

Indringers verdelgen

Maar daar komt nog iets bij, zegt de neonatoloog: "Het achterliggende gebied krijgt zo weinig zuurstof, dat de cellen daar een noodsignaal gaan afgeven wat een afweerreactie op gang brengt: ontstekingscellen schieten toe. Die maken op hun beurt stoffen aan die eventuele indringers verdelgen, maar het ook de eigen cellen moeilijk maken. Bij zo'n verstopping zijn er natuurlijk helemaal geen indringers, en dan doen de ontstekingscellen meer kwaad dan goed. Ze zorgen onder meer dat de vaatwanden niet kunnen ontspannen, waardoor de bloedvatjes in de longen te nauw blijven."

Een ontsteking hoeft dus niet samen te hangen met een infectie? "Nee. Het is wel vaak een reactie op de aanwezigheid van bacteriën, maar in dit geval niet – even afgezien van de gevallen waarin het vruchtwater geïnfecteerd is. Dat kan overigens een oorzaak zijn van het lozen van meconium. Bij baby's van minder dan 37 weken met meconium in het vruchtwater komt dat vrijwel altijd door een infectie." Een ontsteking zonder infectie kan enerzijds een reactie zijn op zuurstofgebrek, maar anderzijds kan een overmaat aan zuurstof de ontsteking ook aanwakkeren, vertelt De Beaufort. "En dat is een probleem, want een kind dat slecht ademt vanwege ingeademd meconium, wordt aan de beademing gelegd. Je moet nu eenmaal zorgen dat het voldoende zuurstof krijgt. Maar dat kan de ontsteking dus juist verergeren."

Niet alleen de afsluiting van longblaasjes is echter verantwoordelijk voor de misdragingen van het immuunsysteem bij MAS. Het onderzoek wijst uit dat meconium zelf ook stoffen bevat die afweercellen aanlokken. De belangrijkste is interleukine-8, kortweg IL-8. Afweercellen laten zich in een petrischaaltje gewillig naar een beetje meconium toe lokken, maar De Beaufort heeft laten zien dat ze een stuk minder gretig zijn als

er een stof is toegevoegd die de werking van IL-8 blokkeert.

Zeepachtige stof

In de teerachtige babypoep zit ook fosfolipase-A2, een enzym dat celmembranen afbreekt. "Dat is op zichzelf al niet goed voor de longblaasjes. Bovendien wordt surfactant erdoor afgebroken. Die zeepachtige stof dient om de oppervlaktespanning te verlagen, zodat lucht de longblaasjes in kan komen. Vroeggeboren baby's krijgen surfactant in de longen toegediend omdat ze er zelf nog niet genoeg van hebben aangeemaakt. Dat doen we ook bij kinderen met MAS, uiteraard nadat we het meconium zoveel mogelijk hebben weggezogen uit de longen." Maar dat extra toegediende surfactant zou voor ontstekingscellen ook weer als een rode lap op een stier kunnen werken, toonde het laboratoriumonderzoek aan. Toch blijkt in de kliniek dat de voordelen zwaarder wegen. Het fosfolipase maakt het de pasgeborene ook nog op een derde manier lastig, voegt de neonatoloog toe: het speelt een rol bij de vorming van leukotrieënen en prostaglandines, twee groepen van signaalstoffen waar ontstekingscellen op reageren.

Al met al geeft het promotieonderzoek van Arnout Jan de Beaufort wel meer inzicht in het waarom van de problemen bij inademing van meconium, maar levert het geen kant-en-klare behandeladviezen op. "Zover is het inderdaad nog niet. Ik zie wel handvatten voor verbetering, hoor. Nieuwe strategieën voor ontstekingsremming, daar moet het naartoe. Je zou bijvoorbeeld kunnen denken aan het geven van IL-8-remmende middelen. Maar eerst moet er nog wat meer opgehelderd worden over de precieze mechanismen achter MAS. Het is een ingewikkeld geheel."

ONDERWIJS

Zwangeren hebben altijd onveilig gevreeën

Tineke Nierop

Historisch overzicht van de hiv-screening bij zwangeren in Amsterdam

Sinds 1988 bestaat er structurele aandacht voor hiv-besmetting van zwangeren in Amsterdam. Vanaf dat jaar werd iedere zwangere geconfronteerd met het aanbod een hiv-test te ondergaan. Dat gebeurde in een peilstationsetting. Voordat de test werd afgenomen, was er schriftelijk 'informed consent' nodig. Zwangeren waren 'not amused'. Ze vonden het niet leuk om bij hun eerste controle geconfronteerd te worden met het verzoek zich te laten testen op een aandoening waarvan zijzelf weinig baat hadden deze te weten. Immers, antiretrovirale middelen ontbraken nog.

