

PROMOTIE IS VOORAL WETENSCHAP OOK TEAMWORK

Juiste aanpak leidt tot succes

Promotieonderzoek combineren met een eerstelijns verloskundige praktijk? Dat dit goed kan bewijst Hennie Wijnen, verloskundige in Veldhoven. Ze heeft een duidelijke eerstelijns visie en met hard werken, een groot netwerk en veel enthousiasme kwam haar zeer relevante proefschrift in vijf jaar van de grond. Ze is vooral nog enig in haar soort. Een interview met een bevrogen vrouw.

Kristel Zeeman

Hoe ben je betrokken geraakt bij het onderzoek?

Ik loop al sinds 1988 mee als praktijk in het onderzoek naar schildklierfunctie en depressies. In de Kempen hebben we heel veel expertise op het gebied van schildklierfunctie in de zwangerschap. Maar terwijl je denkt dat onderzoek doen antwoord geeft op je vragen, krijg je twee keer zoveel vragen terug. Zo word je geprikkeld en rol je er een beetje in. Intussen was ik ook betrokken bij het opzetten van de WOS cursus en volgde ik WOS I en II. Voor dit onderzoek heb ik toen een team gezocht aan de universiteiten van Tilburg en Maastricht en in het plaatselijk ziekenhuis (Máxima Medisch Centrum te Veldhoven) om mee te brainstormen. We spraken over aanpak, onderzoeksprotocol, haalbaarheid, wanneer genoeg power. Van literatuurstudie, het schrijven van een onderzoeksvoorstel, het wachten op de ethische commissie tot het schrijven van het proefschrift duurde totaal ongeveer vijf jaar.

Ik ben op dit onderwerp gekomen door het onderzoek van psychologe dr. Evelien Brouwers die heeft gekeken naar maternale schildklier-

Kristel Zeeman is verloskundige en medisch antropoloog, beleidsmedewerker bij de KNOV en lid van de redactie

Hennie Wijnen promoveerde op 6 december 2005. Zij onderzocht duizend vrouwen tijdens hun zwangerschap en kraambed; hun kinderen worden de komende tien jaar gevolgd. Wijnen keek naar het welbevinden van de moeder tijdens zwangerschap en kraambed, het functioneren van de schildklier en de ontwikkeling van het kind.

Haar studie toont aan dat een laag vrij circulerend schildklierhormoon het risico vergroot op niet fysiologische hoofdliggingen tijdens de baring. Mogelijk kan dit verklaard worden door een verminderde spiertonus bij de foetus die daardoor niet kan zorgen voor een adequate flexie en deflexie van het hoofd. Tevens toont haar studie aan dat psychologische factoren het welbevinden van de zwangere vrouw bepalen. Wijnen pleit ervoor om bij de risicoselectie naast medische en verloskundige criteria ook psychologische factoren te betrekken. Zo blijkt uit haar onderzoek dat de ernst van misselijkheid en braken tijdens de zwangerschap voornamelijk afhangt van psychologische factoren. Ernstige symptomen kunnen een teken zijn van psychopathologie, wat op zijn beurt de kans op angst en depressie verhoogt. Deze verhogen het

Hennie Wijnen (1950) is verpleegkundige en verloskundige. Ze studeerde enkele jaren filosofie in Groningen. Sinds 1982 werkt Wijnen als eerstelijns verloskundige in Veldhoven. Zij is vanaf 1988 betrokken geweest bij de Kempenstudies.



risico op verloskundige, foetale en neonatale complicaties en op een verstoorde ontwikkeling van het kind.

Het is van belang vrouwen op te sporen met hoge intensiteit van symptomen van misselijkheid en braken. Hoewel dit 'normaal' wordt geacht, kan het duiden op psychoneuroticisme. Ook dienen vrouwen met grote angsten, vooral in de laatste drie maanden van zwangerschap te worden opgespoord, evenals vrouwen met ernstige depressieve symptomen tijdens diverse momenten in de zwangerschap.

WETENSCHAP

functie in de zwangerschap en motorische en neurologische ontwikkeling van de pasgeborene. Zij heeft duidelijk aangetoond dat er een verband is tussen lage schildklierhormonen bij de moeder en achterstanden bij het kind op eenjarige en tweejarige leeftijd. Ik heb teruggeredeneerd: dan zit dat verband er waarschijnlijk ook al in de baarmoeder. De hypothese daarbij is dat het draaien van stuit naar hoofdligging actief gebeurt door het kind. Als het kind een motorische achterstand heeft, kan het mogelijk ook minder goed draaien. Tevens zou het effect kunnen hebben op hoofdliggingen. Hypothyreoïdie veroorzaakt een slechte spiertonus bij volwassenen. Als dit ook bij het kind in de baarmoeder het geval is kan het de spildraai beïnvloeden, zo veronderstelde ik.

