

# Vrouwen zijn meer dan vehikels van hun kind

## Interview met Marlies Rijnders

*Relinde van der Stouwe*

**Op 1 juni 2011 promoveerde verloskundige Marlies Rijnders. In haar proefschrift beschrijft zij een aantal studies naar interventies in de eerstelijns verloskunde die de baringuitkomsten optimaliseren. Voor Marlies Rijnders zijn niet alleen de *harde* uitkomsten belangrijk, maar is de ervaring van de barendende vrouw evenzo belangrijk. Evenzo? Maternale tevredenheid is de belangrijkste uitkomstmaat, stelt Marlies. Vrouwen zijn meer dan vehikels van hun kind.**

*Twintig procent van de vrouwen in Nederland ervaart haar bevalling als traumatisch.*

"Bullshit", zegt de kersverse doctor, als ik haar vertel dat op een symposium haar onderzoek met deze stelling werd aangehaald. "Dat vind ik nog het ergste van mijn onderzoek: het wordt te pas en te onpas gebruikt. Ruim zestien procent van de vrouwen in mijn studie kijkt negatief terug op hun bevalling. Dat is wat anders dan traumatisch ervaren. En men vergeet er bij te vertellen dat meer dan 80% van de vrouwen positief terugkijkt".

Nederlandse vrouwen negatief terugkijken op hun bevalling, ongeacht hoe ze bevielen, dan vrouwen in Engeland.

Marlies: "In onze studie zijn we zo dicht mogelijk bij de centrale vraag in de Engelse studie gebleven. Die vraag luidde: 'How do you feel when you look back on your experience of birth in 2001'. Op deze vraagstelling kan je terecht kritiek hebben. De ervaring wordt bepaald door allerlei aspecten: gezond of ziek kind, interventies, verwachtingen over pijn, de zorgverlening enzovoort. Met aanvullende vragen werd duidelijker welke aspecten meespeelden in de totale ervaring. Ik vind het niet zo verwonderlijk dat 16,5 % van de vrouwen negatief terugkijkt op haar bevalling. Sommige vrouwen maken namelijk een heel moeilijke en pijnlijke bevalling door. Wat ik raar aan de discussie vond, die volgde op de publicatie, was dat er nogal makkelijk aangenomen werd dat Nederlandse vrouwen blijkbaar te hoge verwachtingen hadden en als je die maar temperde dat ze dan positiever terug zouden kijken! Nou, ten eerste is dit nooit onderzocht in Nederland en ten tweede hebben in Engels onderzoek vrouwen met hoge verwachtingen juist betere

## Tachtig procent van de vrouwen kijkt positief terug op hun bevalling

Marlies Rijnders is één van de weinige onderzoekers in Nederland die maternale tevredenheid als baringsuitkomst onderzocht. In 2003 onderzochten Green en Baston hoe vrouwen in Engeland op hun bevalling terugkeken drie jaar na dato. In deze onderzoekspopulatie keek elf procent van de vrouwen negatief terug op haar bevalling. Een laag percentage, gezien de vele interventies die plaatsvonden. De onderzoekers opperden dat in een cultuur, waar bevallen meer als een natuurlijk fenomeen wordt gezien, vrouwen de bevalling waarschijnlijk negatiever ervaren wanneer deze in een keizersnede eindigt. De studie van Green en Baston bracht Marlies Rijnders en haar collega's bij TNO er toe om een soortgelijke studie in Nederland op te zetten. De conclusie was echter dat meer

ervaringen. Mijn stelling is dan ook dat je de zorg beter aan kan passen aan de wensen en verwachtingen dan vrouwen vooraf keuzes te ontnemen opdat ze niet teleurgesteld raken.

In ons onderzoek is de vraag overigens drie jaar na dato gesteld. Uit Zweeds onderzoek van Waldenström weten we dat de meeste vrouwen de eerste dagen na de bevalling alleen maar opgelucht en blij met hun kind. Maar als de euforie is gezakt en de tijd verstrijkt, dan bedenk je wat niet- of minder goed is gegaan en denk je: dat had toch anders gekund. Dat is belangrijk voor zorgverleners om te weten, want dan zijn die vrouwen al lang uit hun gezichtsveld, terwijl dat de verhalen zijn die doorverteld worden aan familie en vrienden."

