

De verloskunde in Nederland en de opleiding tot gynaecoloog

P.J. van Runnard Heimel en R. de Heus

'...tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren...'

(Willem Elsschot, Het huwelijk¹)

De kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland staat onder druk. Op basis van de Peristat I- en Peristat II-gegevens lijkt de perinatale sterfte hoog in vergelijking met de andere Europese landen.² Op 6 januari 2010 is het rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte verschenen.³ De uitvoering van haar adviezen vereist verregaande veranderingen van onze vaderlandse verloskunde op logistiek, financieel en medisch gebied.

Als ex-aios en aios gynaecologie zien wij in de dagelijkse praktijk vele kansen en mogelijkheden om de verloskundige zorg in Nederland te verbeteren door de verloskunde een prominenter rol te geven in de opleiding tot gynaecoloog. Niets mooiers dan de verloskunde immers.

Graag willen wij onze ideeën met u delen.

Ontwikkel een protocol 'begeleiding partus'

In tegenstelling tot andere landen is er in Nederland geen landelijke richtlijn voor de begeleiding van de partus.⁴ Zeker in ons unieke verloskundige stelsel met een verwijssysteem tussen thuispartus en (poli) klinische partus kan dit hiaat een negatief effect hebben op de kwaliteit van obstetrische zorg. Richtlijnen of onderdelen van een richtlijn zoals over het niet vorderen van de ontsluiting, die betrekking hebben op de eerste en tweede lijn zijn waarschijnlijk in de praktijk effectiever als ze door beide beroepsgroepen gedragen en opgesteld worden.⁵ Lokaal en nationaal zijn richtlijnen en protocollen ontwikkeld voor de behandeling van placenta praevia (incidentie < 1%), vruchtwaterembolie (incidentie < 0,1%) en acute gele leveratrofie (incidentie < 0,01%), maar richtlijnen of protocollen over het begeleiden van de partus (incidentie 100% bij zwangeren die vaginaal gaan bevallen) ontbreken.

Het ontwikkelen van een dergelijke landelijke richtlijn lijkt ons van groot belang, niet alleen voor de aios maar voor alle hulpverleners in de eerste,

tweede en derde lijn. Er is meer evidence over de begeleiding van de partus dan menigeen denkt.⁶ Duidelijkheid en eenduidigheid over de diagnose van de baring, diagnose van niet-vorderende baring, het moment van amniotomie, start van bijstimulatie of het verrichten van een microbloedonderzoek (MBO), en dergelijke kunnen de kwaliteit van zorg vergroten door een handvat te bieden voor a(n)ios en gynaecologen. In het licht van de huidige discussie over perinatale sterfte in Nederland, willen wij aan de uitspraak, dat 'gynaecologen opgeleid zijn om interventies te doen',⁷ toevoegen dat gynaecologen ook opgeleid moeten worden om interventies te voorkómen. Het totaalconcept *preventive support of labor* kan hierbij als uitgangspunt dienen.⁸

Maak heldere afspraken bij medisch-verloskundige overdracht

Het belang van de diagnose 'in partu' wordt ook door de Stuurgroep erkend, immers vanaf dat moment mag de barende vrouw niet meer alleen gelaten worden en moet zij iedere twee uur beoordeeld worden. In vele gewesten wordt echter nog de diagnose 'latente fase' gesteld. Hoewel start noch einde van deze mythische fase gedefinieerd kan worden, komt dit fenomeen veel voor. De patiënte kan tot zestien uur lang de diagnose 'beginnend in partu' horen voordat zij toegelaten mag worden tot de verloskamer. Hanteren van de term latente fase voorkomt de mogelijkheid om tot heldere beleidsafspraken te komen. De Stuurgroep definieert als begin van de partus: volledig verstreken portio. Terecht wordt in het rapport de latente fase niet genoemd.

Door onzorgvuldig taalgebruik kan er onduidelijkheid ontstaan in het management van de partus. Mislukte inleidingen worden niet-vorderende ontsluitingen genoemd en een caput met stand achterhoofd achter wordt een liggingsafwijking genoemd. Patiënten worden 'doorgepakt' met een 'natte inleiding'. Standaardisering van terminologie is een voorwaarde voor een eenduidig obstetrisch beleid en een effectieve opleiding van de aios.

