

## ARTS & PATIËNT

### Ieke Witte

klinisch verloskundige en physician  
assistant in opleiding, Medisch  
Spectrum Twente, Enschede

### Nynke ter Horst

klinisch verloskundige en physician  
assistant in opleiding, Ziekenhuis-  
groep Twente, Almelo

VROUWEN EISEN STEEDS VAKER NIET-NOODZAKELIJKE INTERVENTIES ROND DE BEVALLING

# Medicalisering komt door zwangere zelf



GETTY IMAGES

De toename van klinische bevallingen en interventies wordt vaak toegeschreven aan gynaecologen, maar volgens klinisch verloskundigen Ieke Witte en Nynke ter Horst is eerder de zwangere zelf hiervoor verantwoordelijk.

**B**evallingen vinden meer en meer plaats binnen de ziekenhuis-muren. Beviel in 2000 65 procent van de vrouwen klinisch, in 2010 was dit gestegen naar 71 procent.<sup>1</sup> Het aantal interventies bij een klinische partus ligt doorgaans hoger; in de eerste lijn is er immers geen mogelijkheid tot inleiding, medicinale pijnstilling of bewaking door middel van cardiocografie (ctg).<sup>2,3</sup> Medicalisering van het proces rond baring en zwangerschap is het gevolg, en meestal krijgt de tweedelijnszorgverlener dit in de schoenen geschoven. Maar in hoeverre is de zwangere zelf verantwoordelijk voor deze medicalisering?

### Claimcultuur

In de westerse cultuur leven we in een 'maakbare' wereld: alles moet beter, liefst perfect. Patiënten worden mondiger en eisen zorg die zij ervaren als de beste. Fouten mogen daarbij niet gemaakt worden. Gaat het toch niet naar wens, dan heb je als zorgverlener al snel een ontevreden patiënt of een klacht. Uit een recent Nederlands onderzoek blijkt dat ruim 63 procent van de zorgverleners vreest voor een claim.<sup>4</sup> Deze aanklaagcultuur, versterkt door recente vernieuwde wetgeving (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg), zet de vertrouwensband tussen zorgverlener en patiënt op scherp.<sup>5</sup> De druk van de patiënt in combinatie met de toenemende claimcultuur leidt tot defensief handelen door de zorgverlener:

onderzoeken en behandelingen worden niet primair ingezet om medische redenen, maar uit voorzorg om klachten of financiële claims voor te zijn.<sup>4,6</sup> Nationaal en internationaal onderzoek laat zien dat 60 tot 80 procent van de zorgverleners weleens defensief handelt en extra consulten of interventies uitvoert om een klacht te voorkomen.<sup>4,5,7,8</sup> Ook binnen de obstetrie speelt deze tendens. Een duidelijk voorbeeld: hoe hoger het jaarlijks sectiopercentage van een gynaecoloog, hoe minder claims. Een jaarlijks percentage van 31,6 procent leidde tot 2,7 procent claims op de geleverde obstetrische zorg (95%-BI: 1,9-3,6). Bij slechts 5,1 procent sectio's steeg dit naar 6 procent (95%-BI: 4,6-6,8).<sup>7,9</sup>

### Interventiewens

Zorgverleners krijgen van zwangeren regelmatig te horen dat ze last hebben van slecht slapen, maternale uitputting en baringsangst. Het verzoek is dan vaak om in te grijpen. Wat volgt is een scala aan extra interventies: inleiding, toediening van pijnstilling, continue bewaking van moeder en kind, meer vacuüms en meer sectio's. De zorgverlener gaat hier steeds vaker in mee. Het 'niet gehoord voelen of niet serieus genomen voelen' zijn immers de meest voorkomende klachten.<sup>10</sup> In de kliniek zorgt dit voor een toename van de electieve inleiding, pijnstilling durante partu en zelfs de vraag tot primaire sectio. Zo omvat 25 procent van de verwijzingen durante partu bij een eerste kind de wens tot pijnstilling en is 12 tot 19 procent van alle inleidingen electief, dus zonder medisch-obstetrische indicatie.<sup>11,12</sup> Onnodige medicalisering komt in deze gevallen voort uit de wens van de zwangere zelf. Patiënten overzien hierbij de risico's voor hun eigen gezondheid én die van hun

kind niet of onvoldoende, hoewel dit in de eigen perceptie, naast pijnloos baren, centraal staat. Alle interventies die zij wensen, voorzien alleen de kortetermijnbehoefte. Een electieve inleiding geeft bijvoorbeeld verhoogde risico's voor zowel moeder als kind; langdurige baring een groter risico op een sectio en infecties ten opzichte van een spontaan gestarte baring.<sup>12,13</sup> Ook een electieve sectio gaat gepaard met extra risico's zoals bloedingsproblematiek, een uterusruptuur (bij een volgende baring) en adhesievorming. Patiënten met een interventiewens zijn vaak niet meer ontvankelijk voor counseling; 40 tot 80 procent van de informatie die de zorgverlener geeft, vergeten ze direct weer.<sup>14</sup>

### Bewustwording

De rol van de patiënt moet niet onderschat worden in de toenemende medicalisering. Patiënten eisen zorg die anders is, of meer omvat dan de evidencebased keuze van de zorgverlener. De autonomie van de patiënt staat zeker niet ter discussie. Elke zwangere heeft haar rechten en keuzevrijheid is hierin essentieel. Wel is het van belang om onderscheid te maken tussen electieve interventies, zonder medische indicatie, en medisch noodzakelijke interventies.

Deze tendens vraagt om meer onderzoek. Mogelijk kan de patiënt in haar eigen rol en bewustwording ondersteund worden door gebruik te maken van digitale keuzehulp of *centering pregnancy* (groepscontroles) wat de vraag om pijnstilling en interventies al lijkt te verminderen.<sup>15,16</sup> Maar mogelijk is bewustwording bij de patiënt én de zorgverlener al een eerste stap voorwaarts. ■

### contact

i.witte@mst.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

### web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

Deze tendens vraagt om meer onderzoek