

PERINED JAARBOEK 2015

ANDERE VROUWEN, ANDERE ZORG, ANDERE CIJFERS

80 digitale pagina's vol tabellen over vrouwen, kinderen, zwangerschappen en bevallingen. Interessant? Jazeker! Vooral als u er een paar oude exemplaren bij pakt. Het Perined-jaarboek is nu digitaal voor iedereen beschikbaar en geeft een goed beeld van de Nederlandse verloskunde anno 2015. Ook werpen de cijfers vragen op. Kijkt u mee?

De zwangere vrouw anno 2015 is veranderd. Zij is niet meer dezelfde als in 2005. Zij is vaker van niet-Nederlandse afkomst, ze is minder vaak een tienermoeder maar juist vaker 40 jaar of ouder bij de geboorte van haar eerste kind (tabel 1). Het is dan ook niet echt verrassend dat ze vaker zwanger is geworden met medische hulp. In tabel 1.2 van het Jaarboek (op de website), kunt u heel goed zien dat het aantal medisch begeleide concepties stijgt met de leeftijd, van 1,6% bij vrouwen < 25 jaar tot 8,1% bij een leeftijd ≥ 35 jaar. De slogan “een gezonde meid krijgt haar zwangerschap op tijd” kan best weer eens uit de kast gehaald... Gelukkig heeft de toename van medisch begeleide concepties niet geleid tot een toename van meerlingzwangerschappen.

Start baring en pijnbestrijding

Niet alleen de vrouwen zijn anders, ook de zorg is veranderd. Het gemakkelijkst is dat te zien in de bevallingscijfers. Opvallend genoeg is het aantal spontane vaginale bevallingen met 74,1% in 2015 nauwelijks veranderd vergeleken met 2010 (73,0%) en zelfs met 2000 (74,6%) is. Maar dat is niet het hele beeld. Als we inzoomen, wordt duidelijk dat er geleidelijk aan steeds meer ingrepen plaatsvinden in het baringsproces: inleiding, bijstimulatie en pijnbestrijding zijn in 2015 veel gewoner dan tien tot vijftien jaar geleden. In figuur 1 ziet u de ‘start baring’ voor de jaren 2010 en 2015. Het stijgend aantal inleidingen is het duidelijkst tussen de 41.0 en 41.6 weken: in die laat-aterme periode wordt in 2015 bijna één op de drie zwangeren ingeleid. De onderzoekers van de INDEX studie naar het nut van inleiden vanaf 41.0 weken, verwachten dit jaar de eerste resultaten¹. Gaat deze studie in de komende jaren de cijfers veranderen? In welke richting?

Pijnbestrijding met epidurale analgesie is ook de laatste jaren nog toegenomen (tabel 2). Opvallend is dat het gebruik van opioïden in 2015 juist is gedaald ten opzichte van 2014. Nieuw in het tabellenboek is de vermelding ‘pijnbestrijding onder verantwoordelijkheid eerste lijn’. Onduidelijk is wat dit precies inhoudt: pethidine met consult, een partus met behulp van entonox of zijn er ook regio's die experimenteren met een partus met epiduraal onder begeleiding van de eerste lijn?

In de wijze van baren zijn er ook veranderingen. Het percentage primaire sectio's is geleidelijk aan gestegen van 5,4% in 2000 tot 8,2% in 2015 (zie figuur 2). Vaginale kunstverlossingen daalden juist van 12,0% in 2000 tot 8,3% in 2015, terwijl de secundaire sectio's schommelden tussen 7,9% (2000), 9,2% (2010) en 8,4% in 2015. Het jaarboek biedt geen verklaring voor de afname van de vaginale kunstverlossingen. Kan het er mee te maken hebben dat ‘foetale nood’ steeds vaker als indicatie voor obstetrisch ingrijpen wordt geregistreerd?² Wordt er misschien vaker al tijdens de ontsluitingsfase ingegrepen? Is er misschien een onderzoeker die dit voor ons wilt uitzoeken?

