

116343

BIBLIOGRAFIE

KWALITEIT VAN VERLOSKUNDIGE ZORG

 NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

J.H. Rengelink-van der Lee
A. de Mol-van der Velde

juli 1988

De bibliografie "Kwaliteit van verloskundige zorg" is publikatie no. 22 uit de serie NIVEL-BIBLIOGRAFIEEN

van het

Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Drieharingstraat 6

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

Telefoon 030-319946

Openingsstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-16.00

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

J.H. Rengelink-van der Lee

A. de Mol-van der Velde

Bibliografie kwaliteit van verloskundige zorg / [samengesteld door]:
J.H. Rengelink-van der Lee en A. de Mol-van der Velde. - Utrecht :
Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL

Met reg.

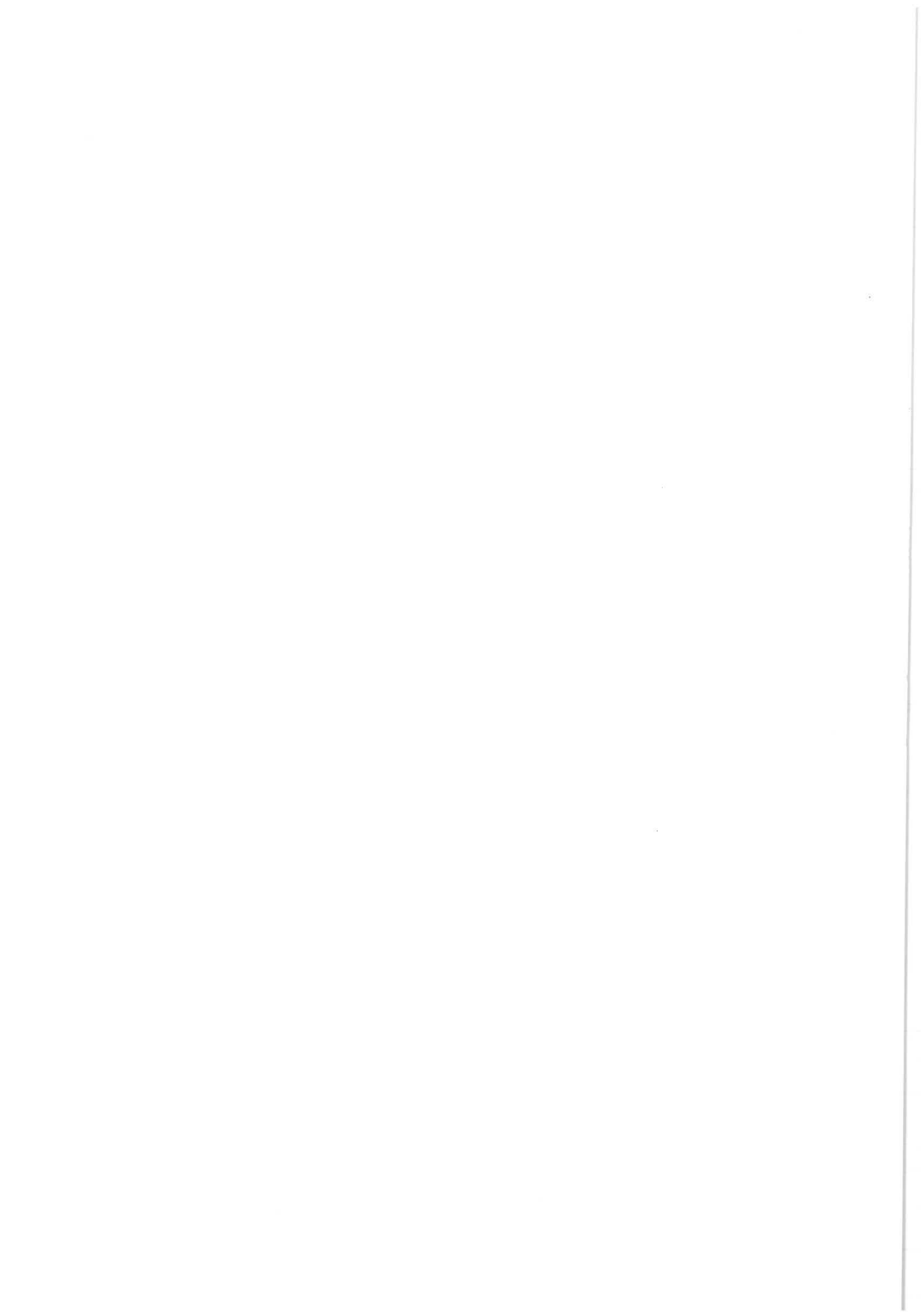
ISBN 90-6905-072-2

UDC 618.2: 614.2

Trefw.: kwaliteit van de zorg ; bibliografieën / verloskunde ;
bibliografieën

Inhoud

Inleiding	v
Verantwoording	viii
Indeling van de bibliografie	ix
Aanwijzingen voor het gebruik	xi
A. DE NEDERLANDSE VERLOSKUNDIGE ZORG	
1. Het Nederlandse verloskundige systeem	1
2. Beschrijvend cohortonderzoek naar thuisbevallingen	8
3. Thuis bevallen of in het ziekenhuis?	11
4. Perinatale sterfte als kwaliteitsmaat	18
B. DE VERLOSKUNDIGE ZORG IN HET BUITENLAND	
1. Onderzoek over thuisbevallingen	24
2. Beschrijvend cohortonderzoek	28
3. Kwaliteitsvergelijking bij verschillen op structuurniveau	
3.1. Verschillen in organisatie of tussen instellingen	35
3.2. Verschillen tussen hulpverleners	45
3.3. Evaluatie van (programma's voor) prenatale zorg	50
3.4. Evaluatie van zorg voor risicogroepen	58
4. Wat zijn goede kwaliteitscriteria	
4.1. Mortaliteit	61
4.2. Morbiditeit	66
Auteursregister	71
Trefwoordenregister	77
Verklaring van de bibliotheekcodes	79
Nivel-bibliografieën	83



Inleiding

De verloskundige zorg in Nederland staat al geruime tijd ter discussie. Sinds de tweede wereldoorlog is in de meeste geïndustrialiseerde landen een verschuiving opgetreden van thuis bevallen naar toenemende hospitalisatie van bevallingen. Inmiddels is in de ons omringende landen vrijwel 100% hospitalisatie bereikt. In Nederland echter vindt nog steeds ongeveer 35% van de bevallingen thuis plaats (1985). Lange tijd nam Nederland een vooraanstaande positie in op het gebied van de verloskunde, met de laagste perinatale sterftecijfers ter wereld. In 1986 maakte Hoogendoorn duidelijk dat Nederland deze eerste positie was kwijtgeraakt aan landen met een zeer hoge hospitalisatiegraad, zoals Zweden (Hoogendoorn, 1986, no. 28). Maar ook al eerder, in 1978, was de discussie omtrent het verschijnsel thuisbevalling hoog opgelopen. Treffers en Hoogendoorn kwamen toen, beide op basis van CBS-gegevens, tot diametraal tegengestelde conclusies over het verband tussen het percentage thuisbevallingen en de perinatale mortaliteit (Treffers, 1978, no. 34; Hoogendoorn, 1978, no. 32). Nog vóór de zeer levendige discussie die zich daarop ontspon in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde waarbij vooral Hoogendoorn het moest ontgelden (Treffers en Breur¹; Hoogendoorn en Citteur²; Treffers en Breur³; Maathuis en De Jonge, 1979, no. 33; Ament e.a.⁴,

1. Treffers, P.E., W. Breur. De plaats van bevalling en de perinatale sterfte. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 47, p. 1856-1857.

2. Hoogendoorn, D., C.A.W. Citteur. De plaats van bevalling en de perinatale sterfte. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 47, p. 1857-1859.

3. Treffers, P.E., W. Breur. De plaats van bevalling en de perinatale sterfte. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no. 20, p. 852-853.

4. Ament, A., W.G. van Arkel, F. Harmsze, R. Hayes. De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis danwel in het ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no. 24, p. 1038-

Citteur en Hoogendoorn⁵; Treffers en Breur⁶), werd een voordracht gepubliceerd van Kloosterman, waarbij hij het Nederlandse verloskundige systeem verdedigt en vraagtekens plaatst bij de betekenis van eventuele statistische verbanden tussen hospitalisatiegraad en perinatale mortaliteit (Kloosterman, 1978, no. 6). Vragen zoals: "Is het verband tussen hospitalisatiegraad en perinatale mortaliteit er één van oorzaak en gevolg?", "zijn officiële statistieken van perinatale mortaliteit betrouwbaar en vergelijkbaar tussen verschillende landen?" en "zegt het cijfer van perinatale mortaliteit iets over de kwaliteit van de verloskundige zorg of is het van andere factoren afhankelijk" vormden de aanleiding tot het doen van een literatuuronderzoek naar meetmethoden van de kwaliteit van verloskundige zorg die toepasbaar zijn in de eerstelijns. De resultaten van dit literatuuronderzoek zijn beschreven in het rapport 'Het meten van de kwaliteit van verloskundige zorg: literatuuroverzicht meetmethoden van kwaliteit van verloskundige zorg, toepasbaar in de eerstelijns' van J.H. Rengelink-van der Lee. De publicaties die in het literatuuronderzoek zijn geanalyseerd vormen tevens de inhoud van deze bibliografie. Hoewel het rapport en de bibliografie op het zelfde materiaal gebaseerd zijn, is er een wezenlijk verschil. In het rapport worden alleen de in de verschillende onderzoeken gehanteerde meetmethoden beschouwd, resultaten en conclusies blijven daar buiten beschouwing. In de bibliografie daarentegen wordt een overzicht gegeven van de volledige inhoud van de onderzochte publicaties, waarvan de meetmethoden slechts een onderdeel vormen. Als gevolg van dit verschil in weergave en doelstelling, zijn ook de indelingen verschillend: in het rapport zijn de verschillende onderzoeken ingedeeld naar de beschreven meetmethoden, terwijl in de bibliografie een indeling is gemaakt naar algemene inhoudelijke aspecten.

1039.

⁵. Citteur, C.A.W., D. Hoogendoorn. De relatie tussen hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis danwel in het ziekenhuis.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no. 24, p. 1039-1040.

⁶. Treffers, P.E., W. Breur. Nogmaals: de plaats van de bevalling en de perinatale sterfte.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no. 24, p. 1041.

Doordat de literatuurverzameling plaatsvond ten behoeve van het literatuuronderzoek naar meetmethoden van kwaliteit van verloskundige zorg, is vooral gezocht naar beschrijvingen van onderzoek. Hierdoor is minder aandacht besteed aan editorale en discussiestukken.

Alvorens over te gaan tot het bespreken van de gehanteerde werkwijze bij het zoeken van literatuur en de indeling van de gevonden publicaties in deze bibliografie, verdient het begrip **'kwaliteit'** nog enige toelichting.

Voor dit veel gehanteerde begrip bestaat immers geen algemeen aanvaarde definitie. Vele auteurs gebruiken het begrip kwaliteit en beschrijven zelfs pogingen het te meten zonder duidelijk te omschrijven wat ze eronder verstaan. Bij bestudering van deze publicaties blijkt dat er aanzienlijke variatie kan bestaan in de invulling van het begrip **'kwaliteit'** door verschillende auteurs. Om aan al deze verschillen recht te doen, is voor deze bibliografie een **zeer ruime definitie** gehanteerd, die afkomstig is van Donabedian⁷: **"Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen de werkelijkheid en tevoren vastgestelde criteria"**. Bij het gebruik van deze ruime definitie, is echter een grens gesteld, zodanig dat de grootheid **'kosten'** beschouwd wordt als een apart aspect van de zorg naast kwaliteit en niet als een onderdeel daarvan. Als men kosten beschouwd als onderdeel van kwaliteit, loopt men immers het gevaar een zuiver financiële discussie over de verdeling van middelen te gaan voeren onder het mom van **'kwaliteitsbewaking'**, waardoor de werkelijke kwaliteit in het gedrang dreigt te komen. **De hier gehanteerde definitie sluit dus beter aan op het begrip doeltreffendheid (effectiveness) dan op het begrip doelmatigheid (efficiency) (WHO⁸).**

7. Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its assessment.

Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1.

Ann Arbor Michigan: Health Administration Press, 163 p., 79 lit. opgn.

nivel (B 491)

8. World Health Organization. Statistical indicators for the planning and evaluations of public health programmes: fourteenth report of the WHO Expert Committee on Health Statistics.

Geneva: WHO.

WHO Technical Report Series, 472.

- Verantwoording

Voor het verzamelen van literatuur is de volgende werkwijze gehanteerd:

In een internationale database (Dimdi) werd een online literatuursearch uitgevoerd met behulp van trefwoorden zoals 'quality', 'evaluation', 'measurement', 'criteria', gecombineerd met 'obstetrics' en 'midwives'; voor de Nederlandse literatuur werd uitgegaan van de NIVEL-bibliografie 'De Nederlandse verloskundige zorg'; en verder werden de laatste vijf jaargangen geraadpleegd van de volgende tijdschriften: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, The Journal of Family Practice, Tijdschrift voor Verloskundigen, The Journal of the Royal College of General Practitioners, American Journal of Public Health, American Journal of Obstetrics and Gynaecology en British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Tevens werden relevante referenties geraadpleegd.

- Indeling van de bibliografie

De gevonden publicaties zijn op de volgende wijze ingedeeld:

Allereerst is een onderscheid aangebracht tussen de Nederlandse en buitenlandse publicaties. De Nederlandse publicaties (A) zijn als volgt onderverdeeld: publicaties met als onderwerp (de discussie over) het Nederlandse verloskundige systeem (A.1); beschrijvende cohort-onderzoeken over thuisbevallingen (A.2); vergelijkende onderzoeken tussen thuis- en ziekenhuisbevallingen (A.3) en onderzoeken waarin uitgegaan wordt van perinatale sterftecijfers om de verloskundige zorg te beoordelen (A.4). In de categorie 'beschrijvende onderzoeken over thuisbevallingen' vallen prospectieve beschrijvingen van de verloskundige lotgevallen van bepaalde groepen zwangere vrouwen die van plan waren thuis of eventueel in een kraamkliniek te bevallen. De conclusie van dergelijk onderzoek luidt meestal dat de zorg van verloskundigen van voldoende kwaliteit blijkt te zijn, volgens vaak niet nader gespecificeerde criteria van de auteurs. Opvallend is dat dergelijk beschrijvend onderzoek niet gevonden is over ziekenhuispopulaties. Wel zijn er een aantal onderzoeken gevonden waarin vrouwen die thuis (willen) bevallen vergeleken worden met vrouwen die (poli)klinisch bevallen (A.3). In deze categorie zijn ook een aantal artikelen opgenomen waarin de aandacht vooral is gericht op de criteria waarmee de kwaliteit van de verloskundige zorg wordt beoordeeld. De auteurs trachten hierin uitspraken te doen omtrent betrouwbaarheid en validiteit van bepaalde (mogelijke) kwaliteitscriteria. In de laatste categorie Nederlands onderzoek zijn naast onderzoek waarin (perinatale) mortaliteit als kwaliteitscriterium gehanteerd wordt, ook enkele publicaties ingedeeld die de betrouwbaarheid van dat criterium trachten na te gaan. Er is bij de Nederlandse literatuur een aparte categorie over 'mortaliteit' onderscheiden, omdat in de discussie omtrent de wenselijkheid van het behoud van het Nederlandse systeem van verloskundige zorg ook de juistheid van het gebruik van dit criterium steeds weer in twijfel wordt getrokken. Bij de buitenlandse literatuur (B) is geen aparte categorie over mortaliteit onderscheiden. Deze literatuur is afkomstig uit vele verschillende landen. De landen verschillen vaak wat betreft voorschriften voor registratie en in gehanteerde definities. Aangezien mortaliteitsgegevens of kritiek op het gebruik ervan dus niet tussen landen vergeleken kunnen worden, is 'mortaliteit' in de buitenlandse literatuur beschouwd als één van de kwaliteitscriteria die gehanteerd worden en zijn de onderzoeken waarin dit criterium gehanteerd wordt, ingedeeld in dezelfde categorieën als de overige onderzoeken. Wel

zijn de buitenlandse onderzoeken over de thuisbevalling in een aparte categorie ingedeeld (B.1), aangezien dit voor de Nederlandse situatie mogelijk vergelijkingsmateriaal oplevert. Het beschrijvende onderzoek binnen de buitenlandse literatuur gaat vrijwel altijd over ziekenhuispopulaties (in tegenstelling tot het Nederlandse beschrijvende onderzoek). Analoog aan de categorie 'vergelijkend onderzoek tussen thuis- en ziekenhuisbevallingen' in de Nederlandse literatuur, is in de buitenlandse literatuur een categorie 'vergelijking structuurverschillen' onderscheiden. Hierbinnen is nog een onderscheid aangebracht naar het soort structuurverschillen dat onderzocht wordt: verschillen in verloskundige organisatie (tussen landen) of verschillen tussen instellingen (B.3.1), verschillen in het specialisme van de hulpverlener (B.3.2), evaluatie van de prenatale zorg of van een programma van zorg voor zwangeren (B.3.3) en evaluatie van de zorg verleend aan risicogroepen (B.3.4). Tot slot wordt bij de buitenlandse literatuur een categorie publicaties onderscheiden waarin validiteit en betrouwbaarheid van kwaliteitscriteria wordt onderzocht; hierin is wel onderscheid gemaakt tussen mortaliteitsgegevens als criteria (B.4.1) en morbiditeitsgegevens als criteria (B.4.2).

- Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie

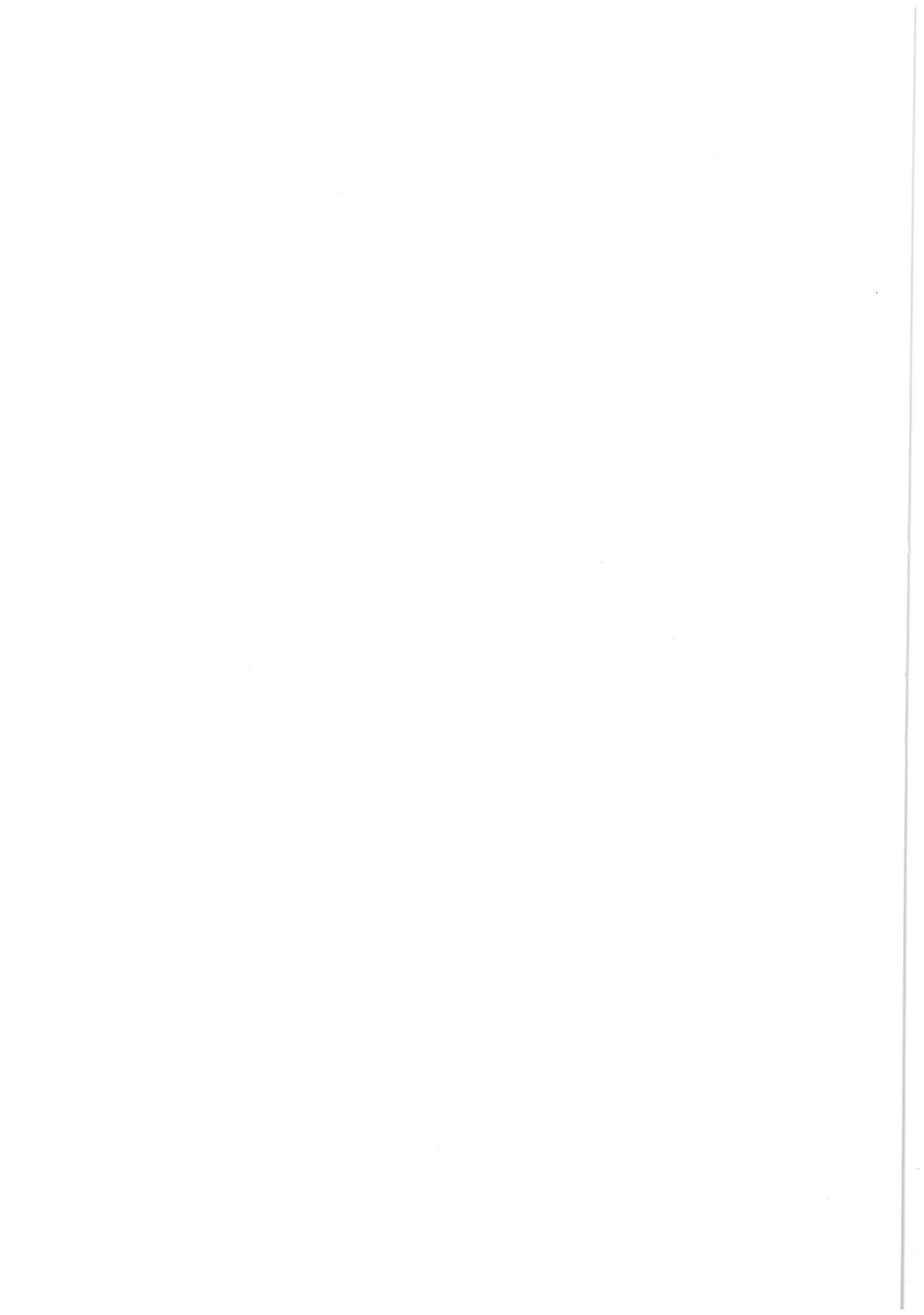
De publikaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk dan wel per paragraaf geordend op de naam van de eerste auteur. Wanneer in een hoofdstuk meer publikaties van één auteur zijn opgenomen, zijn deze publikaties chronologisch gerangschikt. Alle titels in de bibliografie zijn doorlopend genummerd.

