

Factsheet naderende serotiniteit (laat-terme zwangerschap)

22 oktober 2015

Aanleiding

Er zijn regionaal sterke verschillen in beleid bij een zwangerschapsduur vanaf 41 weken. In sommige regio's wordt er vanaf 41 weken overwogen om de baring in te leiden, ook bij eerstelijns zwangeren, in andere regio's wordt bij een gezonde zwangerschap tot 42 weken afgewacht, met of zonder consult in de tweedelijns (echo en/of CTG controle). Er zijn systematische reviews beschikbaar over dit onderwerp, en er loopt een groot onderzoek in Nederland (INDEX-studie). Er is een herziene afspraak hierover in de VIL in voorbereiding, die tot nu toe niet geautoriseerd is. Verloskundigen hebben aangegeven dat ze behoefte hebben aan een overzicht van beschikbare kennis, zodat ze hun beleid ten aanzien van dit onderwerp kunnen onderbouwen in het gesprek met hun cliënten en in het VSV.

Deze factsheet geeft een kort overzicht van bestaande gegevens, gebaseerd op reviews, literatuur gebruikt voor de concept-VIL en Nederlandse gegevens uit de PRN-database. Uitvoerig systematisch literatuuronderzoek is niet verricht door de KNOV. De factsheet is ontwikkeld door de afdeling richtlijnen van de KNOV.

Definitie

Serotiniteit of post terme zwangerschap is gedefinieerd door WHO en FIGO als een zwangerschapsduur ≥ 42 weken. Laat terme zwangerschap wordt door de ACOG/SMFM gedefinieerd als een zwangerschap van 41^{+0} t/m 41^{+6} (ACOG 2013). De amenorroeduur dient te worden berekend op basis van echoscopisch onderzoek conform het NVOG modelprotocol 'Datering van de zwangerschap' (NVOG 2010). Volgens dit protocol wordt de a terme datum bepaald op basis van de echoscopische parameters in het eerste trimester (bij voorkeur tussen 8^{+4} en 12^{+6} weken). Zelfs bij 1 dag verschil met de a terme datum op basis van de eerste dag laatste menstruatie wordt de echoscopisch bepaalde a terme datum gevolgd.

Prevalentie/incidentie

Bijna 20% van alle vrouwen met een eenlingzwangerschap bevalt vanaf 41^{+0} weken. In 2013 (Stichting Perinatale Registratie Nederland 2014) beviel 16,7 % tussen de 41^{+0} en 41^{+6} weken en 1,4% vanaf 42^{+0} weken (zie tabel 1). Het aantal zwangeren dat de 42^{+0} week volmaakt is sterk gedaald, onder andere als gevolg van een toenemend beleid om eerder dan 42^{+0} weken de bevalling in te leiden. In 2007 was 4,6% van alle eenlinggeboorten bij $\geq 42^{+0}$ weken en in 2002 was dit 5,5% (bron: PRN jaarboeken 2002 en 2007).

Tabel 1. Prevalentie zwangerschapsduur ≥ 41 weken bij eenlingzwangerschappen in 2013

41^{+0} - 41^{+6} wkn	Aantal	Percentage
Totaal	27.460	16,7% van alle eenlingzwangerschappen
<i>Spontane weeën/vliesscheur</i>	18.735	68,2%
<i>Inleiding</i>	8.410	30,6%
<i>Primaire sectio</i>	315	1,1%
≥ 42 wkn	Aantal	Percentage
Totaal	2.199	1,4% van alle eenlingzwangerschappen
<i>Spontane weeën/vliesscheur</i>	764	29,8%
<i>Inleiding</i>	1.761	68,7%
<i>Primaire sectio</i>	39	1,5%
Bron: Jaarboek 2013 Zorg in Nederland - stichting PRN tabel 4.1.2		

Van alle zwangeren in de eerstelijns verloskundigenpraktijken wordt ongeveer 4% overgedragen in verband met (dreigende) serotiniteit (Amelink-Verburg *et al.* 2009). Dit is ongeveer 8% van alle ante partum overdrachten (bron: PRN-insight LVR1 praktijkjaarverslag 2013).

