

# Veilig zwanger zijn in Nederland

J. SCHUTTE

namens de commissie maternale sterfte van de NVOG:

K. de Boer, M. Pel, J. van Roosmalen, N. Schuitemaker, E. Steegers, G. Vermeulen en W. Visser

Het overlijden van een vrouw tijdens of na haar zwangerschap is een dramatische gebeurtenis: voor de nabestaanden, maar ook voor alle medisch betrokkenen. Terwijl de zwangerschap en de geboorte van een kind blijde gebeurtenissen zouden moeten zijn, verandert het leven van de achterblijvers drastisch. Hoewel maternale sterfte, net als in andere westerse landen, in Nederland zeldzaam is, is het van belang om te onderzoeken hoe frequent dit voorkomt. Maternale sterfte is immers een belangrijke indicator voor de kwaliteit van verloskundige zorg.

Het alleen bijhouden van aantallen leidt niet tot verbetering van zorg. Daarvoor is het nodig om een precieze analyse te maken van de zorg die geleverd werd. Factoren die mogelijk in negatieve zin hebben bijgedragen aan de uitkomst van de casus, maar ook factoren die positief waren, kunnen leiden tot leerpunten. Deze leerpunten moeten verwerkt worden in aanbevelingen die opgenomen kunnen worden in richtlijnen. De implementatie van deze richtlijnen zou moeten leiden tot verbetering van zorg, en uiteindelijk tot vermindering van maternale mortaliteit en morbiditeit.

Om de factoren die van invloed zijn op moedersterfte te bestuderen, werd in 1981 de Commissie Maternale Sterfte geïnstalleerd door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Deze commissie verzamelt de casus van moedersterfte in Nederland, welke op vrijwillige basis gemeld worden door gynaecologen, verloskundigen en soms door huisartsen. Elke casus wordt aan de hand van zo veel mogelijk geleverde data zorgvuldig geïdentificeerd en geanalyseerd. De maternale sterfte in Nederland

in de periode 1993-2005 betrof 12,1 moeders per 100.000 levend geboren kinderen. Dit was een statistisch significante toename ten opzichte van de periode 1983-1993. 236 casus werden ingedeeld als directe sterfte, en 97 casus als indirecte sterfte. In 24 casus trad late sterfte op, dat wil zeggen: vanaf 43 dagen na de beëindiging van de zwangerschap, welke niet worden meegerekend in de officiële statistiek.

Het grootste deel van de sterfte werd veroorzaakt door pre-eclampsie, gevolgd door cardiale aandoeningen, trombo-embolie, obstetrische sepsis en fluxus. De voornaamste risicofactoren waren: hogere leeftijd (ouder dan 35 jaar), hogere pariteit, en etniciteit. Vrouwen die niet oorspronkelijk uit Nederland kwamen, hadden een twee keer verhoogd risico op maternale sterfte. In het bijzonder vrouwen afkomstig uit Afrika onder de Sahara, Azië, Nederlandse Antillen en Suriname liepen een hoger risico op sterfte. Vrouwen die uit Marokko en Turkije kwamen, hadden geen verhoogd risico. Dit verschil wordt mogelijk veroorzaakt door factoren als de verblijfsduur in Nederland, de (on)bekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, de kennis van de Nederlandse taal en de omvang van sociale netwerken.

De laatste jaren werd herhaaldelijk in de media gemeld dat de moedersterfte in Nederland (tot driemaal) hoger zou zijn dan de sterfte in de ons omringende landen. Er werden echter data vergeleken die op verschillende wijzen in de diverse landen verkregen waren. In veel landen worden gegevens van vitale statistieken gebruikt. In Nederland bleek de onderrapportage van maternale sterfte bij het CBS 33% te zijn vergeleken met de data van de commissie maternale sterfte. In

het Verenigd Koninkrijk bleek deze onderrapportage 50%. Dit duidt erop dat voor een betrouwbare internationale vergelijking het van belang is alleen data te vergelijken van landen die dezelfde methode hanteren voor het verzamelen van data. Ook betekent dit dat de data van het CBS niet betrouwbaar genoeg zijn om te gebruiken voor een juiste indruk van het niveau van obstetrische zorg. Tevens kan vanuit de data van het CBS geen analyse gemaakt worden voor een precieze classificatie en van de zorg die geleverd werd.

