

Over tijd

OVER TIJD

Kantelpunten in de naoorlogse
geboortezorg

Hajo Wildschut & Marjanke Spanjer

20/10
Uitgevers

© 20/10 Uitgevers, Grou 2022

Redactie: Janneke Wolters, Amsterdam

Bureauredactie: Nel van Beelen redactie & tekst, Amsterdam

Vormgeving binnenwerk: Coco Bookmedia, Amersfoort

Vormgeving omslag: Philippine Haverbeke/Vormzingeving, Rotterdam

Druk: Scanlaser bv, Zaandam

20/10 Uitgevers ontwikkelt professionele en educatieve informatieproducten voor professionals en studenten in de gezondheidszorg en de sector sport, bewegen en gezondheid.

info@2010uitgevers.nl | www.2010uitgevers.nl

20/10 Uitgevers is een multimedia-uitgeverij. Veel uitgaven zijn online verrijkt met beeld, geluid of aanvullende gegevens. Meer informatie: www.2010uitgevers.nl/uitgaven.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978-94-90951-73-3

NUR 851, 686

Inhoud

Voorwoord	13
Elselijn M. Kingma-Vermeer	
Inleiding	17
1 De vlag kan uit!	21
Over tijd	21
Hoe hangt de vlag er na de oorlog bij?	22
Medisch-organisatorische beleidsveranderingen	22
Zwangerschap is geen ziekte	23
Maatschappelijke context van geboortezorgvernieuwing	24
Te rade bij: Mariël Croon	25
2 Nederlands immaterieel erfgoed: de thuisbevalling	31
Verhalen uit de praktijk	31
Kantelpunten	32
Achtergrond	32
<i>De thuisbevalling</i>	33
<i>Positie van de eerstelijnsverloskundige</i>	33
<i>Positie van de verloskundig actieve huisarts</i>	35
<i>Positie van de kraamverzorgende</i>	35
<i>Preventieve verloskundige zorg</i>	36
<i>Opkomst van zwangerschapscursussen</i>	41
<i>Medicamenteuze pijnbestrijding</i>	42
Beschouwing	42
<i>Discussies over de plaats van bevalling</i>	42
<i>Indrukwekkende doch teleurstellende daling van perinatale sterfte</i>	43
<i>Nieuwe gegevens over de thuisbevalling</i>	44
<i>Veranderend zorglandschap</i>	44

6 OVER TIJD

<i>Problematisering van normaliteit</i>	45
<i>Zwangerschaps cursussen</i>	46
<i>Medicamenteuze pijnbestrijding</i>	47
<i>Geboortezorg vernieuwing</i>	47
<i>Goede voorlichting</i>	48
Te rade bij: Ank de Jonge	49
3 Een bittere pil	57
Verhaal uit de praktijk	57
Kantelpunten	57
Achtergrond	57
<i>Het softenonschandaal</i>	57
<i>Het DES-drama</i>	59
Beschouwing	61
<i>Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen</i>	62
<i>Nieuwe wettelijke gedragscodes</i>	63
<i>Therapeutisch nihilisme</i>	63
Te rade bij: Ellen 't Hoen	64
4 Bloed is leven	71
Verhalen uit de praktijk	71
Kantelpunten	72
Achtergrond	72
<i>Bloedgroep- en resustypering</i>	72
<i>Anti-D-immunoprofylaxe</i>	75
<i>Intra-uteriene bloedtransfusie</i>	77
<i>Fototherapie en wisseltransfusie</i>	78
Beschouwing	78
<i>Bloed redt levens!</i>	79
<i>Kroniek van de vrijwel volledige uitroeiing van een dodelijke aandoening</i>	80
Te rade bij: Humphrey H.H. Kanhai	81
5 Een weerbarstig raadsel	87
Verhalen uit de praktijk	87
Kantelpunten	88
Achtergrond	88
<i>Eclampsie</i>	88
<i>Pre-eclampsie</i>	89
<i>International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy</i>	91
<i>Maternale audit</i>	91
<i>Zoutloos dieet</i>	92