Wat zijn de risico's?

Serotiniteit, dus een zwangerschapsduur ≥ 42 weken, is geassocieerd met een verhoogd risico op perinatale sterfte en morbiditeit, inclusief foetale sterfte. In hoeverre dit risico ook al verhoogd is bij $41^{+0} - 41^{+6}$ weken bij een verder ongestoorde eenlingzwangerschap is moeilijk vast te stellen, ook omdat de incidentie van perinatale sterfte laag is (zie tabel 2).

Tabel 2: perinatale sterfte en zwangerschapsduur

	Zwduur (in wk)	Foetale sterfte (n)	Neonatale sterfte 1-7dg (n)		Aantal geborenen	Perinatale sterfte (1-7 dg)	Procent
Geboren kinderen 2013 (PRN jaarboek, tabel 7.1.1)							
Alle kinderen	≥ 22	893	475		169.884	1.368	0,81%
Prematuur	$22^{+0} - 36^{+6}$	647	375		12.921	1.022	0,79%
A terme	$37^{+0} - 40^{+6}$	144	68		125.105	212	0,17%
Laat terme	$41^{+0} - 41^{+6}$	29	13		27.465	42	0,15%
Serotien	$\geq 42^{+0}$	3	2		2.199	5	0,23%
PAN rapport 2010-2012							
	$38^{+0} - 40^{+6}$	140	60		115.816	200	0,17%
Laat terme	$41^{+0} - 41^{+6}$	30	14		29.012	46	0,16%
Serotien	≥ 42	5	2		2.564	7	0,27%

Risicofactoren bij lange zwangerschapsduur (in laag risico zwangerschappen)

- Laag geboortegewicht

Perinatale sterfte en morbiditeit bij serotiniteit is sterk geassocieerd met groeivertraging, gedefinieerd als een geboortegewicht < 10 e percentiel. In een groot cohort in Noorwegen was het risico op perinatale sterfte bij een zwangerschapsduur > 42 weken, rekening houdend met confounders zoals pariteit en maternale leeftijd, vijfmaal verhoogd voor kinderen met een geboortegewicht $< p10$ (adj RR 5.68 ; 95% BI 4.37-7.38) (Campbell *et al.* 1997, NVOG 2007).

- Etniciteit

Er zijn aanwijzingen dat de optimale zwangerschapsduur kan samenhangen met etniciteit (NVOG 2007, Ravelli *et al.* 2013). Afrikaanse, Surinaams-Hindoestaanse en mediterrane vrouwen zouden al voor de 42.0 weken een verhoogd risico op perinatale sterfte hebben. In hoeverre dit van belang is bij het vaststellen van serotiniteit in deze groepen is nog onderwerp van onderzoek (zie INDEX studie) (Kortekaas *et al.* 2014).

- GDM

Bij diabetes mellitus is een lange zwangerschapsduur gerelateerd aan perinatale complicaties, mogelijk door een versnelde rijping van de placenta. Of dat ook het geval is bij diabetes gravidarum (GDM) is onduidelijk. Hiervoor wordt verwezen naar de factsheet Zwangerschapsdiabetes (KNOV 2013).

- **Meconium houdend vruchtwater**

Meconiumhoudend vruchtwater komt vaker voor naarmate de zwangerschapsduur vordert. In een groot cohort laag risico eenling zwangerschappen in Californië (VS) nam de aanwezigheid van meconium toe van 11% bij 37 weken tot 35% bij 42 weken (Caughey *et al.* 2005, NVOG 2007). De risico's geassocieerd met meconiumhoudend vruchtwater staan beschreven in de factsheet Meconiumhoudend vruchtwater (KNOV 2012).

Welke behandelingen zijn beschikbaar?

