

Delivery after caesarean

Citation for published version (APA):

Vankan, E. (2021). *Delivery after caesarean: chances and choices*. Ridderprint.
<https://doi.org/10.26481/dis.20211112ev>

Document status and date:

Published: 01/01/2021

DOI:

[10.26481/dis.20211112ev](https://doi.org/10.26481/dis.20211112ev)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Chapter 8

Nederlandstalige samenvatting



Nederlandstalige samenvatting

Achtergrond en doel van het onderzoek

De keizersnede (sectio Caesarea: SC) heeft als oorspronkelijk doel sterfte van moeder en kind te voorkomen. Wanneer er geen strikte indicatie is voor een SC nemen de risico's voor zowel moeder als kind toe, zonder verbetering van de zwangerschapsuitkomst. De laatste decennia is echter wereldwijd een forse stijging in het aantal SC opgetreden, oplopend tot meer dan 50% van alle bevallingen in een aantal landen. In Nederland ligt het percentage op 15,7 % in 2019. De stijging kan leiden tot een toename in complicaties voor moeder en kind en hogere kosten voor de gezondheidszorg. Verbetering van de zorg rondom SC is noodzakelijk om een verdere stijging in het aantal SC te voorkomen. In de huidige richtlijnen worden wetenschappelijk onderbouwde adviezen gegeven wanneer een SC uitgevoerd moet worden. Echter de grote variatie in aantal SC wereldwijd suggereert dat de richtlijnen in verschillende mate gevolgd worden.

Met toename van het aantal SC stijgt ook het aantal vrouwen dat zwanger is na een eerdere SC. Ook in deze groep worden verschillen gezien in het volgen van de richtlijnen. Deze vrouwen hebben een grotere kans op complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling als gevolg van het litteken in de baarmoeder (uterus), waaronder het optreden van een uterusruptuur. Goede voorlichting over risico's en opties ten aanzien van de manier van bevallen zijn daarom van belang. Indien er geen contra-indicaties zijn, wordt gesteld dat de vrouw een keuze heeft tussen een geplande SC of een poging tot vaginale baring (die kan eindigen in een vaginale baring of een ongeplande SC). Het blijkt echter dat deze vrouwen vaak onvolledig geïnformeerd worden en onvoldoende betrokken worden bij de besluitvorming, vanwege angst bij zorgverleners voor toename van het aantal geplande keizersnedes.

Het doel van dit proefschrift is het in kaart brengen van de praktijkvariatie in de manier van bevallen na een eerdere SC en in hoeverre dit wordt beïnvloed door niet patiëntgebonden factoren. Vervolgens is het doel een strategie te ontwikkelen om de richtlijnadherentie en betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming over de manier van bevallen na eerdere SC te verhogen en deze strategie te toetsen in de praktijk.

Belangrijkste bevindingen

Hoofdstuk 1 geeft een algemene inleiding over de huidige zorg rondom SC en specifiek de zorg voor vrouwen die zwanger zijn na een eerdere SC. Volgens de huidige richtlijnen hebben vrouwen die zwanger zijn na een eerdere SC een keuze tussen een geplande SC of een poging tot vaginale baring, die kan eindigen in een vaginale baring of een ongeplande SC. Beide opties hebben voordelen en risico's. Een vaginale baring geeft de kleinste kans op

complicaties, gevolgd door een geplande SC. De grootste kans op complicaties wordt gezien bij een ongeplande SC. Om een gefundeerd besluit te kunnen maken, stellen de richtlijnen dat vrouwen voorgelicht moeten worden over een aantal kernpunten van beide opties: de kans op het slagen van een poging tot vaginale baring, de kans op een uterusruptuur, de verhoogde kans op een uterusruptuur bij inleiding of bijstimulatie, de risico's en voordelen van een geplande SC en de implicaties voor de toekomst van beide opties. Een voorspelling van de persoonlijk te verwachten kans op een vaginale baring kan hierbij heel nuttig zijn.

In hoofdstuk 2 is de variatie in de manier van bevallen na eerdere SC van 763 vrouwen in 17 Nederlandse ziekenhuizen onderzocht. Hieruit bleek dat het percentage vrouwen dat een geplande SC onderging per ziekenhuis varieerde van 6 tot 54%. Van de vrouwen die een vaginale baring poogden (gemiddeld 67%), varieerde het aantal geslaagde vaginale baringen van 50 tot 90%. We onderzochten in welke mate deze variatie verklaard kan worden door verschillen in risicofactoren van de patiënten. Door middel van analyses werden de zwaarstwegende risicofactoren vastgesteld, waaronder leeftijd, BMI, ras, eerdere SC wegens niet vorderende baring, eerdere vaginale baring na SC, zwangerschapscomplicaties bij de moeder, en de rijpheid van de portio. Wanneer de percentages geplande SC en vaginale baringen werden gecorrigeerd voor verschillen in deze risicofactoren, bleek 85% van de variatie hier niet door verklaard te kunnen worden. Een groot deel van de variatie tussen de ziekenhuizen is daarmee niet verklaard. Dit kan erop duiden dat lokaal beleid een belangrijke rol speelt in de besluitvorming over de manier van bevallen na SC. De mate waarin de richtlijnen gevolgd worden kan hierin essentieel zijn.

Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkeling van een strategie waarmee de richtlijnadherentie verbeterd kan worden en vrouwen meer betrokken worden bij de keuze voor de manier van bevallen na SC. Er is gekozen voor een keuzehulp, die systematisch ontwikkeld werd onder begeleiding van een stuurgroep en een expert-panel. De constructiefase bestond uit het vaststellen van het doel en de doelgroep, de selectie van de inhoud en de vormgeving. In de keuzehulp in boekvorm is objectieve informatie verwerkt en een stappenplan opgenomen om de voorkeur van de patiënt in kaart te brengen en eerdere ervaringen, keuzemogelijkheden en kansen te bespreken. Er is een predictiemodel toegevoegd om de persoonlijke kans op een vaginale baring te berekenen op basis van risicofactoren van de patiënt. Vervolgens beoordeelden 25 vrouwen die zwanger waren na een eerdere SC de keuzehulp in de pilot-test, waarna verbeteringen werden aangebracht. Uit de pilot-test bleek dat de keuzehulp het keuzeproces ondersteunt en verbetert.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de toetsing van de keuzehulp in de praktijk. Het doel is het effect van de keuzehulp te onderzoeken op het aantal SC, de richtlijnadherentie en de patiëntbetrokkenheid. In een prospectieve setting werden 6 ziekenhuizen waarin de

keuzehulp werd toegepast (interventie-groep) vergeleken met 6 ziekenhuizen die standaard zorg gaven (controlegroep). Enkel vrouwen die zwanger waren na één eerdere sectio met nu een kind in hoofdligging à terme en zonder verdere contra-indicaties voor een vaginale baring werden geïncludeerd (n=924). Er leek geen verschil te zijn in het aantal vaginale baringen tussen de interventie- en de controlegroep (45%). In de interventie-groep kozen meer vrouwen voor een geplande SC (42% vs. 31%). In dezelfde groep zagen we dat vrouwen die kozen voor een poging tot vaginale baring ook vaker vaginaal bevielen (77% vs. 67%). In de groep waar de keuzehulp werd toegepast werd vaker gecounseld volgens de richtlijnen (73% vs. 63%) en vrouwen voelden zich meer betrokken bij de besluitvorming over de manier van bevallen (98% vs. 68%). Het gebruik van de keuzehulp lijkt dus te leiden tot een gelijk aantal vaginale baringen, maar tot een risico-reductie van 40% op een ongeplande SC, een toename van geplande SC en verhoogde richtlijnadherentie en patiëntbetrokkenheid bij het keuzeproces.

In hoofdstuk 5 presenteren we de externe validatie van het in de keuzehulp toegepaste predictiemodel. Het predictiemodel kan een belangrijke rol spelen in de persoonlijke counseling voor de kans op een vaginale baring. Dit model, ontwikkeld door Schoorel *et al.*, was reeds intern gevalideerd voordat het werd toegepast als onderdeel van de keuzehulp. Om het te kunnen gaan toepassen in de praktijk zal het eerst in de betreffende populatie (Nederland) extern gevalideerd moeten worden. Het predictiemodel bevat 6 voorspellers voor een geslaagde vaginale baring: BMI, eerdere vaginale baring, eerdere SC wegens niet vorderende baring, Kaukasisch ras, een geschat gewicht van het kind boven de 90ste percentiel en een inleiding van de baring in de huidige zwangerschap. In deze studie werden 586 vrouwen geïncludeerd die een poging tot vaginale baring wensten.

Het aantal geslaagde vaginale baringen werd vergeleken met het voorspelde aantal vaginale baringen door het predictiemodel. Hieruit bleek dat het predictiemodel een goed onderscheidend en voorspellend vermogen heeft. Bij een lage kans op succesvolle vaginale baring is er enige overschatting door het model, waar er tevens onderschatting is wanneer er een hoge kans is op een vaginale baring. Het predictiemodel presteert adequaat in een Nederlandse populatie en kan toegepast gaan worden in de dagelijkse praktijk als onderdeel van de counseling.

Hoofdstuk 6 bevat een algemene discussie over de resultaten van dit proefschrift. Daarnaast wordt er verder ingegaan op de implicaties voor de dagelijkse praktijk en worden suggesties gedaan voor toekomstig onderzoek.