**Thema: Medicalisering van de zwangerschap**

**Bevallen is altijd een dilemma: hoe weeg je uitkomsten voor moeder en kind?**

*Elselijn Kingma*

**Aan het medisch begeleiden van een zwangerschap zitten voor- en nadelen. Dat leidt tot belangrijke ethische vragen: hoe wegen we deze voor- en nadelen zinnig af? Maakt het uit of de voordelen voor de baby zijn en de nadelen voor de moeder – of vice versa? En wat als de zwangere de medische begeleiding niet wil?**

Het medicaliseren van zwangerschap en geboorte brengt risico’s met zich mee, met name voor de moeder. Uit grote studies blijkt dat, bij vergelijkbare groepen vrouwen, het bevallen in een ziekenhuis of gemedicaliseerde setting een groter risico op lichamelijke schade geeft dan een bevalling thuis of in een verloskundig-geleid geboortecentrum (Brocklehurst et al. (2011), Snowden et al (2015), Wax et al. (2010).Een groot deel van deze schade is iatrogeen – dat wil zeggen aangebracht door zorgverleners. Denk hierbij aan een keizersnede of een knip. Hier tegenover staan natuurlijk de grote voordelen van medicalisering, zoals toegang tot medicamenteuze pijnstilling. Ook kan medisch ingrijpen risico’s verminderen of zelfs wegnemen, voor zowel moeder als kind: de keizersnede kan een levensreddende operatie zijn, en er is nog maar hoogst zelden een moeder die doodbloedt.

Hoe de voor- en nadelen van een medische setting zich tot elkaar verhouden, hangt af van de doelgroep. Bij een tweeling- en/of stuitbevalling, bijvoorbeeld, biedt een gemedicaliseerde bevalling aanzienlijk extra veiligheid voor bijna-geboren baby’s. Maar bij een zwangere zonder extra risico-factoren is dit voordeel niet duidelijk; de uitkomsten voor de baby blijven hevig bevochten in de internationale literatuur (e.g. Brocklehurst et al. (2011), de Jonge et al (2009), Snowden et al (2015). De nadelen voor de moeder, daarentegen, zijn volstrekt oncontroversieel (Brocklehurst et al. (2011).

Omdat de verhouding tussen de voor- en nadelen van een medische bevalling verschillen per populatie, doet de geboortezorg aan risico-selectie: de gezonde zwangere in Nederland krijgt het advies om thuis of poliklinisch te bevallen met een verloskundige; de zwangere die, bijvoorbeeld, een meerling verwacht of bepaalde andere risicofactoren heeft, wordt geadviseerd in het ziekenhuis te bevallen. Achter al deze adviezen zit, vaak impliciet, een afweging tussen statistische voor- en nadelen voor moeder en kind.

**Afwijkende zorgvragen.**

Toch leggen sommige vrouwen zulke adviezen naast zich neer. Er lijken steeds meer vrouwen te zijn die een gemedicaliseerde bevalling, of aspecten van medisch management, afwijzen. Zij willen, bijvoorbeeld met een keizersnede in de voorgeschiedenis, een tweelingzwangerschap, of een baby in stuitligging, niet in het ziekenhuis bevallen, maar thuis. Of ze weigeren om de bevalling kunstmatig op te laten wekken (‘inleiden’) op het moment dat dat door de zorgverleners aangeraden wordt. Ook zijn er vrouwen die bijvoorbeeld prenatale zorg afwijzen en/of *unassisted* – dat wil zeggen helemaal zonder zorgverlener – willen bevallen. Zorgverleners in de geboortezorg kunnen verwachten één keer per jaar met zo’n vraag geconfronteerd te worden (Hollander et al., 2017).

In de ogen van de zorgverleners brengen deze keuzes onnodige extra risico’s met zich mee; in ieder geval voor de nog ongeboren baby, maar in sommige gevallen ook voor de moeder. De adviezen zijn er immers op gedoeld om risico’s te minimaliseren; als de zwangere met een van bovenstaande risicofactoren thuis bevalt en er gaat iets mis, dan is hulp (in de vorm van de gynaecoloog/kinderarts) veel verder weg dan als ze in het ziekenhuis was bevallen. De moeders zelf zien het vaak anders; ze zien redenen om afwijkende keuzes te maken. Bijvoorbeeld omdat ze een vorige bevalling als traumatisch hebben ervaren, of omdat ze vinden dat de gemedicaliseerde bevalling te veel risico’s met zich meebrengt.