Omdat er tot 1991 een gelijkblijvende prevalentie van hiv-infecties werd gevonden, werd besloten het onderzoek op beperkte schaal te continueren. Peilstations werden twee Amsterdamse ziekenhuizen en een verloskundige praktijk, alle met een relatief hoge prevalentie aan hiv-infecties.

Het jaar 1996 vormde een omslagpunt. Er kwamen krachtige antiretrovirale middelen beschikbaar. Naar aanleiding daarvan werd landelijk geadviseerd om zwangeren, die tot de zogenaamde risicogroepen behoorden, te testen. Er bestonden echter aanwijzingen dat niet alle hiv-infecties hiermee werden getraceerd. Duidelijk werd dat het aanbieden aan alle zwangeren van een hiv-test kosteneffectief zou zijn.

Eerst in 2001 werd gestart met een universele hiv-screening voor alle zwangeren in

Amsterdam. In 2002 werd de eis voor een schriftelijk informed consent - voordat mocht worden getest - vervangen door een mondelinge toestemming. De drempel tot testen werd vanaf 1 januari 2003 verder verlaagd. Alle zwangeren in Amsterdam worden sinds die datum routinematig gescreend volgens de opting-outmethode. Indien zij niet willen deelnemen aan een of meerdere testen dienen zij dit expliciet kenbaar te maken aan hun verloskundig behandelaar. Vanaf 1 januari 2004 kent deze testmethode een landelijke invoering.

"Is HET ook getest?"

Zoals gezegd reageerden zwangeren soms negatief op het verzoek een hiv-test te ondergaan. Niet (zeker) weten, lijkt beter dan slecht nieuws. Hoe daarmee om te gaan? Neem de negentienjarige die voor haar eerste zwangerschapscontrole komt. Als ik aan de uitleg van de bloedaanvragen toe ben,

Hiv-screening in Amsterdam heeft inmiddels een geschiedenis. Wijzer geworden door ervaring en de voortschrijdende ontwikkeling in behandelmethoden is de manier, waarop hiv-testen worden aangeboden, veranderd. De voordracht bestaat uit een beknopt overzicht, gevolgd door casus die laten zien hoe hiv-screening en de slecht-nieuwsgesprekken die daar zo nu en dan helaas uit voortvloeien, in de praktijk kan gebeuren.

Voordracht van Tineke Nierop over hiv-screening zwangeren op het minisymposium 'Zwangerschap en HIV' op 27 november 2003 in het Kennemer Gasthuis in Haarlem.

Tineke Nierop is verloskundige en werkzaam in de Verloskundige Praktijk Bijlmermeer

ONDERWIJS

roept zij - nog voordat ik aan de Hepatitis B toekom - op het formulier wijzend waar HIV staat: "Dat wil ik niet, als ik dat heb, pleeg ik zelfmoord. Dat heb ik als kind altijd al gezegd." Ik vraag haar waar die angst vandaan komt. Zij antwoordt niet en herhaalt dat zij zelfmoord zal plegen als de test positief is. Ik ga er eens goed voor zitten en



Er zijn effectieve antiretrovirale middelen beschikbaar die - samen met een eventuele sectio caesarea en afzien van het geven van borstvoeding - de transmissie van een hiv-besmetting tot een minimum terugbrengen.

begin aan 'een zorgvuldige informatieverstrekking'.

Dan zegt ze, ietwat timide: "Als u het wilt, laat het dan maar staan". Ik adviseer haar er goed over na te denken, geef voorlichtingsmateriaal mee en zeg dat ze de hiv-test zelf kan doorstrepen als ze bij haar weigering blijft. We spreken af dat ze op de dag dat zij een echotermijn laat maken ook naar het laboratorium gaat. De datum onthoud ik. Een paar dagen nadat ze bloed zou laten afnemen, bel ik onze contactpersoon bij de GG en GD: er is van deze vrouw geen materiaal binnengekomen.

Vijf weken later, op haar tweede controle, zijn er nog steeds geen bloedsuitslagen bekend.

Zij vertelt hoe zij - nog voordat ze naar het laboratorium en de echo kan gaan - op straat is flauwgevallen en per ambulance naar een ziekenhuis werd vervoerd. Daar is veel bloed afgenomen. Op de nacontrole in dat ziekenhuis is haar verteld dat alle bloedsuitslagen er goed uitzien. Zij vroeg toen of HET ook getest was. HET was ook getest en de uitslag was negatief.

Aarzelaars overtuigen

Het voorbeeld is extreem in haar angst, in haar pertinente weigering, in haar uitkomst. De meeste vrouwen laten zich zonder aarzeling testen. Zij weten vaak al dat hun dit gevraagd zal worden. De aarzelaars laten zich veelal overtuigen, want er zijn sterke argumenten.

