

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 7

Impact



Impact

Onderzoek

De keizersnede is een medische ingreep die verricht wordt om complicaties voor moeder en kind te voorkomen of te beperken. Indien een keizersnede verricht wordt zonder goede reden, worden de risico's voor moeder en kind juist groter.

In de afgelopen decennia is het aantal keizersneden wereldwijd fors gestegen. Dit is onwenselijk omdat hiermee het aantal complicaties zal toenemen. Daarnaast stijgen de kosten voor de gezondheidszorg. Met toename van het aantal keizersneden, stijgt ook het aantal vrouwen dat zwanger wordt na een eerdere keizersnede (11% van alle zwangere vrouwen in 2011 in NL (hoofdstuk 2) en 62 % van alle uitgevoerde keizersneden [1]). Deze vrouwen hebben meer risico op complicaties in de zwangerschap en bij de bevalling als gevolg van het litteken in de baarmoeder. Het grootste risico is dat tijdens de bevalling het litteken in de baarmoeder openscheurt ("uterusruptuur"), waarbij de kans dat het kind overlijdt ongeveer 10% is. Echter slechts 15% van deze vrouwen blijkt de zorg te ontvangen die in de betreffenderichtlijnen geadviseerd wordt. Het doel van dit proefschrift is de huidige zorg rondom vrouwen zwanger na een eerdere keizersnede in kaart te brengen en te verbeteren. Op deze manier willen we verdere toename van het aantal keizersneden en de daarmee gepaard gaande complicaties voorkomen. Daarnaast willen we vrouwen meer te betrekken bij de besluitvorming rondom hun bevalling.

Relevantie

Wereldwijd zijn er diverse richtlijnen opgesteld die aangeven wanneer een keizersnede moet worden uitgevoerd. Desondanks worden er grote verschillen gezien in het percentage keizersneden dat verricht wordt (16-57%), waarbij het Nederlandse percentage op 15,7% ligt [1,2]. Ook in Nederland zijn twee richtlijnen opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG): "Indicatiestelling Sectio Caesarea" en "Zwangerschap en bevalling na voorgaande Sectio Caesarea". Ondanks de duidelijke adviezen worden binnen Nederland grote verschillen gezien in het percentage geplande keizersneden en het percentage vaginale bevallingen bij vrouwen die eerder een keizersnede hebben gehad (hoofdstuk 2). Dit kan komen omdat richtlijnen niet consequent gevolgd worden.

Vrouwen die zwanger zijn na een eerdere keizersnede, moeten in hun nieuwe zwangerschap samen met hun zorgverlener een keuze maken over de manier van bevallen. Als er geen medische bezwaren zijn, kan de zwangere kiezen tussen een geplande keizersnede of proberen vaginaal te bevallen. Dit is een lastige keuze omdat

het zowel om de gezondheid van de moeder als die van het kind gaat. Het is daarom belangrijk dat vrouwen goed voorgelicht worden over de voor- en nadelen van de opties. Zij geven echter aan dat ze niet voldoende geïnformeerd worden. Het blijkt dat zorgverleners bang zijn voor toename in het aantal keizersnedes als ze adequate voorlichting zouden geven [3].

