Stuk 2 9 7 (1989-1990) - Nr. 1

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1989-1990 16 FEBRUARI 1990

BELEIDSBRIEF

Perinatale zorg

ingediend door
de heer H. Weckx,
Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden

INLEIDING

De perinatale sterftecijfers zijn één van de belangrijkste parameters om het niveau voor de volksgezondheid in een land te evalueren. De perinatale sterfte kan worden beschouwd als een objectieve maatstaf voor de beoordeling van de kwaliteit van de verloskundige en neonatale zorg.

De recentste beschikbare cijfers geven ons in België globaal per 1.000 geboorten 6,1 *%o* doodgeboorten (1985), 11,2 % perinatale sterfte (1984), 11,6 *%o* neonatale sterfte (1984). In 1985 bedroeg de zuigelingensterfte 9,8 ‰. Rekening houdend met heel wat imperfecties inzake registratie en onderlinge vergelijkbaarheid van de gegevens in ruimte en tijd, kan toch gesteld worden dat er een forse daling is opgetreden in de perinatale sterftecijfers. Een verdere verbetering is zeker mogelijk gezien de middelenpositie van ons land in West-Europese context.

Zwangerschap en geboorte van een kind blijven een zeer betekenisvol en uniek gebeuren voor het hele gezin. Bestrijding van de oorzaken van perinatale mortaliteit en morbiditeit zowel als het scheppen van de voorwaarden waarbij aan de noden en behoeften van elk gezin bij zwangerschap en bevalling kan tegemoet gekomen worden, blijven dan ook constante beleidsbekommernissen.

HOOFDSTUK 1 : PERINATALE STERFTE

Het is van uitzonderlijk belang aandacht te besteden aan de verschillende definities die worden gebruikt en vooral aan het verschil in interpretatie van deze definities in de verschillende landen. Het is hier dat heel wat uiteenlopende cijfergegevens voorkomen met de hieruitvoortvloeiende problemen om juiste vergelijkingen te kunnen maken.

„Perinatal mortality may be considered as reflecting Standard of obstetric and pediatric care as well as the effectiviness of social measures in general and of public health actions in particular. Thus it occupies a key position in determing health policy." WGO (1976). De evolutie van de perinatale mortaliteit (PNM) is voor de meeste landen, ook voor die met een lage perinatale sterfte, een blijvende bron van bezorgdheid :

— voor het nationaal eergevoel is het hinderlijk waar te nemen dat men inzake de PNM de zoveelste plaats inneemt op de lijst van de Westeuropese landen ;

— voor het individuele gezin is het een ernstig probleem geconfronteerd te worden met de vraag of een bepaald perinataal sterftegeval te voorkomen was.

Door de zorgwekkende daling van de geboortecijfers gedurende de laatste decennia in West-Europa zijn deze vragen des te actueler en pregnanter. Daar de perinatale mortaliteit van een land afhankelijk is van en beïnvloed wordt door tal van factoren, moet men zeer voorzichtig zijn met vergelijkingen tussen perinatale sterftecijfers van verschillende landen, en zelfs binnen één land in functie van de tijd.

1. WGO-DEFINITIES

Internationale afspraken over definities, aangifte en classificatie van de geboorte-, sterfte- en ziektestatistieken worden geregeld via het lidmaatschap van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

Internationale vergelijkingen van mortaliteits- en morbiditeitsstatistieken gebeuren op basis van en volgens de definities van de International Classification of Diseases (ICD), waarvan de eerste versie dateert uit 1855, en die sinds 1948 bepaald wordt binnen de WGO. De WGO organiseert tienjaarlijks een „International Conference" om deze classificatie aangepast te houden aan de meest recente klinische en statistische begrippen.

Alhoewel deze herziening voorziet in een „up-to-date" versie van de ICD, creëert ze tevens „vergelijkbaarheidsproblemen" :

— problemen bij vergelijkingen in de tijd die onvermijdelijk zijn bij het gebruik van een nieuwe classificatie ;

— problemen bij internationale of interregionale vergelijkingen, aangezien de nieuwe classificatie op verschillende tijdstippen in gebruik kan worden genomen.

* Levendgeborenen

„Een levendgeboorte is de complete uitdrijving of extractie van een conceptieprodukt uit de moeder, ongeacht de zwangerschapsduur, dat, na zulk een scheiding, ademhaalt of enig ander teken van leven vertoont, zoals het kloppen van het hart, het kloppen van de navelstreng, of duidelijke bewegingen van willekeurige spieren. Het is daarbij onverschillig of de navelstreng al dan niet verwijderd is. Elk produkt van zulk een geboorte dient te worden beschouwd als een levendgeborene."

* Doodgeborenen (mortinataliteit)

„Onder foetale sterfte wordt verstaan de dood van een conceptieprodukt, als die dood plaatsheeft vóór de complete uitdrijving of extractie uit de moeder, ongeacht de zwangerschapsduur. De aanwijzingen voor de dood bestaan uit het na scheiding van de moeder niet ademhalen of vertonen van enig ander teken van leven, zoals het kloppen van het hart, het kloppen van de navelstreng, of duidelijke bewegingen van willekeurige spieren."

Een dergelijke doodgeboren vrucht met een geboortegewicht van minimum 1.000 gram (respectievelijk 500 gr.), of indien het gewicht onbekend is met een zwangerschapsduur van minimum 28 weken (respectievelijk 22 weken), of, indien de zwangerschapsduur onbekend is, met een lichaamslengte (kruin-hiel) van minimum 35 cm (respectievelijk 25 cm) is een „doodgeborene" (definitie WGO voor „standaard perinatale statistie-

ken voor internationale vergelijkingen", respectievelijk voor „nationale perinatale sterftestatistieken"). Opgemerkt weze dat de benamingen doodgeboorte, mortinataliteit en foetale sterfte in feite dezelfde begrippen zijn.

* **Perinatale sterfte**

De WGO beveelt aan om in „nationale perinatale sterftestatistieken" alle dood- en levendgeboren kinderen op te nemen met een geboortegewicht van 500 gram of meer, of indien het gewicht niet bekend is, met vergelijkbare zwangerschapsduur (minimum 22 weken) of kruin-hiellengte (minimum 25 cm). Voor „standaard perinatale sterftestatistieken voor internationale vergelijking" echter, beveelt de WGO aan enkel dood- en levendgeborenen met een geboortegewicht van 1.000 gram of meer op te nemen. Indien het gewicht onbekend is, geldt hier ook de vergelijkbare zwangerschapsduur (28 weken) of kruin-hiellengte (35 cm).

De „standaard perinatale sterfte voor internationale vergelijking" is bijgevolg de verhouding van de som van de doodgeboren en de levendgeboren kinderen met een geboortegewicht van minimum 1.000 gr. (of vergelijkbare zwangerschapsduur of lengte) die overlijden binnen de 168 uur (7 x 24) na de geboorte met het totaal aantal (dood of levend) geboren kinderen van 1.000 gr. of meer vermenigvuldigd met 1.000.

Het begrip „perinatale mortaliteit" werd voor het eerst gebruikt door de Oostenrijkse pediater Peller (1948). Zij stelde voor doodgeborenen en baby's, overleden in hun eerste levensweek, als één statistische entiteit te beschouwen in de analyse van de kindersterfte, aangezien deze overlijdens vaak een gemeenschappelijke oorsprong hebben die verschilt van die van oudere kinderen.

