

BETER BAREN

Nieuwe keuzen nodig in de zorg voor zwangeren

Er zijn aanpassingen nodig in de verloskundige zorg in Nederland. Er is behoefte aan meer care, minder verwijzingen durante partu naar de tweede lijn en altijd een gynaecoloog in het ziekenhuis.

G.H.A. VISSER
E.A.P. STEEGERS

Het unieke Nederlandse verloskundige systeem staat onder druk. De perinatale sterfte behoort al lang niet meer tot de laagste van Europa en de maternale sterfte is de afgelopen twintig jaar gestegen, waarbij in meer dan 50 procent van de gevallen sprake is van *substandard care*. De typisch Nederlandse verloskundige zorgketen kenmerkt zich, naast de thuisbevalling, door het feit dat verloskundigen, huisart-

sen en gynaecologen zelfstandig met een eigen verantwoordelijkheid - maar tegelijk ook met een sterke onderlinge afhankelijkheid - de zorg voor zwangerschap, bevalling en kraambed verlenen. Maar voldoet dit 'unieke' Nederlandse systeem nog wel in de 21ste eeuw?

ONNODIGE LEERCURVE

De eerstelijnsverloskundige zorg draagt de zorg voor een geselecteerde groep laagrisicozwangeren. Aan de hand van een verloskundige indicatielijst wordt bepaald wanneer specialistische hulp tijdens zwangerschap, bevalling en kraam-

Zwangere vrouwen en hun partners tolereren geen ellenlange bevallingen meer.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

bed moet worden ingeroepen. Dat in ons land verloskundigen worden opgeleid met specifieke expertise en verantwoordelijkheid op het gebied van de zorg voor de gezonde zwangere vrouw is een goede zaak en dat moet zo blijven.

De kwaliteit van deze ketenzorg als geheel is echter nog maar weinig wetenschappelijk onderzocht. Veranderingen in de keten kunnen alleen maar plaatsvinden na zorgvuldige afstemming en toetsing. Dit gebeurt helaas te weinig. Verloskundigen zijn zich bijvoorbeeld aan het bijscholen om bij een stuitligging uitwendige versies te doen. Een en ander met subsidie van de zorgverzekeraars en ondanks het feit dat er al een beroepsgroep is die de uitwendige versie beheerst. Een onnodige leercurve, met waarschijnlijk onnodige intra-uteriene sterfte en uiteindelijk misschien wel meer stuitliggingen als gevolg.

Tenslotte, als de versie bij de verloskundige niet is gelukt, dan zal de patiënt al dan niet geadviseerd in die richting, waarschijnlijk eerder voor een sectio caesarea kiezen, dan voor een hernieuwde versiepoging door een in deze techniek meer ervaren gynaecoloog.

DURANTE PARTU

Deze actie van de verloskundigen heeft tot doel het aantal stuitliggingen en daarmee het aantal keizersneden te verminderen. Maar dan lijkt het effectiever om het aantal verwijzingen durante partu terug te dringen: 51 procent nulliparae en 17 procent multiparae die thuis zouden bevallen, werden in 2005 durante partu ingestuurd vanwege het niet vorderen van ontsluiting of uitdrijving, uitputting, meconiumhoudend vruchtwater, sedatiebehoefte, pijnstilling et cetera (gegevens Stichting Perinatale Registratie Nederland).¹ Het lijkt erop alsof de Nederlandse nullipara steeds minder in staat is om 'gewoon' te bevallen.

Let wel, we hebben het hier over de laagrisicozwangere, omdat vrouwen met meer risico vanaf het begin van de zwangerschap bij de tweede lijn onder controle zijn of al tijdens de zwangerschap naar de gynaecoloog zijn verwezen.

