

Meltem Daysal

associate professor gezondheids-  
economie, University of Southern  
Denmark

Mircea Trandafir

associate professor gezondheids-  
economie, University of Southern  
Denmark

Reyn van Ewijk

professor voor statistiek en  
econometrie, universiteit Mainz,  
Duitsland

BEVALLINGSRISICO THUIS, IN EERSTE EN TWEEDE LIJN DOOR EEN ECONOMETRISCHE BRIL

# Thuisbevalling riskanter in arm gezin

Een econometrische analyse werpt een nieuw licht op de vraag waar eerstelijnsbevallingen nu het veiligst zijn: thuis of in het ziekenhuis. Vrouwen met een lage positie op de maatschappelijke ladder zijn beter af in het ziekenhuis.

**H**et bevallingendebat laaide weer op na een artikel in NRC met de kop 'Thuis bevallen is toch net zo veilig als in het ziekenhuis' in augustus. Een ongelukkige kop, vindt Medisch Contact terecht (MC 37/2015: 1666). Het onderzoek van Wiegerinck e.a. waar de NRC zich op baseert, kijkt immers niet naar thuisbevallingen, maar vergelijkt eerste- en tweedelijnsbevallingen in de regio Amsterdam. De perinatale sterfte is in beide groepen vergelijkbaar en daarom zouden eerstelijnsbevallingen wel veilig zijn, wat dan weer eerder Utrechts onderzoek van Evers en collega's zou weerleggen. Medisch Contact concludeert dat het verschil in resultaten tussen het Amsterdamse en het Utrechtse onderzoek door diverse methodologische verschillen kan komen en dat we daarom geen duidelijke eindconclusie kunnen trekken.

Maar is dit wel zo? Wie goed kijkt naar de data van Wiegerinck e.a. ziet toch enkele redenen om ongerust te zijn. De perinatale sterfte bij eerste- en tweedelijnsbevallingen is bij hen vrijwel gelijk. Het is ietsje lager bij de eerste- dan bij de tweedelijnsbevallingen, maar dat verschil is statis-

tisch niet van toeval te onderscheiden. Maar vrouwen die hun bevalling in de tweede lijn beginnen zijn hoogrisicovrouwen. Als het sterfterisico bij laagrisicobevallingen niet duidelijk lager ligt dan bij hoogrisicobevallingen, dan is er iets raars aan de hand. Het oudere onderzoek van de Utrechtse vond zelfs een hoger sterfterisico in de laagrisicogroep dan in de hoogrisicogroep. Zo extreem vinden de Amsterdammers het niet, maar het nieuwe onderzoek klaart zeker de lucht niet over de veiligheid van eerstelijnsbevallingen.

## Thuisbevalling

En hier komen toch weer de thuisbevallingen erin. In het artikel van de Amsterdammers is te zien dat bij hen de sterfte bij thuisbevallingen 57 procent hoger is dan bij ziekenhuisbevallingen (zie tabel 2 van hun artikel in het blad *Midwifery*: 0,88% versus 0,56% sterfte). Zij bespreken dit resultaat niet in hun artikel, omdat een vergelijking van thuis- en ziekenhuisbevallingen niet hun doel is. Bovendien is makkelijk na te gaan dat dit verschil statistisch gezien best door toeval kan zijn gekomen. Maar het is genoeg

redenen om toch weer naar de veiligheid van thuisbevallingen te kijken. Ons recente onderzoek waarin wij gegevens van 356.412 laagrisicovrouwen analyseerden biedt daarvoor aanknopingspunten. In dit onderzoek was ons uitgangspunt dat het Nederlandse thuisbevallingendebat vaak blijft steken op een simpel methodenprobleem. Je kunt vrouwen niet dwingen in een experiment om thuis of poliklinisch te bevallen. Een onderzoeker kan alleen vrouwen vergelijken die zelf voor een thuis- of poliklinische bevalling kiezen. En het probleem is dat deze twee groepen vrouwen van elkaar verschillen qua leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, gezondheidsbewustzijn, gezondheidsgedrag, enzovoort. Als onderzoeker heb je geen inzicht in al die factoren, die toch van invloed kunnen zijn op het risico. Elke vergelijking tussen eerstelijns ziekenhuisbevallingen en thuisbevallingen is

