

Redactie
Projectgroep Gynae Goes Green



Gynae
Goes
Green

Bijdragen van:

M.M. van den Tweel *aios gynaecologie, namens Gynae Goes Green*
dr. F. van Zanten *aios gynaecologie, UMC Utrecht*
S. Tensen *senior milieukundige, UMC Utrecht*
L. Snijder *CE Delft*
dr. M. Broeren *CE Delft*
dr. A. Kwee *gynaecoloog, UMC Utrecht*
drs. S. Moes *arts-onderzoeker verloskunde, UMC Utrecht*
dr. H. van den Heuvel *aios gynaecologie, ETZ, Tilburg*
dr. M. Depmann *gynaecoloog, UMC Utrecht*
dr. T. Lely *gynaecoloog, UMC Utrecht*
prof. dr. M. Bekker *gynaecoloog, UMC Utrecht*
dr. H. van Meurs *aios gynaecologie OLVG*
dr. N. Weiss *aios gynaecologie OLVG*
dr. W. Hehenkamp *gynaecoloog Amsterdam UMC*
dr. A. Timmermans *gynaecoloog Amsterdam UMC*
dr. T. Steenstra Toussaint *gynaecoloog Women's Healthcare Center Namens de werkgroep Gynae Goes Green*
dr. A. Timmermans *gynaecoloog, namens Gynae Goes Green*
drs. J. Klumper *arts-onderzoeker en anios, Amsterdam UMC* **dr. A.T. Lely** *gynaecoloog-perinatoloog, UMC Utrecht*
dr. S.M. van der Kooij *gynaecoloog Noordwest Ziekenhuisgroep, Den Helder, werkgroep Gynaecoloog en maatschappij*
dr. V. Dietz *namens het NVOG-bestuur*
J. Nieuwstad *aios gynaecologie*

Namens de redactie NTOG

dr. A. Aarts
prof. dr. V. Mijatovic

ntog

thema nummer

Duurzaamheid

De duurzame gynaecoloog

M.M. van den Tweel *aios gynaecologie, namens Gynae Goes Green*

Met trots presenteren we het tweede NTOG-themakatern van de Gynae Goes Green. Het eerste editie stond vol artikelen over de groene OK. Dit katern behandelt vooral de verloskunde. Als gynaecologen staan wij dagelijks aan de wieg van nieuw leven. De volgende generatie willen we een goede start geven en een leefbare wereld nalaten. In dit nummer snijden we hiermee het lastige onderwerp overbevolking aan en wegen het af tegen leefstijlverandering. Het NVOG-bestuur en de VAGO geven hierop een reactie. Ook bespreken we de wegwerppartusset en de footprint van de thuismonitoring. Gynaecologen moeten hun steentje gaan bijdragen aan het beperken van de klimaatverandering. Het recente alarmerende klimaatrapport van het IPCC laat zien dat er een drastische verandering nodig is. Binnen tien jaar wordt de 1,5 graad opwarming wereldwijd al bereikt, en alleen met grootschalige maatregelen kan de totale opwarming onder de 2 graden Celcius worden gehouden. Met Gynae Goes Green hebben we al veel awareness bereikt door de webinars, de columns, de wist-je-datjes in de nieuwsbrieven en inhoudelijke bijdragen in dit tijdschrift.

Maar nu is het tijd voor concrete veranderingen die de CO₂-emissie daadwerkelijk terugbrengen, ook in ons vakgebied. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden. Keuzes in gebruik van materiaal, maar ook in wat zinnige zorg is. Deze keuzes kunnen ook onderwerp van gesprek zijn in de spreekkamer. Tijdens het Gynaecongres, op de pijlerdag van de Gynaecologie op 17 november, laten we zien hoe dit mogelijk is. Laat 2021 niet alleen het jaar van de duurzaamheid zijn, maar ook de start van nog vele jaren van verduurzaming met groene pijlers en een groene visie voor de gynaecoloog (van 2025)!

Hoe nu verder? Graag zien we jullie reacties tegemoet, bij veel input kunnen we een selectie in een volgende NTOG plaatsen. In het nieuwe jaar gaan we weer een webinar organiseren, waar we de reacties zullen meenemen. Wil je ons alleen maar persoonlijk iets laten weten/vragen? Dat kan ook. Mail in alle gevallen naar duurzaamheid@nvog.nl.

Wegwerpen of hergebruiken?

Een levenscyclusanalyse van de partusset

dr. F. van Zanten *aios gynaecologie, UMC Utrecht*

S. Tensen *senior milieukundige, UMC Utrecht*

L. Snijder *CE Delft*

dr. M. Broeren *CE Delft*

dr. A. Kwee *gynaecoloog, UMC Utrecht*

Plastic rietjes zijn van de baan, en blikjes krijgen statiegeld. Waarom zouden we dan nog eenmalig een partusset gebruiken? Het UMC Utrecht produceert jaarlijks 2,4 miljoen kilo afval waarvan 40 procent gerecycled wordt. Circulair werken is een van de speerpunten van de Green Deal Duurzame Zorg en kan bijdragen aan het voorkomen van schaarste aan grondstoffen, CO₂ en afval. Ironisch genoeg hebben wegwerpproducten de afgelopen tien tot twintig jaar ook een ware revolutie doorgemaakt. Zo zijn op onze verloskamers de herbruikbare partus- en hechtsets vervangen door wegwerpsets. Is dat in de huidige tijd nog wel een verantwoorde keuze? In samenwerking met het onderzoeks- en adviesbureau CE Delft voerde het UMC Utrecht een milieuanalyse uit waarin de herbruikbare partusset met de wegwerpvariant werd vergeleken.

Methoden

Dit onderzoek maakt gebruik van een levenscyclusanalyse (LCA)¹; een methode die de impact op het milieu van alle

relevante processen zoals grondstoffen, productie, distributie, gebruik en afvalverwerking inzichtelijk maakt. De impact op het klimaat wordt uitgedrukt in kilo CO₂-equivalenten (eq.). De invloed van verschillende milieu-effecten op de menselijke gezondheid zoals uitstoot van fijnstof of toxische stoffen wordt uitgedrukt in DALY, ofwel Disability-Adjusted Life Years. DALY geeft een indicatie hoeveel levensjaren er verloren gaan door ziekte en verminderde kwaliteit van leven die verband houden met de milieu-impact.

Herbruikbare partusset

De partussets worden in Pakistan gefabriceerd en vervoerd naar het UMC Utrecht. De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) reinigt en steriliseert de set nogmaals voorafgaand aan het gebruik bij een bevalling. De herbruikbare sets gaan minstens vijfhonderd geboortes mee (op basis van gegevens van de CSA). Onscherp instrumenten worden geslepen en onbruikbare instrumenten weggegooid.

SAFE@Home: een studie naar digitale zorg en duurzaamheid

drs. Shinta Moes arts-onderzoeker verloskunde, UMC Utrecht

dr. Hans van den Heuvel aios gynaecologie, ETZ, Tilburg

dr. Martine Depmann gynaecoloog, UMC Utrecht

dr. Titia Lely gynaecoloog, UMC Utrecht

prof. dr. Mireille Bekker gynaecoloog, UMC Utrecht

In het zesde rapport van de Intergovernmental Panel on Climate Change worden verontrustende klimaatscenario's gepresenteerd. De opwarming in West-Europa gaat sneller gaat in de rest van de wereld. In Nederland is de temperatuur al met ruim twee graden Celsius gestegen ten opzichte van 1900, zo blijkt uit de metingen van het KNMI.^{1,2} De gezondheidszorg draagt door de uitstoot van koolstofdioxide (CO₂) fors bij aan de versnelde opwarming van de aarde. De zorg is verantwoordelijk voor 7 procent van de totale CO₂-uitstoot in Nederland. De grootste bronnen zijn het energieverbruik van gebouwen (38 procent) en het transport van medewerkers en patiënten naar het ziekenhuis (18 procent).³ Het is nu belangrijker dan ooit dat zorgverleners de verantwoordelijkheid nemen om groenere keuzes te maken bij het leveren van zorg, om zo de carbon footprint te verkleinen. Reductie van het patiëntverkeer is een belangrijke en voor de hand liggende manier om CO₂-uitstoot te reduceren.