- **Strippen**

Strippen van de vliezen vermindert de kans op serotiniteit, zonder de kans op maternale of neonatale morbiditeit te vergroten (Boulvain *et al.* 2005). In een Nederlandse studie verminderde strippen vanaf 41 weken de kans op een zwangerschapsduur $\geq 42^{+0}$ weken significant (van 41% naar 23%). Zowel bij nulli als bij multiparae was strippen bij 6 vrouwen nodig om 1 serotiene zwangerschap te voorkomen (NNT = 6, BI 4-9) (de Miranda *et al.* 2006).

- **Amniotomie voorafgaand aan inleiding**

Op basis van een Nederlandse RCT (Serinam-studie) (Rijnders 2011) kan amniotomie worden aangeboden aan vrouwen met een zwangerschapsduur tussen 41^{+5} en 42^{+0} dagen. Na een periode van afwachten van 8-12 uur dient de bevalling ingeleid te worden, als deze niet spontaan op gang is gekomen. In de Serinam-studie verminderde de kans op een inleiding of bijstimulatie (OR 0,7; 95% BI 0,5 – 0,9) en vergrootte de kans op een thuisbevalling (OR 2,3; 95% BI 1,5 – 3,5).

Dit beleid kan alleen in goede afstemming tussen eerste lijn en tweede lijn worden uitgevoerd.

- **Inleiden versus bewaking**

Diverse studies en systematische reviews zijn beschikbaar over de effectiviteit van inleiden van de baring bij een langere zwangerschapsduur of het afwachten van een spontane baring. Er is in Nederland consensus dat na 42^{+0} weken een inleiding dient te worden geadviseerd en een overdracht naar de tweede lijn is geïndiceerd (CVZ 2003, KNOV/NVOG 2011, NVOG 2007). Er is nog wel verschil van mening over het beleid tussen 41^{+0} en 41^{+6} week. De meeste studies en reviews die beschikbaar zijn beantwoorden niet precies deze vraag, omdat ze variëren in de termijn waarop de baring wordt ingezet en/of op de termijn tot wanneer wordt afgewacht.

In evidence tabel op de volgende pagina (tabel 3) zijn meta-analyses weergegeven over inleiden vanaf 41 weken (maar vóór de 42 weken) of vanaf 42 weken, waarbij in de controlegroep van de meeste studies werd afgewacht tot ver voorbij de 42 weken. Alleen de uitkomstmaat 'perinatale sterfte' is in de tabel opgenomen.

De veel geciteerde Cochrane review van Gulmezoglu uit 2012 is gebaseerd op grotendeels dezelfde studies (met toevoeging van enkele studies met inleiding < 41 weken). Deze Cochrane review maakt geen onderscheid tussen inleidingen vanaf 41 weken en vanaf 42 weken, en staat daarom niet in deze tabel (Gulmezoglu *et al.* 2012).

Op basis van de RCT's in deze meta-analyses wordt vaak geconcludeerd dat er misschien een reductie van perinatale sterfte te verwachten is bij het routinematig aanbieden van een inleiding vanaf 41 weken, in vergelijking met afwachten tot (ver) na 42 weken. Op basis van beide reviews uit tabel 3 is de te verwachten absolute reductie in het risico op perinatale sterfte klein, en de eventueel in te leiden groep om één geval van perinatale sterfte te voorkomen (NNT) is zeer groot. Afhankelijk van de review is de NNT ruim 500 of ruim 800, en mogelijk nog veel meer (zie tabel 3). Omdat in verschillende studies niet altijd bij 41^{+0} is ingeleid, maar ook later, en omdat in de controle groep werd gewacht tot (ver) na 42 weken geeft dit onvoldoende informatie over het Nederlandse dilemma: inleiden bij 41^{+0} of bij 42^{+0} weken.