Het is dan ook van belang dat de eerste lijn nagaat wat de redenen zijn van deze hoge incidentie van verwijzingen naar het ziekenhuis, met als gevolg meer vaginale kunstverlossingen en keizersneden. Het percentage keizersneden - hoewel nog steeds laag voor de westerse

wereld - is in twintig jaar tijd verdrievoudigd tot ongeveer 15 procent. De consequenties van de sectio's openbaren zich in de daaropvolgende zwangerschappen in de vorm van uterusruptuur, placenta praevia en/of placenta accreta/increta.²

BEPERKTE KRAAMZORG

Een factor die ook van belang is, is een verandering in het gedrag en het verwachtingspatroon van de zwangere en haar partner. Ellenlange bevallingen worden niet meer getolereerd en men vraagt sneller om verwijzing naar een ziekenhuis. Naar onze mening hangt dit samen met het veelal ontbreken van continue begeleiding tijdens de ontsluiting. De kraamzorg is sterk beperkt in uren. De kraamverzorgende arriveert vaak pas na de bevalling en de verloskundige komt, toucheert en vertrekt weer, en laat daarmee de - meer eisende - zwangere en haar partner aan hun lot over. Gerandomiseerd onderzoek in Amerika en Afrika heeft aangetoond dat de continue aanwezigheid van een 'wijze' lekenvrouw (doula) tijdens de bevalling het aantal keizersneden, vaginale kunstverlossingen en de noodzaak tot pijnstilling halveert, terwijl de bevalling bijna twee uur korter duurt.^{3,4} Door stress neemt de weëenactiviteit en de uteriene doorbloeding af, met een langdurige bevalling en meer foetale nood als gevolg.

Recentelijk deed de commerciële doula haar intrede in ons land (www.doula.nl).

Maar dit lijkt ons absurd, omdat hulpverleners zijn opgeleid om de barende te begeleiden. Kraamverzorgende nemen deze rol graag weer op zich (zeker als ze daarvoor een financiële honorering ontvangen). Het woord 'verzorgende' doet recht aan de taak die van hen wordt verwacht.

Als alternatief zou een zwangere een vertrouwenspersoon uit die kring van bekenden en familie kunnen vragen haar bij de bevalling bij te staan. Mannelijke partners zijn slechte doula's gebleken, maar misschien helpt geavanceerde scholing.

De gezonde barende heeft dus meer behoefte aan 'care' dan aan 'cure'. De thuisbevalling moet echter geen doel op zich zijn en is geen goede maat voor de kwaliteit van de eerstelijnszorg. In grootstedelijke gebieden zoals Rotterdam en Utrecht zakt het percentage thuisbevallingen tot bijna 10 procent. Het ziekenhuis moet echter geen alternatief worden voor vrouwen met een normale zwangerschap en bevalling. Eerstelijnsgeboortecentra zullen belangrijker worden.⁵ Aanpalend aan ziekenhuizen is bij complicaties snel specialistische hulp beschikbaar. Deze centra kunnen ook als kraamhotel fungeren, rekening houdende met wensen van ouders van buitenlandse herkomst. Deze ontwikkelingen als alternatief voor de thuisbevalling zullen de eerstelijnsverloskundige zorg sterker maken, met name in de grote steden.

GOEDE GEWOONTE

Ook in een ziekenhuis, vol techniek en centrale bewaking kan het behoorlijk eenzaam zijn, te midden van drukke hulpverleners. Vroeger hadden opleidingsziekenhuizen nog coassistenten die vanaf 5 cm ontsluiting de verloskamer niet meer mochten verlaten, maar die goede gewoonte past niet binnen de huidige cao en de opzet van het onderwijscurriculum. Ook daar lijkt het tijd voor bezinning en een-op-een begeleiding is nadrukkelijk gewenst. Dan is het eindelijk afgelopen met wanhopig op de gang lopende partners, op zoek naar een

Vroeger mochten coassistenten vanaf 5 cm ontsluiting de verloskamer niet meer verlaten

hulpverlener met een beetje tijd en aandacht.

