

De hoge babysterfte in Nederland

LIESBETH HEERING

Zorg om zorg en leefstijl

Al ruim 10 jaar staat Nederland in de Europese top drie van slechtst presterende landen op het gebied van de babysterfte. Afgelopen november was er voor het eerst goed nieuws: de sterfte van voldragen baby's is met 40 procent gedaald sinds 2001.

Het is opvallend: een welvarend land met een sterk ontwikkelde gezondheidszorg, en dan toch een relatief hoge babysterfte. In ieder geval bleek in 2003 en wederom in 2008 dat Nederland het er in vergelijking met andere Europese landen slecht vanaf bracht (tabel, pagina 6). Waar het om gaat is de zogeheten perinatale sterfte dat wil zeggen het aantal doodgeborenen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer (foetale sterfte – zie kader voor definities) en van levend geboren baby's in de eerste levensweek (vroeg-neonatale sterfte). In 2008 had Frankrijk de hoogste foetale sterfte van negen per 1.000, direct gevolgd door Nederland met zeven per 1.000. Ook de vroeg-neonatale sterfte (drie per 1.000 in 2008) is hoog vanuit Europees perspectief. Wat zijn de oorzaken van die hoge sterfte? Om dit te onderzoeken werd in 2010 de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) opgericht. De stichting heeft van 222 voldragen baby's die rond de geboorte zijn overleden een perinatale audit (PA) opgesteld. Dit is een analyse van de kwaliteit van de zorgverlening rond zwangerschap en geboorte. Voldragen baby's hebben tenminste 37 weken in de baarmoeder vertoefd en hun overlevingskansen zijn hoog: 997 van elke 1.000 baby's blijven leven.



Foto: clujulcopilor/Flickr.com

Waarom overlijden de baby's: de Big4

De meeste perinatale sterfte vindt plaats voor de geboorte. Van elke tien doodgeborenen baby's zijn er zeven te vroeg (prematuur) geboren, dat wil zeggen voor de 37^{ste} zwangerschapsweek. Ook van de levendgeborenen die sterven in de eerste week is het prematuur zijn één van de belangrijke doodsoorzaken. Gouke Bonsel en collega's van de Erasmus Universiteit hebben vastgesteld dat vijftientig procent van de perinatale sterfgevallen wordt veroorzaakt door één van de door hen zo genoemde "Big4" aandoeningen, te weten vroeggeboorte, laag geboortegewicht door groei-vertraging, ernstige aangeboren afwijkingen of een te lage Apgar score. De Apgar score is een rapportcijfer tussen 0 en 10 dat de verloskundige, gynaecoloog of kinderarts geeft aan een baby vlak na de geboorte op grond van kleur, ademhaling, hartslag, spierspanning, en reactie op prikkels. Bij 16 procent van de zwangerschappen komt een Big4 aandoening voor en combinaties zijn ook mogelijk. Combinaties van aandoeningen zijn een extra risicofactor. De Big4 aandoeningen, uitgezonderd de lage Apgar (de Big3 dus), zijn in principe soms beïnvloedbaar mits tijdig

In ruim de helft van de audits voldeed de zorg niet aan de gangbare normen. In 56 procent van de gevallen waren er meerdere zorgverleners betrokken bij die zorg (gemiddeld 3,4 per geval) en in 23 audits (10%) concludeerde het audit-team dat er hoogstwaarschijnlijk een relatie is tussen onvoldoende kwaliteit van de zorg en de sterfte. Het feit dat er vaak meerdere zorgverleners betrokken waren laat zien dat het, ondanks doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg in de keten, alsnog soms misgaat. Het rapport concludeert dat in alle geledingen van de zorgketen verbetering mogelijk is. Onvolkomenheden in de zorg, en het gaat dan om de Nederlandse aanpak in de verloskundige zorg, speelt dus een rol bij de sterfte. De zorgketen bestaat uit een eerste lijn met zelfstandig werkende verloskundigen, een tweede met gynaecologen in het ziekenhuis en een derde lijn met een beperkt aantal zeer specialistische Perinatalogische centra met een Neonatologische Intensive Care en verloskundige High Care. Tussen deze lijnen wordt niet altijd adequaat en tijdig gecommuniceerd en verwezen waardoor baby's onnodig sterven.

DEFINITIES BABYSTERFTE

Foetale sterfte: sterfte tussen de 22^{ste} zwangerschapsweek en de bevalling.

