



beeld: Nationale Beeldbank

Wetenschappelijke onderbouwing voor roep om snelle concentratie ontbreekt

Haast onverstandig bij aanpak verloskunde

dr. G.J.J.M. Muijsers,
gynaecoloog, Ziekenhuis
Rivierenland Tiel

Correspondentieadres:
g.muijsers@zrt.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De perinatale zorg in Nederland moet beter. Zoveel is duidelijk. Maar betekent dit dat we hals over kop de helft van de verloskundeafdelingen moeten sluiten en de overige moeten opschalen met dure aanwezigheidsdiensten in drie ploegen? Dat is zeer de vraag.

Twee jaar na zijn spraakmakende artikel 'Beter baren' in dit tijdschrift, deed de Utrechtse hoogleraar verloskunde, professor G.H.A. Visser, er nog een schepje bovenop.¹ In het televisieprogramma NOVA

van zaterdag 13 maart 2010, hield hij een pleidooi voor concentratie van de klinisch verloskundige zorg in 30 tot 50 ziekenhuizen, en wel op korte termijn. Aanleiding is de vermeend hoge perinatale sterfte ten opzichte van andere

Europese landen. Verondersteld wordt dat als klinische verloskunde alleen nog wordt bedreven in ziekenhuizen waar altijd een gynaecoloog, anesthesioloog en kinderarts aanwezig zijn, de perinatale sterfte zal dalen. Tevens zou concentratie van klinische verloskunde een gunstig effect hebben op de betaalbaarheid van de zorg.

In de laatste twintig jaar is het aantal ziekenhuislocaties waar bevallingen worden begeleidten gevolge van ziekenhuisfusies al teruggebracht van 130 naar 90. Wat professor Visser nu beoogt, is verdere reductie van het aantal kraamafdelingen, en wel op korte termijn, namelijk binnen twee jaar, met de minister van VWS als regisseur.

Causaliteit

Vakinhoudelijk ben ik het eens met het streven van collega Visser om de perinatale zorg te verbeteren. Maar ik deel niet zijn mening over de wijze waarop deze doelstelling moet worden gerealiseerd. Het zou beter zijn om te kiezen voor concentratie op de middellange termijn, met de zorgprofessionals aan het roer.

Om te beginnen is het (vooralsnog) onzeker of de perinatale sterfte in Nederland daadwerkelijk hoger is dan in veel andere Europese landen. In de zogenaamde Peristat-II-studie

zijn de perinatale sterftecijfers gebaseerd op losstaande, landelijke registratiesystemen, en niet op een alomvattend en eenduidig Europees registratiesysteem.² Het is zeer de vraag of de cijfers uit Zuid-Europese landen en voormalige Oostblok-

landen even betrouwbaar zijn als de Noord- en West-Europese cijfers. Ook zegt de Peristat-II-studie niets over de causaliteit van de mogelijk hogere Nederlandse perinatale sterfte. Het is derhalve niet wenselijk om op korte termijn grootschalige veranderingen aan te brengen in de organisatie van de verloskundige zorg, zonder te weten wat de effecten en neveneffecten zullen zijn.

Lopend onderzoek

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft zich lange tijd ingespannen om een onderzoek naar de oorzaken van (onnodige) perinatale sterfte van de grond te krijgen, de zogenaamde Landelijke Perinatale Audit.³ Hierbij wordt van alle perinataal overleden kinderen onderzocht of er *substandard care*-factoren

waren bij de zorgverleners (bijvoorbeeld te laat ingrijpen), het zorgproces (bijvoorbeeld geen operatiekamer beschikbaar) of de zorgvrager (bijvoorbeeld nicotine abusius). Uiteindelijk heeft de minister van VWS, door middel van een budget voor de periode 2008 tot 2012, de mogelijkheid geschapen om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken van perinatale sterfte en daarmee de basis te leggen voor kwaliteitsverbetering en mogelijke verlaging van de perinatale sterfte.⁴ Het onderzoek, waarvan de eerste resultaten verwacht mogen worden in de loop van 2011, heeft als belangrijkste doelstelling te achterhalen welke maatregelen moeten worden genomen om de perinatale sterfte te reduceren. Het nemen van grootschalige maatregelen voorafgaand aan de uitkomsten van onderzoek, maakt het onderzoek overbodig.

Nog niet gepubliceerd Nederlands onderzoek laat zien dat perinatale sterfte in 58 procent van de gevallen samenhangt met vroeggeboorte onder de 32 weken, in 16 procent met een ernstig aangeboren afwijking, in 9 procent met (niet-onderkende) groeiachterstand en in 6 procent met zuurstoftekort. In 11 procent van de gevallen is er sprake van overige oorzaken.⁵ Verder is vastgesteld dat er in 25 procent van de gevallen van perinatale sterfte sprake is van *substandard care*-factoren, overwegend betrekking hebbend op de zorgverleners.⁶ Deze getallen bieden onvoldoende argument om op korte termijn grootschalige veranderingen aan te brengen in de organisatie van de verloskundige zorg.

