

TIJD VOOR BEZINNING

Vaginale stuitbevalling veilig genoeg en voordeliger dan sectio

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Gynaecologen kiezen onder druk van de moeder bij een stuitligging vaak voor een 'prijzige' keizersnede. Zij miskennen daarmee risico's voor de moeder en haar volgende kinderen. Bovendien is de angst voor claims ongegrond. Meer aandacht voor de vaginale stuitbevalling kan de onzekerheid bij gynaecologen wegnemen.

FLIP DE LEEUW
ARNO VERHOEVEN

Hoewel een vaginale stuitbevalling aan het eind van de zwangerschap vaak verantwoord is, kiezen Nederlandse gynaecologen dikwijls voor een keizersnede. Subjectieve argumenten zouden daarbij een doorslaggevende rol spelen.¹ Angst voor claims van ouders - als er bij de vaginale stuitgeboorte onverhoopt complicaties optreden - en onzekerheid over de begeleiding zouden mede tot die toename hebben geleid.^{2,3}

Er is in Nederland een statistisch significante relatie tussen angst voor claims en de bereidheid van gynaecologen om zonder medische indicatie een sectio te verrichten.⁴ Driekwart van de univer-

De keuze voor vaginale stuitgeboorte neemt toe; van 18,8 procent in 2003-2004 naar 20,4 procent in 2005.

sitaire werkzame gynaecologen zegt zijn beleid soms te laten beïnvloeden door de angst voor claims. Daarmee scoort Nederland het hoogst in vergelijking met zeven andere Europese landen. Dit terwijl de schadelast in Nederland het laagst is. Die angst en onzekerheid zijn enerzijds een gevolg van een onjuiste

van de à terme stuitbevallingen via een keizersnede plaatsvindt, zijn er relatief meer claims over de sectio dan over de stuitbevalling.⁹

In het Kwaliteitsmanifest 2003 adviseert de KNMG voor geboorteschade invoering van een *no-fault* compensatiesysteem in plaats van het aansprake-

lege dat een maatschap een collectieve verantwoordelijkheid draagt voor een patiënt.¹¹ Dat betekent dat ieder lid van de maatschap ervoor borg moet staan dat een vrouw die na counseling vaginaal van een à terme kind in stuitligging wil bevallen, die kans ook moet krijgen. Dit kan gevolgen hebben voor de organisatie van een verloskundige afdeling. Als de beroepsgroep volgens zijn richtlijn onder voorwaarden een vaginale stuitbevalling veilig en verantwoord acht, dan moeten de beroepsgeenoten die richtlijn accepteren en de voorwaarden voor implementatie daarvan in stand houden dan wel alsnog (weer) activeren en realiseren.

Iedere vrouw die vaginaal wil bevallen van een kind in stuitligging, moet die kans ook krijgen

perceptie van de feiten en de kosten-batenverhouding. Anderzijds is sprake van een lacune in de opleiding.⁵

BANGMAKERIJ

In de periode van 1980 tot en met 2004 veroordeelden de tuchtcolleges geen enkele gynaecoloog wegens de begeleiding van een vaginale stuitbevalling. Wel volgden twee maatregelen voor onvoldoende praktijkorganisatie en een onjuiste CTG-beoordeling - maar dezelfde zaken kunnen ook spelen bij een hoofdligging.^{6,7}

De grootste beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar MediRisk verzekert 65 procent van de algemene ziekenhuizen en 429 gynaecologen. Deze verzekeraar registreerde van 1993 tot en met 2004 944 claims tegen gynaecologen op de circa 14.000 vaginale stuitbevallingen die onder de dekking van MediRisk vallen.⁸ Slechts in negen zaken ging het om een beweerde onzorgvuldige begeleiding bij een stuitbevalling. Uitgaande van circa 14.000 vaginale stuitbevallingen, gaat het om een kans van 1 op 1550.

Zes van de negen zaken zijn afgehandeld zonder erkenning van aansprakelijkheid. Het betrof tweemaal een Erbse parese, een femurfractuur, een dood kind bij een verhaking stuitschedel, eenmaal een veronderstelde verkeerde begeleiding en eenmaal het vermeend niet tijdig onderkennen van een stuitligging. In de andere gevallen was er sprake van onvoldoende begeleiding, werd er niet tijdig ingegrepen of miste de arts-assistent een diagnose. In het ongunstigste geval gaat het dus om drie toegekende claims op 14.000 casus: een kans van 1 op 4500.