Om het zoeken op auteur en op onderwerp voor de gebruiker eenvoudiger te maken zijn achterin de bibliografie een auteursregister en een trefwoordenregister opgenomen. In deze registers wordt verwezen naar de volgnummers van de afzonderlijke publikaties.

In de titelbeschrijvingen is een vermelding opgenomen van het aantal referenties dat in de beschreven publikatie wordt gegeven. De gebruiker kan daaruit afleiden hoe nuttig die publikatie is wanneer hij op zoek wil naar meer literatuur.

De titelbeschrijvingen in de bibliografie worden steeds gevolgd door een aanduiding van bibliotheken waar de betreffende publikatie ter inzage of te leen is. Bij deze opgave is niet gestreefd naar volledigheid. Achter in de bibliografie is een overzicht te vinden van de gebruikte aanduidingen waarbij de bedoelde bibliotheken zijn vermeld met bezoekadres, postadres en telefoonnummer.

Bij boeken, rapporten en kopie-artikelen uit de NIVEL-collectie die opgenomen zijn in de bibliografie, is tevens het plaatsnummer vermeld waaronder de publikatie in de NIVEL-bibliotheek is terug te vinden.



A. DE NEDERLANDSE VERLOSKUNDIGE ZORG

A.1. Het Nederlandse verloskundige systeem

1

ALTEN, D. VAN.

Aspecten van perinatale zorg in Zweden en Nederland.

Medisch Contact; 35, 1980, no. 23, p. 706-708, 5 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

In Zweden is de verloskunde en gynaecologie geconcentreerd in grotere ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen vervullen een regionale functie. Concentratie van 'high risk' obstetrie vindt niet plaats. Circa 2000-2500 bevallingen per ziekenhuis per jaar worden als het waarschijnlijke optimum beschouwd. De perinatale zorg geschiedt voornamelijk door vroedvrouwen. Zij werken in een gestructureerde vorm samen met obstetrici. Circa 90% van de Zweedse bevallingen vindt plaats onder leiding van vroedvrouwen. Artsen en vroedvrouwen werken in dienstverband. Het kraambed wordt in het ziekenhuis doorgebracht en de overgang van de zorg in het ziekenhuis naar de zorg thuis is duidelijk geregeld. De registratie van de prenatale zorg, de bevalling, het kraambed en de zuigelingenverzorging geschiedt in Zweden op uniforme wijze waardoor een centrale bewerking van alle op de perinatale zorg betrekkinghebbende gegevens mogelijk is. De opleiding van verpleegkundigen vindt in een beperkt aantal ziekenhuizen plaats. Auteur geeft aan dat met name in de Nederlandse situatie gekeken moet worden in vergelijking tot de Zweedse situatie naar:

- kleinschaligheid van de verloskundige afdelingen;
- concentratie van verloskundige afdelingen;
- gestructureerd overleg tussen vroedvrouwen en obstetrici;
- werken in dienstverband van vroedvrouwen en obstetrici;
- eenvormige registratie van prenatale gegevens.

2

ESKES, T.K.A.B.

Nederlandse verloskunde.

Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1973, no. 7, p. 240-242, 9 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De vraag die de auteur zich stelt, luidt: "Is het Nederlandse

systeem van verloskundige zorg te testen met cijfers?". De perinatale sterfte is in Nederland onvoldoende specifiek, namelijk niet ingedeeld in gewichtscategorieën, en de immaturensterfte (16-28 weken) wordt gemist. Perinatale morbiditeit is ook een belangrijk factor, die pas van belang werd toen de maternale sterfte daalde, het aantal zwangerschappen sterk afnam door de opkomst van anticonceptie en de diagnostische mogelijkheden tijdens de zwangerschap toenamen. De Prechtiscore wordt voorgesteld als maat voor de perinatale morbiditeit. Een prospectief onderzoek op basis van deze morbiditeitsmaat zal antwoord moeten geven op de vraag of tot totale hospitalisatie zou moeten worden overgegaan.

3

ESKES, T.K.A.B., G.J. KLOOSTERMAN.

Bevallen thuis of in het ziekenhuis.

In: A. Querido, J. Roos (red.).

Controversen in de geneeskunde.

Utrecht: Wetenschappelijk Uitgeverij Bunge, 1980. p. 179-198.

nivel (B 297 I)

Beide auteurs geven hun visie op de organisatie van de Nederlandse verloskunde. De eerste auteur bepleit voor alle bevallingen opname in het ziekenhuis teneinde de perinatale mortaliteit en morbiditeit te verlagen. De mogelijkheden in de kliniek voor continue foetale bewaking met behulp van CTG en meting van het foetale zuur-base-evenwicht en de directe beschikbaarheid van het benodigde instrumentarium voor resuscitatie acht hij essentieel voor een veilige bevalling. De tweede auteur is voorstander van de thuisbevalling als een normale fysiologische gebeurtenis, waarbij door deskundige begeleiding tijdige ziekenhuisopname bij verhoogd risico mogelijk is. Een aantal nadelen die hij noemt van de ziekenhuisbevalling-voor-iedereen zijn: het zelfvertrouwen van de aanstaande moeder wordt aangetast door de uitgebreide technologische begeleiding; in veel ziekenhuizen zijn weinig meer faciliteiten aanwezig dan er thuis zouden zijn, dus zou de verloskunde in enkele centra geconcentreerd moeten worden.

4

HUYGEN, F.J.A.

De bijzondere kwaliteiten van de thuisbevalling.

Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam-, en Ziekenverzorging; 18, 1985, no. 5, p. 138-141, 6 lit. opgn.

nivel min.v.wvc min.v.sozawe

Twee aselekt gekozen groepen van 45 vrouwen die bevallen zijn van hun eerste kind, zijn ondervraagd over hun meningen en ervaringen ten aanzien van de bevalling. De beide groepen waren vergelijkbaar wat betreft leeftijd, urbanisatiegraad, ziekteverzekering en gewicht van de pasgeborene, maar verschilden wat betreft de plaats waar de bevalling gepland was. Bij geen van de vrouwen bestond een primair medische indicatie voor een klinische bevalling. Meer vrouwen die thuis waren bevallen, gaven blijk van positieve beleving van zwangerschapscontrole en bevalling. Bij de groep die thuis zou bevallen, werd in 19% een secundair medische indicatie gesteld, bij de ziekenhuisgroep in 76%. Geconcludeerd wordt dat door het ontstaan van een ongunstig klimaat (ongewild) een gestoord beloop zou kunnen worden geïndiceerd.

5

HUYGEN, F.J.A.

De rol van de huisarts als gezinsarts.

Huisarts en Wetenschap; 24, 1981, no. 4, p. 130-134, 3 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kun knaw vu

Gewezen wordt op de veranderingen die in de loop van de jaren hebben plaatsgevonden in de rol van de huisarts bij de begeleiding van de voortplanting. Juist als gezinsarts neemt hij nog steeds een ideale positie in voor deze begeleiding en voor de begeleiding van de groei en ontwikkeling van jonge kinderen. In het gezin worden ziekte en ziektegedrag van de ene generatie op de andere overgedragen. De instelling tegenover gezondheid en ziekte speelt hierbij waarschijnlijk een belangrijk rol. Met name hierop kan de huisarts invloed uitoefenen. De gegevens van een vergelijkend onderzoek naar de beleving van (de begeleiding van) zwangerschap, bevalling en kraambed door vrouwen die thuis of in het ziekenhuis bevielden, worden gepresenteerd. Hieruit blijkt dat de vrouwen die thuis bevielden, meer zelfvertrouwen hebben en een positievere instelling ten aanzien van deze fysiologische processen. Gewezen wordt op het gevaar van medicalisering; bij het tegengaan hiervan neemt vooral de huisarts een sleutelpositie

in. Laat gij, wat de voortplanting betreft, het kind niet met het badwater wegwerpen!

6

KLOOSTERMAN, G.J.

De Nederlandse verloskunde op de tweesprong.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 32, p. 1161-1171, 22 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De wijze waarop zwangerschap en baring in Nederland worden begeleid, wijkt sterk af van die in de overige westerse wereld. Dit blijkt uit het hoge aantal huiselijke bevallingen, het lage percentage kunstverlossingen, de lage frequentie van medicamenteuze anesthesie en het grote aantal bevallingen dat plaatsvindt onder leiding van de zelfstandig werkende vroedvrouw. Dit verschil is terug te voeren op het vooral in Nederland nog beleden uitgangspunt dat ook bij de mens zwangerschap en baring in principe normale gebeurtenissen zijn die alleen zorgvuldige controle behoeven en pas medisch ingrijpen wanneer daartoe en indicatie bestaat. Deze opvatting leidde tot het begrip 'medische indicatie tot ziekenhuisopname', tot ingewikkelde verzekeringsproblemen, maar vooral ook tot een sterke accentuering van prenatale zorg en tot het scheppen van een unieke organisatie, de commissie inzake kraamhulp. Hoge bevolkingsdichtheid, redelijke goede behuizing en snelle transportmogelijkheden vormden een gunstige achtergrond. Aangevoerd wordt dat de sterke na-oorlogse daling in de perinatale sterfte in de landen om ons heen ten onrechte wordt toegeschreven aan het bereiken van volledige of bijna volledige hospitalisatie tijdens de baring. Het vinden van een relatie tussen twee factoren betekent immers niet dat het verband causaal is. In een onderzoek van Treffers bleek dat een verandering van hospitalisatiegraad in de loop van de tijd in 13 Nederlandse steden niet een verandering in de perinatale sterfte in dezelfde richting tot gevolg had. Bovendien blijkt uit CBS-gegevens dat de daling in perinatale sterfte tussen 1969-1970 en 1975-1976 slechts voor een klein gedeelte (maximaal 20%) was toe te schrijven aan betere natale zorg, op basis van doodsoorzaken. De nadelen van volledige, dus gedwongen hospitalisatie zonder behoud van de mogelijkheid tot een goed begeleide huisbevalling worden uiteengezet. Er wordt gepleit voor het vasthouden aan ons

uitgangspunt(en) voor het behoud van de mogelijkheden die in ons land zijn opgebouwd om de aanstaande moeders een maximum aan vrijheid te bieden naast een zeer hoge mate van bescherming. Lunsen en Huisjes geven commentaar op een eerder gepubliceerd artikel van Verdenius in Medisch Contact (1980, no. 34). Verdenius' conclusie, dat de verloskundige vaardigheden na afloop van de medische basisopleiding uitermate schraal zijn worden door de auteurs voorbarig bevonden. Zij zijn van mening dat er een betrekkelijke correlatie is te vinden tussen de omvang van praktische vaardigheidstrainingen en het uiteindelijk bereikte vaardigheidsniveau. Persoonsgebonden variabelen spelen hierbij een waarschijnlijk een belangrijke rol. Bij de schrijvers bestaat een sterke indruk dat het al dan niet voldoen aan de gestelde beheersingsnormen meer gerelateerd is aan het in de praktijk van de beroepsopleiding ontmoeten van bepaalde situaties dan aan aard en omvang van voorafgaande simulatietrainingen. Verdenius geeft in een naschrift commentaar op het commentaar. Verdenius geeft in een naschrift commentaar op het commentaar.

Lunsen en Huisjes geven commentaar op een eerder gepubliceerd artikel van Verdenius in Medisch Contact (1980, no. 34). Verdenius' conclusie, dat de verloskundige vaardigheden na afloop van de medische basisopleiding uitermate schraal zijn worden door de auteurs voorbarig bevonden. Zij zijn van mening dat er een betrekkelijke correlatie is te vinden tussen de omvang van praktische vaardigheidstrainingen en het uiteindelijk bereikte

vaardigheidsniveau. Persoonsgebonden variabelen spelen hierbij een waarschijnlijk een belangrijke rol. Bij de schrijvers bestaat een sterke indruk dat het al dan niet voldoen aan de gestelde beheersingsnormen meer gerelateerd is aan het in de praktijk van de beroepsopleiding ontmoeten van bepaalde situaties dan aan aard en omvang van voorafgaande simulatietrainingen. Verdenius geeft in een naschrift commentaar op het commentaar. Verdenius geeft in een naschrift commentaar op het commentaar.

8

SMITS, F.

De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg. Maastricht: Leiter-Nijpels, 1981. 168 p. 94 dit. opgn. Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen. niveau (B 1593)

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de perinatale gegevens van 2035 kinderen, geboren in het jaar 1974 in de regio Enschede. Met behulp van deze gegevens, vastgelegd met behulp van obstetriekaarten door huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, werd nagegaan in welke mate het selectie-systeem om zwangeren met verhoogd risico te selecteren, wordt toegepast, en in hoeverre de

medische indicaties inderdaad risicofactoren zijn. Het selectiesysteem werd niet consequent toegepast; één op de drie zwangeren uit de niet-primair klinische groep had wel een medische indicatie en in de geselecteerde groep bevond zich een aantal vrouwen zonder duidelijke medische indicatie. De meeste medische indicaties hebben duidelijke betekenis als risicofactor voor perinatale mortaliteit en morbiditeit. Er worden verbeteringen van het selectiesysteem voorgesteld, waarvoor de totstandkoming van een verloskundig samenwerkingsverband tussen huisarts, verloskundige en gynaecoloog noodzakelijk is.

9

VERBEEK, G.

De kwaliteit van het beroep.

Tijdschrift voor Verloskundigen, 11, 1986, no. 10, p. 295-297.

niveau rug

Ingegaan wordt op het begrip 'kwaliteit van de beroepsuitoefening' zoals dat door de Nationale Raad omschreven is in een discussienota. Onderscheiden worden de aspecten kwaliteit van het methodisch handelen (doeltreffendheid, deskundigheid, indicatie-instelling), attitude van de beroepsbeoefenaar en de organisatie van de beroepsuitoefening (continuïteit, doelmatigheid). De discussienota geeft een begrippenkader aan de hand waarvan het onderwerp kwaliteit binnen de beroepsorganisaties beter besproken kan worden.

10

WERKGROEP BIJSTELLING KLOOSTERMANLIJST.

De verloskundige indicatielijst 1987.

Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987. 46 p.

niveau

Door de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst is een nieuwe indicatielijst opgesteld voor het bepalen van de gewenste plaats en leiding van de bevalling. Er wordt uitgegaan van het standpunt dat de bevalling in principe een fysiologische gebeurtenis is en thuis of poliklinisch, onder leiding van een verloskundige of huisarts kan plaatsvinden. De lijst is niet gebiedend van aard, maar geeft richtlijnen voor verantwoorde verloskundige zorg,

waarover discussie mogelijk en gewenst is. Het rapport bevat een verslag van het werk van de WBK, alsmede de uitgewerkte indicatieflijst.

A.2 Beschrijvend cohortonderzoek naar thuisbevallingen

11

ALTEN, D. VAN.

De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 125, 1981, no. 24, p. 949-952, 13 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De onvolledigheid van de registratie van thuis- en ziekenhuisbevallingen wordt beschreven. De kraamzorggegevens, door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, verstrekt over het jaar 1978, worden vergeleken met de uitkomsten van een onderzoek dat in Wormerveer werd verricht. Uit dit onderzoek blijkt dat het mogelijk is met behulp van eenvoudig onderzoek een groep vrouwen te selecteren bij wie tijdens de baring weinig afwijkingen worden vastgesteld. Aanbevolen wordt de landelijke registratie van verloskundige gegevens in navolging van Wormerveer te doen ingaan op het moment dat een zwangere zich inschrijft voor een thuis- of ziekenhuisbevalling, zodat later onder meer de ontwikkeling van het kind beter met bevindingen uit de perinatale periode in verband kan worden gebracht.

12

ALTEN, D. VAN, M. ESKENS.

Huisbevallingen bij nulliparae.

Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 2, p. 39-45, 5 lit. opgn.

nivel rug

Dit prospectieve onderzoek beschrijft de uitkomsten van perinatale zorg voor 230 vrouwen die in verwachting waren van hun eerste kind en zich tussen 1 januari 1977 en 31 maart 1983 inschreven voor een bevalling thuis onder leiding van een verloskundige van de kraaminrichting Wormerveer. 80 vrouwen werden tijdens de zwangerschap naar de gynaecoloog verwezen en nog eens 44 tijdens de baring en 3 na de bevalling. 7 kinderen werden in de kraambedperiode opgenomen. Er werden thuis geen immature en premature kinderen geboren: één dysmatuur kind werd thuis geboren nadat de

gynaecoloog de moeder had terugverwezen naar de verloskundige. Van de 9 vrouwen met een stuitbevalling werden er 8 tijdens de zwangerschap verwezen en 1 gedurende de baring. De Apgar-scores van de 106 thuisgeboren kinderen waren na vijf minuten op twee kinderen na 8 of hoger. Geconcludeerd wordt dat de doeltreffendheid van de door verloskundigen verleende prenatale en natale zorg hoog is.

13

ESKES, M., D. VAN ALTEN.

Huisbevallingen bij vrouwen in verwachting van het tweede kind.

Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 7/8, p. 221-225, 4 lit. opgn.

nivel rug

Onderdeel van het onderzoek naar de resultaten van vrouwen in verwachting van het eerste, tweede en derde kind. Omdat tussen de resultaten enig verschil werd gevonden, wordt de groep "in verwachting van het tweede kind" afzonderlijk geanalyseerd. De onderzoeksgroep bestaat uit 166 vrouwen die kozen voor een thuisbevalling onder leiding van een verloskundige van de kraam-inrichting. Van deze groep beviel 84,3% thuis en 16,9% kwam via verloskundige problematiek of via een probleem met het kind in aanraking met het ziekenhuis. Gesteld kan worden dat aan de gestelde criteria (thuis geen tweelingen, geen immaturen, geen praematuren en geen stuitbevallingen) grotendeels is voldaan. Hoewel de tweelingen- en stuitdiagnostiek niet waterdicht bleken, hebben de verloskundige resultaten hier niet onder geleden. De bevalling thuis voor de vrouw in verwachting van haar tweede kind kan binnen het gebruikte selectiesysteem als een verantwoorde keuzemogelijkheid worden aanbevolen.

14

ESKES, D., D. VAN ALTEN.

Huisbevallingen bij vrouwen in verwachting van het derde kind.

Tijdschrift voor Verloskundigen; 11, 1986, no. 11, p. 319-324, 4 lit. opgn.

nivel rug

Een onderzoek naar het verwijspatroon bij een groep vrouwen in

verwachting van het derde kind. Verschilt dat van de verwijzing bij het tweede of vierde of latere kind? Onderzocht wordt een relatief kleine groep vrouwen (103) in de periode januari 1977 tot maart 1983. Uit het onderzoek bleek dat 26,3% hetzij via verloskundige problematiek, hetzij via een probleem met het kind in aanraking met het ziekenhuis kwam. Bij vrouwen in verwachting van het eerste kind was dit 58,2%, bij vrouwen in verwachting van het tweede kind 16,9%. Vergelijken met de resultaten bij de tweede kinderen pakken die bij de derde kinderen wat ongunstiger uit. In deze betrekkelijk kleine groep kan dit op toeval berusten. De noodzaak van de bewerking van LVR-gegevens van de eerste lijn blijkt uit de resultaten van de onderzoek.

15

WETERING DE ROOY, W.F. VAN DE.