Monitoring op afstand, om de opwarming op afstand te houden

De verwachting is dat 46 procent van de zorg thuis of dichterbij huis kan plaatsvinden.^{4,5} Digitale zorg en telemonitoring spelen een belangrijke rol bij het verwezenlijken van deze transitie. Zwangere vrouwen zijn een zeer geschikte doelgroep als het gaat om het gebruik van digitale zorg. Deze jonge groep vrouwen lijkt hun leven graag digitaal in te richten, gezien het frequente gebruik van smartphones, apps

en het internet, en heeft een sterke behoefte aan autonomie. Binnen de obstetrische zorg zijn er de afgelopen jaren steeds meer ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg en telemonitoring ontstaan.⁶

Een voorbeeld van telemonitoring is het SAFE@Home-platform, ontwikkeld door prof. dr. Mireille Bekker van het UMC Utrecht en haar onderzoeksteam in samenwerking met Luscii (Nederland). Met SAFE@Home kunnen zwangeren met een hoog risico op hypertensieve aandoeningen dagelijks hun bloeddruk en een klachtenvragenlijst doorsturen naar het ziekenhuis. Bij het SAFE@Home-platform hoort een nieuw zorgpad met een gereduceerd aantal poliklinische bezoeken (figuur 1). De obstetrisch verpleegkundige krijgt alleen meldingen van patiënten met een afwijkende bloeddruk of symptomen binnen in de vorm van een alarm. Volgens een vast protocol wordt er besloten welke actie er moet volgen op een bepaald alarm. Na een succesvolle pilotfase van de SAFE@Home-studie is recent de multicenter vervolgstudie, de SAFE@HOME II, gestart.⁷

Binnen de groep hoogrisicozwangeren die het SAFE@Home-platform gebruikt heeft in de pilotstudie, bleek het aantal antenatale bezoeken significant lager te liggen in vergelijking met de controlegroep, met een mediaan aantal bezoeken van 13,7 tegenover respectievelijk 16. Ook het aantal antenatale opnames voor hypertensie of verdenking op pre-eclampsie en het aantal echo-onderzoeken was significant lager in de SAFE@Home-groep.⁸ In deze studie werden de eerste 103 patiënten die het SAFE@Home-platform gebruikten geanalyseerd.

Figuur 1. Antenataal zorgpad SAFE@Home platform



Afkortingen: AD, Ammenorroe duur (in weken); VK, verloskundig; AIOS, arts in opleiding tot specialist; CRL, crown-rump length, PNS, prenatale screening; NT, nekplooi; SEO, structureel echoonderzoek; GUO, geavanceerd ultrasonisch onderzoek; pp, postpartum.

seerd. Inmiddels zien we in de vervolgstudie in het UMC Utrecht dat zorgprofessionals meer gewend zijn geraakt aan het werken met SAFE@Home en dat de bijbehorende reductie van de poliklinische bezoeken mogelijk nog hoger ligt. Het thuismeten van de bloeddruk met SAFE@Home werd positief beoordeeld wat betreft patiënttevredenheid. Daarnaast voldeed het aan de verwachtingen van de zwangeren: 96 procent van de 51 ondervraagde zwangeren voelde zich comfortabel met het gebruik van het platform.⁹ Ook zou het nog zo kunnen zijn dat dit type zorg eerder zwangerschapscomplicaties opspoort door frequentere bloeddrukmetingen. Uit een kostenanalyse bleek dat er een gemiddelde kostenbesparing in antenatale zorg was van 19,7 procent (€3616 vs. €4504) in de SAFE@Home-groep (n=97) in vergelijking met de controlegroep (n=133) die het normale zorgpad volgde zonder thuismonitoring. Ook maatschappelijke kosten zoals het werkverzuim en de reiskosten werden in deze groep geanalyseerd, waaruit bleek dat zowel de reiskosten als de kosten voor werkverzuim lager waren in de SAFE@Home-groep, €245 versus €280 en €3565 versus €4329.¹⁰ De CO₂-uitstootanalyse is nog niet verricht, maar de CO₂-uitstoot ligt naar verwachting lager, gezien er sprake is van minder reisverkeer en een vermindering van de zorgconsumptie. Voor deze berekening is er enkel rekening gehouden met het vervoer middels een personenauto van de patiënt naar de polikliniek. Bijkomende reductie in CO₂-uitstoot van bijvoorbeeld de reisafstand van een oppas of uitstoot door het openbaar vervoer is niet meegenomen. Daarnaast zal voor een volledige analyse ook het energieverbruik voor externe dataopslag en extra logistieke benodigheden meegenomen moeten worden.¹³ Door de vermindering van poliklinische bezoeken werd binnen de SAFE@Home-studie ook de diagnostiek teruggedrongen, wat kan bijdragen aan groenere zorg. De hypothese hierachter is dat er minder gebruik is van plastic (verpakkingen), materialen en verbruik van elektriciteit door een echo-apparaat en/of laboratoriumapparatuur. Ook de aangetoonde vermindering van hypertensie-gerelateerde opnamen zou kunnen resulteren in energiebesparing door vermindering van onder andere hoge energiekosten die gepaard gaan bij deze opnamen. Een ander duurzaam voordeel van SAFE@Home is dat de bloeddrukmeters die thuis gebruikt worden, in bruikleen aan de zwangeren worden gegeven en dus na reiniging kunnen worden hergebruikt.

Kan digitale zorg een bijdrage leveren om in de toekomst ons hoofd boven water te houden?

Op dit moment loopt de SAFE@Home II-studie, waarbij de opschaling van het thuismonitoren van de bloeddruk bij hoogrisicozwangeren middels het SAFE@Home-platform wordt onderzocht. Hierbij worden zowel de klinische uitkomsten als de implementatie onderzocht. Door de succesfactoren en barrières van het invoeren van deze digitale zorginnovatie te identificeren, hopen we met deze uitkomsten generieke lessen te leren voor toekomstige digitale oplossingen binnen de zorg. Ook hopen we een beter inzicht te krijgen in de kosten en baten van het platform door toepassing op grotere schaal. Een bijkomend voordeel van SAFE@Home is

een potentiële bijdrage aan de duurzaamheid van de obstetrische zorg in Nederland.

Om in 2050 CO₂-neutrale zorg te kunnen leveren, moeten we vanaf nu groenere keuzes maken op het gebied van onze zorgverlening. Binnen de obstetrie dragen wij door begeleiding van de zwangerschap en de partus op korte termijn bij aan het op de wereld zetten van zo gezond mogelijke kinderen. Laten we een transitie maken om naast effectiviteit, veiligheid en kosten ook duurzaamheid mee te nemen in de overwegingen van de organisatie van de zorg. En ernaar streven dat de kinderen die nu geboren worden, in de toekomst op een gezonde wereld leven, waar zij het hoofd boven water kunnen houden.