De op één na grootste verzekeraar Centramed (van Nationale Nederlanden) zegt soortgelijke gegevens niet te registreren. In België, waar 84,7 procent

lijkeidsrecht.¹⁰ In dat geval hoeft een patiënt alleen een verband aan te tonen tussen de behandeling en de schade om in aanmerking te komen voor een schadevergoeding. Of de arts al dan niet nalatig is geweest - een voorwaarde die wél geldt in het aansprakelijkheidsrecht - is dan niet relevant.

Juristen vermoeden dat de 'bangmakerij' een kwestie is van een vertekend risicobeeld bij gynaecologen als gevolg van 'ongefundeerd gekakel over de claimcultuur' en een nijpend gebrek aan deugdelijke statistische en empirische gegevens en gezondheidseconomische onderzoeken.

Van groot belang is ook de recente uitspraak van het Centraal Tuchtcol-

KOSTEN-BATENANALYSE

In de vijf jaar (2001 tot en met 2005) na de Term Breech Trial (TBT) - een fel omstreden en inmiddels deels achterhaald internationaal onderzoek waaruit bleek dat bij een stuitligging een keizersnede veiliger zou zijn dan een vaginale stuitgeboorte - werd in Nederland circa 35 miljoen euro extra besteed aan de stuitbevalling.¹² Het gaat om 7500 extra sectio's maal 4600 euro; het verschil tussen de kosten van een sectio (5594,11 euro) en een partus instrumenteel (993,86 euro). Wat leverden die 35 miljoen euro op? (Zie kader.) >>

VOOR- EN NADELEN VAN SECTIO'S BIJ STUITLIGGING

VOORDELEN

- 12 extra levende kinderen op termijn
- bij 55 neonaten is voornamelijk kortetermijnmorbiditeit voorkomen (stuipe, fracturen, paresen, bloedingen)*

NADELEN

- 5 moedersterftes gerelateerd aan de sectio
- 175 vrouwen met ernstige complicaties bij een volgende zwangerschap door het uteruslitteken
- 4 kinderen met blijvende hersenbeschadiging**
- 10.875 primaire sectio's alleen vanwege een ongecompliceerde stuitligging

* Uitgaande van 10.875 primaire sectio's extra in vijf jaar. Bij een trial of labour zou hiervan 33 procent een secundaire sectio zijn geworden: resteren 7287 vaginale stuitbevallingen. Bij deze vaginaal geboren neonaten treedt kortetermijnmorbiditeit 0,76 procent meer op dan bij kinderen die per electieve sectio ter wereld komen.¹³

** De hersenbeschadiging is een gevolg van zuurstoftekort dat optreedt als het kind in de buik van de moeder wordt gedreven door een verscheuring van het sectiolitteken bij een volgende zwangerschap. Met een spoedbuikoperatie is het kind vaak nog wel te redden, maar bestaat een risico op hersenbeschadiging.

Voor- en nadelen van extra sectio's die tussen 2001 en 2005 in Nederland zijn verricht.¹²

<< In Nederland werden sinds de Term Breech Trial in 2000 850 sectio's gedaan om op termijn één kind extra in leven te houden.¹² Als een keizersnede ook wordt toegepast voor ongecompliceerde zwangerschappen, neemt de voorafkans op sterfte af door de afname van (potentiële) pathologie. Hierdoor neemt wel het aantal keizersneden toe. Dat bleek ook in de recente WHO-studie.¹⁴ Te veel keizersneden zijn een teken van slechte zorg, omdat de risico's voor de moeder en haar volgende kinderen onvoldoende worden verdisconteerd in de overwegingen.

Voor één levend kind extra op termijn hebben we 2,9 miljoen euro over (35 miljoen euro; 12 extra levende kinderen). Bij een levensprognose van 80 jaar is dat per jaar 36.250 euro. Dus bijna twee keer zo veel als het RIVM en ZonMw hanteren als norm voor kosteneffectiviteit: namelijk dat een levensjaar dat door preventie gewonnen is niet meer dan 20.000 euro mag kosten.¹⁵

De stelregel luidt dat de sectio niet mag worden bevoordeeld boven de vaginale bevalling. Dit lijkt in strijd met de honoreringstructuur door de DBC die vanaf 2008 ingaat. Deze zet onbedoeld een premie op de primaire sectio en dat lijkt niet bevorderlijk voor de keuze voor de vaginale bevalling.

