



Perinatale sterfte vooral buiten kantooruren sterk afgenomen

Verloskundige zorg veiliger dan gedacht

Loes van der Leeuw-Harmsen,
gynaecoloog, Deventer
Ziekenhuis

dr. Hans Schaaf,
medisch bedrijfskundige

Correspondentieadres:
harmse.nl@dz.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Loes van der Leeuw-Harmsen
is voorzitter van de stichting
Perinatale Registratie Neder-
land. Haar bijdrage aan dit
artikel is op persoonlijke titel.

beeld: Corbis

Nog steeds heerst het idee dat de obstetrische zorg in de avond, nacht en weekenden te wensen overlaat. De perinatale sterftcijfers geven echter al jaren een geheel ander beeld. Grootschalige ingrepen in het verloskundig zorgsysteem zijn dan ook niet op zijn plaats.

Sinds het verschijnen van het veelbesproken artikel 'Beter baren' (MC 3/2008: 96) wordt het tekortschieten van de obstetrische zorg buiten kantooruren in brede kring als een vaststaand feit beschouwd. De gebruikelijke verklaring hiervoor is dat de verloskundige zorg op die momenten vaak wordt geleverd door onervaren arts-assistenten met onvoldoende supervisie. De voorgestane oplossing is even eenvoudig als ingrijpend: om 's nachts dezelfde kwaliteit te bieden als overdag moet er 7x24

uur een wakkere gynaecoloog in het ziekenhuis aanwezig zijn en dat maakt concentratie van de obstetrische zorg onvermijdelijk.^{1 2} Vooralsnog ontbreken echter de politieke wil en de benodigde middelen voor de uitvoering van deze oplossingsrichting.³ Een extra reden om de feiten die bepalend zijn geweest voor de beeldvorming over de veiligheid op obstetrische afdelingen nog eens op een rij te zetten. Visser en Steegers hebben hun conclusies in 'Beter baren' indertijd gebaseerd op een onderzoek

naar ‘dag-nachtverschillen’ in perinatale sterfte. Daartoe hebben zij gebruikgemaakt van de bestanden 2000-2004 van de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). Hieruit hebben zij alle ziekenhuisgeboorten geselecteerd met een zwangerschapsduur van minimaal 34 weken. Na uitsluiting van de inleidingen en primaire keizersneden waren dat ruim 380.000 geboorten. De intrapartum en neonatale sterfte tijdens de nachtelijke uren bleek op werkdagen 23 procent hoger dan overdag, in het weekend 10 procent. Beide auteurs hebben naderhand geparticipeerd in een breder opgezet soortgelijk onderzoek van De Graaf e.a. waarvoor de PRN-bestanden 2000-2006 zijn gebruikt.⁴ De conclusie daarvan was hetzelfde: in de tweede/derde lijn is de perinatale sterfte tijdens de nachtelijke uren significant hoger dan overdag.