Referenties

1. Intergovernmental Panel on Climate Change. IPCC AR6 WGI Headline Statements [Internet]. 2021. Available from: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wgi/downloads/report/IPCC_AR6_WGI_Headline_Statements.pdf
2. KNMI. *Nederland warmt ruim 2 keer zo snel op als de wereldgemiddelde temperatuur*. 2021; Available from: <https://www.knmi.nl/over-het-knmi/nieuws/nederland-warmt-ruim-2-keer-zo-snel-op-als-de-rest-van-de-wereld>
3. Gupta Strategists. *Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg*. 2019;33. Available from: <https://gupta-strategists.nl/studies/een-stuur-voor-de-transitie-naar-duurzame-gezondheidszorg>
4. Gupta Strategists. *No Place Like home: An analysis of the growing movement away from hospitals towards providing medical care to patients in their own homes*. 2016.
5. Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M, de Groot J, Lamain A, et al. *Samen aan zet! eHealth-monitor 2019*. 2019;
6. van den Heuvel JF, Groenhouf TK, Veerbeek JH, van Solinge WW, Lely AT, Franx A, et al. *eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature*. J Med Internet Res [Internet]. 2018 Jun 5;20(6):e202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29871855>
7. van den Heuvel JFM, Teunis CJ, Franx A, Crombag NMTH, Bekker MN. *Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: a qualitative study on women's experiences*. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Feb;20(1):77.
8. van den Heuvel JFM, Lely AT, Huisman JJ, Trappenburg JCA, Franx A, Bekker MN. *SAFE@HOME: Digital health platform facilitating a new care path for women at increased risk of preeclampsia - A case-control study*. Pregnancy Hypertens. 2020 Oct;22:30-6.
9. Jongsma KR, van den Heuvel JFM, Rake J, Bredenoord AL, Bekker MN. *User Experiences With and Recommendations for Mobile Health Technology for Hypertensive Disorders of Pregnancy: Mixed Methods Study*. JMIR mHealth uHealth. 2020 Aug;8(8):e17271.
10. van den Heuvel JFM, van Lieshout C, Franx A, Frederix G, Bekker MN. *SAFE@HOME: Cost analysis of a new care pathway including a digital health platform for women at increased risk of preeclampsia*. Pregnancy Hypertens. 2021 Jun;24:118-23.
11. UMC Utrecht. *Jaardocument UMC Utrecht 2017*. 2018;165. Available from: <https://www.umcutrecht.nl/getmedia/164598fc-fd76-4f7a-9de0-5b7024d701ec/UMC-Utrecht-Jaardocument-2017-V10-7.pdf.aspx>
12. EEA. *No improvements on average CO₂ emissions from new cars in 2017* [Internet]. 2018. Available from: <https://www.eea.europa.eu/highlights/no-improvements-on-average-co2>
13. Thompson M. *The Environmental Impacts of Digital Health*. Digit Heal [Internet]. 2021 Jan 1;7:20552076211033420. Available from: <https://doi.org/10.1177/20552076211033420>

Hoe duurzaam is jouw afdeling en ziekenhuis?

dr. Hannah van Meurs *aios gynaecologie OLVG*
 dr. Nienke Weiss *aios gynaecologie OLVG*
 dr. Wouter Hehenkamp *gynaecoloog Amsterdam UMC*
 dr. Anne Timmermans *gynaecoloog Amsterdam UMC*
 dr. Tamara Steenstra Toussaint *gynaecoloog Women's Healthcare Center*
Namens de werkgroep Gynae Goes Green

Het jaar 2021 is door de NVOG uitgeroepen tot het jaar van de duurzaamheid. Recent kwam het Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) van de Verenigde Naties met een heel zorgelijk rapport wat evident aan toont dat het niet goed gaat met de klimaatbeheersing wereldwijd.¹ Niet alleen in ons dagelijks leven, maar ook op ons werk speelt duurzaamheid hierdoor een steeds grotere rol. Begin dit jaar is er vanuit Gynae Goes Green een netwerk van duurzaamheidsambassadeurs opgericht. Dit netwerk bestaat uit enthousiaste gynaecologen, één uit (bijna!) elk ziekenhuis in Nederland, met allemaal een groen hart. Enkele maanden geleden hebben we via een enquête een nulmeting onder deze ambassadeurs verricht: hoe duurzaam is gynaecologisch Nederland eigenlijk?

We hebben een enquête met 27 vragen verstuurd. We stelden vragen over hoe duurzaam de respondenten hun eigen vakgroep en hun ziekenhuis vonden. Thema's waren onder andere vervoer, energie, afval, recyclen, roken en medicatie. De vragen waren meerkeuze met ruimte voor eigen commentaar. Er waren 51 respondenten (51/54), allen gynaecoloog en elk uit een ander ziekenhuis in Nederland. Gemiddeld gaven de gynaecologen hun eigen afdeling een heel lage score voor duurzaamheid: een 2 op een schaal van 1 tot en met 5. Maar liefst veertien respondenten gaven hun afdeling 1 punt. Slechts één respondent gaf zijn afdeling een score van 4 of 5. Het gehele ziekenhuis kreeg een gemiddelde score van 2,1.

Vervoer

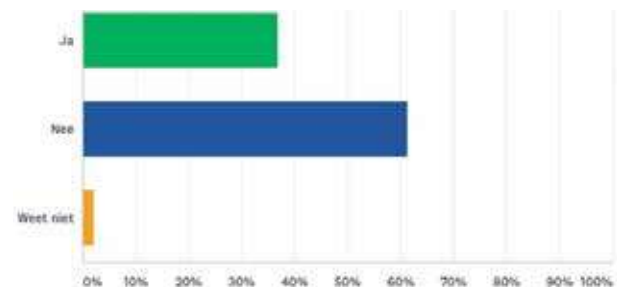
In de meeste ziekenhuizen (35/51) worden gelukkig wel al duurzame opties geboden voor het woon-werkverkeer of worden mensen gestimuleerd om duurzaam van en naar het werk te reizen. Hierbij valt te denken aan een fietsenplan, beschikbare e-bikes vanuit het ziekenhuis, een jaarlijkse 'kom-op-de-fiets-dag' en elektrische laadpalen.

Energie

Helaas geeft bijna twee derde van de respondenten aan dat er niet op wordt gelet of in de overdrachtsruimte, stafkamer en aios-kamer de lichten en/of computers altijd aan het einde van de dag worden uitgezet. Hierbij wordt opgemerkt dat computers vaak dag en nacht aan blijven staan. In sommige ziekenhuizen heeft men stickers op de lichtknop-

pen geplakt om elkaar eraan te herinneren ze uit te zetten. Soms gebeurt dit door de beveiliging of doet een groene gynaecoloog dit zelf.

Wordt er bij jullie op gelet dat in de overdrachtsruimte, stafkamer en aios-kamer de lichten en/of computers altijd worden uitgezet aan het einde van de dag?

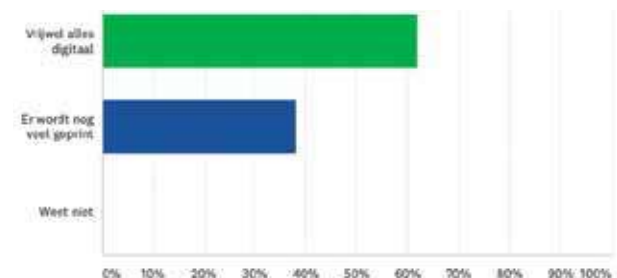


Een bescheiden deel van de gynaecologen (14/51) geeft aan dat in hun ziekenhuis de luchtzuivering op OK wordt uitgezet wanneer er niet wordt geopereerd (tussen 17:00 uur en 08:00 uur). Meestal blijft dan wel één OK beschikbaar voor acute zorg. In bijna de helft van alle ziekenhuizen die de enquête invulden is een 'green team OK' samengesteld, vaak zeer recent.

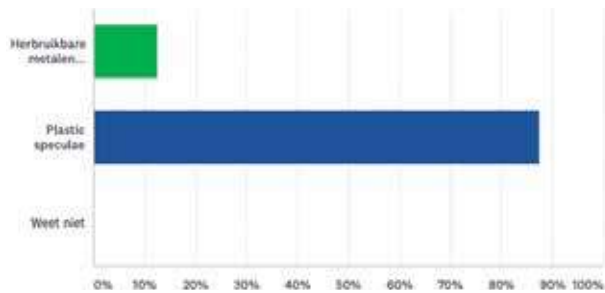
Afval

In ruim een derde van alle ziekenhuizen wordt er door de afdeling gynaecologie nog veel op papier geprint. De meeste afdelingen zijn wel bezig met digitaliseren. De overige ziekenhuizen geven aan voor verwijsbrieven, recepten, patiëntenfolders en intercollegiale consulten digitaal te werken. In bijna 90 procent van de ziekenhuizen van de respondenten worden plastic specula gebruikt. Een aantal gynaecologen gaf hierbij aan dat zij het veel vrouwvriendelijker vinden

Wordt er nog veel geprint of gaan de meeste patiëntencontacten en overdrachten digitaal?



Gebruiken jullie wegwerp plastic speculae of herbruikbare speculae?



en nooit meer wensen terug te gaan naar het herbruikbare metalen speculum. Ook vroegen enkelen zich af of het plastic speculum niet gerecycled zou kunnen worden. In drie vierde van de ziekenhuizen wordt afval nog steeds niet gescheiden (in algemene ruimtes zoals restaurant, wachtruimtes et cetera). Soms wordt papier al wel apart verzameld, soms ook plastic. In enkele ziekenhuizen werkt de OK aan afvalscheiding.