Wat was de rol van de promotoren?

Promotoren wijzen je de weg in het promotiecircuït. Je moet het zelf doen, maar zonder hulp red je het niet. Ik heb heel veel enthousiaste hulp gehad. In de eerste tijd kwamen we elke zes weken bij elkaar en bespraken we de resultaten. Dat was ook een stok achter de deur. Ik sprak het meest met de professoren G.M. Essed en V.J. Pop, vooral het laatste jaar: Welke data gebruiken we wel, welke niet, wat is de insteek van de analyse? Ik heb heel veel geluk gehad met mijn promotoren. Maar ik denk ook dat je als eerstelijns verloskundige het bijna niet kunt doen zonder intensieve, praktische begeleiding. Je weet niet welke wegen je moet bewandelen. Ik kon mijn promotoren bij wijze van spreken op elk moment van de dag bellen met vragen. Het is trouwens niet alleen een kwestie van geluk hebben, het is ook zoeken totdat je de goede mensen vindt. Voor je

een team hebt gevonden dat je onderwerp leuk vindt en dat bereid is mee te werken, dat zie ik bij heel veel onderzoekers, dat kost heel veel tijd. Het hebben van een netwerk is daarbij heel belangrijk.

Hoe heb je onderzoek en eerstelijns praktijk kunnen combineren?

Doordat we met z'n drieën in de praktijk zijn blijft er voor mij genoeg tijd over om met onderzoek bezig te zijn. Het is veel werk. Ik zag de meeste mensen zelf: bij de intake, bij 24 weken en 36 weken. Zelf bloed prikken en echo's maken. Maar doordat een deel van de onderzoeksgroep uit mijn eigen praktijk kwam, kon ik het ook combineren met mijn gewone werk. 85% van onze eigen cliënten deed mee.

Het was fijn dat ik een goed onderling contact had met mijn collega's, want door het onderzoek was er meer overleg nodig over de planning. Een goed contact met collega's uit andere praktijken was ook heel belangrijk. Zij hebben zich erg ingespannen om genoeg eerstelijns zwangeren bij het onderzoek te betrekken. Maar de collega's hoefden in principe niets van mijn werk te doen tijdens de zwangerschap. Sterker nog, je neemt soms een deel van ze over. Ik overlegde altijd met ze: ik zie deze mevrouw met 24 weken voor het onderzoek. Wil je dat ik gelijk een prenatale controle doe, of een Hb tegelijk met het bloedonderzoek?

Voor het verzamelen van data tijdens de bevalling hebben mijn collega's wel veel werk verricht. Een eerstelijns verloskundige praktijk is uitermate geschikt voor het doen van onderzoek. Je hebt makkelijk toegang tot een grote populatie 'gezonde' zwangeren. Dat is uniek. Mijn ervaring is dat zwangere vrouwen graag mee willen wer-

ken, zeker omdat het in dit geval direct hun eigen gezondheid ten goede kwam. In het totaal van de deelnemers hebben we bij 13 zwangeren een schildklierafwijking gediagnosticeerd, waar we anders niet zomaar achter waren gekomen. Bovendien kregen alle mensen een liggingsecho, waarbij ik toch vaak ook wat langer keek dan nodig was voor het onderzoek. Dat sprak aan. De belangrijkste reden voor mensen om niet mee te werken was een fobie voor bloed prikken. Verder waren de vrouwen erg bereid om hun tijd te geven, voor lichamelijk onderzoek, voor het invullen van vragenlijsten, noem maar op. Die medewerking heeft me enorm gemotiveerd.

Wat was het grootste obstakel bij het doen van onderzoek?

Ik was al eens eerder begonnen met een onderzoek, maar dat had ik niet helemaal goed aangepakt. Ik had zelf al een hele studie gedaan, er lagen allemaal ingevulde vragenlijsten en toen ging ik er professoren bij zoeken. Maar zo werkt dat dus niet. Mensen hadden het allemaal veel te druk. Voor dit promotieonderzoek ben ik anders te werk gegaan. Eerst een team bij elkaar gezocht en vervolgens met hen een strategie bepaald. Dit is ook een tip die ik andere eerstelijns verloskundige onderzoekers wil meegeven.

Wat vind je zelf de belangrijkste uitkomst van je onderzoek?

Het meest interessante vind ik dat we aanwijzingen hebben dat maternale schildklierfunctie invloed kan hebben op de ligging van het kind. Hypothyroxinaemie binnen de nu normale grenswaarden, te weten een FT4 kleiner dan 30e percentiel met normale TSH waardes, vergroot het risico op een niet fysiologische hoofdligging, wat weer

een het risico vergroot op complicaties tijdens de baring. Dat is voor de eerste lijn een geweldige uitkomst. Zo praktisch en tastbaar. Het lijkt veel makkelijker aan te pakken dan angst en depressie. Als in een interventiestudie kan worden aangetoond dat het geven van thyroxine invloed heeft op de ligging van de baby, dan is er een mogelijkheid dat sommige obstetrische complicaties eenvoudigweg worden teruggedrongen. Opvallend is ook dat in dit onderzoek bij een fT4 boven de p90 er geen enkel kind meer in stuit ligt bij 36 weken zwangerschap.