De "normale" bevalling op het platteland: enkele gedachten over de latrogenese van de gestoorde baring.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 126, 1982, no. 15, p. 652-658, 25 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De toenemende technologische benadering van de verloskunde heeft in Nederland geleid tot controversen rondom het voortbestaan van de thuisbevallingen. Huisartsenstatistiek ontbreekt. In dit artikel worden de numerieke perinatale resultaten van 20 jaar huisverloskunde in een 2000 zielen tellende plattelandspraktijk beschreven. Van de in de periode 1961-1981 aangemelde zwangeren (circa 600) bleven er (door vertrek naar elders, respectievelijk andere omstandigheden in de vroege zwangerschap) 546 over. 32 vrouwen werden voor een primair klinische bevalling verwezen, 17 vrouwen werden tijdens de bevalling verwezen. Van de 492 thuisgeboren kinderen overleden er drie perinataal, bij de durante partu verwezen vrouwen overleed geen van de kinderen. Vijf van de thuisgeboren kinderen werden alsnog opgenomen; bij 8 kinderen en 51 moeders trad pathologie op die thuis behandeld kon worden. Het in deze selecte groep van de huidige normen afwijkend beleid wordt beschouwd tegen de achtergrond van een tot nu toe weinig onderzochte waarneming. De latrogeen verstoorde baring komt vermoedelijk aanzienlijk vaker voor dan gewoonlijk wordt aangenomen.

A.3. Thuis bevallen of in het ziekenhuis?

16

DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I.

Home confinement: the positive results in Holland.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 34, 1984, no. 265, p. 425-439, 9 lit. opgn.

nível rug rul ruu kun knaw

voor referaat, zie: no. 17

17

DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I.

Veilig bevallen: een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling.

Groningen: (s.n.), 1982. 73 p.

nível (R 1155)

In een retrospectief onderzoek door middel van een enquête bij 1692 vrouwen die in 1981 bevallen zijn van een levend kind en wonen in de gemeente Groningen (response 99,3%) is nagegaan of het, bij een ongecompliceerde zwangerschap, veiliger is voor moeder en kind om thuis, danwel in het ziekenhuis te bevallen. Bij 198 vrouwen (11,7%) bestond een primaire medische indicatie, later werden nog 149 vrouwen verwezen; 24 vrouwen kozen zonder medische indicatie voor specialistische begeleiding. Van de overige 1334 vrouwen hadden 371 gekozen voor een thuisbevalling, 481 voor een poliklinische en 482 voor een klinische bevalling. Zowel overdracht van de vrouw aan de gynaecoloog-obstetricus voor en tijdens of kort na de bevalling, als opname van de pasgeborene in de eerste week komt veel meer voor in de groep die (poli)klinisch bevallen is dan in de thuisbevallen groep, tegen de verwachting in dat deze drie groepen wat betreft de kans op complicaties gelijk zouden zijn. Geconcludeerd wordt dat bij een goede prenatale begeleiding de keuze voor een thuisbevalling een verantwoorde keuze is.

18

DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I.

Veilig bevallen: thuis of (poli)klinisch?

Huisarts en Wetenschap; 26, 1986, no. 11, p. 403-406, 423, 9 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kun knaw vu

De thuisbevalling is de afgelopen decennia min of meer in diskrediet geraakt: In een periode van nog geen twintig jaar daalde in ons land het aandeel van de thuisbevallingen van 73 naar circa 35 procent. Op het eerste gezicht zijn de argumenten voor de (poli)klinische bevalling zeer overtuigend; ze worden dan ook zelden weersproken, al ontbreekt een harde wetenschappelijke fundering. In deze bijdrage -gebaseerd op een veel uitvoeriger verslag- toont de auteur aan dat de thuisbevalling niet alleen veiliger is dan veelal wordt gedacht, maar vermoedelijk ook veiliger dan de bevalling in een ziekenhuis of polikliniek.

(zie ook no. 17)

19

ESKES, M., M. KNUIST, D. VAN ALTEN.

Neurologisch onderzoek bij pasgeborenen in een verloskundigenpraktijk.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1987, no. 24, p. 1040-1043, 14 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De neonatale neurologische score als maatstaf voor de neonatale morbiditeit werd bepaald bij 89 eerstgeborenen en 87 tweede en volgende kinderen. De moeders waren allen ingeschreven bij een verloskundigenpraktijk. De neurologische scores van de onder leiding van de verloskundigen geboren kinderen waren significant hoger dan die van de kinderen geboren onder leiding van de gynaecoloog na verwijzen tijdens de zwangerschap en verschilden niet van die bij de kinderen geboren onder leiding van de gynaecoloog na verwijzing tijdens de baring. Tussen de neonatale neurologische score en de pH van het arteriële navelstrengbloed werd geen verband vastgesteld.

HOEPPENER, V., E. SNOEREN.

Thuis en poliklinisch bevallen vergelijken?: een pilot-study naar parameters voor de vergelijking van de poliklinische bevalling en de thuisbevalling en een onderzoek naar de Landelijke Verloskundige Registratie.

Nijmegen: z.n., 1985. Verslag wetenschappelijke stage.

(R 3643) nivel

Verslag van een vooronderzoek naar de bruikbaarheid van de Landelijke Verloskundige Registratie voor een prospectief onderzoek waarin de thuisbevalling en de poliklinische bevalling vergeleken worden. In een literatuuronderzoek worden parameters ter beoordeling van de veiligheid van de bevalling beoordeeld op betrouwbaarheid en validiteit. De perinatale mortaliteit en de PrechtI-score blijken van alle parameters hieraan het meeste te voldoen. Door middel van telefonische interviews met 35 verloskundigen is de betrouwbaarheid van de verslaglegging in de LVR nagegaan; tevens is bij een steekproef van 4 verloskundigen de registratie op de zwangerschapkaart vergeleken met die op de LVR-formulieren. Geconcludeerd wordt dat de LVR op een aantal punten zou moeten worden aangepast, teneinde betrouwbare informatie te kunnen verkrijgen.

KNUIST, M., M. ESKES, D. VAN ALTEN.

De pH van het arteriële navelstrengbloed van pasgeborenen bij door vroedvrouwen geleide bevallingen.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1984, no. 9, p. 362-365, 12 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De arteriële pH van navelstrengbloed, als maat voor neonatale morbiditeit, werd bepaald bij de eerstgeborenen van 91 vrouwen (groep 1) en bij de 2e of volgende kinderen van 84 vrouwen (groep 2) die zich in de periode april 1982 t/m maart 1983 allen hadden ingeschreven bij een vroedvrouwenpraktijk. De arteriële pH-waarden van de onder leiding van de verloskundigen geboren kinderen uit groep 1 (gemiddeld 7,27) waren statistisch significant hoger dan die van de tijdens de zwangerschap naar de gynaecoloog verwezen vrouwen uit de groep (gemiddeld 7,23).

Geen verschil werd aangetoond in arteriële pH-waarden bij kinderen uit groep 1 die onder leiding van de verloskundige dan wel na verwijzing tijdens de baring onder leiding van de gynaecoloog werden geboren (gemiddeld 7,26). Bij de kinderen uit groep 2 werd geen duidelijk verschil waargenomen tussen de niet en de twee wel verwezen groepen (gemiddeld resp. 7,30, 7,33 en 7,31). Op het beleid van de betrokken verloskundigen tijdens zwangerschap en (of) baring viel op grond van de uitkomsten niets aan te merken.

22

LIEVAART, M., P.A. DE JONG.

Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynaecologists: a study of the system of obstetric care prevailing in the Netherlands.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 144, 1982, no. 4, p.376-386, 19 lit. opgn.

nivel (c 1759) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

De doelmatigheid van het Nederlands systeem van verloskundige zorg werd onderzocht door vergelijking van de resultaten van twee groepen eerste zwangerschappen en bevallingen, waarvan werd aangenomen dat ze normaal waren. De ene groep (n=85) was volledig onder verantwoordelijkheid van verloskundigen, de andere groep van gynaecologen (n=27). Het resultaat werd gemeten aan PH, P_{CO2} en base deficit in arterieel bloed (vroege morbiditeit) en door neurologisch onderzoek volgens Prechtl (late morbiditeit). De bevinding dat in de verloskundigengroep 10 pasgeborenen neurologisch niet optimaal waren, wordt onverenigbaar geacht met de basisfilosofie van het Nederlandse verloskundige systeem. De zuur-basewaarden waren minder gunstig in de verloskundigengroep dan in de gynaecologengroep. Er bestond een verband tussen neurologisch niet optimaal zijn van de kinderen in de verloskundigengroep en acidose. De plaats van geboorte (poliklinisch of thuis) was niet van invloed.

(zie ook no. 26)

23

SPIEKERMAN, J.C.M., P.E. TREFFERS, A. VAN ENK.

Specifalstische begeleiding bij de bevalling van de oudere nullipara gewenst?

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 5, p. 213-

217, 14 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

Van 11.816 Nederlandse vrouwen die in de periode 1972 tot en met 1982 bevleien van hun eerste kind, werden de afwijkingen bij zwangerschap en bevalling van de groep "oudere nulliparae" (35 t/m 39 jaar en 40 jaar en ouder) vergeleken met die van de groep 20 t/m 34 jaar. De oudere nulliparae hadden vaker hypertensie of diabetes mellitus en ondergingen vaker weeënstimulatie durante partu. Er vonden veel meer kunstverlossingen plaats. Dit lijkt niet veroorzaakt te worden door eerder ingrijpen van de obstetricus wegens de leeftijd op zichzelf. Apgar-scores lager dan 7 na vijf minuten kwamen vaker voor, evenals opname op de couveuseafdeling. Indien de zwangerschap ongestoord verloopt, is bij oudere nulliparae toch nog het aantal vaginale kunstverlossingen verhoogd en vindt vaker opname op de couveuseafdeling plaats. Daarom lijkt het gewenst de medische indicatie voor klinische partus onder specialistische begeleiding voor oudere nulliparae te handhaven.

24

STOLTE, L.A.M., A.F. VAN DEN BERG-HELDER, P.A. DE JONG, H. VAN KESSEL, P.H.J. KURVER, Ch. J. NJIOKIKTJIEN, F.J. VOORHORST.

Perinatale morbiditeit als maatstaf voor de verloskundige zorg.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no. 7, p. 228-231, lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

De kwaliteit van de verloskundige zorg wordt gemeten aan de perinatale morbiditeit. Het neurologische onderzoek van de pasgeborene volgens Prechtl en Beintema (1964) voldoet aan de eisen die aan een neonatale morbiditeitsindex moeten worden gesteld. Deze index betreft een orgaan (het centrale zenuwstelsel) dat centraal staat in de ontwikkeling, is kwantificeerbaar en is gerelateerd aan bekende ongunstige verloskundige factoren en aan het zuur-base-evenwicht in het arteriële navelstrengbloed. Een niet-optimale uitkomst laat onmiskenbaar sporen na in het tweede levensjaar. De vraag waar de bevalling het best kan geschieden en aan wie de verloskundige zorg kan worden toevertrouwd, kan alleen dan adequaat worden beantwoord als de neonatale morbiditeit in de beschouwing wordt betrokken.

25

THOMASSEN, J.F.M., F.L. VAN DUIJN, H.O. SIGLING.

Bevalling, een natuurlijk gebeuren? (2): een vergelijkend onderzoek naar het verloop van thuis- en ziekenhuisbevallingen na normale zwangerschap.

Medisch Contact, 34, 1979, no. 45, p. 1440-1444, 5 lit. opgn.

niveau van rug naar voor

Om na te gaan of, bij overigens vergelijkbare omstandigheden, afsluiting van een normale zwangerschap met een ziekenhuisbevalling meer complicaties te zien geeft dan een thuisbevalling, worden retrospectief 96 bevallingen die gedaan zijn door een huisarts, beoordeeld. Deze steekproef bestaat uit paren die vergelijkbaar zijn wat betreft leeftijd, pariteit, jaar waarin de bevalling plaatsvond en verzekeringsvorm, en verschillen in de plaats van de bevalling. De keuze tussen ziekenhuis- of thuisbevalling was niet gebaseerd op medische overwegingen, aangezien alleen ongecompliceerd verlopen zwangerschappen in de onderzoekspopulatie waren opgenomen. De medische registratie, door de huisarts in de loop van 19 jaar aangelegd, levert de gegevens over complicaties. Het blijkt dat het aantal complicaties tijdens de ontsluitingsfase in de thuissituatie significant lager ligt dan in het ziekenhuis. Ook is de duur van de ontsluiting in het ziekenhuis significant langer dan thuis. Doordat deze verschillen vooral in de eerste fase van de bevalling optreden, geeft dit steun aan het vermoeden dat de beleving van de omgeving waarin de bevalling plaatsvindt mede bepalend is voor het verloop van dit proces.

26

TREFFERS, P.E., D. VAN ALTEN, M. PEL.

Een dikke onvoldoende uitgereikt aan de Nederlandse verloskundigen, vanuit Eindhoven.

Tijdschrift voor Verloskundigen; 8, 1983, no. 1, p. 31-34, 3 lit. opgn.

niveau van rug

Op een aantal punten wordt kritiek geleverd op het artikel van Lievaart en de Jong in de American Journal of Obstetrics and Gynaecology van 15 oktober 1982 (no. 22). Een deel van de resultaten zou niet terug te vinden zijn: de verzamelde gegevens

zouden niet op betrouwbare wijze verzameld zijn, de 2 onderzoeksgroepen zouden op verschillende wijze geselecteerd zijn. Bovendien is het trekken van conclusies omtrent de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland, op basis van de gegevens van 85 kinderen, geboren onder leiding van 3 verloskundigen volgens de auteurs ontoelaatbaar. Zij hopen dat verloskundigen in het vervolg ervan zullen afzien voor dergelijk onderzoek zonder inspraak gegevens te leveren.

A.4. Perinatale sterfte als kwaliteitsmaat

27

DOORNBOS, J.P.R., H.J. NORDBECK, P.E. TREFFERS.

De betrouwbaarheid van de registratie van de perinatale sterfte in Nederland onderzocht voor de gemeente Amsterdam.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1987, no. 21, p. 913-917, 26 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

Onderzocht werd de registratie door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) van de gevallen van perinatale sterfte die in de jaren 1981 en 1982 voorkwamen in de Amsterdamse ziekenhuizen. Van de 343 opgespoorde gevallen van klinische perinatale sterfte kwamen 49 (14,3%) niet in de registratie van het CBS voor. De statistische bewerking op het CBS bleek zeer accuraat te zijn: de fouten in de registratie zijn te wijten aan het niet-aangeven van sterftegevallen.

Aangifte werd relatief vaak achterwege gelaten bij een geboortegewicht kleiner dan 1000 gram en een zwangerschap van minder dan 28 weken, bij sterfte binnen 24 uur van zeer kleine kinderen en bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders. De koppeling van aangifteplicht en plicht tot begraven of cremen lijkt bij te dragen aan de neiging aangifte achterwege te laten.

28

HOOGENDOORN, D.

Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 32, p. 1436-1440, 10 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

Na 1940 en vooral na 1950 is de perinatale sterfte in Nederland verrassend sterk gedaald. Het cijfer, dat in 1982 werd bereikt, is slechts 1/4 van het sterftecijfer van 1940. Daarna is echter geen verdere daling waarneembaar. Enkele jaren eerder was ook een einde gekomen aan de tot dan voortgaande daling van het percentage bevallingen dat thuis plaatsvindt. Met behulp van voor leeftijd en pariteit gestandaardiseerde sterftecijfers wordt Neder-

land met andere Europese landen vergeleken. Deze vergelijking toont aan dat vrijwel overal in Europa de perinatale sterfte sterker is gedaald dan in Nederland en dat wij onze relatief zeer gunstige positie hebben verloren. Herbezinning op de problemen van de verloskundige zorg en met name ook op de meest wenselijke plaats van bevalling, lijkt noodzakelijk.

29

HOOGENDOORN, D.

Keizersneden: aantallen en letaliteit in Nederland.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1987, no. 25, p. 1087-1089, 2 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

In vergelijking met 1938 is het aantal keizersneden vertwaalfvoudigd. Het bedroeg 59,6 per 1000 geboren als gemiddelde over de jaren 1983-1985. Tegelijk daalde het aantal gevallen van sterfte tijdens of na de ingreep van 48 in 1938 tot 4 als gemiddelde van de jaren 1982-1985. Tijdens de laatste twee decennia daalde deze sterfte zeer sterk, en dit ondanks het sterk gestegen aantal keizersneden. De daling van het aantal sterftegevallen na keizersnede houdt min of meer gelijke tred met de daling dan de totale maternale sterfte.

30

HOOGENDOORN, D.

Moedersterfte in Nederland en in enkele andere Westeuropese landen.

nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde; 131, 1987, no. 25, p. 1084-1087, 8 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

Tussen 1966 en 1985 voltrok zich in Nederland een aanzienlijke daling van de maternale sterfte. In 1985 bedroeg deze 4,5 per 100.000 levendgeborenen. Onder oudere moeders is deze belangrijk hoger dan onder jongeren. Evenals de perinatale sterfte is ook de maternale sterfte in Nederland hoger dan in de Scandinavische landen. Ook lijkt de daling van deze sterfte bij ons minder snel te verlopen dan in Zweden, Noorwegen en Zwitserland.

31

HOOGENDOORN, D.

Nadere beschouwing van de perinatale sterfte in verschillende landen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 47, p. 2136-2137.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

aanvulling op artikel in no. 32 van dezelfde jaargang, zie no. 28

32

HOOGENDOORN, D.

De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 32, p. 1171-1178, 4 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

Gedurende de laatste 24 jaar blijkt een zeer hoge (negatieve) correlatie te hebben bestaan tussen het percentage van de vrouwen die in een inrichting - in den regel een ziekenhuis - bevielen enerzijds en de perinatale sterfte anderzijds. Indeling van het beschikbare cijfermateriaal in leeftijdrangnummergroepen leert, dat die leeftijdrangnummergroepen, waarvan de hospitalisatie tijdens de laatste decennia sterk is gestegen, over het algemeen ook een sterke daling van de perinatale sterfte te zien hebben gegeven. In provincies waar een hoog percentage van de vrouwen in een ziekenhuis bevalt, is de perinatale sterfte in het algemeen laag en omgekeerd. Er lijkt enige reden te bestaan om te veronderstellen dat een verdere toeneming van de hospitalisatie van de barenden een verdere daling van de perinatale sterfte met zich zal brengen, vooral in provincies waar het percentage vrouwen, dat in een ziekenhuis bevalt, betrekkelijk laag is.

33

MAATHUIS, J.B., H. DE JONGE.

De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling: een poging tot correctie.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no. 23, p. 973-975, 10 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

Een commentaar op enkele artikelen verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde in 1978 van Treffers en Breur, en Hoogendoorn en Citter. Treffers en Breur komen na bestudering van de perinatale sterfte en de regionale hospitalisatie bij bevallingen tot de conclusie dat er tussen deze grootheden geen duidelijk verband aantoonbaar is. Hoogendoorn en Citter stellen dat er enige reden lijkt te bestaan om te veronderstellen dat een verdere toename van de hospitalisatie een verdere daling van de perinatale sterfte met zich meebrengt.

De conclusie van Maathuis en de Jonge is dat de tot die tijd (1978) gepresenteerde gegevens geen basis kunnen vormen voor beleidsbeslissingen ten aanzien van de optimale plaats voor de bevalling.

34

TREFFERS, P.E.

Regionale perinatale sterfte en regionale hospitalisatie bij de bevalling in Nederland.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 9, p. 291-295, 5 lit. opgn.

nivel ua kb rug rul ruu kht lb kun knaw the cbs tht vu eur

In ons land zijn vrij aanzienlijke regionale verschillen in de perinatale sterfte. In het algemeen is de sterfte in West-Nederland lager dan elders, maar in de periode 1956-1974 ontstonden vrij aanzienlijke veranderingen: de daling van de perinatale sterfte in de regio Nijmegen-Eindhoven is bijvoorbeeld de laatste jaren opvallen. Getracht wordt het verband te onderzoeken tussen de regionale perinatale sterfte en de regionale hospitalisatie bij de bevallingen. De conclusie uit dit onderzoek moet zijn dat dit verband niet of nauwelijks aanwezig is. Gepleit wordt voor een verandering in de verloskundige organisatie en voor een verbetering van de begeleiding van zwangeren met verhoogd risico voor moeder of kind.

35

TREFFERS, P.E., R. LAAN.

Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery

In The Netherlands.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 690-693, 5 lit. opgn.

nivel (c 1929) knaw eur

In Nederland vindt nog 34-35% van alle bevallingen thuis plaats; zij het dat er aanzienlijke regionale verschillen zijn. Het onderzoek bestudeert de relatie tussen het perinatale mortaliteitscijfer en het percentage ziekenhuisbevallingen in de elf Nederlandse provincies, in gebieden die werden ingedeeld naar het aantal inwoners en in 17 steden met meer dan 100.00 inwoners. Er werd geen relatie aangetoond tussen het regionale percentage ziekenhuisbevallingen en het regionale perinatale mortaliteitscijfer. Het aantal ziekenhuisbevallingen schijnt niet de belangrijkste bepalende factor te zijn voor de bepaling van het perinatale mortaliteitscijfer in het huidige obstetrische zorgsysteem in Nederland.