Deze definities en aanbevelingen zijn zeer belangrijk aangezien internationale, interregionale of tijds-vergelijkingen enkel mogelijk zijn wanneer uniforme definities en begrippen gebruikt worden. Daarenboven moeten deze uniforme begrippen en definities ook nog uniform gehanteerd worden. Enkel dan zijn vergelijkingen tussen landen, regio's en bevolkingsgroepen en vergelijkingen in de tijd mogelijk.

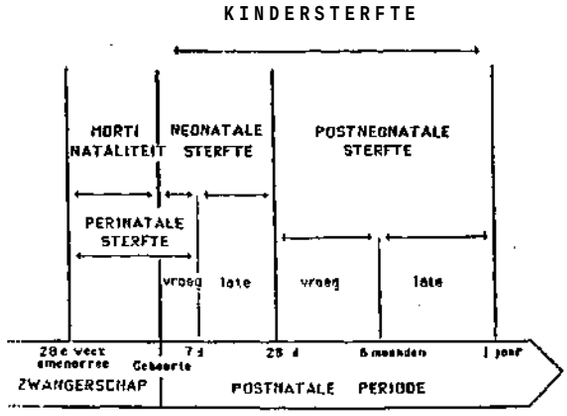
De definities en criteria van de WGO in verband met „levendgeborene", „doodgeborene" en „perinatale sterfte" zijn in de Europese Gemeenschap algemeen aanvaard. Nochtans worden er verschillende interpretaties van deze definities gehanteerd waaruit toch wel de relativiteit van de vergelijkende cijfers blijkt.

Bij dit alles mag niet uit het oog verloren worden dat begrippen als „levend geborene" en andere in elk land bij wet worden vastgelegd en niet alleen een betekenis hebben voor de opmaak van statistieken maar ook en vooral zij een weerslag hebben op andere wetgevingen, vooral inzake diverse sociale voorzieningen. Het is dus moeilijk voor de verschillende landen gelijke normen te hanteren, in de zin zoals door de WGO worden voorgesteld, omwille van de vele te herziene wetgevingen op andere terreinen dan deze van de Statistiek.

Men kan zich voorstellen dat deze sociale voorzieningen en hun psychologische en materiële implicaties voor de ouders, de certificerende arts c.q. vroedvrouw niet onberoerd laten.

2. SCHEMA

Onderstaand schema geeft op een inzichtelijke manier een volledig beeld van de diverse gehanteerde definities inzake kindersterfte.



Bron : Kind en Gezin.

HOOFDSTUK 2: BESCHIKBARE GEGEVENS EN DEFINITIES IN BELGIË EN VLAANDEREN

1. CRITERIA EN DEFINITIES

* **Levendgeborenen**

„Elke vrucht van de conceptie die eender welk teken van leven vertoont, ongeacht de duur van de zwangerschap en de levensduur na de geboorte wordt als een levendgeborene beschouwd."

* **Doodgeborenen**

Artikel 312 van het Belgisch Burgerlijk Wetboek bepaalt dat „een vrucht van minstens 180 dagen als geboorte moet worden beschouwd" dit wil zeggen een amenorree van 195 dagen.

Het Ministerie van Volksgezondheid daarentegen herneemt de definitie van de WGO van 1965 waarbij de duur van de zwangerschap geen beslissend criterium is.

* **Perinatale sterfte**

Onder perinatale sterfte verstaat men het aantal tijdens een bepaalde periode (eenjaar), doodgeboren kinderen plus het aantal kinderen die gestorven zijn vóór ze de leeftijd van 7 dagen (7 x 24 uur) bereikt hebben. Zij wordt gemeten door die som te delen door het aantal levend- en doodgeboren kinderen, geboren tijdens diezelfde periode (brutocijfers).

2. VERSCHIL TUSSEN DE WGO- EN DE BELGISCHE DEFINITIES

2.1. Doodgeboorte

In België wordt een „doodgeboorte" niet gedefinieerd op basis van het lichaamsgewicht maar op basis van de zwangerschapsduur. De WGO-aanbeveling in verband met een zwangerschapsduur van minimum 28 weken wordt lichtjes afwijkend geïnterpreteerd. Zo hanteert men in België „180 dagen" als limiet ter verklaring van een doodgeboorte terwijl 28 weken in feite overeenkomen met 196 zwangerschapsdagen. Op basis van dit definitieverschil worden in de Belgische perinatale mortaliteitscijfers — in tegenstelling met de door de WGO aanbevolen cijfers — ook de baby's, doodgeboren tussen de 180ste en 196ste zwangerschapsdag, opgenomen. Met dit verschil in „geboortelimiet" moet men dus zeker rekening houden wanneer men perinatale mortaliteitscijfers met elkaar wenst te vergelijken. Daarenboven (en dit is ook de reden waarom men in de WGO-definitie aanbeveelt zich te baseren op het lichaamsgewicht) is de exacte begindatum — de conceptiedag — en bijgevolg ook de juiste zwangerschapsduur slechts in een minderheid van de gevallen precies te berekenen, op basis namelijk van de laatste menstruatieperiode. Vaak is het bepalen van de juiste zwangerschapsduur moeilijk en niet vrij van systematische of toevallige onnauwkeurigheden zodat men niet met zekerheid kan zeggen of een doodgeboren baby 179 of 181, 195 of 197 zwangerschapsdagen oud is en bijgevolg als een doodgeborene of niet moet worden beschouwd. Indien toevallige onnauwkeurigheden te verwaarlozen zijn omdat zij elkaar compenseren in onder- of overschatting, dan is het anders gesteld met systematische vergissingen.

2.2. Het onderscheid tussen dood- of levendgeboren

Het is niet altijd mogelijk of even gemakkelijk uit te maken of een kind al dan niet geleefd heeft, en dus dood of levend moet worden genoemd. De norm, door het NIS bepaald, vertoont een grote gelijkenis met die van de WGO. Nochtans laat de Belgische norm in vergelijking met die van de WGO een bredere interpretatie toe.

2.3. Bepalen van een ondergrens voor een levendgeborene voor opname in het perinataal sterftecijfer

Volgens de WGO-criteria voor „Standaard Perinatale sterfte voor internationale vergelijkingen", bevatten teller en noemer van de perinatale sterfte uitsluitend kinderen met een gewicht van 1.000 g of meer (of indien het gewicht onbekend is met de vergelijkbare zwangerschapsduur (28 weken) of lengte (35 cm). Het vergelijkbare ondergrenscriterium van 180 dagen geldt in België enkel voor de doodgeborenen.

Wanneer in België een kind levend geboren wordt

— ook na een zwangerschapsperiode van minder dan 180 dagen wordt het opgenomen in het perinataal sterftecijfer :

— wanneer het overlijdt in de eerste levensweek maakt het deel uit van de teller ;

— wanneer het overleeft maakt het deel uit van de noemer.

Aangezien echter de noemer van het perinataal sterftecijfer (het aantal dood- en levendgeboren kinderen) van een andere orde van grootte is dan de teller, wordt de toename van de teller helemaal niet gecompenseerd door de toename van de noemer. Hierdoor ligt het perinataal sterftecijfer in België, in vergelijking met dat volgens de WGO-criteria, op een kunstmatig hoog niveau.

2.4. Internationale vergelijkingen

Niet enkel de Belgische definities verschillen van die van de WGO. Ook in andere landen zijn de perinatale mortaliteitsdefinities niet 100 % uniform met die van de WGO.

