De technologische wending in de verloskunde

Pelerinlezing 8 maart 2016

E.S. Houwaart

Inhoud

1. Inleiding
2. Samenvatting 1900-1960: trends
3. Standaarden en risico
4. Witness seminar: wat is dat ?
5. Technologie in de verloskunde 1960-1980: een nieuw risicobesef

Verloskundige hulp in Nederland na 1900

1. Vroedvrouwen
2. Huisartsen
3. Gynaecologen

Meest besproken problemen bij zwangerschap en bevallen 1900 - 1940

1. Bekkenafwijkingen; verhouding hoofd – bekkeningang
2. Stuit- en dwarsligging
3. De placenta
4. Prematuritas
5. Serotoon
6. Niet vorderende bevallingen
7. Meerlingen

Beschikbare technieken 1900-1940

- Stethoscoop, speculum
- Versie
- Diverse handgrepen
- Forceps
- Sectio
- Moederkoorn (Ergotamine)
- Na 1930: Inleiden piton ed.
- Katheter
- Anaesthesie
- Kamfer, cafeïne
- Diverse sondes, tangen etc

Vroedvrouw/verloskundige in Nederland na 1900

- 1865 (1 juni): (artikel 15 en 16)
  - Bevoegd tot bijstand ‘natuurlijk verloop der baring’
  - Lavementen, katheter, bloedzuigers
  - ‘The guardians of normal birth’ sinds 1900

- 1924: onder bijzondere omstandigheden
  - Geneesmiddelen (‘moederkoorn’/ergotamine)
  - ‘Kunstbewerking’

- 1932: Uitbreiding
  - Prenatale zorg
  - Zorg gedurende kraambed
  - Corrigeren liggingsafwijkingen door uitvoering handgreep
  - Geneesmiddelen bij weëënzwakte, verder kamfer en cafeïne

- 1941: Ziekenfondsbesluit: Het primaat van 1941’ (20-25 gulden)

Vroedvrouw/verloskundige in Nederland na 1900

- 1951: (artikel 15 en 16)
  - Bevoegd tot afname bloed via venapunctie
  - Prenatale zorg nu vanaf 18 weken (niet eerder ter voorkoming van bemoeienis met abortus!)
  - Bevoegd tot hechten ban een voudige inscheuringen
  - Pituïtrine (inleiden) en ergometrine

- 1978: Verder uitbreiding bevoegdheden
  - Uitstrijkjes
  - Voedingsadviezen
  - Episiotomie en hechten
  - Locale verdoving
  - Behandeling anti-D Rhesus
  - Uitbreiding zorg kraambed

- 1988 en verder (BIG 1993): Uitbreiding zelfstandig medicatie
  - Uitbreiding zelfstandig medicatie (bv IJzer; Hepatitis; Vit K)
  - Echoscopie
  - Reanimatie kind

Perinatale zorg Nederland 1945-1965

1. Vroedvrouwen en huisartsen belangrijkst: flinke concurrentie. In 1950 waren er 160 gynaecologen, waarvan 50% thuis praktiseerden.
2. Prenatale zorg via consultatiebureaus en kruisverenigingen zeer sterk. Promotie na 1947 door Utrechtse hoogleraar K de Snoo succesvol
3. Poging tot uitbreiding via GGD voor ecclampsie, liggingsafwijkingen, diabetes, lues.
4. Bevallen vond grotendeels en bij voorkeur thuis plaats
5. Obstetrie was een expectatief vak: Gynaecologen en medici terughoudend met interventies

Verloskunde was in opzet afwachtend

Sectio

- 1938 Nederland, Leiden 0,53 % (GB: 2 %)
  - Maternale sterfte 5,2 %
  - Kind sterfte 12%

- 1960 Nederland, Leiden 1,54 % (GB 12 %)
  - Maternale sterfte 0,33 %
  - Kind sterfte 6,9 %

- Het ideaal in jaren ‘40 en ‘50 was: K. de Snoo in Utrecht: 0,2 %
- Stemming was antisectio en anti inleiden (Kloosterman,1954). De praktijk echter…….?
- In 2006:
  - Sectio 15%
  - Forceps 9,8 %
  - Nog altijd 75% van de bevalling ‘spontaan’: internationaal gezien hoog.