36

VELDEN, J. VAN DER.

Perinatale sterfte in Nederland: het risico gewogen.

The Practitioner; 4, 1987, no. 2, p. 159-168, 12 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kun knaw vu eur

In het artikel worden een aantal parameters en risicofactoren met betrekking tot de perinatale sterfte in Nederland behandeld. De zwangere die het meeste risico loopt, laat zich als volgt omschrijven:

Zij is de oudere nullipara, van negroïde (d.w.z. creoolse) afkomst, niet gehuwd, komt uit de lagere sociale klasse, begint haar prenatale zorg laat, heeft nog niet bepaald waar zij wil bevallen, wordt durante partu naar het ziekenhuis getransporteerd. Waar zij het gunstigst bevalt is nog niet uitgemaakt.

De studies waarop deze gegevens zijn gebaseerd, vertonen echter een aantal tekortkomingen. In de eerste plaats geldt dit voor het gebruik van ongecorrigeerde statistieken. Ten tweede omdat niet alle risicofactoren gemeten maar ook meetbaar zijn. Deze laatsten ontbreken dan ook in de analyse.

De verloskundige zorg in Nederland zou erbij gebaat zijn als een groter aantal risicofactoren systematisch zou worden vastgelegd en gebruikt. Dit betekent aanpassing van de huidige Kloosterman-

lijst in de richting van de hierboven besproken factoren. Ondertussen blijft er een groot terrein voor onderzoek: de ca. 1800 perinatale sterftegevallen in Nederland zijn nog amper bekeken op sociaal-economische en socio-culturele factoren. Als de gegevens van de Landelijke Verloskundige Registratie ter beschikking komen kan verder onderzoek verricht worden. Voor een doelmatige aanpak van zo'n groot gegevensbestand pleit de auteur voor het oprichten van een perinataal epidemiologische eenheid waarbinnen onbevangen het materiaal geanalyseerd kan worden door zowel verloskundige hulpverleners uit de 1e en 2e lijn als epidemiologen. Daarmee kan een heilloze polemiek binnen de verloskunde in Nederland omgezet worden in een vruchtbare samenwerking, aldus de schrijver.

B. DE VERLOSKUNDIGE ZORG IN HET BUITENLAND

B.1. Onderzoek over thuisbevallingen

37

CAMPBELL, R., A. MACFARLANE.

Place of delivery: a review.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 675-683,
51 ill. opgn.

nivel (c 1932) knaw eur

Het beleid rond de plaats van geboorte wordt veelal gemaakt zonder dat goed gekeken wordt naar de bestaande resultaten of dat nieuw onderzoek wordt gedaan naar de relatieve veiligheid van moeder en kind bij de bevalling in verschillende situaties. Dit artikel geeft een beschouwing van gepubliceerd onderzoek op dit gebied en komt tot de conclusie dat een groot aantal gegevens ontbreken. Verder blijkt dat veel analyses geen rekening houden met selectiecriteria of verschillen in de verdeling van geboortegewicht en het voorkomen van congenitale afwijkingen onder kinderen geboren in verschillende situaties. Ondanks dat kunnen er een aantal voorlopige conclusies getrokken worden. De beschikbare gegevens ondersteunen niet het vaak gebruikte argument dat de latrogene risico's voor de baby bij obstetrische interventie zwaarder wegen dan de mogelijke voordelen ervan. Tegelijkertijd is er geen bewijs dat de verschuiving naar ziekenhuisbevallingen de oorzaak is van de afname in perinatale mortaliteit in Engeland en Wales, noch dat het het veiligste beleid is om alle vrouwen in het ziekenhuis te laten bevallen.

38

SCHRAMM, W.F., D.E. BARNES, J.M. BAKEWELL.

Neonatal mortality in Missouri home births, 1978-1984.

American Journal of Public Health; 77, 1987, no. 8, p. 930-935, 10
ill. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Onderzocht worden 4054 thuisgeboorten in Missouri van 1978 tot 1984. Van 3645 geboorten waarvan kon worden vastgesteld waar ze gepland waren, zouden er 3067 (84%) thuis plaatsvinden. Neonatale mortaliteit was relatief hoger bij thuis geplande (17 tegenover een verwachtingscijfer van 8,59) dan niet-geplande (45 tegenover

een verwachtingscijfer van 33,19) thuisgeboortes; In vergelijking tot artsgeleide ziekenhuisbevallingen. Bijna alle extra mortaliteit was toe te schrijven aan minder ervaren begeleiders (12 van de 4,42 verwachte) bij de geplande thuisgeboortes, terwijl bij de niet geplande thuisgeboortes het extra aantal te vinden was bij kinderen van 1500 gram en minder (19 bij een verwachtingscijfer van 3,5). Bij geplande thuisgeboortes geleid door artsen, gediplomeerde verloskundigen of verloskundigen van Missouri Midwife Association, bleek weinig verschil tussen werkelijke en verwachte sterfte (5 bij een verwachtingscijfer van 3,92). Er was ook weinig verschil in sterfte bij de nietgeplande thuisgeboortes met een geboortegewicht onder de 1500 gr. (26 bij een verwachtingscijfer van 26,69) In vergelijking met ziekenhuisgeboortes. Het onderzoek voert bewijzen aan met betrekking tot het belang van goed opgeleide en ervaren begeleiders bij thuisgeboortes.

39

SULLIVAN, D.A., R. BEEMAN.

Four years' experience with home birth by licensed midwives in Arizona.

American Journal of Public Health; 73, 1983, no. 6, p. 641-645.

nível ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

In 1978 begon men in Arizona met het afgeven van vergunningen aan vroedvrouwen onder bepalingen die ontworpen zijn ter handhaving van adequate normen voor de hulpverlening aan vrouwen die thuis wensen te bevallen. Gedurende de vier jaar van dit programma is drie procent van de cliënten voor thuisbevalling wegens complicaties gehospitaliseerd en is aan vijftien procent postnatale poliklinische zorg verleend, vooral wegens tweedegraadsrupturen. Vijf procent van de pasgeborenen behoefde medische zorg direct na de bevalling; de helft van hen was gehospitaliseerd. De complicaties namen door toegenomen ervaring, directe supervisie en continue scholing na verloop van tijd af.

40

TEW, M.

Do obstetric Intranatal Interventions make birth safer?

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 659-674,

43 lit. opgn.

niveau (c 1962) knaw eur

Uit objectieve analyse van gegevens uit officiële statistieken, nationale overzichten en specifieke onderzoeken blijkt dat perinatale sterfte veel hoger is wanneer tijdens de bevalling verloskundige ingrepen plaatsvinden, zoals in consulterende ziekenhuizen, dan wanneer deze weinig plaatsvinden zoals in zelfstandige kraamklinieken waar huisartsen bevallingen leiden en thuis. Dit resultaat blijft bestaan zelfs als er rekening wordt gehouden met het hogere risico voor de bevalling bij ziekenhuisbevallingen ten gevolge van inschrijvings- en overdrachtsprocedures. Het geldt zelfs sterker voor bevallingen met een hoog dan met een laag voorspeld risico. Hieruit volgt dat de toename van interventies, die samenhangt met de toename van hospitalisatie niet de oorzaak kan zijn geweest van de afname in de nationale perinatale mortaliteit in de afgelopen 50 jaar. Analyse van de resultaten met verschillende methoden bevestigt dat de perinatale sterfte zonder toenemende hospitalisatie sterker zou zijn gedaald. Er worden cijfers gepresenteerd die wijzen op het ongewenste effect van interventies op de incidentie van laag geboortegewicht en korte zwangerschapsduur en de daarmee samenhangende mortaliteit. Ook worden cijfers gegeven die de alternatieve verklaring van de afname in perinatale sterfte steunen, nl. de verbetering van de gezondheidstoestand van moeders opgebouwd over de verschillende generaties. Het bewijsmateriaal tegen de organisatie van verloskundige zorg stapelt zich op. Ondanks de ideeën van de verantwoordelijke personen heeft deze organisatie het doel, verlagen van perinatale mortaliteit, niet gediend en kan zij dit ook niet in deze vorm.

41

TEW, M.

Place of birth and perinatal mortality.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, p. 390-394, 20 lit. opgn.

niveau rug rul ruu kun knaw

Uit analyses van de gepubliceerde resultaten van nationale overzichten en specifieke studies, alsook de officiële doodgeboerenstatistieken, kan de conclusie getrokken worden dat perina-

tale mortaliteit in belangrijke mate hoger is in obstetrische praktijken van ziekenhuizen dan in huisartsgeleide klinieken of thuisituaties. Zelfs als rekening gehouden wordt met het feit dat in het ziekenhuis meer "high risk" bevallingen plaatsvinden. Niet eerder gepubliceerde resultaten van "British Births 1970 Survey", die nu pas beschikbaar zijn gekomen, maken het mogelijk een directe en gezaghebbende analyse te maken met betrekking tot de veiligste plaats van bevallen. Niet alleen staat dit de eerder genoemde conclusie, maar het zet tevens de hypothese dat obstetrische natale zorg juist voor "high risk" bevallingen geschikt is op de helling. Er is geen bewijs uit de afgelopen jaren dat die conclusies uit 1970 niet op zouden gaan in de tachtiger jaren.

B.2. Beschrijvend cohortonderzoek

42

BRANS, Y.W. M.B. ESCOBEDO, R.H. HAYASHI R.W. HUFF, K.S. KAGAN-HALLET, R.S. RAMAMURTHY.

Perinatal mortality in a large perinatal center: five-year review of 31.000 births.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 148, 1984, no. 3, p. 284-289, 6 lit. opgn.

nivel (c 1935) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

De perinatale sterfte onder 30298 baby's die geboren werden tussen 1978 en 1982 in het Medical Center Hospital (San Antonio, Texas) bedroeg 20,3/1000. De neonatale en foetale mortaliteit lagen respectievelijk op 10,1/1000 en 10,4/1000. Wanneer de baby's die minder dan 500 gram wogen buiten beschouwing werden gelaten, bedroegen de gecorrigeerde mortaliteitscijfers respectievelijk 9,2, 9,8, en 17,9. Mortaliteitscijfers gekoppeld aan geboortegewicht werd met 250 gr. verspringend vastgelegd, voor baby's tussen de 500 en 1499 gr. met 100 gr. verspringend. Jongens, onvolgroeide baby's en baby's waarvan de moeder jonger was dan 15 jaar maakten een groter deel uit van de sterfgevallen dan zou worden verwacht aan de hand van de obstetrische karakteristieken van de onderzochte populatie. De doodsoorzaak was in 32% van de gevallen onbekend, in 21% foetale nood, in 20% pathologische conditie van de moeder, in 13% niet volgroeide foetus, in 8% congenitale afwijkingen en in 6% foetale infecties. Hoofdoorzaken van neonatale sterfte bleken immaturiteit (29%), congenitale afwijkingen (18%), bloedingen (16%) en infecties (10%). Vroegere en toekomstige ontwikkelingen in de perinatale mortaliteit worden verder besproken

43

ERKKOLA, R., P. KERO, A. SEPPAELAE, M. GROENROOS, L. RAURAMO.

Monitoring perinatal mortality by birth weight specific mortality ratios.

International Journal of Gynaecology and Obstetrics; 20, 1982, no. 3, p. 231-235, 6 lit. opgn.

nivel (c 1773) ua rug rul knaw vu eur

De perinatale sterfte in het 'University Central Hospital' in Turku (Finland) nam af van 15,7 per 1000 in de jaren 1970-1975 tot 8,9 per 1000 in de jaren 1976-1978. De grootste afname vond plaats in de geboortegewichtsklasse van 1000 gr. en meer. In de jaren 1976-1978 was de perinatale sterfte van niet misvormde baby's in de gewichtsklasse van 1500 - 1999 gr. 93 per 1000, in de gewichtsklasse 2000 - 2499 gr. 21 per 1000 en in de gewichtsklasse 2500 gr. en meer, 1,7 per 1000. De vroege neonatale sterfte van niet-misvormde kinderen nam alleen in de groep 1500 - 1999 gr. in belangrijke mate af. Het aantal dat 1 week in leven bleef in de groep 500 - 999 gr. bedroeg 48%, maar 77% in de groep 1000 - 1499 gr. De mortaliteitgegevens gekoppeld aan geboortegewicht zijn van belang wanneer de kwaliteit van obstetrische zorg wordt geëvalueerd. Tevens vormen zij richtlijnen bij de keuze voor het inleiden van de bevalling in het derde trimester.

44

GARRETT, T., W. HOUSE, S.W. LOWE.

Outcome of women booked into an isolated general practice maternity unit over eight years.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 37, 1987, no. 304, p. 488-490, 10 lit. opg.

nivel rug rul ruu kun knaw

De resultaten van 1303 zwangerschappen van vrouwen die zich aanmeldden bij een zelfstandige huisartsgeleide geboortekliniek in de jaren 1978-1985 worden bestudeerd (onder de 1303 ook degenen die werden doorverwezen). Ook het verloop voor opname in de jaren 1982-1985 wordt geëvalueerd. De perinatale mortaliteit lag op 1,5 per 1000 opnames in de jaren 1978-1985. Van de vrouwen die in 1978-1985 werden toegelaten werd 7,4% na opname verwezen, terwijl degenen die zich in 1982-1985 aanmeldden bij de kliniek voor 11,3% van keuze wisselden. Een hoger percentage nulliparae dan multiparae werden verwezen of wijzigden hun keuze. De belangrijkste reden tot wijziging na opname bleken onvoldoende vorderen van de eerste fase van de bevalling (21,9%), spontaan breken van de vliezen zonder weeënactiviteit (16,7%) en hypertensie (15,6%). De belangrijkste redenen bij verandering van keuze bleken hypertensie (16,4%) en het serotien zijn (26,9%). Op deze manier zijn er nu gegevens beschikbaar met betrekking tot de risico's bij verwijzing en verandering van keuze in een zelfstandige huis-

kraamcentrum in het Queen Victoria Medical Centre. Gedurende deze periode zijn 1.040 vrouwen ingeschreven voor hun bevalling. Van hen hebben 52 zich om niet-verloskundige redenen teruggetrokken, terwijl 470 zijn overgeplaatst naar andere instellingen voor verloskundige zorg (274 vanwege antepartum-, 196 vanwege intrapartum-complicaties). Dus zijn er 518 vrouwen in het kraamcentrum bevallen. De hulpverlening aan de vrouwen lag vrijwel geheel in handen van een team van vroedvrouwen en de evaluatie laat een benijdenswaardige staat van veiligheid zien.

47

PETRAVAGE, J.B.

Outcomes of three birthing rooms.

The Journal of Family Practice; 16, 1983, no. 5, p. 929-933, 18 lit. opgn.

niveau

Voor vrouwen in de 'low-risk' groep kan de 'birthing room' in een ziekenhuis zowel een huiselijke omgeving betekenen als de mogelijkheden bieden van een goed uitgeruste obstetrische afdeling in geval van onvoorziene complicaties. Statistieken van 356 moeders plus kinderen van drie verschillende ziekenhuizen werden beschouwd. De gemiddelde leeftijd van de moeders was 23,9 jaar. Ongeveer 20 procent van de vrouwen had te maken met complicaties die overplaatsing uit de 'birthing room' noodzakelijk maakten. Vijftien daarvan ondergingen een keizersnede. De gemiddelde Apgar-scores van de kinderen die in de 'birthing room' werden geboren (inclusief degenen die later werden overgeplaatst), waren 7,7 na een minuut en 8,8 na vijf minuten. De neonatale complicaties bestonden uit meconium houdend vruchtwater (1), infectie (1), vermoedelijke infectie (1), aangeboren hartafwijking (1) en tijdelijke hartritmestoornissen (1). Vier van de kinderen en een moeder moesten opnieuw worden opgenomen. Alhoewel al deze vrouwen als 'low-risk' waren ingeschat, bleken zich toch complicaties voor te doen bij zowel moeder als kind, zodat de nabijheid van een obstetrische en neonatale afdeling zeker als voordeel kan worden beschouwd.

48

PIEKKALA, P., R. ERKKOLA, P. KERO, A. TENOVUO, M. SILLANPAA.

Declining perinatal mortality in a region of Finland, 1968-1982.
American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 2, p. 156-160, 29
lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

De perinatale mortaliteit (PNM) in het verzorgingsgebied van het "University Central Hospital" van Turku (UCHT), Finland, werd gedurende een periode van 15 jaar (1968-1982) onderzocht. Gedurende de onderzoeksperiode werden 82151 baby's geboren, waren er 531 gevallen van foetale sterfte en 505 gevallen van vroege neonatale sterfte. Het PNM gemiddelde nam in de periode af van 17,9 in 1968 tot 7,0 in 1982, of van 14,8 tot 4,6 wanneer kinderen met een geboortegewicht lager dan 1000 gr. buiten beschouwing werden gelaten. De grootste verschuivingen hielden verband met afwijkingen van de moeder, complicaties met betrekking tot placenta en navelstreng en ademhalingstoornissen. De onderzoekers stellen dat het centraliseren van obstetrische en neonatale zorg voor risicogeveallen, de introductie van moderne obstetrische en neonatale technieken en de nascholing van het personeel op alle niveaus, verantwoordelijk zijn voor de daling van perinatale mortaliteit.

49

SRINVASA, D.K., M. DANABALAN, R. RANGACHARI.

Method to assess quality of services in antenatal clinics of primary health centres.

Indian Journal of Medical Research; 76, 1982, p. 458-466, 9 lit. opgn.

nivel (c 1769) ua rug rul ruu knaw eur

Een methode, ontwikkeld voor kwalitatieve beoordeling van de zorg in prenatale klinieken in eerstelijnsgezondheidscentra wordt beschreven. Het onderzoek werd uitgevoerd op 25 kliniek-dagen. Met behulp van een speciaal ontwikkelde checklijst van kwaliteits-items werd de zorg, geleverd aan 105 at rondom geselecteerde zwangere vrouwen beoordeeld. De totaalscore op de vragenlijst werd beschouwd als maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Voor ieder van de componenten van de prenatale zorg was de score, uitgedrukt als percentage van de maximaal te behalen score, respectievelijk 66 voor anamnese, 59 voor algemeen lichamenlijk onderzoek, 72 voor obstetrisch onderzoek, 100 voor opnemen van de

bloeddruk, 59 voor meten en wegen, voor Hb bepalen en urine-onderzoek ieder 94, voor toedienen van tetanus toxoid 66, voor gezondheidsvoorlichting 73 en voor uitleg van voorschriften en het bijhouden van de status ieder 100. Het was mogelijk met deze methode de kwaliteit van de geleverde zorg te beoordelen en die componenten van prenatale zorg die verbetering behoeven, te identificeren, evenals te beoordelen in hoeverre verschillende functionarissen in de prenatale kliniek hun taken uitvoeren.

50

THOMAS, H., J. DRAPER, S. FIELD, M.J. HARE.

Evaluation of an integrated community antenatal clinic.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 37, 1987, december, p. 544-547, 27 lit. opgn.

nivel rug rul ruu kun knaw

Vergeleken werden de obstetrische uitkomsten en ervaringen van de zorg gegeven aan 96 zwangeren in een geïntegreerde prenatale kliniek geleid door huisartsen, een verloskundige, en een obstetricus, met de zorg aan 100 zwangeren die de traditionele prenatale zorg ontvingen (shared care). De meningen van de vrouwen zelf en van de hulpverleners werden vastgelegd, obstetrische gegevens werden gehaald uit de obstetrische registratie, ziekenhuisregistratie en "coöperation cards". Bij de vrouwen die de kliniek bezochten, kwam minder hypertensie voor. Deze vrouwen vonden dat de kliniek een vriendelijke, ontspannen en persoonlijke sfeer uitstraalde. Zij ondervonden ook minder ongemak en kortere wachttijden bij de obstetricus, dan de vrouwen die 'shared care' ontvingen. Zij ervoeren meer continuïteit van zorg door de obstetricus en minder door de huisartsen en verloskundige, dan de controlegroep. Er bleek grote satisfactie met betrekking tot de communicatie met de hulpverleners in de kliniek, met uitzondering van de verloskundige, wiens taken niet duidelijk afgebakend waren. De artsen die in dit geïntegreerde systeem werken stelden de organisatorische aspecten op prijs, maar vonden wel dat de hoeveelheid administratief werk was toegenomen.

