

Controverse thuisbevallingen is déjà-vu

Dinsdag 8 maart, 100 jaar vrouwendag. Vanuit de archiefzaal van het Internationaal Instituut Sociale Geschiedenis kijk ik uit op Zeeburg, een op water gewonnen wijk in het oosten van Amsterdam. Ik zie de woonboten, de sociale woningstraat waarvan elk huis een terrasje heeft op de eerste verdieping, de montessorischool, de artsen- en de verloskundigenpraktijk van 'de oostelijke eilanden'. Ik ben hier op bezoek bij een collega van mijn vrouw die onderzoek doet naar de positie van de vrouw in de nieuwstedelijke context.

Verloskunde

Bij het lezen van 'Thuisbevalling heeft afgedaan in moderne geneeskunde' (ja, ook hier lees ik Artsenkrant on web...), denk ik aan de uitspraak van Maria Montessori: "Help mij het zelf te doen". Wat is nu het verschil tussen de identiteit van een Nederlandse vrouw (>30% thuisbevalling) en een Vlaamse of Belgische (<1%) zou ik mij in de politieke context van vandaag kunnen afvragen. Maar ik ga me niet door 'het nu' laten verleiden. Ik verwijl liever in de geschiedenis die toekomstuitdaging is.

Eind jaren '70, begin '80 vorige eeuw volgden wij met een aantal collega's in Leiden de Boerhaavecursus 'Verloskundig Actieve Huisarts'. Binnen de WVVH (het vroeger Domus Medica) hadden we een werkgroep rond de taak van de huisarts in de verloskunde én de samenwerking met vroedvrouwen. Wij studeerden toen nog af als 'dokter in de genees- heel- en verloskunde'. De gynaecologen van toen zagen ons niet zo graag. Zij probeerden uit te munten in technische bevallingen met epidurale en 'vierden' hun 100ste sectio... Zij waren voor ons de

'boemannen' (AK 2145 - ooit dachten we dat vervrouwelijking van het beroep verandering zou brengen!).

Zich bekwamen in verloskundige praktijk kon alleen in Engeland, Israël of Nederland. De laatstejaars die daar stage liepen, keerden allen enthousiast terug. Samen met de vroedvrouwen wilden we het 'actief bevallen' terug aan de vrouw (en het gezin) geven. De vrouw moest kunnen kiezen voor een verticale bevalling, het vermijden van een episiotomie, thuis- en poliklinische bevalling, borstvoeding, kraamzorg. Niet zozeer de plaats maar de inspraak en keuze van de vrouw/moeder was voor ons het belangrijkste. Onderzoek had aangetoond dat dit positieve invloed had op een geslaagde borstvoeding en dat het zelfvertrouwen gaf in het omgaan met de (zieke) baby.

Uitwassen

We werkten toen intens samen met een klein aantal gynaecologen die zichzelf op de tweede lijn plaatsten zoals hun collega's uit Engeland en Nederland. Zij trachtten hun vijf jaar extra opleiding te investeren in pathologie bij zwangerschap en bevalling, in fertilisatietechnieken in plaats van het begeleiden van de 'normale bevalling' en 'de pil voorschrijven'.

De gelijke nomenclatuurhonorering van een bevalling geleid door een gynaecoloog of door een vroedvrouw/huisarts zagen we toen als een overwinning, een aparte opleiding tot vroedvrouw als een noodzakelijkheid. Het leidde in de jaren '90 niet tot grotere aantallen thuisbevallingen (dit bleef 1%) maar ook niet tot grotere aantallen (poliklinische) actieve bevallingen (SPE-gegevens). Inspraak bleef dode letter bij de meeste gynaecologen en iedere vrouw werd 'vastgelegd aan een



Marc Cosyns: "Ben ik van de oude stempel omdat ik graag patiënten begeleid van wieg tot graf?"

CTG' met een apart nomenclatuurnummer, alleen voor gynaecologen. Het brengt ons tot het gekende thema van macht, geld en plethora,... ook nu nog vaak de reden tot slechte samenwerking en uitwassen in technische prestaties (tot en met het 'uitbaten' van een zwembad voor onderwaterbevallingen die echter nooit kunnen doorgaan vanwege die slechte hoofdpresentatie).