Neonatale sterfte: sterfte vanaf de geboorte tot en met de vierde week na de bevalling.

Vroeg-neonatale sterfte: sterfte vanaf de geboorte tot en met de eerste week na de bevalling.

Perinatale sterfte: sterfte tussen de 22^{ste} zwangerschapsweek en de eerste week na de bevalling.

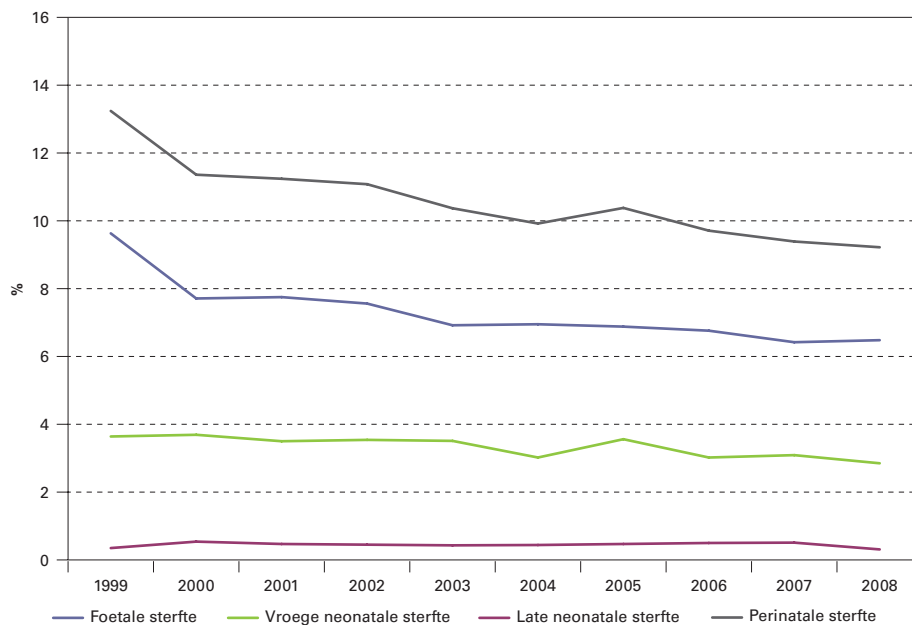
Bron: TNO magazine (april 2009) / Euro-Peristat project (2008).

Top tien babysterfte in Europa, 2008

Foetale sterfte per duizend geboren		Vroeg-neonatale sterfte per duizend levendgeborenen	
Frankrijk	9,1	Letland	3,8
Nederland	7,0	Polen	3,6
Letland	6,7	Estland	3,4
Schotland	6,7	Hongarije	3,4
Noord Ierland	6,3	Litouwen	3,3
Slovenië	5,6	Malta	3,1
Italië	5,4	Nederland	3,0
Ierland	5,4	Denemarken	3,0
Litouwen	5,2	Ierland	2,7
Denemarken	4,9	Engeland en Wales	2,6

Bron: Euro-Peristat project (2008).

Figuur 1. Foetale, neonatale en perinatale sterfte in Nederland, 1999 - 2008



Bron: Stichting Perinatale Registratie Nederland (2011).

Foto: couveusekind_Tom&Katrien/Flickr.com



opgemerkt. Een betere risicoselectie en opsporing van groeivertraging tijdens de zwangerschap, ook in de eerste lijn van de zorgketen, is daarom van groot belang. Van een kwart van de baby's met een Big3 aandoening is de bevalling namelijk gestart in de eerste lijn.

In vergelijking met andere Europese landen is Nederland lange tijd terughoudend geweest in het behandelen van zeer prematuur geboren baby's. Dat is recent veranderd. In 2010 werd de richtlijn uit 2005 herzien en werd besloten dat baby's die na 24 weken worden geboren in principe intensief worden opgevangen en behandeld, tenzij er allerlei andere complicaties en levensbedreigende factoren zijn die daar tegen pleiten. Tot 2005 was het advies dat niet te doen, tenzij er heel gunstige vooruitzichten waren. In 2013 wordt er opnieuw gekeken of bijstelling van de richtlijn gewenst is.