BRANDWEEROEFENINGEN

Gemiddeld begeleidt een gynaecoloog jaarlijks 1,5 vaginale stuitbevallingen. Ook bij een toenemende sectiofrequentie blijft de begeleiding van de vaginale stuitbevalling de taak van de gynaecoloog. Er zijn weinig literatuurgegevens over de relatie tussen volume en kwaliteit. Maar het is zonneklaar dat regelmatige oefeningen op een fantoom en praktische nascholing bijdragen aan een grotere vakbekwaamheid en verbetering van de neonatale uitkomsten als apgarscores en hersenletsel.^{16,17} Niet zozeer de wijze van bevalling, maar de juiste uitvoering van de verloskundige handgrepen bepaalt de ernst van de fracturen; die bleken ernstiger bij de electieve sectio dan bij de vaginale bevalling.¹³

In 51 procent van de Engelse klinieken neemt de verloskundige staf deel aan *fire-drills* en zijn zulke 'brandweeroefeningen' in nog eens 30 procent van de klinieken in voorbereiding. Er worden, onaangekondigd in de normale werkomgeving en in normale werktijden, op scenario's gebaseerde oefeningen gedaan

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Obstetrische vakgroepen moeten zorgen dat jongere generaties de vaardigheden voor de vaginale stuitbevalling behouden.

om de lokale protocollen, systemen en vaardigheden voor spoedgevallen te testen. De hoogte van de premies voor beroepsaansprakelijkheidsverzekeringen van de ziekenhuizen is mede afhankelijk van deelname van de gynaecologische staf aan deze oefeningen. Van de klinieken die *fire-drills* houden, doet 12 procent dat tweemaal per maand, 36 procent maandelijks en 53 procent eenmaal per kwartaal of per trimester. Daarbij wordt geoefend in stuitbevalling, schouderdystocie, massale bloedingen, eclampsie, reanimatie en navelstrengprolaps. Van alle klinieken houdt 99 procent bovendien reguliere klassikale *emergency*-trainingen, waaronder de stuitbevalling.¹⁸

Ook in Amerika wordt ervoor gepleit dat door middel van onderwijsfilms,

fantoomonderricht en *hands-on sessions* de vaginale stuitbevalling onderwezen blijft. Dit zou dan moeten gebeuren onder leiding van de *maternal-fetal medicine specialists*, ondersteund door vakbekwame en ervaren generalistisch werkzame gynaecologen.¹⁹

SYMULATIEPOP

Obstetrische vakgroepen in Nederland moeten ook zulke initiatieven oppakken om zo de afnemende vaardigheden voor de vaginale stuitbevalling in voldoende mate te behouden - speciaal ook voor de jongere generaties. Veelbelovend in dat opzicht is de teamtraining met een simulatiepop die sinds een half jaar in het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven wordt gehouden.²⁰ Een extra

SAMENVATTING

- Na de publicatie van de omstre-
den en inmiddels deels achterhaalde
Term Breech Trial, is in Nederland
35 miljoen euro extra uitgegeven aan
keizersneden wegens stuitligging.
- Gynaecologen zijn ten onrechte
bang voor claims als een vaginale
stuitbevalling onverhoopt complica-
ties met zich meebrengt.
- Dikwijls ontbreekt de medische
grond voor de prijzige sectie.
- Meer aandacht voor vaginale
stuitbevallingen tijdens de oplei-
ding, maakt de beroepsgroep minder
onzeker en kan ertoe leiden dat het
percentage vaginale stuitbevallingen
toeneemt.

stimulans zou verlaging van de premie voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering zijn. Een betaalde module in de spoed-DBC's is ook een optie.²¹

In 2004 werd de opleiding tot gynaecoloog door de arts-assistenten voor verbetering vatbaar geacht; 11 procent beoordeelde haar als slecht, 32 procent van de recent afgestudeerden vond de eigen vaardigheden onvoldoende.⁵ Dit geldt in het bijzonder voor de stuitbevalling. Bij een eigen inventarisatie in 2005 onder 110 arts-assistenten in opleiding vond een ruime meerderheid de opleiding onvoldoende om zonder angst, onzekerheid of abnormale stress een vaginale stuitbevalling te begeleiden.

