

Recente trends

T. de Neef en A. Franx

Inleiding

De LVR2 voor 2010 is (later dan gewoonlijk) gepubliceerd. Wij nemen de gelegenheid om veranderingen te belichten voor onderwerpen die eerder in deze rubriek aan de orde zijn geweest. Deze onderwerpen hebben betrekking op de organisatie, de casemix, het beleid en het resultaat van de tweedelijns verloskundige zorg.

Organisatie

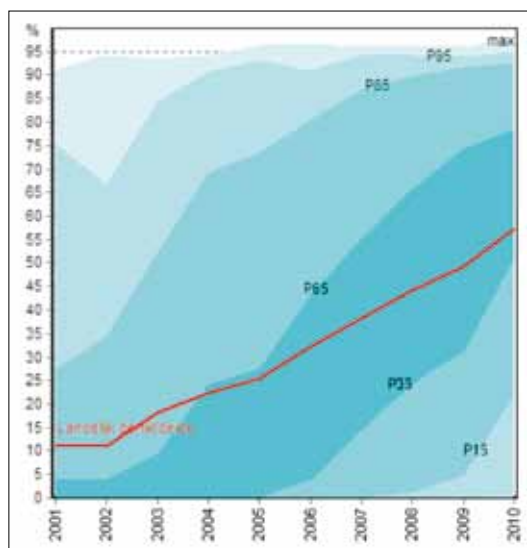
Een geleidelijke toename van de gemiddelde praktijkgrootte is al jaren geleden in gang gezet en leek wat te haperen na de fusies van meer dan een decennium geleden. Maar de laatste twee jaar nam het gemiddeld aantal partus per praktijk jaarlijks weer toe met zo'n 6% (tot 1.425 in 2010). In 2010 waren er nog steeds 27 praktijken met minder dan duizend partus per jaar, maar inmiddels ook veertien praktijken met meer dan tweeduizend en de grootste praktijk telde meer dan drieduizend partus.

Een andere opmerkelijke trend op het organisatorische vlak was de toenemende inzet van klinisch verloskundigen. Bij spontaan geëindigde atermen bevallingen werd in 2010 57% van de kinderen aangepakt door een verloskundige. Figuur 1 laat zien dat dit percentage in sommige praktijken zelfs tegen de 100% was. De figuur toont ook dat de toename zeer regelmatig is geweest en nog niet ten einde lijkt. Omdat de mediaan (het centrum van de donkerste percentiel-

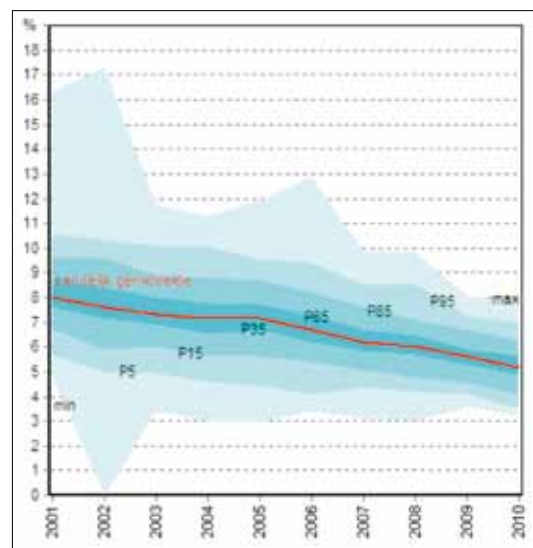
band) vroeger onder het gemiddelde (de rode lijn) lag, is de verandering waarschijnlijk in gang gezet door enkele praktijken. Inmiddels lijkt het erop dat slechts enkele praktijken nog niet aan deze trend meedoen. In opleidingsklinieken lag het percentage atermen spontane bevallingen die door klinisch verloskundigen worden gedaan (vanzelfsprekend) wat lager.

Casemix

Op het gebied van casemix (ethniciteit, meerling, leeftijd) zijn we er niet aan gewend om belangwekkende trends te zien. En die zijn er ook niet. Toch is er één belangrijke verandering: het percentage atermen stuitbevallingen. Tien jaar geleden was dat 8%, in 2010 was het 5% en de afname is zeer regelmatig. De verklaring is niet dat vanuit de eerste lijn meer zwangeren verwezen worden om andere redenen dan stuitligging, want het aantal stuitliggingen neemt ook in absolute zin af (met zo'n driehonderd, oftewel rond 5% per jaar). Figuur 2 laat zien dat de afname van het percentage stuitliggingen bij alle praktijken optrad, en dat ook de variatie tussen praktijken afnam. De meest voor de hand liggende verklaring is dat er steeds meer uitwendige versie werd toegepast. Maar daar kunnen in de LVR2 geen aanwijzingen voor worden gevonden. 'Versie' (een facultatief veld) werd slechts door een paar praktijken gecodeerd. Waarschijnlijk is er sprake geweest van onderregistratie van uitwendige versie. Een zekere verklaring voor de afname van stuitligging à terme hebben we dus niet.



