

Een optimale bevalling voor elke vrouw!

Relinde van der Stouwe

Op 22 januari jl. promoveerde verloskundige Ank de Jonge aan de Universiteit van Nijmegen met haar proefschrift 'Birthing positions revisited, examining the evidence for a routine practice'. Hierin onderzoekt zij de invloed van de horizontale en verticale baringshouding op verschillende baringsuitkomsten. Zij komt onder meer tot de conclusie dat er geen goede argumenten zijn voor het standaard gebruik van de rugligging tijdens de uitdrijving.

Voorafgaand aan haar verdediging en promotie werd een symposium gehouden met als rode draad: hoe kunnen verloskundigen bijdragen aan een optimale bevalling? Het werd een inspirerende dag waarin de sprekers in het ochtendprogramma verloskundigen stimuleerden tot kritische reflectie op de invulling van hun vak. 's Middags boden workshops praktische tips en trucs voor de begeleiding tijdens de baring: de toepassing van diverse handgrepen, baringshoudingen, waterbevalling, haptonomie en er werd geoefend met de perinatale audit.

De barendende vrouw centraal!?

Huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies medische wetenschappen aan het UMC in Nijmegen, Toine Lagro-Janssen, opende het symposium met een voordracht over het sterker maken van vrouwen tijdens de baring. Zij presenteerde een casus over een zwangere vrouw met seksueel misbruik in haar geschiedenis. Juist door een niet-alledaags voorbeeld te nemen, maakte Lagro-Janssen de toehoorders bewust van het belang van een deskundige begeleiding voor vrouwen. De vrouw in de casus was erg bang en had weinig vertrouwen in haar lichaam. Lagro-Janssen wist in samenwerking met de verloskundige een relatie van wederzijds vertrouwen op te bouwen tijdens de zwangerschap; de basis om een vrouw krachtiger te maken. De vrouw beviel uiteindelijk spontaan en op eigen kracht in verticale houding. Lagro-Janssen is van mening dat een deskundige verloskundige de eigenheid van een vrouw tot uiting laat komen en aansluit bij wat

Birthing positions revisited
examining the evidence for a routine practice



Ank de Jonge

de vrouw nodig heeft om vertrouwen in eigen lichaam te kunnen hebben. Het zoeken naar houdingen tijdens de bevalling die het meest geschikt zijn voor de individuele vrouw is daarbij een belangrijk aspect.

Gynaecoloog Fred Lotgering die later die morgen aan het woord kwam, stelt daarentegen dat bij een verhoogd risico het gezondheidsbelang voorop staat. Niet in alle gevallen laten de noodzakelijke medische interventies het toe dat de vrouw haar eigen houding kan bepalen.

Lotgering onderkent dat de hulpverlener in de praktijk vaak de houding bepaalt, ook als de situatie daar niet om vraagt. Hij meent dat de beste houding niet bestaat maar dat de vrouw het best zelf haar houding kan bepalen.

De normale baring ter discussie

Verloskundige en onderzoeker Marlies Rijnders stelde vragen bij het begrip 'normale baring' en introduceerde als alternatief de term 'optimale baring'. Rijnders heeft onderzoek gedaan naar de tevredenheid van vrouwen in Nederland en Engeland over hun bevalling. Hoewel vrouwen in Engeland meer interventies ondergaan, kijken zij tevredener op hun bevalling terug dan Nederlandse vrouwen. Ook de Belgische Wendy Christiaens komt in een studie onder vrouwen in België en Nederlandse vrouwen in de regio Tilburg tot een vergelijkbare bevinding. Rijnders veronderstelt dat wij met onze strijd tegen de medicalisering van de baring bij vrouwen de illusie wekken dat zij kunnen kiezen voor een natuurlijke bevalling. Wanneer de bevalling niet fysiologisch verloopt, voelen vrouwen dat als een persoonlijk falen. We zouden dus realistischer moeten zijn in onze voorlichting over de bevalling. Als beroepsgroep streven we naar een normale bevalling, maar wat is normaal? Volgens 'Van Dale' betekent 'normaal' overeenkomstig de regel, als norm

Relinde van der Stouwe is verloskundige en tijdelijk lid van de reactie

dienend. Maar wat is dan de norm of de regel? Vinden we een episiotomie normaal? Snel afnavelen, 1 cm per uur ontsluiten, een amniotomie, is dat normaal? Het mag duidelijk zijn dat normen veranderen onder invloed van politiek, techniek, sociale verhoudingen, etc. Ook heeft Rijnders bezwaren tegen de term fysiologisch of natuurlijke bevalling. Een bevalling is meer dan een fysiologisch proces. Daarmee doen we geen recht aan vrouwen, aan het fenomeen bevalling en ook niet aan de invulling van ons beroep. Zij pleit voor het gebruik van de term optimale bevalling. Optimaal houdt namelijk in: hoogst, sterkst, meest gunstig. Het is een individueel concept, vanuit het perspectief van de vrouw. Dat maakt het tegelijkertijd ook lastig te hanteren. Niettemin roept Rijnders verloskundigen op kritisch te kijken naar de begrippen normale, natuurlijke, fysiologische en optimale baring. Dat is volgens haar noodzakelijk om ons vak meer inhoud te geven en verder te ontwikkelen.