51

ZWEIG, S., J. KRUSE, M. LEFEVRE.

Patient satisfaction with obstetric care.

niveau

In een cohortstudie wordt patiëntensatisfactie met betrekking tot obstetrische zorg bij vrouwen die bevallen zijn in een plattelands gebied in het midden-westen onderzocht. Aan de hand van geboortebewijzen wordt de populatie gedefinieerd en de satisfactiegegevens worden verkregen door middel van een schriftelijke enquête. Er werd een indirect meetinstrument ontwikkeld (satisfactieschaal). Een direct meetinstrument (open vragen) bracht de mening van de vrouwen naar voren over recent ondergane obstetrische zorg. Tevreden vrouwen (volgens de satisfactieschaal) hadden veelal een goede artsbegeleiding genoten en zwangerschapscurssussen gevolgd. De open vragen beschreven veelal problemen die te maken hadden met de arts-patiëntrelatie. Bij vergelijking van de directe en indirecte meetinstrumenten leverden vrouwen met de hoogste satisfactiescores het minst kritiek op hun obstetrische zorg (χ^2 -kwadraat = 9.16, p < .003). De perceptie van de patiënt omtrent de houding van de arts bleek een punt van belang in beide gevallen. De gegevens laten zien dat de ervaren artsbegeleiding een belangrijk onderdeel is van de patiëntensatisfactie met obstetrische zorg.

B.3. Kwaliteitsvergelijking bij verschillen op structuur-niveau

B.3.1. Verschillen in organisatie of tussen instellingen

52

BAKKETEIG, L.S., H.J. HOFFMAN, P.M. STERNTHAL.

Obstetric service and perinatal mortality in Norway.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, supplement; 1977, no. 9, p. 3-18, 46 lit. opgn.

nivel (c 1865) ua rug rul kun knaw vu eur

Informatie over personele aspecten, de uitrusting en de voorzieningen van alle verloskundige instellingen wordt gerelateerd aan de perinatale sterfte (geen meerlingen) in Noorwegen tussen 1967 en 1973. Er is een verdeling gemaakt naar 'regio' met een lage, een gemiddelde en een hoge verloskundige score. Significante verschillen, wat mortaliteit betreft, werden gevonden tussen de regio's met een lage verloskundige score en de andere twee regio's. De verschillen vertonen de tendens in de loop der jaren groter te worden.

53

BARUFFI, G., W.S. DELINGER, D.M. STOBINO, A. RUDOLPH, R.Y. TIMMONS, A. ROSS.

A study of pregnancy outcome in a maternity center and a tertiary care hospital.

American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 9, p.973-979, 13 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Deze situatie vergelijkt de resultaten van 797 zwangerschappen in een geboortekliniek (BMC) met die van 804 zwangerschappen in een ziekenhuis (TJUH). De gegevens van de zwangere vrouwen van beide deelnemende instellingen werden afgezet tegen sociaal-demografische karakteristieken: van de uitkomsten werden analyses gemaakt om het medisch-obstetrisch risico vast te kunnen stellen. Verschillen tussen de beide instellingen werden voornamelijk gevonden bij vrouwen met een lage risicofactor met betrekking tot de bevalling. Bij deze vrouwen was de postnatale zorg korter en

neonatale morbiditeit minder in de BMC dan in de TJUH. Het percentage kinderen met een Apgar-score na 1 minuut die lager was dan zeven en het percentage dat reanimatie nodig had was hoger in de BMC, maar het percentage kinderen met een Apgar-score na vijf minuten die lager was dan zeven en ook de neonatale mortaliteitscijfers waren gelijk voor beide instellingen. Het aantal vrouwen met intra- of postpartum koorts was te klein om een vergelijking te kunnen maken. Uitgaande van de gebruikte evaluatiecriteria wordt in deze situatie geconcludeerd dat de geleverde zorg in de BMC 'veilig' is.

54

BLONDEL, B. D. PUSCH, E. SCHMIDT.

Some characteristics of antenatal care in 13 European countries.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 92, 1985, p. 565-568, 12 lit. opgn.

nivel (c 1934) knaw eur

Dit onderzoek vergelijkt de organisatie van de prenatale zorg in 13 Europese landen waar het foetale- en kindermortaliteitscijfer onder de 20 per 1000 ligt. De verschillen tussen de landen liggen bij het aantal prenatale consulten, de rol van de verloskundige en het gebruik van thuiszorg. Het blijkt dat er geen enkel prenataal zorgmodel is onder deze landen dat gelijke foetale- en zuigelingenmortaliteitscijfers heeft.

55

BOWES, W.A., G.E. FRYER, B. ELLIS.

The use of standardized neonatal mortality ratios to assess the quality of perinatal care in Colorado.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 148, 1984, no. 8, p. 1067-1073, 23 lit. opgn.

nivel (c 1760) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

De neonatale mortaliteit in Colorado in de jaren 1977 t/m 1979 werd geanalyseerd door middel van gestandaardiseerde neonatale mortaliteitsratio's, afkomstig van mortaliteit naar geboortegewicht in elke verloskundige voorziening. De gestandaardiseerde neonatale sterfte ten gevolge van behandelbare stoornissen, wordt voorgesteld als een mogelijke methode om de uitkomsten van

neonatale zorg te vergelijken in verloskundige populaties met verschillend risico. Voorgesteld wordt instellingen waarbij de gestandaardiseerde neonatale mortaliteitsratio na aftrek van sterfte door onbehandelbare oorzaken significant groter dan 1 is, te onderwerpen aan een diepgaand onderzoek naar de perinatale zorgverlening.

56

KLEIN, M., I. LLOYD, C. REDMAN, M. BULL, A.C. TURNBULL.

A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care: shared-care (consultant) and integrated general practice unit (1): obstetrical procedures and neonatal outcome.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 90, 1983, no. 2, p. 118-22.

nivel (c 1960) knaw eur

Steekproeven van statussen van vergelijkbare zwangere vrouwen (laag risico) geregistreerd voor een geïntegreerde huisartspraktijk (integrated general practice unit, GPU) en een consultatiesysteem (gedeelde zorg) zijn door de computer uitgezocht uit alle 5.005 geboorten die zich voordeden in 1978 in het John Radcliffe Hospital. Kunstverlossingen, epidurale analgesie en tangverlossingen werden minder vaak uitgevoerd bij vrouwen die bevelen in de GPU. Zuigelingen van multiparae werden vaker geïntubeerd in het consultatiesysteem (3%) dan in de GPU (0%). In de twee systemen was het aandeel van zuigelingen van nulliparae gelijk (ongeveer zeven procent). Deze gegevens laten zien dat resultaten op korte termijn voor GPU-vrouwen en hun zuigelingen even goed zijn als voor vergelijkbare vrouwen in het consultatiesysteem.

57

KLEIN, M., I. LLOYD, C. REDMAN, M. BULL, A.C. TURNBULL.

A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care: shared-care (consultant) and integrated general practice unit (2): labour and delivery management and neonatal outcome.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 90, 1983, no. 2, p. 123-28.

nivel (c 1959) knaw eur

Door middel van een aselechte steekproef van zwangere vrouwen (laag risico) zijn vier gelijke groepen gevormd van 63 nulliparae en multiparae die allemaal bestemd waren voor hulp in een geïntegreerde huisartspraktijk en in een 'shared-care' systeem (consultatie). De selectiecriteria waren uitsluitend gericht op de toelating van vrouwen die spontane weeën hadden of dat althans dachten. Vrouwen zonder kinderen die voor 'shared care' waren ingeschreven kwamen in het ziekenhuis met minder vergevorderde ontsluiting dan degenen die voor de huisartspraktijk waren ingeschreven en verbleven langer in het ziekenhuis voordat de bevalling plaats vond (elf uur tegen acht uur). Van de multiparae was de vergelijkbare verblijfsduur zes en vier uur. Bij de vrouwen in de huisartspraktijk duurde zowel de eerste als tweede fase van de bevalling langer maar zij kregen minder pethidine en epidurale analgesie toegediend. Tevens werden er bij hen minder elektronische foetale bewaking en tangverlossingen toegepast en werd foetale uitputting minder vaak gediagnosticeerd. De 1-minuuts Apgar-score was minder of gelijk aan 6 bij 17,5% van de kinderen van de nulliparae in het systeem van 'shared-care', vergeleken met 1,6% van hen in de huisartspraktijk. In het systeem van 'shared-care' bedroeg het aantal intubaties van zuigelingen van nulliparae 11 procent vergeleken met geen intubaties in de huisartspraktijk.

Deze vergelijkingen laten de eenvoud en veiligheid zien van bevallingen van vrouwen in de huisartspraktijk vergeleken met die van vergelijkbare vrouwen in een gespecialiseerde setting.

58

LOWE, S.W., W. HOUSE, T. GARRETT.

Comparison of outcome of low-risk labour in an isolated general practice maternity unit and a specialist maternity hospital.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 37, 1987, no. 304, p. 484-487, 13 lit. opgn.

nivel rug rul ruu kun knaw

In het onderzoek worden geen verschillen tussen de instellingen gevonden in de vorm van verloskundige zorg. Er zijn wel verschillen in de mate van interventie; in het verloskundig ziekenhuis wordt meer interventie gepleegd. De duur van de eerste fase van de bevalling was in het kraamcentrum langer dan in het ziekenhuis. 7,6% van de zwangere vrouwen van het kraamcentrum werden

verder verwezen naar het ziekenhuis. De conclusie luidt, dat geen onderscheid gemaakt kan worden wat betreft de kwaliteit van verloskundige zorg tussen een verloskundig ziekenhuis en een kraamcentrum.

59

QUICK, J.D., M.R. GREENLICK, K.J. ROGHMANN.

Prenatal care and pregnancy outcome in an HMO and general population: a multivariate cohort analysis.

American Journal of Public Health; 71, 1981, no. 4, p. 381-390.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Het gebruik van prenatale zorg en zwangerschapsresultaten werden bestudeerd aan de hand van 4.148 bevallingen van leden van een reeds lang gevestigde Health Maintenance Organization (HMO) en 19.116 geboorten binnen het blanke cohort in het gebied Portland, Oregon. De moeders uit de HMO waren gemiddeld bijna een jaar ouder, iets beter opgeleid, en waren minder frequent ongehuwd. Maar vergeleken met cohort uit de algemene populatie hadden zij praktisch dezelfde obstetrische voorgeschiedenis. HMO-leden begonnen een maand later met prenatale zorg en hadden drie visites minder dan de algemene populatie (p kleiner dan 0,01). Van de algemene populatie begon 78% met prenatale zorg in het eerste trimester, van de HMO-leden slechts 64% (p kleiner dan 0,01). Bij hetzelfde zwangerschapsrisico bleken laag geboortegewicht, neonatale mortaliteit en zuigelingenmortaliteit 1,5 tot 5 keer zo groot bij late, minder frequente prenatale zorg als bij vroege, frequente zorg. Met behulp van multivariate analyse is een positieve relatie aangetoond tussen prenatale zorg en geboortegewicht. Alhoewel deze relatie onafhankelijk was van risico-factoren vermeld op de geboorte-certificaten, is het niet noodzakelijkerwijs een causale relatie. Niet-bijgestelde cijfers van prematuriteit, neonatale en zuigelingen-mortaliteit bleken niet te verschillen tussen de twee groepen. Onafhankelijk van alle risicofactoren, bleek door middel van multivariate analyse dat het lidmaatschap van de HMO samenhang met een toename van het voorspelde geboortegewicht met dertig gram (p kleiner dan 0,01), maar dat dat geen invloed had op de mortaliteit. Algemene conclusie is dat in Portland, Oregon de zwangerschapsresultaten voor HMO-leden vergelijkbaar is met die van de bevolking in het algemeen.

ROSENBLATT, R.A., J. REINKEN, P. SHOEMACK.

Is obstetrics safe in small hospitals? evidence from New Zealand's regionalised perinatal system.

The Lancet; 1985, p. 429-431.

niveau (c 1940) ua rug rul ruu lb kun knaw the vu eur

Gedurende de jaren 1978-1981 werden in alle openbare kraamklinieken in Nieuw-Zeeland de perinatale mortaliteitsgegevens vastgelegd. Niveau I kraamklinieken - over het algemeen kleine studieklinieken geleid door huisartsen en verloskundigen - hadden lagere geboortegewicht-afhankelijke perinatale mortaliteitscijfers in de één na laagste geboortegewichtcategorie dan de beter geoutilleerde klinieken waarnaar zij verwezen. Dit bewijst waarschijnlijk de zeer nauwgezette prenatale controle door huisartsen en de effectieve regionalisatie van prenatale zorg in Nieuw-Zeeland. Het is mogelijk dat het vooral voor kinderen met een normaal geboortegewicht een voordeel is om in de kleinere kraamklinieken geboren te worden. Er is geen bewijs dat de goede resultaten te maken hebben met het lagere aantal bevallingen.

ROSEVEARE, M.P., M.J. BULL.

General-practitioner obstetrics: two styles of care.

British Medical Journal; 284, 1982, no. 6320, p. 958-960.

niveau ua rug rul ruu lb kun knaw vu eur

Twee systemen van verloskundige zorg geleid door huisartsen in Engeland worden vergeleken. In Oxford heeft een groot aantal met verloskundigen in de gemeenschap samenwerkende huisartsen een autonome verantwoordelijkheid voor de behandeling van patiënten wier condities aan vastgestelde criteria voldoen. In Dulwich waar twee huisartsen samenwerken met verloskundigen in het ziekenhuis, wordt een minimaal selectie-beleid gevoerd, maar worden alle patiënten na een zwangerschapsperiode van 36 weken nagekeken door een obstetricus. Ondanks de verschillende selectie-methoden, die leidden tot incongruentie tussen de groepen ten opzichte van leeftijd, sociale klasse, en distributie van geboortegewicht, lieten de resultaten ten aanzien van de wijze van bevallen geen significante verschillen zien. De perinatale mortaliteitscijfers waren ook gelijkwaardig en bleken zelfs gunstiger te zijn dan de

lieten de resultaten ten aanzien van de wijze van bevallen geen significante verschillen zien. De perinatale mortaliteitscijfers waren ook gelijkwaardig en bleken zelfs gunstiger te zijn dan de nationale cijfers.

62

SCHERJON, S.

A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and The Netherlands.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 648-689, 18 lit. opgn.

nivel (c 1928) knaw eur

Er wordt een vergelijking gemaakt tussen twee obstetrische-zorgtypen: totale hospitalisatie in Denemarken en het keuzesysteem van ziekenhuis- en thuisbevalling in Nederland. Tot aan het eind van de vijftiger jaren leefde in Denemarken het huidige Nederlandse idee; Denemarken wijzigde de organisatie in de laat zestiger jaren en volgde de internationale lijn van volledige hospitalisatie. Deze verandering werd niet veroorzaakt door teleurstellende obstetrische resultaten, noch door druk van de zwangeren zelf. De verandering wordt in verband gebracht met het toenemend gebruik van instrumentarium bij bevallingen. In beide landen nam het perinatale sterftecijfer continu af, maar in Denemarken was de verbetering in vroege neonatale mortaliteit iets sneller. Dit verschil kan ontstaan zijn door onvoldoende verwijzingen in Nederland bij "high-risk" zwangerschappen en bevallingen naar een volledig uitgeruste obstetrische afdeling. Het is onwaarschijnlijk dat het aanvaarden van een hoog aantal thuisbevallingen in Nederland de verklaring zou zijn.

63

SCUPHOLME, A., A.G. MCLEOD, E.G. ROBERTSON.

A birth center affiliated with a tertiary care center: comparison of outcome.

Obstetrics and Gynecology; 67, 1986, no. 4, p. 598-603.

nivel (c 1745) eur

Het onderzoek vergelijkt 250 lage-risico vrouwen, bevallen in een tertiair zorgcentrum met een gelijkwaardige groep verzorgd en

bevallen in een geaffilieerd kraamcentrum. De patiënten konden in elk opzicht worden vergeleken met uitzondering van het opleidingsniveau. Van de patiënten in het kraamcentrum moest 21% tijdens de bevalling worden overgebracht naar het ziekenhuis. De gevonden verschillen hadden betrekking op de mate van ontsluiting en duur van de weeën. Intermittierende foetale hart-auscultatie werd uitsluitend toegepast bij de moeders in het kraamcentrum waar tevens orale vochttoediening en lichte diëten toegestaan waren. De ziekenhuisgroep kreeg intraveneuze toediening van vocht. Weeënstimulatie m.b.v. oxytocine werd twee keer zoveel gebruikt en de incidentie van schouder-dystocie bleek significant hoger in de controle-groep. De redenen voor ziekenhuisopname worden opgesomd. Het ene neonatale sterfgeval was te wijten aan persisterende foetale circulatie.

64

SHEAR, C.L., B.T. GIGE, J.K. MATTHEIS, M.R. LEVY.

Provider continuity and quality of medical care. A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome.

Medical Care; 21, 1983, no. 12, p. 1204-1210, 13 lit. opg.

nivel ua rug rul ruu kun eur

Vaak wordt aangenomen dat 'family physicians' in staat zijn voorzieningen van hogere kwaliteit te verschaffen dankzij de grotere mate van continuïteit in hun praktijken. Dit onderzoek is een poging het verband te onderzoeken tussen continuïteit en kwaliteit van medische zorg met behulp van zwangerschap als tracerandoening. In een retrospectieve cohortstudie werden twee groepen vrouwen geïdentificeerd - zij die zorg ontvingen van 'family practice' (FP)-centra en zij die zorg ontvingen van obstetrische centra (OB). Proces en resultaat van de medische zorg werden beoordeeld samen met patiëntenstatisfactie. De continuïteit van de hulpverlening was veel hoger in de FP-groep (gemeten met behulp van SECON-waarde) en was in hoge mate gecorreleerd aan de aanwezigheid van een 'hulpverleningsovereenkomst' tussen arts en patiënt. Viermaal zoveel pasgeborenen uit de OB-groep werden opgenomen op de intensive care (niet significant). Het geboortegewicht in de FP-groep was gemiddeld 220 g hoger dan dat in de OB-groep ($p < 0,05$). Dit verschil bleef na controleren voor demografische variabelen. De tevredenheid van patiënten was, hoewel niet statistisch significant, hoger in de FP-groep voor 2

van de 3 satisfactie-categorieën. De resultaten geven aanwijzingen dat continuïteit van de zorg geassocieerd was met betere resultaten voor de patiënt en hogere tevredenheid. Oorzakelijke factoren worden besproken en er worden aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gedaan.

65

WILNER, S., S.C. SCHOENBAUM, R.R. MONSON, R.N. WINICKOFF.

A comparison of the quality of maternity care between a health-maintenance organization and fee-for-service practices.

New England Journal of Medicine; 304, 1981, no. 13, p. 784-787, 15 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kun knaw vu eur

Er worden geen verschillen geconstateerd in het resultaat van de beide vormen van organisaties. Aangedrongen wordt op verder onderzoek. Wel zijn er verschillen geconstateerd in de zorg zelf, hetgeen weer leidt tot een goedkopere vorm van zorg in de HMO's.

66

WRIGHT, C.H., T.H. GARDIN, C.L., WRIGHT.

Obstetric care in a health maintenance organization and a private fee-for service practice: a comparative analysis.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 149, 1984, no. 8, p. 848-856, 7 lit. opgn.

nivel (c 1937) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

In dit onderzoek wordt de kwaliteit van obstetrische zorg in twee verschillende praktijken vergeleken: een door de staat gefinancierde HMO (Health Maintenance Organization) en een zelfstandige "fee-for-service"-praktijk. De bevallingen van de patiënten uit beide praktijken vonden plaats in hetzelfde ziekenhuis met een gelijkwaardige beschikking over de aanwezige hulpverleners. Van januari 1979 tot december 1981 (de onderzoeksperiode) werden door de artsen 2385 bevallingen geleid, waarvan 57% voor de HMO praktijk en 43% voor de "fee-for-service"-praktijk. Zodoende waren er niet alleen vergelijkbare cijfers met betrekking tot de moederlijke- en kindelijke gegevens beschikbaar, maar ook de jaarlijkse verschuivingen en individuele zorg door artsen. De vraag staat centraal of bij het gelijk blijven van alle andere

variabelen, het niveau en het resultaat van de zorg voor beide groepen hetzelfde is. In een aantal gevallen laten de resultaten opmerkelijke verschillen zien.

B.3.2. Verschillen tussen hulpverleners

67

CRAIG, A.S., A.O. BERG, C.R. KIRKWOOD.

