

COMMENTAAR

Foetale en neonatale sterfte in Europees perspectief

VERBETERING VAN DE VERLOSKUNDIGE ZORG IN NEDERLAND BLIJFT NODIG

Amber A. Vos, Gouke J. Bonsel en Eric A.P. Steegers

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A6675

Nederland scoorde slecht bij de vergelijking van geboortevlakten in Europa met cijfers uit 2000, zo toonde het Peristat I-rapport aan. Voor foetale sterfte stond Nederland op de laatste plaats ten opzichte van andere Europese landen en voor neonatale sterfte op de voorlaatste plaats.¹ In het tweede Peristat-rapport – gepubliceerd in 2008 met cijfers uit 2004 – verbeterde de Nederlandse positie, maar was de perinatale sterfte, een combinatie van foetale en neonatale sterfte, minder sterk gedaald dan in de ons omringende landen.²

In Nederland zijn er grote verschillen in perinatale sterfte tussen groepen van verschillende etnische herkomst, sociaal-economische positie en woonplaats.³ Het niveau van perinatale morbiditeit speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van perinatale sterfte. Het optreden van vroeggeboorte, intra-uteriene groeivertraging, aangeboren afwijkingen of een suboptimale start – dat wil zeggen: een lage apgarscore –, ook wel de ‘big 4’-aandoeningen genoemd, gaat in 85% van de gevallen vooraf aan perinatale sterfte.⁴

Deze ongunstige uitkomsten leidden tot initiatieven om de samenwerking tussen ketenpartners te verbeteren, kwetsbare groepen beter te bereiken en risicomanagement te verbeteren. In het derde Peristat-rapport uit 2012 – met cijfers uit 2010 – daalde de Nederlandse foetale sterfte gerekend vanaf 28 weken zwangerschap met 33% in de periode 2004-2010.⁵ Ook het neonatale sterftecijfer daalde in die periode, met 21%. De vraag is of Nederland hierdoor in vergelijking met andere Europese landen nu definitief een betere positie inneemt.

VERGELIJKBAARHEID VAN CIJFERS, VERGELIJKBAARHEID VAN LANDEN

Voor een goede interpretatie is het belangrijk dat de cijfers kloppen, dat zij technisch vergelijkbaar zijn en dat de landen die met elkaar vergeleken worden ook voldoende vergelijkbaar zijn.

De vergelijkbaarheid van de cijfers is door de jaren heen een punt van discussie. Niet elk land is in staat om alle gegevens aan te leveren. Daardoor varieert de gehanteerde ondergrens voor foetale sterfte van 22 tot 28 weken. In het rapport en daaruit afgeleide publicaties wordt daarom vaak de ondergrens van 24 of 28 weken gehanteerd, in plaats van de WHO-definitie voor perinatale sterfte (sterfte vanaf 22 weken zwangerschapsduur tot 7 dagen post partum).⁶ Ook kunnen niet alle landen het geboortegewicht in combinatie met de zwangerschapsduur aanleveren. Hierdoor kan het onderscheid tussen prematuriteit en dysmaturiteit – te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur – niet worden gemaakt. Beide vormen een belangrijke maar verschillende risicofactor voor perinatale sterfte.⁷

Vergelijkbaarheid wordt ook beïnvloed door het aantal deelnemende landen, dat toenam van 15 in 2004 tot 25 in 2008 en 29 in 2012. IJsland is koploper met de laagste perinatale sterfte in het derde Peristat-rapport, maar ontbrak in voorgaande jaren. De sterftcijfers worden tot nu toe ook niet gestandaardiseerd voor populatiekenmerken zoals leeftijd en pariteit van de vrouw. Bovendien verschillen de deelnemende landen in de organisatie en het niveau van de gezondheidszorg.

EEN MEER VALIDE VERGELIJKING

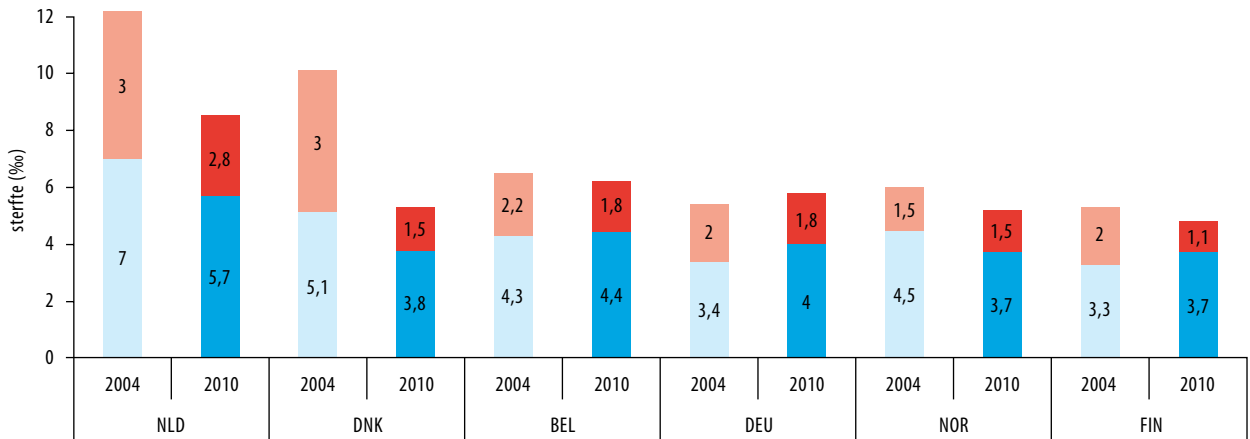
Voor een meer valide vergelijking hebben we Nederland geplaatst tussen landen die vergelijkbaar zijn voor wat betreft de kwaliteit van de cijfers, het niveau van de gezondheidszorg en populatiekenmerken: België (in het bijzonder Vlaanderen), de Scandinavische landen, Groot-Brittannië en Duitsland. In de figuur maken wij daarbij een onderscheid tussen foetale sterfte – vanaf 22 weken zwangerschapsduur, per 1000 geboren – en vroege neonatale sterfte – tot 7 dagen postpartum, per 1000 levend geboren vanaf 22 weken zwangerschapsduur – die opgeteld de perinatale sterfte volgens de WHO-definitie vormen. De vergelijking betreft cijfers van 2004 met die van 2010. Voor Vlaanderen hebben we gebruik