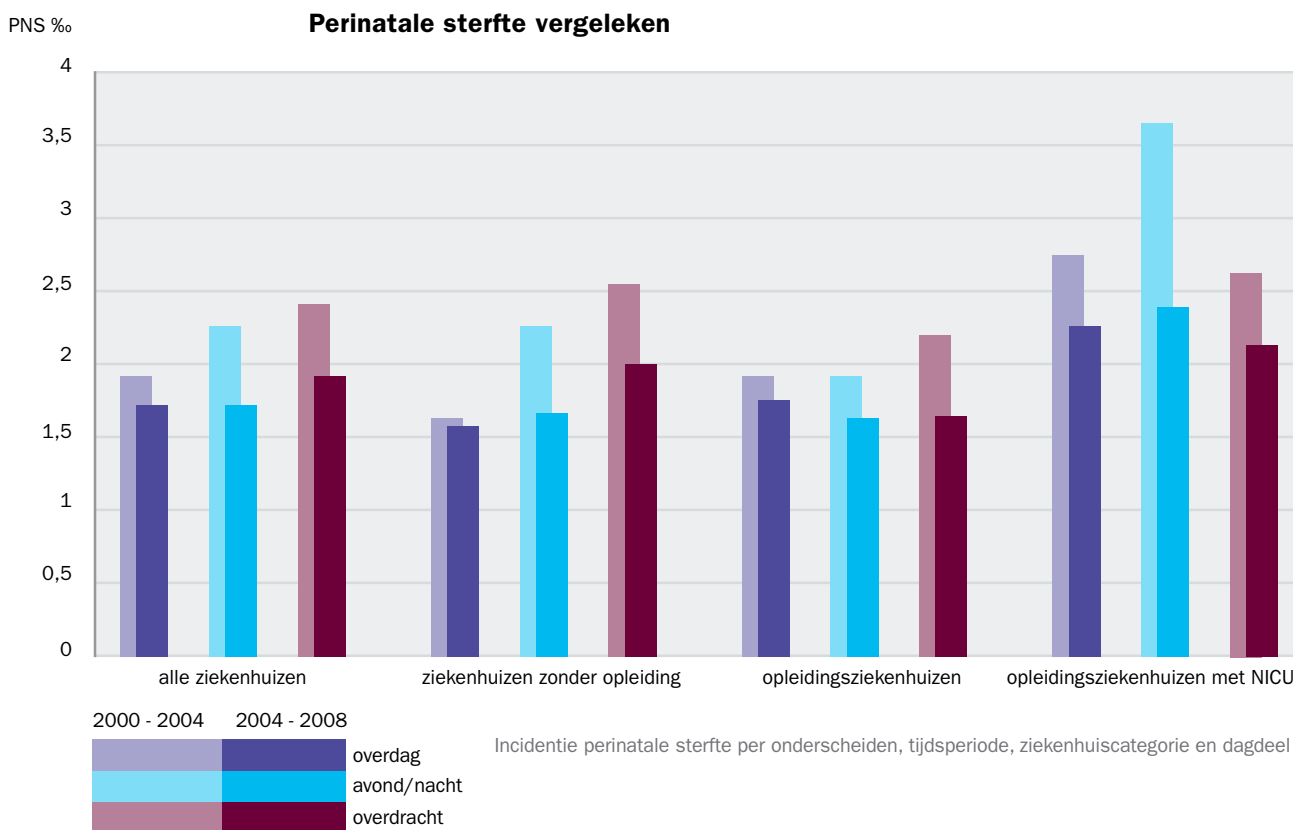
Prestaties

De publieke belangstelling voor perinatale sterfte (PNS) komt voort uit het gebruik van de PNS-incidentie als indicator voor de kwaliteit van de verloskundige zorg in internationaal perspectief.^{5 6} Daarnaast wordt de PNS-incidentie gebruikt om de prestaties van het

Nederlandse verloskundige zorgsysteem in de tijd te volgen. Tegelijkertijd is het terugdringen van de perinatale sterfte uiteraard een doel op zich. In dat kader is het begrijpelijk dat de PNS-incidentie intussen ook een middel is om de prestaties te vergelijken van de verschillende professioneel-organisatorische contexten waarin baringen plaatsvinden; bijvoorbeeld de context van de avond en nacht versus die van overdag. Aan het gebruik van perinatale sterfecijfers als maatstaf voor de kwaliteit en veiligheid van verloskundige zorg kleven echter ook bezwaren. Zo leert de ervaring dat casuïstiek en statistiek in het publieke debat gemakkelijk worden verward.

Vergelijking

Bij vergelijking van de tijdsperioden 2000-2004 en 2004-2008 valt allereerst op dat het aantal STEL-geboorten (spontaan in partu, à terme, eenling, levend kind bij begin baring) in de tweede/derde lijn licht is toegenomen, ondanks het kleinere totaalaantal à terme geboorten. Tegelijkertijd neemt de PNS-incidentie (intrapartum en neonatale sterfte) in deze patiëntengroep met 18 procent af. In lijn met ‘Beter baren’



SAMENVATTING

- Al jaren geleden is de perinatale sterfte vooral bij de geboorten buiten kantooruren sterk afgenomen.
- Toch heerst sinds het artikel 'Beter baren' (2008) nog steeds het idee dat de obstetrische zorg in de avond, nacht en weekenden tekortschiet.
- De perinatale sterftecijfers geven geen aanleiding tot grote ingrepen als concentratie van de obstetrische zorg.

blijkt er in de eerste tijdsperiode sprake te zijn van een 20 procent hogere perinatale sterfte in de patiëntengroep die tijdens de avond/nacht aan de uitdrijving begint dan in de 'overdag-groep' (referentiegroep) (zie *figuur* op blz. 253). Het verschil tussen de 'overdrachtgroep' (tussen 6.00 en 9.00 uur en 16.00 en 19.00 uur) en de referentiegroep is met 27 procent zelfs nog wat groter. Vooral de ziekenhuizen zonder opleiding obstetrie & gynaecologie blijken verantwoordelijk te zijn voor deze significante verschillen in PNS-incidentie. Het verschil van de 'avond-/nachtgroep' met de referentiegroep is hier 35 procent en van de 'overdrachtgroep' zelfs 50 procent. In de ziekenhuizen mét opleiding daarentegen is in het geheel geen sprake van significante verschillen.