Obstetric consultations during labour and delivery in a university-based family practice.

The Journal of Family Practice; 20, 1985, no. 5, p. 481-485, 10 lit. opgn.

niveau eur

Retrospectief werd het gebruik van obstetrische consultaties door 'family medicine residents' onderzocht in het Ziekenhuis van de University of Washington, tussen 1 juli 1980 en 30 juni 1981. Van de 125 bevallingen waren er 104 (83%) vaginale bevallingen, in 99% geleid door de 'family physician'. Er werden 21 (17%) sectio's verricht. Voor de beoordeling werden 13 complicaties van de onsluitings- en uitdrijvingsperiode vastgelegd als criteria voor de noodzaak van consultatie. Retrospectief werden de statussen onderzocht op deze complicaties. In 32% van alle bevallingen vond formeel consultatie plaats. 75% van de patiënten met één of meer van de 13 complicaties werden in consult gezien. De patiënten met deze complicaties hadden significant hogere risicoscores tijdens de bevalling (volgens een speciale checklijst van het ziekenhuis) dan patiënten die geen van de complicaties hadden. Ook waren de Apgar-scores na 1 en 5 minuten in de groep met complicaties significant lager. De criteria slaagden erin een groep patiënten met verhoogd risico te identificeren; ze vormen mogelijk een bruikbare richtlijn voor het nemen van beslissingen in de bestudeerde situatie. Bij patiënten die niet één van de 13 complicaties vertoonden, werd weinig ingegrepen (door middel van sectio caesarea of (hoge) forceps); de negatieve voorspellende waarde was 98%.

68

FLYNN, S.P.

Continuity of care during pregnancy: the effect of provider continuity on outcome.

The Journal of Family Practice; 21, 1985, no. 5, p. 375-380, 19 lit. opgn.

niveau (c 1825) eur

De continuïteit van zorg tijdens zwangerschap in twee geaffilieerde 'family practice' opleidingscentra werd onderzocht. Prospectief werd in een steekproef van 61 patiënten het effect van continuïteit van de hulpverlener onderzocht op het voorkomen van zwangerschapcomplicaties en patiëntensatisfactie. De patiënten die aan dit onderzoek meewerkten, hechtten relatief weinig waarde aan continuïteit van zorg. Zwangerschapscomplicaties werden voorspeld door traditionele risicofactoren. Het grootste effect op patiëntensatisfactie had de 'wachtijd op het spreekuur, zoals die ervaren werd'. Op geen van de uitkomsten had continuïteit van de hulpverlener een significant effect.

69

FRANKS, P., S. EISINGER.

Adverse perinatal outcome: Is physician speciality a risk factor?

The Journal of Family Practice; 24, 1987, no. 2, p. 152-156, 14 lit. opgn.

niveau

In een 'community hospital' werd een onderzoek uit gevoerd om na te gaan of het specialisme van de behandelend arts (obstetrics of 'family physician') een risicofactor is voor ongewenste perinatale resultaten. In drie jaar vonden 6.856 bevallingen plaats waarvan 713 (10,4%) onder leiding van een 'family physician'. In totaal waren er 301 (4,4%) gevallen van ongewenste uitkomst, waarvan 32 (10,6%) onder leiding van een 'family physician'. De statussen van een gewogen steekproef van 117 cases en 468 controles werden ('blind') beoordeeld om potentiële risicofactoren te bepalen, onder andere prenatale risicostatus, verzekering en specialisme van de behandelend arts. Het relatieve risico voor de leiding van de bevalling door de 'family physician' was 0,99 (95% betrouwbaarheidsinterval). Beoordeling van de statussen van een aselechte steekproef van 146 patiënten (73 van elk van beide specialisten) gaf geen verschil te zien in de proportie patiënten met verhoogd risico in beide groepen. Geconcludeerd wordt dat in de onderzochte situatie het specialisme van de arts die de bevalling leidt, geen risicofactor is voor ongewenste perinatale resultaten, en dat dit niet vertekend wordt door de prenatale risicostatus van de patiënt.

JANOWITZ, J., S. WALLACE, G. ARANJO, L. ARANJO.

Referrals by traditional Birth Attendants In Northeast Brazil.

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 7, p. 745-748, 3 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Tussen oktober 1980 en juli 1981, werden 1878 vrouwen begeleid door "traditional birth attendants" (TBA's) (vroedvrouwen zonder diploma) in vier obstetrische afdelingen in de plattelands gebieden rond de stad Fortaleza in noord-oost Brazilië. Van deze vrouwen werden er 232 (12,4%) verwezen voor de bevalling naar een ziekenhuis in Fortaleza. De belangrijkste verwijfsindicatoren waren: aanwezigheid van een antenataal probleem, complicaties bij de bevalling of verkeerde ligging van het kind. Gebaseerd op de registratie, bleek dat 65 van de verwezen vrouwen geen van deze complicaties vertoonden en geclassificeerd waren als low-risk en 42 niet verwezen vrouwen geclassificeerd waren als high-risk (op zijn minst één van bovenstaande klachten was aanwezig). Van de 1878 bevallingen eindigden er 32 (17 op de 1000) in foetale dood en 12 kinderen stierven voordat zij het ziekenhuis of de obstetrische afdeling konden verlaten (6 op de 1000). Het aantal sterfgevallen lag aanzienlijk hoger bij de high-risk groep (156 per 1000 verwijzingen, 95 bij niet-verwijzingen). Alhoewel een aantal vrouwen ten onrechte verwezen zijn, terwijl anderen verwezen hadden moeten worden maar dat niet gebeurde, heeft dit verwijzingsstelsel het voor TBA's mogelijk gemaakt bevallingen zonder complicaties te leiden en vrouwen met complicaties te verwijzen.

MEHL, L.E., J.R. RAMIEL, B. LEININGER, B. HOFF, K. KRONENTHAL, G.H. PETERSON.

Evaluation of outcomes of non-nurse midwives: matched comparisons with physicians.

Women Health; 5, 1980, no. 2, p. 17-29.

nivel (c 1758)

Het doel van dit onderzoek is de groepspraktijk van niet-verpleegkundige verloskundigen te beoordelen door de resultaten van hun bevallingen te vergelijken met die van artsen in het zieken-

huis. Dit is uitgevoerd door middel van een passende procedure, ontworpen om de populaties op belangrijke medische risico-factoren te vergelijken. In de eerste fase van het onderzoek waren alle artsen betrokken en werden grote verschillen ten gunste van de verloskundigen gevonden. De tweede fase maakte gebruik van de minst interventivistische helft van de artsen en er werden minimale verschillen gevonden tussen de verloskundigen thuis en de artsen in het ziekenhuis. Er wordt gesuggereerd dat excessieve interventie, ongeacht de uitvoerende hulpverlener, niet zonder risico is.

72

MENGEL, M.B., W.R. PHILLIPS.

The quality of obstetric care in family practice: are family physicians as safe as obstetricians?

The Journal of Family Practice; 24, 1987, no. 2, p. 159-164, 38 lit. opgn.

niveau

Op grond van een literatuuroverzicht over de kwaliteit van verloskundige zorg wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag of de verloskundige zorg van 'family physicians' even adequaat is als die van obstetrici. De onderzoeken waren onder te verdelen in case series, historische cohortstudies en onderzoeken op populatieniveau. In verband met tekortkomingen in onderzoekopzet, kunnen op basis van de beschikbare onderzoeken geen conclusies worden getrokken omtrent de kwaliteit van de verloskundige zorg van 'family physicians'. Er zijn echter aanwijzingen dat 'family physicians' even veilige obstetrische zorg verlenen als obstetrici; met name wanneer ze zich bezighouden met persoonlijke prenatale begeleiding, wanneer ze vrouwen met een verhoogd risico tijdig verwijzen en de verloskundige zorg toepassen zonder overmatig gebruik van technische middelen. Uit geen van de resultaten blijkt dat family physicians minder goede verloskundige zorg leveren. Uit populatie-onderzoeken blijkt juist dat de zorg van family physicians veiliger is dan die van obstetrici in de groep met normaal geboortegewicht, naar wordt verondersteld, omdat ze minder geneigd zijn te interveniëren. Om een definitieve uitspraak te kunnen doen, dient verder onderzoek te worden gedaan; bij voorkeur prospectief onderzoek met gedomineerde en gestandaardiseerde groepen en 'blind' vaststellen

van uitkomsten. Aangezien dit op praktische en ethische gronden vaak niet mogelijk is, wordt de voorkeur gegeven aan case-control onderzoek.

73

ROSENBERG, E.E., M. KLEIN.

Is maternity care different in family practice? a pilot matched pair Study.

The Journal of Family Practice; 25, 1987, no. 3, p. 237-242, 19 lit. opgn.

niveau

In deze pilot-studie werden 81 patiënten die onder leiding van huisartsen zouden bevallen vergeleken met patiënten die onder leiding van obstetrici zouden bevallen. De groepen waren gematcht op leeftijd, pariteit, bloeddruk, duur van de zwangerschap en socio-economische status. Patiënten die onder leiding van de huisarts zouden bevallen hadden minder kunstmatig gebroken vliezen, ingeleide bevallingen, episiotomieën en tangverlossingen dan de andere groep. Zij brachten ook een kortere tijd in het ziekenhuis door ondanks een vaak langduriger tweede fase van de bevalling. Geboorteresultaten waren hetzelfde voor beide groepen. Er wordt een eenvoudige methode beschreven voor het evalueren van maternale zorg ter vergelijking van de zorg geleverd door huisartsen en obstetrici aan obstetrisch gelijkwaardige patiënten. Deze methodologie gaat uit van een gegeven kliniek en maakt geen gebruik van complete studies en grote populaties.

B.3.3. Evaluatie van (programma's voor) prenatale zorg

74

BARELL, V., S. ROSENBERG, C. SHALEV.

Evaluating improvements in multistaged health care: the risk-care-outcome cycle.

Quality Review Bulletin; 12, 1986, no. 11, p. 404-407.

cbo

In Israël is een nieuwe methode van programma-evaluatie ontwikkeld om de invloed van de verbeterde zorg voor de gezondheid van moeders en zuigelingen te beoordelen. De zorg vóór de conceptie en tijdens de prenatale, intrapartum en postpartum perioden zijn aan elkaar gerelateerd en volgen elkaar op. De methode evalueert daarom de interactie van risico's, kwaliteitsverbeteringen, en resultaten binnen elke zorgfase en meet de invloed van verbeterde resultaten op de opeenvolgende fasen. De uitbreiding of modificatie van de gezondheidszorg voor moeders en zuigelingen in 42 Israëlische gemeenten zal gebaseerd zijn op dit evaluatieve onderzoek.

De toegepaste concepten in deze evaluatie zijn toepasbaar in veel andere situaties die opeenvolgingen van gezondheidsdiensten bevatten (bijv. pre-operatieve, operatieve en postoperatieve zorg) waarin het succes van elke zorgfase de risico's in een volgende fase beïnvloedt.

75

BUESCHER, P.A., P.J. MEIS, J.M. ERNEST, M.L. MOORE, R. MICHIELUTTE, P. SHARP.

A comparison of women in and out of a prematurity prevention project in a North Carolina perinatal care region.

American Journal of Public Health; 78, 1988, no. 3, p. 264-267, 10 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Het onderzoek vormt een evaluatie van een preventieproject t.a.v. de invloed op het geboortegewicht. Vrouwen die niet deelnamen aan het project hadden een kans van 1.32 op een kind met een lager geboortegewicht dan 2500 gram (95% Confidence Interval 1.14-1.54). Het relatieve risico dat niet-participanten liepen op

kinderen met een geboortegewicht lager dan 1500 gram was 1.87 (95% Confidence Interval 1.25-2.80). De resultaten van onderzoek sluiten aan op eerder onderzoek.

76

KOTELCHUCK, M., J.B. SCHWARTZ, M.T. ANDERKA, K.S. FINISON.

WIC participation and Pregnancy Outcomes: Massachusetts Statewide Evaluation Project.

American Journal of Public Health; 75, 1984, nr. 10, p. 1086-1092, 12 lit. opg.

niveau van rug en kuit bij kinderen met een laag geboortegewicht

De effecten van de deelname aan WIC (Special Supplemental Food Program for Woman Infants and Children) prenatale begeleiding werden onderzocht aan de hand van gegevens uit het "Massachusetts Birth and Death Registry". De resultaten van 4126 zwangerschappen bij vrouwen die deelnamen aan het WIC-programma en bevelen in 1978, werden vergeleken met die van 4126 vrouwen individueel geselecteerd op leeftijd, ras, pariteit, opleiding en huwelijks staat, die niet deelnamen aan het WIC-programma. Aan het WIC-programma nemen degenen deel die een groter (demografisch) risico lopen op negatieve zwangerschapsresultaten, vergeleken met alle vrouwen in die gemeenschap. WIC-deelname wordt geassocieerd met verbeterde resultaten, waaronder afname van te lage geboortegewichten (8,7-6,9%) en neonatale mortaliteit (35-12 sterfgevallen), een toename van de zwangerschapsduur (39,7-40,0 weken) en vermindering van ontoereikend prenatale zorg (7,0-3,8%). Stratificatie van demografische subpopulaties laat zien dat subpopulaties met een hoger risico (tleners, ongehuwden en vrouwen van spaanse afkomst) betere zwangerschapsresultaten hebben bij deelname aan het WIC-programma. Stratificatie naar de duur van deelname laat zien dat bij toenemende participatie betere zwangerschapsresultaten naar voren komen. Terwijl deze resultaten erop wijzen dat de verbeterde resultaten het gevolg zijn van WIC-deelname, zijn er ook andere verschillen tussen de twee onderzochte groepen die als basis kunnen dienen voor alternatieve verklaringen.

77

PATTON, L.L., E.C. ENGLISH, J.D. HAMBLETON.

Childbirth preparation and outcomes of labor and delivery in primiparous women.

The Journal of Family Practice; 20, 1985, no. 4, p. 375-378, 11 lit. opgn.

niveau

De voorbereiding op de bevalling (Lamaze cursussen) wordt een steeds populairder onderdeel van patiëntenvoorlichting. Deze retrospectieve studie onderzoekt het effect ervan op 64 primiparae in vergelijking met een controlegroep die geen cursussen gevolgd had. De twee groepen werden vergeleken op leeftijd, prenatale risico's, etnische afkomst en socio-economische status. Er werd geen verschil gevonden in het gebruik van analgesie en anesthesie, de duur van de bevalling, soort van bevalling, foetale nood, geboortegewicht, Apgar-scores of maternale en neonatale complicaties. Daartegenover bleek een statistisch significante toename, in het gebruik van oxytocine voor het inleiden van de bevalling ($p < 0.01$) in de voorbereide groep.

78

PEOPLES, M.D., R.C. GRIMSON, G.L. DAUGHTRY.

Evaluation of the effects of the North Carolina improved pregnancy outcome project: implications for state-level decision-making.

American Journal of Public Health, 74, 1984, no. 6, p. 549-554, 36 lit. opgn.

niveau

Dit onderzoek werd opgezet om de effecten te evalueren van het "North Carolina Improved Pregnancy Outcome (IPO) Project" op het gebruik van prenatale zorg en de incidentie van lage geboortegewichten onder voornamelijk zwarte ingeschrevenen. Om statistische gegevens kritisch te bekijken op subpopulatie effecten werden gewogen gemiddelden en gestatificeerde analyse procedures gebruikt. In de districten waar het project draaide ontvingen 31,7% van de zwarte vrouwen IPO-diensten. Voor alle zwarte ingeschrevenen was het risico op minder toereikende prenatale zorg 55,1% van de controlegroep. Toch konden er geen corresponderende effecten op de incidentie van lage geboortegewicht ontdekt worden. De evaluatie methoden die in dit onderzoek gebruikt

worden kunnen worden toegepast op programma's voor moeders en kinderen in andere plaatsen om bruikbare en praktische informatie beschikbaar te krijgen voor besluitvorming op beleidsniveau.

79

ROBITAILLE, Y., M.S. KRAMER.

Does participation in prenatal courses lead to heavier babies?

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 10, p. 1186-1189, 24 lit. opg.

niveau van rug en ruggenlicht bij kinderen

Door middel van een prospectief epidemiologisch onderzoek onder 1676 vrouwen (primiparae) in vier ziekenhuizen in Montreal gedurende 8 maanden, wordt de invloed van prenatale cursussen op geboortegewicht, gewichtstoename van de moeder en het roken van sigaretten bestudeerd. De vrouwen die deelnamen aan prenatale cursussen waren ouder en hadden hogere sociaal-economische status en waren vaker niet-rokers dan de niet-deelnemende vrouwen. Na controle voor deze verschillen, hadden de kinderen van cursisten dezelfde gemiddelde geboortegewichten als die van niet-cursisten (3286gr. en 3271 gr.) en het verschil in gewichtstoename bij de moeders werd aanzienlijk minder. Het stoppen met roken vond meestal in de eerste drie maanden van de zwangerschap plaats, zelfs bij degenen die pas later aan prenatale cursussen gingen deelnemen; waaruit blijkt dat het niet de prenatale cursussen waren die het niet roken stimuleerden. Geconcludeerd wordt dat voor zover het het geboortegewicht betreft, dat inhoud en vorm van de prenatale cursussen (zoals ze in de regio Montreal aanwezig zijn) een herbeschouwing moeten hebben, zodat nieuwe ideeën en interventies kunnen worden ontwikkeld en getest.

80

SHOWSTACK, J.A., P.P. BUDETTI, D. MINKLER.

Factors associated with birthweight: an exploration of the roles of prenatal care and length of gestation.

American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 9, p. 1003-1008, 16 lit. opg.

niveau van rug en ruggenlicht bij kinderen

Om het verband tussen geboortegewicht en prenatale zorg, zwanger-

schapsduur en andere prenatale factoren te kunnen evalueren, werden de geboortebewijzen van de baby's bestudeerd die geboren werden in 1978 in Alameda of Contra Costa counties, California. Gebruikmakend van multiple regressie analysetechnieken bleek toereikende prenatale zorg (vastgesteld aan de hand van het aantal consultaties vergeleken met de zwangerschapsduur en de maand waarin de zorg begon) gerelateerd te zijn aan een geboortegewichtstoename van 197 gram op het gemiddelde. Dit effect bleek zelfs nog groter bij zwarte kinderen en kinderen van een korte zwangerschapsduur. Wanneer de zwangerschapsduur aan de vergelijking wordt toegevoegd neemt de hoeveelheid variatie in geboortegewicht aanzienlijk toe. Bij baby's met een korte zwangerschapsduur (median 280 dagen) bleek de toevoeging van zwangerschapsduur het effect van de relatie tussen prenatale zorg en geboortegewicht te halveren. De resultaten suggereren dat onderzoekers rekening moeten houden met de niet-lineaire relatie tussen zwangerschapsduur en geboortegewicht, wanneer zij factoren die geboortegewicht beïnvloeden evalueren.

81

SIEGEL, E., D. GILLINGS, S. CAMPBELL, P. GUILD.

A controlled evaluation of rural perinatal care: impact on mortality and morbidity.

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 3, p. 246-253.

nivel (c 1826) ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Met een quasi-experimenteel, gecontroleerd en op de bevolking gericht onderzoeksdesign is de invloed van een ruraal regionaal en perinataal zorg-programma (RPC) geëvalueerd. Resultaten omvatten veranderingen in de gemiddelde foetale en neonatale mortaliteitscijfers over vijf jaar alsook de morbiditeit op korte termijn van pasgeborenen. Afnames in foetale en neonatale mortaliteit alsmede in de geboortegewicht specifieke mortaliteit zijn voor beide sexen en vooral voor zuigelingen van 1501 tot 2500 gram, geobserveerd in zowel de experimentele als de controle regio's. Desalniettemin leverden vergelijkingen van jaarlijks gemiddelde veranderingen voor het programma (1966-74) en na het programma (1975-80) geen statistisch significante veranderingen op tussen de regio's. Terwijl de incidentie van prenatale morbiditeit in beide regio's hetzelfde was, bleek de intrapartum en pasgeborenen morbiditeit significant ten gunste van de experimen-

tele regio te zijn. Deze resultaten waren moeilijk te interpreteren. Relevante implicaties van de onderzoeksresultaten in relatie met RPC in North Carolina worden besproken.

82

SOKOL, R.J. R.B. WOOLF, M.G. ROSEN, K. WIENGARDEN.

Risk, antepartum care and outcome: Impact of a maternity and infant care project.