TABEL 1 Kenmerken zwangere vrouwen in Nederland 2005-2015

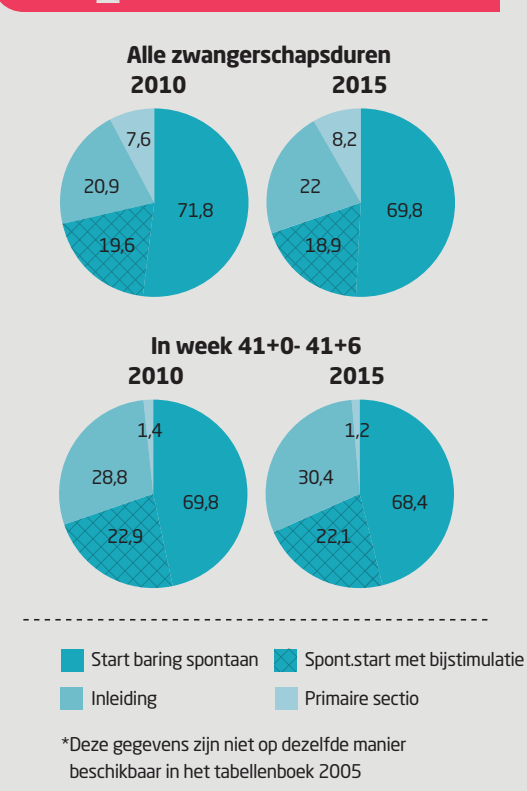
	2005	2010	2015
Aantal vrouwen	174.224	173.189	163.893
% Niet-Nederlands	20,0	22,7	26,0
% Meerlingzwangerschappen	2,0	1,8	1,7
Gemiddelde leeftijd 1e kind	28,9 (SD 4,9)	29,5 (SD 4,9)	29,6 (SD 4,8)
% Vrouwen < 20 jaar (1e kind)	1,6	1,4	1,0
% Vrouwen ≥ 40 jaar (1e kind)	2,7	3,3	3,2
% Medisch begeleide conceptie	2,9	3,8	4,7

Referenties

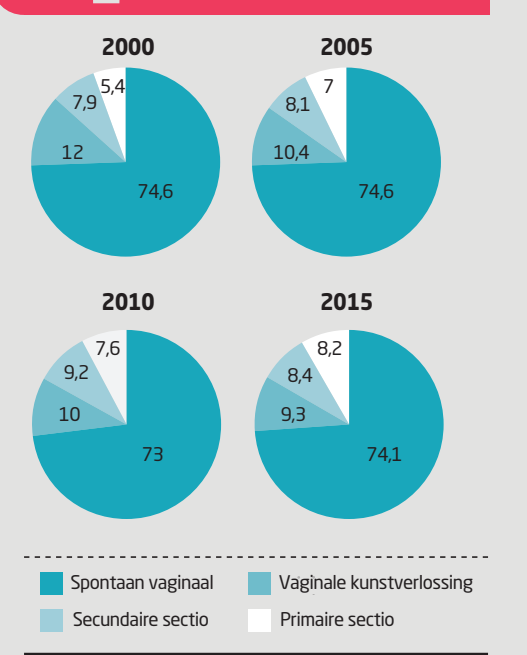
1. Kortekaas JC, Bruinsma A, et al. Effects of induction of labour versus expectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week - 42 week dilemma. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14:350.
2. Ensing S, Abu-Hannah A, et al. Trends in birth asphyxia, obstetric interventions and perinatal mortality among term singletons: a nationwide cohort study. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 28(6):632-7.
3. Perdok H, Jans S, et al. Intrapartum referral from primary to secondary care in the Netherlands: A retrospective cohort study on management of labor and outcomes. Birth 2015; 42(2): 156-64
4. Offerhaus PM, Geerts C, et al. Variation in referrals to secondary obstetrician-led care among primary midwifery care practices in the Netherlands: a nationwide cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2015; 15:42.
5. Mohangoo AD, Hukkelhoven CWPM, et al. Afname van foetale en neonatale sterfte in Nederland. Vergelijking met andere Euro -Peristat-landen in 2004 en 2010. Ned Tijdschr Geneesk 2014; 158: A6675.
6. Flenady V, Wojcieszek AM, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. Lancet 2016; 387: 691-702.

Mw. Dr. Pien Offerhaus,
onderzoeker en
docent Academie
Verloskunde
Maastricht.
p.offerhaus@av-m.nl

