jo vandeurzen

vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin

antwoord

op vraag nr. 152 van 23

van agnes bruyninckx

1. Er bestaan vele classificatiesystemen voor perinatale sterfte (d.i. ruimer dan doodgeboorte), elk met hun eigen sterke en zwakke punten, benadering, definities en complexiteit. Sinds 1954 werden aldus een 30-tal classificatiesystemen voor perinatale sterfte in de vakliteratuur gepubliceerd, wat tevens het gebrek aan wetenschappelijke consensus aantoont. In vergelijking met doodgeboorte bedoelt men met perinatale sterfte elk overlijden vanaf 22 weken zwangerschapsduur of vanaf een gewicht van 500 gram tot en met 6 dagen na de al dan niet vroegtijdige geboorte per 1.000 geboorten. Men gaat er immers van uit dat deze parameter het probleem beter zou omvatten dan enkel doodgeboorte omdat sterfte bij pasgeborenen vaak toegeschreven kan worden aan zwanger­schapsproblemen.

Het Nederlandse TULIP-classificatiesysteem werd ontworpen als poging om enkele tekort­komingen van de al bestaande classificatiesystemen te remediëren. De auteurs raden trouwens aan om het in combinatie met andere classificatiesystemen toe te passen.

In juni 2009 werd de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) opgericht die besloot om de aanbevelingen van deze auteurs te volgen en op nationale schaal meerdere classificatiesystemen, waaronder TULIP, te gaan combineren. In 2009 werden 10 regioteams getraind om lokale audits te introduceren bij samenwerkende zorgverleners. Vanaf 2010 werd vervolgens gevraagd om elke perinatale sterfte (met focus op sterfte vanaf 37 weken zwangerschapsduur die een kwart van de Nederlandse perinatale sterfte uitmaakt) te registreren bij de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). Een eerste landelijke audit op basis van deze gegevens is gepland voor 2011.

1. In Vlaanderen wordt geen voorkeursclassificatiesysteem met betrekking tot perinatale sterfte aanbevolen. Artsen gebruiken naar eigen inzicht een of meerdere classificatiesystemen zoals beschreven in de wetenschappelijke literatuur. Uiteraard speelt ook de uitgebreidheid van de onderzoeken waarmee ouders instemmen (o.a. autopsie) een rol in het al dan niet kunnen stellen van een precieze diagnose. Wat Vlaanderen betreft, bedroeg het percentage slecht gedefinieerde doodsoorzaken bij doodgeborenen 30,1% in 2005 en 30,0% in 2006, wat duidelijk minder is dan het merendeel van de gevallen.
2. Omwille van het al aangehaalde gebrek aan wetenschappelijke consensus in verband met classificatiesystemen en de recente aard van deze nieuwe Nederlandse aanpak, ben ik van oordeel dat het nut ervan voor Vlaanderen slechts grondig kan geëvalueerd worden na wetenschappelijke toetsing van de toekomstige resultaten in Nederland. In Vlaanderen ligt de perinatale sterfte (6,8 per 1.000 geboorten in 2007, stabiel van 1998 tot 2007 op enkele kleine schommelingen na) trouwens beduidend lager dan in Nederland (10,0 per 1.000 geboorten in 2004, volgens Peristat-II). Dit doet natuurlijk niets af aan het lijden van ouders bij perinatale sterfte.