

Perinatale zorg in Nederland anno 2020

Duiding door landelijke perinatale audit en registratie



Utrecht, 6 december 2021

Auteur: Perined

Tekst, tabellen en figuren: Lisa Broeders, Aimée E. van Dijk, Ageeth N. Rosman, Ger de Winter

De in deze publicatie opgenomen gegevens zijn door de samenstellers met de uiterste zorgvuldigheid verwerkt. Voor gegevens die desondanks onvolledig of onjuist mochten zijn, kan de samensteller in geen enkel opzicht aansprakelijk worden gesteld.

Perined kent een dynamische databank met naleveringen en aanpassingen, waardoor bij iedere nieuwe berekening ook de cijfers van voorgaande jaren herberekend worden. Dit kan kleine verschuivingen in de aantallen opleveren. Voor deze publicatie is gebruik gemaakt van data versie 1.14.

Het gebruik van de gegevens uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld zoals onder omschreven. Van de publicaties waarin gebruik wordt gemaakt van gegevens uit deze publicatie ontvangen wij graag een exemplaar.

Deze publicatie kan geciteerd worden als:

Perined, Perinatale zorg in Nederland anno 2020: duiding door landelijke perinatale audit en registratie, Utrecht 2021

Correspondentie: Info@perined.nl

Er is getracht dit document gemakkelijk in gebruik te maken door hyperlinks en verwijzingen in het document toe te voegen. Als een tekst [gekleurd en onderstreept](#) is, is doorklikken mogelijk.



Inhoud

| | |
|--|--------------------|
| Inleiding..... | 4 |
| Kernconclusies 2020..... | 5 |
| Kerncijfers 2020..... | 6 |
| Perinatale, foetale en neonatale sterfte | 8 |
| Perinatale problematiek..... | 10 |
| Zorgstromen | 11 |
| Geboortezorg in tijden van COVID-19 | 15 |
| Audits in tijden van COVID-19 | 18 |
| Dekkingsgraad perinatale registratie | 18 |
| Overige perinatale cijfers | 19 |
| Nader onderzoek..... | 19 |
| Tot slot..... | 20 |
| | |
| Figuren & tabellen | |
| Figuur 1 Sterfte kind vanaf zwangerschapsduur \geq 24 weken t/m 28 dagen na geboorte | 9 |
| Figuur 2 Zorgstromen voor nulliparae in 2020..... | 11 |
| Figuur 3 Zorgstromen voor multiparae in 2020 | 12 |
| Figuur 4 Percentage thuisbevallingen in 2020 per week | 16 |
| Figuur 5 Vroeggeboortes (24-37 weken) in 2020 per maand | 17 |
| | |
| Tabel 1 Trend aantal (dood- en levend) geboren kinderen en de dekking perinatale registratie ten opzichte van CBS/BRP in 2010-2020 | 19 |



Inleiding

Perined ondersteunt kwaliteitsverbetering in de geboortezorg door meten, bespreken en onderzoeken. Het **meten** doet Perined door middel van de perinatale registratie, waarin verloskundigen (LVR1), gynaecologen (LVR2) en kinderartsen/neonatologen (LNR) hun gegevens vastleggen. In perinatale audits **bespreken** zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg. Zorgverleners, wetenschappers en Perined-medewerkers **onderzoeken** resultaten van audit en registratie om tot aanbevelingen voor betere zorg te komen.

Audit en registratie

In 2020 hebben zorgverleners in totaal meer dan 300.000 records voor de perinatale registratie aangeleverd, die gekoppeld werden tot een record per kind, en hebben ondanks de coronamaatregelen 39 perinatale audits plaatsgevonden. Hiernaast heeft in het kader van NethOSS¹ een aparte meer gedetailleerde registratie plaats gevonden van zorggevallen waarbij sprake is van een COVID-19-infectie.

Audit en registratie hebben zo de gegevens geleverd voor een compleet beeld over de perinatale zorg in 2020.

Spiegelinformatie, kwaliteitsanalyses en onderzoek

De gegevens, aangeleverd voor de registratie en audit, leveren waardevolle informatie op voor de geboortezorg. De gegevens uit de perinatale registratie worden na verwerking door Perined aan de zorgverleners teruggekoppeld als kwaliteitsindicatoren en overige spiegelinformatie. Landelijke gegevens worden op peristat.nl gepubliceerd. Perined levert ook gegevens door aan andere partijen, zoals het CBS en waarstaatjegemeente.nl. Daarnaast faciliteert Perined wetenschappelijk onderzoek. In 2020 zijn hiertoe 38 gegevensaanvragen ingediend. Hiervan zijn, net als in andere jaren, de meeste aanvragen gericht op de organisatie van de zorg, sociale verloskunde en op inhoudelijke vragen ten aanzien van de verloskunde en neonatologie.

Het nu voorliggend duidingsdocument over de geboortezorg in 2020 bevat de volgende onderwerpen: kerncijfers, perinatale sterfte, thema's van perinatale audit, geboortezorg in tijden van COVID-19, perinatale problematiek, zorgstromen met plaats bevalling en de dekkinggraad van de perinatale registratie.

Alle perinatale cijfers over 2020 zijn beschikbaar via www.peristat.nl. Met deze interactieve tool kunnen zorgverleners en/of belangstellenden met behulp van een keuzemenu zelf tabellen en figuren samenstellen. Deze tool wordt regelmatig bijgewerkt.

¹ Netherlands Obstetric Surveillance System, een specifieke gegevensverzameling, onderdeel van Perined. In NethOSS worden met wisselende thema's in meer detail gegevens van zorggevallen vastgelegd.



Kernconclusies 2020

De Perined-cijfers laten – ondanks het coronajaar – geen grote veranderingen in de geboortezorg zien. De belangrijkste geboortezorg (uitkomst-)cijfers van 2020 zijn ongewijzigd t.o.v. eerdere jaren. Zo is onder andere, zoals in het hoofdstuk [Perinatale, foetale en neonatale sterfte](#) wordt aangegeven, de babysterfte nagenoeg gelijk gebleven. Uit dit gelijkblijvende beeld zijn een drietal belangrijke conclusies te trekken.

Verbeteracties blijven nodig

Eenzijds wordt onderstreept dat de noodzaak van extra inzet rondom verbeteracties onverminderd groot blijft. Dit gebeurt in de geboortezorg o.a. via de perinatale audit, met PDCA-cycli voor leren en verbeteren in de verloskundige samenwerkingsverbanden, alsmede door inzet op integrale samenwerking en op het versterken van integraal kwaliteitsbeleid. Hierin wordt het patiëntperspectief uitdrukkelijk meegenomen. Het versterken van de samenhang en communicatie tussen partijen in de geboortezorg, mede door gedegen uitwisseling/aanlevering van data door zorgverleners, met adequate ICT-ondersteuning, is voor deze verbeteracties in een sector met ketenzorg essentieel. De ambitie blijft immers het minimaliseren van vermijdbare babysterfte, het voorkomen van onnodige morbiditeit en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Verbinding met het sociale domein

Anderzijds valt in aansluiting op een RIVM-rapport van december 2020² te constateren dat in Nederland sprake is van een veranderende populatie en dat ook sociaaleconomische factoren een steeds grotere invloed hebben: factoren zoals lage gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid, taalachterstand, stress en armoede en een verslechterde leefstijl en gezondheid van de aanstaande ouders. Dit maakt het terugdringen van perinatale sterfte een maatschappelijk opgave, waarin de verbinding tussen geboortezorg en het sociaal domein en aandacht voor preventie en hulpverlening in het sociaal domein steeds belangrijker wordt om de vermijdbare babysterfte verder te kunnen minimaliseren.