Recyclen

Het vaginaal toucher tijdens de partus wordt in ruim een vijfde van de ziekenhuizen met steriele handschoenen gedaan indien de vliezen intact zijn; het vaginaal toucher bij gebroken vliezen wordt zelfs in ruim de helft van de ziekenhuizen met steriele handschoenen gedaan. Soms worden steriele handschoenen alleen bij invasief onderzoek gebruikt (schede-elektrode plaatsen, amniotomie, MBO).

In slechts vier van de ziekenhuizen zijn de steriele OK-jassen herbruikbaar. Geen enkel ziekenhuis binnen ons netwerk gebruikt herbruikbaar afdek materiaal. Een kwart van de afdelingen gynaecologie gebruikt wegwerppartus- en hechtsets.

Roken

Tabaksontoediging draagt bij aan duurzame ontwikkeling. Vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland zijn rookvrij (48/50). Er worden soms zelfs cursussen gegeven voor rokende medewerkers om hen te helpen met het stoppen met roken.

Medicatie

Acht gynaecologen gaven aan dat hun ziekenhuis actief werkt aan het tegengaan van medicijnverspilling. Hierbij noemden ze bijvoorbeeld dat er een strikte uitgifte wordt nagestreefd, waarbij er maar weinig voorraad is op de afdeling. Als nadeel van deze handelwijze werd genoemd dat patiënten daardoor soms lang moeten wachten bij ontslag. Ook werd genoemd dat het voorschrijfgedrag van de dokter is aangepast. In absolute aantallen wordt er minder medicatie voorgeschreven. Bovendien werd opgemerkt dat patiënten in het ziekenhuis vaker hun eigen thuismedicatie innemen, in plaats van apart voorgeschreven medicatie van de arts in het ziekenhuis.

Het anestheticum Desfluraan, een zeer potent broeikasgas, wordt gelukkig nog slechts in drie van de ondervraagde ziekenhuizen gebruikt.

Conclusie

Al met al kunnen we concluderen dat, hoewel er zeker de nodige groene initiatieven genomen worden, er werk aan de winkel is voor gynaecologisch Nederland op het gebied van duurzaamheid. Over een niet al te lange tijd hopen we dat we op dezelfde vragen duurzamere antwoorden krijgen vanuit alle ziekenhuizen. Het uitgebreide netwerk van groene gynaecologen – onze duurzaamheidsambassadeurs – lijkt hiervoor in elk geval enorm gemotiveerd. De ambassadeurs ontvangen met regelmaat duurzaamheidstips vanuit Gynae Goes Green, waarmee de ziekenhuizen worden ondersteund om duurzame aanpassingen te maken.

Op het door respondenten veelgenoemde vraagstuk met betrekking tot het plastic speculum versus het herbruikbare metalen speculum zal uitgebreid worden ingegaan tijdens de Pijlerdag Gynaecologie op 17 november. De pijlerdag zal geheel in het licht van het thema duurzaamheid staan. We hopen velen van u daar te ontmoeten!

Referentie

1. Sixth Assessment Report – IPCC: <https://www.ipcc.ch/assessment-report/ar6/>

Verkorte SPC ANGUSTA®
Naam van het geneesmiddel: Angusta 25 microgram tabletten **Naam en adres van de vergunninghouder:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Elke tablet bevat 25 microgram misoprostol **Farmacotherapeutische groep:** Overige gynaecologische middelen, oxytocica – prostaglandinen **Farmaceutische vorm:** Witte, niet-omhulde ovale tabletten met de afmetingen 7,5 x 4,5 mm met een breeklijn aan de ene kant en glad aan de andere kant. De breeklijn is niet bedoeld om de tablet te breken. **Indicaties:** Angusta is geïndiceerd voor het indienen van de bevalling. **Contra-indicaties:** Angusta is gecontra-indiceerd: in geval van overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen; wanneer de bevalling is begonnen; wanneer er een vermoeden of bewijs is van een gevaar voor de foetus voorafgaand aan inleiding (bijv. negatieve niet-stress- of stresstest, meconiumverkleuring of -diagnose of voorgeschiedenis van een niet-geruststellende foetale status); wanneer oxytocica en/of andere bevalling-opwekkende middelen worden gegeven; wanneer er een vermoeden of bewijs is van baarmoederlitteken als gevolg van eerdere baarmoeder- of baarmoederhalsoperaties, b.v. keizersnede; wanneer er een baarmoederafwijking is (bijv. tweehoornige baarmoeder) die vaginale bevalling verhindert; wanneer er placenta praevia of onverklaarbare vaginale bloeding is na 24 weken met deze zwangerschap; wanneer er een foetale afwijkingen zijn die een contra-indicatie vormen voor vaginale bevalling; bij patiënten met nierfalen (glomerulaire filtratie snelheid (GFR) <15 ml/min/1,73 m²) **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Angusta mag alleen worden toegediend door opgeleid verloskundig personeel in een ziekenhuisomgeving waar faciliteiten voor continue foetale- en baarmoedercontrole beschikbaar zijn waarbij de baarmoederhals zorgvuldig moet worden beoordeeld voordat het product wordt gebruikt. Angusta kan overmatige uterusstimulatie veroorzaken. Als de samentrekkingen van de baarmoeder langdurig of overmatig zijn, of als er een klinische bezorgdheid is voor de moeder of de baby, mogen geen extra tabletten Angusta worden toegediend. Als overmatige samentrekkingen van de baarmoeder aanhouden, moet de behandeling volgens de lokale richtlijnen worden gestart. Bij vrouwen met pre-eclampsie moet bewijs of vermoeden van een gevaar voor de foetus worden uitgesloten. Er zijn geen tot beperkte klinische gegevens over misoprostol bij zwangere vrouwen met ernstige pre-eclampsie gekenmerkt door het HELLP-syndroom (hemolytische anemie, verhoogde leverenzymen, laag aantal bloedplaatjes), andere eindorganbeschadiging of CZS-bevindingen anders dan milde hoofdpijn. Chorioamnionitis kan een snelle bevalling veroorzaken. **Beslissingen over antibiotica-behandeling:** geïnduceerde bevalling of keizersnede zijn ter beoordeling aan de arts. Er zijn geen tot beperkte klinische gegevens over misoprostol bij vrouwen bij wie de vliezen meer dan 48 uur voor toediening van misoprostol zijn gescheurd. Er kunnen synergetische/additieve effecten zijn van misoprostol en oxytocine. Gelijktijdige toediening van oxytocine is gecontra-indiceerd. Angusta is na 4 uur geëlimineerd. Het wordt aanbevolen om na de laatste dosis Angusta 4 uur te wachten voordat u oxytocine toedient. Er zijn geen tot beperkte klinische gegevens over misoprostol bij meervoudige zwangerschappen. Er zijn geen tot beperkte klinische gegevens over misoprostol in grote multipariteit. Er zijn geen tot beperkte klinische gegevens over misoprostol vóór week 37 van de zwangerschap. Angusta mag alleen worden gebruikt als inductie van de bevalling klinisch geïnduceerd is. Er zijn geen tot beperkte klinische gegevens over misoprostol bij zwangere vrouwen met een Bishop-score (mBS) >6. Een verhoogd risico op postpartum gedissemineerde intravasculaire coagulatie is beschreven bij patiënten bij wie de bevalling is geïnduceerd door een fysiologische of farmacologische methode. Een lagere dosis en/of verlengde doseringsintervallen zou overwogen moeten worden bij zwangere vrouwen met nier- of leverinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** Zenuwstelsel-aandoeningen **Onbekend:** duizeligheid, convulsie neonataal. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen** **Onbekend:** neonatale asfyxie, cyanose neonataal. **Maagdarmstelsel-aandoeningen** **Zeer vaak:** Met 50 µg elke 4 uur: misselijkheid, braken. **Vaak:** diarree. **Met 25 µg elke 2 uur:** misselijkheid, braken. **Huid- en onderhuidsaandoeningen** **Onbekend:** jeukende huiduitslag. **Zwangerschap, perinatale periode en puerperium** **Zeer vaak:** meconiumvlek. **Met 25 µg elke 2 uur:** postpartumbloeding. **Vaak:** overstimulatie van baarmoeder. **Met 50 µg elke 4 uur:** postpartumbloeding. **Onbekend:** foetale acidose, voortijdige placentaaloslatting, baarmoederruptuur. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaats-stoornissen** **Vaak:** koude rillingen, pyrexie. **Onderzoeken** **Vaak:** Met 50 µg elke 4 uur: Apgar score laag, foetale hartfrequentie abnormaal. **Soms:** Met 25 µg elke 2 uur: Apgar score laag, foetale hartfrequentie abnormaal. **Afleverstatus:** U.R. **Registratienummer** RVG 126719. **Datum van herziening van de tekst:** 17 september 2020. [REF-05386]

Meer informatie inclusief volledige productinformatie is beschikbaar bij Norgine Pharma B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam.