Afwijkende vragen zoals hierboven beschreven hebben de afgelopen jaren voor veel commotie gezorgd in geboorteland[[1]](#footnote-1). En ze werpen inderdaad ethische vragen op: (1) mag een zwangere vrouw medische adviezen naast zich neerleggen en medische ingrepen weigeren die ten goede zouden zijn gekomen aan haar ongeboren kind? (2) Wat vinden we van haar keuze, en hoe bepalen we dat? En (3) mogen – of moeten – zorgverleners wel of niet meewerken aan de alternatieven die de zwangere wel wil – zoals bijvoorbeeld de thuisbevalling bij een stuit? Ik leg in dit artikel de nadruk op de tweede vraag.

**Mag een zwangere medisch ingrijpen weigeren?**

Maar eerst kort over de eerste vraag: mag een zwangere medisch ingrijpen weigeren? Hoewel deze vraag met regelmaat wordt opgeworpen (e.g. de Groot, 2015) blijft zowel de Nederlands wet als de internationale medisch-ethische opinie duidelijk in haar antwoord: de wilsbekwame zwangere heeft net als elke andere wilsbekwame volwassene het vrijwel absolute recht om medische interventies te weigeren; geen behandeling zonder haar toestemming. (ACOG, 2016; Ismaili M’hamdi & de Beaufort 2018, Porter & Kingma, *under review*).

Het mogelijke morele argument dat de zwangere vrouw ouderschapsverplichtingen zou hebben naar haar toekomstige kind verandert dit niet. Een vader heeft ook ouderschapsplichten. Toch zouden we een vader niet dwingen tot het afstaan van zijn beenmerg of nier omdat zijn dochter (misschien) dat beenmerg nodig heeft. Wij kunnen de keuze van een vader om zijn beenmerg niet te doneren verwerpelijk vinden, maar we zouden hem niet opensnijden (Porter & Kingma, *under review)*.

**Hoe evalueren we de bevallings-keuzes van zwangere vrouwen?**

Wel kunnen we ons afvragen wat we *vinden* van de keuze om een ingreep te weigeren die ten goede zou komen aan het kind. Dat brengt de vraag over het wegen van voor- en nadelen voor moeder en kind vol in het voetlicht. Deze vraag die niet alleen belangrijk voor het maken en evalueren van elke individuele bevallingskeuze – afwijkend of niet – maar ook voor de organisatie van ons gezondheidssysteem, het geven van adviezen, en de vraag wat het juiste niveau van medicalisering is: hoeveel risico’s voor de ongeboren baby zijn moreel verantwoord? En hoe bepalen we dat?

Velen zullen roepen ‘geen enkel’. Maar zo gemakkelijk is het niet. Want iedereen neemt risico met het leven van zijn of haar kinderen; elke keer dat je ze in de auto zet om bij oma op bezoek te gaan. Dat klinkt blasé, maar het illustreert wel iets belangrijks: ‘risicovrije opties’ bestaan niet. De vraag is altijd hoe groot het (extra) risico is, en of het opweegt tegen de nadelen van andere opties. Blijkbaar vinden we (terecht) het onderhouden van familiebanden het risico van een auto-ongeluk waard. En blijkbaar zijn we bereid het extra risico van die autorit te accepteren boven het gedoe van de – veel veiligere – bus- en treinrit.[[2]](#footnote-2)

Wellicht denken we bij dat soort beslissingen niet expliciet in termen van risico, en bij bevallingen wel. Maar of de risico’s nu impliciet of expliciet overwogen worden, beslissen is altijd het afwegen van meerdere factoren. Het is heel verleidelijk om te denken dat ethische beslissingen in de geboortezorg – zowel individueel als op beleidsniveau – uitsluitend geleid moeten worden door het minimaliseren van risico’s voor de ongeboren baby. Maar dat is niet alleen onjuist – het is zelfs gebaseerd op een morele fout.

**Vergeet de moeder niet**

Want, zoals reeds genoemd, zijn het niet alleen ongeboren baby’s die in een bevalling risico lopen; bevallenis ook risicovol voor moeders. Nu zijn de trauma’s die bij de moeder kunnen optreden meestal minder ernstig dan de mogelijke trauma’s voor het ongeboren kind. De baby kan overlijden of flinke hersenschade oplopen. De moeder raakt ‘slechts’ opengesneden, ingeknipt, uitgezakt of doorgescheurd. Maar waar de veel ernstigere trauma’s bij de baby gelukkig zeldzaam zijn, komen de minder ernstige trauma’s bij de moeder juist veel vaker voor. (Brocklehurst et al. 2011, Snowden et al 2015, Wax et al. 2010). Iedereen moet herstellen van een bevalling. En hoewel dat herstel, gelukkig, meestal snel gaat, zijn niet alle gevolgen kortdurend of klein; na een vierdegraads scheur heeft een vrouw een aanzienlijke kans levenslang incontinent te zijn. Daarnaast is er de emotionele kant. In iedere babygroep zit wel een moeder die niet zonder tranen over haar bevalling kan praten. Sommigen hebben jaren later nog flashbacks.