Tabel 1 : Ondergrenzen voor de aangifte van doodgeboorte in verscheidene Europese landen

16 weken :	Noorwegen
20 weken :	IJsland
22 weken :	Portugal
180 dagen :	België, Frankrijk, Luxemburg
28 weken :	Nederland, Finland, Engeland en Wales, Zweden, Schotland, Denemarken, Bulgarije, Griekenland
30 cm :	Zwitserland
35 cm :	Hongarije
500 g :	WGO-richtlijn voor nationale statistiek
1.000 g :	WGO-richtlijn voor internationale vergelijking, Duitsland, Tsjechoslowakije
1.001 g :	Polen
geen :	Ierland

In verschillende landen is dus de registratie van de perinatale mortaliteit niet gebaseerd op het WGO-criterium (het geboortegewicht). Steeds meer landen (waaronder België) registreren echter wel — via de formulieren van „aangifte van een levendgeboren kind" en „aangifte van een doodgeboren kind of van het overlijden van een kind jonger dan 1 jaar" — het geboortegewicht en beschikken dus over de mogelijkheid de perinatale mortaliteit te registreren volgens het WGO-criterium.

Het met enig teken van leven geboren worden (bijvoorbeeld ademen, kloppen van het hart of de navelstreng, duidelijke bewegingen van willekeurige spieren) duidt volgens de WGO-voorschriften het begin aan van de eerste levensweek. Dit is niet in alle landen het geval. In een aantal Europese landen worden aan een levendgeborene bijkomende eisen gesteld vooraleer deze als levendgeboren kan worden geregistreerd (cfr. tabel 2).

Tabel 2 : Extra criteria waaraan een levendgeborene moet voldoen om (voor de perinatale sterfte) in sommige Europese landen als levendgeborene te worden geregistreerd)

Frankrijk :	ademhaling hoofdzakelijk
Polen	gewicht van 601 g of meer tot en met 1.000 g is bovendien 24 uur in leven blijven vereist

Ierland	28 weken of meer
Oost-Duitsland	actie van het hart en de longen
Bulgarije	andere tekenen van leven dan het kloppen van de navelstreng

De grens tussen levend- en doodgeboorte verschilt dus tussen de verschillende landen.

3. REGIONALE VERSCHILLEN IN BELGIË

Dezelfde bezwaren indachtig kan juist een vergelijking tussen regio's uit eenzelfde land mogelijk andere elementen aanbrengen.

De tot hiertoe uitgevoerde regionale analysen die de verschillende componenten van de perinatale sterfte hebben bewerkt samen met de medische en paramedische uitrusting van de arrondissementen hebben maar weinig relaties kunnen vaststellen (zie ook Masuy-Stroobant hearing Vlaamse Raad 20 januari 1987).

Tabel 3 : Regionale verschillen 1981-1983, doodgeboorte, eerste-weeksterfte en perinatale mortaliteit in de Vlaamse en de Waalse Gemeenschap en Brussel-Hoofdstad

	VLA	BRUS	WALL	Rijk
doodgeboorte	6,9	8,0	7,0	7,1
1ste weeksterfte	6,1	5,5	4,7	5,5
PNM	13,0	13,4	11,7	12,6

De veronderstelling dat in de regio's, waar de doodgeboorte relatief hoog is (respectievelijk laag) ook de perinatale sterfte hoog (respectievelijk laag) zou zijn, wordt door deze cijfers niet bevestigd. Een lager aantal doodgeborenen ingevolge de hogere kwaliteit van de zorgenverstrekking kan bij limietgevallen voor gevolg hebben dat er een grotere kans is op sterven in de vroege neonatale periode. Alhoewel de cijfers een dergelijke thesis niet volledig uitsluiten, zijn zij toch onvoldoende overtuigend.

4. AANVULLENDE CIJFERGEGEVENS

4.1. Vergelijking van het Belgische perinataal sterfteprofiel met dat van de ons omringende landen

Tabel 4 : Vergelijkende cijfers inzake PNM per %o geboorten

	B	BRD	F	N	UK
1960	31,9	35,8	31,8	26,6	33,3
1965	27,3	28,6	27,7	23,1	27,6
1970	23,3	26,4	23,8	18,6	23,8
1975	20,0	19,3	18,1	13,9	19,7
1980	14,1	12,6	12,9	11,1	13,4
1981	13,2	10,5	12,3	10,7	12,0
1982	12,5	9,6	11,9	10,0	11,4
1983	12,0	9,3	–	10,2	10,5

Tabel 5 : Gemiddelde daling per jaar als % van de perinatale sterfte in het begin van de betreffende periode

	B	BRD	F	N	UK
1960-'65	2,9 %	4,0 %	2,3 %	2,6 %	3,4 %
1965-'70	2,9 %	1,5 %	3,2 %	3,9 %	2,8 %
1970-'75	2,8 %	5,4 %	4,5 %	5,1 %	3,5 %
1975-'80	6,0 %	6,9 %	5,8 %	4,0 %	6,4 %
1980-'83	5,0 %	8,7 %	–	2,7 %	7,2 %

Uit de gecombineerde lezing van tabellen 4 en 5 kunnen wij, rekening houdend met alle reserves inzake internationale vergelijkbaarheid, besluiten dat gedurende de periode 1960-1983 België de algemene trend inzake daling van de perinatale mortaliteit in de ons omringende landen heeft gevolgd. Op 20 jaar tijd is de perinatale mortaliteit meer dan gehalveerd, namelijk van ± 32 %o in 1960 naar ± 10 à 12 %o in 1983. Vanaf de jaren 70 heeft de daling zich zelfs versneld doorgezet.

4.2. Vergelijking van de evolutie van de mortaliteit, de eerste-weeksterfte en de perinatale mortaliteit

Tabel 6 : Evolutie van de mortaliteit, de eerste-weeksterfte en de perinatale mortaliteit in de periode van 1960-1984 (in %)

	doodgeboorte	1ste weeksterfte	PNM
1960	15,14	17,02	31,90
1965	13,52	13,94	27,27
1970	11,24	12,15	23,25
1975	10,15	10,00	20,05
1980	7,90	6,23	14,08
1981	7,15	6,09	13,19
1982	7,03	5,55	12,51
1983	7,06	5,00	11,96
1984	6,69	4,59	11,26

Als we de perinatale mortaliteit opsplitsen in doodgeboorte enerzijds en 1ste weeksterfte anderzijds, dan merken we dat daling in de sterftecijfers zich zowel voordoet bij de doodgeborenen als bij de sterfte tijdens de eerste levensweek (tabel 6). De daling is wel sterker bij de sterfte tijdens de eerste levensweek. Lag de eersteweeksterfte nog boven de doodgeborenen tijdens het decennium 1960-70, dan evolueerde dat anders in de daarop volgende decennia. In 1984 lag de 1ste weeksterfte op 4,59 %o tegenover 6,69 %o van de doodgeborenen.

Tabel 7 : Gemiddelde daling/jaar als % van de doodgeboorte, de eerste-week- of perinatale sterfte in het begin van de betreffende periode

1960-'65	2,14 %	3,62 %	2,90 %
1965-'70	3,37 %	2,57 %	2,95 %
1970-'75	1,94 %	3,54 %	2,75 %
1975-'80	4,43 %	7,54 %	5,96 %
1980-'84	3,83 %	6,58 %	5,01 %

Uit de dalingscijfers van tabel 7 komt opnieuw naar voor dat het ritme van het terugdringen van het sterftecijfer het hoogste is geweest tijdens de periode 1975-84. De jaarlijkse vermindering van de PNM lag tussen 5 à 6 % in de periode 1975-84 tegenover ±2,9 % in de periode 1960-1974. Deze scherpe daling van de PNM werd vooral teweeggebracht door de scherpe daling van de sterften tijdens de 1ste levensweek.