Stuurgroep

Een volgende maatregel die de minister inmiddels heeft genomen om de perinatale sterfte te reduceren, is het instellen van een Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Deze heeft op 6 januari 2010 advies uitgebracht aan de minister, middels het rapport 'Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'.⁷ Door de val van het kabinet is behandeling van het rapport als controversieel bestempeld en doorgeschoven naar een volgend kabinet. De pittige uitspraken van professor Visser in de media hebben onder meer als doel dat het rapport niet in de ministeriële onderste la verdwijnt, maar alsnog met spoed op de agenda van de Tweede Kamer komt. Dat doel is inmiddels bereikt.

Voor wat betreft de inhoud van het rapport: alle zeven hoofdadvisen, behoudens advies 7, zijn door Nederlandse ziekenhuizen redelijk tot goed uitvoerbaar. Advies 7 luidt: 'Op ieder moment, dus overdag, 's avonds en in het weekend, moet de zwangere erop kunnen rekenen dat de

Het zou beter zijn om te kiezen voor concentratie op de middellange termijn

noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten kan starten.' Medisch gezien een zeer nuttig advies, omdat 15 tot 30 minuten inderdaad het verschil kunnen maken tussen een gezonde baby en een dode of ernstig beschadigde baby. Maar de veronderstelling dat dit advies alleen te realiseren is op een grote verloskundeafdeling met meer dan drieduizend bevallingen per jaar, is twijfelachtig.

Natuurlijk, lopendebandwerk is efficiënter en goedkoper dan werk op afroep. Alleen, iedere lopende band loopt wel eens vast, en dan is de schade omvangrijk. Wil je de verloskundige zorg grootschaliger organiseren dan tegenwoordig het geval is, dan zul je, continu niet één, maar twee volledige teams – gynaecoloog, anesthesioloog, kinderarts en vier operatiekamermedewerkers – stand-by moeten hebben, alsmede twee direct toegankelijke operatiekamers. Deze capaciteitsbehoefte zal een kostenpost genereren die ver uitstijgt boven de kosten van de huidige zorg. Dit nog afgezien van de gigantische kosten die het vergt om op dertig tot vijftig locaties nieuwe, grootschalige verloskamercomplexen te bouwen – want de bestaande infrastructuur is vaak ontoereikend – alsmede de kapitaalvernietiging die teweeg

wordt gebracht door op de overige locaties de kraamafdeling leeg te laten staan.

Dramatisch verhaal

Tijdens de NOVA-uitzending werd het pleidooi voor concentratie van verloskundige zorg ondersteund door het dramatische verhaal van een echtpaar. De wachttijd voor een keizersnede is er mogelijk de oorzaak van dat het tweede kind van hun tweeling is overleden. In dat opzicht is aanbeveling 7 van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte een aanwinst. Het voert evenwel te ver om te veronderstellen dat hiervoor concentratie van zorg een conditio sine qua non is.

Neem als voorbeeld het ziekenhuis met regiofunctie waar ik zelf werk. Uit analyse van de jaarverslagen 2002-2008 maak ik op dat in 7 jaar tijd 5651 klinische bevallingen hebben plaatsgevonden.⁸ Hierbij zijn 5773 kinderen geboren, waarvan er 72 perinataal (tussen 24 weken amenorroe en 7 dagen postnataal) zijn overleden. Precies de helft betreft vruchtdoden vastgesteld in de eerste lijn. In deze geselecteerde populatie was 15 procent van de sterfte geassocieerd met vroeggeboorte onder de 32 weken, 18 procent met congenitale, vaak

Van belang is dat verloskundige zorg snel kan starten; dat pleit voor verloskundige zorg 'om de hoek'.

beeld: ANP



SAMENVATTING

- Gynaecoloog prof. Visser pleit voor snelle concentratie van de klinische verloskunde in minder dan 50 centra.
- Wetenschappelijke onderbouwing voor deze overhaaste ingreep ontbreekt, terwijl de gevolgen groot kunnen zijn.
- Het is beter om de resultaten af te wachten van de Landelijke Perinatale Audit, bedoeld om de oorzaken van de relatief hoge perinatale sterfte te achterhalen.