Om patiënten en hulpverleners te ondersteunen in het bespreken van de opties en de gezamenlijke besluitvorming is een keuzehulp ontwikkeld (hoofdstuk 3). Een keuzehulp is een effectief instrument om gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen. Het vermindert 'decisional conflict' en verhoogt de kennis van de patiënt [4, 5]. Patiënten krijgen met de keuzehulp eenduidige informatie volgens de richtlijn over de manier van bevallen. Op deze wijze kan de richtlijnadherentie verhoogd worden. Daarnaast worden patiënten voorgelicht over hun kans op een succesvolle vaginale baring. De persoonlijke kans op een vaginale baring kan een belangrijke rol spelen in de besluitvorming. Het is tevens een voorspeller voor het risico op complicaties voor de moeder. De kans op complicaties is 0,2% bij vrouwen die vaginaal bevallen, terwijl dit 3,8% is bij vrouwen die uiteindelijk een ongeplande keizersnede krijgen [6]. We hebben een predictiemodel toegevoegd aan de keuzehulp waarmee de persoonlijke kans op een geslaagd vaginale baring berekend kan worden. Dit model is geschikt voor toepassing in de Nederlandse populatie van vrouwen zwanger na een eerdere keizersnede (hoofdstuk 5). In de huidige literatuur zijn meerdere keuzehulpen en predictiemodellen voor bevallen na eerdere keizersnede beschreven, echter niet eerder werd een predictiemodel toegevoegd aan een keuzehulp.

Ter illustratie is hieronder het predictiemodel toegevoegd waarbij dit is ingevuld voor een vrouw met een normaal BMI van 23, die eerder een keizersnede heeft gekregen wegens een stuitligging. Ter vergelijking volgt daaronder het predictiemodel dat is ingevuld voor een vrouw met een hoger BMI van 30, die eerder een keizersnede kreeg wegens niet vorderende ontsluiting.

Variabele	Meetniveau	Waarde
BMI (kg/m ²) voor zwangerschap	continue	23
Eerdere keizersnede door niet vorderen	ja = 1, nee = 0	0
EFW \geq p90	ja = 1, nee = 0	0
Inleiding/priming	ja = 1, nee = 0	0
Eerdere vaginale partus	ja = 1, nee = 0	0
Kaukasisch	ja = 1, nee = 0	1
Kans van slagen		78,3%

Variabele	Meetniveau	Waarde
BMI (kg/m ²) voor zwangerschap	continue	30
Eerdere keizersnede door niet vorderen	ja = 1, nee = 0	1
EFW \geq p90	ja = 1, nee = 0	0
Inleiding/priming	ja = 1, nee = 0	0
Eerdere vaginale partus	ja = 1, nee = 0	0
Kaukasisch	ja = 1, nee = 0	1
Kans van slagen		62,7%

Het gebruik van de keuzehulp met een predictiemodel lijkt niet te leiden tot een afname in het aantal vaginale bevallingen (hoofdstuk 4). Er kan wel een betere risico-selectie gemaakt worden, omdat wordt gezien dat vrouwen die uiteindelijk kiezen voor een poging tot vaginale baring, dit ook vaker lukt. Hierdoor worden minder ongeplande keizersnedes verricht. Patiënten worden beter voorgelicht volgens de richtlijnen en voelen zich meer betrokken bij de besluitvorming. Er werden geen duidelijke verschillen in het aantal complicaties gezien. Met de keuzehulp krijgen alle patiënten dezelfde informatie volgens de richtlijn, waardoor de kans op verschillen tussen ziekenhuizen kleiner zal worden.

Doelgroep

De studies beschreven in dit proefschrift maken onderdeel uit van het Sectio IMPLementatie (SIMPLE-) project. Dit is een project waarin gekeken wordt naar de huidige zorg rondom keizersnedes, in welke mate de richtlijnen gevolgd worden en hoe de zorg verbeterd kan worden.

In de groep vrouwen zwanger na een eerdere keizersnede bleek maar een klein deel zorg volgens de richtlijn te krijgen. Slechts 15% werd naar behoren geïnformeerd over de opties van de manier van bevallen.

De doelgroep van dit proefschrift zijn alle vrouwen in Nederland die zwanger zijn na één eerdere keizersnede en:

- zwanger zijn van een eenling
- waarbij het kind in hoofdligging ligt
- een voldragen zwangerschap hebben
- waarbij geen medische bezwaren bestaan tegen een vaginale bevalling

Alle studies in dit proefschrift zijn uitgevoerd binnen deze doelgroep. De zorgverleners spelen een cruciale rol in verbetering van deze zorg en het opvolgen van de richtlijnen. Zij counselen de vrouwen over de keuzes en komen tot een (gezamenlijk) besluit. Dit maakt hen tot de tweede doelgroep van deze studie.

