



## Afscheid van de vroedvrouw

**Steeds meer bevallingen vinden in ziekenhuizen plaats, en de traditionele rol van vroedvrouwen en huisartsen wordt overgenomen door specialisten. Een ontwikkeling naar steeds betere zorg, of een symptoom van een ook op andere terreinen doorzettende ontwikkeling maar een ongewenste medicalisering van de gezondheidszorg?**

Al meer dan vijftientig jaar kan Nederland bogen op een verloskundig stelsel waarbij thuisbevalling in het ziektekostenverzekeringspakket zit. Het is het enige westerse land dat zo'n regeling kent. Tegenstanders noemen het fenomeen in één adem met bollenvelden, klompen en Edammer kaas.

Maar terwijl in het buitenland een groeiende belangstelling voor thuisbevalling ontstaat, lijkt men er in Nederland vanaf te willen. Vanuit de gynaecologie worden regelmatig pogingen ondernomen om thuisbevalling voor te stellen als een staaltje van Nederlandse achterlijkheid.

Dit begon al vijf jaar geleden met de (mislukte) poging van twee gynaecologen van het Eindhovense Catharina Ziekenhuis om aan te tonen dat bij bevallingen onder leiding van een vroedvrouw meer kinderen rond de geboorte door zuurstoftekort sterven dan onder leiding van een arts in een ziekenhuis. Oorzaak zou zijn: een te hoge zuurgraad van het bloed van het kind. Een gynaecoloog uit de Zaanstreek deed het onderzoek uitgebreid over en kwam tot heel andere conclusies. De voornaamste daarvan is dat niet te veel waarde gehecht moet worden aan de zuurgraad.

## Apparatuur onder handbereik

Soms lijkt het erop dat voor ziekenhuisbevallingen onomwonden reclame wordt gemaakt. Regelmatig verschijnen in balden als Privé de warme pleidooien van de Nijmeegse hoogleraar G. Eskes, en zijn Utrechtse

collega A.A. Haspels laat zich in het dit jaar verschenen artsblad *De Vrouwelijke Patiënt* evenmin onbetuigd. Met instemming citeert de laatste Duitse artsen die de thuisbevalling 'Der Weg zum Unvernunft' noemen. Wel vindt hij dat ziekenhuisbevallingen kunnen plaatsvinden onder leiding van een vroedvrouw, met onder handbereik apparatuur die paraat staat voor noodgevallen.

Tijdens de opkomst van de vrouwenbeweging in de jaren zeventig verschenen zwartboeken als *Gynaecologische Praktijken* en *Hoe bevallen ziekenhuizen?*, samengesteld door feministische collectieven uit Nijmegen en Amsterdam, die de werkwijze van artsen in ziekenhuizen aan de kaak stelden. Behalve zwangerschapsgymnastiek kunnen zwangere vrouwen tegenwoordig in vrijwel iedere middelgrote stad een cursus volgen in zwangerschapsyoga, psychoprophylaxe (pijnbestrijding op basis van afleiding en ademhalingsoefeningen), haptonomie (met de handen contact maken met het ongeboren kind) of Leboyer (een methode om een kind door de bevalling heen te helpen met gedempt licht en zachte muziek). Geen verloskundige kijkt meer vreemd op als een vrouw te kennen geeft op een kruk of in bad te willen bevallen.

Naast de geijkte voorlichtingsboeken over zwangerschap en bevalling met titels als *Negen maanden blij*, waarin een arts op vaderlijke toon uitlegt wat de aanstaande moeder te wachten staat, verschenen boeken op de markt die uitgingen van de mondigheid van zwangere vrouwen en die kritisch stonden ten opzichte van de al te paternalistische benadering van veel specialisten. Een bestseller was *Bevallen en opstaan*, dat in 1980 verscheen en was samengesteld door acht vrouwen die uit eigen ervaringen of beroepshalve affiniteit hadden met zwangerschap en bevallingen.

Toch lijkt het erop dat naar propagandisten voor de ziekenhuisbevalling het meest wordt geluisterd, want het aantal thuisbevallingen neemt gestadig af. In 1972 vond 52,6 procent van de bevallingen thuis plaats, in 1985 nog maar 36,6. Het resterende percentage vindt -al dan niet poliklinisch- in het ziekenhuis plaats.