chromosomale afwijkingen, 51 procent met placenta- en/of navelstreng problematiek, 7 procent met zuurstoftekort en 8 procent met overige oorzaken (veelal infecties). *Substandard care*-factoren bij de zorgvragers betroffen vooral nicotine abusius, morbide obesitas en het zich onttrekken aan prenatale zorg. *Substandard care*-factoren bij zorgverleners betroffen vooral het niet onderkennen van foetale groeiachterstand en het niet adequaat

reageren op pathologische signalen. Organisatorische *substandard care* speelde geen aantoonbare rol bij het optreden van perinatale sterfte. In geen enkel geval was – bijvoorbeeld –

het niet tijdig kunnen verrichten van een keizersnede de (mede)oorzaak van perinatale sterfte. Het omgekeerde was wel het geval. Diverse kinderlevens konden worden gered doordat het ziekenhuis 'om de hoek' lag. In mijn ziekenhuis is 7 dagen per week, 24 uur per dag een klinisch verloskundige op de kraamafdeling aanwezig. De gynaecologen zijn in het ziekenhuis of in directe nabijheid. Hetzelfde geldt voor kinderartsen en anesthesiologen; deze zijn allen binnen 15 minuten ter plaatse. Epidurale analgesie is continu beschikbaar. Kortom, een mate van patiëntveiligheid die de toets van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte glansrijk kan doorstaan, zonder de noodzaak van een dure drieploegendienst met aanwezigheid in plaats van bereikbaarheid.

Vrije val

Momenteel hebben 90 ziekenhuizen een poortfunctie voor verloskunde en acute gynaecologie. Dit wil zeggen dat iedere zwangere vrouw met klachten daar 7 dagen per week, 24 uur per dag terecht kan. Hetzelfde geldt voor niet-zwangere vrouwen met acute klachten van gynaecologische aard. Zodra concentratie van verloskundige zorg is gerealiseerd in bijvoorbeeld 45 centra, is er geen basis meer voor een

gynaecologische poortfunctie in de overige 45 ziekenhuizen. Vrouwen met acute buikklachten kunnen maar beter wegblijven uit ziekenhuizen zonder gynaecoloog. Ook is er geen basis meer voor klinische kindergeneeskunde in deze 45 instellingen. Ziekenhuizen zonder verloskunde/gynaecologie en zonder kindergeneeskunde komen kwalitatief en financieel in een vrije val terecht. Die ziekenhuizen kunnen binnen enkele jaren hun deuren sluiten. Dit betekent dat een schijnbaar kleine verandering zoals concentratie van verloskundige zorg, de opmaat kan zijn tot grote verschuivingen op het gezondheidszorgtoneel, met alle sociaal-economische consequenties van dien. De afgelopen tientallen jaren hebben de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) aangetoond een gedegen kwaliteitsbeleid hoog in het vaandel te hebben staan. Deze organisaties zijn zeer wel in staat om in samenwerking met NVZ en overheid te komen tot een planning van optimale zorg en bijbehorende gezondheidszorgvoorzieningen op korte en middellange termijn. Het laten omtuimelen van de helft van het huidige aantal ziekenhuizen zal leiden tot veel onrust, onzekerheid en ongenoegen bij de tienduizenden medewerkers en miljoenen patiënten.

Cold turkey

Concentratie van verloskundige zorg is een sterk te overwegen doelstelling, maar alleen op basis van argumenten voortgekomen uit de Landelijke Perinatale Audit, dan wel ander evidence-based wetenschappelijk onderzoek. Zorgvuldigheid bij het nemen van besluiten en het uitvoeren van veranderingen is hierbij op zijn plaats. Daarvoor is het belangrijk om alle stakeholders te betrekken in het veranderingsproces. Voor een cold turkey-methode, waarbij de verandering moet plaatsvinden in twee jaar tijd, ontbreken de argumenten. 

Voor een cold turkey-methode ontbreken de argumenten



Het artikel van gynaecoloog prof. G.H.A. Visser en vijftien reacties hierop vindt u bij dit artikel op onze website www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Visser GHA, Steegers EAP Beter baren; Nieuwe keuzen nodig in de zorg voor zwangeren. Medisch Contact 2008; 3: 96-9.
2. Mohangoo AD et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere landen; De Peristat-II-studie. Ned Tijdschr Geneesk 2008; 152: 2718-27.
3. Landelijke Perinatal Audit Studie. Eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen. 2005, publicatienummer 231.
4. Merkus JMWM. Voorwoord in 'Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering'. RIVM-rapport 270212001/2008.
5. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP Lijnen in de Perinatale Sterfte, Rapport Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
6. Wolleswinkel-van den Bosch JH et al. Substandard factors in perinatal care in The Netherlands: a regional audit of perinatal deaths. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 17-24.
7. Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. 2009. <http://ikregeer.nl/document/BLG22575>
8. Jaarverslagen vakgroep Gynaecologie 2002-2008, Ziekenhuis Rivierenland Tiel.