De praktische uitvoering van de normen op de specifieke diensten in bijlage bij het koninklijk besluit dd. 23 oktober 1964 onder andere op de prematurendiensten hebben hier zeker toe bijgedragen. Zowel architectorisch als functioneel en organisatorisch werd, voor die tijd, een strenge reglementering vastgelegd zodat in 23 instellingen (in totaal 425 bedden) een degelijke opvang van vroeg-

geboren en zwakke pasgeboren kinderen mogelijk werd. Tevens mag de snelle vooruitgang van de medische technologie en het bewust worden van de noodzaak tot aseptisch handelen niet uit het oog worden verloren.

HOOFDSTUK 3 : IDENTIFICATIE VAN DE RISICOFACTOREN

1. RISICOGEZINNEN

Binnen de beperkingen van de nu bij het NlS-geregistreerde gegevens van de burgerlijke stand (naar aanleiding van geboorte- en sterfteverklaringen) hebben analyses uitgewezen dat het aantal karakteristieken van de ouders, die indicatief zijn voor een sociale situatie, betekenisvol zijn in de bepaling van sterfterisico's van pasgeborenen. (Masuy-Stroobant, Hearing Vlaamse Raad, 20 januari 1987).

Deze kenmerken zijn tweeërlei :

— van sociale aard (beroep en nationaliteit van de vader, huwelijkstoestand van de moeder, ...) ;

— van meer fysiologische aard met name de „vruchtbaarheidsgedragingen" (leeftijd van de moeder bij het bevallen, tijdsspanne tussen de twee laatste bevallingen, ...).

Bovendien blijkt een interaktie tussen deze beide groepen kenmerkend, waarbij ongunstige vruchtbaarheidsfactoren géén of een gering risico betekenen in een welvarend gezin, maar een cumulatief effect hebben bij een gezin met een lagere sociale positie. Het bestaan van deze risicofactoren blijkt uit talrijke internationale studies en gaf aanleiding tot het gebruik van een prematuriteitsrisico-index (PRI) zoals ontworpen door Prof. Papiernick in 1969.

Perinatale mortaliteit is voor een groot stuk inderdaad ook afhankelijk van de socio-economische situatie. Actieve en intens begeleide sociale hulp met inbegrip van de motivatie naar medische begeleiding toe is dan ook essentieel.

Met het oog op een betere omschrijving van de risicobevallingen heeft de Administratie voor Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap een aantal voorstellen neergelegd bij de Hoge Gezondheidsraad.

Deze Raad behandelt momenteel het punt van het ontwerpen van een nieuw formulier van certificaat.

Onze administratie heeft geadviseerd om naast het registreren van het beroep van vader en moeder ook de sociale beroepsgroep van vader en moeder te registreren.

Daarenboven zou niet alleen naar de burgerlijke staat worden gevraagd maar ook de gezinstoestand worden bevraagd.

Tenslotte zou de parenteit op een vertrouwelijke strook worden genoteerd.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad wordt gegeven aan de Minister van Sociale Zaken (Volksgezondheid). Hij kan dit advies overmaken aan zijn collega voor Economische Zaken voor uitvoering (Statistiekwet). Deze laatste laat zich hieromtrent opnieuw adviseren door de Hoge Raad voor de Statistiek.

2. MEDEBEPALENDE FACTOREN VOOR BEPERKING VAN PERINATALE MORTALITEIT

De factoren die medebepalend kunnen zijn voor de beperking van de omvang van de perinatale mortaliteit (en bijgevolg het perinataal sterfteprofiel beïnvloeden) laten zich indelen in de volgende categorieën.

2.1. Medische factoren : tot deze groep behoren enerzijds de genees- en verloskundige zorgen (verstrekt voor en gedurende de zwangerschap, tijdens de baring en tijdens de neonatale periode) en anderzijds de organisatie van de perinatale zorgen. Bijzondere groepen hierin zijn bevruchtingen die medisch begeleid worden (bij voorbeeld in vitro fertilisatie).

Profylactische, preventieve maatregelen, betere curatieve zorgen gedurende de pre-, per- en neonatale periode en een betere organisatie van de pre-, per- en perinatale zorgen zijn verantwoordelijk voor verschuivingen en dragen bij tot het verminderen van de perinatale mortaliteit.

2.2. Sociale factoren en leefgewoonten : verschillen qua socio-economische klasse, gehuwd versus ongehuwd, gewenste versus ongewenste zwangerschap.

2.3. Risico leef- en werkgewoonten : nicotine en alcoholgebruik, werk, lange afstanden, inefficiënte contraceptie, minder prenatale raadplegingen.

2.4. Demografische factoren : leeftijd moeder, pariteit van de moeder, rangorde van de baby, meerlingenzwangerschap, geslacht, plaats van de geboorte.

2.5. Etnische- en cultuurfactoren

2.6. Milieufactoren : een nieuw doch nog vrij onbekend terrein. Door het grote aantal nieuwe stoffen dat de afgelopen jaren in onze dagelijkse leefomgeving is binnengedrongen en door de toenemende deelneming van vrouwen aan het arbeidsproces, worden ongeboren kinderen blootgesteld aan allerlei factoren waarvan de gevolgen nog niet kunnen worden overzien.

Het identificeren van deze gevolgen wordt nog extra bemoeilijkt door het feit dat ze soms pas op latere leeftijd merkbaar worden.

3. BELANG VAN HET GEBOORTEGEWICHT

De groep kinderen die geboren worden met een geboortegewicht onder de 2.500 gr. (dat is 7 % van de pasgeborenen) omvat zowel kinderen die

te vroeg geboren worden (prematuriteit) als kinderen met een geboortegewicht dat te laag is ten opzichte van de zwangerschapsduur (dysmaturiteit). In beide gevallen zijn er medische risico's verbonden aan het lage geboortegewicht, maar voor de laatste groep geldt tevens dat de oorzaken van het achterblijven van het gewicht ten opzichte van de zwangerschapsduur ook later nog kunnen doorwerken en de „inhaalontwikkeling" kunnen beïnvloeden.

Er zijn tevens een aantal risicofactoren aan te wijzen die invloed hebben op het geboortegewicht. Roken tijdens de zwangerschap houdt volgens een aantal studies duidelijk verband met een laag geboortegewicht, en ook alcoholconsumptie blijkt een risico te vormen.

4. INVLOED VAN DE MEDISCHE TECHNOLOGIE

Indien het opportune gebruik van diagnostische technologie ten zeerste aangewezen kan zijn om tijdig risico's te onderkennen dan kan een veelvuldig gebruik aanleiding zijn tot het „pathologiseren" van zwangerschappen en leiden tot het verhogen van het aantal kunstmatige vervroegde bevallingen.

HOOFDSTUK 4 : PERINATALE BEGELEIDING

Tachtig procent van de zwangeren hebben géén speciaal beladen geneeskundige voorgeschiedenis en maken géén ernstige verwikkelingen door in de loop van de zwangerschap. Wel is het zo dat een schijnbaar risicoloze zwangerschap steeds risicovol kan worden, wat dus toch enige nuancering betekent. Een aangepaste prenatale begeleiding impliceert dat patiënten met hoogrisico zo vroeg mogelijk worden herkend, zodat het aangepaste niveau van hulpverlening kan worden aangewend. Hierbij kan gesteld worden dat hoogrisico-patiënten het best door de gynaecoloog gevolgd worden, terwijl laag-risicopatiënten ook door een huisarts kunnen gevolgd worden. Van alle professionele hulpverleners moet een voldoende ervaring en kennis — elk op hun niveau — kunnen verwacht worden.