Beleidsmaatregelen die gericht zijn op uitbreiding van bevoegdheden van werkers in de 'eerste lijn' van de gezondheidszorg, worden door specialisten (de 'tweede lijn' gefrustreerd. De heftige discussies die zijn opgelaaid naar aanleiding van de herziene Kloostermanlijst laten dit duidelijk zien. Deze lijst, die eind vorig jaar door de Ziekenfondsraad aan de diverse artsenorganisaties werd aangeboden, geeft indicaties voor situaties waarbij zwangerschappen en bevallingen in de eerste dan wel de tweede lijn thuishoren en geldt als toetsingskader bij beroepsprocedures.

De oude lijst werd veertien jaar geleden opgesteld onder leiding van de toenmalige Amsterdamse hoogleraar gynaecologie G.J. Kloosterman, die zich heeft geprofileerd als voorstander van thuisbevallingen. Omdat de nieuwe lijst aan de eerste lijn veel meer bevoegdheden toekent dan de oude, keurt de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) haar af. De eerste lijn zou te veel zwangerschappen met een verhoogd risico te behandelen krijgen en verloskundigen zouden beslissingen moeten nemen waartoe zij niet bevoegd zijn.

In een reactie in het vakblad *Medisch Contact* stelt de voorzitter van de Ziekenfondsraad W. Schellekens hier tegenover dat de verdubbeling van het aantal medische indicaties in de afgelopen tien jaar aantoonde dat er te vaak en oneigenlijk naar de tweede lijn wordt doorverwezen.

Komend half jaar gaan de betrokken organisaties opnieuw overleggen.

De Amsterdamse gynaecoloog dr. Adam van Enk, werkzaam in het Slotervaartziekenhuis, waar de kliniek van de Amsterdamse vroedvrouwenopleiding is gehuisvest, is één van de artsen die zich ongerust maken over deze en andere ontwikkelingen. In een artikel in de rubriek 'Open Forum' in *De Volkskrant* van 5 maart vorig jaar geeft hij uiting aan zijn bezorgdheid over de volgens hem voortschrijdende medicalisering van de gezondheidszorg, en trekt in dit verband een vergelijking tussen de bevalling, waar dat proces al jaren aan de

gang is, en de menopauze, waarbij sinds de ontdekking dat oestrogene hormonen botontkalking op latere leeftijd kunnen voorkomen iets soortgelijks aan het ontstaan zou zijn.

Van Enk geeft toe dat bevallingen in Nederland minder klinisch-technisch worden benaderd dan in het buitenland, wat volgens hem aan een zeer mondige vroedvrouwenbeweging te danken is, maar hij is niet onder de indruk van de 'natuurlijke' methoden die sommige ziekenhuizen pretenderen te hanteren. 'Vroedvrouwen dreigen steeds meer een verlengstuk van de gynaecoloog te worden, vooral wanneer ze bij een ziekenhuis in loondienst zijn.'

Van Enk gelooft niet dat bevallingen die in ziekenhuizen plaatsvinden in de meeste gevallen natuurlijk verlopen, zoals andere artsen, bijvoorbeeld Haspels, stellen. De laatste roemt de huiskamerachtige vertrekken die voor de probleemloze bevallingen zijn gereserveerd, en die als waarborg tegen medicalisering van bevallingen zouden fungeren. Volgens Van Enk zeggen baarkrukken en huiskamers niets over de kwaliteit van de begeleiding en het natuurlijk verloop van bevallingen. 'Die verbeteringen zijn voornamelijk cosmetisch. Je bevalt in een kamer met bloemetjesbehang en soms mag je de dokter gewoon Piet noemen, maar verder is er niet zo veel veranderd.'

## Kantoorurenbevalling

Voor een grote groep artsen en verloskundigen is een ander verontrustend verschijnsel dat de in het buitenland zeer gangbare electieve inleiding (op verzoek kunstmatig opwekken van een bevalling zonder dat daar een medische noodzaak voor is, in de wandeling ook wel kantoorurenbevalling genoemd), nu ook in Nederland is doorgedrongen. Omdat het verloop van de baring met deze methode wordt geforceerd, zouden complicaties in de hand worden gewerkt. De ene ingreep zou de andere uitlokken, vreest Van Enk.