Samenwerking in de zorgketen

Volgens de beroepsgroep is de samenwerking tussen de verschillende disciplines die met de zorg voor moeder en kind belast zijn verbeterd. Zo is onder andere in 2001 de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) in het leven geroepen. Vanaf 2002 worden de registers van de verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen gekoppeld. In de registraties wordt informatie over de zwangerschap en de bevalling vastgelegd vanaf het eerste consult bij de verloskundige. Ook de overdrachten in de zorgketen van verloskundigen naar gynaecologen en omgekeerd worden opgenomen. Het hele zorgproces is nu voor elk geval traceerbaar. De registratie is een unieke grote database die voorziet in de behoefte om meer inzicht in de babysterfte te krijgen (zie figuur 1). Uit de vele studies met deze data die sindsdien zijn verschenen blijkt bijvoorbeeld dat de thuisbevalling even veilig is als de poliklinische ziekenhuisbevalling, mits er sprake is van een laag risico op complicaties, de afstand tot een kliniek kort is en het tijdstip van de dag gunstig is. Ziekenhuizen blijken 's nachts name-

Foto: Jolande Siebenga



lijk minder adequate zorg te kunnen bieden. Verder bleek dat niet-westerse allochtone ouders, degenen met een laag inkomen of lage opleiding en alleenstaande moeders grotere risico's lopen hun baby te verliezen. In de grote steden is er sprake van een cumulatie van risico's voornamelijk in de achterstandswijken.

Een andere vorm van samenwerking is het in 2003 opgerichte verloskundig consortium, een netwerk van gynaecologen en verloskundigen uit meer dan 70 Nederlandse ziekenhuizen, die gezamenlijk onderzoek doen naar aandoeningen en behandelingen die met zwangerschap en bevalling te maken hebben. Door technologische verbeteringen zijn de therapeutische opties vergroot. Zo wijst onderzoek van het consortium uit dat het inleiden van de bevalling van een groei-vertraagde foetus na 36 weken zwangerschap even veilig is als het afwachten van die bevalling. Vaker ingrijpen en minder de natuur zijn werk laten doen blijkt in dit geval beter te zijn.

