

Even aandacht voor ...



De media

Het rapport *Een Goed Begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*, dat officieel woensdag 6 januari 2010 aan dr. A. Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd aangeboden, vind ik mooi, overzichtelijk en compleet. Wat ik vooral erg goed vind, is de nadruk die erin wordt gelegd op preventie en op preconceptiezorg. Het gaat duidelijk niet alleen over de periode rond de bevalling van de gezonde atermee baby. Het is knap gedaan, ook omdat alle koepels en organisaties het dragen.

Het is wel jammer dat het rapport niet meer nadrukkelijk steun uitspreekt voor de thuisbevalling. Het ontbreekt aan een duidelijke opsomming van de voordelen, die er wel degelijk zijn. Zo voorkomt thuisbevallen onnodige interventies, wat de gezondheid en het welbevinden van moeder en kind ten goede komt en hebben vrouwen die thuisbevallen gemiddeld genomen een betere ervaring dan vrouwen die elders bevallen. Misschien vanwege het gebrek aan een dergelijk positief standpunt heeft het beeld in de buitenwereld kunnen ontstaan dat medische interventies rondom de bevalling altijd goed zijn en dat thuisbevallen een gevaarlijke, onnutte bezigheid is uit het verleden. Je leest niets in de pers over de voordelen van thuisbevallen en van bevallen in de eerstelijns of over de nadelen van sectio's, inleidingen en andere interventies. Er wordt zo een erg eenzijdig beeld geschetst waarbij toch voortdurend de conclusie is dat bevallen in het ziekenhuis en meer medisch ingrijpen alleen maar beter kan zijn, ook voor vrouwen met een laag risico op problemen.

Dus staan verloskundigen en hun beroepsvereniging er zelf voor om uit te dragen dat de thuisbevalling een goede en veilige vorm van bevallen is en voor laag risico vrouwen die het graag willen zelfs vaak een betere vorm van bevallen. Er lijkt wat dat betreft tot nu toe weinig hulp uit de tweedelijns te zijn. Dat is jammer, want de boodschap: 'we moeten trots zijn op onze thuisbevalling' zou juist als hij vanuit de tweedelijns komt, enorm krachtig kunnen zijn en de beeldvorming in de media in balans kunnen brengen.

De eenzijdigheid in die berichtgeving in de media was zo nu en dan verbijsterend. Journalisten lijken het zo totaal verkeerd te hebben begrepen, het kan haast niet anders of het is ze niet goed uitgelegd, of ze willen het niet goed begrijpen omdat dat de journalistieke boodschap te ingewikkeld maakt.

Soms vond ik de informatievoorziening ronduit bizar. Zo interviewde het NOS-journaal naar aanleiding van het verschijnen van het rapport twee zwangeren. Een was er naar België 'gevlucht', anders was haar baby zeker doodgegaan, zo beweerde ze. De tweede voelde dat het niet goed zat. Zij zou geen echo gehad hebben, als ze daar niet op had aangedrongen. Onderzoek bracht een afwijkende ligging aan het licht en gelukkig, ja, toen was het nog net goed gekomen. Maar dat was haar verdienste geweest en niet die van de professionele zorg. Het NOS-journaal ging verder nauwelijks op het rapport in. Dit was het!

Dit soort van nieuwsitems zijn tenenkrommend als je beseft wat het effect is van die informatie op het algemene publiek. Daar maak ik me erg veel zorgen over. De stand van zaken is: we hebben een mooi en compleet rapport, maar zitten met een onvolledige en vaak ook foutieve berichtgeving in de pers: krant, radio, NOS-journaal, noem maar op. In bijna alle berichtgeving is het uitgangspunt een spontane atermee partus die begint in de eerstelijns en nog het liefst

thuis (met schemerlamp!) en waarbij vanaf dat moment van alles mis gaat. En dat is de reden is voor de hoge babysterfte in Nederland!