1. Mundle S et al. Lancet 2017;390:669-680
2. Dodd JM et al. BMJ 2006;332:509-513
3. ten Eikelder ML et al. Am J Perinatol 2017;34:138-146

ANGUSTA, NORGINE en het zeillozo zijn geregistreerde handelsmerken van de Norgine bedrijvengroep. De afbeeldingen worden gebruikt voor illustratieve doeleinden en de afgebeelde personen zijn modellen.



Because patients inspire us

NL-OBS-ANG-2000021-ANG1003-12/2020



Four is a crowd?!

dr. A. Timmermans *gynaecoloog, namens Gynae Goes Green*

Dinsdagavond 19:17 uur. Het Jeugdjournaal is net afgelopen en om 19:30 uur start de zoom-vergadering van de club duurzame gynaecologen. Mijn gedachten dwalen af van de onderwerpen in het Jeugdjournaal terwijl ik naar mijn twee oudste kinderen kijk en weet dat de andere op bed liggen. Het 6^e IPCC-rapport over klimaatverandering is uitgekomen en het is de duidelijk dat het de invloed van de mens is die heeft geleid tot de opwarming van de aarde. Ook komt er nu vanuit de medische wereld, onze wereld, de oproep aan de politiek om duurzaamheid en klimaatverandering aan te pakken.

In de projectgroep Gynae Goes Green hebben we eigenlijk vanaf oprichting discussie over de vraag: moeten wij als gynaecologen iets zeggen en vinden van het aantal personen op deze planeet? Is het aantal mensen een probleem of ligt het probleem elders? Als moeder van vier kinderen en zelf opgegroeid in een even groot gezin, heb ik mezelf die vraag ook regelmatig gesteld. Ja, het zijn er echt vier en in dit opzicht is ons gezin geen voorbeeld voor duurzaamheid. Al doen we ons best door de auto niet voor woon-werkverkeer of kleine ritjes binnen en rondom de stad te gebruiken, en überhaupt maar één auto te hebben. We beperken vlees eten tot één keer per week en proberen te kijken hoe we plastic kunnen besparen door onder andere met stoffen broodzakken naar de bakker te gaan. Er liggen zonnepanelen op het dak en we zetten de thermostaat een graadje lager. Maar is dat nu genoeg? Of ben ik bezig met *green washing*? Is het individuele gedrag dat wij als gezin proberen te vertonen voldoende om te compenseren voor het feit dat wij hebben bijgedragen aan meer wereldburgers? Is het aantal mensen op deze aarde het probleem of is het consumptiegedrag van die bevolking waar het probleem zit? Wie naar ons gezin kijkt, ziet ook meer monden om te voeden en meer mensen die de planeet kunnen vervuilen op een aarde die toch al overbelast is. Dus wie ben ik om te gaan praten over duurzaamheid? Die vraag heb ik me ook gesteld, toen ik (in 2019) de oproep zag om een duurzaamheidsprojectgroep binnen de NVOG te starten. En toch voelde ik me geroepen om die groep mede op te richten en vorm te geven. Juist vanwege die kinderen en hun toekomst.

Worsteling

In onze projectgroep worstelen we ook met dit thema. De teller van onze wereldbevolking staat op ruim 7,8 miljard (of waarschijnlijk alweer meer als dit stuk geprint is), ruim twee keer zoveel dan vijftig jaar geleden. Op diverse plekken waar geschreven wordt over maatregelen die duurzaamheid zouden bevorderen, zie je regelmatig de maatregel 'minder mensen op deze planeet' terugkomen, alsof de wereldbevolking zonder maximum ongebreedeld door zou blijven groeien. Ook alsof het mogelijk zou zijn om de wereldbevolking te maximeren of te verkleinen. Daarnaast, wie moet straks ons verzorgen als wij zorg nodig hebben, wie werkt straks om onze pensioenen te betalen? De vergrijzing baart ons ook zorgen. De belangrijkste wetenschappers op dit

gebied laten in modellen zien dat het bevolkingsaantal in deze eeuw zal stabiliseren, simpelweg omdat er de komende decennia per vrouw minder kinderen geboren zullen worden.¹ Er wordt gehypothetiseerd dat dit is toe te schrijven aan betere scholing van vrouwen en toegang tot voorbehoedsmiddelen, beide het gevolg van verhoging van de welvaart. Tegelijk zien we ook publicaties verschijnen die rapporteren dat de vruchtbaarheid van koppels afneemt ten gevolge van chemicaliën en (micro)plastics in ons milieu.²

Bijdragen van gynaecologen

Hoe dragen wij gynaecologen hieraan bij? Wij zijn als beroepsgroep betrokken bij het vermijden van (ongewenste) zwangerschappen en tegelijk bij het helpen zwanger worden. Inmiddels is in Nederland de aangenomen motie om anticonceptie weer in het basispakket terug te krijgen, doorgestuurd naar een volgend kabinet. Wereldwijd worden jaarlijks nog steeds vele miljoenen vrouwen onbedoeld zwanger, waaruit miljoenen kinderen geboren worden, die feitelijk niet direct gewenst waren. Daar alleen al ligt een kans voor open doel. Alleen dat is niet het enige. Het gaat uit van de theorie dat de overbevolkte aarde het probleem is en van de theorie dat we het aantal mensen kunnen maximeren of zelfs verminderen. We zien de invloed van vervuiling op vroeggeboortes en tegelijk is in de afgelopen jaren de termijn van 'actief opvangbeleid' bij vroeggeboortes steeds lager komen te liggen. Moeten we ons als beroepsgroep richten op het individu en het individuele gedrag? Of zijn wij medeverantwoordelijk dat het systeem moet veranderen, dat het op grote schaal anders moet? Moeten wij dat doen of is dat de taak van de overheid en de 'grote vervuilende industrie'? Ik geloof sterk in het aangaan van het gesprek, de dialoog starten en het grote proberen te bereiken maar het kleine niet na te laten en te doen. Het systeem moet anders, en tegelijk kunnen wij ook op individueel niveau niet door blijven gaan met consumeren, vervuilen en weggooiën zoals in ons systeem ingeslopen lijkt te zijn. Kortom, ook wij als individu en als beroepsgroep zullen kritisch ons eigen gedrag en het overconsumptie deel daarvan moeten bekijken en durven aanpassen.

Inmiddels is het 19:30 uur. De kinderen krijgen een kus en gaan naar bed. Ik heb er vertrouwen in dat wij ze leren om hun CO₂-voetafdruk niet groot te laten zijn, door te consumeren in plaats van te consumeren. De laptop gaat open en ik log in op Zoom. Met veel enthousiasme en vol goede moed gaan wij, Gynae Goes Green, weer aan de slag om ons steentje bij te dragen, op grotere en kleinere schaal, om de wereld wat groener te maken.

Referenties

1. Vollset et al., 'Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study', Lancet 2020
2. 'Shanna Swan: 'Most couples may have to use assisted reproduction by 2045'', The Guardian, maart 2021

Overbevolking is niet het grootste probleem

drs. J. Klumper *arts-onderzoeker en anios, Amsterdam UMC*
dr. A.T. Lely *gynaecoloog-perinatoloog, UMC Utrecht*

Als je een leek vraagt wat specifiek een gynaecoloog kan betekenen om klimaatverandering tegen te gaan, zal je wellicht horen dat wij een rol hebben in geboortebepaling. Want minder mensen op de aarde betekent toch minder vervuiling? En wij zijn de dokters die gaan over kinderen krijgen, en over géén kinderen krijgen.