Goed opgeleide, klinisch werkzame verloskundigen kunnen daarbij een belangrijke rol vervullen.^{6,7} Deze relatief nieuwe beroepsgroep waarborgt de fysiologische aspecten van zwangerschap, bevalling en kraambed van vrouwen met een medische indicatie en kan, onder eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog, een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, in het bijzonder aan de beheersing van het stijgende aantal obstetrische interventies. Deze blijken inderdaad af te nemen >>

<< als er verloskundigen in de tweede lijn werken.⁸

PROBLEMATISCH

Andere aspecten betreffen efficiëntie en kwaliteit van zorg. Verloskunde voltrekt zich 24 uur per dag, maar toch zijn de eindverantwoordelijken, de gynaecologen, slechts vijf dagen per week, van 08.00 uur tot circa 18.00 uur aanwezig op de werkvloer. Dit is problematisch. Niet alleen omdat de interpretatie van het foetale hartactiepatroon tijdens de bevalling (cardiotocogram; CTG) moeilijk is, maar ook omdat als gevolg van een keizersnede in de anamnese complicaties in de huidige zwangerschap, zoals uterusruptuur, placenta previa en placenta accreta/increta, vaker voorkomen. Dit vereist soms uitermate snel handelen, waarbij niet alleen de gynaecoloog maar ook de anesthesioloog, het OK-team en de kinderarts direct ter plaatse moeten zijn. Onderzoek bij 80 kinderen die met ernstige neurologische morbiditeit werden geboren en aan de gevolgen daarvan overleden, toonde bij 46 procent CTG-afwijkingen, bij 21 procent een uterusruptuur als oorzaak en bij 14 procent een abruptio placentae.⁹ Onderzoeken uit voornamelijk Engeland en de Verenigde Staten toonden een odds ratio voor perinatale sterfte en ernstige neurologische morbiditeit tijdens de nachtelijke uren van 1,04 tot 2,18.¹⁰⁻¹⁵

