

De kunst van het handelen

Bettina Salis

Een geboorte zonder interventie bestaat bij ons niet meer, ook al wordt er soms gesproken van interventievrije geboorte. En 'normale geboortes' zijn ook niet altijd natuurlijk, maar in de regel verbonden met interventies. Het is de moeite waard een paar begrippen onder de loep te nemen en precies te bekijken waarom er interventies bij geboortes plaatsvinden.

"Wat een interventie is?" Ze lacht. "Wij zijn een interventie. Zodra we de deur binnenkomen, laten we sporen na in het leven van de vrouw. Meestal in het voordeel van de vrouw, maar soms kunnen we ook een hindernis vormen." De collega-verloskundige die ik om haar mening vroeg, floepte deze zin eruit. Ik ben even met stomheid geslagen. Al weken ben ik met dit thema bezig. Ik was net tot de overtuiging gekomen dat het al een interventie is als de verloskundige de vrouw voorstelt om een bad te nemen. Maar wat als de vrouw zelf de wens uit om een bad te nemen en de verloskundige haar hierbij ondersteunt? Nu blijkt de verloskundige zelf een interventie te zijn.

Een effectiviteitsvraag?

Op het eerste gezicht lijkt het antwoord op de vraag wat interventie is makkelijk. Wikipedia zegt: "Interventie (van het Latijnse woord *intervenire* = ertussen komen, zich inmengen) wordt in de geneeskunde elke actieve vorm van behandeling genoemd die zich onderscheidt van pure observatie. Dit betreft zowel therapeutische als preventieve maatregelen." En verder: "De effectiviteit geeft het succes van de interventie weer [wikipedia.de, 2011]." In de verloskunde spelen interventies een grote rol en worden hartstochtelijk bediscussieerd. Tenslotte gaat het om het beste voor moeder en kind, dus om de effectiviteit. Maar, wat beoordelen wij als effectief? Een snelle geboorte? Een gecontroleerde? Een ongestoorde? Telt de subjectieve beleving van de moeder? Of gaat het vooral om de zogenaamde 'outcome' van moeder en kind? Dat deze beoordeling zeer verschillend kan zijn, zien we in onze dagelijkse praktijk en aan de vaak zeer emotionele discussies over wat de beste verloskunde zou zijn.

In de verloskundeliteratuur gaat het begrip interventie vaak vergezeld met een bijvoeglijk naamwoord: medisch, invasief, niet-invasief, zinvol, gefundeerd of duidelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Of het begrip zelf wordt als adjectief gebruikt als interventie-arm, -rijk, of -loos. Uiteindelijk is er nog de verloskundige interventie, die vaak tegenover de medische of medisch technische gesteld wordt. Het gaat dus niet alleen om de ingreep zelf, maar ook om de beoordeling. Een collega liet zich in een interview meeslepen om van goede en kwade interventies te spreken. Later corrigeerde ze zich en vertelde dat ze medisch technische en verloskundige interventies bedoelde. Zijn verloskundige interventies goed en medische slecht? Nee. Ze kunnen beide effectief zijn. Overbodig – dus ineffectief – overigens ook.

Voor elke interventie geldt: er moet goed over nagedacht zijn, het maakt niet uit of het medisch, technisch, profylactisch, complementair-medisch of wat dan ook is. De interventie heeft een indicatie nodig en moet als doel hebben verdere interventies overbodig te maken, moeder en kind rust te geven en eventueel letsel te voorkomen. Aan elke interventie moet een diagnose voorafgaan. Dan is het een goede, effectieve interventie.

De kundige niet-interventie

Een begrip dat in de laatste jaren steeds weer de ronde doet is de niet-interventie, de kundige of gefundeerde. Maar wat is een niet-interventie? Wat betekent het als begrippen gehanteerd worden, die door 'niet' begrensd moeten worden? Eigenlijk betekent het: het negeren van het normale. Dat wat eigenlijk uitzonderlijk zou moeten zijn, het 'er tussen komen' – de interventie – is zo normaal geworden, zo alledaags, dat er een nieuw woord bedacht moest worden om de afwezigheid van interventie te benoemen: de niet-interventie.