Er zijn effectieve antiretrovirale middelen beschikbaar die - samen met een eventuele sectio caesarea en afzien van het geven van borstvoeding - de transmissie van een hiv-besmetting tot een minimum terugbrengen.

Kennis van de hiv-status is bovendien in het belang van de vrouw zelf, aangezien door combinatietherapie de prognose van hiv-geïnfecteerden verbeterd is.

Toch blijft het overreden en niet overrulen. Naar het huidige Nederlandse recht zijn

ONDERWIJS

Adviezen Dieke Mulder

- Regel een afspraak met de gynaecoloog in een centrum ziekenhuis voor een eerste consult op de dag van het slechtnieuwsgesprek of de dag daarna.
- Laat de zwangere zo mogelijk begeleiden door haar partner*
- Laat de assistente bellen voor een afspraak; laat u niet verleiden tot een telefonische mededeling van de uitslag.
- Zorg dat u niet gestoord wordt tijdens het gesprek.
- Ga niet naar het huis van de zwangere om deze testuitslag mee te delen. Denk aan onverwacht bezoek, aanwezigheid van kinderen, enzovoort.
- Geef tijdens het gesprek duidelijk aan dat hiv-infectie momenteel als een chronische ziekte wordt beschouwd.
- Benadruk dat de baby nu een zeer grote kans heeft niet met hiv-geïnfecteerd te zijn.
- Vraag de zwangere naar de invulling van de rest van de dag; probeer samen structuur in haar bezigheden van die dag aan te brengen.
- Adviseer haar in eerste instantie terughoudend te zijn met het vertellen van de uitslag aan anderen.
- Geef haar brochures mee in een envelop, bijvoorbeeld 'Jouw leven met HIV', een uitgave van de HIV-Vereniging Nederland.
- Neem later op de dag nog eens contact met haar op om te vragen hoe het gaat en of zij vragen heeft.

* Dit op verzoek van een Afrikaanse gemeenschap in Amsterdam.

In de praktijk blijkt het heel goed te werken om, bij twijfel, de vrouw alleen binnen te vragen en haar te laten beslissen wie ze bij het gesprek wil hebben. De mededeling aan partners, ouders of vrienden dat er sprake is van een hiv-infectie kan voor sommige vrouwen minder beladen zijn als u hierbij aanwezig bent.

() Het is overigens soms lang wachten tot iedereen gearriveerd is!

kinderbeschermingsmaatregelen alleen uit te voeren met tenminste mondelinge toestemming van de vrouw. Bij de gesprekken met zwangeren zet ik daarom met kracht mijn volstrekte overtuiging in dat een kind het recht heeft om - daar waar dit voorkomen kan worden - zonder schade geboren te worden. Die lijn volg ik al jaren in mijn werk.

Het recht om geboren te worden zonder pijn

In de jaren zeventig werd in het voormalige Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam de

Franse gynaecoloog Leboyer uitgenodigd. (Leboyer is de auteur van het boek 'geboren worden zonder pijn'.) Voor een volle collegezaal vertelde deze gynaecoloog over het recht van het kind geboren te worden zonder pijn:

- men diende het kind niet aan zijn voeten omhoog te houden en het zo triomfantelijk aan de moeder te tonen;
- de baby moest zo snel mogelijk op de buik van de moeder worden gelegd;
- met fel licht in de ogen van de baby schijnen moest vermeden worden.

Geboren worden zonder schade ligt voor mij in het verlengde van wat Leboyer toen verkondigde. Inmiddels zijn we zo'n 25 jaar verder. De gedachten van Leboyer zijn gemeengoed geworden. Tegenwoordig beperken we de schade ook intra-uterien. Denkt u aan de adviezen die u geeft over eetgewoonten en over de invloed die roken, alcohol en drugs kunnen hebben op de ongeboren vrucht. We behandelen een lues infectie en geven zondig intra-uterien een wisseltransfusie.

Toch, voordat de antiretrovirale middelen beschikbaar kwamen, vroeg ik me soms af welk recht ik had om vrouwen over te halen zich te laten testen op een infectie waar geen therapie voor bekend was. Dit dilemma is inmiddels achterhaald. Tegenwoordig is het voor mij geen discussiepunt meer of de geboorte van een schadevrij kind zwaarder weegt dan het recht van de vrouw de hiv-test te weigeren. Ik voel na vijftien jaar testen geen enkele terughoudendheid meer een hiv-test te bespreken. De opting-outmethode maakt het ons daarbij overigens wel gemakkelijker.