Erasmus MC, afd. Gynaecologie en Obstetrie, Rotterdam.

Drs. A.A. Vos, arts-onderzoeker; 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).



FIGUUR Foetale en neonatale sterfte in Nederland in vergelijking met omliggende landen in 2004 en 2010. Foetale sterfte (■/■) is hier gedefinieerd als sterfte vanaf 22 weken zwangerschapsduur per 1000 geboren en neonatale sterfte (■/■) als sterfte tot 7 dagen post partum per 1000 levendgeborenen vanaf 22 weken zwangerschapsduur. De sterftcijfers zijn voor alle landen behalve Vlaanderen afkomstig van de Peristat-rapporten over 2004 en 2010.^{2,5} Voor Vlaanderen zijn de cijfers afkomstig van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.⁸ (NLD = Nederland, DNK = Denemarken, BEL = België, DEU = Duitsland, NOR = Noorwegen, FIN = Finland).

gemaakt van een andere gegevensbron, het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie,⁸ omdat we door de toevoeging van Wallonië en Brussel in 2010 geen eerlijke vergelijking konden maken tussen beide jaren.

De figuur toont dat Nederland in beide jaren de hoogste absolute perinatale sterfte had, en ook in 2010 nog boven het niveau zat van de andere landen in 2004. Aangenomen dat de jaarlijkse ontwikkeling in sterfte constant zou zijn, is de perinatale sterfte in Nederland de afgelopen jaren 2,7% per jaar gedaald (berekend op de verandering van 10 per 1000 in 2004 tot 8,5 per 1000 in 2010). Dat is meer dan bijvoorbeeld in Finland. In Finland daalde dit cijfer van 5,3 per 1000 geboorten in 2004 tot 4,8 per 1000 geboorten in 2010, een daling van 1,7% per jaar.

Deze benadering doet de landen die al een laag sterftcijfer hebben eigenlijk tekort, omdat ze veronderstelt dat de perinatale sterfte geheel kan verdwijnen. Het is aannemelijk dat er een ondergrens is aan de perinatale sterfte. Dit uitgangspunt leidt tot een aangepaste berekening, zoals we aan de hand van het volgende voorbeeld laten zien. Stel dat de *onvermijdbare* perinatale sterfte 2,5 per 1000 is. Wanneer we deze onvermijdbare sterfte aftrekken van de waargenomen sterfte in beide jaren, en zo de jaarlijkse reële daling herberekenen, blijken deze getallen veel dichter bij elkaar te liggen, namelijk 3,8% afname per jaar voor Nederland en 3,3% voor Finland.

CONCLUSIE

In Nederland daalt de perinatale sterfte, evenals in landen die goed met Nederland vergelijkbaar zijn. De jaarlijkse constante daling is echter niet groter dan elders. Daarom is het belangrijk om te blijven investeren in de verloskundige zorg en verder te onderzoeken welke maatregelen leiden tot verbetering van de uitkomsten. Onderzocht moet worden hoe determinanten van perinatale sterfte – vroeggeboorte, intra-uteriene groeivertraging, aangeboren afwijkingen en een suboptimale start – door interventies kunnen worden aangepakt en op welke wijze kwetsbare groepen kunnen worden bereikt. In het Euro-Peristat-project moeten zowel de vergelijkbaarheid van de Europese gegevens als de mogelijke verklaringen voor de verschillen in uitkomsten diepgaand geanalyseerd blijven worden.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 20 maart 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7594

> **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/OPINIE**

LITERATUUR

- 1 Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2004;148:1855-60.
- 2 EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEONET. European Perinatal Health Report. Leiden/Parijs: TNO Quality of Life/INSERM; 2008. <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report2004.html>, geraadpleegd op 27 maart 2014.
- 3 De Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008;152:2734-40.
- 4 Van der Kooy J, Poeran J, de Graaf JP, et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2011;118:1037-46.
- 5 EURO-PERISTAT project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Leiden/Parijs: TNO Gezond Leven/INSERM; 2013. www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html, geraadpleegd op 27 maart 2014.
- 6 Mohangoo AD, Buitendijk SE, Szamotulska K, et al. Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in Europe: results from the Euro-Peristat project. *PLoS ONE.* 2011;6:e24727.
- 7 Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ.* 2013;346:f108.
- 8 Cammu H, Martens E, Martens G, van Mol C, Jacquemyn Y. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2011. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), 2011.