We weten – wetenschappelijk onderbouwd – dat dit nu juist niet de hoofdreden is. Het beeld dat langzamerhand ontstaat, is dat zwanger zijn, maar zeker bevallen gevaarlijk en riskant is. Als daar niet voortdurend hoog gekwalificeerde professionele teams omheen hangen gaat het absoluut fout.

De Stuurgroep doet de thuisbevalling niet in de ban, dat doet de pers. Dit baart mij zorgen. In het buitenland is het op zeker moment net zo gegaan. In Amerika, Engeland, Australië is decennia geleden door partijen geroepen dat de sterfte naar beneden kon als iedere zwangere naar het ziekenhuis ging om te bevallen. De pers heeft dat daar toen en hier nu gretig omarmd, zonder aandacht te schenken aan het feit dat 85% van de sterfte het gevolg is van vroeggeboorte, groeivertraging en aangeboren afwijkingen. Dat is immers geen spannend nieuws. Dat geeft geen mooie tv, geen aangrijpende beelden. Wat kan je nu in een nieuwsbericht rond preventie en pre-conceptiezorg? Niet spannend en een mooie kop is al helemaal lastig. Jammer, dus moeten verloskundigen en cliëntengroepen het zelf doen via websites, een zwangerenkrant, voorlichtingsavonden, noem maar op. Geen simpele taak, maar wel een om veel aandacht voor te hebben de komende jaren. ■

*Simone Buitendijk,
Bijzonder hoogleraar Eerstelijns Verloskunde en
Ketenzorg AMC-UvA / TNO*

Prenatale chromosoom Ethische overwegingen bij het testaanb

*Antina de Jong, Wybo J. Dondorp en
Guido M.W.R. de Wert*

Prenatale screening op chromosoomafwijkingen wordt in ons land al decennialang uitgevoerd. Deze screening begint met een schatting van het risico op een chromosoomafwijking. Aanvankelijk gebruikte men de maternale leeftijd om een risicogroep af te bakenen (zwangeren van 36 jaar of ouder), maar sinds enkele jaren gebruikt men hiervoor meestal de waarden van maternale serum-markers en de dikte van de foetale nekplou.

Zwangeren met een verhoogd risico op een kind met trisomie 13, 18 of 21 (downsyndroom) krijgen een diagnostische test aangeboden, namelijk een vruchtwaterpunctie of een vlokentest. Vanaf het begin was karyotypering de gouden standaard voor prenatale diagnostiek bij deze groep. Overigens krijgen vrouwen met een hoog risico, bijvoorbeeld op basis van een extra verdikte foetale nekplou gevonden bij prenatale screening, nu al vaak een diagnostische test met een bredere reikwijdte aangeboden. Ter verduidelijking: in dit artikel doelen we met 'prenatale screening' uitsluitend op de screening op chromosoomafwijkingen en niet op andere vormen van prenatale screening, zoals het bij 20 weken zwangerschap uitgevoerde structureel echoscopisch onderzoek. Met 'prenatale diagnostiek' bedoelen we het aanbod van een diagnostische test aan zwangeren bij wie een positieve uitslag van de screeningstest of de leeftijd wijzen op een verhoogd risico.

Karyotypering brengt alle microscopisch zichtbare chromosomale afwijkingen in kaart. Inmiddels zijn

*Universiteit Maastricht, Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen, afd. Metamedica, Maastricht.
Mr.dr.s. A. de Jong, ethicus en jurist (tevens: onderzoeks-
instituut GROW, Maastricht); dr. W.J. Dondorp, ethicus
(tevens: onderzoeksinstituten GROW en CAPHRI,
Maastricht); prof.dr. G.M.W.R. de Wert, ethicus (tevens:
onderzoeksinstituten GROW en CAPHRI, Maastricht).
Contactpersoon: mr.dr.s. A. de Jong
(at.dejong@hes.unimaas.nl).*

*Dit artikel is gebaseerd op een onderzoeksproject van het
Centre for Society and Genomics, gefinancierd door het
Netherlands Genomics Initiative (projectnr.: 70.1.061b).
Dit artikel is met toestemming overgenomen van het
NTvG, 2009;153:A1060; gepubliceerd op 30-11-2009*