Iedere obstetrische zorgverlener dient zich aan het vigerende protocol te houden

Voorwaarde voor de ontwikkeling van een richtlijn

over de begeleiding van de partus is toepasbaarheid in ieder ziekenhuis, waarbij de zorgverleners zich dienen te houden aan het protocol. Routinematig amniotomie of bijstimulatie met lage doses oxytocine lijkt niet zinvol.^{9,10} Het is bekend dat het gebruik van een intra-uteriene druklijn geen toegevoegde waarde heeft,¹¹ dat STAN de perinatale uitkomst lijkt te verbeteren en het aantal MBO's lijkt te verminderen,¹² dat pethidine inferieur is aan epidurale analgesie,¹³ dat de uitdrijvingsfase eerst aanvangt bij aanwezigheid van reflectoire persdrang (en volledige ontsluiting),¹⁴ dat bij goede foetale conditie en uitdrijvingsprogressie er twee uur geperst kan worden¹⁵ (en MBO tijdens de uitdrijving dus een overbodige kunstverlossing kan voorkomen), maar wordt deze kennis in alle verloskamers van Nederland toegepast?

Geef de verloskunde de aandacht die zij verdient

Het belang van de overdracht als verloskundig leermoment voor de aios wordt naar onze mening niet ten volle erkend. De hoofdmoot van de medische zorg in de dienst is de verloskunde. Vaak worden de partus van de dienst onderbelicht. Onze corebusiness - het begeleiden van de partus - moet de essentie van de dienstoverdracht blijven, waarbij van elke partus de indicatie voor kunstverlossing, sectio caesarea of episiotomie besproken dient te worden. Veel oudstejaars aios zien een dienst op de verloskamers als een hinderlijke onderbreking van hun OK-tijd. Echter ook in de laatste fase van de opleiding tot gynaecoloog moet de zorg voor de patiënt in partu een belangrijk aandachtspunt blijven voor de aios.

Maak disciplineoverstijgend onderwijs verplicht

In diverse opleidingclusters van andere specialismen (anesthesiologie, kindergeneeskunde, dermatologie) is het volgen van vervolopleiding in (time)management, onderwijsvaardigheden, communicatie en reflectie verplicht. Juist in deze woelige financiële tijden in de zorg is kennis van bovengenoemde zaken essentieel bij het afronden van de opleiding tot gynaecoloog. Het advies van de Stuurgroep, de verloskundige zorg beter en anders te organiseren en te managen, benadrukt het belang hiervan.

Elke medisch specialist heeft een leidinggevende functie. Met de huidige veranderingen in de zorg is efficiënt management essentieel. De meest effectieve manier om een zo groot mogelijke efficiëntie te bereiken is zich te richten op service en daar meer waarde aan te hechten dan aan efficiëntie.¹⁶ Als kennisprofessional werkend in de zorg is collectieve ambitie een voorwaarde voor vakmanschap.¹⁷ De oudstejaars assistenten moeten onderwijs krijgen in zorgmanagement, logistiek in het ziekenhuis en patiënttevredenheid.

Conclusie

De verloskunde is een fantastisch onderdeel van onze opleiding en verdient daarom meer aandacht. De huidige ontwikkelingen binnen de obstetrie bieden veel mogelijkheden tot uitbreiding van leermomenten in de opleiding. Pluk die momenten en geniet van deze obstetrische vruchten. Uit het oogpunt van onderwijs kunnen dagelijks de verloskundige interventies besproken worden waarbij duidelijke richtlijnen en protocollen gedragen door eerste, tweede en derde lijn gehandhaafd worden. Er leiden meer wegen naar Rome, maar voor onze opleiding en de obstetrische toekomst van Nederland is het tijd om de beste, snelste en veiligste route vast te leggen.

Literatuur

1. Elsschot W. *Het huwelijk*. In: *Verzen*, in: *Verzameld Werk*, Amsterdam, Querido, 1976.
2. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, et al. *Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie*. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2008;152:2718-27.
3. *Advies Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*, 2010. Beschikbaar via: <http://cdn.ikregeer.nl/pdf/blg-48347.pdf>.
4. RCOG. *NICE clinical Guideline 55. Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*, 2007. Beschikbaar via: guidance.nice.org.uk/CG55.
5. KNOV. *Standaard niet-vorderende ontsluiting*, 2006. Beschikbaar via: http://www.knov.nl/docs/uploads/100838-NVO_standaard.pdf.
6. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. *Evidence-based labor and delivery management*. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:445454.
7. Mol BW, Jonge A de, Nijhuis JG, Buitendijk SE. *Hoge babysterfte niet door thuisbevalling*. *Medisch Contact* 2010;65:2390-4.
8. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. *Proactive support of labor. The challenge of normal childbirth*. New York: Cambridge University Press, 2009.
9. Smyth RM, Alldred SK, Markham C. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 4:CD006167.
10. Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, Xu H, Fraser WD. *High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review*. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:296-304.
11. Bakker JJ, Verhoeven CJ, Janssen PF, Lith JM van, Oudgaarden ED van, Bloemenkamp KW, et al. *Outcomes after internal versus external tocodynamometry for monitoring labor*. *N Engl J Med* 2010;362:306-13.
12. Westerhuis ME, Visser GH, Moons KG, Beek E van,

