

Simone Buitendijk: ziekenhuis geen oplossing voor babysterfte

# ‘We moeten trots zijn op de thuisbevalling’

Heleen Croonen

Pleitbezorger van de thuisbevalling Simone Buitendijk vindt dat we deze unieke Nederlandse cultuur moeten koesteren. Een overstap naar de ziekenhuisbevalling zal de perinatale babysterfte niet verlagen. Preconceptiezorg door verloskundigen kan dat wel, aldus de hoogleraar.

**D**e babysterfte in Nederland is relatief hoog met één op de honderd, bleek uit twee opeenvolgende Persistat-onderzoeken. Sindsdien staat de unieke Nederlandse cultuur van het thuis bevallen op de tocht. De roep om meer medische begeleiding van de bevallende vrouw klinkt alom, maar als het aan Simone Buitendijk ligt, blijft de thuisbevalling in stand. De hoogleraar is lid van het onderzoeksteam van Persistat, gebaseerd op een grote Europese koppeling van geboorteregistraties. Buitendijks grote frustratie is dat wordt gedaan alsof er in Nederland veel gezonde baby's onnodig dood gaan rond de bevalling, terwijl volgens haar het beeld van een blozende

voldragen baby die overlijdt niet klopt. Van alle sterfte heeft 85 procent te maken met vroeggeboorte, groeivertraging of ernstige aangeboren afwijkingen. Late abortussen tellen ook mee als sterfgeval, doordat

in de laatste Persistat is geteld hoeveel kinderen overlijden vanaf 22 weken zwangerschapsduur. ‘We weten uit de wandelgangen dat een deel van de landen hun abortussen onterecht niet in de registratie opnemen’, erkent de hoogleraar. ‘Dat maakt uit voor de plek in de rangorde.’ Zij ziet de uitkomst als niet meer dan hypothese-generend, als het product van simpelweg tellen, waarbij de nuance noodzakelijkerwijs ontbreekt.

Met het afschaffen van de thuisbevalling is in ieder geval geen winst te boeken, betoogt Buitendijk. Het aandeel sterfte daarin is klein en uit onderzoek blijkt dat thuis bevallen voor vrouwen met een laag risico even veilig is als in het ziekenhuis. Toch zijn vrouwen bang om thuis te bevallen, door de verhalen in de media over de Persistat-onderzoeksresultaten. Het percentage thuisbevallingen daalt het laatste jaar extra sterk, volgens de laatste cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

***De Persistat-cijfers zijn dan product van ‘simpelweg tellen’, maar ze zijn er wel. Vindt u het niet belangrijk om een verklaring te zoeken voor de relatief hoge perinatale sterfte?***

‘Natuurlijk, het is ontzettend belangrijk, maar om te zeggen dat onze bevallingencultuur gevaarlijk is voor baby's, dat is te kort door de bocht. Let wel, een land als Frankrijk staat op nummer één bij de perinatale sterfte, terwijl iedereen daar bevalt in het ziekenhuis met een ruggenprik en een gynaecoloog. Ik wil samen met een beperkt aantal West-Europese landen meer de diepte in wat betreft die sterfte, maar daar is helaas tot nu toe geen budget voor. Het is altijd strijden om één pot geld. Zwangerschap en moederzorg zijn ondergeschoven kindjes tegenover kanker, hart- en vaatziekten en genetica.’

***Wat spreekt er dan vóór de thuisbevalling?***

‘Vrouwen die thuis willen bevallen, zijn het meest tevreden over hun bevalling. Ik denk dat

***‘Sommige landen nemen hun abortussen niet op in de sterf teregistratie’***

we met zijn allen, dus ook de gynaecologen, het systeem van thuis bevallen moeten omarmen, en er trots op moeten zijn dat het in Nederland kan. De Canadezen, Australiërs en Amerikanen kijken naar Nederland als voorbeeld, terwijl we hier intussen van die enorme debatten hebben over de thuisbevalling. De discussie moet gewoon eens een keer ophouden, want de risico's zijn laag en het is voor vrouwen een groot goed.'

***Zelf bent u niet thuis bevallen, maar in het ziekenhuis in Amerika.***

'Ja, ik had een thuisbevalling gepland, wat in Amerika een enorme toer is, maar de baby had een stuitligging en ze werd ook nog te vroeg geboren voor een poging tot uitwendig draaien. De gynaecoloog deed geen vaginale stuitbevaling, dus ik heb ook nog een keizersnee gehad

– het hele Amerikaanse plaatje. Terug in Nederland zat ik bij de tweede bevalling opnieuw vast aan een ziekenhuisbevalling.'

***De opkomende bevalcentra bieden misschien een tussenweg tussen thuis en ziekenhuis.***

'Het is een trend die niet te keren is, maar de gevolgen voor de zorg kennen we niet. Er zijn veel varianten: binnen of buiten de poorten van het ziekenhuis, gerund door de tweede lijn of door verloskundigen, in dienst van het ziekenhuis of een eigen praktijk. Ik sta echt te trappelen om er een groot onderzoek naar te doen: naar de uitkomsten voor de baby, maar ook naar doorverwijzingen, interventies, tevredenheid van de vrouwen, en kosten van de zorg. Nadeel van – de nabijheid van – het ziekenhuis is dat er te veel onnodige interventies plaatsvinden.'