Tabel 3: Inleiding vanaf 41⁺⁰ weken en het mogelijk effect op perinatale sterfte

Systematic Review	Aantal studies	Omvang interventie groep	Omvang controle groep	Perinatale sterfte	ARR = Absolute risicoreductie; NNT
<i>Inleiding vanaf 41⁺⁰ weken vergeleken met afwachten (tot ver na 42 wk)</i>					
Hussain 2011 (Hussain <i>et al.</i> 2011)	12 RCT (subgroep analyse)	n= 3164; 0 events	n= 3137; 8 events (2,5 ‰)	RR 0,27; 95% BI 0,08-0,98)	ARR: 1,8/1000 NNT: 547 (95% BI 434-20.000)
Wennerholm 2009 (Wennerholm <i>et al.</i> 2009)	9 RCT (allen ook in Hussain ea 2011)	n= 2968; 0 events	n= 2952; 5 events (1,7 ‰)	RR 0,29 (95% BI 0,06-1,37) Niet significant	ARR 1,2/1000 NNT 828 (95% BI 626-oneindig)
<i>Inleiding bij 42 weken vergeleken met afwachten</i>					
Hussain 2011, Wennerholm 2009	2 RCT's (subgroep analyse)	n= 151, 1 event (6,6‰)	n=145, 3 events (20,7‰)	RR 0,41 (95% BI 0,06- 2,73), Niet significant	ARR NNT 82 (95% BI 51- oneindig)

De review van Wennerholm geeft verder aan dat er mogelijk een reductie is in sectio caesarea bij een beleid waarin vanaf 41 weken of later wordt ingeleid. (RR 0,87; 95% BI 0,79- 0,96) Maar bij een sensitiviteitsanalyse waarbij de grootste studie om methodologische redenen werd geëxcludeerd, was er geen significante verschil meer in sectiopercentages (Wennerholm *et al.* 2009). De vraag is bovendien of dit vertaalbaar is naar de Nederlandse situatie, omdat het sectio percentage in Nederland bij 41-42 weken met 7,5% aanzienlijk lager ligt dan in de geïncludeerde studies (> 20%). Observationale studies geven aan dat de maternale (en ook perinatale) risico's bij een electieve inleiding over het algemeen hoger zijn dan bij het afwachten op spontane start van de baring (Baud *et al.* 2013). In Nederland zijn de percentages van een secundaire sectio hoger na een inleiding dan na een spontane start van de baring, ook bij laat terme en serotiene zwangeren (Kortekaas *et al.* 2014, Zhang *et al.* 2015).

Bij nadere beschouwing van alle artikelen uit de reviews, blijkt dat **geen enkel artikel** uit de reviews ingaat op het Nederlandse dilemma: inleiding aanbieden vanaf 41 weken of afwachten tot 42 weken. Er is geen uitspraak te doen over mogelijke reductie van perinatale sterfte. Om die reden loopt op dit moment de INDEX-studie (Studies-obsgyn.nl 2015). Deze is specifiek opgezet om de Nederlandse vraag te beantwoorden wat de effecten zijn van het wel of niet routinematig aanbieden van een inleiding bij 41 weken in vergelijking met afwachten tot 42 weken. De eerste resultaten worden op zijn vroegst verwacht in 2016.

- Foetale monitoring en kindsbewegingen

Het is niet uit de literatuur op te maken vanaf welke zwangerschapsduur aanvullende antenatale bewaking geïndiceerd is en welke vorm van bewaking. Het is onduidelijk of bijvoorbeeld CTG en echo meerwaarde hebben boven alerter zijn op minder leven voelen enz. Aan de andere kant wordt in de literatuur en in buitenlandse richtlijnen het belang van foetale monitoring bij vrouwen met een afwachtend beleid benadrukt en wordt bij studies waarin afwachten wordt vergeleken met inleiden in de afwachtgroep ook een vorm van bewaking toegepast (ACOG 2014). Hoewel de effectiviteit van foetale monitoring nog niet is bewezen, is het belangrijk om lokale afspraken te maken over laagdrempelig overleg en/of consultatie tussen 41⁺⁰ en 41⁺⁶ weken. Deze afspraken betreffen eventuele aanvullende antenatale monitoring tussen 41⁺⁰ en 41⁺⁶ en het tijdig plannen van een inleiding bij het bereiken van 42⁺⁰ weken.