Beschouwing	93
<i>Daling van complicaties</i>	94
<i>Terugkoppeling</i>	94
<i>Rol van aspirine</i>	95
Te rade bij: Christianne J.M. de Groot	95
6 Er is toch niks mis?	101
Verhalen uit de praktijk	101
Kantelpunten	102
Achtergrond	102
<i>Kantelpunten in de genetica</i>	102
<i>Kantelpunten in de echoscopie</i>	110
<i>De hielprik als kantelpunt</i>	111
Beschouwing	111
<i>Verlies van onwetendheid</i>	111
<i>Opbrengst van de programma's voor prenatale screening en diagnostiek</i>	112
<i>Keerzijdes van medisch-technologische verworvenheden</i>	113
<i>Psychosociale dilemma's</i>	115
<i>Morele dilemma's</i>	116
<i>Prenatale screening op aangeboren afwijkingen</i>	116
<i>Perspectief van toekomstige ouder(s)</i>	117
Te rade bij: Guido de Wert	118
7 Aan de rem trekken	125
Verhalen uit de praktijk	125
Kantelpunten	126
Achtergrond	126
<i>Definitie en frequentie van vroeggeboorte</i>	127
<i>Gespecialiseerde perinatologische centra</i>	128
<i>Corticosteroïden ter bevordering van foetale longrijping</i>	130
<i>Weeënremming</i>	131
Beschouwing	133
<i>Doorbraak</i>	133
<i>De opkomst van de couveuseafdeling</i>	134
<i>Doen of laten</i>	135
<i>Psychosociale en emotionele impact</i>	135
<i>Kangoeroemethode</i>	136
Te rade bij: S.P. (Pauline) Verloove-Vanhorick	137

8 Meten met twee maten	143
Verhalen uit de praktijk	143
Kantelpunten	144
Achtergrond	144
<i>Het meten van groei</i>	145
<i>Intra-uteriene groeicurves</i>	146
<i>Groei-echo</i>	147
<i>Termijnecho</i>	148
<i>Wat is een normaal foetaal gewicht?</i>	148
<i>Groeicurve op maat</i>	149
<i>Korte-termijnimplicaties van foetale groeirestrictie</i>	150
<i>Barkerhypothese</i>	150
<i>Eerste opvang bij de geboorte van een levenloos kind</i>	152
Beschouwing	152
<i>Behandelingsopties</i>	153
<i>Verwerken van verlies</i>	154
Te rade bij: Tessa Roseboom	154
9 Een benauwde kwestie	161
Verhalen uit de praktijk	161
Kantelpunten	162
Achtergrond	162
<i>Bewaking van de intra-uteriene conditie van het kind</i>	164
<i>De evolutie van elektronische foetale monitoring</i>	165
<i>Bloedgas-analyse van het (ongeboren) kind</i>	166
<i>Knie-elleboogligging als handelingsoptie voor schouderdystocie</i>	167
<i>Therapeutische hypothermie</i>	167
Beschouwing	168
<i>Houten toeter en high tech</i>	170
<i>Kantelpunt van rug- naar knie-elleboogligging</i>	171
Te rade bij: David Banta	171
10 Meten is weten	177
Verhaal uit de praktijk	177
Kantelpunten	177
Achtergrond	177
<i>Verloskundige en neonatale registratiesystemen</i>	177
<i>Term Breech Trial</i>	179
<i>Perinatale audit</i>	180

Beschouwing	183
<i>Van directieve naar non-directieve counseling</i>	184
<i>Proportionaliteit</i>	184
<i>Meten is weten</i>	185
Te rade bij: Hans M.W.M. Merkus	185
11 Goede tijden, slechte tijden	191
Verhalen uit de praktijk	191
Kantelpunten	192
Achtergrond	192
<i>Orale anticonceptie</i>	192
<i>Abortus provocatus</i>	193
<i>De exponentiële groei van het aantal sterilisaties</i>	195
<i>Sociale verloskunde</i>	195
<i>Impuls voor achterstandswijken</i>	196
Beschouwing	197
<i>Gezinsplanning en seksualiteit uit de taboesfeer</i>	198
<i>Goede tijden</i>	198
<i>Stabiele abortuscijfers</i>	199
<i>Dalende geboortecijfers</i>	199
<i>Zorg op maat</i>	200
Te rade bij: Eric A.P. Steegers	201
12 Het begint met wetenschappelijk onderzoek!	207
Verhalen uit de praktijk	207
Kantelpunten	207
Achtergrond	208
<i>British Perinatal Mortality Survey</i>	208
<i>De opkomst van evidence-based medicine</i>	209
<i>Het ter beschikking stellen van digitale biomedische kennisbronnen</i>	210
Beschouwing	211
<i>Het begint met wetenschappelijk onderzoek!</i>	211
<i>De 1958 British Perinatal Mortality Survey</i>	211
<i>Het evidence-based medicine-tijdperk</i>	212
<i>Evidence-based medicine in de dagelijkse praktijk</i>	214
<i>Geneeskunst</i>	214
<i>Altruïsme</i>	215
Te rade bij: Marc J.N.C. Keirse	215