Hoogleraar Simone Buitendijk: 'Frankrijk staat op nummer één bij de perinatale sterfte, terwijl iedereen daar bevalt in het ziekenhuis met een rug-genprik en een gynaecoloog.'

beeld: De Beeldredactie, Arno Massee



**Simone Buitendijk**

Als jonge basisarts vertrok Simone Buitendijk naar Yale in Amerika, voor onderzoek naar *Maternal and Child Health*. De stap naar het onderzoek kwam niet uit de lucht vallen: tijdens haar geneeskundestudie was Buitendijk als DES-dochter actief geweest. Vrouwen van wie de moeder tijdens de zwangerschap het hormoon diethylstilbestrol (DES) had geslikt, liepen verhoogd risico op maligniteiten aan de inwendige geslachtsorganen, verminderde vruchtbaarheid of afwijkende ligging van de foetus bij zwangerschap (zie ook blz. 1971). Buitendijk: 'Door de DES-actiegroep is mij duidelijk geworden hoe belangrijk het is om medische interventies goed te onderzoeken voor ze op grote groepen mensen los te laten.'

Op Yale maakte Buitendijk kennis met grote cohortstudies, van de conceptie tot de eerste paar levensjaar. Iets wat ze later heeft kunnen voortzetten, doordat zij naast haar aanstelling als hoofd Jeugd en Gezondheid bij TNO twee parttime leerstoelen bekleedt: eerstelijns-verloskunde en ketenzorg in het AMC en integrale preventieve gezondheidszorg voor kinderen in het LUMC. De leerstoelen bestrijken samen het vakgebied van wat in Amerika de *Maternal and Child Health* heet.

Simone Buitendijk neemt daarnaast deel aan tal van commissies en raden, zoals de Gezondheidsraad en het *GenSET Science Leaders Panel*, dat zich inzet voor meer vrouwen aan de top van de wetenschap in Europa.

‘De discussie over thuis bevallen moet gewoon eens een keer ophouden, want de risico’s zijn laag en het is voor vrouwen een groot goed’, zegt Simone Buitendijk.

beeld: Millenium, HH



#### ***Wanneer is een interventie onnodig?***

‘Dat is de kern van de discussie over hoe gemedicaliseerd de zwangerschap en de bevalling moeten zijn. Het vervelende is dat de meeste gynaecologen lijken te denken dat hun interventies altijd goed zijn, terwijl dat bij een individuele casus vaak niet te zeggen is. Het is belangrijk om het effect van interventies goed wetenschappelijk te onderzoeken, voor ze worden geïmplementeerd.’

#### ***In hoeverre wordt dat nu gedaan?***

‘Soms worden bestaande interventies goed onderzocht, maar de praktijk volgt moeizaam. Dat zie je in Amerika, waar het percentage bevallingen met een keizersnede is gestegen tot 33 procent, terwijl uit onderzoek blijkt dat het lang niet altijd nodig is en onveiliger is voor moeder en soms ook kind. Deze zomer heeft de Amerikaanse gynaecologenvereniging zich eindelijk uitgesproken voor minder herhalingskeizersnedes, maar het zal niet makkelijk zijn het percentage te verlagen. Als Nederland iets wil doen om de babysterfte te verlagen, is onderzoek naar werking, bijwerkingen, kosten en betekenis voor de vrouwen essentieel bij de introductie van nieuwe medische interventies.’

#### ***Gezonde zwangerschap***

Buitendijk is niet enthousiast over de geopperde maatregelen tegen de hoge perinatale sterfte en hoopt op kalmte en goede toetsing. Het inleiden van de bevalling bij 41 weken, omdat

de sterfte daarna licht toeneemt, heeft bijvoorbeeld als consequentie dat 20 procent van de vrouwen moet worden ingeleid. Dat betekent geen eerstelijsbevalling meer en veel meer pijn, aldus de hoogleraar. Een video-opname in de verloskamer kan een aardig idee zijn, als het niet alleen maar gericht is op de sterfte. Het moet wel veilig zijn om zo te werken, net als bij het veilig melden van incidenten. Het invoeren van derdetrimester-echo's, omdat er gevallen zijn van groeivertraging waardoor de baby overlijdt, kent een gepeperd prijskaartje van jaarlijks 20 miljoen euro. ‘Een interventie die geen bijwerkingen heeft, bestaat niet. Met hoogtechnologische medische interventies kun je gecompliceerde *public health*-problemen niet oplossen.’ En lachend: ‘Nu wordt gedaan alsof je met interventies elke geboorte nóg beter kan maken.’

Als je echt iets wil doen aan de perinatale sterfte, moet je niet wachten tot de bevalling, dan ben je veel te laat, aldus de hoogleraar. Preconceptiezorg is de sleutel. Geef vrouwen hulp en voorlichting over een gezonde zwangerschap voordat zij zwanger worden. Bijvoorbeeld om geen alcohol te drinken, een advies dat stamt uit de commissie van de Gezondheidsraad waar zij zelf zitting in had.