Nader onderzoek

Tot slot is juist over dit verslagjaar nader onderzoek uitdrukkelijk gewenst om onder andere duidelijk te krijgen wat de exacte invloed van het coronajaar is geweest op de geboortezorg. Zo lijkt de uitbraak van COVID-19 op de totaalcijfers van 2020 geen invloed te hebben gehad. Aan dit nader onderzoek wordt gewerkt.

² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Beter Weten: Een Beter Begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap, 2020; bijlage bij Kamerstuk: Tweede Kamer, vergaderjaar 2020-2021, 32 279, nr. 206



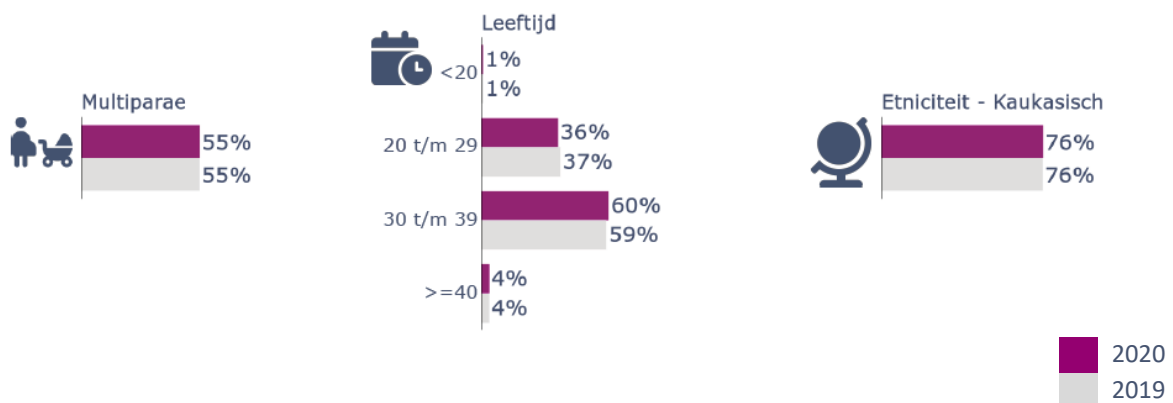
Kerncijfers 2020

In 2020 zijn 161.717 zwangeren bevallen en zijn er 164.264 kinderen geboren na een zwangerschap van minstens 24 weken



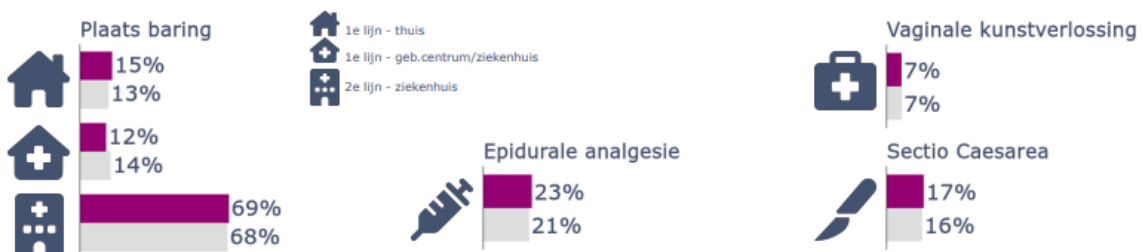
In vorige rapportages werd voor kerncijfers veelal uitgegaan van een zwangerschap van minstens 22 weken, of indien zwangerschapsduur onbekend, een geboortegewicht vanaf 500 gram. Hiermee werd een definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)³ gevolgd, die onderlinge vergelijking tussen landen mogelijk maakt. Echter, door de grote kans op een negatieve uitkomst bij 22- en 23-wekers, gaf deze definitie in de algemene tabellen vaak een vertekend beeld. Zo vindt een derde van alle perinatale sterfte plaats bij een zwangerschapsduur tot 24 weken. Vandaar dat nu voor presentatie vanaf 24 weken is gekozen. Wanneer de zwangerschapsduur onbekend is, wordt nog wel een geboortegewicht van minstens 500 gram als selectiecriteria aangehouden.

Karakteristieken zwangeren



In de karakteristieken van de zwangeren die in 2020 bevallen, is ten opzichte van 2019 weinig veranderd: een minimale verschuiving in de leeftijdsopbouw, maar geen verschil in de globale verdeling over etniciteit of in de verhouding zwangeren die een eerste kind kregen (nulliparae) of al eerder bevallen waren (multiparae).

Baring



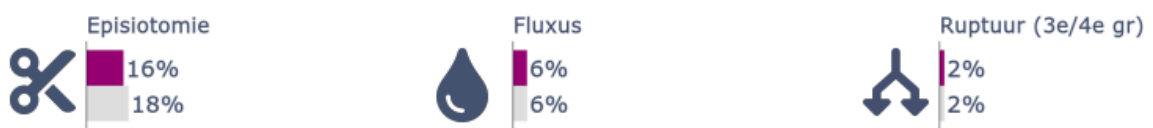
³ World Health Organization, ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Volume 2 Instruction manual, 2010



Begeleiding van zwangerschap en geboorte vindt in Nederland plaats in de 1e lijn door eerstelijns verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, in de 2e lijn door gynaecologen en klinisch verloskundigen. Van de bevallingen vond in 2020 27% (2019: 27%) in de 1e lijn plaats, onder verantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundige of huisarts. Deze bevallingen vonden plaats in de thuissituatie (15%) of geboortecentrum/poliklinisch (12%). Het percentage bevallingen in de 2e lijn, onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog, bedroeg in 2020 69% (2019: 68%)⁴. In het hoofdstuk Zorgstromen wordt nader ingegaan op de verwijzingen tijdens zwangerschap en baring, en in het hoofdstuk Geboortezorg in tijden van COVID-19 wordt nader op de ontwikkeling van de thuisbevalling in 2020 ingegaan.

Bij 23% (2019: 21%) van de bevallingen kreeg de barende een ruggenprik tijdens de ontsluiting ten behoeve van pijnbestrijding. Bij 17% (2019: 16%) is een keizersnede verricht.

Uitkomsten vrouw



Bij 16% (2019: 18%) van de bevallingen kreeg de barende een episiotomie: ze werd ingeknipt. Het percentage ernstige bloedingen (fluxus) en derde-/vierdegraads rupturen is gelijk gebleven.

Hoe de vrouwen de zorg hebben ervaren, wordt vanaf 2023 uitgevraagd door middel van een gevalideerde landelijke PREM-vragenlijst (Patient Reported Experience Measure).

Uitkomsten kinderen

Van de kinderen in 2020 is 5,1‰ (2019: 5,0‰) overleden in de periode zwangerschap-vanaf-24-weeken-tot-en-met-28-dagen-na-de-geboorte. Op de volgende pagina's wordt nader op de perinatale sterfte en overige perinatale problematiek ingegaan.