FIGUUR 1 De start van de baring 2010-2015*



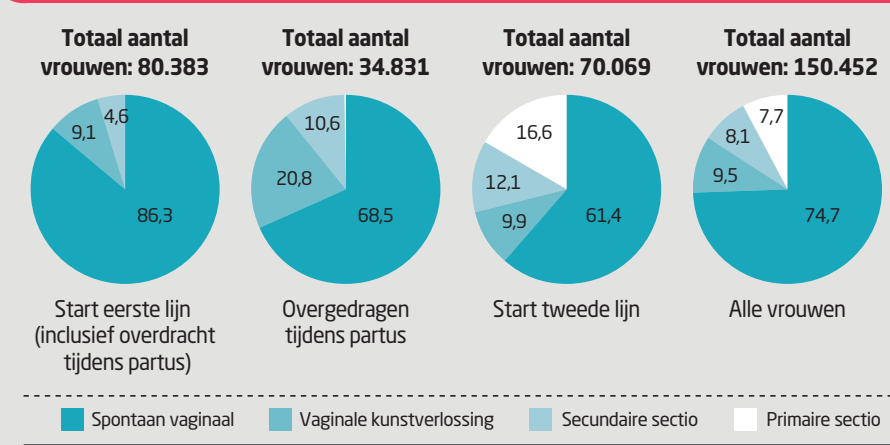
FIGUUR 2 Wijze baring 2000-2015



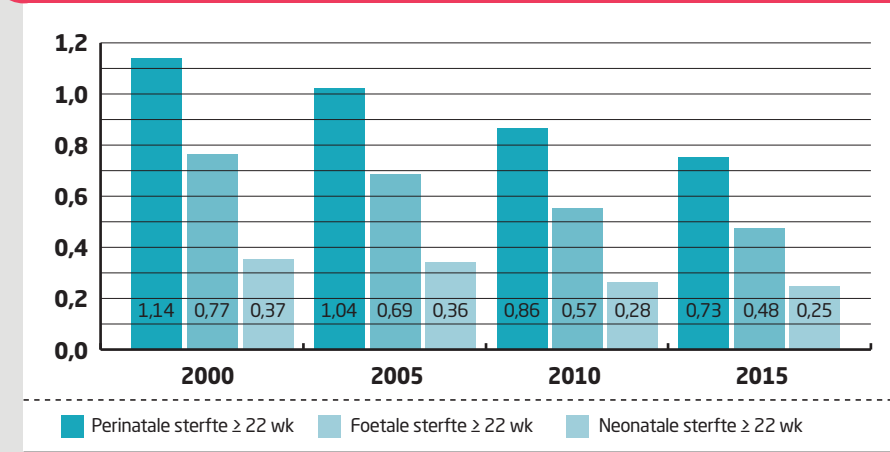
TABEL 2 Pijnbestrijding bij vrouwen zonder primaire sectio (2013-2015)

	2013	2014	2015
Epiduraal bij ontsluiting	18,5	20,0	21,8
Opioiden	15,8	15,8	12,5
Pijnbestrijding in eerste lijn	3,1	3,6	3,6

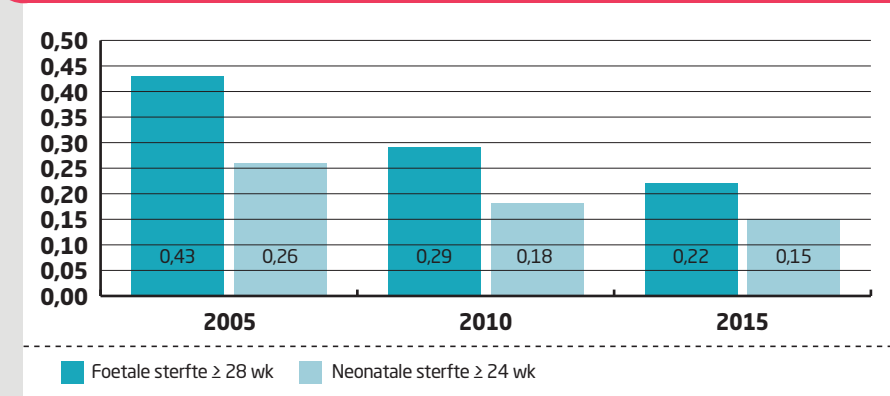
FIGUUR 3 Wijze baring bij vrouwen in de atermperiode (37.0 - 41.6 weken) naar start baring en overdracht durante partu in 2015 (aanpassing tabel 4.3.5 Jaarboek)



FIGUUR 4 Percentage perinatale sterfte bij een zwangerschapsduur ≥ 22 weken tot 7 dagen postnataal, 2000-2015



FIGUUR 5 Foetale sterfte ≥ 28 weken en neonatale sterfte ≥ 24 weken (tot 7 dagen postnataal) 2005-2015