Als de totale moedersterfte in Nederland vergeleken wordt met westerse landen met dezelfde rapportagemethodiek, is deze niet hoger. De Commissie Maternale Sterfte volgt dezelfde methodiek als de 'Confidential Enquiry into maternal deaths' in het Verenigd Koninkrijk. De sterfte in Nederland, in de periode 1993-2005, betrof 12,1 vrouwen per 100.000 levend geboren kinderen, wat vergelijkbaar is met de sterfte van 14 vrouwen per 100.000 zwangerschappen in het Verenigd Koninkrijk.

Een groot verschil dat echter wel gevonden werd, is het frequenter voorkomen van sterfte door pre-eclampsie in Nederland. De Maternale Mortaliteits Ratio van pre-eclampsie betrof 3,5 vrouwen per 100.000 levend geboren kinderen, hiermee de meest voorkomende oorzaak van maternale sterfte. Dit leidde tot een kritische analyse van de zorg die geleverd werd aan de vrouwen die hieraan overleden in de periode 2000-2004. In 96% van de casus waren factoren aanwijsbaar die mogelijk een negatieve invloed hadden op het beloop van de casus. De voornaamste suboptimale zorg betrof het niet verrichten van adequate diagnostische testen

bij de presentatie van de klachten (in zowel de verloskundige zorg als in de tweede lijn 41%), een delay in het opstarten van adequate antihypertensieve medicatie (85%) en een delay in het starten van magnesiumsulfaat om eclampsie te voorkomen (67%). In 52% van de casus werd de zwangere vrouw niet gestabiliseerd voordat zij vervoerd werd of voordat de bevalling geïnitieerd werd. In 44% van de casus werd niet overwogen om de bevalling tijdig te induceren. Gelukkig is reeds vanaf 2003 een dalende trend zichtbaar van de sterfte door pre-eclampsie. Dit wordt mogelijk mede veroorzaakt door een meer agressieve en proactieve behandeling van vrouwen met pre-eclampsie, zoals onder andere bepleit in eerdere rapportages van de commissie maternale sterfte. Wij hopen dat de dalende trend doorzet.

In de trendanalyse over de jaren 1983-2005 is verder de stijgende invloed van sterfte door indi-

recte oorzaken opvallend. Indirecte sterfte wordt veroorzaakt door verergering van een onderliggende ziekte door de fysiologische effecten van de zwangerschap. Deze stijging is statistisch significant en wordt vooral veroorzaakt door een significante toename van sterfte door cardiovasculaire oorzaken. Dit benadrukt het belang van goede preconceptionele counseling van vrouwen, die een reeds voor de zwangerschap gediagnosticeerde chronische ziekte hebben. Echter, ook vrouwen die niet chronisch ziek zijn, zouden geïnformeerd moeten worden over risicofactoren in de zwangerschap, zoals overgewicht en roken, om reeds vóór de conceptie in een goede algehele conditie te kunnen zijn. Onderzoek naar maternale sterfte in Nederland blijft belangrijk. Hoewel het lijkt of er met dit onderzoek veel aandacht gaat naar casus die maar zelden voorkomen, blijkt dat de meeste vrouwen overleden aan aandoeningen waar in Nederland juist relatief veel vrouwen

mee te maken krijgen. Analyse van ernstige maternale morbiditeit laat zien dat de onderverdeling van het voorkomen van oorzaken van morbiditeit een andere volgorde heeft. Het is dus waardevol om beide analyses naast elkaar plaats te laten vinden, om zo een accuraat inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van obstetrische zorg in Nederland. Het feit dat de totale maternale sterfte in Nederland niet gedaald is, laat zien dat er geen reden is om te berusten in het feit dat de sterfte laag is in Nederland. Het laat zien dat er noodzaak is voor verdere actie en blijvende alertheid.

Joke Schutte promoveerde op 29 januari 2010 aan de VU op het onderwerp maternale mortaliteit in Nederland. Verder zal de kwaliteitsnorm *Preventie van Moedersterfte* van de NVOG begin 2010 herzien worden. In het najaar 2010 zal op het Gynaecologisch congres het resultaat van de analyse van moedersterfte van de periode 2006-2008 gepresenteerd worden.