

prof. dr. Jan Nijhuis

gynaecoloog-perinatoloog, hoofd afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Maastricht UMC+, GROW instituut voor ontwikkelingsbiologie

AFGEDWONGEN SPOEDSECTIO IS FOUTE OPLOSSING VOOR ZELDZAAM PROBLEEM

Voorlichting over keizersnede beter dan dwang

De spoedkeizersnede onder dwang is een juridische oplossing voor een zeldzaam probleem. Niet doen dus. Veel beter is het om voorlichting te geven over kunstverlossingen in het algemeen en keizersnedes in het bijzonder.

De Groot e.a. stellen voor om een spoedsectio onder dwang juridisch te regelen en dus mogelijk te maken (MC 02/2016: 36). De discussie hierover veroorzaakte onrust. Er zijn nu zwangeren die vragen of ook zij zo maar gedwongen kunnen worden een keizersnede te ondergaan. Dit ondermijnt het vertrouwen in de medische stand en de vraag is of genoemd standpunt bijdraagt aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Het punt is dat wij hier niet te maken hebben met een structureel probleem, maar met een extreem zeldzaam incident (mogelijk enkele malen per jaar bij ruim 175.000 bevallingen per jaar). In veel disciplines zien we dat een zeldzaam incident wordt 'opgelost' door bijzondere structurele maatregelen terwijl de kans op herhaling klein is. Zo gaat na een terroristische aanslag in een vliegtuig de cockpit 'op slot'; vervolgens leidt deze oplossing tot een nieuw drama omdat de



piloot even alleen is in de cockpit. Als reactie daarop wordt de bemanning in de cockpit van twee naar drie uitgebreid in afwachting van het volgende incident. Een keizersnede (SC) die wordt geweigerd, is ook zo'n extreem zeldzaam incident en we moeten geen rechtsregels verzinnen voor zeer uitzonderlijke gevallen die bovendien ook nog onderling feitelijk verschillen. En als het besluit een 'ethisch dilemma' is, dan is het nog onduidelijker of er een eenduidige beste oplossing is. Bovendien bestaat het risico van machts-

misbruik als een verloskundige zorgverlener 'dreigt' de rechtbank te bellen.

Lichamelijke integriteit

Feit blijft dat bij een keizersnede de lichamelijke integriteit van een zwangere wordt geschaad en volgens de WGBO mag dit niet zonder 'informed consent'. Ik ken een casus waar aan een zwangere bij haar tweede bevalling een keizersnede werd voorgesteld. Ze wilde dat niet omdat zij getraumatiseerd was door de eerste keizersnede: die was 'met spoed' gebeurd,

waarop het kind in goede conditie hui-
lend ter wereld was gekomen. Ze vond dat
dit bewees dat er geen spoed was geweest.
Als na een spoedkeizersnede onder
dwang een dergelijke discussie ontstaat,
zal het antwoord niet eenduidig zijn.
Immers, ons bewakingsinstrument, het
cardiotocogram (CTG), wordt ook door
experts in juridische zaken zeker niet op
dezelfde wijze geïnterpreteerd. Immers,
bij veel spoedkeizersneden wordt het
kind gelukkig toch nog in goede conditie
geboren. Hier liggen interessante
medisch-juridische zaken op de loer als
de zwangere het besluit later aanvecht
omdat zij meent dat de ‘foetale nood’ niet
bewezen was en dat haar lichamelijke
integriteit derhalve onterecht is
geschaad. Daarnaast zijn er ook ‘echte’
spoedindicaties zoals een abruptio pla-
centae. In tegenstelling tot wat de auteurs
beweren, is er in zo’n geval geen tijd voor
nader overleg. Ze houden dan de moge-
lijkheid open om ‘achteraf’ toestemming
te vragen.

Spoedkeizersnede

Zoals gezegd is een juridische oplossing
niet passend; men moet zich afvragen hoe
het zo ver heeft kunnen komen. In 2014
werden in Nederland volgens Perined in
totaal 28.550 keizersneden verricht, 16,5
procent van alle bevallingen (bij primi-
parae 18,8%, bij multiparae 15,6%). Daar-
bij komen dan ook nog vaginale kunst-
verlossingen, 8,7 procent.