13	Nooit te oud om te leren	221
	Verhaal uit de praktijk	221
	Kantelpunten	221
	Achtergrond	222
	<i>De algemeen arts of basisarts</i>	222
	<i>De huisarts</i>	222
	<i>De verloskundige</i>	223
	<i>De gynaecoloog</i>	224
	<i>Veranderende leeromgeving</i>	224
	<i>Het CanMEDS-raamwerk</i>	225
	Beschouwing	225
	<i>Trends in het aantal geboortezorgprofessionals</i>	226
	<i>Stijgende zorgbehoefte</i>	226
	<i>Kritische observaties</i>	228
	<i>Onderwijshervormingen en kwaliteit van zorg</i>	228
	<i>Life long learning</i>	229
	Te rade bij: Marianne Prins	230
	Te rade bij: Gerard G.M. Essed	233
14	De balans	241
	Demografische veranderingen en zorgbehoefte	241
	Verhouding tussen zorgprofessional en cliënt	242
	Sociaal-culturele context	242
	Baren blijft mensenwerk	242
	Slotwoord	245
	Illustratieverantwoording	247
	Verklarende woordenlijst	249
	Vormgevers van de geboortezorg	261
	Trefwoordenregister	267

L'origine du monde

Gustave Courbet, 1866



Voorwoord

In de loop van de tijd is de medische stand zich pas gaan bemoeien met de bevalling toen zij iets kon doen: ingrijpen – met tang of mes. Maar ingrijpen doet schade. En die gezondheidsschade moet door de zorgverlener kunnen worden verantwoord. Dat is voor de curatieve gezondheidszorg niets nieuws: de artseneed bespreekt het vermogen en vaak de noodzaak tot schaden bij medisch handelen. De verse arts belooft daarom enerzijds de toegebrachte schade te minimaliseren, anderzijds alleen in te grijpen als de beoogde gezondheidswinst de toegebrachte schade ruimschoots overtreft.

Schade doen aan de ander

In de context van de geboortezorg ligt dat ingewikkelder. Ingrijpen – dus schade doen – gaat niet zozeer ten behoeve van de zwangere vrouw zelf, maar vooral ten behoeve van de ander, haar kind. Medisch gezien is deze situatie vrijwel ongekend. Behalve geboortezorg is transplantatiegeneeskunde de enige tak van de gezondheidszorg waarin schade doen aan de één wordt gerechtvaardigd door potentiële gezondheidswinst voor de ander.

Managen in plaats van genezen

Daar komt bij dat in de geboortezorg de 'patiënt' niet zozeer naar de zorgverlener komt vanwege een specifiek gezondheidsprobleem – een vermoede ziekte – maar vooral vanwege algemeen aanvaarde controles van de zwangerschap ter bevestiging van de goede gezondheid van haar en haar kind. In tegenstelling tot de curatieve gezondheidszorg gaat geboortezorg niet primair over het diagnosticeren, genezen en/of verlichten, maar over management, screenen, voorkomen en beheersen. Dit betekent dat in de geboortezorg het wikken en wegen van uitkomsten en waarden

in de besluitvorming ingewikkelder en veelzijdiger is, en gevoeliger afgestemd moet zijn dan bij het oplossen van gezondheidsproblemen in de curatieve gezondheidszorgsector: genezen of verlichten.

Besluitvorming in verschillende omstandigheden

Vergelijk: als er brand is, moet er geblust en gered worden. Welke voordeur ingeramd wordt maakt dan niet uit. Het acute probleem domineert de besluitvorming. Als het echter gaat om het voorkomen en beheersen van (brand)risico's worden beslissingen al snel ingewikkelder en veelzijdiger. Het drama van een mogelijke brand betekent niet automatisch dat het installeren van branddeuren de juiste beslissing is. Niet alleen de kosten maar ook, bijvoorbeeld, de esthetische waarde van het gebouw spelen dan een terechte rol bij beslissingen. Voor verschillende gebouwen met hetzelfde risico op brand kunnen toch verschillende beslissingen de juiste zijn.