Vermoedelijk  
verloopt de com-  
municatie met  
de verloskundige  
moeilijker



daardoor een beetje scheef. De meest risikante onder de laagrisicobevingen vinden meestal plaats in het ziekenhuis. Je moet daarom met een slimmere oplossing komen, waardoor je wel twee identieke groepen vrouwen kunt vergelijken, waarbij de ene groep thuis en de andere poliklinisch bevalt.

### **Econometrie**

Wij gebruikten hiervoor een methode uit de econometrie. Dat is ook de reden dat ons artikel is verschenen in het (gezaghebbende) tijdschrift *American Economic Journal: Applied Economics*, in plaats van in een medisch tijdschrift. Dit soort artikelen is nogal technisch en lijvig omdat

het vol staat met allerlei checks en analyses die alternatieve verklaringen van de gevonden resultaten moeten uitsluiten. In medische tijdschriften is hier meestal minder ruimte voor. Toch is het idee van ons artikel makkelijk uit te leggen. Ons viel op dat er bepaalde groepen vrouwen zijn die hun plaats van bevalling mede laten bepalen door de afstand van hun woning tot het ziekenhuis. Als je bij wijze van spreken twee perfect identieke eeneiige tweelingzussen hebt, van wie de eerste dichterbij het ziekenhuis woont dan de tweede, dan is de kans dat de eerste in het ziekenhuis bevalt iets groter dan bij de tweede. Onze analyse volgt twee stappen: eerst voorspellen wij de

kans op een thuisbevalling uit de afstand tussen woning en ziekenhuis. Daarna relateren wij deze kans op een thuisbevalling aan perinatale sterfte. Deze methode stelt ons in staat om vrouwen te vergelijken die precies dezelfde relevante eigenschappen hebben, alleen is bij sommigen de kans groter dat ze voor het ziekenhuis kiezen dan bij anderen. Deze methode is niet door ons ontwikkeld, maar wordt al zeker twintig jaar met succes ook in medische publicaties toegepast om behandelingen te evalueren, waarbij het niet mogelijk of niet ethisch is een echt experiment door te voeren, maar men toch iets wil concluderen over een oorzaaklijk verband.

## VERWERKEN

Hij is midden zestig en lijdt aan twee soorten kanker. Operaties, bestralingen, hormonen en chemotherapie. Levensverwachting? Tja... Mijnheer wil zijn bloeddruk laten meten en een verdacht huidplekje laten zien. Aan de kanker met uitzaaiingen maakt hij weinig woorden vuil. Hij is geen prater, meer een denker en bovenal een vermijder. Weinig ingang voor eventuele existentiële problematiek. 'Hoe kijkt hij werkelijk naar de toekomst?', vraag ik me af. 'Slaapt u goed?', zoek ik naar een ingang. 'Redelijk, alleen die rare dromen, een soort nachtmerries.' 'Vertel eens', spoor ik hem aan. 'Het is steeds dezelfde droom. Ik ben aan het dwalen door alle straten waar ik ooit gewoond heb. Maar ik mag niet linksaf, alleen maar naar rechts. Na een paar nachten ga ik toch links en kom ik aan bij het huis waar ik geboren ben. Ik ga naar binnen. Alle meubels zijn bedekt met zwarte lakens. De nacht erop droom ik hetzelfde. Er staan nu ook schedels en urnen in de woonkamer. Zoals alle nachten schrik ik badend in het zweet wakker. In mijn laatste droom sta ik zonder zoektocht vooraf direct in de kamer met de urnen. Ik ben niet meer bang. Wel word ik wakker, maar voel me rustig. Raar hè?', sluit hij zijn verhaal af.