⁴ Van 3,9% van de baringen in 2020 in de registratie is de plaats van de baring onbekend (2019: 4,2%)



Perinatale, foetale en neonatale sterfte

Sterfte tijdens de zwangerschap, bevalling en in de eerste periode na de geboorte (perinatale sterfte) is een belangrijke indicator van zowel de gezondheid van zwangere vrouwen en hun baby's, als van de kwaliteit van de zorgverlening tijdens de zwangerschap en bevalling. Sterfte rond de geboorte wordt onderverdeeld in foetale sterfte (sterfte vóór of tijdens de geboorte) en neonatale sterfte (sterfte na de geboorte). Neonatale sterfte is op te splitsen in vroeg- (1 tot en met 7 dagen na de geboorte/1^e week) en laat- (8 tot en met 28 dagen na de geboorte/2^e-4^e week) neonatale sterfte. Perinatale sterfte is de som van de foetale en neonatale sterfte.

Perinatale sterfte vanaf 24 weken tot en met 28 dagen postpartum

De hoogte van het foetaal, neonataal en perinataal sterftcijfer hangt nauw samen met de zwangerschapsduur. Zo verschilt de perinatale sterfte wanneer deze wordt berekend vanaf 22+0, 24+0 of 28+0 weken. Bij de vergelijking van perinatale sterfte is het daarom belangrijk te weten vanaf welke zwangerschapsduur wordt gerekend én welke periode na de bevalling in de cijfers wordt meegenomen. Perined berekent al lange tijd het perinataal sterftcijfer en heeft hierbij altijd gekeken naar de perinatale sterfte vanaf 22+0 weken zwangerschapsduur, omdat de sterfte vanaf deze zwangerschapsduur internationaal wordt vergeleken.

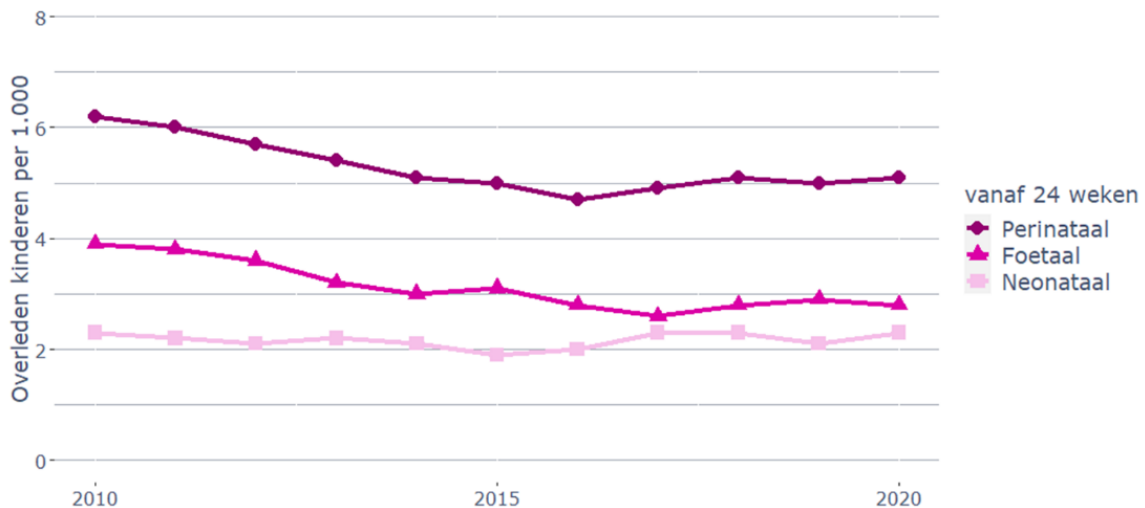
Het perinataal sterftcijfer vanaf 24+0 weken zegt echter meer over de kwaliteit van zorg dan het perinataal sterftcijfer vanaf 22+0 weken. Dit komt mede doordat zwangerschapsafbrekingen (Termination of Pregnancy, ToP) nog niet uit de registratie gehaald kunnen worden en daardoor met name het sterftcijfer na een zwangerschapsduur van 22+0 tot en met 23+6 weken een vertekend beeld geeft.

Hiernaast is voor het perinataal sterftcijfer van belang welke neonatale periode wordt meegerekend: tot en met 7 dagen post partum (na de geboorte) óf tot en met 28 dagen post partum. Evenals vorige jaren gaan we in deze rapportage voor de neonatale sterfte uit van de periode tot en met 28 dagen post partum. Ook hierbij is een kanttekening te maken: zo wordt veelal de laat-neonatale sterfte alleen vastgelegd door kinderartsen die meedoen aan de landelijke neonatale registratie (LNR). Deze registratie heeft helaas geen volledig landelijke dekking⁵.

In figuur 1 is de trend van de perinatale, foetale en neonatale sterfte vanaf 24+0 weken zwangerschapsduur tot en met 28 dagen post partum weergegeven. De laatste zeven jaar is er een stagnatie te zien in de daling van de sterftcijfers. De cijfers fluctueren wel per jaar, maar dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door statistische variatie.

⁵ Naast de niet-volledige deelname van de neonatologische afdelingen in algemene ziekenhuizen overlijden er ook kinderen jonger dan 28 dagen op een Pediatrische Intensive Care Unit (PICU), waarvan een deel mogelijk niet in Perined geregistreerd wordt. Mocht uit specifieke analyses blijken dat de onderregistratie in de periode van 8 tot en met 28 dagen dermate omvangrijk is dat geen compleet kan worden gegeven, zal overgestapt worden op vermelding van de perinatale sterfte tot en met 7 dagen. De sterfte in deze periode wordt namelijk ook in de registratie van de eerste- en tweedelijns verloskunde vastgelegd.





| | | |
|--|---|---|
| <p>2,8/1000</p> <p>tijdens zwangerschap of bevalling <i>foetaal</i></p> | <p>2,3/1000</p> <p>t/m 28 dagen na geboorte <i>neonataal</i></p> | <p>5,1/1000</p> <p>perinatale sterfte <i>foetaal + neonataal</i></p> |
|--|---|---|

Figuur 1 Sterfte kind vanaf zwangerschapsduur ≥ 24 weken t/m 28 dagen na geboorte

Van alle kinderen die in 2020 vanaf een zwangerschapsduur van 24+0 weken zijn geboren, zijn er 5,1 per 1.000 rond de geboorte overleden (vóór, tijdens of in de eerste 28 dagen na de geboorte), in 2019 was dit 5,0 per 1.000 geboren kinderen. De foetale sterfte bedroeg 2,8 per 1.000 (in 2019: 2,9 per 1.000) en de vroeg neonatale sterfte 2,3 per 1.000 (in 2019: 2,1 per 1.000).