Obstetrics and Gynaecology; 56, 1980, no. 2, p. 150-156, 5 lit opgn.
niveau (c 1746) eur

Gedurende 13 jaar draait er in het Cleveland Metropolitan General Hospital een "Maternity and Infant Care Project", (M&I). Om de effectiviteit van het programma rond de prenatale zorg te evalueren, werden de sociale en medische risicofactoren en de uitkomst van de prenatale zorg gedurende twee jaar geëvalueerd. Nadat verwijzingspatronen en het niet deelnemen aan prenatale zorg uitgesloten waren, werden patiënten met M&I-zorg en niet M&I zorg vergeleken. Ondanks het gelijke sociale en antepartum/intrapartum risico van deze groepen, kwam bij de M&I 60% minder perinatale sterfte voor dan bij de niet M&I groep (P < 0.0001). Deze resultaten suggereren dat de M&I-prenatale zorg van groot belang is, zelfs de kans op vroeggeboorten vermindert. M&I patiënten krijgen meer patiëntenvoorlichting, voedingsvoorlichting, sociale zorg en interventie, specifieke zorg voor adolescenten en gecontroleerde afspraken-opkomst. Dit onderzoek geeft verder aan, dat deze aspecten van prenatale zorg van belang zijn voor de gevonden verbetering in de foetale- en zuigelingenresultaten.

83

STOCKBAUER, J.W.

WIC prenatal participation and its relation to pregnancy outcomes in Missouri: a second look.

American Journal of Public Health; 77, 1987, no. 7, p. 813-818, 13 lit. opgn.

niveau a rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Onderzocht werd het verband tussen WIC's (Special Supplemental Food Program for Woman Infants and Children) prenatale gegevens en geboorteresultaten van WIC-deelnemers in Missouri die in 1982

bevelen, aan de hand van hun geboorte/foetale sterftcertificaten. Een overeenkomst bij de matching-procedure van 93% resulteerde in een uiteindelijke onderzoekspopulatie van 9411 zwangerschappen. Het overgrote deel van de resultaten bevestigt de resultaten van een onderzoek in Missouri in 1980; deelname aan WIC werd daarbij in verband gebracht met afnames in lage geboortegewichten (7,8 tegenover 9,2%), vroeggeboortes (9,7 tegenover 12%) en inadequate prenatale zorg (30,5 tegenover 31,7%), en toename in gemiddelde zwangerschapsduur (39,9 tegenover 39,6 weken). Hoge geboortegewichten kwamen minder voor bij kinderen van WIC-deelnemers in alle risicogroepen. Zoals ook uit het onderzoek in 1980 bleek moest de WIC minstens 7 maanden in uitvoering zijn wilden er verbeteringen optreden in geboortegewichten.

84

STROBINO, D.M., G.A. CHASE, Y.J. KIM, B.E. CRAWLEY, J.H. SALIM, G. BARUFFI.

The impact of the Mississippi Improved child health project on prenatal care and low birthweight.

American Journal of Public Health; 76, 1986, no. 3, p. 274- 278, 10 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Om de "Improved Child Health Projects" in noord-west Mississippi te evalueren werd een "quasi-experimenteel niet-equivalente controle groep"-model gebruikt (IHP1 en IHP2). Voor elk project werd een controle-district geselecteerd die gemiddeld te vergelijken waren met de IHP-districten, qua etnische samenstelling, gemiddeld gezinsinkomen in 1970 en 1980, en het aantal geboorten in 1978-1979. De onderzoekspopulatie bestond uit alle thuisbevallingen in de IHP en controledistricten, gedurende de periode vóór IHP (1975-1978) en tijdens IHP (1979-1981). Het aantal vrouwen dat voldoende prenatale zorg genoot, steeg tussen deze twee perioden in alle districten; de stijging was bij IHP1 groter dan in de controle-districten en omgekeerd bij IHP2. Voor beide projecten geldt dat het aantal lage geboortegewichten hetzelfde bleef, zowel in de vóór-IHP-periode als tijdens, in de onderzoek en controle-districten. Aanpassing voor veranderingen in de geboorte-karakteristieken tussen de twee perioden veranderde niets aan deze resultaten. Het betrekken van de gemeenschap

bij de ontwikkeling en coördinatie van prenatale zorg, zou een verklaring kunnen zijn voor de sterke stijging van het gebruik van prenatale zorg in de ICHP.

B.3.4. Evaluatie van zorg voor risicogroepen

85

CLARKE, M., D.G. CLAYTON.

Quality of obstetric care provided for Asian Immigrants in Leicestershire.

British Medical Journal; 286, 1983, no. 6365, p. 621-623, 8 lit. opgn.

niveau van rug en ruw lb kun knaw vu eur

Tussen 1976 en 1981 vonden 939 gevallen van perinatale sterfte plaats bij vrouwen in Leicestershire, waarvan 128 (14%) Aziatische vrouwen. Om de geboden zorg aan Aziatische Immigranten te evalueren, werden als meetinstrumenten gekozen: de kwalificaties van de huisartsen, het punt in de zwangerschap waarop de vrouwen begonnen met de prenatale zorg en de perinatale sterfte. Perinatale sterfte werd onderverdeeld in vier groepen: congenitale afwijkingen, gemacereerde foetus, zuurstoftekort tijdens bevalling en vroeggeboorten. Aziatische moeders hadden anderhalf maal hoger risico voor perinatale sterfte wanneer rekening gehouden werd met sociale klasse, pariteit, tijdstip, veiligheid en kwalificaties van de huisarts. Aziatische en niet-Aziatische moeders met huisartsen die niet op de obstetrische lijst voorkomen hadden een tweemaal zo hoog risico voor perinatale sterfte wanneer gelijke meetinstrumenten werden gebruikt. Eén van de aanbevelingen is het aanstellen van gemeenschapsgebonden verloskundigen naast huisartsen die niet voorkomen op de obstetrische lijst. Verder het instellen van nascholingscursussen voor deze artsen en een continue evaluatie van het effect van deze voorstellen op de perinatale sterfte.

86

FISCHER, E.S., J.P. LOGERFO, J.R. DALING.

Prenatal care and pregnancy outcome during the recession: the Washington State Experience.

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 8, p. 866-869, 16 lit. opgn.

niveau van rug en ruw kht lb kun cbs eur

Om vast te kunnen stellen of er veranderingen plaatsvonden in het

gebruik van prenatale zorg en ongewenste zwangerschapsresultaten onder de armere Inwoners van de staat Washington, tijdens de laatste economische terugval, werden alle geboortes tussen 1980 en 1983 bij vrouwen in de armste laag van de bevolking van de drie grootste districten (n= 15.735) onderzocht. De contròle populatie bestond uit alle geboortes in de hoogste Inkomensgroep (n=16.295). Daar het dieptepunt van de recessie in 1982 lag, werden de cijfers van 1982 vergeleken met die van 1980. Het aantal zwangeren in de laagste Inkomensgroepen dat laat of geen prenatale zorg ontving nam toe (6,2% - 8,2%) en in de hoogste Inkomensgroep ook (1,6% - 2,3%). Het aantal kinderen met een te laag geboortegewicht nam alleen in de laagste Inkomensgroepen toe (6,3% - 7,4%). Het voorkomen van anaemie bij de moeders steeg ook alleen in de laagste Inkomensgroepen (0,7% - 1,7%). Hoewel niet met zekerheid te zeggen valt wat de financiële positie is van degenen bij wie de ongewenste zwangerschapsresultaten optraden, laten de resultaten voor de laagste Inkomensgroepen een consistente zien met de hypothese dat een toenemend aantal ongewenste zwangerschapsresultaten voorkomt onder de armen in de staat Washington gedurende de laatste recessie.

87

KAUNITZ, A.M., C. SPENCE, T.S. DANIELSON, R.W. ROCHAT, D.A. GRIMES.
Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 150, 1984, no. 7, p. 826-831, 12 lit. opgn.

nivel (c 1938) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

Perinatale en maternale sterfte onder vrouwen van een religieuze groep in Indiana worden onderzocht; de vrouwen kregen geen prenatale zorg en bevlelen thuis zonder ervaren hulpverleners. De leden van deze groep hadden een driemaal zo hoge perinatale sterfte en een honderd maal hogere maternale sterfte dan de statistieken normaal aangeven. Deze resultaten wijzen erop dat, zelfs in de Verenigde Staten, vrouwen die geen gebruik willen maken van de bestaande obstetrische zorg, een verhoogd risico hebben op perinatale en maternale sterfte.

MOORE, R.T. W. ORIGEL, T.C. KEY, R. RESNIK.

The perinatal and economic impact of prenatal care in a low-socioeconomic population.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 154, 1986, no. 1, p. 29-33, 15 lit. opgn.

nivel (c 1939) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

Bezuinigingen op de gesubsidieerde prenatale zorg-programma's van 1981 tot 1984 resulteerden in een toename van het aantal geboortes bij niet geregistreerde patiënten (7,8% - 14,9%) aan het "University of California San Diego Medical Center". Om het economische en perinatale effect van het toenemend aantal geboortes zonder prenatale zorg te evalueren, werden 100 opeenvolgende patiënten met minder dan drie prenatale consulten bestudeerd. Zij werden vergeleken naar leeftijd, pariteit en de week waarin de bevalling plaatsvond, met een controlepatiënt die volledige gesubsidieerde prenatale zorg ontving (Comprehensive Perinatal Program). Bij vergelijking van de leeftijd van de moeder, pariteit, miskraam, hypertensie en abortus werden de antenatale risicofactoren van de moeder gelijk verdeeld tussen de twee groepen. De obstetrische resultaten van de moeders waren gelijk, ook het aantal keizersneden, het voorkomen van kraamvrouwenkoorts en bloedverlies. Daartegenover staat dat onder de kinderen van de vrouwen die geen prenatale zorg ontvingen, de morbiditeit veel hoger lag. Dit uitte zich onder andere in voortijdig breken van de vliezen en voortijdige bevalling (13% - 2%, p kd 0,05), laag geboortegewicht (21% - 6% kd 2500 gr., p kd 0,002) en opnames op de intensive care unit (24% - 10%, p kd 0,005). Wanneer de totale ziekenhuiskosten voor moeder en kind werden opgeteld, bleken de perinatale kosten voor de groep die geen perinatale zorg ontving (\$5168 per paar) beduidend hoger dan kosten voor de patiënten van het 'Comprehensive Perinatal Program' (\$2974 per paar). Deze resultaten wijzen erop dat uitbreiding van de prenatale zorg zal resulteren in een afname van de perinatale morbiditeit en gezondheidszorgkosten.

B. Wat zijn goede kwaliteitcriteria

B.4.1. Mortaliteit

89

ALBERMAN, E.

Why are stillbirth and neonatal mortality rates continuing to fall?
British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 92, 1985, p. 559-564,
2 lit. opgn.

nivel (c 1936) knaw eur

Het "Office of Population Censuses and Surveys" stelt nieuwe jaarlijkse statieken op, waaronder een statistiek met betrekking tot de spreiding van geboortegewicht en een statistiek van geboortegewichts- en oorzaakspecifieke perinatale, neonatale en zuigelingensterftcijfers. Aan de hand van deze gegevens zal het eenvoudiger zijn dalingen in mortaliteitscijfer als gevolg van primaire medisch technologie te onderscheiden. Voorbeelden van het gebruik van deze gegevens worden gegeven.

90

COLE, S.K., E.N. HEY, A.M. THOMSON.

Classifying perinatal death: an obstetric approach.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 1204-1212, 12 lit. opgn.

nivel (c 1931) knaw eur

Consultatie tussen de specialisten en epidemiologen die verantwoordelijk zijn voor de "Perinatal Mortality Surveys" in Schotland en de "Northern Regional Health Authority" in Engeland, liet zien dat de classificatie van perinatale sterfte die meer dan 30 jaar geleden door Sir Dugald Baird werd geïntroduceerd, nog steeds haar nut bewijst. Maar niet-opzettelijke verschillen in de manier waarop gevallen werden geclassificeerd waren een bedreiging voor de validiteit van tijds- en geografische vergelijkingen. Om dit probleem op te lossen worden pogingen ondernomen om de hoofdtermen van de classificatie nauwkeuriger te omschrijven. Om de continuïteit te waarborgen blijft de hoofdstructuur hetzelfde maar een aantal kleinere onderverdelingen worden aangepast aan recente ontwikkelingen en definities worden veranderd mede in verband met de verbeterde prognoses voor kinderen met een te laag geboortegewicht. Daarbij denkt men dat subclassificatie van de

hoofdgroepen een betere methode is om nieuwe hypothesen te onderzoeken dan een radicale verandering van de hoofdgroepen zelf.

91

DULEY, L.M.M.

A validation of underlying cause of death, as recorded by clinicians on stillbirth and neonatal death certificates.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 1233-1235, 6 lit. opgn.

nivel (c 1933) knaw eur

Ter verificatie van de doodsoorzaken zoals zij werden aangegeven op de doodsbewijzen van 590 gevallen van doodgeboorte en neonatale sterfte, werden klinische verslagen en obductieverlagen gebruikt. Er werden 55 gevallen toegeschreven aan ademhalingsstoornissen terwijl zij niet als zodanig te boek stonden. In 102 gevallen werd als doodsoorzaak congenitale afwijkingen aangegeven, dit werd voor 96 gevallen bevestigd en 13 gevallen hadden deze oorzaak maar werden niet als zodanig genoteerd. Wanneer gebruik zou zijn gemaakt van klinische verslagen en obductieverlagen zou het aantal gevallen dat werd toegeschreven aan ademhalingsstoornissen 13% lager liggen en het aantal dat werd toegeschreven aan congenitale afwijkingen zou 10% hoger liggen.

92

GREB, A.E., R.M.PAULI, R.S. KIRBY.

Accuracy of foetal death reports: comparison with data from an independent stillbirth assessment program.

American Journal of Public Health; 77, 1987, no. 9, p. 1202-1205, 27 lit. opgn.

nivel ua rug rul ruu kht lb kun cbs eur

Geëvalueerd worden de volledigheid en nauwkeurigheid van de rapportage door middel van "Wisconsin fetal death report forms (FDF)", door vergelijking van individuele gevallen met cijfers uit het "Wisconsin Stillbirth Service Project (WISSP)", dat gebruik maakt van uitgebreide protocollen voor etiologisch onderzoek van doodgeboorten. Foetale sterfte wordt ontoereikend gerapporteerd: bij 17,8% van de foetale sterfte werd geen FDF

opgemaakt, zoals blijkt uit de evaluatie van de WISSP. Voor de gevallen waarbij wel een FDF werd opgemaakt bleken foetale afwijkingen niet gerapporteerd of onderkend te zijn: slechts 60% van de doodgeborenen door de WISSP geregistreerd als hebbende foetale afwijkingen werd ook door de FDF als zodanig gemeld. Wanneer doodsoorzaken werden geïnclassificeerd als foetaal, placenta-/navelstreng, matернаal/omgeving en onbekend bleek bij vergelijking met de gerapporteerde onderliggende oorzaken duidelijke onvolkomenheden in de FDF. Placenta/navelstreng-oorzaken konden vaak niet als zodanig gedocumenteerd worden, terwijl daartegenover foetale doodsoorzaken select gerapporteerd werden. Er waren weinig juiste foetale diagnoses aanwezig in de FDF. Zelfs bij algemeen voorkomende dodelijke afwijkingen kwamen verkeerde diagnoses veelvuldig voor.

93

KEIRSE, M.J.N.C.

Perinatal mortality rates do not contain what they purport to contain.

The Lancet; 1984, p. 1166-1168, 15 lit opgn.

nivel ua rug rul ruu lb kun knaw the vu eur

Drie gevallen van perinatale sterfte, waarvan twee niet en één wel dienden te worden opgenomen in de nationale perinatale sterfte statistieken, werden voorgelegd aan 1004 specialisten en obstetrici in opleiding in Vlaanderen en Nederland. Van de respondenten (52%) gaf 69% aan dat zij geen van de drie gevallen gerapporteerd zouden hebben en 13% zou ze allemaal gerapporteerd hebben. Het te veel rapporteren vindt tweemaal zoveel plaats, en te weinig rapporteren vindt tienmaal zoveel plaats, als het juist rapporteren - slechts 6% zou de huidige regels met betrekking tot registratie van perinatale sterfte in alle drie gevallen juist toepassen. Alhoewel de regels met betrekking tot de genoemde gevallen in beide landen hetzelfde zijn, bleken er verschillen in het rapporteren tussen de Belgische en Nederlandse artsen. Dit geeft aan dat de Belgische en Nederlandse perinatale mortaliteitsstatistieken niet dezelfde waarden meten en dat geen van beiden inhoudt wat zij beweren in te houden. De resultaten trekken de validiteit van het gebruik van perinatale mortaliteitstcijfers als indicatoren van perinatale gezondheid of perinatale zorg in twijfel bij een vergelijking tussen Europese landen.

KIELY, J.L., N. PANETH, M. SUSSER.

Fetal death during labor: an epidemiologic indicator of level of obstetric care.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 153, 1985, no. 7, p. 721-727, 17 lit. opgn.

nivel (c 1958) ua rug rul ruu kun knaw vu eur

Het effect van het niveau van perinatale zorg op foetale sterfte tijdens de bevalling werd onderzocht bij de geboortes van kinderen met een geboortegewicht groter dan 1000 gram in New York in de jaren 1976 tot en met 1978. Gecontroleerd werd voor mogelijke beïnvloedende factoren (geboortegewicht, duur van de zwangerschap e.a.) De sterfte tijdens de bevalling bleek lager bij meer intensieve zorg. In vergelijking met instellingen op niveau 3 (zeer intensieve zorg) bestond er bij bevallingen in instellingen op niveau 1 (algemene ziekenhuizen) 61% meer risico op foetale sterfte tijdens de bevalling ($p < 0,001$) en bij bevallingen in instellingen op niveau 2, 35% verhoogd risico ($p=0,006$). Het effect van het niveau van zorg op sterfte tijdens de bevalling kon niet worden toegeschreven aan verschillen in classificatie van foetale sterfte tijdens de bevalling tussen de verschillende niveaus, aangezien er geen compensatoire verschillen werden gevonden in late prenatale sterfte. De resultaten uit dit onderzoek op populatieniveau komen overeen met verschillende onderzoeken op ziekenhuisniveau, waarin afname van foetale sterfte tijdens de bevalling gerapporteerd werd, vooral bij bevallingen die meer intensief begeleid worden. In tegenstelling tot foetale sterfte voor de bevalling, is de foetale sterfte tijdens de bevalling een gevoelige indicator van het niveau van verloskundige zorg.

WHITFIELD, C.R., N.C. SMITH, F. COCKBURN, A.A.M. GIBSON.

Perinatally related wastage - a proposed classification of primary obstetric factors.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 694-703, 15 lit. opgn.

nivel (c 1930) knaw eur

Om Sir Dugald Baird's concept van primaire obstetrische oorzaken

van perinatale sterfte te kunnen aanpassen, werd een herziene klinisch-pathologische classificatie ontwikkeld, waarbij nieuwe kennis en ontwikkelingen werden opgenomen en de nadruk wordt gelegd op potentiële te voorkomen sterfte en aan het licht wordt gebracht waar hernieuwd onderzoek nodig is. Categorieën die het belang benadrukken van Intrauteriene groeivertraging, onverklaarde Intrauteriene sterfte en spontane premature weëactiviteit zijn Ingevoerd; verder worden zuurstofgebrek tijdens de geboorte en geboortetrauma van elkaar gescheiden en ook Infecties worden In een aparte categorie ondergebracht. Regelmatige evaluatie In een obstetrisch ziekenhuis (sinds 1979) liet zien dat het nieuwe systeem een werkbaar en nuttig middel is om niet alleen perinatale sterfte te classificeren, maar ook abortussen, neonatale sterfte en kindersterfte. Het cijfer van de totale sterfte gerelateerd aan perinatale problemen dat op deze grond gedefinieerd werd was bijna tweemaal zo hoog als het "oude" cijfer van perinatale sterfte (22,8-11,9 per 1000 geboorten). Dit wordt gezien als een betere basis voor de evaluatie van perinatale zorg. De herziene en uitgebreide classificatie wordt naar voren gebracht als een bijdrage In de discussie over classificatie en rapportage van dit soort verschillen, In de hoop dat het getoetst zal worden als een model voor zowel regionale als ziekenhuis onderzoeken.

B.4.2. Morbiditeit

96

DENNIS, J., I. CHALMERS.

