

COMMENTAAR

Verschillen in perinatale sterfte tussen provincies: afhankelijk van veel factoren

Gouke J. Bonsel en Eric A.P. Steegers

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2689

De perinatale sterfte in Nederland is relatief hoog ten opzichte van die in andere Europese landen. Maar er is niet alleen een verschil met andere landen: ook binnen Nederland zijn er regionale verschillen. Dat laat de studie van Ravelli et al. zien (A2689).¹ Deze verschillen kunnen het gevolg zijn van allerlei factoren. De signalementstudie 'Zwangerschap en geboorte', een onderzoek naar de perinatale zorg in Nederland, uitgevoerd door het Erasmus MC in opdracht van ZonMw, onderscheidt naast patiëntfactoren ook zorg- en organisatiefactoren, en al dan niet nadelige omgevingseffecten in de grote stad.² Er zijn 2 redenen waarom de perinatale uitkomsten in de grote stad ongunstig zijn: enerzijds komen patiëntgebonden factoren in de stad vaker voor waardoor deze cumuleren; anderzijds is er een bijkomende nadelige invloed van wonen in achterstandswijken, die niet individugebonden is.³ De effecten hiervan op perinatale morbiditeit en sterfte zijn vooral opvallend bij autochtone zwangeren.^{4,5} De combinatie van risicocumulatie en woonomgevingseffecten maakt perinatale sterfte, en parallel hieraan maternale sterfte, moeilijk grijpbaar voor zowel epidemiologische analyse met standaardgegevens, als analyse via perinatale audits.

INVLOED REISAFSTAND TWIJFELACHTIG

De studie van Ravelli koos patiëntfactoren en organisatiefactoren die met de Nederlandse perinatale registratiegegevens goed benaderbaar zijn, en concludeert – na correctie voor de patiëntfactoren – dat de organisatiefactor 'reisafstand' een belangrijke rol speelt in het verklaren van de provinciale verschillen. Wij aarzelen bij het delen van die conclusie om 3 redenen: de geselecteerde patiëntfactoren zijn onvoldoende krachtig om verschillen in risico weer te geven, de reisafstand is een te beperkte invulling van de logistieke aspecten, en de analyse roept op enkele punten vragen op.

*Erasmus Medische Centrum, afd. Verloskunde en
Gynaecologie, Rotterdam.*

Prof.dr. G.J. Bonsel, arts-epidemioloog;

prof.dr. E.A.P. Steegers, gynaecoloog.

*Contactpersoon: prof.dr E.A.P. Steegers
(e.a.p.steegers@erasmusmc.nl).*

ONVOLDENDE CORRECTIE PATIËNTFACTOREN

De signalementstudie beschrijft dat perinatale sterfte in 85% van de gevallen samenhangt met slechts 4 patiëntgebonden perinatale condities, de zogenoemde 'Big 4': de aanwezigheid van een aangeboren afwijking, vroeggeboorte (bij < 37 weken), groeiachterstand (geboortegewicht < P₁₀) en een lage apgarscore (< 7 op 5 min na de geboorte).² Bij 70% van de perinatale sterfgevallen zijn 2 van deze factoren aanwezig.

Wij stelden eerder vast dat er forse verschillen zijn in het vóórkomen van de Big 4 tussen de grote steden.⁵ De signalementstudie toont ook aan dat er in dit opzicht een relevant risicoverschil is tussen zwangeren die thuis, dan wel poliklinisch onder leiding van een verloskundige bevallen: in de poliklinische situatie zijn er 40-50% meer Big 4-aandoeningen. Deze patiëntgebonden factoren maken echter geen deel uit van de studie van Ravelli et al.

Waar wij in het verleden wel vertrouwden op de factoren leeftijd, pariteit, etniciteit en sociaaleconomische status, zoals ook in gebruikt in het onderzoek van Ravelli et al., is inmiddels duidelijk dat de verklaringskracht van deze factoren ontoereikend is voor een risicoanalyse, ook als deze factoren meer gedetailleerd worden onderverdeeld. Er zijn forse verschillen in het vóórkomen van de Big 4 tussen provincies, variërend van 13,5% in de provincie Utrecht (exclusief de grote steden) tot 18,0% in Rotterdam en Den Haag. Deze risicoverschillen zijn maar matig voorspelbaar met de maternale achtergrondkenmerken. Het percentage vrouwen dat de baring start onder leiding van de verloskundige toont ook provinciale verschillen, maar belangrijker is – in verband met discussies rond reistijd en 7 x 24-uurszorg – dat er aanmerkelijke provinciale verschillen zijn in het risicoprofiel van zwangeren bij het begin van de baring in de eerste lijn en de tweede lijn. In de eerste lijn varieert het vóórkomen van de Big 4-aandoeningen van 8-12% en in de tweede lijn van 18-23%, door provinciale verschillen in risicoselectie. Hoe hoger dit percentage initieel risico in de eerste lijn, des te kritischer is de reisafstand naar het ziekenhuis. Een dergelijke aanpak – rekening houden met de Big 4 – zou niet alleen meer recht doen aan provinciale risicoverschillen, maar ook aan het gegeven dat het effect van reisafstand onlosmakelijk verbonden is met risicoselectie

en de risicostatus bij aanvang van de baring. Dit zou bovendien het probleem oplossen dat het ontbreken van reisafstand in de studie van Ravelli bij thuisbevallen vrouwen nu zowel de betekenis heeft van 'laag risico' als 'ontbreken van transportrisico'.