Verloskunde was in opzet afwachtend

Indicaties voor Sectio

Periode 1900-1945

- Bekkenvernauwing. Tot 1945 belangrijkst.
- Placenta praevia
- Toxicose
- Cervixcarcinoom
- Dreigende uterusruptuur

Na 1945-1950

- Rhesusantagonisme
- Asfyxie van het kind
- Niet vorderen bevalling
- Diabetes
- Serotien volgens sommigen

Na 1968

- Stuitligging wordt steeds belangrijker als indicatie
- Verwachting van sommigen: daling sectio door betere diagnostiek
- Toestand van kind wordt steeds belangrijker……

Thuisbevallen in Nederland 1950 - 2010

	Thuis	Ziekenhuis	Poli
1950	78,0	22,0	
1952	77,9	22,1	
1960	74,0	26,0	
1970	57,3	42,7	(2,5)
1975	44,0	56,0	(8,6)
1978	36,0	64,0	
1980	35,4	64,6	(22,7)
1989	38,0	62,0	(33)
1992	33,0	67,0	
2000	34,0	66,0	
2005	29,0	71,0	
2010	23,4	76,6	

CBS 2.11.2012

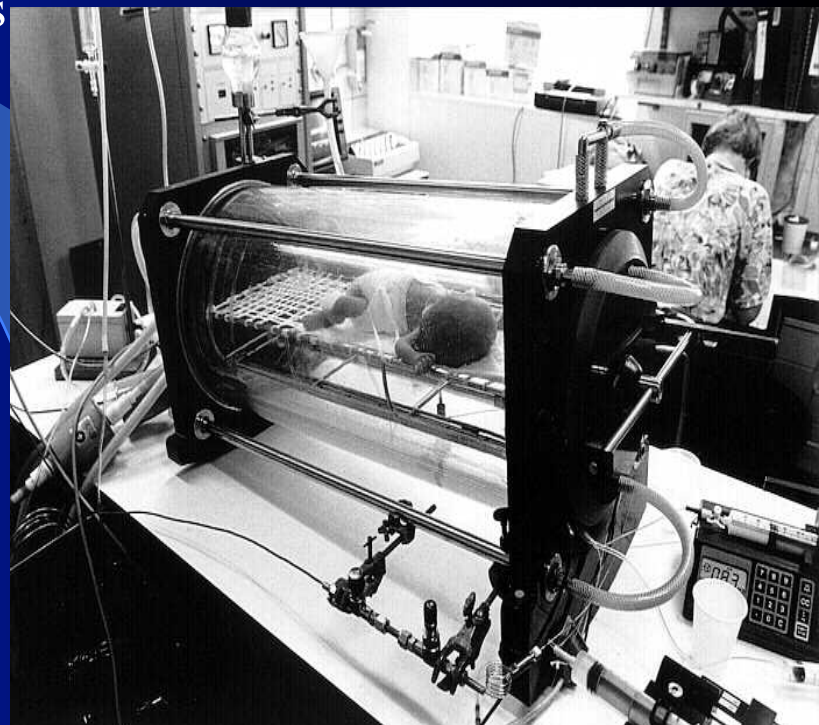
Perinatale zorg in Nederland na 1960

	Huisarts	Vroedvrouw	Gynaecoloog	
1960	46,9	37,2	16,7	
1964	39,7	35,5	24,7	(ruim 250)
1970	34,9	36,7	27,6	
1975	23,0	39,7	37,3	
1980	15,7	40,6	41,0	
1986	14,0	43,0	43,0	(670)
1991	11,0	44,0	45,0	
1993	8,0	46,3	45,6	
2002	7,2	33,4	59,4	

Hessing-Wagner, 1991; Amelink-Verburg, 2011

‘Babies at risk’ na 1960

- Aandacht verschuift van moeder naar foetus: het concept ‘babies at risk’
- Cultuuromslag: nieuwe risicobeleving, hospitalisatie
- Twee elkaar versterkende processen:
  1. Groot aantal technologische innovaties
  2. Nieuwe standaarden en vormen van risicoselectie



‘Babies at risk’ na 1960

1961 Amnionpunctie (bilirubinegehalte vruchtwater; Bevis 1956)

- Leiden: J. Bennebroek Gravenhorst promotieonderzoek rond Rhesusantagonisme en intrauterine transfusie
- Nijmegen: Seelen en A.C. Drogendijk in Canisiusziekenhuis naar prof. E. Saling, Berlijn: indicatie Serotoon
- Placentalokalisatie via radioactief technetium

1965 Amnioscopie. Nijmegen, naar Saling.

1966 Intrauterine bloedtransfusie
Foetaal ECG (CTG): T. Eskes via TNO
Microbloedonderzoek Nijmegen:
Ph meting micro bloed

1973 Amnionpunctie ook voor schatting longrijpheid

1973 Echodiagnostiek: de foetus wordt een individu

Nieuwe standaarden en vormen van risicoselectie na 1960

De sociologische werking en functie van standaarden en risico's:

- D. Lupton, *Risk*, 2013: culturele preoccupatie met de notie van risico.
- Th. Porter, *Trust in numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life.* 1995
- S. Timmermans & M. Berg, *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-based Medicine and Standardization in Health Care*. 2003
- Standaarden hebben ook een politiek karakter:
  - Ze herschikken de verantwoordelijkheid tussen professionele groepen
  - Ze scheppen een nieuwe omgeving waarvan ze zelf onderdeel worden