Volgens hem veroorzaakt het hormoon oxytocine, dat bij inleidingen wordt ingespoten, pijnlijker weeën, waardoor eerder tot pijnstilling zou worden overgegaan. Door die pijnstillers kan een vrouw minder goed persen, met alle kans dat de bevalling moet worden afgerond met behulp van een vacuümextractie of een keizersnee. Doordat de vrouw aan bewakingsapparatuur moet worden aangesloten, komt de bewegingsvrijheid in het gedrang.

De gynaecoloog professor H.C.S. Wallenberg, die sinds 1983 (als enige in Nederland) in het Rotterdamse Academisch Ziekenhuis Dijkzigt bevallingen op verzoek inleidt, vindt deze bezwaren sterk overtrokken. Het gebeurt jaarlijks gemiddeld 150 keer, om uiteenlopende redenen: onregelmatige werktijden van vaders; feestdagen; moeders die schoon genoeg hebben van die dikke buik, of die graag alles ruim van tevoren plannen. Wallenburg ziet niet in waarom in dergelijke situaties, als het kind rijp genoeg is om geboren te worden, de bevalling niet opgewekt zou kunnen worden. Met die beperking van de bewegingsvrijheid valt het volgens hem wel mee. 'Vrouwen komen soms van heinde en verre naar Dijkzigt omdat hun eigen dokter niet wil inleiden, en ik heb er nooit klachten over gehoord. Ze hoeven niet plat te blijven liggen en kunnen lezen of een spelletje doen.'

Over het meest gebruikte argument van de tegenstanders, dat met electieve inleiding pathologie wordt gekweekt, zegt Wallenburg: 'Bij inleidingen op medische indicatie is sprake van afwijkingen waarom moet worden ingeleid. Sommigen draaien de zaken vervolgens om door te beweren dat die afwijkingen door het inleiden zijn gekomen. Bij electieve inleiding zijn er tevoren geen afwijkingen, dus is de kans dat die zich gaan voordoen even groot als bij welke bevalling dan ook.'

Wallenburg zou de normen voor medische indicatie voor het opwekken van bevallingen willen verruimen. Vrouwen die geen oog meer dicht doen doordat hun buik in de weg zit, of er psychisch onderdoor dreigen te gaan, moeten volgens hem een medische indicatie kunnen krijgen.

## Veilig en zinvol

De weerstand tegen technische ingrepen bij bevallingen lijkt de laatste jaren iets minder te worden. Dit blijkt ook uit de discussie over het al of niet invoeren van een echoscopie (waarbij met behulp van ultrageluidsgolven de ligging en de conditie van de ongeborene wordt bekeken) voor alle zwangere vrouwen. De Werkgroep Prenatale Diagnostiek, bestaande uit artsen van de academische ziekenhuizen, onderzoekt de mogelijkheden om met een dergelijk onderzoek bij alle zwangeren (routinescan) afwijkingen vroegtijdig op te sporen. Omdat verloskundigen geen bevoegdheid hebben om een echo te maken, zal een routinescan altijd in een ziekenhuis moeten worden gedaan. Dit zou in de optiek van een aantal artsen en verloskundigen verdere medicalisering van de zwangerschap in de hand werken.

Van Enk bijvoorbeeld heeft grote bezwaren: 'Je weet nog niet of de voordelen opwegen tegen eventuele nadelen. Er zou veel meer onderzoek moeten worden gedaan, ook naar de kosten/baten-aspecten. Bovendien komen veel meer zwangere vrouwen een ziekenhuis binnen, met alle kans dat ze met oneigenlijke medische indicaties onder behandeling worden gehouden.'