Zo ook bij de geboortezorg. Vrouwen verschillen in situatie, voorkeuren, wensen en waarden. Bij een acuut probleem – een uterusruptuur* of placentaloslating – zal dat weinig verschil maken voor de besluitvorming (brand!). Maar bij beslissingen die gaan over screenen, beheersen en voorkomen – denk bijvoorbeeld aan het advies om in het ziekenhuis te bevallen, aan het CTG* te liggen, of extra onderzoek te ondergaan (de 'branddeuren') – kunnen ze wel degelijk een groot verschil maken. De geboortezorg is daarmee een zorgsysteem van balansen, van vaak fijn afgestelde afwegingen tussen ingrijpen en niet ingrijpen, tussen risico's en uitkomsten voor moeder en kind, tussen een medisch-technologisch ingrijpend en een normaal-fysiologisch begeleidend perspectief en tussen het scala aan voorkeuren, wensen en waarden waarmee de zwangere vrouw de geboortezorg benadert en zin geeft. Kleine variaties tussen individuen kunnen uiteindelijk grote verschillen maken in de besluitvorming voor wat bij hen het best past.

De zwangere vrouw besluit zelf

Wie mag er de uiteindelijke balans opmaken in dit complexe geboortezorgstelsel van wikken en wegen? Wie is de Vrouwe Justitia die vele verschillende schaaltes aan elkaar hangt en tot een eindoordeel mag komen? Het antwoord daarop is: niet de gynaecoloog of de verloskundige – en ook niet zij samen. Het juiste antwoord is: de zwangere vrouw zelf! Dat de vrouw, en niet de zorgverlener of het zorgsysteem, mag beslissen past helemaal binnen de naoorlogse, brede maatschappelijke ontwikkeling rond de gezondheidszorg waarin de patiënt mondiger is geworden en haar autonomie en keuzevrijheid centraal staan – dit alles neergelegd in idealen als *informed consent* en *shared decision-making*.

Deze idealen zijn in de geboortezorg nog belangrijker dan elders in de gezondheidszorg: ingrijpen en schade doen aan het lichaam (en vaak de meest intieme, sociaal gevoelige delen van dat lichaam) van de één ten behoeve van de ander kan uitsluitend verantwoord worden bij gratie van autonome en volle instemming van de eigenaar van dat lichaam: de zwangere vrouw. Maar in de praktijk wordt het beslissingsrecht van de zwangere vrouw vaak niet zo ervaren. De subtiele afwegingen die moeten worden gemaakt in het licht van haar voorkeuren en waarden – de branddeur versus de esthetische waarde van het gebouw – worden in de praktijk vaak genomen op een veel algemener, niet-geïndividualiseerd niveau: richtlijnen, protocollen en de verloskundige indicatielijst. Deze worden dikwijls toegepast als rigide eindoordeel in een beslissingsproces of als ondergrens van acceptabel handelen, in plaats van als startpunt van een beslissingsproces dat uiteindelijk bepaald wordt door de wensen en waarden van de zwangere vrouw zelf.

Dit boek

Dit boek beschrijft in twaalf inhoudelijke hoofdstukken tweeënveertig kantelpunten in de naoorlogse Nederlandse geboortezorg. In mijn familie spant deze tijdsperiode drie generaties. Mijn grootmoeders bevielen in de naoorlogse jaren van mijn ouders. Ikzelf baarde mijn kinderen in het tweede decennium van de 21^{ste} eeuw. Na de Tweede Wereldoorlog is de bevalling voor zowel moeder als kind in absolute termen veiliger geworden. Veel risico's zijn beheersbaar en oplosbaar geworden. Met steeds fijner afgestelde meetbaarheid zijn er nu risico's bekend waar mijn grootouders niet over in konden zitten.

Een boek als dit beschrijft niet alleen het verleden, maar duidt ook het heden en geeft ons begrip van wat ons helpt de toekomst te bepalen. De Nederlandse geboortezorg staat elke dag, en elk jaar, voor keuzes die uiteindelijk over 25, 50 of 100 jaar de duidende geschiedenis van het dan-heden vormen. Wij creëren nu het geboortezorgstelsel waarin onze kinderen, kleinkinderen en achterkleinkinderen later gaan bevallen.