Nieuwe standaarden en vormen risicoselectie in Nederland na 1960: nieuwe vormen van discussie over ‘oude’ onderwerpen

- In 1958 verschijnt een obstetrische verwijslijst opgesteld door de gynaecoloog Kloosterman op verzoek van de Ziekenfondsraad om kosten te kunne reduceren: alleen vergoeding van obstetrische hulp als die overkomt met indicatie van die lijst.
- Ontwikkelde zich tot middel om verhoudingen tussen verloskundige en gynaecoloog te kunnen reguleren: voordracht Kloosterman KNMG in 1966 (*NTvG*, 1966: 1808-1815)
- Uitgebreide lijst standaard in Leerboek Obstetrie vanaf 1973
- In 1987 Taakgroep met nog verdere uitbreiding lijst waarbij vroedvrouw in principe verantwoordelijk wordt voor de risicoselectie

- In 2000 publicatie Trial Stuitbevalling. Significant lagere sterfte als sectio. (M. Hannah et al, *Lancet*, 2000. Binnen enkele maanden zeer grote consequenties. Vanaf 2005 toch weer twijfel.

Witness seminar: wat is dat ?

Enkele bevindingen Witness seminar

1 Schoolvorming: vroeg ingrijpen of afwachten.

- P.C.T van der Hoeven (1870- 1953) Leiden: graag vroeg vliezen breken ter inleiding. De Utrechtse hoogleraar K. de Snoo (1877-1949) verfoeide Van der Hoeven om die reden.
- G.J. Kloosterman (1915-2004), in Utrecht opgeleid, zette de meer expectatieve traditie van De Snoo in Amsterdam voort. In 1954 keerde hij zich duidelijk tegen sectio bij primaparae, aangezien die dan voor het leven verloskundig gezien invalide zouden blijven. Serotoon kan best wachten. Ook fel tegen systematisch inleiden.
- Vroege interventie en ook techniek, T. Eskes (1933– 1911) in Nijmegen, die de actief-wetenschappleijke houding uit de VS meeneemt.
- Jaren zestig en zeventig vergaderingen en congressen van de gynaecologen: stevige discussies die konden wel eens uitmonden in animositeit. Opvallend ook grote ego's tegenover elkaar.

Enkele bevindingen Witness seminar

Toename aantal Ziekenhuisbevallingen

Verklaring voor toename ziekenhuisbevallingen na 1950 ? Veel ingewikkelder dan we dachten. Mix van factoren niet op elk moment in gelijke mate van belang

1. Na 1945 – 1960: duidelijk vaak sociale indicaties. Woningnood
2. De veranderende verhoudingen in de driehoek huisarts-vroedvrouw-gynaecoloog
3. Vooral na 1960 financiële incentives. 1956-1958: In aantal ziekenhuizen invoering moeder-kind tarieven, zodat vrouwen tegen geringe vergoeding in ziekenhuis konden bevallen en kraambed doorbrengen. (Radboud Ziekenhuis; Zutphen).
4. Verandering opvattingen over aanvaardbare risico´s

Enkele bevindingen Witness seminar

Veranderend risicobesef 1960-1980

1. *Cultuurverandering* 1955-1975 binnen de groep van gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen
   - Macho rond 1960 is gebruikelijk; ook veel zelf doen. In buitendienst'. Alles nog thuis: tang, manuele placenta verwijdering, versie, totaal ruptuur etc. Insturen werd gezien als een afgang door bv A.J.M. Holmer (1899-1977) in Leiden.
   - Kloosterman schaft buitendienst af , na overlijden van vrouw agv narcose. Buitendienst algemeen afgeschaft eind jaren zestig. Holmer vervangen door Sikkel in 1966.
   - Bijvoorbeeld schandaal rond narcose in obstetrie Den Haag, begin jaren zestig
   - Casus **stuitbevalling.** Een stuitbevalling was in de jaren vijftig vanzelfsprekend 'eerste lijn', inclusief vaak uitwendige versie. Hoewel toen ook al vele geluiden over gevaren. Vroedvrouwen gingen zich na 1960 schuldig voelen als ze stuit deden.

Enkele bevindingen Witness seminar

Veranderend risicobesef 1960-1980

Verandering bij huisartsen: vaker verhalen over wat misgaat

- Het inleiden met piton op intuïtie. Enquête 1960: mortaliteit stuit is 15%!, veel prematuren, complicaties bij moeder, grote verschillen oude en jonge huisartsen: vliezen breken (*H&W*, 1982).
- 'Hoge tangen'; onder ether narcose (roesje) in huisartsenpraktijken: niet zelden voor 1960. Daarna verdwenen.
- Ook sprake van afschaffen van techniek, bijvoorbeeld vanaf jaren dertig inleiding door middel van piton-achtige stoffen (oxytocine).
- De lijst van Kloosterman exponent èn vormgever van nieuw risicobesef in jaren zestig.