Bij nadere beschouwing verklaart ook professor Barbara Duden deze wonderbaarlijke woordcreatie de interventie tot norm: de kundige niet-interventie zegt dat 'niets doen' geleerd en ook kundig moet zijn en niet dat het 'doen' geleerd en kundig moet zijn.

De kundige 'niet-interventie' is een pleidooi voor het niet-handelen binnen de verloskunde, die er (nu) van leeft dat er vooral gehandeld wordt en dat vooral het handelen (intervenieren) erkenning ondervindt in ons systeem. Zowel economisch als juridisch (beter gezegd door de deskundigen) en waarschijnlijk ook door de vrouwen zelf.

Dit artikel is eerder verschenen als: Die Kunst des Handelns in Hebammenforum 4/2011:278-82

Vertaling: Irma Enklaar en Olaf Hirsch

Eigenlijk zou het niets-doen de norm moeten zijn, het niet-intervenieren. Was het handelen kundig, dan had het geen kundige niet-interventie meer nodig, omdat er dan alleen geïnterveneerd zou worden als het zinvol zou zijn. Het afwachten zou dan standaard zijn; de uitzondering zou de kundige interventie zijn – je zou kunnen zeggen: de kunst van het handelen.

Artsen zijn anders – verloskundigen ook

Artsen en verloskundigen kijken op verschillende wijzen naar een geboorte. Hier ligt de opleiding en hun professie aan ten grondslag. Medici leren op de pathologie te letten, ze worden 'gedrild' opgeleid om hier naar te zoeken. Verloskundigen leren over de fysiologie en haar grenzen. Verloskundigen worden opgeleid om de fysiologisch geboorte te begeleiden, het 'laten gebeuren'; alleen in te grijpen als de geboorte van de fysiologie afwijkt. Ze gaan er eerder vanuit dat een geboorte vanzelf gaat. Toch zien verloskundigen zich geconfronteerd met een medische verloskunde die ze niet de mogelijkheid biedt de fysiologie te begeleiden. Dr. Sven Hildebrandt schetst de huidige situatie: "Het model van medische begeleidde verloskunde gaat uit van een natuurlijk risico bij de geboorte, dat door medische maatregelen zowel preventief als ook therapeutisch geminimaliseerd kan worden. De geboorte wordt dus - overdreven geformuleerd – als 'potentieel niet functionerend' gezien, de reden voor een genezingsgerichte benadering [Hildebrandt S, 2008]." Hieraan is ook de maatschappelijke ontwikkeling schuld. De behoefte van de meeste mensen aan plannen en handhaven is groot. Volgens Rainhild Schafers suggereert de medisch geleide (interventierijke) verloskunde "dat naar voorafgaande exacte risicocalculatie vooral artsen een garantie zijn voor de gezondheid en de normale ontwikkeling van het kind." Ze schrijft verder: "Daarbij wordt principieel het handelen maatschappelijk hoger gewaardeerd dan het afwachten. Het minimaliseren van de risico's lijkt alleen door gepland handelen gewaarborgd te zijn en het bewuste afwachten wordt al snel als nalatigheid geïnterpreteerd [Schaefer S, 2010]." Omdat maar weinig verloskundigen tijdens hun opleiding afwachtende, interventievrije verloskundige hulp hebben leren kennen - of anders gezegd: bijna alle verloskundigen kennen alleen door handeling bepaalde verloskundige hulp – maar wel de gedachte van fysiologie bij zich dragen, handelen ze op hun eigen manier: ze versterken de fysiologie. De kracht van de vrouw. Dat doen ze bijvoorbeeld met homeopathie, acupunctuur, aromatherapie, en dergelijke. Laat dit zien dat ook veel verloskundigen de vrouwen misschien niet vertrouwen op eigen kracht zonder enige interventie te baren? Zo vestigt zich het onderscheid in interventies: aan de ene kant de medisch technische, of ook de invasieve of

medische interventie, aan de ander kant de niet-invasieve of verloskundige interventie.

Normaal: natuurlijk of volgens de norm?