Naar aanleiding van de stagnatie in het perinataal sterftecijfer had het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2020 een onderzoek uitgezet bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) met de vraag waarom de perinatale sterfte niet langer daalt zoals tot het jaar 2016 het geval was. Het RIVM heeft naar de relatie tussen verschillende zorgfactoren en perinatale sterfte vanaf 24+0 weken gekeken. In aansluiting op dit onderzoek van het RIVM uit december 2020⁶ valt te constateren dat in Nederland sprake is van een veranderende populatie en dat ook sociaaleconomische factoren een steeds grotere invloed hebben. Factoren zoals lage gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid, taalachterstand, stress en armoede en een verslechterde leefstijl en gezondheid van de aanstaande ouders. Dit maakt het terugdringen van perinatale sterfte een maatschappelijk opgave, waarin de verbinding tussen geboortezorg en het sociaal domein en aandacht voor preventie en hulpverlening in het sociaal domein steeds belangrijker wordt om de vermijdbare babysterfte verder te kunnen minimaliseren.

⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Beter Weten: Een Beter Begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap, 2020; bijlage bij Kamerstuk: Tweede Kamer, vergaderjaar 2020-2021, 32 279, nr. 206



Perinatale problematiek

Big 4

Vier aandoeningen die sterk samenhangen met perinatale sterfte zijn vroeggeboorte (geboren na een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken; prematuriteit), Small for Gestational Age (SGA, ofwel te klein voor de duur van de zwangerschap, Hoftiezer gewichtspercentiel <p10), Apgarscore <7 na 5 minuten na de geboorte en ernstige congenitale afwijkingen⁷. Deze vier aandoeningen samen worden ook wel de *BIG 4* genoemd.

In 2020 werd 17% van de kinderen geboren met minstens één van de BIG 4 aandoeningen, vanaf 24+0 weken zwangerschap. Dit is vergelijkbaar met 2019 en de jaren daar voor. Van de BIG 4 aandoeningen kwam SGA het vaakst voor in 2020: bij 10% van de kinderen. Hierop volgt vroeggeboorte, met 7%.



In de alinea [Vroeggeboorte tijdens corona](#) wordt apart aandacht besteed aan de vraag of er een relatie is tussen vroeggeboorte/prematuriteit en de COVID 19-pandemie.

⁷ Vanwege een herziene registratie van de congenitale afwijkingen door kinderartsen vanaf 2018, is het nu slechts mogelijk om naar ernstige en letale congenitale afwijkingen te kijken. Omdat door het meenemen van alle congenitale afwijkingen voor de berekening van de BIG4 onterecht het beeld zou ontstaan dat het aantal congenitale afwijkingen ten opzichte van eerdere jaren zou zijn afgenomen, worden voor de berekening van de BIG4 alleen de ernstige en letale congenitale afwijkingen meegenomen.

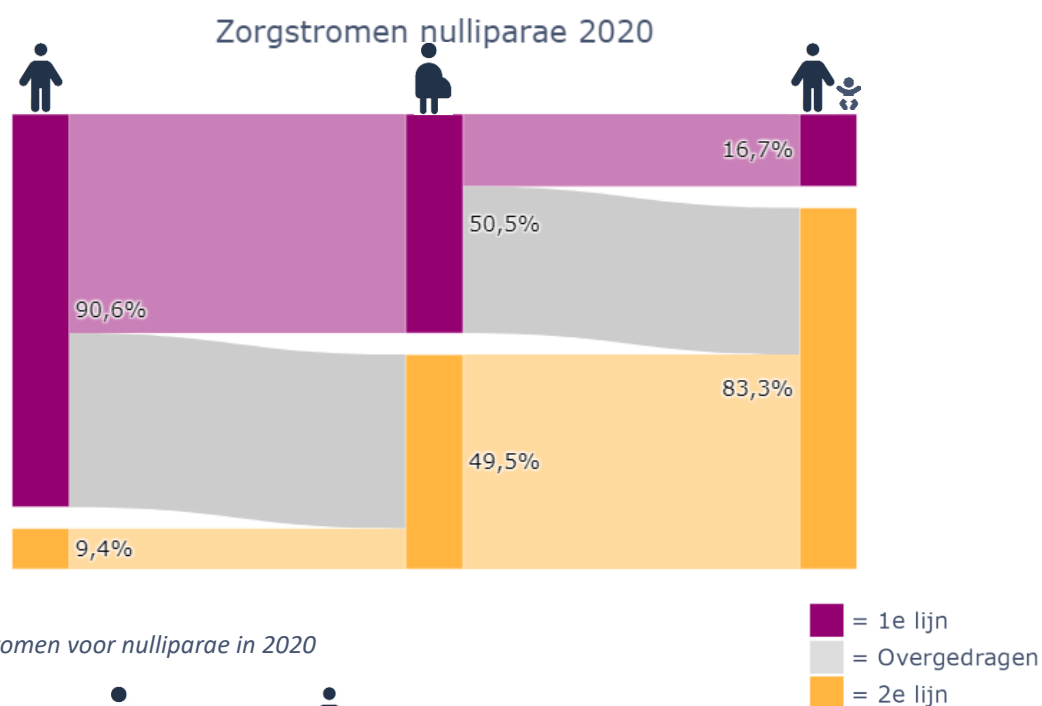


Zorgstromen

Het overgrote deel van de zwangeren in Nederland start de zorg in de eerste lijn. Bij bekende medische indicaties, zoals diabetes mellitus type I, epilepsie of een andere reeds bekende anamnestiche risicofactor, is de zwangere vanaf het begin van de zwangerschap in zorg bij de tweede lijn of wordt de zorg direct na intake in de eerste lijn overgedragen naar de tweede lijn. Als er tijdens de zwangerschap of tijdens de baring risicofactoren naar voren komen waardoor de zwangere extra medische zorg nodig heeft, wordt de zorg op dat moment overgedragen naar de tweede lijn. Groeivertraging van het kind en hypertensieve aandoeningen van de zwangere zijn voorbeelden van indicaties voor extra medische zorg tijdens de zwangerschap. Tijdens de baring zijn dit bijvoorbeeld langdurig gebroken vliezen of de wens voor pijnbestrijding.

Zorgstromen bij nulliparae

Aan het begin van de zwangerschap was het grootste gedeelte van de nulliparae in 2020 in de eerste lijn in zorg (90,6%). Negen procent van de zwangeren had een indicatie, waardoor deze groep direct aan het begin van de zwangerschap in de tweede lijn in zorg was (figuur 2).



Figuur 2 Zorgstromen voor nulliparae in 2020

 *Begin zwangerschap*,  *Begin baring &*  *Einde baring*

NB1. Er zijn alleen casus meegenomen met een kind geboren bij een zwangerschapsduur vanaf 24 weken (en indien onbekend een geboortegewicht vanaf 500 gram).

NB2. Er zijn alleen casus meegenomen waarvoor op alle drie de momenten de verantwoordelijkheid van de zorg (1^e of 2^e lijn) bekend was (aantal niet meegenomen nulliparae = 2.521 (3,5%)).

Zwangerschap

Van de nulliparae die de zwangerschap startten in de eerste lijn, was 50,5% bij start van de baring nog in zorg bij de eerste lijn. Dit betekent dat 44,3% van deze nulliparae zwangeren tijdens de zwangerschap werd overgedragen naar de tweede lijn. In 2020 waren de meest voorkomende redenen van overdracht tijdens de zwangerschap serotiniteit (11,5%) en hypertensieve aandoeningen (11,0%). Andere veel voorkomende redenen voor overdracht in de zwangerschap waren liggingsafwijkingen

inclusief stuitligging (6,2%), groeivertraging (5,4%), minder leven voelen (5,3%), diabetes (verschillende types) (4,8%), (dreigende) vroeggeboorte (3,2%) en positieve discongruentie (3,0%).