Medisch perspectief is niet heilig

Rijnders hield in haar presentatie een pleidooi om zwangerschap en bevalling niet alleen vanuit het medisch perspectief te beschouwen, maar daar ook andere wetenschappelijke modellen bij te betrekken. In het verhaal van de Britse verloskundige en onderzoeker Denis Walsh was dit geluid ook te horen. Hij stelde de belangrijke plaats die evidence based medicine (EBM) in ons werk inneemt ter discussie. Walsh onderkent de waarde van EBM maar ziet ook de beperkingen en de nadelen. EBM is voornamelijk gebaseerd op gerandomiseerde studies die geschikt zijn om het effect van bepaalde interventies te onderzoeken. Het standaard versus restrictief zetten van een episiotomie, of continue versus geen continue ondersteuning tijdens de baring, zijn voorbeelden van studies die belangrijke impact hebben op onze dagelijkse praktijk. Veel problemen in de verloskunde zijn echter complex van aard. Dat vraagt om kwalitatief onderzoek en een bredere kijk op wetenschappelijk bewijs. Er is namelijk ook kennis gebaseerd op intuïtie, ervaring en emotionele intelligentie. Ook deze kennis is zeer waardevol voor ons beleid en handelen. Het komt op een andere manier tot stand dan gerandomiseerde trials, namelijk door onze verbintenis met vrouwen. Een paar voorbeelden van dit soort kennis: de vordering van de bevalling zonder VT's, de zogenaamde rustperiodes tijdens een bevalling, psychologische barrières die een rol kunnen spelen. Ter illustratie van het laatste voorbeeld vertelt Walsh het verhaal van de vrouw die zwanger is van haar tweede kind en contracties heeft maar letterlijk nog geen tijd heeft om te bevallen. Het is de dag voor kerstmis en ze moet nog boodschappen doen. Ze heeft echter contracties. Wanneer ze haar verloskundige bezoekt, blijkt ze 7 cm ontsluiting te hebben. Op basis

van haar ervaring en kennis, stelt de verloskundige de vrouw voor om eerst haar boodschappen af te maken en dan terug te komen om in alle rust te bevallen. Veel verloskundigen in de zaal herkennen de situatie maar wie van ons zou ook zo hebben gehandeld?

Kritische reflectie

Epidemioloog en verloskundige Mariet van Diem toonde hoe we de perinatale audit kunnen inzetten als instrument om kritisch naar onze zorg te kijken en die te verbeteren. Vaak wordt perinatale audit in verband gebracht met perinatale sterfte, maar de audit-methodiek kan op elke uitkomst van de zwangerschap worden toegepast. Dat kan dus ook de ontevredenheid zijn van de cliënte over het gebrek aan vrijheid een bepaalde houding te kiezen tijdens de bevalling. Bij de perinatale audit worden op structurele wijze substandaard factoren onderzocht, d.w.z. zorg die in ongunstige zin afwijkt van de al dan niet op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde afspraken. Dit kan op verschillende niveau's: op praktijkniveau maar ook regionaal of landelijk. Van Diem's ervaring is dat de perinatale audit vaak meer oplevert dan het voorkomen van een substandaard factor. Het heeft altijd een positieve invloed op de perinatale zorg in haar totaliteit. Ze stelt dan ook dat bij de perinatale audit de rekensom $1 + 1 = 2$ niet opgaat omdat de uitkomst veel hoger is.

Ter afsluiting van het ochtendprogramma leidde dagvoorzitter Angela Verbeeten een discussie aan de hand van twee stellingen. Zij nam hiermee de honneurs waar van de zieke Kristel Zeeman die over de op handen zijnde KNOV standaard prenatale begeleiding zou komen spreken. De stellingen hadden betrekking op de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de verloskundige in de voorbereiding op- en de begeleiding tijdens de bevalling. Al hadden de sprekers voldoende input gegeven voor kritische reflectie, het leek in de discussie alsof de aanwezige verloskundigen tevreden zijn met hun huidige werkwijze: bij de voorbereiding op de bevalling werd aangegeven dat dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van vrouw en partner enerzijds en verloskundige anderzijds. En ook bevallen moeten vrouw en partner toch samen doen. Het is niet altijd goed om continu naast iemand te zitten; de aanwezigheid van een verloskundige kan ook remmend werken op het proces. En soms kun je ook niet blijven omdat andere cliënten of taken je aandacht vragen.

Misschien hadden de sprekers ook wel erg veel stof tot nadenken gegeven en vraagt het tijd om dit te laten bezinken. De presentaties op dit symposium hebben echter duidelijk gemaakt dat een kritische blik op ons vak en onze zorgverlening op zijn plaats is. ■