Benders MJ, Bijvoet SM, et al. *Cardiotocography plus ST analysis of fetal electrocardiogram compared with cardiotocography only for intrapartum monitoring: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol* 2010;115:1173-80.

13. NVA/NVOG. *Richtlijn medicamenteuze pijnbehandling tijdens de bevalling, 2008. Beschikbaar via: www.nvog-documenten.nl/richtlijn/doc/download.php?id=836.*
14. Bruinse HW. *De normale baring. In: Heineman MJ*

(red.). *Obstetrie en gynaecologie, de voortplanting van de mens. Zesde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2007, pp. 307-27.*

15. NVOG *Richtlijn Foetale bewaking, 2003. Beschikbaar via: <http://www.nvog-documenten.nl/>.*
16. Lee F. *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, 9½ dingen die u anders zou doen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2009.*
17. Weggeman M. *Leidinggeven aan professionals: niet doen! Schiedam: Scriptum, 2009.*

Samenvatting

In dit discussiestuk pleiten wij voor meer aandacht voor de verloskunde binnen de opleiding tot gynaecoloog. De ontwikkeling van een richtlijn voor zorg durante partu, zorgvuldig taalgebruik binnen de verloskunde en disciplineoverstijgend onderwijs kunnen hierbij een rol spelen.

Trefwoorden

opleiding, verloskunde, bevalling, perinatale sterfte

Summary

In this review, we describe the need for a more prominent role of obstetrics in the training of residents in obstetrics and gynecology. Combined with the development of a local or national guideline for intrapartum care, and education in health management, emphasis of the management of obstetrics in the training of residents in obstetrics and gynecology may help improve perinatal outcome in The Netherlands.

Keywords

obstetrics, training obstetrics and gynecology, management of labor

Gemelde (financiële) belangenverstreming
geen

Auteurs

Dr. P.J. van Runnard Heimeel, destijds aios gynaecologie Diakonessenhuis Utrecht, thans fellow perinatologie Maxima Medisch Centrum, Veldhoven

Dr. R. de Heus, aios gynaecologie, Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn, cluster Utrecht

Correspondentieadres

Dr. P.J. van Runnard Heimeel, fellow perinatologie Maxima Medisch Centrum
Postbus 7777
5500 MB Veldhoven
E-mail: heimel@hotmail.com

Redactioneel commentaar op voorgaand artikel

300

Van Runnard Heimeel en De Heus vragen aandacht voor een prominentere rol voor de verloskunde in de opleiding tot gynaecoloog. Een lezenswaardig artikel, maar een artikel dat ook verwarring veroorzaakt. Deze verwarring ontstaat omdat onder de kop 'opleiding' bijna alles gevat wordt wat met de verloskunde te maken heeft, het gaat nog net niet over de mogelijke nuttige effecten van concentratie van verloskundige zorg in Nederland.

Zo stellen zij voor een richtlijn 'begeleiding partus' te maken, een prima plan voor heel verloskundig Nederland. Vervolgens moeten er 'heldere afspraken bij medisch-verloskundige overdracht zijn' en 'men moet zich aan het protocol houden'.

Een richtlijn die de auteurs voorstellen is van even

groot of misschien nog wel groter belang voor ziekenhuizen waar geen aios werken. Een dergelijke richtlijn faciliteert natuurlijk ook de opleiding, en zou juist tot een efficiëntere en dus kortere opleiding moeten kunnen leiden. Overigens is de 'evidence' niet zo geweldig als de auteurs aangeven: als er geen tijd is om voortdurend de druktransducer optimaal te plaatsen, is er wel degelijk ruimte voor een intra-uteriene druklijn; de invoering van STAN heeft beslist voordelen, maar de uitkomsten zijn niet hard genoeg om ziekenhuizen te 'verplichten' tot aanschaf over te gaan. Of de latente fase bestaat en wanneer de zwangere 'in partu' is, zijn al even interessante onderwerpen. Kortom, de ontwikkeling van deze richtlijn zal wel veel (discussie)tijd en geld gaan kosten, maar het maken van een dergelijke