Tabel 4.3.5 van het Jaarboek (website) laat zien wat de wijze van baren is in de atermperiode in relatie tot start van de baring in de eerste lijn, overdracht tijdens de baring, of start baring in de tweede lijn. Met een kleine aanpassing is het mogelijk om alle baringen gestart in de eerste lijn samen te bekijken. In tabel 5 ziet u het resultaat. Het percentage spontane vaginale bevallingen is bij baringen gestart in de eerste lijn met 86,3% aanzienlijk groter dan bij een start baring in de tweede lijn (61,4%). En ook na een verwijzing tijdens de baring bevat het grootste deel van de zwangeren zonder kunstverlossing of sectio: 68,5%. Dat laatste is ook bekend uit het INCAS-onderzoek.³ Dit is niet zo vreemd, als je bedenkt dat het overgrote deel van de verwijzingen tijdens de baring wordt gedaan tijdens de ontsluitingsfase, vanwege niet-urgente redenen. In tabel 9.3.2 van het Jaarboek 2015 is de eerst-geregistreerde reden voor overdracht weer-gegeven. Bijna 60% van alle overdrachten vindt plaats vanwege de (milde) complicaties meconiumhoudend vruchtwater (17,5%), verzoek om pijnbestrijding (18,8%), niet vorderende ontsluiting (13,2%) of lang gebroken vliezen (7,6%). Veel van deze bevallingen zullen betrekkelijk normaal verlopen, met meestal een spontane vaginale partus als resultaat, maar wel met CTG bewaking, oxytocine-infusie en/of pijnbehandeling.

Eerder onderzoek liet zien dat de verwijscijfers van praktijk tot praktijk sterk variëren⁴. Is het realistisch om te proberen de verwijscijfers tijdens de baring de komende jaren te verlagen, en het aantal niet-urgente verwijzingen terug te dringen? Hoe gaan we dat doen met z'n allen? En als er dan toch een verwijzing nodig lijkt, kan de eigen verloskundige dankzij experimenten in integrale zorg vaker dan nu haar eigen cliënte blijven bijstaan? En komt dat de zorg en de uitkomsten ten goede?

Eerstelijns zorg en de thuisbevalling

De trend voor eerstelijns geboortezorg is het best te zien in figuur 9.1 uit het Jaarboek. De laatste jaren laten een stijging zien in aanvang van prenatale zorg in de eerste lijn (87,3% in 2015). De overdrachten tijdens de zwangerschap blijven iets stijgen, maar toch is er de laatste jaren ook een kleine stijging van het aantal in de eerste lijn gestarte baringen (51,4% in 2015) en een voorzichtige stijging van in de eerste lijn voltooide baringen (29,0% in 2015). In 2013 en 2014 was dit percentage 28,6%. Kortom, de eerstelijns geboortezorg lijkt niet verder af te nemen de laatste jaren. Maar de thuisbevalling - de trots van de Nederlandse verloskunde - staat fors onder druk. In 2015 bevielden 21.681 (13,1%) vrouwen thuis. Ruim 5.000 van hen waren nulliparae. Er bevielden 4.055 vrouwen (2,4%) in een geboortecentrum en 21.632 vrouwen (13,0%) bevielden poliklinisch.

Perinatale sterfte

Hoe u ook denkt over de geschetste ontwikkelingen, met één trend kunnen we heel tevreden zijn. De perinatale sterfte is in de afgelopen vijftien jaar spectaculair gedaald. De redactie van het Jaarboek 2015 doet er in de samenvatting een beetje zuinig over: "De perinatale sterfte tot en met zeven dagen na de geboorte is met 7,3% licht gedaald ten opzichte van 2014, toen deze 7,4% bedroeg". Maar pas als je de cijfers op een rij zet vanaf 2000 zie je goed hoe spectaculair de verbeteringen zijn (zie figuur 4). De perinatale sterfte daalde met ruim een derde van 1,14% in 2000 tot 0,73% in 2015. Wat dat betekent voor de Europese ranglijst zullen we pas weten als er een nieuw Peristat rapport komt, maar goed nieuws is het sowieso. En maakt u zich geen zorgen over een internationale vergelijking. Daarvoor kunt u het best kijken naar de foetale sterfte ≥ 28 weken, en neonatale sterfte ≥ 24 weken (zie figuur 5)⁵. Volgens de internationale auteurs van een recent artikel in de Lancet was de daling van de foetale sterfte nergens ter wereld zo spectaculair als in Nederland, en behoort Nederland in 2015 bij de beste vijf landen wereldwijd als het gaat om lage foetale sterfte⁶. Dat u het weet! ➡

In 2015 beviel 13,1% van de vrouwen thuis en 13% poliklinisch

Het Jaarboek Zorg 2015 is te vinden op <https://www.perined.nl>