Counseling over al dan niet inleiden na 41 en na 42 weken

Clënten met een gezonde zwangerschap van 41 weken worden met lastige keuzes geconfronteerd. De kansen op een gezond verloop en spontane start van de baring voor de 42^e week zijn groot, maar toch kan het moeilijk zijn om op een spontane start van de baring te wachten.

Zorgverleners moeten cliënten zorgvuldig inlichten over voor en nadelen van afwachten versus inleiden. Onder andere moet duidelijk zijn dat perinatale sterfte zeldzaam is, en het absolute risicoverschil bij een eventuele inleiding vóór 42 weken zeer klein. Duidelijk is wel dat de risico's na 42 weken verhoogd zijn. Bijlage 1 kan eventueel helpen bij de counseling over de risico's.

Wat zegt de VIL-update

De concept VIL update is niet geautoriseerd door de NVK. Daarmee blijft formeel de oude VIL afspraak uit 2003 bestaan. Pas na de INDEX studie wordt opnieuw aan een update gewerkt.

In de concept update was het advies dat de zwangerschap tot 42⁺⁰ weken in de eerste lijn kan worden begeleid. Wel dienen er goede afspraken te bestaan over eventuele foetale monitoring en laagdrempelig consult na 41 weken. Er moeten ook goede lokale samenwerkingsafspraken zijn die een inleiding bij 42⁺⁰ weken in de tweede lijn mogelijk maken.

Conclusie

Serotiniteit, gedefinieerd als een zwangerschapsduur van 294 dagen of langer, gaat gepaard met verhoogde perinatale risico's. Vooral groeivertraging draagt bij aan het perinatale risico. Of een routinematige inleiding tussen 41 en 42 weken bijdraagt aan betere uitkomsten voor moeder en kind is niet te zeggen. Daarom wordt op dit moment de INDEX-studie verricht.

Zwangeren moeten adequaat gecounseld worden over de verschillende beleidsopties en de daarbij horende afwegingen, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken voor een bij hen passend beleid na de 41^e zwangerschapsweek.

De KNOV stelt zich op het standpunt dat een interventie zoals een inleiding van de baring alleen aangeboden mag worden indien deze bewezen effectief is of overwogen kan worden indien er geen verschil is qua (perinatale en/of maternale) uitkomsten met een afwachtend beleid. Aangezien er tot op heden nog onvoldoende bewijs is voor betere of gelijke perinatale en/of maternale uitkomsten bij het electief inleiden van de baring vanaf 41 weken, zou dit alleen in studieverband dienen plaats te vinden, door deelname aan de INDEX-studie.

Aanbevelingen voor interdisciplinaire bespreking

Lokaal dienen er afspraken gemaakt te worden over:

- Eenduidige counseling van de vrouw
- Laagdrempelig overleg en/of consultatie tussen 41 en 41⁺⁶ weken
- Strippen vanaf 41 weken
- Eventuele aanvullende antenatale monitoring tussen 41 en 41⁺⁶ weken
- het plannen van een inleiding bij 42⁺⁰ weken
- De mogelijkheid van een protocol voor amniotomie in de eerste lijn op de dag voorafgaand aan de geplande inleiding
- Eventueel: mogelijkheden van de begeleiding door de eigen verloskundige (integrale zorg)

Literatuur / bronnen

Reviews

Boulvain M, Stan C, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005(1):CD000451. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15674873>

Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane database of Syst Rev. 2012;6:CD004945. <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD004945.pdf>

Hussain AA, Yakoob MY, Imdad A, Bhutta ZA. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: a systematic review with meta-analysis. BMC public health. 2011;11 Suppl 3:S5. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S5>

Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(1):6-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19140042>

Richtlijnen

Concept verloskundige indicatielijst 2011. Utrecht: KNOV/NVOG, 2011.