Very early neonatal seizure rate: a possible epidemiological indicator of the quality of perinatal care.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 8, 1982, no. 6, p. 418-426, 49 lit. opgn.

nivel (1757) knaw eur

De preventie van mortaliteit en morbiditeit wordt in de meeste publicaties beschouwd als het doel van perinatale zorg. Er is echter geen overeenstemming over de criteria om vast te stellen in hoeverre dit doel bereikt wordt. Mortaliteit en morbiditeit kunnen ook het gevolg zijn van pathologie die eerder in de zwangerschap is opgetreden. Ideaal zou zijn de mogelijke indicatoren van perinatale zorg te evalueren in klinische experimenten waarbij verschillende handelwijzen vergeleken worden. Ook is het belangrijk indicatoren van mortaliteit en morbiditeit te definiëren, aangezien het niet onwaarschijnlijk is dat een positief effect van perinatale zorg op mortaliteit een omgekeerd effect heeft op morbiditeit. Morbiditeitscriteria dienen bij voorkeur gebaseerd te zijn op duidelijke klinische symptomen in de neonatale periode die belangrijke voorspellers zijn van latere morbiditeit. Op grond van literatuuronderzoek wordt voorgesteld het voorkomen van neonatale conclusies in de eerste 48 uur postnataal bij voldragen baby's te beschouwen als een criterium dat aan deze voorwaarden voldoet.

97

DERHAM, R.J., T.G. MATTHEWS, T.A. CLARKE.

Early seizures indicate quality of perinatal care.

Archives of Disease in Childhood; 60, 1985, no. 9, p. 809-813, 13 lit. opgn.

nivel (c 1747) ua rug rul ruu kun vu eur

In een retrospectief case-control onderzoek werden variabelen over de toestand voor, tijdens en na de geboorte geanalyseerd van 34 kinderen zonder anatomische afwijkingen die perinatale asphyxie hadden doorgemaakt, gevolgd door geeneraliseerde

convulsies in de eerste 48 uur na de geboorte. Het was de bedoeling een verband aan te tonen, ten eerste tussen deze variabelen en convulsies en ten tweede tussen deze variabelen en daaropvolgende mortaliteit en morbiditeit binnen de casegroep. Geassocieerd met convulsies waren: moeder ouder dan 35 jaar, duur van de bevalling, meconiumhoudend vruchtwater, afwijkingen van het foetale hartritme tijdens de bevalling en operatieve bevalling. Lage Apgar-score na 5 minuten en intermitterende positieve drukbeademing na de geboorte van langer dan 10 minuten bleken geassocieerd te zijn met latere morbiditeit en mortaliteit. Door een gevonden duidelijk verband tussen slechte intrauteriene groei en sterfte of handicap in de casegroep wordt de waarde van groeimetingen als voorspellend gegeven, benadrukt. De overall incidentie van convulsies bedroeg 1,6 per 1000 á terme geboorten. Er was een significante correlatie tussen het vóórkomen van convulsies en de mortaliteit tijdens de bevalling. Het vóórkomen van convulsies als gevolg van asphyxie bij voldragen kinderen binnen 48 uur na de geboorte, zou een waardevolle index van de kwaliteit van perinatale zorg kunnen zijn.

98

NISWANDER, K.

Quality of obstetric care and occurrence of fetal asphyxia and cerebral palsy: Is there a relationship?

Postgraduate Medicine; 78, 1985, no. 8, p. 57-64, 20 lit. opgn.

nivel (c 1961) rug rul kun knaw eur

Het is niet duidelijk of er een verband bestaat tussen de kwaliteit van verloskundige zorg en ongewenste foetale uitkomsten, met name spastische verlamming. Er wordt een onderzoek beschreven dat aannemelijk maakt dat suboptimale verloskundige zorg weinig verband toont met de etiologie van spastische verlamming. Bij geen van de 34 cases die werden onderzocht, was gebleken dat de arts te laat gehandeld had bij tekenen van foetale asphyxie (zie ook no. 99)

99

NISWANDER, K., G. HENSON, D. ELBOURNE, I. CHALMERS, C. REDMAN, A. MACFARLANE, P. TIZARD.

Adverse outcome of pregnancy and the quality of obstetric care.

The Lancet; 1984, no. 8407, p. 827-830, 24 lit. opgn.
nível ua rug rul ruu lb kun knaw the vu eur

Met behulp van de case-control methode werd retrospectief onderzoek gedaan naar het verband tussen vier mogelijk te voorkómen ongewenste uitkomsten van zwangerschap, te weten foetale sterfte door asphyxie of trauma (58 cases) terminale apnoe (92 cases), convulsies in de eerste 48 uur na de 4^{de} terme geboorte (36 cases) en spastische verlamming gediagnosticeerd op 1 1/2-jarige leeftijd (34 cases), en suboptimale prenatale en natale zorg. Voor het beoordelen van de zorg ('blind') werden expliciete consensuscriteria gehanteerd. De controlegroepen bestonden uit 375-377 aselekt gekozen kinderen zonder deze aandoeningen. Bij de foetale sterfte en de neonatale convulsies was de kans dat er sprake was geweest van suboptimale perinatale zorg significant verhoogd. Bij neontale convulsies en terminale apnoe was de kans dat de zorg tijdens de bevalling tekort was geschoten (niet adequaat gereageerd op tekenen van ernstige foetale nood) significant verhoogd. De meeste baby's waarbij de zorg prenataal en tijdens de bevalling te kort was geschoten, hadden echter geen van de bestudeerde ongewenste aandoeningen. Bovendien was bij de meeste baby's met deze aandoeningen de zorg adequaat geweest. Er werd geen verband vastgesteld tussen spastische verlamming en voorafgaande suboptimale verloskundige zorg.

100

PAGE, F.O., J.N. MARTIN, S.M. PALMER, R.W. MARTIN, J.A. LUCAS, G.R. MEEKS, E.T. BUCOVAZ, J.C. MORRISON.

Correlation of neonatal acid-base status with Apgar scores and fetal heart rate tracings.

American Journal of Obstetrics and Gynaecology; 154, 1986, no. 6, p. 1306-11.

nível ua rug rul ruu kun knaw vu eur

In dit onderzoek is de directe neonatale zuur-base status, verkregen door middel van een afgeklemd segment van de navelstreng, bij individuele vaginale bevallingen vergeleken met elektronische metingen van de hartslag en met Apgar-scores van de pasgeborene. Van de 75 pasgeborenen hadden 59 na een minuut een Apgar-score groter of gelijk aan zeven en 52 hadden een initiële pH groter dan 7,20. Zes van de zestien pasgeborenen met een Apgar-score

minder dan zeven hadden een lage pH (minder dan 7,20). Na vijf minuten hadden slechts acht van de 75 pasgeborenen Apgar-scores lager dan zeven, terwijl zes van hen pH-waarden minder dan 7,20 hadden.

Geen van de pasgeborenen die een score hadden die groter of gelijk was aan zeven en een pH lager dan 7,20 (zeven pasgeborenen na 1 minuut, twee na vijf minuten), had een metabole acidose. Achttien foetale hartritmestroken kunnen als abnormaal worden beschouwd; acidose is door de pH-criteria bevestigd in acht gevallen (44%). Slechts drie van de acht hadden lage Apgar-scores. De resultaten suggereren dat een combinatie van foetale hartritmestroken, navelstreng pH-waarden, en Apgar-toetsing beter is dan een enkele parameter voor de evaluatie van foetale status juist na de bevalling.

Auteursregister

A

- Alberman, E.
89
- Alten, D. van
1, 11, 12, 13, 14, 19, 21,
26
- Anderka, M.T.
76
- Aranjo, G.
70
- Aranjo, L.
70
- Bakewell, J.M.
38
- Bakketeig, L.S.
52
- Barell, V.
74
- Barnes, D.E.
38
- Baruffi, G.
53, 84
- Beeman, R.
39
- Berg-Helder, A.F. van den
24
- Berg, A.O.
67
- Biro, M.A.
46
- Blondel, B.
54
- Bowes, W.A.
55
- Brans, Y.W.
42
- Bucovaz, E.T.
100
- Budetti, P.P.
80
- Buescher, P.A.
75
- Bull, M.J.
56, 57, 61
- Campbell, J.
46
- Campbell, R.
37
- Campbell, S.
81
- Cassel, J.C.
45
- Chalmers, I.
96, 99
- Chase, G.A.
84
- Clarke, M.
85
- Clarke, T.A.
97
- Clayton, D.G.
85
- Cockburn, F.
95
- Cole, S.K.
90
- Craig, A.S.
67
- Crawley, B.E.
84
- Dalling, J.R.
86
- Damstra-Wijmenga, S.M.I.
16, 17, 18
- Danabalan, M.

49	
Danielson, T.S.	76
87	Fisher, E.S.
Daughtry, G.L.	86
79	Flynn, S.P.
Dellinger, W.S.	68
53	Franks, P.
Dennis, J.	69
96	Fryer, G.E.
Derham, R.J.	55
97	Gardin, T.H.
Doornbos, J.P.R.	66
27	Garrett, T.
Draper, J.	44, 58
50	Gibson, A.A.M.
Duijn, F.L. van	95
25	Gillings, D.
Duley, L.M.M.	81
91	Gipe, B.T.
Eisinger, S.	64
69	Greb, A.E.
Elbourne, D.	92
99	Greenlick, M.R.
Ellis, B.	59
55	Grimes, D.A.
English, E.C.	87
77	Grimson, R.C.
Enk, A. van	79
23	Groenroos, M.
Erkkola, R.	43
43, 48	Guild, P.
Ernest, J.M.	81
75	Hambleton, J.D.
Escobedo, M.B.	77
42	Hare, M.J.
Eskes, M.	50
12, 13, 14, 19, 21	Hayashi, R.H.
Eskes, T.K.A.B.	42
2, 3	Henson, G.
Field, S.	99
50	Hey, E.N.
Finison, K.S.	90
	Hoepfener, V.

20	3, 6
Hoffman, H.J.	Knuist, M.
52	19, 21
Hoff, B.	Kotelchuck, M.
71	76
Hoogendoorn, D.	Kramer, M.S.
28, 29, 30, 31, 32	79
House, W.	Kronenthal, K.
44, 58	71
Huff, R.W.	Kruse, J.
42	51
Huisjes, H.J.	Kupper, L.L.
7	45
Hulka, B.S.	Laan, R.
45	35
Huygen, F.J.A.	LeFevre, M.
4, 5	51
Janowitz, B.	Leininger, B.
70	71
Jonge, H. de	Levy, M.R.
33	64
Jong, P.A. de	Lievaart, M.
22, 24	22
Kaunitz, A.M.	Lloyd, I.
87	56, 57
Keirse, M.J.N.C.	LoGerfo, J.P.
93	86
Kero, P.	Lowe, S.W.
48	44, 58
Key, T.C.	Lumley, J.
88	46
Kiely, J.L.	Lunsen, H.W. van
94	7
Kim, Y.J.	Maathuis, J.B.
84	33
Kirby, R.S.	MacFarlane, A.
92	37
Kirkwood, C.R.	MacLeod, A.G.
67	63
Klein, M.	Martin, J.N.
56, 57, 73	100
Kloosterman, G.J.	Martin, R.W.

100	92
Mattheis, J.K.	Pel, M.
64	26
Matthews, T.G.	Peoples, M.D.
97	79
Meeks, G.R.	Peterson, G.H.
100	71
Mehl, L.E.	Petravage, J.B.
71	47
Meis, P.J.	Phillips, W.R.
75	72
Mengel, M.B.	Piekkala, P.
72	48
Michelutte, R.	Pusch, D.
75	54
Minkler, D.	Quick, J.D.
80	59
Monson, R.R.	Ramiel, J.R.
65	71
Moore, M.L.	Rangachari, R.
75	49
Moore, R.T.	Rao, J.
88	46
Morrison, J.C.	Rauramo, L.
100	43
Morris, N.	Redman, C.
46	56, 57, 99
Niswander, K.	Reinken, J.
98, 99	61
Nordbeck, H.J.	Resnik, R.
27	88
Origel, W.	Robertson, E.G.
88	63
Page, F.O.	Robitaille, Y.
100	79
Palmer, S.M.	Rochat, R.W.
100	87
Paneth, N.	Rogmann, K.J.
94	59
Patton, L.	Rosenberg, E.E.
77	73
Pauli, R.M.	Rosenberg, S.

74	48
Rosenblatt, R.A.	Smith, N.C.
61	95
Rosen, M.G.	Smits, F.
82	8
Roseveare, M.P.	Snoeren, E.
61	20
Ross, A.	Sokol, R.J.
53	82
Rudolph, A.	Spence, C.
53	87
Salim, J.H.	Spensley, J.
84	46
Scherjon, S.	Spiekerman, J.C.M.
62	23
Schmidt, E.	Srinivasa, D.K.
54	49
Schoenbaum, S.C.	Sternthal, P.M.
65	52
Schramm, W.F.	Stobino, D.M.
38	53
Schwartz, J.B.	Stockbauer, J.W.
76	83
Scupholme, A.	Stolte, L.A.M.
63	24
Seppaelae, A.	Strobino, D.M.
43	84
Shalev, C.	Sullivan, D.A.
74	39
Sharp, P.	Susser, M.
75	94
Shear, C.L.	Tenovno, A.
64	48
Shoemack, P.	Tew, M.
61	40, 41
Showstack, J.A.	Thomassen, J.F.M.
80	25
Siegel, E.	Thomas, H.
81	50
Sigling, H.O.	Thomson, A.M.
25	90
Sillanpaa, M.	Timmons, R.Y.

53
Tizard, P.
99
Treffers, P.E.
23, 26, 27, 34, 35
Turnbull, A.C.
56, 57
Velden, J. van der
36
Verbeek, G.
9
Wallace, S.
70
Weingarden, K.
82
Werkgroep Bijstelling Klooster-
manlijst
10
Wetering de Rooy, W.F. van de
15
Whitfield, C.R.
95
Wilner, S.
65
Winickoff, R.N.
65
Woolf, R.B.
82
Wright, C.H.
66
Wright, C.L.
66
Zweig, S.
51

Trefwoordenregister

A

- apgarscore
 - 12, 23, 47, 53, 67, 97, 100
- arts-patient relatie
 - 50, 51
- attitude vrouwen
 - 3, 4, 5, 50
- classificatiesystemen
 - 90, 95
- continuïteit van de zorg
 - 50, 64, 68
- definitie kwaliteit
 - 9
- doodsoorzaken
 - 42, 55, 90, 91, 92, 93, 95
- effectmeting
 - 40, 52, 56, 57, 74
- financiële aspecten
 - 65, 86, 88
- geboortegewicht
 - 59, 75, 76, 79, 80, 83, 84, 86
- gynaecologen
 - 22
- honoreringssystemen
 - 66
- huisartsen
 - 5, 7, 44, 61, 64, 69, 72, 73
- kraamcentra
 - 46, 60, 63
- meetinstrumenten
 - 2, 49, 51, 85, 93, 97
- morbiditeit
 - 2, 16, 19, 21, 22, 23, 24, 45, 47, 53, 76, 77, 80, 81, 86, 88, 96, 97, 98, 99, 100
- mortaliteit
 - 2, 6, 15, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 81, 82, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99
- obstetrici
 - 69, 72, 73
- onderzoeksmethoden
 - 26, 37, 72
- patientensatisfactie
 - 50, 51, 64, 68
- plaats van geboorte
 - 4, 5, 6, 11, 17, 18, 20, 22, 25, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 44, 53, 56, 57, 58, 63, 65
- praktijkvormen
 - 66
- Prechtl-score
 - 2, 22, 24
- prenatale zorg
 - 12, 49, 59, 74, 76, 78, 80, 82, 83, 84, 86, 88
- preventie
 - 75, 89
- registratiesystemen
 - 1, 2, 11, 20, 27, 89, 92, 93
- religie
 - 87
- risicofactoren
 - 8, 36, 59, 67, 74,
- risicogroepen
 - 56, 57, 67, 76, 78, 85, 86, 88
- rookgedrag

selectiesystemen

8, 10, 13, 60, 67, 70

specialisme van behandelende
arts

19, 21, 38, 45, 61, 69, 71,
72, 73,

systemen van verloskundige zorg,
Denemarken

62

systemen van verloskundige zorg,
Europa

54

systemen van verloskundige zorg,
Finland

48

systemen van verloskundige zorg,
Groot-Brittannië

37

systemen van verloskundige zorg,
Nederland

1, 2, 3, 6, 22, 28, 34, 36,
62,

systemen van verloskundige zorg,
Noorwegen,

52

systemen van verloskundige zorg,
Zweden,

1

thuisbevallingen

3, 4, 12, 13, 14, 15, 16,
25, 38, 39, 87

verloskundigen

12, 13, 21, 22

verwijzen

12, 14, 15, 17, 44, 62, 67,
70

voorlichting

77, 79, 82

ziekenhuisbevallingen

25, 34, 35, 47

Verklaring van bibliotheekcodes

cbs:

Bibliotheek Centraal Bureau voor de Statistiek
Prinses Beatrixlaan 428
Postbus 959
2270 AZ Voorburg
tel.: 070- 69 43 41

eur:

Bibliotheek Erasmusuniversiteit Rotterdam
Medische bibliotheek
Dr. Molewaterplein 50
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
tel.: 010-40 87 780

kht:

Bibliotheek Katholieke Universiteit Brabant
Prof. Verbernelaan, Gebouw A
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
tel.: 013- 66 21 24

kaw

Bibliotheek Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
Kloveniersburgwal 29
Postbus 19121
1000 GC Amsterdam
tel.: 020-22 29 02

kun:

Bibliotheek Katholieke Universiteit Nijmegen
Erasmuslaan 36
Postbus 9100
6500 HA Nijmegen
tel.: 080-51 24 40

lb:

Bibliotheek Landbouwhogeschool Wageningen
Gen. Foulkesweg 19
Postbus 9100
6700 HA Wageningen
tel.: 08370-84 44 0

nivel:

Bibliotheek NIVEL
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel.: 030-31 99 46

rug:

Bibliotheek Rijksuniversiteit Groningen
Broerstraat 4
Postbus 559
9700 AN Groningen
tel.: 050-63 50 00

rul:

Bibliotheek Rijksuniversiteit Leiden
Witte Singel 27
Postbus 9501
2300 RA Leiden
tel.: 071-27 28 01

sozaw:

Bibliotheek Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Anna Paulownastraat 38
Postbus 2080
2500 EV Den Haag
tel.: 070-71 59 11

the:

Bibliotheek Technische Hogeschool Eindhoven
Rachelsmolen 1
Postbus 347
5600 AH Eindhoven
tel.: 040-60 53 77

ua:

Bibliotheek Universiteit van Amsterdam
Singel 425
Postbus 19185
1000 GD Amsterdam
tel.: 020-52 59 111

wvc:

Bibliotheek Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Sir Winston Churchillaan 362
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
tel.: 070-94 92 33

vu:

Bibliotheek Vrije Universiteit
De Boelelaan 1105
Postbus 7161
1007 MC Amsterdam
tel.: 020-54 82 613

In deze serie zijn reeds verschenen:

Wijkverpleging/kruisvereniging. Samengesteld door R. Willemsen. Bibliografie; 1986, no. 1

Ouderen (I). Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie; 1986, no. 2

Ouderen (II). Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie; 1986, no. 3

Relatie eerste en tweede lijn. Samengesteld door R. Willemsen. Bibliografie; 1986, no. 4

De apotheker. Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie; 1986, no. 5

Alternatieve geneeswijzen. Samengesteld door A. van der Velde. Bibliografie; 1986, no. 6

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. Samengesteld door H. Kuljien. Bibliografie; 1986, no. 7

Communicatie (huis)arts-patiënt. Samengesteld door A.K. de Leeuw en A. Vos. Bibliografie; 1986, no. 8

Zelfzorg en mantelzorg. Samengesteld door F. Wieman. Bibliografie; 1986, no. 9

Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. Samengesteld door H. Kuljien. Bibliografie; 1986, no. 10

De fysiotherapeut. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie; 1986, no. 11

De Nederlandse verloskundige zorg. Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie; 1986, no. 12

Technology assessment. Samengesteld door P. van der Heijden. Bibliografie; 1987, no. 13

Life events. Samengesteld door F. Wleman. Bibliografie; 1987, no. 14

De diëtist. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie; 1987, no. 15

Logopedisten. Samengesteld door P. van der Heljden. Bibliografie; 1987, no. 16

Verzekeringstelsel en medische consumptie. Samengesteld door F. Wleman. Bibliografie; 1988, no. 17

Patiëntenrechten. Samengesteld door P. van der Heljden. Bibliografie; 1988, no. 18

Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. Samengesteld door F. Wleman. Bibliografie; 1988, no. 19

Wijkverpleging in het buitenland. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie; 1988, no. 20