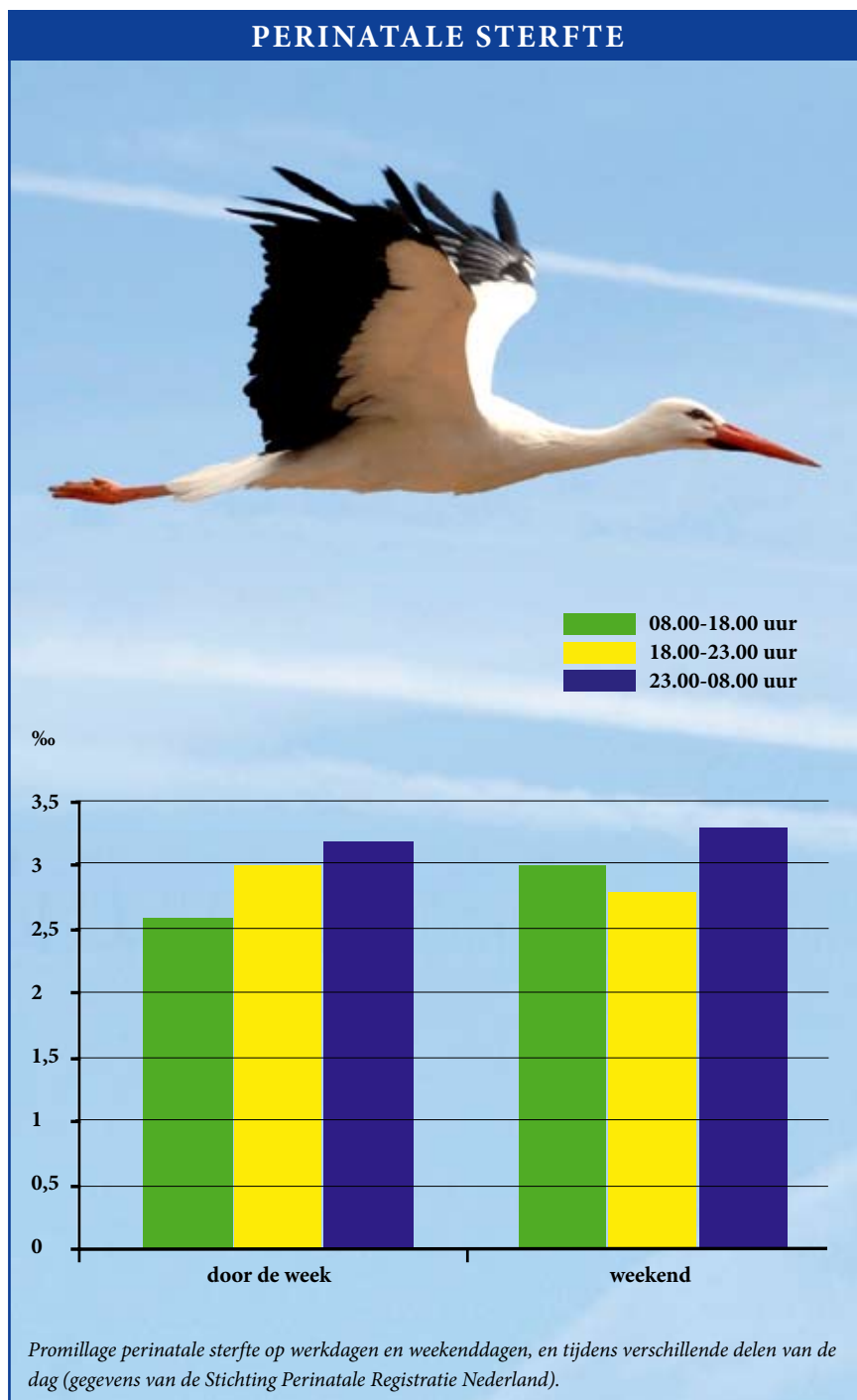
Nederlandse gegevens zijn verkregen van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (zie *figuur*). Na aftrek van inleidingen van de baring en primaire keizersnedes konden ruim 380.000 ziekenhuisbevallingen vanaf 34 weken zwangerschapsduur in de periode 2000 tot en met 2004 worden bestudeerd. De intrapartum en neonatale sterfte was op werkdagen tussen 23.00 en 08.00 uur 23 procent hoger dan overdag. In het weekend was de sterfte 7 procent hoger, met een kleiner dag-nachtverschil (10%).

STAFLID IN HUIS

Al deze getallen doen sterk vermoeden, dat het buiten de reguliere kantooruren minder veilig is op obstetrische afdelingen. Hoewel geen onderscheid is gemaakt tussen afdelingen met of zonder aios in huis, hebben wij niet het idee dat de resultaten veel anders zouden zijn. Onze eigen ervaringen leren dat assistenten veel vaker met een staflid overleggen, indien deze in huis is in plaats van thuis.

Verpleegkundigen vinden dat assistenten veel te weinig overleggen en met name bij grote drukte pas laat een superviserend staflid informeren, dan wel in huis halen. Dit berust niet op een hoge drempel om de staf te bellen, maar meer op een eigen beroepscode om een en ander zelf af te handelen. Medische fouten door artsassistenten berusten vooral

op gebrek aan supervisie.¹⁶ De oplossing ligt dan ook voor de hand: om 's nachts dezelfde kwaliteit te bieden als overdag, moet een staflid aanwezig zijn. In veel Europese landen is dit al het geval en in Frankrijk is dit zelfs wettelijk verplicht in een ziekenhuis met meer dan 1500 bevingingen per jaar. En dit betreft niet alleen de gynaecoloog, maar de gehele keten



SAMENVATTING

- *Het Nederlandse verloskundige systeem staat onder druk en perinatale sterfte en (vermijdbare) maternale sterfte behoren niet meer tot de laagste van Europa.*
- *Ruim de helft van de nulliparae die thuis zouden bevallen, wordt durante partu ingestuurd. Het aantal 'normale' bevallingen neemt af.*
- *In ziekenhuizen is de perinatale sterfte 's nachts 23 procent hoger dan overdag en in het weekend 7 procent hoger dan door de week.*
- *Het is dus tijd voor bezinning. Meer aandacht voor care dan voor cure tijdens de bevalling. Eerstelijnscentra annex ziekenhuizen, concentratie van 24-uurszorg en de gynaecoloog 24 uur per dag in het ziekenhuis.*