Slecht nieuws

In de Verloskundige Praktijk Bijlmermeer wordt vanaf 1988 op hiv getest. Tot nu toe zijn er in deze praktijk z'n dertig hiv-infecties opgespoord, in 2003 alleen al vijf gevallen. (Opmerkelijk is dat veel Afrikaanse vrouwen niet weten dat het gebruik van condooms hen bescherming kan bieden tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.)

Ik ben me terdege bewust wat een positieve uitslag voor de zwangere betekent. De laatste twee jaar heb ik zes keer een dergelijk slechtnieuwsgesprek gevoerd. Ik houd het gesprek volgens de adviezen van Dieke Mulder, aidsconsulente van de GG en GD. Hoe het gesprek daadwerkelijk verloopt, is niet te voorspellen. Bij mij wilden sommige vrouwen zo snel mogelijk de praktijk verlaten, anderen bleven uren zitten. Zoals het bij elk slecht nieuwsgesprek gaat, horen ook deze vrouwen, vlak na de mededeling dat de hiv positief was, even helemaal niet meer wat er gezegd wordt.

Het komt me nu erg slecht uit

Tot slot nog een praktijkvoorbeeld. Een zwangere, die ik de test aanbied, aarzelt; zij wil het eigenlijk niet weten. Ik ga er weer eens goed voor zitten. Zij blijft bij haar aarzeling en zegt: "ik kan het er echt niet bij hebben. Het komt me nu wel heel erg slecht uit." Dan vraag ik: "komt het volgend jaar wel uit als de kinderarts tegen u zegt dat uw kindje zo ziek is omdat het aids heeft?" Bewust zeg ik hier 'aids' en niet 'hiv-besmetting'. Zij besluit zij zich te laten testen. De uitslag is hiv-negatief.

De opleidingspraktijk Terra

Werken aan een stabiele verloskunde

Joke Klinkert

Opleidingspraktijk Terra is gevestigd in Amsterdam-Noord. Hier werk je in de stad, maar ook een beetje op het platteland. Het ene moment sta je in een boerderij waar samen met de baby de eerste lammetjes geboren worden. En even later in de hoogbouw bij een Afrikaanse die haar vierde kind krijgt. Maar wat Terra echt bijzonder maakt, is het feit dat er onze toekomstige beroepsgenoten opgeleid worden.

De laatste vier jaren waren spannend. Door het tekort aan vroedvrouwen was het voortbestaan van Terra niet altijd vanzelfsprekend. Nu, vier jaar na de start in 2000, zit er een stabiel team en is de praktijk voor het eerst op formatie. Dat komt omdat er meer vroedvrouwen in de markt zijn. Toch blijft de praktijk in beweging. De volgende uitdaging waar het team voor staat, is de transformatie van opleidingspraktijk van de Kweekschool voor Vroedvrouwen tot een geprivatiseerde contractpraktijk. In de lichte en ruime opleidingspraktijk zitten Marijke Hoiting, manager van de vier opleidingpraktijken in Amsterdam, en praktijkdocente Anoenk Setz aan tafel..

Hoe was jullie start in Amsterdam-Noord?

Anoenk: "Toen wij de met de spreekuren op locatie Banne Dok startten, was er door het gebrek aan vroedvrouwen geen verloskundige zorg in de eerste lijn. Thuisbevalen was niet meer mogelijk. Het was crisis.

Onze belangrijkste zorg was het weer vlottrekken en waar mogelijk continueren van verloskundige hulp in de eerstelijns. De eerste periode van onze - toen nog naamloze praktijk - werkten wij zonder studenten, omdat eerst de fundamenten voor een opleidingspraktijk stevig genoeg moesten zijn. De verhuizing van Banne Dok naar ons eigen praktijkgebouw met een inmiddels vast team vroedvrouwen markeert de officiële start van opleidingspraktijk Terra. Tegelijkertijd bleek dat er in het gebied plaats was voor nog een praktijk. Op Banne Dok is toen door de Stichting Gezondheidscentra Amsterdam een tweede praktijk opgericht. Toch waren de moeilijkheden niet helemaal voorbij, want toen vervolgens in de twee nieuwe praktijken toch weer een (te groot) personeelstekort ontstond, heeft het BovenIJ Ziekenhuis nog een periode moeten bijspringen'.

Aan welke criteria moet een opleidingspraktijk in ieder geval voldoen?

Marijke: Het is moeilijk om aan een ideaal

Hoe werkt verloskundig Nederland? Waarom? Wat werkt voor wie en hoe? De serie *de andere praktijk* laat zien welke variaties er zijn op het thema praktijkorganisatie. Deze keer aandacht voor de Opleidingspraktijk Terra van de Stichting Kweekschool voor Vroedvrouwen te Amsterdam

Joke Klinkert is verloskundige, Master of Science (Public Health) en freelance journalist