Screening van hypothyroxinaemie is niet kosteneffectief gebleken.

Wat is volgens jou een belangrijk motief om dat wel te doen?

Die liggingsafwijkingen, daar zou het belangrijk voor zijn, maar ook de aanwijzingen uit Europees onderzoek, dat maternale schildklierfunctie en ADHD gerelateerd zijn. Maar screening is vooralsnog alleen mogelijk in onderzoekssetting. Onze Nederlandse resultaten komen uit observationeel onderzoek. Eerst moeten we er door interventiestudies achter komen of er oorzakelijk verband is tussen schildklierhormoon en liggingsafwijkingen.

Je hebt ook het effect van welbevinden op de partus onderzocht, kun je daar iets over vertellen?

Ik heb gevonden dat depressie en angst tijdens de zwangerschap weinig relatie hebben met schildklierhormoon, maar dat angst wel de duur van het ontsluitingstijdperk kan verlengen. Ik denk dat het heel belangrijk is dat deze vrouwen extra begeleid worden tijdens de bevalling. Dr. Eelco Olde vond in zijn pas gepubliceerde promotieonderzoek dat vrouwen de bevalling regelmatig als trauma-

tisch ervaren, dat ondersteunt mijn punt. Maar het zou nog beter zijn een fase eerder te beginnen: al in de zwangerschap angst en depressie opsporen en deze vrouwen extra begeleiden. Zij hebben meer voorbereiding nodig. Ik zou graag zien dat er een discussie wordt gevoerd over mijn advies: screen elke zwangere twee of drie keer in de zwangerschap met de EDS (voor depressie) en SCL (voor angst). Dat zijn vrij makkelijk in te vullen vragenlijsten met een duidelijke, getalsmatige score. Die vrouwen die als risicovol uit de bus komen moet je extra begeleiden, door meer en langere controles. En zo nodig doorverwijzen. Kijk, we zijn geen psychologen, we zijn niet geschoold in het afnemen van een psychologische anamnese en dat is ook niet onze taak. Daarom moeten we zoeken naar makkelijk hanteerbare instrumenten, die eenvoudig te interpreteren zijn. Ik zeg niet dat EDS, het geven van een cijfertje, de ideale methode is. Maar het is voor de verloskundige praktijk heel goed bruikbaar. Ook moeten verloskundigen alert zijn op vrouwen met een hoge intensiteit van misselijkheidklachten. Dit kan een teken zijn van psychopathologie, dat op zijn beurt het risico op angst en depressie verhoogt.

Heeft niet elke zwangere een uitgebreidere partusvoorbereiding nodig?

Het is waarschijnlijk niet nodig dat iedereen meer aandacht krijgt, de meeste vrouwen zijn tevreden met de aandacht die er nu is. Screening met vragenlijsten geeft verloskundigen een extra werktuig. De meest urgente gevallen pik je er uit en die geef je extra begeleiding. Dit houdt in dat je duidelijke uitleg geeft over wat er gaat of kan gaan gebeuren. Maar ook dat je concreet zegt: Je bent bang, maar je hoeft

het niet alleen te doen. Hoe zullen we dat regelen? Zo steek je mensen een hart onder de riem. Ik denk dat we er heel veel winst op kunnen halen als angstige vrouwen één op één begeleiding krijgen al vroeg in het ontsluitingstijdperk. Dit is naar mijn mening het werk van verloskundigen, maar door de drukte van de huidige normpraktijk komt die er niet altijd aan toe om zo vroeg al bij de barenden te blijven. Onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn nodig om dit te veranderen, maar daarvoor heb je wel wetenschappelijke bewijzen nodig. Wat levert het op als je er tien uur een betaalde doula naast zet? Deze bewijzen zijn er (nog) niet voor de Nederlandse situatie. Maar als je streeft naar optimale verloskundige zorg, dan hoort continue begeleiding daar gewoon bij.

Hoe ga je verder na deze promotie?

Je hebt zo lang data verzameld, het is heel leuk om daarmee verder aan de slag te gaan. Het proefschrift is niet het eind van het onderzoek, eerder een begin van wat nieuws. Het onderzoek naar stuiten in relatie tot schildklierafwijkingen is nog lang niet afgerond. Er is nu zo'n grote groep kinderen waarvan je gegevens hebt van de zwangerschap, de bevalling en de uitslagen van de hielprik. Niet alleen ik ga er mee verder, maar ook anderen kunnen de data gebruiken om hun eigen analyses mee uit te voeren. □