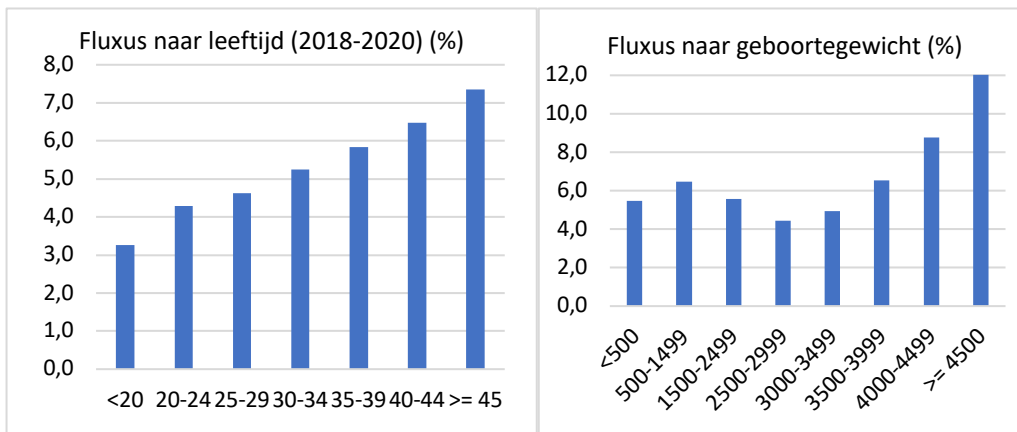


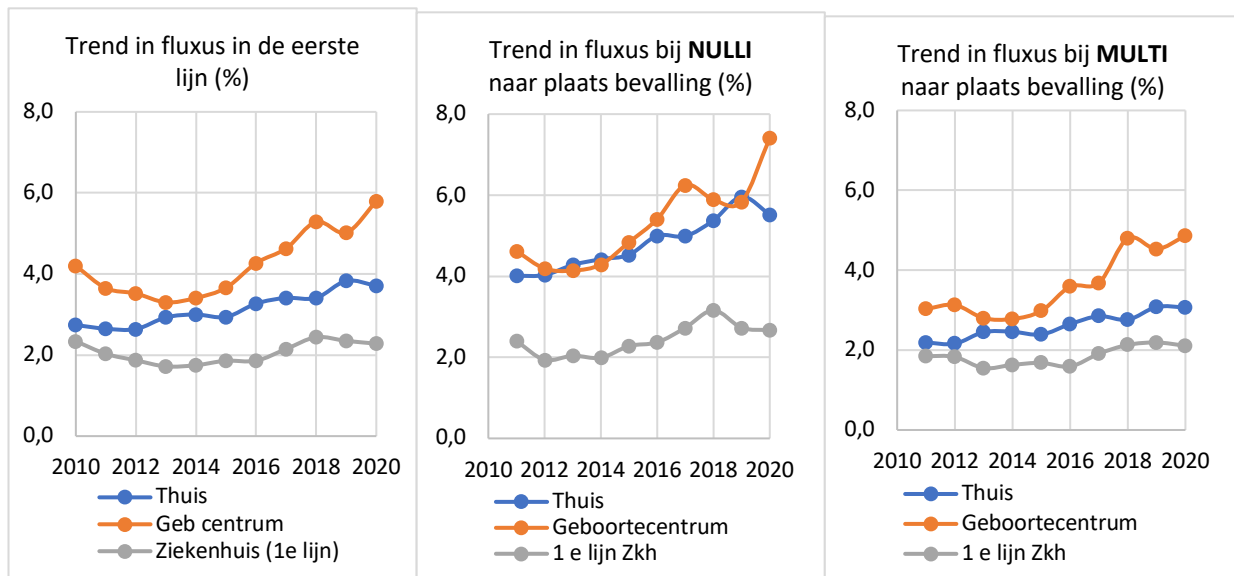
Fluxus en plaats van de baring

Fluxus komt de afgelopen 10 jaar vrij stabiel (geen trend) voor bij rond 6% van alle eenling bevallingen (>24 wkn). Dat zijn ieder jaar 9,5 a 10 duizend gevallen (data van Perined: www.peristat.nl). Het leeuwendeel gebeurt in de tweede lijn in het ziekenhuis (rond 8000 gevallen of rond 7 %) en minder in de eerste lijn (2% in de eerste lijn in het ziekenhuis, 4% thuis, 6% geboortecentrum). Bij ziekenhuizen/vsv's (via de ZIN indicatoren) zien we een grote variatie in fluxus tussen minder dan 4% tot wel 10%. De Santeon ziekenhuizen hebben onlangs eenzelfde grote variatie tussen hun ziekenhuizen gevonden en daar actie op ondernomen (Zie rapport: Samen beter. Geboortezorg. 2021).