Concluderend is herziening van de Nederlandse verloskundige zorg, uiteraard met behoud van het goede, noodzakelijk. Het wordt tijd dat ons land keuzen durft te gaan maken. ■

prof. dr. G.H.A. Visser,
gynaecoloog, hoofd afdeling Obstetrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht

prof. dr. E.A.P. Steegers,
gynaecoloog, hoofd afdeling Obstetrie, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Correspondentieadres: g.h.a.visser@umcutrecht.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

MC-artikelen over de verloskunde vindt u onder de digitale versie van dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.

VELDWERK

Open deuren



Het ministerie onderzoekt de werkdruk onder aios en ik doe natuurlijk mee. Na alle com-

motie in de pers moet deze enquête de absolute waarheid geven. Ik ga er rustig voor zitten, want het gaat 30 minuten duren en voor weloverwogen antwoorden is tijd nodig.

Vraag 1. Heb ik wel eens lichamelijke klachten na mijn werk?

Ik ben zo gezond als een vis, dus echte lichamelijke klachten heb ik nooit. Maar toch, na een drukke dag (en die zijn er vaak) heb ik wel eens hoofd- of spierpijn. Hoe komt dat? Een open deur, de werkdruk natuurlijk.

Vraag 2. Ben ik wel eens moe na mijn werk?

Wie niet? Volgens mij zou ik anders mijn werk niet goed doen. Maar moeheid is een relatief begrip heb ik geleerd tijdens mijn nachtdiensten. Hoe komt het dat ik moe ben? Weer diezelfde open deur. De werkdruk natuurlijk. Als ik rustig had geslapen tijdens mijn nachtdienst, was ik niet zo moe geweest.

Vraag 3. Ben ik wel eens geïrriteerd over mijn werk?

Ik moet toegeven dat ik niet overloop van vriendelijkheid als er vijf patiënten wachten en de afdelingen mij continu oppiepen voor bijvoorbeeld een lage glucose. Hoe komt het dat ik geïrriteerd ben? Zie vraag 2.

Na 30 minuten van dit soort vragen is de irritatie bij mij behoorlijk opgelopen, voel ik me moe en heb ik hoofdpijn. Het wordt tijd dat enquêteurs eens een stap over de drempel van een ziekenhuis zetten. Dat levert veel meer waardevolle data op en scheelt ons 30 minuten open deuren intrappen. ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent

die is betrokken bij acute zorg, dus ook de anesthesioloog en de kinderarts. Over laatstgenoemde categorie is een onderzoek van circa 100 kinderen, ernstig asfyctisch (pH navelstrengarterie < 7,00) aterm geboren in het UMC Utrecht, van belang. Twee van deze kinderen overleden kort na de geboorte, maar alle overlevenden bleken naderhand normaal.¹⁷ Dit doet sterk vermoeden dat direct aanwezige, gekwalificeerde neonatologische opvang van groot belang is om handicaps door asfyxie te voorkomen.

Momenteel zijn 's nachts in ons land ongeveer 100 obstetrische afdelingen open en wachten verpleegkundigen, klinisch verloskundigen en jonge dokters op die enkele nachtelijke verwijzing. Dat is niet erg efficiënt. Concentratie van 24-uurszorg, zoals ook door anderen is bepleit, lijkt dan ook onvermijdelijk om optimale zorg op een kosteneffectieve - en waarschijnlijk zelfs goedkopere - manier te verlenen. Het moge duidelijk zijn, dat een dergelijke concentratie in bepaalde regio's gevolgen kan hebben voor het nog kunnen aanbieden van de thuisbevalling.

