

In reactie op artikel Mw. Van der Leeuw-Harmsen, Medisch contact 68 nr. 5 252-254

Collega van der Leeuw-Harmsen uit Deventer concludeert dat de oversterfte in de nachtelijke uren, zoals eerder door de collega's Visser en Steegers voor de periode 2000-2004 werd aangetoond, in de periode 2004-2008, niet meer aantoonbaar is (1). Dat is op zich goed nieuws. De verdubbeling van ziekenhuizen die werken met klinisch verloskundigen, met name in de niet-opleidingsziekenhuizen, het schokeffect van de slechte Peristat cijfers en de toenemende aandacht voor de professioneel organisatorische context worden in het MC artikel genoemd als factoren die dit gunstige effect zouden kunnen verklaren.

In de Europese verloskunde uitkomsten zoals gepubliceerd in 2004, maar ook in 2008, kwam Nederland echter met een onvoldoende uit de bus. Tot 2010, dus ook in de periode waarover collega van der Leeuw publiceert, is er in Nederland nog steeds een hogere sterfte dan in de ons omringende landen. De titel 'Verloskundige zorg veiliger dan gedacht' is daarom misleidend. Dit wordt bevestigd door de eerder in peer-reviewed tijdschriften gepubliceerde cijfers Van de Graaf et al en Gijssen et al waar een duidelijke relatie tussen het moment van geboorte (avond-nacht) en het optreden van een ongewenste perinatale uitkomst (sterfte, lage Apgar score, opname op een neonatale intensive care) wordt gevonden (2,3). Ook in andere vakgebieden met acute zorg worden relaties aangetoond met delay in diagnosestelling en behandeling buiten kantoortijden, waarbij een belangrijke factor is of er senior staf in huis aanwezig is (4,5,6). Het is daarom logisch dat binnen de verloskunde, waarbij er meer baby's buiten kantooruren worden geboren dan daarbinnen, de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg op ieder moment gelijk zou moeten zijn. De cijfers van Van der Leeuw-Harmsen et al laten nog steeds een aan de bevalling gerelateerde sterfte van ongeveer 1,8 per 1000 voldragen in principe gezonde baby's zien (in het ziekenhuis geboren), de zogeheten STEL-geboorten (spontaan in partu, à terme, eenling, levend kind bij begin baring). Buiten beschouwing van het artikel van Van der Leeuw et al wordt echter een substantiële groep zwangeren met een hoger risico op perinatale sterfte gehouden (bijvoorbeeld zwangeren met een meerling, kind in stuitligging, vroeggeboorte of bij wie er noodzaak is de bevalling in te leiden). Bovendien blijkt uit het rapport van de landelijke audit over perinatale sterfte 2010 dat er in 10% van alle gevallen van à terme sterfte substandaardfactoren waren met een waarschijnlijke relatie met het overlijden en in 13% een mogelijke oorzaak (7). De NVOG concludeert dan ook dat er nog steeds ruimte is voor verbetering van ons verloskundig zorgsysteem.

In 2009 heeft de toenmalige minister van VWS, Ab Klink, de Stuurgroep zwangerschap en geboorte ingesteld. Hierin hebben alle betrokken partijen gezocht naar de oorzaken van deze relatieve oversterfte in de Nederlandse verloskunde (8). De adviezen die daaruit voortgekomen zijn, worden sinds 2010 geïmplementeerd. Uit de stuurgroep zijn op basis van de sterftcijfers tot 2008 ook aanbevelingen gedaan over de inrichting van het verloskundig systeem. Voldoende geschoold personeel op de verloskamer en start van acute zorg (waaronder het doen van een vacuüm of keizersnede) binnen 15 minuten. Met name deze adviezen kunnen niet zonder extra menskracht en middelen worden ingevoerd. De noodzaak van de genoemde maatregelen en de organisatorische consequenties worden door het artikel in twijfel getrokken op basis van relatieve sterfte dag/nacht, terwijl er in het artikel wordt voorbijgegaan aan de absolute perinatale sterfte van de gehele populatie zwangeren die bevalt in het ziekenhuis.

Vergelijkingsstatistieken zoals gepubliceerd mogen ons dus geenszins geruststellen. De NVOG wil zich uitdrukkelijk inspannen voor verdere verbetering van het verloskundig systeem zodat ouders en hun kinderen het drama van de sterfte van een gezond kind bespaart blijft. De NVOG blijft vasthouden aan de normen zoals die door de vereniging al in 2007 zijn vastgesteld. Nederland mag het zich niet veroorloven om nu zelfgenoegzaam achterover te leunen, zeker niet op basis van dit artikel.

Dr. J. Wijma, voorzitter NVOG

Dr. J.B. Derks, voorzitter pijler foeto maternale geneeskunde NVOG

Dr. A. Kwee, woordvoerder verloskunde NVOG

Referenties

1. Visser GHA, Steegers EAP. Beter baren. Nieuwe keuzen nodig in de zorg voor zwangeren. Medisch Contact 2008; 3: 96-9.
2. De Graaf JP, Ravelli ACJ, Visser GHA, Hukkelhoven C, Tong WH, Bonzel GJ, Steegers EAP. Increased adverse perinatal outcome of hospital delivery at night. BJOG 2010;117:1098-1107.
3. Gijsen R, Hukkelhoven CWPM, Schipper CMA, Ogbu UC, de Bruin-Kooistra M, Westert GP. Effect of hospital delivery during off-hours on perinatal outcome in several subgroups: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012. 12: 92.
4. Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL et al. Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekend. JAMA 2008;299:785-92.
5. Gajic O, Afessa B, Hanson AC. Effect of 24-hour mandatory versus on-demand critical care specialist presence on quality of care and family and provider satisfaction in the intensive care of a teaching hospital. Crit Care Med 2008;36:36-44.
6. Saposnik G, Baibergenova A, bayer N et al. Weekends: a dangerous time for having a stroke? Stroke 2007;38:1211-5.
7. A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht 2011.
8. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Utrecht 2009.