Ik voel me Jozef, de droomuitlegger van de farao. Zo moeilijk is dat niet: een verhaal over leven, dood en acceptatie. 'U verwerkt het in uw slaap, niet overdag. Niks mis mee', beëindig ik mijn duiding. Hij knikt en overpeinst mijn woorden. 'Maar mijn hondje is pas ook overleden', hoor ik hem zeggen. Ik glimlach, me er pijnlijk van bewust dat mijn droomuitleg nu nog te confronterend is. Mooi vak hoor.

Jos van Bommel

### Afstand tot het ziekenhuis

Wij vinden dat thuisbevallingen tot een hogere perinatale sterfte leiden dan poliklinische bevallingen. Natuurlijk laten niet alle vrouwen zich bij hun keuze voor de plaats van bevalling beïnvloeden door de afstand tot het ziekenhuis. Onze resultaten gelden daarom niet voor alle Nederlandse vrouwen, maar alleen voor een bepaalde subgroep. Ons onderzoek toont daarom niet aan dat thuisbevallingen onveilig zijn voor alle vrouwen, maar dat er een bepaalde groep vrouwen is voor wie thuisbevallingen onveiliger zijn. Verdere analyses laten zien dat die groep vooral bestaat uit vrouwen met een zwakkere sociaal-economische achtergrond. Voor hen zijn thuisbevallingen onveiliger dan ziekenhuisbevallingen, terwijl thuisbevallingen wel veilig lijken te zijn voor vrouwen met een hogere sociaal-economische status (SES).

Wij vermoeden dat dit komt omdat de communicatie met de verloskundige bij vrouwen met een lagere SES soms moeilijker verloopt. Daardoor is het lastiger om de risico's op complicaties in te schatten. En het systeem van eerste- en tweedelijnsbevallingen staat of valt bij een goede risicoselectie. Als het bij bepaalde vrouwen moeilijk is de risico's goed vast te stellen, dan kan het gebeuren dat zij thuis bevallen, terwijl het voor hen verstandiger was geweest om in het ziekenhuis te bevallen. Een volgende stap in ons onderzoek is dat wij nu bekijken of het voor deze vrouwen voldoende zou zijn om poliklinisch te bevallen, of dat voor hen een tweedelijnsbevalling aan te bevelen is.

### Zwart-witindeling

Uit ons onderzoek volgen twee belangrijke conclusies. Ten eerste dat we moeten zoeken naar innovatievere onderzoeksmethoden om tot duidelijke conclusies te komen in het bevallingendebat. Ten tweede dat we in het bevallingendebat minder in zwart-wittermen moeten denken. Voor sommige vrouwen kan het wel, maar voor andere groepen vrouwen niet veilig zijn om thuis of poliklinisch te bevallen. Het is essentieel om precies vast te stellen voor welke groepen vrouwen

thuisbevallingen wel veilig zijn en voor welke groepen niet. Datzelfde geldt voor eerstelijnsbevallingen.

Het idee van gynaecoloog Anneke Kwee om voor elke zwangere een individueel zorgplan te maken, waarmee we af zijn van de zwart-witindeling in eerste- en tweedelijnszorg uit de verloskundige indicatielijst (VIL), past hierin. Ook als er geen formele VIL-indicatie is, kan bij sommige vrouwen de bevalling of een deel van de zorg bij een gynaecoloog plaatsvinden. In het bijzonder bij vrouwen met een zwakkere sociaal-economische achtergrond is het goed

## De eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen dient te verdwijnen

om conservatiever te zijn: eerder aan zorg in de tweede lijn denken en eerder op een poliklinische bevalling dan op een thuisbevalling aansturen. Voor de politiek betekent dit dat de eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen dient te verdwijnen: uitgerekend voor de zwangeren voor wie de eigen bijdrage een belemmering vormt, zijn thuisbevallingen riskanter. ■

#### contact

vanewijk@uni-mainz.de  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

#### web

Het door de auteur genoemde MC-artikel en het dossier Perinatale sterfte vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).