Een normale geboorte is dus zeker geen natuurlijke. Maar wat is een normale geboorte? En wie bepaalt dat? De Duitse Beroepsvereniging van Verloskundigen (DHV) geeft de volgende definitie in haar 'Pleidooi voor een normale geboorte': "Voor de Duitse beroepsvereniging bestaat er geen vaste definitie van een 'normale' zwangerschap of geboorte die voor alle vrouwen van toepassing is. Daarentegen wordt door de vrouw als individu, haar levenservaring en door haar sociaal en cultureel netwerk bepaald, wat voor haar normaal is. De geboorte is een individueel proces. Dit proces moet door de verloskundige met haar kennis, haar ervaring en haar intuïtie met gevoel begeleid worden, zonder de vrouwen aan een norm te onderwerpen [DHV, 2011]."

In de dagelijkse praktijk betekent normaal voor de verloskunde niet 'natuurlijk' maar 'conform de norm normaal'. Dit zegt Christiane Schwarz, verloskundige en wetenschappelijke medewerker aan de 'Hochschule für Gesundheit' in Bochum ook [Schwartz, C, 2011]. Dr. Nicola Bauer noemt in haar dissertatie een aantal definities voor een normale geboorte en voor interventies [Bauer NH, 2010]. Bijvoorbeeld de "Normal Birth Consensus Statement" van 2007. Hieraan hebben Britse beroepsverenigingen van gynaecologen, verloskundigen, wetenschappers en consumentenverenigingen meegewerkt. Ze hebben criteria benoemd die bepalend zijn voor een normale geboorte: "De basisvoorwaarde is een spontaan begin van een geboorte en een spontane geboorte. Dit kan samengaan met de volgende interventies of complicaties: bijstimulatie, amniotomie, (niet als inleiding) toediening van lachgas of opiaten, CTG, actief leiden van het nageboortetijdperk, zwangerschapscomplicaties en complicaties bij het kind (zoals opname op de NICU)". Ook als interventies als normaal bekend staan, is het zeker de moeite waard om elke handeling kritisch te bekijken. Sven Hildebrandt beschrijft in zijn artikel aan de hand van een casus een reeks van interventies en een atonische bloeding door een vermeende vertraagde placentaloslating [Hildebrandt S, 2008]. De meesten van de genoemde interventies hebben geen ernstige gevolgen, zoals bijvoorbeeld een geboorte in het water, afnavelen, controle van de blaas, acupunctuur, voetreflexzonemassage. Hildebrandt vertelt bij elke interventie wat ertoe bijgedragen zou kunnen hebben dat het aan het eind tot een atonie komt. Hij stelt ook de vraag vanaf wanneer er eigenlijk sprake kan zijn van een placentaloslating: "In sommige klinieken is 30 minuten na de geboorte van het kind al sprake van een retentio placenta. Dit is noch gebaseerd op verloskundige kennis noch

op wetenschappelijk onderzoek. Ik vind het altijd verkeerd om binnen twee uur na de geboorte van het kind wat dan ook te ondernemen. Omdat dit vanwege eerder genoemde redenen meestal eerder een destructieve dan een constructieve werking heeft [Hildebrandt S, 2008].” De redenen omschrijft hij uitgebreid in zijn casus.

Wie, hoe, waarom

Ik kan me voorstellen dat sommige collega's uit principe liever niet de eerste twee uur na de geboorte actief willen worden. Dat komt waarschijnlijk in de buurt van hun idealen over interventievrije of -arme verloskundige. Tegelijkertijd zijn ze misschien bang dat ze juridisch niet sterk staan als zij twee uur afwachten. Andere collega's vinden het idee van Hildebrandt misschien absurd. In de dagelijkse praktijk zien wij tenslotte dat het beleid om de placenta na dertig minuten al te halen goed werkt. Bij de vraag wie waarom hoe intervenueert gaat het er ogenschijnlijk niet alleen om het welzijn van moeder en kind. Het gaat ook niet alleen om de houding: zie ik de geboorte potentieel functionerend, of niet functionerend. Ook de effectiviteit staat zelden centraal bij het handelen. Hoeveel en welke interventies uitgevoerd worden, is mijns inziens afhankelijk van een hele reeks factoren. De volgende lijst is niet volledig, maar misschien helpt het om kritisch naar het eigen handelen te kijken en naar verdere bronnen te zoeken:

- Inschatting van de verloskundige situatie. Zie het bovengenoemde voorbeeld van Hildebrandt.
- Personeelstekort. Uit gesprekken met collega's (en uit eigen ervaring) weet ik dat bijvoorbeeld het gebruik van pijnstillers proportioneel toeneemt met het aantal te behandelende vrouwen.
- Hoge werkdruk of burn-out. De verloskundige heeft dan moeite om een relatie met de vrouw op te bouwen (of het is zelfs onmogelijk), waardoor de motivatie toeneemt om het werk snel af te ronden.
- Protocolen in een ziekenhuis. Op de ene locatie is het aanleggen van een infuus gebruikelijk, op een andere locatie niet.
- Organisatorische redenen. Bijvoorbeeld als de verloskamer snel weer beschikbaar moet worden voor de volgende vrouwen met weeën. Of als een verloskundige nog graag een kind wil halen voordat haar dienst afgelopen is – dan is het verleidelijk de geboorte iets te versnellen.
- Geld. Het Duitse gezondheidsstelsel betaalt goed voor de meeste interventies.
- Maatschappelijke acceptatie van handelen. De angst voor de vraag van de inspectie “Waarom heeft u dat niet gedaan?” is groter dan de angst voor de vraag “Waarom heeft u dat gedaan?” [Hebammenforum, 2011]

- Karakteristieken van de individuele verloskundige *physician factor*. Zo constateerde een werkgroep van de University of Hertfordshire in Groot-Brittannië dat verloskundigen die in klinieken met veel interventies werken, het risico van een gezonde vrouw met een complicatievrije zwangerschap en geboorte hoger inschatten dan verloskundigen die in klinieken werken waar minder vaak geïntervenieerd wordt [Schaefer R, 2010].
- Handelen als teken van zorg. Medicatie, massages of een acupunctuurbehandeling geven de vrouw het gevoel dat ze gezien wordt. De verloskundige krijgt het gevoel zorgzaam te zijn door iets te geven.
- Vraag of zelfs eis van vrouwen om behandeling. In het kader van goede dienstverlening kan het devies zijn om aan deze vragen te voldoen. Hierbij is de vraag interessant waardoor deze verlangens zijn ontstaan.

Geen van deze factoren is bedoeld om de effectiviteit voor moeder en kind te verbeteren. Het gaat vaak om de verlichting van de eigen werkdruk. Dit is begrijpelijk gezien de alledaagse werkdruk in de klinieken. Desondanks kan het de moeite waard zijn om elke interventie kritisch te bekijken – ook al lijkt deze nog zo klein - en om je bewust te zijn van het feit: ook ik als verloskundige ben een interventie. ■

Referenties

- Bauer N.H. (2010). Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal und die möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Doktorin der Philosophie (Dr. Phil.) des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Osnabrück. Verschijnt binnenkort als boek: Bauer N.H. Der Hebammenkreißaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der Physiologische Geburt. Vandenhoeck en Ruprecht, 2011.
- Deutsche Hebammen Verband. Plädoyer für eine normale Geburt. <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=2160, dd 05-09-2011>.
- Hebammenforum. Nicht die Weisheit der Richter ist entscheidend. Hebammenforum 4/2011: 299
- Hildebrandt, S (2008). Abwarten in der Nachgeburtperiode. DHZ 12/2008:22. En www.deutschehebammenzeitschrift.de/dhz/leseprobe/interventionsarme_geburtsilfe
- Schaefer, S (2010). Gesundheitsförderung durch Hebammen: 81, Schattauer
- Schaefer, R(2010). Gesundheitsförderung durch Hebammen.2010: 96.
- Schwarz, C (2011). Was heisst hier normal?. Hebammenforum. 4/2011: 295 www.wikipedia.de, dd. 01-02-2011.