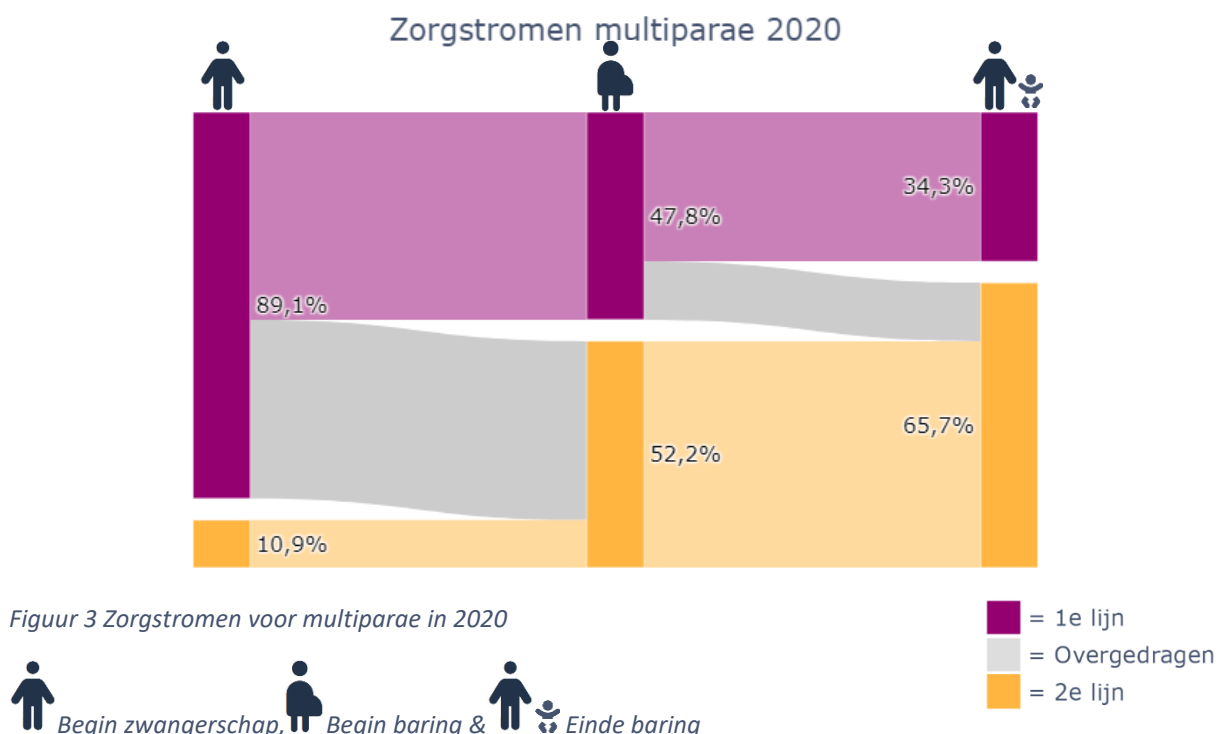
Baring

Van de nulliparae die aan het begin van de baring bij de eerste lijn in zorg waren, bleef 33,1% ook tijdens de baring onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn. Dit betekent dat 66,9% van de zwangeren die bij start van de baring onder eerstelijnszorg vielen, tijdens de baring zijn overgedragen naar de tweede lijn. De veruit meest voorkomende reden van overdracht was de wens voor pijnbestrijding (28,3%). Andere veel voorkomende redenen voor overdracht tijdens de baring waren meconiumhoudend vruchtwater (15,7%), niet-vorderende ontsluiting (12,8%), niet-vorderende uitdrijving (9,3%) en gebroken vliezen zonder weeën (8,9%). Dit zijn niet-urgente redenen waarbij er tijd is om de zwangere naar het ziekenhuis te vervoeren, meestal met eigen vervoer. Urgente redenen voor verwijzingen tijdens de baring zijn bloedverlies tijdens de baring, foetale nood, vasa praevia (foetale bloedvaten liggen voor de geboorte-uitgang) of abruptio placentae (placentaloslating). Dit kwam in 2020 voor bij 2,7% van de durante partu overgedragen nulliparae.

Van alle nulliparae is uiteindelijk 16,7% bevallen onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn. Het merendeel beviel onder begeleiding van de tweede lijn (83,3%).

Zorgstromen bij multiparae

Bij multiparae zagen de zorgstromen er gedeeltelijk anders uit dan bij de nulliparae. Een vergelijkbaar percentage van de zwangeren was aan het begin van de zwangerschap in de eerste lijn in zorg (89,1%). Van alle multiparae was 10,9% aan het begin van de zwangerschap in de tweede lijn in zorg (figuur 3).



Figuur 3 Zorgstromen voor multiparae in 2020

NB1. Er zijn alleen casus meegenomen met een kind geboren bij een zwangerschapsduur vanaf 24 weken (en indien onbekend een geboortegewicht vanaf 500 gram).

NB2. Er zijn alleen casus meegenomen waarvoor op alle drie de momenten de verantwoordelijkheid van de zorg (1e of 2e lijn) bekend was (aantal niet meegenomen multiparae = 3.504 (3,9%)).



Zwangerschap

Van de multiparae die de zwangerschap startten in de eerste lijn was 47,8% nog in zorg bij de eerste lijn bij start van de baring. Dit betekent dat 46,3% van deze multiparae tijdens de zwangerschap werd overgedragen naar de tweede lijn. Het percentage overdrachten is daarmee iets hoger dan bij de nulliparae (44,3%). Het grootste aantal verwijzingen in de zwangerschap was vanwege een sectio in de anamnese (20,6%). Dit betreft een primair medische indicatie waarover op lokaal niveau afspraken zijn gemaakt over het moment van overdracht. In vergelijking met de verwijzingen bij nulliparae waren er *minder* verwijzingen voor serotiniteit (6,2% vs. 11,0%), iets *meer* voor diabetes (5,6% vs. 4,8%), *minder* voor hypertensieve aandoeningen (4,1% vs. 11,0%), groeivertraging (3,5% vs. 5,4%) en minder leven voelen (3,2% vs. 5,3%), gelijke of vergelijkbare percentages voor positieve discongruentie (beide 3,0%) en meerlingzwangerschappen (2,4% vs. 1,9%), en *minder* verwijzingen voor liggingsafwijkingen (2,3% vs. 6,2%).

Baring

Het percentage overdrachten tijdens de baring was bij multiparae substantieel lager dan bij nulliparae (28,2% vs. 66,9%). Bij multiparae waren de meest voorkomende redenen van overdracht meconiumhoudend vruchtwater (22,7%) en de wens voor pijnbestrijding (19,7%). Daarnaast vond overdracht durante partu bij multiparae plaats in verband met niet-vorderende ontsluiting (9,8%), gebroken vliezen zonder weeën (9,8%), niet-vorderende uitdrijving (4,9%) of retentio placentae (vastzittende placenta, 3,6%). In 2020 was het percentage urgente verwijzingen bij multiparae 3,5%.