Over het gebruik van ultrageluidsgolven zijn de meningen in binnen- en buitenland lange tijd verdeeld geweest. Onderzoeken in 1984 in Duitsland wezen uit dat ultrageluidsgolven met een hogere intensiteit dan bij echoscopie gebruikelijk is, bloedcellen kunnen beschadigen. Hoewel de bevindingen bij verder onderzoek niet konden worden gereproduceerd, gingen medici zich toch afvragen of de technische ontwikkelingen zich niet te snel voltrokken. Er werd consensus bereikt over ultrageluidsonderzoek: een aantal medische indicaties werd vastgesteld, en de routinescan werd afgewezen.

Een jaar later kwam de Europese Federatie Ultrageluid op basis van statistieken, literatuur en een onderzoek dat aantoonde dat tachtig tot negentig procent van de afwijkingen van pasgeborenen te laat worden ontdekt, tot de uitspraak dat het toepassen van ultrageluid veilig en zinvol is.

Professor J.W. Wladimiroff, die als gynaecoloog is verbonden aan het Dijkzigt Ziekenhuis in Rotterdam en daar al jaren met ultrageluid werkt, zou graag zien dat het maken van een routinescan structureel werd. Hij ziet niet in waarom dit medicalisering van de zwangerschap in de hand zou werken, want in een ziekenhuis kunnen ook vroedvrouwen een echo maken, als ze daartoe een opleiding hebben gevolgd.

Een commissie van de Gezondheidsraad bracht in 1986 advies uit over de veiligheid van ultrageluid en gaf in overweging een controlesysteem te ontwerpen waarmee de intensiteit en het energieverbruik kan worden afgelezen. 'Als er ontzettend veel wordt gescand is het noodzakelijk, naast de veiligheid van ultrageluid ook het kosten/baten-aspect in de gaten te houden', meent Wladimiroff, die lid was van voornoemde commissie.

Of vroedvrouwen onder meer met de toename van kunstverlossingen een verlengstuk van de gynaecoloog dreigen te worden, hangt onder andere af van de regio waar ze werken. In Amsterdam, waar 36 procent thuis bevalt, heeft een vroedvrouw meer kans om zelfstandig haar werk te doen dan in Limburg, waar het percentage ziekenhuisbevallingen het hoogste is van Nederland: 74.

Volgens verloskundigen die in deze provincie werken, komt dit ten dele door de invloed van het aanpalende

België en Duitsland, waar het thuis bevallen als een merkwaardige hobby wordt beschouwd, en deels door het historische gegeven dat Limburg van oudsher een arme provincie was, waarvan de gezagsgetrouwe inwoners meer fiducia hadden in een dokter dan in een vroedvrouw. 'Dat is nog wel een beetje zo, een vroedvrouw wordt nog steeds gezien als iemand met een knotje en een bromfiets', zegt een Limburgse vroedvrouw.

De Amsterdamse verloskundige Agaath Schoon werkt in een zelfstandig gevestigde praktijk en voelt zich van geen enkele gynaecoloog afhankelijk. 'In de meeste ziekenhuizen heb ik de vrijheid om zelfstandig te werken', zegt zij. Dat dit in Amsterdam gemakkelijker ligt dan in kleinere plaatsen, waar ziekenhuizen soms een monopoliepositie innemen, is zij zich terdege bewust.

## Krakkemikkige besjes

Een bevalling en het proces van de overgang lijken op het eerste gezicht weinig met elkaar gemeen te hebben. Een opvallende overeenkomst is dat ook bij de overgang de medicalisering op gang lijkt te komen. Al jarenlang krijgen vrouwen in de overgang hormoonpreparaten tegen opvliegers en depressies, vaak in combinatie met kalmerende middelen en antidepressiva. Nu zo'n jaar of zes bekend is dat er verband bestaat tussen osteoporose (botontkalking) en een tekort aan het vrouwelijk hormoon oestrogeen, zijn artsen er op grote schaal toe overgegaan om ook hormoonpreparaten voor te schrijven ter voorkoming van deze kwaal. In 1986 verkocht de farmaceutische industrie in Nederland voor 94,3 miljoen gulden aan hormoonpreparaten, twaalf miljoen meer dan het jaar daarvoor.