In een ziekenhuispopulatie zijn deze
cijfers natuurlijk hoger (want 28% van
de zwangeren bevalt in de eerste lijn), het
SC-percentage is dan 23, het percentage
kunstverlossingen 12,1. Als je bevalt van
je eerste kind is de kans op een keizersne-
de of kunstverlossing 33,5 procent. Daar-
bij komt natuurlijk nog dat als je in de
eerste lijn gaat bevallen en je wordt ver-
wezen (die verwijskans is 62%), de kans
nog beduidend groter is.

De vraag doet zich voor hoe wij hiermee
omgaan. We besteden jaarlijks veel geld
aan bijvoorbeeld het ‘counselen voor
prenatale screening’ zoals nekplooieme-
ting om onder meer downsyndroom op
te sporen, een syndroom met een a-priori-

incidentie van 1-2 promille. Deze counse-
ling mag alleen nog worden gedaan door
BIG-geregistreerde professionals die hier-
voor een training hebben gevolgd, een
certificaat hebben gehaald en vervolgens
meer dan vijftig counseling per jaar
doen (voor huisartsen geldt dit aantal van
vijftig overigens weer niet).

Terwijl het merendeel van de zwangeren
in de eerste lijn wordt gezien, is het in het
geheel niet duidelijk hoe zwangeren wor-

Een goed geïnformeerde zwangere zal zelden een keizersnede weigeren

den voorgelicht over een ingreep waarop
zij meer dan 30 procent kans hebben. Ook
is niet bekend hoe gynaecologen hiermee
omgaan.

In het eerder genoemde voorbeeld – de
vrouw die de medische noodzaak van
haar eerder keizersnede betwijfelde –
is de a-priorikans op een tweede keizer-
snede in Nederland ongeveer 50 procent.
De vraag is daarbij hoe die zwangere
was gecounseld en waarom het trauma en
de angst pas aan de orde kwamen toen
opnieuw een spoedkeizersnede werd
voorgesteld.

Voorlichting

Men zou kunnen denken dat we voor een
dergelijk frequent probleem wel algeme-
ne voorlichting hebben. Alle zwangeren
in Nederland krijgen gratis de brochure
‘Zwanger’ aangeboden, die wordt uitge-

geven door het RIVM, mede namens alle
beroepsgroepen die betrokken zijn bij
de perinatale zorgketen. De brochure is
35 pagina’s dik en bevat een fantastische
hoeveelheid informatie, verdeeld over
negen hoofdstukken. Echter, hoofdstuk
6 heet ‘voorbereiden op de bevalling’ en
hoofdstuk 7 heet ‘na de bevalling’. De
bevalling zelf, inclusief de risico’s op een
kunstverlossing of (spoed)sectio, komt
in het geheel niet aan de orde!

Ik vind derhalve dat ook voor het pro-
bleem van de ‘spoedsectio onder dwang’
geldt dat het niet gaat om de (juridische)
oplossing van een extreem probleem,
maar om de preventie daarvan, voorko-
men is beter dan genezen. Het is heel
bijzonder dat er geen afspraken zijn hoe
we counselen over een zeer frequent ver-
richte interventie, en dat zelfs in de
RIVM-brochure ‘Zwanger’ de bevalling
niet wordt besproken. Gelukkig is er in
ieder geval voor de zwangere die eerder
een sectio onderging een goede keuze-
hulp ontwikkeld die maakt dat zij veel
meer betrokken is bij wat er kan gebeuren
bij haar volgende bevalling. De volgende
stap is dat we inderdaad gaan afspreken
en vastleggen hoe we de zwangeren voor-
af over ‘de bevalling’ gaan informeren, en
een goed geïnformeerde en wilsbekwame
zwangere zal zelden of nooit een keizer-
snede weigeren. In het zeldzame geval
dat dit wel zo lijkt, is optimale communi-
catie met uitbreiding van het team waar-
door de zwangere alle kanten van het
palet kan zien, beter dan dreigen met
dwang en juridische consequenties. ■

contact

jg.nijhuis@mumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

Professionals kunnen de brochure ‘Zwanger’
bestellen via rivm.nl/pns-folders en het Jaar-
boek zorg in Nederland 2014 is te bekijken via
perined.nl

web

Het door de auteur genoemde MC-artikel over
de gedwongen sectio en eerdere MC-artikelen
over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op
medischcontact.nl/artikelen.