<http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/524/verloskundige-indicatielijst/>

NVOG Richtlijn Serotiniteit. Utrecht: NVOG, 2007. www.nvog.nl

<http://www.nvog.nl/vakinformatie/Kwaliteitsnormen,+richtlijnen,+standpunten+enz/default.aspx>

Verloskundig vademecum. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2003.

<http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/524/verloskundige-indicatielijst/>

Overig

ACOG-guideline Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. Obstet Gynecol. 2013;122:1139-40. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Definition-of-Term-Pregnancy#box1>

ACOG-guideline Practice bulletin no. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. Obstet Gynecol. 2014;124(2 Pt 1):390-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25050770>

Amelink-Verburg MP, Rijnders MEB, Buitendijk SE. A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. BJOG. 2009;116:923-32. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02202.x/pdf>

Baud D, Rouiller S, Hohlfeld P, Tolsa JF, Vial Y. Adverse obstetrical and neonatal outcomes in elective and medically indicated inductions of labor at term. J Matern Fetal Neonatal Med 2013;26(16):1595-601. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23581489>

Campbell MK, Ostbye T, Irgens LM. Post-term birth: risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. Obstet Gynecol. 1997;89(4):543-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9083310>

Caughey AB, Washington AE, Laros RKJ. Neonatal complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold, fashion. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(1):185-90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15672023>

Datering van de zwangerschap. Utrecht: NVOG, 2010. http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectNTG_85=86&fSelectedSub=85

de Miranda E, van der Bom JG, Bonsel GJ, Bleker OP, Rosendaal FR. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. BJOG. 2006;113(4):402-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489935>

Factsheet Diabetes gravidarum (GDM). Utrecht: KNOV, 2013. <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/265/diabetes/>

Factsheet Meconiumhoudend vruchtwater (MHV). Utrecht: KNOV, 2012. <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/99/meconium-houdend-vruchtwater/>

INDEX studie. Studies-obsgyn.nl. http://www.studies-obsgyn.nl/index/page.asp?page_id=1095 2015

Kortekaas JC, Bruinsma A, Keulen JK, van Dillen J, Oudijk MA, Zwart JJ, et al. Effects of induction of labour versus expectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week - 42 week dilemma. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14:350. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-350.pdf>

Perinatale zorg in Nederland 2013. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2014. http://www.perinatreg.nl/uploads/150/153/PRN_jaarboek_2013_09122014.pdf

Ravelli AC, Schaaf JM, Eskes M, Abu-Hanna A, de Miranda E, Mol BW. Ethnic disparities in perinatal mortality at 40 and 41 weeks of gestation. Journal of Perinatal Medicine. 2013;41(4):381-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23314508>

Rijnders M. Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes: effects and women's experiences. Hoofdstuk 8: a randomised controlled trial of amniotomy at home for induction between 292 and 294 days gestation. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2011. <http://dare.uva.nl/record/1/366220>

Zhang J, Geerts C, Hukkelhoven C, Offerhaus P, Zwart J, de Jonge A. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. Bjog. 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13520. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216434>

Risk talk

Aafke Bruinsma MSc

Er zijn sessies waar je voor een bepaalde spreker heen gaat – in dit geval was dat voor mij Hannah Dahlen uit Australië – maar waarbij je uiteindelijk door een andere spreker uit de betreffende sessie geheel positief verrast wordt. Vicki van Wagner (Canada) hield in dezelfde sessie een inspirerende presentatie: *'Doing risk talk'*. Met haar presentatie liet zij zien dat ondanks dat gesprekken met cliënten vaak simpel en logisch lijken, verloskundige zorgverleners het misschien niet altijd zo handig aanpakken.