Kernvraag blijft wat er kan en/of moet gedaan worden om te verzekeren dat de reeds vermelde daling van de PNM zich verder doorzet en algemeen wordt. Deze vraag is zeer belangrijk gezien — ondanks de sterke daling ervan — de periode van de perinatale mortaliteit en — morbiditeit toch nog steeds verantwoordelijk is voor een veel groter aantal doden en blijvende handicaps dan eender welke andere periode in een menselijk leven. Vorderingen inzake PNM kunnen allicht maar verwacht worden door de convergerende invloed van een groter impakt van de preventieve richtlijnen, een betere verloskundige hulp op korte termijn en door het verbeteren van de sociaal-economische toestand, de algemene gezondheidstoestand van de bevolking en bepaalde demografische taktoren op langere termijn.

Hoewel genees- en verloskundige interventies in ruime mate kunnen bijdragen tot het verminderen van de PNM, is het moeilijk om kwantitatief de respectievelijke invloed na te gaan van enerzijds socio-economische en demografische faktoren en anderzijds genees- of verloskundige interventies. Sociaal-economische faktoren zullen uiteraard de PNM maar heel geleidelijk, over een lange tijdsperiode, beïnvloeden. Daarenboven is het niet voldoende dat de nieuwgeborene overleeft. De boreling moet overleven zonder nefaste gevolgen, wat ook zijn initieel probleem was. „More survival is not sufficient. If the reduction of perinatal mortality rates were accompanied by increased numbers of infant survivors who subsequently indured short, miserable lives, then the gain from reduced levels of perinatal mortality would be illusory" (WGO)

Momenteel is 60 % van de neo-natale sterfte gesitueerd in de eerste 7 levensdagen. De oorzaken situeren zich 43 % vóór de geboorte, 33 % na de geboorte, 24 % voor én na de geboorte (Prof. Renaer - Het Kind 85/5 blz. 3 - 13). De voornaamste oorzaken van overlijden zijn : zuurstofnood vóór, bij en na de geboorte, aangeboren misvormingen en te laag geboortegewicht (dit laatste is verantwoordelijk voor 2/3 van de sterfte). Bestrijding van de oorzaken van een te laag geboortegewicht (en te korte zwangerschapsduur) kan de belangrijkste bijdrage leveren tot de bestrijding van de perinatale sterfte. (Risk factors associated with low birth weight — Journal of Pediatrics — december 1985). Voor de toekomst lijkt het echter wel aangewezen de begrippen perinatale periode en sterfte uit te breiden tot de vier weken die op de geboorte volgen, omdat als gevolg van verbeterde zorgen pasgeborenen met beperkte levenskansen vaker pas nà de eerste levensweek overlijden (late neonatale sterfte).

Nu de PNM sterk gedaald is, zou men ook de neonatale morbiditeit moeten kunnen kwantificeren en tevens de verdere evolutie moeten volgen van kinderen waarbij in de eerste levensdagen ernstige morbiditeit werd waargenomen. Men is op dit ogenblik nog maar aan de eerste pogingen om parameters van de neonatale morbiditeit vast te stellen. Wij zijn dus nog ver van statistische verwerking.

HOOFDSTUK 5 : BELEIDSPRIORITEITEN

Het verbeteren van het niveau en de efficiëntie van de perinatale zorgen vereist een permanente sensibilisatie van alle betrokkenen (aanstaande ouders, geneeskundig personeel, kraamklinieken, beleid) alsook een permanente zorg om het beleid adequaat te doen inspelen op de organisatorische vereisten om de doelstellingen te kunnen realiseren. De voorliggende beleidsbrief schetst hiertoe het ruimere kader en motiveert de belangrijke beleidsprioriteiten.

Om stapsgewijs in de aangeduide richting te kunnen werken zal worden overgegaan tot het oprichten van een „Vlaamse Adviescommissie voor Perinatale Zorg", die de Gemeenschapsminister be-

voegd voor het gezondheidsbeleid kan adviseren. Deze Vlaamse adviescommissie zal o.m. bestaan uit genetici, verloskundigen, pediaters-neonatologen en huisartsen. De samenstelling van dergelijke commissie mag niet enkel worden afgestemd op het medische of het wetenschappelijke luik van de perinatale problematiek. Ook een vertegenwoordiging van Kind en Gezin in deze adviescommissie is essentieel.

Belangrijke aandachtspunten in het toekomstig beleid vervolgens zullen zijn :

— optimaliseren van de registratie van perinatale mortaliteits- en morbiditeitsgegevens ;

— preventie van prematuriteit (d.i. tevens preventie van een te laag geboortegewicht) en van groeiachterstand ;

— vroegtijdige opsporing van risicozwangerschappen en optimale begeleiding van zwangerschap + bevalling ;

— optimale neonatale zorg ;

— gericht wetenschappelijk onderzoek.

1. REGISTRATIE VAN PERINATALE MORTALITEITS- EN MORBIDITEITSGEGEVENS

Teneinde internationale vergelijkingen beter mogelijk te maken dan nu het geval is, is het wenselijk de definitieafspraken van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) over te nemen en het geboortegewicht in plaats van de zwangerschapsduur als uitgangspunt te nemen, te beginnen met 500 gram (22 weken), 1.000 gram (28 weken) en verder met onderverdelingen van 500 gram (perinatal mortality within birthweight groups).

In ons land echter kennen we het bijkomend probleem van de opdeling naar de Gemeenschappen inzake de controle en de verwerking van de geboorte- en sterftegevallengegevens. Alleen onderling overleg en samenwerking kan een vlotte uitwisseling en uniformiteit waarborgen.

We weten te weinig over verschillende factoren die de perinatale mortaliteit beïnvloeden : demografische factoren, sociaal-economische aspecten, epidemiologie, enz. Indices terzake moeten ontwikkeld worden.

Bij de registratie moet tevens meer aandacht geschonken worden aan de sociale componenten. Meer variabelen moeten ingebracht worden. Bij de geboorte- en overlijdensaangifte kunnen gegevens gevraagd worden die de sociale ongelijkheid verklaren (bv. het opleidingsniveau van de moeder en de vader).

De registratie moet dus op een nieuwe leest geschoeid worden. Dit wil zeggen :

— aanpassing van de verloskundige registratie is noodzakelijk, vermits de kwaliteit van de verloskundige zorg enkel kan beoordeeld worden door registratie van zoveel mogelijk gegevens omtrent de geboorte en de perinatale mortaliteit ;

— het is noodzakelijk de perinatale mortaliteit te bestuderen in samenwerking met de centra voor genetica, door geijkte en vergelijkbare registratieformulieren te gebruiken ;

— obductie (= gerechtelijke lijkschouwing) bij perinatale mortaliteit zou vaker dienen te geschieden.

Om de perinatale gegevens in te winnen, beschikt men over de geboorteakte — die zeker bruikbaar is — mits de gesuggereerde aanpassingen. Prioritair dient gezocht te worden naar een oplossing om de analyse en snelle rapportering van alle gegevens mogelijk te maken. De werking van het Nationaal Instituut voor Statistiek (NIS) dient hiertoe door de bevoegde Minister de nodige stimulansen te krijgen. Aanvullend hiervoor zullen de activiteiten van het „Studiecentrum voor perinatale epidemiologie VZW" verder ondersteund worden. Gezien de wenselijkheid van uniforme registratiemodaliteiten en van permanent toezicht op de statistische gegevens zal in samenspraak met de op te richten hogervermelde „Adviescommissie" gezocht worden naar een meer permanente oplossing van deze registratieproblematiek.