BIJKOMENDE OMGEVINGEFFECTEN IN DE GROTE STEDEN

Het ontbreken van een afzonderlijke correctiefactor voor de 4 grote steden en het fenomeen van achterstandswijk-effecten bemoeilijkt de interpretatie van resultaten in de provincies waarin de 4 grote steden gesitueerd zijn: Utrecht, Noord- en Zuid-Holland. De resultaten bestaan nu uit een optelling van goede tot zeer goede uitkomsten uit tamelijk gezonde regio's en matig tot slechte uitkomsten uit grote steden met – zoals bekend – tamelijk verschillende Big 4-profielen. De onderzoeksvariabele 'urbanisatiegraad', die Ravelli et al. gebruiken, is hiervoor ongeschikt. Daar komt bij dat het beschermende effect van een lage urbanisatiegraad niet goed past bij de reistijdbevinding en mogelijk artefacten in de analyse veroorzaakt.

Ravelli et al. constateren dat het laat beginnen met prenatale zorg (≥ 18 e zwangerschapsweek) een belangrijke zorg- of organisatiefactor is die van invloed is op perinatale sterfte. Men kan zich afvragen waarom de grens bij 18 weken is gelegd, en het is goed mogelijk dat deze late komst meer een algemene patiëntgerelateerde risicovariabele is. Dat is temeer te verwachten aangezien juist in de grote steden bijna de helft van met name allochtonen en vrouwen met een lage sociaaleconomische status pas na de 14e week van de zwangerschap voor de eerste maal bij een verloskundige zorgverlener komt.²

ORGANISATIE-EFFECTEN

Dat Ravelli et al. de rol van 7 x 24-uurszorg als organisatiefactor niet bespreken, is op zich begrijpelijk: de rol daarvan bij risicoselectie en reistijdeffecten is evident. Als de risicoselectie perfect verloopt, hebben reisafstand en beperkte tweedelijnsfaciliteiten en seniorpersoneel in de nacht vermoedelijk slechts triviale effecten, en dan alleen nog bij een enkel per acuut probleem. Maar is de risicoselectie matig, dan telt reisafstand veel zwaarder, net als de logistiek van de tweede- en derdelijnszorg.

CONCLUSIE

Het artikel van Ravelli et al. biedt al met al een belangrijk, maar slechts gedeeltelijk antwoord op de vraag naar de rol van reistijd. Allereerst is in beperkte mate een relatie gelegd met de hoogte van het risico bij de start van de baring. Het is van belang om te leren of de relatie met reistijd sterker was onder de Big 4-aandoeningen. De interactie tussen risicostatus bij het begin van de baring, reisafstand en organisatiekwaliteit is wezenlijk; ook spelen praktijkverschillen in verwijzgedrag – risicomijdend of risiconemend – mogelijk een rol. In onze ervaring houden de verloskundigen terecht rekening met enerzijds de minimaal noodzakelijke reistijd en anderzijds de organisatieaspecten van het ziekenhuis, wat van invloed kan zijn op de primaire keuze van de locatie van de bevalling (thuis, geboortecentrum of poliklinisch) of de keuze eerder te verwijzen.

Analyse van reistijd, in interactie met risicoselectie en organisatie, vormt de basis van informatie die leidend moet zijn bij discussies over de concentratie van zorg. Concentratie resulteert doorgaans niet in een toename van de reistijd zoals de auteurs stellen. De overgrote meerderheid van de Nederlandse bevolking leeft binnen een afstand van 20 kilometer van meerdere ziekenhuizen.

Zwangere vrouwen zijn rondom de baring vooral gebaat bij goede risicoselectie en adequate zorgverlening van en samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Dr. Erwin Birnie analyseerde de gegevens uit de signalementsstudie voor dit artikel.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 januari 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3112

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Erwich JJHM et al. Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2689.
- Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EA: Lijnen in Perinatale Sterfte. Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte. Rotterdam: Erasmus MC; 2010.
- Poeran J, Denktas S, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA: Urban perinatal health inequalities. J Matern Fetal Neonatal Med. [ter perse].
- Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RPM et al. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. Eur J Epidemiol. [ter perse].

- 5 de Graaf JP, Ravelli ACJ, Wildschut HJ et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152:2734-40.
- 6 Schippers EI. Kamerbrief Zwangerschap en Geboorte. Ministerie VWS; 14 december 2010.