Haar kwalitatieve onderzoek bestond uit interviews met 50 zorgverleners, allen werkend in de geboortezorg: verloskundigen, artsen en verpleegkundigen. Met haar onderzoek wil Vicky zorgverleners handvatten geven voor het bespreken van risico's, voordelen en alternatieven met de zwangeren, zonder bij te dragen aan de ontstane angstcultuur.

Vicky legt *risk talk* uit als het proces om alternatieve benaderingen en vergelijkingen van de zwangerschap en baring te gebruiken om risicoschattingen gebaseerd op numerieke betrouwbaarheid uit te leggen. Daarmee bedoelt ze dat een zorgverlener niet klakkeloos ruwe cijfers op tafel legt, maar deze op een andere manier en in andere bewoording uit probeert te leggen die beter aansluit bij alledaagse begrippen.

Centraal staat 'het risico in perspectief'. Maar welke factoren zorgen er nou voor dat dit perspectief zal veranderen tijdens het gesprek met de cliënte, de zogenaamde *risk talk*? Een aantal factoren worden hieronder toegelicht (zie ook tabel 1).

Tabel 1. Vervanging: gebruik woorden

Risico	Gebruik woorden
1/1	Zeker
1/2	Waarschijnlijk
1/10	Veelvoorkomend
1/100	Niet vaak
1/1000	Zeldzaam
1/10.000	Zeer zeldzaam
1/100.000	Verwaarloosbaar
1/1.000.000	Theoretisch

Aafke Bruinsma MSc is eerstelijns verloskundige & onderzoeker bij de Universiteit van Amsterdam

Figuur 1. Cyclus van evidence-based risk talk



Sommige factoren zijn relatief simpel, maar geven zwangeren (en hun partners) een beter inzicht, zoals het gebruik van woorden in plaats van cijfers. Ook door absolute risico's te gebruiken in plaats van relatieve risico's, wordt het risico in een ander perspectief gezet. Een verhoogde kans van 0,01% naar 0,02% zal anders geïnterpreteerd worden, dan wanneer een zwangere hoort dat ze een verdubbeling van het risico heeft, wat veel ernstiger klinkt maar waarbij het nog steeds om een heel klein risico gaat.

Daarnaast maakt de vergelijking van het risico met alledaagse risico's veel duidelijk. Bijvoorbeeld de zwangere die een kans van 1:1000 op een GBS-infectie heeft, ondanks antibioticagebruik na een positieve kweek. Wanneer uitgelegd wordt dat het risico te vergelijken is met het jaarlijkse overlijdensrisico van een 40-jarige man (uit Canada) die niet rookt, is het voor de zwangere veel begrijpelijker en wordt het risico in een realistischer perspectief gezet.

Vrouwen zullen beslissingen (moeten) nemen over hun kind. Dit is een stuk gecompliceerder dan wanneer zij een beslissing nemen over hun eigen leven. Aanstaaende moeders zijn meestal zo altruïstisch ten opzichte van hun ongeboren kind, dat zij elk bijeffect of nadelig effect voor zichzelf buiten beschouwing laten, zolang er maar geen risico voor hun kind ontstaat, hoe klein dat ook moge zijn. Als zorgverlener ligt hier de kans om dat risico bespreekbaar te maken en er voor te zorgen dat zwangeren beslissingen nemen op basis van realistisch ingeschatte risico's.

Wat kreeg het publiek mee naar huis?

Risk talk is geen neutraal proces. Zorgverleners gebruiken een verscheidenheid aan gesprekstechnieken om angst bij de cliënte en daaruit ontstane onnodige technische interventies te voorkomen. De focus op risico's is een bijeffect van evidence-based practise. Dit leidt bij de zwangeren tot een voorkeur voor en dus een stijgende

vraag naar interventies en technologie, het zogenoemde '*lean to technology*' (Zie: figuur 1. Cyclus van evidence based risk-talk).

Hopelijk kunnen verloskundige zorgverleners een cultuur creëren, waarbij zwangeren in staat zijn risico's in perspectief te plaatsen in plaats van deze steeds maar te willen uitbannen. ■