Elke afweging of beslissing in de geboortezorg die zich uitsluitend richt op het minimaliseren van risico’s voor de baby, vergeet de uitkomsten voor de moeder: haar welbevinden, veiligheid en emotionele en fysieke gezondheid. Dat is ethisch onacceptabel.

**Lastige vragen**

Een goede, en ethische, afweging in de geboortezorg, moet altijd, expliciet, zowel de risico’s voor moeders als die voor baby’s overwegen. Het probleem is dat dit pas echt tot ongemakkelijke, en lastige, vragen leidt. Want bij veel beslissingen in de geboortezorg wijzen de (statistische) risico’s voor moeder en ongeboren kind in tegenovergestelde richting.

Het maken van afwegingen in de geboortezorg betekent dus vaak: het afwegen van een zeldzame maar serieuze uitkomst voor de ene populatie (babies), tegen veel vaker voorkomende, minder ernstige uitkomsten voor een andere populatie (moeders). Dit is, zo weten we uit de bestaande medisch-ethische literatuur, een afweging die ongelofelijk lastig is. Daarbovenop komen nog individuele variatie en emotionele factoren.

In concretere termen moeten we het volgende soort ongemakkelijke vragen stellen: hoeveel jaren aan traumatische flash-backs is een babyleven waard? En hoeveel fysieke schade, bij hoeveel vrouwen, is moreel acceptabel als dat bij een van hen de dood van een baby voorkomt? Het feit dat sommige vrouwen individueel een gemedicaliseerde bevalling afwijzen, werpt een schijnwerper op bovenstaande vragen. Maar de vragen spelen door de hele geboortezorg heen.

Er mag veel meer serieuze medisch-ethische aandacht gaan naar de ingewikkelde en ongemakkelijke weging van statistische voor- en nadelen voor moeder en kind. Bovendien moeten de maatschappij, de geboortezorg en individuele moeders en zorgverleners die vraag, en het feit dat we het antwoord erop totaal niet weten, erkennen en met open vizier in de ogen kijken. Daar is moed voor nodig; veel makkelijker is om het probleem te verplaatsen naar de veel eenvoudigere taak van het minimaliseren van risico’s voor baby’s alleen, zonder altijd daarnaast de risico’s voor moeders te overwegen. Niet alleen gaat dit de onderliggende ethische vraag vaak uit de weg; het begaat per definitie een onrecht.

Het kan heel verleidelijk te zijn om te denken dat elk risico voor een onschuldige en kwetsbare baby, hoe klein ook, moreel onacceptabel is. Dat is emotioneel heel begrijpelijk, maar het is gebaseerd op een morele fout. Een moeder is ook een mens. Ze verdient dat we haar welbevinden en fysieke en emotionele gezondheid serieus nemen, zowel bij het geven van individuele adviezen, als op het niveau van richtlijnen en beleid, en ook als dat tot moeilijke vragen leidt. Niet serieuzer dan dat van de baby, maar zeker ook niet minder serieus: net zo serieus als dat van elk ander mens.

*Elselijn Kingma is Socrates Hoogleraar Filosofie en Techniek vanuit Humanistisch Perspectief aan de Technische Universiteit Eindhoven, en Associate Professor Philosophy aan de University of Southampton. Ze doet onderzoek naar rechten en plichten tijdens zwangerschap en geboorte, en leidt een ERC Starting Grant over de Metafysica van Zwangerschap (GA 679586).*

**Literatuur**

Brocklehurst, P. et al (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healty women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal* 2011;343:d7400

de Groot, K. [‘Een nieuw ontdekte procedure: de “Actio Caesarea”’](https://www.njb.nl/blog/een-nieuw-ontdekte-procedure-actio-caesarea.3.18540.lynkx), NJB 2015/1190, afl. 25, p. 1656-1657

De Jonge A, et al (2009) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low‐risk planned home and hospital births. *British Journal for Obstetrics and Gynaecology* 2009;**116**:1177–84.

Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. and Holten, L., (2017). Women’s motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), p.423.

Ismaili M’hamdi H, de Beaufort I. (2018). Forced caesareans: applying ordinary standards to an extraordinary case. *Journal of Medical Ethics* 2018;**0**:1–6.

Porter, L & Kingma, E. (*under review)*  Parental obligation and court-ordered caesarean section

Snowden, JM. et al (2015). Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *New England Journal of Medicine* 2015; 373:2642-2653

1. https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBZWB:2018:1745 [↑](#footnote-ref-1)
2. https://www.gov.uk/government/statistics/transport-statistics-great-britain-2017 [↑](#footnote-ref-2)