Frequent fantomonderricht geeft zekerheid

Overigens bleken er wel grote verschillen tussen de opleidingsclusters.

Een belangrijke suggestie voor verbetering van de opleiding is regelmatig en veel frequenter verplicht fantomonderricht te volgen met toetsing door ervaren zelfbewuste en vertrouwenwekkende gynaecologen. Verder zouden supervisors, speciaal in de universitaire centra, zich minder angstig en defensief moeten opstellen. Ook pleiten de arts-assistenten voor meer praktijkoefening; aiOS halen meer kennis en vaardigheden uit de periferie. Door een eerlijker counseling van de vrouw en met benoeming van het *number needed to treat*, zouden meer vrouwen voor de vaginale bevaling kiezen.²²

Ook een buitenlandstage in een grote kliniek met veel vaginale stuitbevallingen, lijkt de arts-assistenten geen slecht idee. Deze stages zijn in trek voor wetenschapsbeoefening, maar ze worden zelden gebruikt voor het aanleren van vaardigheden. Opleidingsclusters zouden ook hun banden moeten aanhalen met grote klinieken in landen waar de artsen het bistouri minder snel hanteren.

VAARDIGHEDEN

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is zich bewust van de problematiek en schenkt extra aan-

dacht aan de opleiding, onder meer door visitatie, een kwaliteitsproject en het project Herziening Opleiding (Hoog). Maar duidelijk is dat er reden is voor bezinning. Er is sprake van bangmakerij voor claims en de kosten-batenanalyse is ongunstig. Daarom zijn nu al maatregelen noodzakelijk voor optimalisering van het aanleren en behoud van vaardigheden. Zeker ook nu uit recente cijfers blijkt dat de keuze voor een vaginale stuitgeboorte weer wat toeneemt; van 18,8 procent in 2003-2004 naar 20,4 procent in 2005.²³ ■

dr. J.P. de Leeuw,
gynaecoloog Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp

dr. A.T.M. Verhoeven,
vrouwenarts n.p. voorheen werkzaam in Rijnstate
Ziekenhuis, Arnhem

Correspondentieadres: atmverhoeven@planet.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Beide auteurs organiseren de Cursus Stuitligging en
Schouderdystocie in het Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp.

De literatuurlijst bij dit artikel en MC-
artikelen en brieven over dit onderwerp
vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.

Via www.medischcontact.nl/dezeweek
kunt u ook stemmen over de stelling: 'Haalt
de vaginale stuitbevalling 2010?'

VELDWERK

Angst en macht



Ik weet niet of het u is opgevallen, maar er verrijzen in een tot nu toe niet eerder vertoond tempo nieuwe psychiatrische instellingen. Deze zijn in twee golven aan ons verschenen.

De eerste is een gevolg van de fusie van algemeen psychiatrische ziekenhuizen met riagg's. Voordat die fusiegolf goed en wel is verwerkt, staan de directies van deze nog onrijpe organisaties in de rij om met elkaar te fuseren, monsterorganisaties scheppend die overal in Nederland de zorg voor de psychiatrische patiënt zullen monopoliseren.

En waarom? In het belang van de patiënt? Nee, want groter betekent zeker niet beter: de kwaliteit van de zorg is minstens zo goed in de kleinschalige psychiatrische afdelingen van algemeen ziekenhuizen. Efficiënter? Evenmin: de zelfstandig gevestigd psychiater levert minstens zo goede zorg als zijn collega op de poli van de naburige GGZ-instelling, maar heeft geen wachtlijst. Waarom dan wel deze fusiegolf?

Angst dus. Angst voor de Grote Verzekeraar die eisen gaat stellen aan de geleverde psychiatrische zorg, eisen die kwaliteit en doelmatigheid betreffen. Door hun krachten te bundelen, kunnen GGZ-instellingen een vuist maken tegen deze veeleisende verzekeraars, zo gaat de gedachte.

Angst kan een krachtige drijfveer voor verandering zijn, maar het antwoord dat GGZ-instellingen nu opzoeken, heeft niets met verbetering van de zorg voor de patiënt te maken, maar des te meer met het vergroten van de eigen macht. Ik hoop dat men op het ministerie van VWS, bij de NMa, de inspectie en bij de verzekeraars natuurlijk, deze manoeuvre in de gaten heeft.

René Kahn

de psychiater