Er moet eveneens overwogen worden of ten gevolge van de communautarisering niet verder moet gewerkt worden met een eigen centrum voor registratie van statistische gegevens (gezondheidsindicatoren). Een veel snellere verwerking van de bekomen gegevens zou hierdoor mogelijk worden. Er weze hierbij aangestipt dat nu reeds vele Vlaamse gynaecologen op vrijwillige basis een belangrijke bijdrage leveren tot een goede registratie.

2. PREVENTIE VAN PREMATURITEIT (EN TEVENS PREVENTIE VAN EEN TE LAAG GEBOORTEGEWICHT)

Binnen het decreet houdende de oprichting van Kind en Gezin (29 mei 1984) wordt dit aangegeven als één der belangrijke taken van deze instelling. Regelmatig prenataal onderzoek met niet alleen aandacht voor de lichamelijke maar ook de psychosociale context is hier essentieel.

2.1. Prenatale raadplegingen van Kind en Gezin

In de beginperiode van het N.W.K. ontstonden de prenatale raadplegingen uit de private weldadigheidsakties, specifiek gericht op sociale hoge risicogezinnen. In onze moderne tijd, met overwegend prenatale controles in de privé-sector, blijft een eerder beperkt aantal prenatale raadplegingen van Kind en Gezin (N.W.K.) verder bestaan. Uit cijfers van de perinatale mortaliteit blijkt anderzijds ook dat vooral bij bepaalde migrantengroepen de problemen op vlak van zuigelingensterfte beduidend groter zijn. Deze hoog-risico-groep wordt soms nog onvoldoende bereikt met prenatale controles. Deze vaststellingen pleiten alleszins voor een grondig onderzoek door Kind en Gezin naar de wenselijkheid om het bestaande net voor prenatale raadplegingen te gaan heroriënteren. Terzake kan men onderzoeken hoe de overblijvende raadplegingen kunnen afgestemd worden op bepaalde risicogroepen (bv. migranten), hetzij door het ondersteunen van op dit terrein reeds geëigende organisaties, goed geïntegreerd in migrantenmiddens

(bv. De Sleep, Borgerhoutse groepen, via vrouwenbewegingen), hetzij door een specifieke aanpak zoals werking met :

— vrouwelijke gynaecologen (taaicomponent + cultureel/antropologische factor) ;

— sociaal verpleegkundigen met vreemde nationaliteit ;

— strategische consultatieruimtes.

2.2. Private prenatale raadplegingen

Een blijvende taak voor Kind en Gezin kan liggen op vlak van de waakzaamheid m.b.t. het verhogen van de kwaliteit van de private raadplegingen. Dit vereist de omschrijving van de rol van medici en wetenschappers binnen Kind en Gezin.

2.3. Geïntegreerde zwangerschapsbegeleiding

Een belangrijk aandachtspunt ligt in het bevorderen van een globale samenwerking tussen huisartsen, pediaters-neonatologen, gynaecologen, sociaal verpleegkundigen en vroedvrouwen. Uit diverse studies (o.a. ook het Nationaal Onderzoeksprojekt 1978) blijken de sociale verschillen zich ook te weerspiegelen in het consumptiepatroon van de medische voorzieningen, waarbij lager geschoolden eerder een beroep doen op huisartsenhulp dan op specialistenhulp.

Preventie van prematuriteit kan niet los gezien worden van psycho-sociale ondersteuning en gezo ndheidsbegeleiding van ouders, en in het bijzonder van de jonge moeder bij zwangerschap. Relatie-opbouw met de gezinnen vóór de bevalling is van strategisch belang voor de verdere zorgverlening rond en na de bevalling. Het verduidelijken van de opstelling en het takenpakket van Kind en Gezin (en hierin zeker de plaats van het huisbezoek van de sociaal verpleegkundigen) moet leiden tot gesprekken en afspraken met de medici. Concurrentiegedachten dienen plaats te maken voor gestructureerde samenwerking.

2.4. Optimale aanwending van diagnostische middelen

Bestrijding van prematuriteit kan — met goed gevolg — gebeuren zonder in een gesofistikeerde en technische geneeskunde te vervallen.

Toevoeging van steeds meer screening procedures/-tests is slechts zinvol wanneer het bewijs is geleverd van efficiëntie, wanneer m.a.w. de toepassing ervan bij iedere zwangerschap de perinatale sterfte/morbiditeit significant drukt.

Een permanente bijscholing (navorming) van de zorgenverstrekkers dient te waken over de promotie van een „selectieve" toepassing van waardevolle procédés. In dit verband is een informatiecampagne naar artsen toe wenselijk over de huidige mogelijkheden en beperkingen van genetic counseling en van echodiagnosüek.

2.5. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.)

Van fundamenteel belang is een voorafgaande G.V.O. (op school en elders) i.v.m. anti-conceptie, zwangerschap, verantwoord ouderschap. Ook G.V.O. voor de aanstaande ouders i.v.m. risicofactoren door arts en verpleegkundige is essentieel (besef van het gevaar van roken, het drinken van alcohol, het gebruik van drugs en geneesmiddelen, het nut van vaccinatie tegen rubella, van hygiënische maatregelen tegen toxoplasmose, het belang van een voldoende lang interval tussen verschillende zwangerschappen, het belang van de leeftijd van de toekomstige moeder, het kennen van centra voor genetisch advies,...).

G.V.O. dient uiteraard ook wezenlijk geïntegreerd te zitten in de zorg voor Kind en Gezin tijdens de zwangerschap. Het teruglopend succes van aparte Kind en Gezin- informatieavonden moet ook hier leiden naar een alternatieve aanpak, o.a. door het actief betrekken van de locale gynaecologen, huisartsen en kraamklinieken.

2.6. Zwangerschapsrust

Een mogelijke en belangrijke maatregel die hier zeker dient vermeld te worden is de „selectieve opruststelling" voor de zwangere tussen de 25ste en de 32ste week, op voorschrift van de begeleidende arts en in functie van sociale factoren, werkomstandigheden en verplaatsingen. Dit moet gebeuren om prematuriteit te voorkomen.

3. VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN RISICOZWANGERSCHAPPEN EN OPTIMALE BEGELEIDING VAN ZWANGERSCHAP EN BEVALLING

Vanuit de analyse van de factoren die medebepalend zijn voor de frequentie van perinatale morbiditeit en mortaliteit is het duidelijk dat initiatieven die leiden tot een meer gestructureerde samenwerking tussen de verschillende zorgenverstrekkers- en zorgenniveaus dienen gestimuleerd te worden.

3.1. Zwangerschap

Kansarme sociale groepen dragen een aantal risicofactoren in zich en worden onvoldoende bereikt door prenatale raadplegingen. In overleg met Kind en Gezin dienen dan ook de mogelijkheden onderzocht te worden om — zeker daar waar Kind en Gezin over géén eigen net van prenatale raadplegingen beschikt — tot een actieve opvolging en begeleiding door de sociaal verpleegkundigen van Kind en Gezin te komen, in samenspraak en overleg met de huisarts van de moeder. Prenatale preventie impliceert immers de mogelijkheid tot tijdige verwijzing zodat voor elke situatie een aangepast kwalitatief niveau van medische zorgen kan verzekerd worden.