Figuur 1. Kind aangepakt door verloskundige bij spontaan geëindigde atermen partus



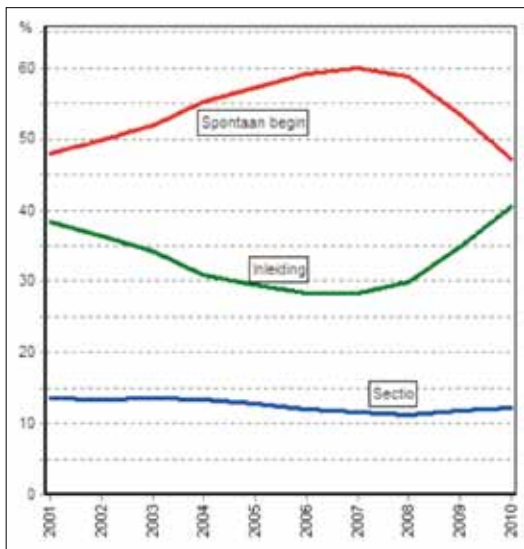
Figuur 2. Percentage atermen stuitliggingen.

Beleid

Het percentage primaire sectio's bij voldragen zwangerschappen met stuitligging schommelde sinds 'Hannah' rond 60%. We kunnen melden dat het de laatste twee jaar weer toenam en in 2010 66% was.

Er was een duidelijke tendens om meer in te leiden. Als referentiegroep hanteren we hier atermen bij wie de tweedelijnsbegeleiding vóór de ontsluiting begon. Figuur 3 laat zien dat de veranderingen niet gering zijn.

Overigens nam ook de toepassing van bijstimulatie tijdens de ontsluiting sterk toe. Bij alle atermen bevallingen gebeurde dat tien jaar geleden in 27% van de casus. In het afgelopen jaar werd in 45%



Figuur 3. Wijze waarop de baring begon bij atermen eenlingen onder begeleiding van de tweede lijn.

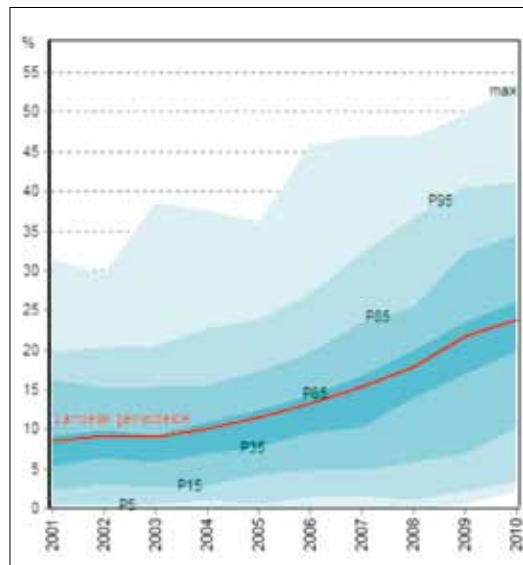
van de gevallen bijstimulatie gegeven.

Epidurale analgesie zit al zeven jaar in de lift en de toename in 2010 was conform verwachting. Figuur 4 geeft een goed beeld: bij bijna een kwart van de atermen bevallingen die niet met een sectio begonnen, werd een ruggenprik gegeven. Er zijn praktijken waar dat percentage dubbel zo hoog was en er zijn geen praktijken meer waar epidurale analgesie niet werd toegepast.

Als reden voor overname werd ook steeds vaker de noodzaak van sedatie genoemd - in 2010 meer dan 7%. Ook in de LVR1 verdubbelde het aantal geregistreerde doorverwijzingen vanwege de behoefte aan pijnstilling gedurende de afgelopen zeven jaar.

Resultaat

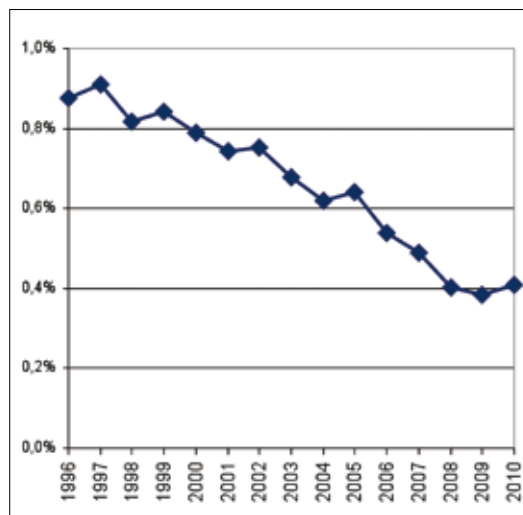
Wij rapporteerden in augustus 2010 over het afnemende sterfterisico bij casus waar de tweedelijnsbegeleiding vóór de ontsluiting begon (exclusief intra-uteriene vruchtdood bij het eerste onderzoek, letale congenitale afwijkingen en een zwanger-



Figuur 4. Epidurale analgesie tijdens de ontsluitingsfase bij atermen, in opzet vaginale partus.

schapduur minder dan 25 weken).¹ In figuur 5 zijn de gegevens voor 2010 toegevoegd.

De figuur is iets afwijkend van de eerder gepubliceerde grafiek ten gevolge van een verbeterde manier om te corrigeren voor de onderrapportage van postpartumsterfte in de LVR2. De dalende trend werd na 2008 niet voortgezet. Dit laat echter geen conclusies toe met betrekking tot (stagnatie van) verbeterende



Figuur 5. Sterfterisico na 25 weken in de tweede lijn.

zorg. De veranderingen zijn immers ook afhankelijk van veranderingen in de casemix (leeftijd moeder, etniciteit, enzovoort).

Goed nieuws is dat de zorgwekkende toename van haemorrhagia post partum (HPP) en manuele placenta-afwijking (MPV) die wij eerder signaleerden ten einde lijkt, getuige figuur 6.^{2,3}

Het afvlakken van de HPP-curve is zichtbaar in alle selecties waarnaar wij eerder keken: mét en zonder sectio, mét en zonder MPV. Het is aantrekkelijk om