Overbevolking wordt tegenwoordig steeds vaker aangehaald als dé oorzaak voor ons huidige klimaatprobleem. Prominente tv-biologen als David Attenborough en Jane Goodall propaganderen dat *overpopulation* hét onderliggende probleem is. De Nederlandse hoogleraar paleontologie Jelle Reumer concludeert in zijn essay *Teveel* dat pandemieën als corona, klimaatverandering en drastische afname van biodiversiteit rechtstreeks te herleiden zijn tot dat ene: overbevolking.¹ En het zijn dan vooral de landen met explosieve geboortecijfers die het moeten ontgelden, grotendeels in sub-Sahara Afrika en Azië. Het grote voordeel van deze argumentatie is dat we niet naar ons eigen handelen hoeven te kijken, maar met de vinger naar een ander kunnen wijzen. Iedereen is het erover eens dat een grotere wereldbevolking grote uitdagingen met zich meebrengt op het gebied van biodiversiteit, voedselvoorziening en beschikbare grond. Maar is het ook de grootste boosdoener in het opwarmen van de aarde? Het is onjuist en onethisch om overbevolking als grootste oorzaak te noemen van klimaatverandering. Dit wordt helder uitgelegd in een artikel van Thomas Oudman, bioloog en journalist van de Correspondent.² Het argument is fundamenteel gebrekkig, want het veronderstelt dat ieder persoon op aarde een gelijke uitstoot heeft. Onderzoeken laten echter keer op keer zien dat westerse bevolkingen per capita veel meer CO₂ uitstoten dan welke andere bevolking dan ook. De rijkste 10 procent van de wereldbevolking veroorzaakt 50 procent van uitstoot, tegenover de armste 50 procent die slechts 10 procent van de uitstoot voor zijn rekening neemt. Of zoals Oxfam Novib uitrekende: de rijkste één procent stoot twee keer zo veel CO₂ uit als de complete armste helft van de wereldbevolking! Een volwassen Amerikaan heeft een dertig keer zo hoge milieudruk als een volwassen inwoner van Bangladesh. In hoeverre helpt het dan als een inwoner van Bangladesh minder kinderen krijgt?

Het werkelijke probleem

We moeten dus voorzichtig zijn om overbevolking de schuld te geven van klimaatverandering. Het werkelijke probleem is niet het totaal aantal mensen, maar de toegenomen voetafdruk per persoon door toenemende energie-, grondstoffen en voedselconsumptie per inwoner. Rekenmodellen van klimaatwetenschappers onderbouwen dit ook: Climate Interactive heeft een openbaar toegankelijke simulator (En-ROADS) die laat zien wat het effect van verschillende factoren is op

de opwarming van de aarde. Dit model simuleert de netto emissies tot 2100 met daarin energievoorradenenergie-efficiënte, elektrificatie, economische groei, populatie, ontbossing, CO₂-verwijdering en methaanproductie (dieren).³ Ter illustratie: als de populatie niet doorgroeit naar 11 miljard maar naar 9 miljard dan scheelt dit slechts 0,1 graad. Het model toont dat brede welvaart stimuleren en beprijzen van CO₂ (bijvoorbeeld een wereldwijde CO₂-taks) veel effectievere methoden zijn om verdere opwarming tegen te gaan, maar er zal op veel verschillende domeinen moeten worden ingezet willen de Parijs-doelen gehaald worden.

Wereldbevolking

Laten we ook eens kijken naar de voorspellingen over de wereldbevolking. Een recente publicatie in *The Lancet* stelt dat in 2064 de wereldbevolking uit 9,7 miljard zal mensen bestaan en daarna in 2100 zelfs zal afnemen tot 8,8 miljard.⁴ Deze nieuwe schatting valt 2 miljard lager uit dan eerdere voorspellingen uit de VS.⁵ De grootste toename van het aantal mensen valt de komende decennia vooral te verwachten in Sub-Sahara Afrika, waar het fertilitetsgetal – het gemiddeld aantal geboren kinderen per vrouw – nu nog hoog is, maar waar tegelijkertijd een afname in de bevolkingsgroei verwacht wordt. Als belangrijkste oorzaak voor een terugloop in de fertilitetscijfers noemen de onderzoekers de verbeterde toegang tot onderwijs voor meisjes en vrouwen, en een verhoogde beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen. Als we de Sustainable Development Goals van de Verenigde Naties behalen, waarin onderwijs en toegang tot voorbehoedsmiddelen speerpunten zijn, dan voorspellen de modellen een wereldbevolking van 6,8 miljard mensen in 2100 (1 miljard afname ten opzichte van nu).⁶ Daarnaast is het zo dat we het effect op klimaatverandering het komende decennium al nodig hebben, we zitten namelijk nú in een klimaatcrisis. Een lager fertilitetsgetal heeft pas effect op de langere termijn. Bijna alle mensen die de komende vijftien à twintig jaar kinderen krijgen, zijn nu al geboren (ook wel het populatiemomentum genoemd). Met de urgentie die het redden van het klimaat en biodiversiteit nodig hebben, gaan we de Parijs-doelen niet halen door in te zetten op het remmen van de bevolkingsgroei. In de westerse wereld is het daarom vooral het van belang om zo snel mogelijk de uitstoot per inwoner te verminderen, naast het investeren in de zeventien Sustainable Development Goals van de VN.

Rol van de gynaecoloog

Wat kunnen we dan wel doen als gynaecoloog? We kunnen bijdragen leveren aan de reductie van overconsumptie en reductie van het woon-werk- en patiëntverkeer (niet meer met de auto naar het werk, uitbreiding van e-consulten). We kunnen de duurzaamheidsanalyse meenemen bij het vergelijken van medische behandelingen en de life-cycle-analyse

van medische productie (zie ook eerdere NTOG-duurzaamheidskatern met mooie voorbeelden).

Concluderend, het aantal mensen op aarde is niet evenredig aan de CO₂-uitstoot. Het grootste probleem is niet overbevolking, maar het huidige systeem van economische groei en overconsumptie in rijke landen. Het leidt af van het echte probleem, namelijk onze westerse levensstijl, en wijst de schuldige vinger in de verkeerde richting. Daar is niemand mee geholpen.

Referenties

1. Reumer J (2020). *Teveel*. Utrecht: Lias Uitgeverij
2. www.decorrespondent.nl/11786/overbevolking-put-de-aarde-niet-uit-overconsumptie-doet-dat/944287012680-a245b0d0
3. Climate Interactive, www.en-roads.climateinteractive.org
4. Vollset SE, Goren E, Yuan C-W, Cao J, Smith AE, Hsiao T, e.a. *Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study*. Lancet. 17 oktober 2020;396(10258):1285-306.
5. www.scientias.nl/wereldbevolking-groeit-tot-2064-en-neemt-daarnaaf/
6. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/internationale-afspraken-ontwikkelingssamenwerking/global-goals-werelddoelen-voor-duurzame-ontwikkeling

De rol van de gynaecoloog in het maatschappelijk debat

Mag dat nog, kinderen krijgen?

dr. S.M. van der Kooij *gynaecoloog Noordwest Ziekenhuisgroep, Den Helder, werkgroep Gynaecoloog en maatschappij*

Een aantal jaar geleden begon de beweging van Birth Strikers, vrouwen en mannen die bewust geen kinderen krijgen om een statement te maken. Het idee dat het krijgen van een kind naar verhouding veel uitstoot veroorzaakt, kreeg in 2017 vleugels na Zweeds onderzoek naar wat burgers voor het klimaat kunnen doen.¹ Een kind op de wereld zetten kwam als grootste vervuiler uit de bus. Die daad zou 60 ton CO₂ per jaar de lucht in blazen. Dat vermijden zou gigantisch veel meer opleveren dan de auto de deur uit doen, vegetarisch gaan eten of minder gaan vliegen; ieder goed voor hooguit een paar ton besparing.