In vergelijking met nulliparae worden bij multiparae als reden voor overdracht tijdens de baring *minder* vaak de wens voor pijnbestrijding, niet-vorderende ontsluiting of uitdrijving, maar *vaker* meconiumhoudend vruchtwater of retentio placentae (vastzittende placenta) gerapporteerd. Gebroken vliezen zonder weeën komen *iets* vaker voor bij de multiparae dan bij de nulliparae.

Van alle multiparae is uiteindelijk 34,3% onder begeleiding van de eerste lijn bevallen en 65,7% onder begeleiding van de tweede lijn. Van de groep multiparae die bij aanvang van de baring onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn vielen, eindigde 71,8% van de baringen ook in de eerste lijn. In vergelijking met nulliparae bevielen er meer multiparae onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn (34,3% vs. 16,7%).

Registratie van verwijsredenen

Lagere prevalenties van verwijsredenen zouden het gevolg kunnen zijn van beperkte registratie: wanneer in het zorgdossier één reden van verwijzing wordt vastgelegd, terwijl er meerdere redenen tegelijkertijd spelen, leidt dit onderregistratie. In het geval van multiparae zou bijvoorbeeld de sectio in de anamnese als verwijsreden de andere verwijsredenen als het ware kunnen verdrücken.

Het kraambed

Voor een compleet beeld van de perinatale zorgstromen moet ook gekeken worden naar de zorgverlening gedurende de kraamperiode. Echter is dat in de huidige perinatale registratie maar beperkt mogelijk. In de toekomst zal dit uitdrukkelijk verbeteren. Daarnaast wordt gewerkt aan opname van door kraamverzorgenden vastgelegde gegevens in de registratie.

Eindverantwoordelijke in de kraamperiode

In de perinatale registratie wordt de perinatale tijd in acht periodes opgedeeld, en per periode vastgelegd welke zorginstelling, en dientengevolge welke lijn, de eindverantwoordelijke was. De periodes zijn:

- start/intake zwangerschapszorg



- zwangerschap vervolg
- start baring/ontsluiting
- uitdrijving
- nageboortetijdperk
- 1^e 24 uur postpartum
- 2e - 7e dag postpartum
- follow-up eerste 6 weken postpartum

De vulling van deze variabele (*Eindverantwoordelijke in welke periode*) varieert echter sterk. Dit is het gevolg van het in gebruik zijn van verschillende datasetspecificaties en de verschillende wijzen waarop dit item is ingebouwd en gevuld wordt vanuit de diverse softwaresystemen in de zorginstellingen. Het gevolg is dat uit de gekoppelde registraties de eindverantwoordelijkheid met name in de eerste periodes wel goed te bepalen is, evenals de overdrachten van de eerste naar de tweede lijn. Echter valt niet goed te onderscheiden wanneer er sprake is van terug-verwijzingen naar de eerste lijn. Hierdoor valt uit de registratie nog geen volledig beeld te geven van de verdeling van eindverantwoordelijkheid tijdens bijvoorbeeld de 2^e-7^e dag postpartum.



Geboortezorg in tijden van COVID-19

De invloed van corona op jaarbasis lijkt gering. De geboortezorg heeft alles op alles gezet om de zorg toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig te houden. Wel zijn gevolgen te zien voor 'plaats baring' en is er de vraag naar onder andere het aantal vroeggeboorten.

Plaats baring tijdens corona

Heeft angst van de zwangeren voor het coronavirus in ziekenhuizen invloed gehad op de plaats van bevalling? Deze vraag is het afgelopen jaar vaker naar voren gekomen. Nu de cijfers over het gehele jaar 2020 bekend zijn, blikken we terug.

In maart 2020 heeft het kabinet de eerste algemene maatregelen bekend gemaakt om het coronavirus te bestrijden; zoals handen wassen en 1,5 meter afstand houden. Aangezien de besmettingen op bleven lopen, ging Nederland halverwege de maand in gedeeltelijke lockdown en sloten horeca, scholen en kinderopvang.

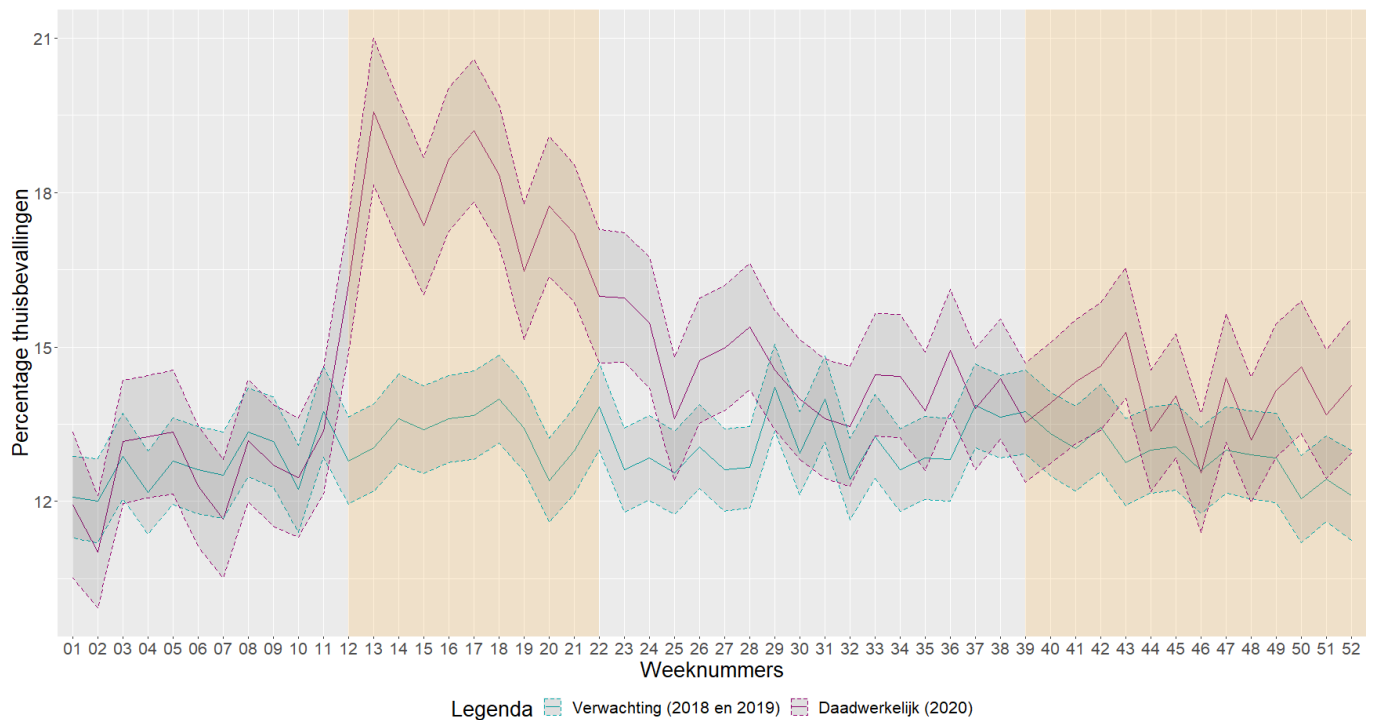
Zwangeren die in zorg zijn in de eerste lijn kunnen tijdens hun zwangerschap hun voorkeur uitspreken voor de plaats van de baring (thuis, geboortecentrum of poliklinisch). Dit geldt niet voor vrouwen met een zogenoemde plaatsindicatie, waardoor vrouwen bij de start van de baring overgedragen moeten worden naar de tweede lijn. Omdat vrouwen tot het moment van bevalling kunnen kiezen wat de gewenste plaats van de bevalling is of wordt, wordt hun voorkeur niet altijd vastgelegd.