Een gestructureerde samenwerking terzake vergt echter niet alleen een taakverdeling van de werkzaamheden maar ook een continue communicatie van de verschillende zorgenverstrekkers, alsook een adviesfunctie van de tweede lijn i.v.m. diagnostische en therapeutische aangelegenheden voor individuele patiënten en voor groepen patiënten met een gemeenschappelijk kenmerk. Deze werk-

wijze heeft niet alleen het voordeel van continuïteit in de zorgverlening maar ook van een stimulans tot meer aktieve participatie van de aanstaande moeder met betrekking tot haar zwangerschap.

3.2. Bevalling : waar en welke begeleiding ?

Het is welbekend dat na een zorgvuldige begeleiding van een normale zwangerschap zonder voorziene complicaties er zich toch nog onvoorziene problemen kunnen voordoen tijdens (plotse massieve bloedingen, vertraging van de arbeid — met verhoogd foetaal lijden-, uitzakken van de navelstreng) of direct na de bevalling (retentie van de placenta, overvloedige postpartum bloedingen, apnoe van de pasgeborene). Dergelijke niet-voorziene risico's kunnen tot 10 % (sommige studies gewagen zelfs van 15 %) der barenden uit de laagrisicogroep treffen. Deskundige specialistische begeleiding is dan dringend noodzakelijk.

3.3. Geïntegreerde perinatale dienstverlening

Gelet op de onvoorzienbare situaties kan een bevalling in het kliniekmilieu „veiliger" zijn, op voorwaarde dat maatregelen getroffen worden i.v.m. een geïntegreerde perinatale dienstverlening. In dit verband werd per 1 januari 1988 de nieuwe reglementering in verband met de erkenningsnormen van de M en N-diensten, alsook betreffende de werking en de financiering van de neonatale functie (n-afdeling) van kracht. Belangrijk hierbij is dat voortaan in elke materniteit specifieke voorzieningen dienen aanwezig te zijn om de nodige verzorging aan de pasgeborenen te verstrekken. Al deze normen hebben tot doel de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren door het stellen van strengere architectonische, functionele en organisatorische normen.

De vroegere prematurendiensten werden nu opgesplitst in 2 onderscheiden diensten nl. :

— de n-dienst of de afdeling niet-intensieve neonatale zorg die bestemd is — en uitsluitend voorbehouden is — voor de opname en verzorging van pasgeborenen die niet bij de moeder verblijven en die geen intensieve behandeling behoeven. Alsdusdanig vervult deze afdeling een technische functie ten behoeve van de pasgeborenen van de materniteit. Elke materniteit moet over zulke n-functie beschikken.

— de N-dienst of de dienst voor intensieve neonatale zorg die bestemd en uitsluitend voorbehouden is voor de opname en verzorging van pasgeborenen die een intensieve behandeling behoeven. De functionele en organisatorische normen zijn hier zodanig streng dat slechts weinige van de vroeger erkende prematurendiensten aan deze normen voldeden.

Preventief zijn er een groot aantal vrijwillig gestopt, zodat er nu sinds 15 januari 1989 nog slechts 9 intensieve neonatale diensten (N) overblijven in Vlaanderen, met een totaal van 164 bedden. In de loop van 1990 zal een wetenschappelijke evaluatie van hun werking plaats grijpen.

Om samenwerking tussen n- en N-diensten te bevorderen werd gevraagd onderling schriftelijke overeenkomsten af te sluiten ten einde vlotte doorverwijzingen te bekomen. Wat betreft de medische verantwoordelijkheid voor de n-afdeling moet worden vermeld dat deze ook wordt toegewezen aan een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde met een zekere ervaring in de neonatologie. Het is wenselijk dat deze kinderarts de huisartsen — zeker indien de bevalling door hem werd verricht — op de hoogte houdt en betrekt in de behandeling van de pasgeborene.

3.4. Polyklinisch versus thuisbevallen

Bij een deel van de jonge Vlaamse bevolking (en van de aanstaande moeders in het bijzonder) leeft een terechte vraag naar een waardige begeleiding, die meer kans geeft op een beleving van de geboorte als een gezinsgebeuren. Deze vraag uit zich o.a. door een zekere belangstelling voor de thuisbevalling.

De moeilijkheid een adequate selectie uit te voeren in de loop van de zwangerschap, het gevaar voor onvoorziene verwikkelingen bij moeder en kind tijdens of kort na de baring, het gebrek aan zelfstandig werkende vroedvrouwen (noodzakelijk voor het doorlopend volgen van de barende), het gebrek aan een aangepast (d.i. onmiddellijk inschakelbaar) snel transportmiddel ingeval van problemen zijn echter evenzoveel argumenten tegen een experiment inzake thuisbevalling in de huidige Vlaamse context.

In Nederland, waar nog een vrij groot (doch gestaag dalend) aantal bevallingen thuis gebeurt, is trouwens voorzien in een snelle overbrenging van de kraamvrouw naar de kliniek. Binnen een kliniekcontext kan, zoals reeds gesteld, een grotere veiligheid worden geboden op voorwaarde dat de nodige samenwerkingsverbanden 24 u/24 u werkzaam zijn.

Anderzijds kunnen een aantal voordelen, toegeschreven aan de thuisbevalling, ook bereikt worden door polyklinische bevalling en dit zonder de nadelen van de thuisbevalling. De polyklinische bevalling wordt in de eerste plaats gedaan door de huisarts en door de vroedvrouw en de moeder is na 24 of 48 uur verblijf in de kliniek weer thuis in haar vertrouwd milieu. Zij kan toezicht houden op het huishouden en op de kinderen indien zij er reeds heeft. Sommige vrouwen plooien zich niet graag naar hetgeen zij ervaren als dwang van de kliniek (bv. in verband met de maaltijden op vaste uren en de beperkte bezoekuren). Indien er reeds kinderen zijn, wordt de pasgeborene thuis vlotter geïntegreerd in het hele gezin. Om tegemoet te komen aan deze evolutie is het wèl noodzakelijk dat de voorwaarden kunnen gecreëerd worden voor een voldoende rust van de moeder, alsook voor de noodzakelijke aanpassing aan het nieuwe kind. Een voldoende aanbod van kraamhulp aan huis binnen het geheel van de eerstelijnszorg en de thuishulp aan gezinnen dient m.a.w. ter beschikking te staan. Alle garanties dienen tevens uitgebouwd voor een veilig medisch toezicht tijdens het kraambed. Ook hier is samenwerking het

sleutelwoord. Om de continuïteit van de zorgen te waarborgen, dient dan ook bij ontslag uit de kraamkliniek een verslag meegegeven te worden voor de huisarts over het verloop van de baring alsook over de toestand van moeder en kind.

4. OPTIMALE PERINATALE ZORG

Het resultaat van de voortplanting en de kwaliteit van de obstetrische zorgen werden in het verleden uitsluitend beoordeeld door één cijfer : de perinatale sterfte. Heden groeit echter het besef dat het waarborgen van optimale kwaliteit aan het nieuwe leven het uiteindelijke streefdoel van de toegediende zorgen moet zijn. Kwaliteit van biologisch leven kan dus niet in getalmaat worden uitgedrukt.

4.1. Preventie van perinatale beschadiging

Aangeboren afwijkingen die één of meer levensbelangrijke organen kunnen treffen zijn vaak niet te voorspellen. Het is vooral de perinatale beschadiging van het centrale zenuwstelsel die moet vermeden worden, omdat de eigenheid van het menselijk leven de expressie is van het normaal functioneren van dit kwetsbare orgaan. Er is een rechtstreeks verband aantoonbaar tussen neurologische en mentale afwijkingen bij het kind bij vroeggeboorte, laag geboortegewicht en/of perinatale hypoxie. Deze toestanden voorkomen is een levensbelangrijke opgave, vooral in een maatschappij die trots is op haar snelle wetenschappelijke en technische vooruitgang. Opvang van acute hypoxie vereist een permanentie van ter zake opgeleid personeel en de aanwezigheid van de noodzakelijke technische infrastructuur.