De vraag die ik de lezer van dit boek wil meegeven luidt: Is het te veel van de Nederlandse geboortezorg gevraagd om de complexe besluitvorming rond ieders individuele zwangerschap en bevalling zo in te richten dat maatwerk wordt geleverd, dat de relevante keuzes genomen worden in het licht van de wensen, waarden en voorkeuren van de vrouw?

Elselijn M. Kingma-Vermeer

Filosoof en hoogleraar Philosophy & Medicine (Peter Sowerby leerstoel),
King's College London, Groot-Brittannië

'Een volk dat zijn geschiedenis
niet kent, is als een mens
zonder geheugen.'

Izaak J. Brugmans (†), hoogleraar sociaal-economische
geschiedenis, Universiteit van Amsterdam
Persoonlijke mededeling, 1988

Inleiding

In de 77 jaar die zijn verlopen sinds de Tweede Wereldoorlog, zijn in Nederland de vooruitzichten op een goede afloop van zwangerschap en bevalling spectaculair verbeterd. Gunstiger woon- en leefomstandigheden, een gezondere leefstijl, betere voeding en minder roken zijn hiervoor de meest voor de hand liggende verklaringen. Ook kunnen de gunstige vooruitzichten worden toegeschreven aan de stormachtige opmars van medisch-technologische innovaties op het terrein van moeder- en kindzorg. Denk bijvoorbeeld aan de opkomst van echoscopie en DNA-technologie, waarmee allerlei informatie over het kind kan worden verkregen voordat het wordt geboren. Daarnaast is de organisatie van geboortezorg in de loop van de tijd sterk verbeterd.

Tegenwoordig kunnen de meeste toekomstige ouders zich dan ook oprecht verheugen op een goede uitkomst van de zwangerschap. Maar niet altijd. Ondanks alle verbeteringen in de Nederlandse geboortezorg worden zij soms slachtoffer van verleende zorg of verdrietig en angstig naar aanleiding van informatie die zij over hun zwangerschap en aankomende bevalling te horen krijgen.

Aan de hand van de belangrijkste verloskundige thema's, die onder meer zijn gebaseerd op de zogenoemde Big4-aandoeningen¹, proberen wij met aansprekende praktijkvoorbeelden te achterhalen wat de kantelpunten in de geboortezorg zijn die na de oorlog het verschil hebben gemaakt in gezondheid en welzijn van de huidige generatie moeders en kinderen. Ook geven wij in dit boek aan waar de geboortezorg, ondanks alle verbeteringen, niet altijd aan de blijde verwachting voldoet.

1 Aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en lage apgarscore worden gerekend tot de Big4-aandoeningen. Deze aandoeningen worden tegenwoordig beschouwd als de belangrijkste voorspellers van perinatale sterfte (Bonsel et al., 2010).

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 gaat over de indrukwekkende verbetering van de uitkomsten van de zwangerschap en bevalling in Nederland en andere West-Europese landen sinds de Tweede Wereldoorlog. In de hoofdstukken 2 tot en met 13 komen de tweeënveertig kantelpunten aan de orde die een bijdrage hebben geleverd aan deze verbetering. Deze hoofdstukken zijn volgens een vast stramien opgebouwd: in de paragraaf 'Verhalen uit de praktijk' worden een of twee casussen belicht; daarna volgt een inhoudelijk deel ('Achtergrond') en een beschouwend deel ('Beschouwing'), waarin ook een terugblik wordt gegeven op de casuïstiek. Aan het eind van elk hoofdstuk komt in de rubriek 'Te rade bij' een sleutelfiguur uit de naoorlogse geboortezorg aan het woord, die nauw betrokken was bij een van de genoemde kantelpunten. In hoofdstuk 14 ten slotte wordt de balans opgemaakt. Achter in het boek is naast een trefwoordenregister en een overzicht van in dit boek besproken 'vormgevers van de geboortezorg' ook een verklarende woordenlijst opgenomen van (medische) termen. Naar deze termen wordt in de tekst met een asterisk (*) verwezen.

Hajo Wildschut en Marjanke Spanjer