In het artikel hiernaast hebt u kunnen lezen dat door de focus op de overbevolking te leggen, deze niet ligt bij het werkelijke probleem: de zeer onevenredige CO₂-uitstoot als gevolg van de onevenredige verdeling van de welvaart. Eén Nederlander stoot net zoveel uit als 198 Somaliërs.² Bovendien, wanneer meisjes wereldwijd toegang hebben tot anticonceptie en onderwijs zal het geboortecijfer vanzelf afnemen. Is het dan niet juist zo dat bewust minder kinderen krijgen in westerse welvarende overconsumerende landen wél bijdraagt aan vermindering van CO₂-uitstoot? En wat is de rol van de gynaecoloog hierin? Als gynaecoloog hebben we er bijna dagelijks mee te maken in anticonceptiegesprekken en aan de andere kant gesprekken over de wens om juist méér kinderen te krijgen. Je vindt als ouders van een samengesteld gezin met inmiddels zes kinderen met de wens voor een liefdesbaby bij wijze van spreken gemakkelijk een gynaecoloog die een IVF-traject start. Maar ben je 26 jaar en heb je een sterilisatiewens omdat je heel zeker weet dat je géén kinderen wilt, en alle andere vormen van anticonceptie al hebt geprobeerd, vind dan maar een gynaecoloog om een sterilisatie uit te voeren. Je wordt eerst bij een psycholoog langsges-

sturd om uit te diepen waar dat vandaan komt, de wens om geen kinderen te krijgen. Ben je ongewenst zwanger, dan ben je gedwongen je te begeven naar een abortuskliniek waar je wordt opgewacht door groeperingen die willen proberen je op andere gedachten te brengen.

Verwachtingen van de maatschappij

Hieruit blijkt dat we als maatschappij nog steeds verwachten dat vrouwen kinderen krijgen. Dat is de standaard. Ook binnen de gynaecologie. De rode loper ligt uit naar het fertiliteitscentrum. De andere kant van het spectrum; sterilisatie op jonge leeftijd en het afbreken van zwangerschappen, daarop zit ook binnen ons vakgebied nog een taboe. Terwijl, is het niet heel verstandig om juist in deze tijd, waarin we steeds urgenter te maken hebben met het klimaatprobleem, ook die andere kant van het spectrum de ruimte te geven? Vrouwen meer vrijheid te geven in hun keuze om géén kinderen te krijgen?

Geboortebeperking is geen oplossing en kan tot extreme uitwassen leiden. De overheid noch een gynaecoloog heeft iets te zeggen over de hoeveelheid kinderen die een vrouw wil krijgen. Baas in eigen buik. En tóch kunnen we hier als gynaecologen in Nederland op een bepaalde manier aan bijdragen. Het gesprek hierover voeren met de patiënt, over hoeveel kinderen ze wil en het onderwerp klimaatprobleem daarin meenemen, is dat een taboe? Zolang het maar een gesprek is zonder oordelen, waarbij het doel is bewustwording te creëren. Zo begon Aletta Jacobs, als eerste vrouwelijke arts in Nederland, de eerste feministische golf. Zij opende in 1884 de eerste openbare anticonceptiekliniek die de wereld ooit heeft gekend!³ Ze begon met gesprekken voeren waarin ze de anatomie van de voortplanting uitlegde en vrouwen indien gewenst voorzag van een pessarium als anticonceptiemiddel. In Nederland kwam de ooievaar in veel

gevallen enkel nog langs op uitnodiging, en veel minder onaangekondigd. Dit werd een wereldwijd beroemd verschijnsel, Nederland liep voorop wat betreft de geboortepanning.

Niet conservatief zijn

Laten wij dan ook niet zo conservatief zijn als het gaat over sterilisatie op jonge leeftijd. Het is niet aan de gynaecoloog zich verantwoordelijk te voelen voor de mogelijkheid dat de vrouw in kwestie spijt zou krijgen en vast zou zitten aan IVF. Een vrouw van 25 jaar mag besluiten dat ze op dat moment een sterilisatie wil, en als ze spijt krijgt is dat haar eigen verantwoordelijkheid. Ook dat is baas in eigen buik. Ten derde is het óók aan ons gynaecologen om een veel fermere statement te maken over abortus. Om abortus in meer ziekenhuizen mogelijk te maken in plaats van het weg te stoppen in aparte klinieken. We denken dat Nederland progressief is op het gebied van abortus, maar dat is in feite niet zo. Dat abortus nog is opgenomen in het *Wetboek van Strafrecht* zorgt ervoor dat er nog een taboe omheen hangt. Door die wet af te schaffen zal abortus uit de taboesfeer komen en kan abortus een gewone medische behandeling worden. Ten vierde is het ook aan ons als gynaecologen om te pleiten voor gratis anticonceptie voor alle vrouwen in Nederland. Anticonceptie is een fundamenteel reproductief recht. Het maatschappelijke, economische en individuele gewin van anticonceptie weegt makkelijk op tegen de kosten hiervan op de begroting van de overheid.⁴

En ja, Nederland en andere welvarende landen zijn reeds aan het vergrijzen. In Nederland is het geboortecijfer 1,59 geboorten per vrouw. Toch zal de bevolking in Nederland groeien, met name door migratie. En dat is onvermijdelijk, omdat niet alleen door oorlog maar juist ook door klimaatproblemen en overbevolking in de nabije toekomst mensen hun land zullen ontvluchten en hun heil ergens anders zullen gaan zoeken. Klimaatproblemen die nota bene grotendeels zijn veroorzaakt door de welvarende landen. En deze onvermijdelijke migratie kan deels een oplossing zijn voor de vergrijzing.

Kortom, het verbeteren van vrouwenrechten is ontzettend belangrijk. Door wereldwijd in te zetten op onderwijs voor



meisjes, betere medische zorg en toegang tot anticonceptie zal het geboortecijfer vanzelf dalen. Door de taboes op sterilisatie en abortus te doorbreken en door gratis anticonceptie zal Nederland weer vooroplopen in de baas-in-eigen-buikbeweging. Geen geboortebepaling maar klimaatbewuste familieplanning en vrouwen die ervoor kiezen geen kinderen te willen geen strobreed in de weg leggen.

Referenties

1. *The climate mitigation gap: education and government recommendations miss the most effective individual actions: Seth Wynes and Kimberly A Nicholas 2017 Environ. Res. Lett. 12 074024.*
2. nos.nl/nieuwsuur/artikel/2277432-deze-vrouwen-willen-geen-kinderen-op-de-wereld-zetten-vanwege-klimaatverandering
3. www.prod-cdn.atria.nl/wp-content/uploads/2018/09/14103242/keeping-the-stork-in-his-place-eleanor-kinsella-mcdonnell.pdf
4. www.clara-wichmann.nl/nieuws/gratis-anticonceptie-een-zaak-voor-iedereen

Vanuit het NVOG-bestuur

dr. V. Dietz namens het NVOG-bestuur



De commissie duurzaamheid heeft ons het afgelopen jaar continu gevoed met belangrijke informatie: we kunnen zelf echt meer bijdragen aan het behalen van de klimaatdoelstellingen dan we denken. Dat we in beweging moeten komen is helder, maar de manier waarop staat open voor discussie. In deze twee artikelen wordt het tegengaan van de overbevolking genoemd. Het hoogste geboortecijfer zien we in sub-Sahara Afrika en Azië, maar de CO₂-voetprint is daar juist laag.

Logisch om dan extra kritisch te zijn op het geboortebepalingsbeleid in de meer ontwikkelde landen. Daar is immers het meeste effect te verwachten. Terecht stellen de auteurs dat wij als gynaecologen (i.o.) daar een belangrijke rol in kunnen spelen. We dringen al jaren aan op het gratis beschikbaar stellen van anticonceptie voor alle vrouwen in Nederland en het pleidooi in deze artikelen zet dat nog eens extra kracht bij. Wij zullen ons, met onze leden, moeten blijven inzetten.