#### ***Ook preconceptiezorg is niet evidence-based. Zou het toch helpen tegen de hoge perinatale sterfte?***

‘We weten dat stoppen met roken of drinken en het slikken van foliumzuur effectief zijn. De ef-

## Medisch noodzakelijk

Mevrouw M. is furieus. Ik zie haar voor het eerst.

In de afgelopen jaren is er intensief doktersbezoek geweest, met het bijbehorende werkverzuim. Dat is steeds in onderling overleg met de leidinggevende geregeld. Maar nu heeft de werkgever er genoeg van. Dus is de tijd aangebroken om de bedrijfsarts in te schakelen.

Mevrouw M. verwacht een verklaring op schrift over de medische noodzaak van een en ander. In het spel van rechten en plichten werkt 'medisch noodzakelijk' immers als een toverformule.

Eerst maar eens het verhaal aanhoren.

Dat bestrijkt twaalf jaren en speelt zich af op de fertiliteitspoli. Voor mevrouw M. is de afloop gelukkig. Zij heeft een tweeling gekregen, die zich na een voortijdige en moeizame start gezond ontwikkelt.

Achteraf is het allemaal de moeite waard geweest. Sterker nog, zij durft het nog wel een keer aan. Haar man ook. Maar de werkgever niet. Die heeft medegedeeld het hoge verzuim niet meer te accepteren.

Mevrouw M. begint en eindigt haar relaas met de noodzaak tot geheimhouding ten opzichte van de werkgever. Ik ken deze werkgever. Die heeft voldoende Libelle-kennis om de situatie te kunnen inschatten. Als het doktersbezoek ineens weer toeneemt, kan de werkgever ook zonder de hulp van de bedrijfsarts de conclusie trekken dat het wederom om een fertiliteitsbehandeling gaat. Vanzelfsprekend garandeer ik de geheimhouding.

Ik leg mevrouw M. uit dat ik voorlopig geen verklaringen op schrift ga stellen. Haar verhouding met de werkgever heeft immers niets van doen met 'medisch noodzakelijk'. Ik ben wel bereid samen met haar te zoeken naar openingen. Zij mag een nieuwe afspraak maken. Maar eerst afkoelen.

Ik ben benieuwd of ik haar nog zal terugzien.

Eveline Knibbeler,  
bedrijfsarts

fectiviteit van het hele pakket van preconceptiezorg is lastig te bewijzen, maar ik heb daar geen enkele twijfel over. Alcohol en ontwikkeling van kinderen zijn bijvoorbeeld voor mij grote zorgpunten. De jonge meiden die nu drinken, zijn de zwangeren van morgen. Er komt steeds meer onderzoek waaruit blijkt hoe vroeg voor de geboorte alcohol de ontwikkeling van het kind al beïnvloedt. Proberen af te vallen voor de zwangerschap gaat ook een belangrijke interventie worden, vanwege de nadelige effecten van te dik zwanger zijn. We moeten gebruiken van het feit dat vrouwen voor hun kind veel willen doen wat ze voor zichzelf niet doen, zoals afvallen. Als je ergens in die cirkel kunt ingrijpen, kun je heel veel betekenen voor een later leven.'


### ***Vrouwen zitten voor de conceptie meestal niet in het zorgcircuit.***

'We moeten naar een systeem waar iedereen die zwanger wil worden, weet dat zij naar de verloskundige of de huisarts kan voor een gezondere start van haar kind. In de regio Leiden proberen we laagopgeleide en allochtone vrouwen binnen te krijgen voor preconceptiezorg. Een

medische vooropleiding is nodig om te bepalen wanneer een vrouw moet worden doorgestuurd naar een internist, bedrijfsarts of gynaecoloog. Het is logisch om dat door de verloskundigen te laten doen, maar

het kan ook de huisarts zijn. Onze verloskundigen werken eigenlijk al als huisartsen, maar dan alleen op het gebied van zwangerschap en geboorte.'

### ***U spreekt juist de zorg uit dat verloskundigen te veel verwijzen naar de gynaecoloog omdat ze het zo druk hebben. Nog een taak erbij?***

'Wat je geeft aan preconceptiezorg, hoeft tijdens de zwangerschap niet te worden gegeven. Daarnaast zou het mij wat waard zijn als we beter kijken naar het stijgend percentage doorverwijzingen. Het is natuurlijk bizar dat ruim 60 procent van onze zwangeren niet normaal zou kunnen bevallen en voor een probleem naar de gynaecoloog moet. Hoe meer je doorverwijst, hoe meer medische technologische interventies, hoe duurder en minder plezierig de bevalling wordt. Bepaalde vormen van pijnbestrijding kunnen best in de eerste lijn, zoals met Entonox (lachgas, HC), dat Engelse verloskundigen aan huis geven. Dat scheelt al een aantal verwijzingen naar het ziekenhuis.' 

***'De jonge meiden die nu drinken, zijn de zwangeren van morgen'***