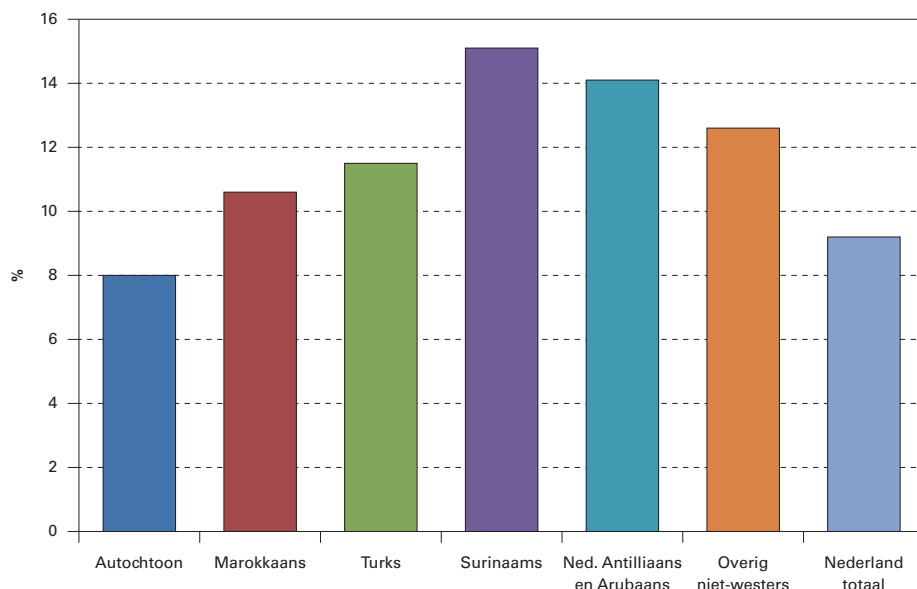
Leefstijl

Naast de zorg spelen het leefpatroon en de leefomstandigheden van de moeder een belangrijke rol. In de registers staat niets over de leefstijl van moeders (en vaders), details over de bevalling en keuzes en afwegingen gemaakt door de zorgverleners. Bovendien wordt in de registers een geval vlak na de bevalling afgesloten. Ze geven dus geen inzicht in de groei en ontwikkeling van het kind na die tijd. Twee grote cohortstudies in Amsterdam (ABCD) en Rotterdam (GeneratieR) bevatten deze gegevens wel. Beide studies zijn ruim tien jaar geleden gestart en volgen ongeveer 10.000 kinderen vanaf de zwangerschap tot de jonge volwassenheid. Uit deze studies blijkt ondermeer dat leefstijlkenmerken zoals roken, drugsgebruik, gebruik van foliumzuur en overgewicht, van groot belang zijn voor een al dan niet gezonde zwangerschap en een gezond kind. De studies hebben ook tot nieuwe inzichten geleid in de sociaal-economische achtergronden van kindersterfte. Zo bleek dat de risico's tussen allochtone groepen verschillen en dat er verschillende mechanismen ten grondslag liggen aan de hogere sterfte in de verschillende groepen (figuur 2). Bij Antilliaanse, Kaapverdiaanse en Surinaams-Creoolse moeders uit de Rotterdamse studie waren een kortere zwangerschapsduur en een lager geboortegewicht gerelateerd aan de hogere sterfte. Ook het hoge aandeel alleenstaanden onder hen (50% tegenover 8% van de Nederlandse zwangere vrouwen) en het feit dat één van elke tien zwangerschappen een tienerzwangerschap betrof, is van belang. Bij Turkse en Marokkaanse vrouwen is er geen sprake van een lager geboortegewicht of kortere zwangerschapsduur, wel wordt er onder Turkse moeders vaak gerookt. Zo rookt 30 procent van de zwangere Turkse vrouwen tijdens de zwangerschap, tegenover 17 procent van het autochtone zwangeren en dat verklaart mede de hogere sterfte.

Gezondere zwangerschappen en betere zorg

Om de hoge babysterfte aan te pakken is de gemeente Rotterdam in 2008 gestart met het initiatief 'klaar voor een kind'. Gerichte risicopro-

Figuur 2. Perinatale sterfte in Nederland naar herkomstgroepering, 2008



Bron: CBS.

ventie en zorg in alle schakels staan in dit project centraal. Achterliggende gedachte is dat verbeteringen in de perinatale sterfte mogelijk zijn door gezondere zwangerschappen en betere zorg. Om deze reden is het eerste consult al bij een zwangerschapsduur van acht en niet de gebruikelijke twaalf weken. Ook is er een geboortecentrum op het dak van het Erasmus Medisch Centrum gebouwd. Daar kunnen vrouwen bevallen alsof ze thuis zijn en toch het ziekenhuis bij de hand hebben. Door de risicoselectie op afwijkingen op een nieuwe manier vroeg in de zwangerschap door verloskundigen samen met gynaecologen te laten uitvoeren op drie momenten, verwacht men afwijkingen vroeger op te sporen en te behandelen. Daarnaast is er veel aandacht voor voorlichting en preventie die idealiter al voor de zwangerschap begint. Dit om invloed te kunnen uitoefenen op de leefstijlfactoren roken, overgewicht, ongezonde voeding, hoge bloeddruk, werk en stress.

Met de kennis opgedaan in dit project en met geld van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Erasmus Medisch Centrum – coördinator van het Rotterdamse project – eind november 2011 het project 'Healthy Pregnancy 4 All' gestart. De bedoeling is deze aanpak toe te passen in 14 gemeenten: groot en klein, in de stad en op het platteland.

Er is veel onderzocht, geleerd en tot stand gekomen in de afgelopen 10 jaar. En nu maar hopen dat er ook een einde komt aan de slechte reputatie van Nederland als een land met hoge baby-sterfte. Aan het einde van dit jaar komt het volgende Europees vergelijkende rapport uit en is er weer een vergelijkingsmoment.

Drs. E.L. Heering, NIDI, e-mail: heering@nidi.nl

LITERATUUR:

- Bonsel G.J., E. Birnie, S. Denktas, J. Poeran en E.A.P. Steegers (2010), *Lijnen in de Perinatale Sterfte*. Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC.
- Euro-Peristat project (2008), *European Perinatal Health Report*.
- Stichting Perinatale Audit Nederland (2011), *A terme sterfte 2010. Perinatale Audit: Eerste verkenningen*. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (2011), *Grote lijnen 10 jaar Perinatale registratie Nederland*. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland.

demodata

VERSTEDELIJKE VAN DE WERELDBEVOLKING
 Iets meer dan de helft van de wereldbevolking woont in stedelijke gebieden (52% in 2011). In 1960 was dat nog maar een derde. De Verenigde Naties verwachten dat rond 2050 tweederde van de wereldbevolking in stedelijke gebieden woont. De grootste stedelijke agglomeraties in 2011 waren:



Bron: VN – World Urbanization Prospects (2012).