In totaal was het percentage thuisbevallingen in 2020 14,9%. In 2019 was dit percentage lager, namelijk 13,2%. Het percentage eerstelijnsbevallingen in een ziekenhuis (geboortecentrum of poliklinisch) lag in 2020 op 12,1, in 2019 was dit 14,2%. De tweedelijnsbevalling (met een indicatie bevallen in een ziekenhuis) is van 68,4% in 2019 naar 69,1% in 2020 gegaan.

In figuur 4 refereren de oranje vlakken naar de periodes in 2020 dat Nederland een gedeeltelijke lockdown kende. De paarse lijn geeft het percentage thuisbevallingen per week weer in 2020. De blauwe lijn geeft het gemiddelde percentage thuisbevallingen weer over voorgaande jaren. Dit is het percentage thuisbevallingen wat we zouden verwachten, op basis van voorgaande jaren, wanneer er geen corona geweest zou zijn. De stippellijn/lichtgrijs gebied geeft voor beide percentages het betrouwbaarheidsinterval weer. Wanneer de betrouwbaarheidsintervallen elkaar overlappen (weergegeven in donkergrijs) zit er geen significant verschil in het percentage thuisbevallingen in 2020 in vergelijking met de twee jaren ervoor.

Tijdens de eerste lockdown in maart zien we significant meer thuisbevallingen in vergelijking met de jaren ervoor. Dit verschil vlakt echter halverwege het jaar uit. Het percentage thuisbevallingen blijft hoger, maar het verschil is niet meer significant, ook niet na de aangescherpte corona-maatregelen die eind september opnieuw ingingen.



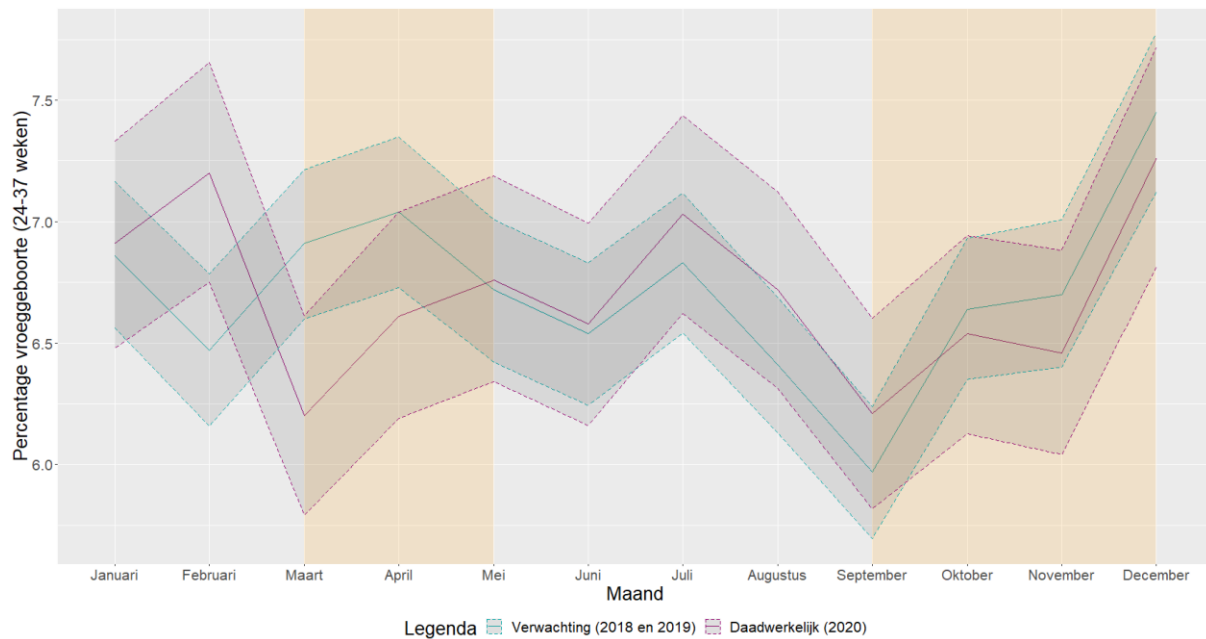


Figuur 4 Percentage thuisbevallingen in 2020 per week

Welke invloed deze tijdelijke verschuiving van de plaats van bevalling heeft op de geboorte-uitkomsten, wordt onderzocht binnen het covid-consortium. Hierin zijn verschillende partijen betrokken; zowel zorgverleners als onderzoekers. Op deze manier wordt de impact van de coronapandemie op de geboortezorg en geboorte uitkomsten in een breder verband met elkaar opgepakt.

Vroeggeboorte tijdens corona

Het percentage baby's dat vóór 37 weken zwangerschapsduur ter wereld kwam in 2020 was, net als het voorgaande jaar, 6,7%. In figuur 5 zien we dat in maart, bij de eerste lockdown, het aantal vroeggeboortes lager ligt dan verwacht. Dit verschil is echter niet statistisch significant. Na afloop van deze eerste lockdown laat het percentage vroeggeboortes een vergelijkbare trend zien als dat we op basis van voorgaande jaren zouden verwachten.



Figuur 5 Vroeggeboortes (24-37 weken) in 2020 per maand

Zwangeren met een COVID-19 infectie

Zoals in de inleiding aangegeven worden via NethOSS zorggevallen vastgelegd waarbij sprake is van een COVID-19 infectie. Nader onderzoek vindt nog plaats, maar een eerste artikel is reeds verschenen⁸. Hierin wordt onder andere beschreven dat zwangeren met een COVID-19 infectie een grotere kans hebben op een ziekenhuisopname (vergeleken met niet-zwangere vrouwen met COVID-19). Mede op grond van deze informatie hebben de beroepsverenigingen KNOV en NVOG in juli 2021 het advies aan zwangeren *in alle stadia* van de zwangerschap uitgegeven om zich tegen COVID-19 te laten vaccineren met een mRNA-vaccin.