Nu woedt de strijd tussen vroedvrouw en gynaecoloog, want de huisarts is verdwenen uit het verloskundige veld zoals collega Van Wiemeersch vermeldt in AK 2143. De

gynaecoloog als 'huisarts van de vrouw'. Ook de opleiding heeft afgehaakt, men studeert nu af als huisarts zonder verloskundige ervaring. De keuze voor eerste en tweedelijnsverloskunde werd niet gemaakt en de vroedvrouw wordt door de meeste gynaecologen maar aanvaard in de pre- en postnatale begeleiding, zoals toen bij ons, huisartsen.

Misleidend

Ben ik van de oude stempel omdat ik graag patiënten volg en begeleid van wieg tot graf? Omdat ik nu maar 'halftijds praktiserend' ben, wilde ik

stoppen met het begeleiden van bevallingen van zodra een kind van een moeder die ik begeleid had ook zelf koos voor een thuisbevalling (in het ziekenhuis mogen we al lang niet meer binnen...). Sentimenteel mag ik wel een beetje zijn? Ondertussen heeft deze blijde gebeurtenis plaats gehad maar gestopt ben ik nog niet.

De reden van deze vrije tribune was niet de sentimentaliteit maar vooral mijn droefheid om het déjà-vu gevoel en om het misleidend gebruik van wetenschappelijke onderzoeksgegevens. De recente Nederlandse studie was de nieuwe aanleiding om (thuis)bevalling door de vroedvrouw in diskrediet te brengen. In dezelfde studiezaal waar ik de interviews met gynaecologen Sleurs, Temmerman en Van Wiemeersch lees, verneem ik ook dat de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland te wijten is aan de sterfte bij vroeggeboortes. Op donderdag 17 februari hield de Canadese verloskundige Eileen Hutton haar oratie als bijzonder hoogleraar aan de Vrije Universiteit. Zij poneerde dat als men corrigeert voor sterfte bij vroeggeboortes, de perinatale sterfte in Nederland zelfs 4% lager is dan in de Europese Unie. Ik kijk uit naar haar en ander verder wetenschappelijk onderzoek maar ook naar het onderzoek van De Koster (AK 2143) waarom zelfstandige vroedvrouwen geweerd worden in ziekenhuizen zoals wij vroeger als huisartsen in de jaren '80 toen we ijverden voor openkraamklinieken.

Marc Cosyns
huisarts en docent medische ethiek
en deontologie aan de
vakgroep huisartsgeneeskunde UGent

Titel en tussentitels van de redactie.

ACTUALITEIT

Apotheek Imeldaziekenhuis valt in de prijzen



De apotheker geeft waar nodig advies aan de patiënt zelf.

Onlangs kreeg een project rond ondersteuning van het voedingsbeleid door de apotheker in het Imeldaziekenhuis (Bonheiden) de Baxterprijs voor klinische farmacie. Er hangt een bedrag van 25.000 euro aan vast.

Het project van het Imeldaziekenhuis onderzoekt en evalueert de rol van de klinisch apotheker in het voedingsbeleid. Concreet geven de apothekers de verpleegdiensten en andere zorgverstrekkers advies over voeding en toediening van medicatie aan patiënten. Dat met als doel om de voeding en geneesmiddelen efficiënt, veilig en kosteneffectief in te zetten.

Binnen het project wordt eerst de huidige praktijk onder de loep genomen. Daarna wordt gewerkt aan procedures en protocols in een multidisciplinair projectteam. De klinisch apotheker volgt de geselecteerde

patiënten individueel op en evalueert hen. De apotheker verstrekt advies en geeft waar nodig uitleg aan de patiënt zelf. Op die manier kan een kwalitatieve en veilige zorg aangepast aan de individuele noden van de patiënt worden geboden.

Het project, dat momenteel op één afdeling loopt, zal mede dankzij deze prijs uitgebreid worden naar alle afdelingen van het Imeldaziekenhuis.

Nieuwe perspectieven

De 'Baxter Belgian Award - Clinical Pharmacy' wordt om de twee jaar uitgereikt aan een Franstalig en een

Nederlandstalig project, om op die manier nieuwe therapeutische perspectieven op medisch vlak te creëren.

Aan Franstalige kant ging de prijs naar de dagkliniek oncologie van het Centre Hospitalier de l'Abbaye et de Hesbaye van Seraing. Het project focust op het vroegtijdig detecteren van mogelijke medicamenteuze interacties omwille van de verschillende, vaak momentane behandelingen. Door die tijd te herkennen of te voorkomen kan de levenskwaliteit van de kankerpatiënt gevoelig verbeteren.

V.Ca.