De leeftijd van de moeder is een factor die een rol speelt. Het risico op fluxus van 40-45 jarigen is 1,5 keer hoger dan van 20-25 jarigen. Verder is er een hoger risico op fluxus bij een te laag en bij een hoog geboortegewicht. Bij een 9-ponds baby loopt het risico op tot 1 op 8 (12%). Verder natuurlijk de duur van de bevalling. Verder hebben nulli een hoger risico dan multi.



Als we verder kijken naar de trends in fluxus in de eerste lijn en naar de eventuele verschillen naar plaats van de baring en pariteit zien we een paar opvallende dingen.



Zowel bij thuisbevallingen als in het geboortecentrum is het percentage fluxus vanaf 2014 gestegen en die stijging zien we zowel bij nulli als bij multi. Meer aandacht voor fluxus en een betere registratie en meting (wegen van het bloedverlies) kan daarbij een rol spelen.

Bij thuisbevallen is fluxus enigszins toegenomen minder dan 3% tot bijna 4% (totaal 900 gevallen p jr) en in het geboortecentrum steeg het van rond 3,5% tot bijna 6%. In de 1^e lijn in het ziekenhuis schommelt het percentage rond 2-2,5%, maar is het risico in de tweede lijn drie keer hoger. Bij nulli is het percentage fluxus bij thuisbevallen en in het geboortecentrum vrijwel gelijk en sinds 2014 ook ongeveer evenveel gestegen.

Bij multi in het geboortecentrum komt fluxus vaker voor dan bij thuisbevallen (+60%). Maar zo'n verschil is er niet bij nulli. Mogelijk is het verschil gerelateerd aan de kenmerken van de populatie multi in een geboortecentrum of is fluxus bij nulli thuis eigenlijk relatief hoog. Bij thuisbevallen is het risico op fluxus bij nulli bijna twee keer zo hoog (90% hoger) als bij multi. Dat verschil is in het geboortecentrum en in de eerste lijn in het ziekenhuis veel minder

groot, rond 33%. Deze verschillen zijn lastig te verklaren, maar we weten dat er op veel plaatsen meer aandacht is gekomen voor fluxus en dat verschillende populaties verschillende risico's kunnen hebben.

2018-2020	Thuis	Geboortecentrum	
	%	%	RR Gb/Thuis
Nulli	5,62	6,30	1,12
Multi	2,97	4,72	1,59
Totaal	3,66	5,34	1,46
RR Nulli	1,89	1,33	

Resultaten van eerder Nederlands onderzoek

Nederlands onderzoek uit 2016 (Van Stralen et al. AOGS:95,1104-1110) rapporteerde een toename in fluxus tussen 2000 en 2013 (van 4 naar ruim 6%). Die stijgende trend lijkt dus inmiddels gestabiliseerd. De belangrijkste risicofactor was het handmatig verwijderen van de placenta (rr = 29!). Ook werd een oplopend risico met de leeftijd en een lager risico bij niet-kaukasische moeders beschreven. Verder werden een aantal andere risicofactoren benoemd (sectio, epiduraal, inleiding, vroeggeboorte, meerling) die in de eerste lijn niet of nauwelijks voorkomen. Dat verklaart waarschijnlijk het hogere percentage fluxus in de tweede lijn in het ziekenhuis. Tenslotte bleken episiotomie (rr=1,64) en ruptuur (rr=1,71) in datzelfde onderzoek ook risicofactoren voor fluxus. Deze laatste twee risicofactoren komen bij bevallen in een geboortecentrum momenteel vaker voor dan bij een thuisbevalling en dat kan een deel van het verschil mogelijk verklaren. Episiotomie is echter in de eerste lijn in de laatste tien jaar zeer sterk gedaald, vooral bij thuisbevallen en in de eerste lijn in het ziekenhuis maar iets minder in een geboortecentrum.

In eerder Nederlands onderzoek (2014: Smit et al. BMC P&C:14:397) is een aanzet gegeven voor richtlijnontwikkeling en kwaliteitsindicatoren voor het handelen rond fluxus in de eerste lijn. Daarin werd o.a. aanbevolen om het bloedverlies te wegen.

Conclusies

We kunnen de waargenomen verschillen in fluxus naar plaats van de eerstelijns geboorte niet onmiddellijk duiden. Zijn het verschillen in definities of in registratie of in de risicofactoren (andere wachtkamers) van de populaties? Daarvoor is nader onderzoek nodig maar dat vraagt wel veel meer klinische (dossier) informatie. Ziekenhuizen (de Santeon groep) zijn hier al actief mee bezig, maar vanuit een complexer risicobeeld.

Boodschap: De wachtkamer (casemix) en de plaats van de bevalling bepalen mogelijk een belangrijk deel van de uitkomsten bij fluxus en fluxus komt relatief weinig voor. Dat alles maakt benchmarken lastig. Werken volgens een richtlijn kan bijdragen en regio's hebben vaak zulke richtlijnen.

Tenslotte nog de opmerking dat de kwaliteit van de Perined registratie beter kan. Van bijna 6000 bevallingen is in 2020 de plaats van de geboorte niet bekend en in die groep komen wel 263 gevallen van fluxus voor (4,3%).