CONSERVATISME

Concentratie van zorg zal naar verwachting ook de kwaliteit van de tweede- en derdelijnsketenzorg ten goede komen. Veel van de geconstateerde *substandard care* (90%) in geval van maternale mor-

Nederlands conservatisme in de verloskunde

taliteit bij pre-eclampsie betreft onvoldoende behandeling, te late verwijzing en het niet op tijd inleiden van de baring. Er lijkt een Nederlands conservatisme in de verloskunde te bestaan, waarbij het geloof in een goede afloop zonder al te veel interventies prevaleert, ook als er sprake is van complicaties. Protocolleer van verwijs patronen en concentratie van ervaring met levensbedreigende maternale ziekten zal waarschijnlijk ook het voorkomen van ernstige maternale morbiditeit kunnen doen vermindere-¹⁸

Referenties

1. Wiegers TA, Hingstman L, Zee J van der. Thuisbevalling in gevaar. *Medisch Contact* 2000; 55: 701-4.
2. Kwee A. Caesarean section in the Netherlands. *Dissertatie*, Utrecht, 2005.
3. Visser GHA. Effecten van stress op de baring. In: Slager E e.a. editors, *Infertiliteit, Gynaecologie en Obstetrie Anno 2000*. Veenman drukkers, Ede, 2000: 337-9.
4. Kennell J, Klaus M, McGrath S e.a. Continuous emotional support during labour: A meta-analysis. *JAMA* 1991; 265: 2197-201.
5. De Graaf JP, Stam-Happel M, Willems MC, Wieren WJ van, Steegers EAP. Bevalen in een geboortecentrum. Reorganisatie van de verloskundige zorg. *Medisch Contact* 2003; 58: 1815-7.
6. Steegers EAP, Pool-Tromp C, Spittje JD, Heesch PNACM van, Franx A, Slooff MJ. Onderwijs verloskundigen. *Medisch Contact* 2004; 59: 56-7.
7. Slooff MJ, Pool-Tromp C, Spittje JD, van Heesch PNACM, Franx A, Steegers EAP. Ontwikkelingen verloskundige zorg in Nederland vragen om klinisch verloskundige. *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2004; 117: 36-8.
8. Pel M, Heres MHB. OBINT, a study of obstetric intervention. *Dissertatie*, Amsterdam, 1995
9. Urato AC, Craigo SD, Chelmow D, O'Brien WF. The association between time of birth and fetal injury resulting in death. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1521-6.
10. Stewart JH, Andrews J, Cartlidge PH. Numbers of death related to intrapartum asphyxia and timing of birth in all Wales perinatal survey. *BMJ* 1998; 316: 657-60.
11. Chalmers JW, Shanks E, Paterson S, McInnery D, Baird D, Penney G. Scottish data on intrapartum related deaths are in the same direction as Welsh data. *BMJ* 1998; 317: 539-40.
12. Heller G, Misselwitz B, Schmidt S. Early neonatal mortality, asphyxial related deaths and timing of low risk births in Hesse Germany. *BMJ* 2000; 321: 274-5.
13. Luo ZC, Karlberg J. Timing of birth and infant and early neonatal mortality in Sweden 1973-95: longitudinal birth register study. *BMJ* 2001; 323: 1327-30.
14. Gould J, Qin C, Chavez G. Time of birth and the risk of neonatal death. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 352-8.
15. Urato A. A dangerous time: the association between night birth and fetal neurological injury. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: S 230.
16. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees. *Am Med Ass* 2007; 167: 2030-6.
17. Lavrijsen SV, Uiterwaal CS, Stigter RH, Vries LS de, Visser GHA, Groenendaal F. Severe umbilical cord acidemia and neurological outcome in preterm and full-term neonates. *Biol Neonate* 2005; 88: 27-34.
18. Schutte JM, Boer K de, Briet JW, Pel M, Santema JG, Schuitemaker NWE, Steegers EAP, Visser W, Roosmalen J van. Moedersterfte in Nederland; het topje van de ijsberg. *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2005; 118: 89-91.