Activiteit

De resultaten van het effect van de keuzehulp zijn gepresenteerd op meerdere nationale en internationale congressen, gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel en in het Nederlands tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie. Het effect van de keuzehulp is nu onderzocht in Nederland en draagt bij aan verbetering van zorg voor vrouwen die zwanger zijn na een eerdere keizersnede.

De volgende stap is de implementatie van de keuzehulp in de standaardzorg voor vrouwen die zwanger zijn na een eerdere keizersnede in Nederland. Er is een implementatie-studie opgezet door Koppes *et al* [7], waarbij de keuzehulp is toegepast in 30 Nederlandse ziekenhuizen. Het aantal vaginale bevallingen vóór het gebruik van de keuzehulp is vergeleken met het aantal vaginale bevallingen bij het gebruik van de keuzehulp. Hieruit blijkt dat de verschillen tussen de ziekenhuizen in percentage vaginale bevallingen duidelijk is afgenomen. Het gemiddeld aantal keizersneden bleef gelijk en ook het aantal complicaties is niet toegenomen. Om deze reden is het tevens niet te verwachten dat de kosten voor de gezondheidszorg zijn toegenomen.

Gebruik van de keuzehulp leidt dus tot een afname van verschillen tussen ziekenhuizen in de manier van bevallen, een gelijk aantal keizersneden, een gelijk aantal complicaties en betere patiëntbetrokkenheid. De keuzehulp kan nu landelijk geïmplementeerd worden als onderdeel van de standaardzorg.

De keuzehulp wordt nu aangeboden via de patiënten website van de NVOG. Daarnaast kan de keuzehulp nog toegevoegd worden aan de richtlijn “Zwangerschap en bevalling na voorgaande sectio”. Op deze manier zal iedere zorgverlener die de richtlijn raadpleegt de keuzehulp zien en kunnen toepassen. De eerder beschreven angst bij zorgverleners voor toename van het aantal keizersneden bij goede voorlichting, kan worden weggenomen.

De keuzehulp is in een aantal talen vertaald, maar nog niet buiten Nederland toegepast. Alvorens de keuzehulp ook in andere landen kan worden toegepast, zal deze daar eerst getoetst moeten worden in een onderzoeksetting. Nederland heeft een hoog percentage vaginale bevallingen na eerdere keizersnede. De keuzehulp met het predictiemodel kan een ander effect hebben in een land met een lager aantal vaginale

baringen, een andere zorgcultuur of zorgorganisatie. Mogelijk dat de keuzehulp of het predictiemodel aangepast moet worden op de lokale omstandigheden om een vergelijkbaar effect te bereiken.

Referenties

1. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. *Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. November 2018
2. Perined, Perinatale zorg in Nederland anno 2019: landelijke perinatale cijfers en duiding, Utrecht 2020
3. Melman *et al.* Identification of barriers and facilitators for optimal cesarean sectio care: perspective of professionals, *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17:230
4. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Decision aids for people facing health treatment or screening decisions, *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 12;4(4)
5. Shorten A, Chamberlain M, Shorten B, Kariminia A. Making choices for childbirth: development and testing of a decision-aid for women who have experienced previous caesarean, *Patient Educ Couns.* 2004 Mar;52(3):307-13.
6. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Jr., Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med.* 1996 Sep 5;335(10):689-95.
7. Koppes DM, van Hees MSF, Koenders VM, Oudijk MA, Bekker, MN, Franssen MTM, Smits L, Hermens RP, van Kuijk SMJ, Scheepers HCJ, Nationwide implementation of a decision aid on vaginal birth after cesarean: a before and after cohort study, *J Perinat Med.* 2021 May 31. Online ahead of print