarom het meeste effect sorteren, waaronder ook de invoering van de screening op congenitale afwijkingen (75% van deze kinderen wordt prematuur geboren). Dat neemt niet weg dat ook de atermen sterfte aandacht verdient. De laatste jaren is deze in Nederland al aanzienlijk gedaald.^[4]

De auteurs concluderen dat eerstelijns bevallingen en thuisbevallingen niet de belangrijkste factor lijken te zijn die de relatief hoge ranking van Nederland verklaren. De Peristat-gegevens moeten dan ook niet gebruikt worden om veranderingen in het zorgsysteem in te voeren die het vrouwen onmogelijk maken voor een thuisbevalling te kiezen, terwijl de voordelen van deze voorgestelde veranderingen onzeker zijn.

De onderzoekers hebben een inzichtgevende analyse gedaan. Wel moet er een kanttekening geplaatst worden bij het berekenen van de betrouwbaarheidsintervallen rondom de sterftecijfers. De auteurs motiveren deze stap met het feit dat toeval een rol kan spelen. Dat betekent

Figuur 1. Overall perinatale sterftecijfers in 28 landen



dus dat zij 2004 als een steekproef beschouwen voor een groter aantal jaren. Dat verandert echter de cijfers over 2004 en de ranking van Nederland in dát jaar niet. Ook in 1999 zat Nederland hoog in de ranking. De analyse zou aan kracht gewonnen hebben als het mogelijk was geweest de betrouwbaarheidsintervallen te berekenen op basis van een combinatie van de cijfers van 1999 en 2004. Dat is wellicht een lastige, en misschien wel onmogelijke, exercitie en mogelijk participeerde in 1999 veel minder landen in Peristat.

Misschien nog wel belangrijker is de vraag wat de klinische relevantie is van de gevonden verschillen. Het verschil in atermen sterfte tussen Nederland en Duitsland (het laagste scorende land) in 2004 was bijvoorbeeld 1,87/1000. Dat betekent op 165.707 atermen geboortes in 2004 een verschil van 310 perinatale sterftes. Het verschil met Zweden zou 73 sterftes zijn. De vraag is welk verschil we relevant vinden.

Het wachten is op de nieuwe Peristatcijfers die vanaf 22 mei 2013 verwacht worden. ■

Literatuur

- [1] De Jonge A, Baron R, Westerneng M, Twisk J, Hutton EK. Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: A secondary analysis of EuroPERISTAT data. *Midwifery* 2013 Apr 10. pii: S0266-6138(13)00073-9. doi: 10.1016/j.midw.2013.02.005. [Epub ahead of print]
- [2] NVOG, 2011. Integrale verloskundige zorg in Nederland. Een stap verder. Visie NVOG.
- [3] Minister van VWS (E.I. Schippers), 2011. Antwoord op brief NVOG 'Een stap Verder'. 21-11-2011.
- [4] Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). A termen sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht, 2011.

Figuur 2. Atermen sterfte in 20 landen