4.2. Graduele opbouw van de perinatale dienstverlening

Dienstverlening door huisartsen, obstetrici en pediaters-neonatologen moet ten allen tijde optimaal en overal gecoördineerd worden. Dit impliceert bij de organisatie van de perinatale dienstverlening een echelonnering ten behoeve van alle zwangeren/pasgeborenen én zeker voor de begeleiding van risicozwangerschappen en voor de opvang van zieke pasgeborenen. In dit licht is ook een registratie van de (ernstige) neonatale morbiditeit noodzakelijk teneinde de latere evolutie van deze kinderen te kunnen volgen en evalueren.

Het koninklijk besluit van 15 augustus 1987 legt de verplichting op aan het geneesheer-diensthoofd van de kraaminrichting de perinatale registratie bij te houden. Op het einde van het jaar moeten de bijzonderste elementen verzameld worden in een jaarverslag met o.m. de perinatale en maternale sterftecijfers. Elk geval van maternale en perinatale sterfte moet het voorwerp uitmaken van een bijzondere bespreking en evaluatie. Het schriftelijk verslag hiervan wordt opgenomen in het medisch dossier. Er wordt ook bepaald dat de sterfgevallen aan een autopsie moeten worden onderworpen voor zover er geen administratieve of juridische beletselen bestaan.

De kwaliteit van de vroeg-neonatale opvang — vooral van de zieke pasgeborene — is eveneens van groot belang. Heel wat problemen werden door een betere verloskundige en neonatale kennis en praktijk ten goede gekeerd. Denken we maar aan de rhesusprofylaxie (met preventie van overlijden door erythroblastose), regeling van diabetes tijdens de zwangerschap, vermijden van geboortetraumata door keizersneden, preventie van kernicterus.

Naast de weinig beïnvloedbare sterfte door zware congenitale anomalieën kan de PNM slechts gedrukt worden door de problemen verbonden aan prematuriteit en intrauteriene (d.i. in de baarmoeder) groeiachterstand deskundig op te vangen.

4.3. Integratie van verloskundige en neonatale zorg

Dit vereist een integratie van verloskundige en neonatale zorgen tot een perinatale geneeskunde, zeker voor wat de hoog-risico zwangerschappen betreft. Veilige perinatale geneeskunde vereist dat bewaking van (risico) zwangerschappen, geboorte, neonatale opvang (en zorgenverstrekking) op éénzelfde plaats gebeuren waar alle competente dienstverleners ten allen tijde lichamelijk aanwezig zijn en kunnen beschikken over de nodige infrastructuur, zowel apparatuur als personeel. Deze elementen dienen zeker betrokken te worden in de evaluatie van de overblijvende N-diensten.

Afspraken dienen gemaakt te worden tussen materniteiten, behorende tot dezelfde regio, opdat patiënten daar waar nodig in optimale omstandigheden zouden kunnen getransporteerd worden. Bij voorkeur gebeurt dit nog vóór de bevalling, indien de problemen konden voorzien worden (de moeder blijft vooralsnog de „beste transportcouveuse"). In iedere kraamkliniek dienen ook reanimatiemogelijkheden voor pasgeborenen voorzien te zijn ter voorbereiding van het vervoer naar een neonataal centrum. Volgens het koninklijk besluit van 15 augustus 1987 moet een N-dienst inderdaad beschikken over een ziekenwagen met transportincubator die uitgerust is voor de reanimatie, monitoring en het vervoer van pasgeborenen. De dienst moet het transport — onmiddellijk na de oproep — onder medisch toezicht in de beste omstandigheden waarborgen. Daarom moet de geneesheer die de pasgeborene begeleidt praktische ervaring hebben wat betreft de behandeling en de reanimatie van pasgeborenen.

5. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Het is noodzakelijk dat er meer fundamenteel wetenschappelijk en klinisch wetenschappelijk onderzoek komt op volgende twee domeinen :

a. voor een betere kennis over de ontwikkeling van de foetus en over de foeto-maternele interaktie (relatie tussen zwangere vrouw en haar vrucht) ;

b. mechanismen in het ontstaan van pretermarbeid.

In het algemeen zou men zich de vraag kunnen stellen of in het ganse pakket van het wetenschap-

pelijk onderzoek de foetus en het pasgeboren kind niet te veel vergeten wordt. Binnen de eigen mogelijkheden van wetenschappelijk onderzoek zowel als binnen gecoördineerde onderzoeksprogramma's met de nationale overheid zal hiervoor de nodige ruimte dienen gecreëerd. Meer in concreto zal hieraan vorm worden gegeven bij de invulling van het wetenschappelijk impulsprogramma inzake gezondheidsrisico's.

SAMENVATTING

De belangrijke prioritaire aandachtspunten voor het perinataal beleid van de Vlaamse Gemeenschap in de toekomst zijn de volgende.

1. De oprichting van een Vlaamse Adviescommissie voor de Perinatale Zorg. Deze adviescommissie dient aan de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid voorstellen te doen voor betere perinatale begeleiding met het oog op een verdere vermindering van de perinatale mortaliteit en een beter inzicht in PNM. Zo kan geadviseerd worden dat verloskundige zorg gecoördineerd dient te verlopen met de neonatale zorg. Voor de behandeling van hoogrisicozwangerschappen dient het oprichten van perinatale centra met specifieke subsidiëring ter discussie te komen. De adviescommissie moet de Minister ook helpen bij het leggen van prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek in de perinatale geneeskunde. Aan de Commissie zou tenslotte binnen de kortste tijd moeten worden gevraagd :

a) over de N-diensten

— beschouwingen over de opgelegde eisen in het koninklijk besluit dd. 15 augustus 1987 onder andere wat betreft parenterale voeding, beademing, verwijzingen ...

— eventuele opmerkingen op de huidige personeelsomkadering

— de noodzaak voor het behoud van het huidig aantal erkende diensten en bedden ;

b. over de n-diensten

— over de efficiëntie van hun werking aanleunend bij een M-dienst

— de noodzaak van een moeder-kindfunctie of de opportuniteit van koppelen M-n-E in eenzelfde instelling

— eventuele beschouwingen over lacunes in de personeelsbestaffing van n-diensten

— doorlichting van de financiële problematiek die zich voordoet bij een optimale werking

— correlatie tussen oprichten van n-diensten en een verbetering (of verslechtering) van de perinatale sterfte.

2. De verdere verbetering van de registratie en verwerking van de perinatale mortaliteit en eventueel de morbiditeitsgegevens. Essentieel is dat geëvalueerd wordt welke gevolgen een ingestelde therapie of een gevoerd beleid hebben.

3. De verbetering van de preventie van prematuriteit, vroegtijdige opsporing van risicozwangerschappen, optimale begeleiding voor zwangerschap en bevalling en optimale neonatale zorg. Om vroegtijdig risico's te kunnen opsporen en om reeds correcties te kunnen doorvoeren vooraleer de bevruchting is gebeurd, zal vanuit de overheid ertoe aangedrongen worden dat elke vrouw een zwangerschapsvooronderzoek laat doen.

4. Een specifieke aandacht voor en een heroriëntering van de voorzieningen voor de kansarmen en de migranten in onze maatschappij.

5. Een specifieke aandacht voor de invloed van milieufactoren.

Brussel, 14 februari 1990.

De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden,

H. WECKX