Een aantal artsen is hierover verontrust. Adam van Enk noemt de gezondheidszorg een parasiet, die zich naast het voorzien in behoeften ijverig werpt op het creëren ervan, en daardoor zelf een gezondheidsrisico vormt. Hij zou de zorgverleners veel kunnen vergeven als hij niet zo twijfelde aan hun goede bedoelingen. De promotiecampagne die wordt gevoerd om medicijngebruik in de overgang te stimuleren boezemt hem wantrouwen in. Folders daarover verstopten de brievenbus van menige arts, samen met uitnodigingen door farmaceutische firma's georganiseerde diners, borrels en symposia bij te wonen, waar dan dia's worden vertoond van krakkemikkige oude besjes die geen hormonen of andere middelen hebben geslikt. Dat onderzoekers zelf waarschuwen dat nog lang niet vaststaat dat oestrogeen in alle gevallen tegen osteoporose helpt, wordt verzwegen.

Uit resultaten die een groep artsen eind vorig jaar in het *New England Journal of Medicine* publiceerde naar aanleiding van hun retrospectief onderzoek naar overgang en osteoporose in de Framingham Heart Studies (New England), blijkt dat oestrogenen in sommige gevallen helpen. Vrouwen tussen de 30 en 62 jaar werden verdeeld in groepen die wel en geen hormonen gebruikten. Ontdekt werd dat een dagelijkse dosis van 0,625 milligram van het oestrogenen hormoon oestradiol gedurende een periode van tien jaar, te beginnen als de eerste verschijnselen van de menopauze zich voordoen, osteoporose tegen kan gaan, vooral bij vrouwen die door baarmoederverwijdering voortijdig in de overgang zijn gekomen.

Retrospectief werd aangetoond dat in een groep vrouwen diegenen die oestrogeen hadden gekregen, minder vaak een heupfractuur opliepen. De artsen stellen echter nadrukkelijk dat de studie nog niets bewijst. Voordat uitgebreid verder onderzoek is gedaan, bijvoorbeeld naar het verband tussen het vóórkomen van endometriumkanker en borstkanker en het toedienen van oestrogenen, noemen zij het voorbarig om alle vrouwen in de overgang deze preparaten voor te schrijven.

Hoewel op een conferentie van de Europese Federatie ter Voorkoming van Osteoporose die eind vorig jaar

in het Deense Aalborg werd gehouden, consensus werd bereikt oestrogenen in principe ter preventie van osteoporose voor te schrijven, blijkt een aantal artsen hier zeer terughoudend mee te zijn. Een Nederlandse gynaecologe noemt het 'een slechte zaak', en een andere merkt op dat 'je niet tien jaar lang hormonen kunt toedienen voordat meer bekend is over de effecten op langere termijn'.

De hoogleraar endocrinologie J.C. Netelenbosch, die in het Amsterdamse VU-ziekenhuis onderzoek doet naar de effecten van het toedienen van calcium ter voorkoming van osteoporose, voelt er niets voor om alle vrouwen in de overgang hormonen voor te schrijven zolang nog niet alle aspecten van een dergelijke behandeling zijn onderzocht. Daarvoor zullen nog duizenden vrouwen moeten worden geobserveerd. 'Zes jaar geleden was ik een geheid tegenstander, maar de laatste twee jaar zit er zoveel ontwikkeling in dat ik tot de conclusie ben gekomen dat oestrogenen in bepaalde gevallen helpen, alleen zijn er nog geen harde bewijzen en kunnen die hormonen misschien ongunstige bijwerkingen hebben.'

Zijn Utrechtse collega Haspels heeft er minder moeite mee om alle vrouwen in de menopauze hormonen voor te schrijven, mits ze dat zelf willen. Hij legt uit waarom hij de menopauze als een soort ziekte beschouwt, door een vergelijking met suikerziekte te trekken. 'Bij suikerziekte produceert de pancreas geen insuline, dus moet het van buitenaf worden toegevoegd. Iets dergelijks is aan de hand met de eierstokken van vrouwen in de menopauze, die geen oestrogenen meer produceren. Wat is er dan tegen om die oestrogenen toe te voegen?'

Intermediair, 1989

[www.intermediair.nl](http://www.intermediair.nl)

[<<<<<Terug](#)