⁸ Overtoom et al, SARS-CoV-2 infection in pregnancy during the first wave of COVID-19 in the Netherlands: a prospective nationwide population-based cohort study (NethOSS), BJOG 2021 Sep 8



Audits in tijden van COVID-19

Nederland kent een landelijk systeem van perinatale audits. Perinatale audits zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorgverlening in de geboortezorg te verbeteren. De perinatale audit in Nederland is gebaseerd op thema's die driejaarlijks veranderen. Sinds 2019 zijn er naast de landelijke thema's voor een auditbespreking (à terme sterfte en perinatale asfyxie) ook regionale thema's: een vroeg-neonatale infectie, ernstig bloedverlies bij de moeder na de bevalling en/of een baarmoederverwijdering na de geboorte en de code rood keizersnede. Tijdens een perinatale audit bespreken zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg. Tijdens de auditbijeenkomst wordt gekeken waar en zo ja, waarom of waardoor de verleende zorg afweek van zorg volgens richtlijnen, standaarden of protocollen. Er wordt besproken of er verbeterpunten zijn die leiden tot aanbevelingen of verbeterplannen. Om de implementatie van deze plannen te verbeteren, is de ACTION-methodiek ontwikkeld⁹. In 2020 werden in studieverband in veertien Verloskundige Samenwerkingsverbanden multidisciplinaire ACTIONteams gevormd die de ACTION-implementatiemethodiek onder begeleiding leerden toepassen.

Als gevolg van de coronamaatregelen zijn fysieke bijeenkomsten omgezet in online perinatale auditbijeenkomsten. In 2020 werden 39 bijeenkomsten georganiseerd. Om deze bijeenkomsten volgens de regels van een perinatale audit te kunnen laten plaatsvinden, werden er vooraf regels opgesteld om de veiligheid van een perinatale auditbijeenkomst te waarborgen. Ook zijn er online trainingen gegeven door Perined om de veiligheid en vaardigheden omtrent een online audit te verbeteren.

Dekkingsgraad perinatale registratie

Het CBS legt gegevens vast over kinderen van wie de geboorte en het eventuele overlijden is aangegeven bij de burgerlijke stand. Sinds 1950 gebeurt dit voor kinderen geboren na een zwangerschapsduur vanaf 24 weken¹⁰ (Centraal Bureau Statistiek, 2021). Dat maakt een vergelijking mogelijk tussen de gegevens van het CBS en Perined.

De dekkingsgraad van het aantal geboren kinderen in de perinatale registratie is 97% ten opzichte van het aantal in de registratie van het CBS. Dit percentage is in lijn met voorgaande jaren ([Tabel 1](#)).

Dat de registraties niet 100% overeenkomen wordt ten dele verklaard door verschillen in de manier van registratie: waar het CBS gegevens vastlegt van kinderen van wie de moeder is ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP), registreert Perined gegevens van alle kinderen van moeders die in Nederland in zorg zijn geweest, ongeacht hun juridische status.

⁹ zie: www.actiontoolkit.nl

¹⁰ CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek, StatLine (opendata.cbs.nl), september 2021



Tabel 1 Trend aantal (dood- en levend) geboren kinderen en de dekking perinatale registratie ten opzichte van CBS/BRP in 2010-2020

| jaar | aantal geboren kinderen \geq 24.0 wk | | |
|------|--|---------|---------------|
| | perinatale registratie* | CBS** | dekkingsgraad |
| 2010 | 176.959 | 185.045 | 96% |
| 2011 | 174.988 | 180.680 | 97% |
| 2012 | 172.176 | 176.553 | 98% |
| 2013 | 167.422 | 171.851 | 97% |
| 2014 | 171.109 | 175.668 | 97% |
| 2015 | 166.139 | 171.010 | 97% |
| 2016 | 169.048 | 173.013 | 98% |
| 2017 | 165.700 | 170.318 | 97% |
| 2018 | 161.888 | 169.031 | 96% |
| 2019 | 163.794 | 170.192 | 96% |
| 2020 | 164.264 | 169.157 | 97% |

* inclusief kinderen geboren bij een onbekende zwangerschapsduur, met een geboortegewicht van ten minste 500 g

** CBS= Centraal Bureau van de Statistiek, BRP= Basis Registratie Personen (bron=STATLINE), september 2021:
som van alle levendgeboren kinderen (ongeacht de zwangerschapsduur) en doodgeboren kinderen \geq 24 weken

Overige perinatale cijfers

Alle perinatale cijfers van 2011 t/m 2020 zijn beschikbaar via www.peristat.nl. Met deze interactieve tool kan men met behulp van een keuzemenu zelf tabellen samenstellen en trends bekijken.

Nader onderzoek

Eén van de onderzoeksterreinen is de ‘plaats baring’. Eerder in dit document is reeds melding gemaakt van het gestegen aantal thuisbevallingen tijdens de eerste lockdown, terwijl bij de tweede lockdown weer het gebruikelijke beeld ontstond, alsmede van het feit dat in de landelijke Perined jaarcijfers er geen effect van de pandemie lijkt op het aantal vroeggeboorten. Verder loopt onderzoek naar de via NethOSS vastgelegde zorggevallen waarbij sprake is van een COVID-19 infectie. Hiernaast wordt onderzoek gedaan naar het dalend aantal epi's bij een stijgend aantal eerste-/tweedegraads rupturen, de ontwikkelingen binnen de pijnbestrijding, alsmede het aantal kinderen geboren met perinatale asfyxie (zuurstoftekort). Tot slot – het is al bij de melding van het RIVM-rapport uit december 2020 aangegeven – is het van groot belang dat nader onderzoek plaatsvindt naar de gesignaleerde verbanden met sociaal-economische factoren en de veranderende populatie in Nederland wat betreft leefstijl en gezondheid. In dat kader loopt er een breed onderzoek samen met het sociale domein naar ‘de eerste 1000 dagen’. De eerste 1000 dagen van een kind – van preconceptie tot twee jaar na geboorte – zijn cruciaal voor diens ontwikkeling, gezondheid en welzijn gedurende het leven.



Tot slot

Dankzij de inzet van vele betrokkenen zijn de gegevens uit audit en registratie over verslagjaar 2020 verwerkt, waardoor onder andere dit duidingsdocument tot stand kon komen. Als betrokkenen zijn in de eerste plaats de zwangeren en hun kinderen te noemen, wiens gegevens verwerkt mochten worden. Verder uiteraard de zorgverleners in de geboortezorg, die al vele jaren hun gegevens beschikbaar stellen voor spiegelinformatie, kwaliteitsanalyses en onderzoek. Hiernaast zou de verwerking van deze gegevens niet plaats kunnen vinden zonder de (financiële) bijdrage van het Ministerie van VWS. Voor de verwerking zelf en de daarmee verbonden analyses en duiding is de inbreng van softwareleveranciers, Perined-medewerkers en onderzoekers onmisbaar.

Hoe gaat het nu verder met deze dataverwerking? Vanaf 2022 zal er geen jaarlijkse cyclus van aanlevering, verwerking, duiding en gebruik van data plaatsvinden. Er wordt gewerkt aan snellere databeschikbaarheid, maar dit is erg afhankelijk van aanlevering. Gegevens over 2021 en 2022 zullen in ieder geval binnen een halfjaar na afloop van dat jaar beschikbaar zijn. Het streven is voor de openbare informatie – via peristat.nl – over te gaan op een kwartaalcyclus, met ieder kwartaal de meest actuele informatie. Uiteraard zal er hiernaast regelmatig een rapport verschijnen.

We hopen dat we ook met deze uitgave een bijdrage hebben kunnen leveren aan de ondersteuning van de kwaliteitsverbetering in de perinatale zorg. Mocht één-en-ander tot vragen of opmerkingen leiden, dan horen we dit uiteraard graag.