In de tweede tijdsperiode is er opmerkelijk genoeg geen enkel significant verschil meer in PNS-incidentie tussen de dagdelen. De afname van de PNS-incidentie zit vooral in de 'avond-/nachtgroepen' en de 'overdrachtgroepen'. Bij de 'avond-/nachtgroepen' van de ziekenhuizen zonder opleiding en de opleidingsziekenhuizen met NICU is de afname het sterkst, respectievelijk 25 en 34 procent. In de 'overdag-groepen' van alle drie de ziekenhuis-categorieën (zonder opleiding, met opleiding, en met opleiding én NICU) is de PNS-incidentie veel minder afgenomen.

Schokeffect

De feiten spreken voor zich. Ten tijde van het verschijnen van 'Beter baren' was er in geen van de onderscheiden ziekenhuiscategorieën nog sprake van een significant 'dag-nachtverschil' in perinatale sterfte. De beeldvorming moet dus grondig worden herzien.

Al geruime tijd voordat Visser en Steegers in 'Beter baren' de noodklok luiden, zijn er in de ziekenhuizen veranderingen in gang gezet die de kwaliteit en veiligheid van de obstetrische zorg positief hebben beïnvloed. Zo is het aantal

ziekenhuizen dat klinisch werkzame verloskundigen in dienst heeft het afgelopen decennium verdubbeld van veertig naar tachtig.⁷ Verondersteld mag worden dat deze kwaliteitsimpuls met name in de ziekenhuizen zonder opleiding buiten kantooruren een positieve uitwerking op de patiëntveiligheid heeft gehad. Denkbaar is eveneens dat het schokeffect van de opeenvolgende Peristat-publicaties in 2003 en 2008 'als vanzelf' tot een meer professionele attitude van de betrokken zorgprofessionals heeft geleid.^{5 6}

Verder is het aannemelijk dat de toenemende aandacht voor de culturele aspecten van de professioneel-organisatorische context – zoals samenwerking, communicatie en reflectie – op zich al een gunstig effect heeft op de kwaliteit van zorg.

Kwaliteitsimpuls

Illustratief voor de kwaliteitsimpuls die de discussie over de perinatale sterftecijfers teweeg heeft gebracht, zijn de vele aanbevelingen die de Stuurgroep zwangerschap en geboorte eind 2009 heeft gedaan om de kwaliteit van de verloskundige zorg te verbeteren.⁸ In het verlengde daarvan zijn er inmiddels in het hele land regionale verloskundige consortia tot stand gekomen om verbeteringen te ontwikkelen en te evalueren. Dit evalueren moet dan echter wel zinvol zijn. Hiervan is geen sprake als de in gang gezette veranderingen onomkeerbaar zijn, zoals het geval is als de obstetrische zorg in een beperkt aantal grotere ziekenhuizen wordt geconcentreerd.

Zeker als aan het rendement van een dergelijke vergaande en kostbare reorganisatie tevoren reeds ernstig kan worden getwijfeld, is herbezinning op zijn plaats. Ook zonder grootschalige onomkeerbare ingrepen in het verloskundig zorgsysteem blijkt het mogelijk om buiten kantooruren eenzelfde kwaliteitsniveau te bereiken als overdag. [mC](#)



De gegevens waarop dit artikel gebaseerd is, staan in een uitgebreide tabel. U vindt deze bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook het artikel 'Beter baren', het dossier perinatale sterfte en de voetnoten.

praktijkperikel

Blaastest

Mijn patiënt met hoestklachten en een flink aantal pakjaren roken adviseer ik een spirometrie te laten blazen bij de praktijkverpleegkundige. Nadien komt hij terug op mijn spreekuur. Ik vraag hem hoe de blaastest gegaan is. Er volgt een heel verhaal over reistijd, wachten, een knorrig

specialist (mijn praktijkverpleegkundige is de goedheid zelve), vervolgens een zeer vervelende en pijnlijke ingreep (spirometrie met reversibiliteit?). Uiteindelijk begint het mij te dagen: hij is op controle geweest bij de uroloog na behandeling van zijn blaascarcinoom. Blaastest.