Reactie VAGO-werkgroep Innovatie & Duurzaamheid

Joost Nieuwstad aios gynaecologie

Het vraagstuk of de gynaecoloog zich actief moet bezighouden met geboortebepanking in het kader van de klimaatverandering is voor een groot deel een politiek issue. Over de afweging tussen gevolgen voor het klimaat en het recht hebben op voortplanting kan een arts zich beter terughoudend opstellen. Het ventileren van je eigen, politieke en maatschappelijke mening over dit probleem kan sturend zijn en paternalisme ligt hierbij op de loer. Maar wat als een patiënt zelf dit dilemma voorlegt en vraagt om advies? Het NVOG-visiedocument *Gynaecoloog 2025* zet de toekomstige medisch specialist als adviseur in de spreekkamer. Het advies voor geboortebepanking zal de klimaatcrisis op

wereldschaal weinig helpen. De levensstijl in de westerse samenleving heeft wel grote invloed op het klimaat. Het is aan de maatschappelijk georiënteerd gynaecoloog de patiënt zo goed mogelijk in te lichten over deze feiten. Anderzijds kan de gynaecoloog een rol spelen in de emancipatie van de vrouw. Een open gesprek over het krijgen van kinderen, anticonceptie en het doorbreken van het taboe op abortus zijn hierin krachtige tools om de vrouw baas te laten zijn in eigen buik. Om de patiënt, *empowered* de spreekkamer te laten verlaten en zelf tot een afgewogen keuze te laten komen.

Verkorte samenvatting productkenmerken Oestrogel®

Oestrogel 0,75 mg/dosis, transdermale gel **Samenstelling:** Elke 1,25 gram dosis activering bevat 0,75 mg estradiol als estradiolhemihydraat. Elke gram transdermale gel bevat 0,60 mg estradiol als estradiolhemihydraat. **Indicaties:** Oestrogel is geïndiceerd bij postmenopausale vrouwen voor: - HormoonsubstitutieTherapie (HST) voor symptomen van oestrogeendeficiëntie (in vrouwen minimaal 6 maanden na de laatste menstruatie). - Preventie van osteoporose bij postmenopauzale vrouwen die een hoog risico hebben op het krijgen van fracturen in de toekomst en die andere geneesmiddelen die goedgekeurd zijn voor de preventie van osteoporose, niet verdragen of niet mogen innemen. De ervaring met de behandeling bij vrouwen ouder dan 65 jaar is beperkt. **Contra-indicaties:** Bekend zijn met of het vermoeden van het hebben van borstkanker of als de patiënt in het verleden borstkanker heeft gehad; Bekende of vermoede oestrogeenafhankelijke maligne tumor (bijvoorbeeld endometriumkanker); Niet gediagnosticeerde vaginale bloeding; Onbehandelde endometriumhyperplasie. Vroegere of huidige idiopathische veneuze trombo-embolie (diepe veneuze trombose, longembolie); Bekende trombofiele stoornissen (bijvoorbeeld proteïne C₁, proteïne S- of antitrombinedeficiëntie; Recente of actieve arteriële trombo-embolie (bijvoorbeeld angina pectoris en myocardinfarct); Acute leverziekte of een geschiedenis van leverziekte zolang de leverfunctietests abnormaal blijven; Overgevoeligheid voor de werkzame stof; Porfyrie. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Bij de behandeling van postmenopauzale symptomen mag een HST pas worden gestart als de symptomen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven. In alle gevallen moet minimaal jaarlijks een zorgvuldige afweging van de risico's en voordelen worden gemaakt en de HST mag alleen worden voortgezet als de gunstige effecten opwegen tegen de risico's. Aanwijzingen met betrekking tot de risico's die verband houden met HST bij de behandeling van premature menopauze zijn beperkt. In verband met het lage niveau van absoluut risico bij jongere vrouwen, kan de balans tussen voordelen en risico's voor deze vrouwen echter gunstiger zijn dan bij oudere vrouwen. Medisch onderzoek en follow-up: Voordat een HST te starten of te hervatten, moet men een volledige persoonlijke en familiale anamnese afnemen. Op geleide van fysiek onderzoek (waaronder van borsten en borsten) rekening houdend met de contra-indicaties en de voorzorgen bij het gebruik, dat moet worden uitgevoerd. Ook wordt aanbevolen tijdens de behandeling periodiek een medisch onderzoek te verrichten waarvan de frequentie en de aard van het onderzoek individueel worden aangepast. Men dient vrouwen te adviseren welke veranderingen in hun borsten ze aan de arts of verpleegkundige moeten melden. Onderzoeken, inclusief de juiste beeldvormingstechnieken, bijvoorbeeld mammografie, dienen uitgevoerd te worden volgens huidige geaccepteerde screeningpraktijken, aangepast aan de klinische behoeften van de persoon. Aandoeningen waarvoor opvolging nodig is: Bij aanwezigheid van een van de volgende aandoeningen, aandoeningen die zich eerder hebben voorgedaan en/of zijn verergerd tijdens een zwangerschap of een eerdere hormoonbehandeling, dient de patiënt nauwlettend te worden gevolgd. Men dient er rekening mee te houden dat deze aandoeningen kunnen terugkeren of kunnen worden verergerd tijdens behandeling met Oestrogel, met name: Leiomyoom (baarmoederfibroom) of endometriose; Risicofactoren voor trombo-embolische stoornissen; Risicofactoren voor oestrogeenafhankelijke tumoren, bijvoorbeeld eerstegraads erfelijkheid voor borstkanker; Hypertensie; Leveraandoeningen (bijvoorbeeld leveradenoom); Diabetes mellitus met of zonder vasculaire insufficiëntie; Cholelithiasis; Migraine of (ernstige) hoofdpijn; Systemische Lupus erythematoses; Een voorgeschiedenis van endometriumhyperplasie; Epilepsie; Astma; Otosclerose. **Redenen voor onmiddellijk staken van de behandeling:** Geelzucht of verslechtering van de leverfunctie; Significante verhoging van de bloeddruk; Nieuw optreden van migraineachtige hoofdpijn; Zwangerschap; Overige waarschuwingen; Oestrogenen kunnen vochtretentie veroorzaken en daarom dienen patiënten met een hart- of nierfunctiestoornis zorgvuldig te worden geobserveerd, vrouwen met reeds bestaande hypertriglyceridemie dienen nauwlettend te worden gevolgd tijdens oestrogeensubstitutie- of hormoonsubstitutie therapie, aangezien in zeldzame gevallen sterke verhogingen van plasmatriglyceriden die leiden tot pancreatitis zijn gerapporteerd bij oestrogeentherapie bij deze aandoening; Oestrogenen verhogen thyroïdbindend globuline (TBG), hetgeen leidt tot verhoogd circulerend totaal schildklierhormoon. **Bijwerkingen:** Voedings- en stofwisselingsstoornissen: glucose intolerantie; Psychische stoornissen: depressie, stemmingswisselingen, Verandering in libido; Zenuwstelsel-aandoeningen: hoofdpijn, vertigo, migraine, verergering van epilepsie; Maagdarmsstelsel-aandoeningen: misselijkheid, buikpijn, windrigheid, braken. Oogaandoeningen: contact lens intolerantie; Bloedvataandoeningen: veneuze trombo-embolie, arteriële hypertensie; Lever- en galblaasaandoeningen: afwijkende levertests, cholestase en geelzucht; Huid- en onderhuid-aandoeningen: pruritus, huidverkleuring, acné; Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen: botpijn; Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen: borstzwellingspijn, vergrote borsten, dysmenorroe, menorrhagie, metrorragie, leukorrie, endometrische hyperplasie, goedaardige borst neoplasma, verhoogd volume van uterine fibroiden, leiomyoom, vaginitis, vaginale candidiasis; Algemene aandoeningen en toedieningsplaats- stoornissen: gewichtswisselingen (toename of afname), waterretentie met perifeer oedeem, asthenie, anafylactische reactie, risico op endometriumkanker, postmenopauzale vrouwen met een baarmoeder, eierstokkarcinoom, risico op veneuze trombo-embolie, risico op aandoeningen van de kransslagaders, risico op ischemische beroerte. Estradiol is het oestrogeen dat het actiefst is op de receptoren. Het wordt hoofdzakelijk geproduceerd door de ovariumfollikels (van de menarche tot de menopauze). **Overige informatie:** **Afleverstatus:** U.R. RVG123203. **Vergoedingsstatus:** Oestrogel 0,75 mg/dosis, transdermale gel wordt volledig vergoed. **Datum laatste herziening registratietekst:** 16 april 2020. **Registratiehouder:** Besins Healthcare Netherlands BV, Oorsprongpark 12, 3581 ET Utrecht. Voor informatie: +31 (0)30 799 7174 of info@besins-healthcare.nl

Oestrogel®

BESINS
HEALTHCARE