*Kun je met een kwantitatieve studie wel recht doen aan de ervaring van vrouwen met hun bevalling?*

Ik heb voor mijn publicaties voornamelijk kwantitatieve gegevens gebruikt maar de studie leverde ook kwalitatieve data op. De vragenlijsten omvatten ongeveer vijftig vragen; meerkeuzevragen, maar ook open vragen en

Ongerustheid wordt bijvoorbeeld gestimuleerd door een verloskundige die steeds op haar horloge kijkt of zegt: 'als je nu niet goed perst, komt het niet goed.' Uit verdere analyse bleek dat een negatieve ervaring bepaald wordt door gevoelens van angst voor het leven van jezelf of de baby, geen keuze hebben in pijnbestrijding, en een

## De basale en simpele positieve bevestiging dat de vrouw het goed doet, heeft een enorme impact

vragen waarin vrouwen woorden konden omcirkelen die over gevoelens tijdens de baring gingen of over de zorgverlening. Toen de eerste vragenlijsten terugkwamen bij TNO, wist ik niet wat ik zag. Vrouwen beantwoordden niet alleen de vragen maar schreven hele verhalen over hun bevalling. Tot in de kantlijn werd de ruimte om te reageren benut. Ik realiseerde me dat ik goud in handen had. Waardevolle informatie over wat maakt dat vrouwen meer of minder tevreden over hun bevalling zijn. Er was bijvoorbeeld een vraag in de trant van 'wat zei of deed de zorgverlener dat u vertrouwen had tijdens de bevalling?' Er waren zoveel mensen die reageerden met: 'ze zei dat ik het goed deed.' Zo'n basale en simpele bevestiging dat de vrouw het goed doet, heeft dus een enorme impact. En dat moeten zorgverleners weten.

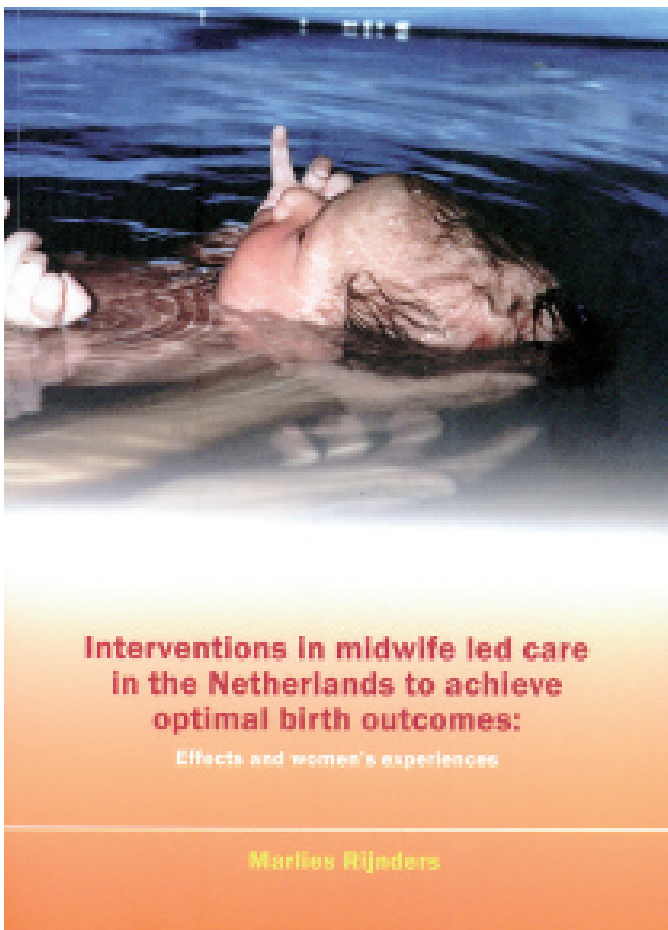
horkerige zorgverlener, maar ook natuurlijk een kunstverlossing gehad hebben, verwezen zijn tijdens de baring en ondanks deze genoemde factoren ook niet thuis bevallen zijn. Pijnbestrijding gehad hebben maakte overigens niet uit.

*Je zou zeggen dat in deze tijden waarin moeder en kind centraal moeten staan, zorgverleners inspiratie kunnen halen uit jouw studie. Toch wordt vaak alleen die 16,5 % vrouwen met een negatieve terugblik aangehaald om te laten zien dat onze zorg niet voldoet.*

Ook ik vind het wonderlijk dat juist nu - met het credo moeder en kind centraal - de ervaring van de vrouw een ondergeschoven kindje blijft. In al die studies naar de perinatale sterfte zijn de moederlijke uitkomsten ondergeschikt aan die van haar kind. De ervaring van de moeder lijkt er niet zoveel toe te doen. Ik vind het discutabel als je er zo naar kijkt. Dan hoeft je namelijk niet de verantwoordelijkheid te nemen om de zorg zo te organiseren dat de vrouw goed op haar bevalling terug kan kijken. Als het ons alleen maar gaat om een levend kind dan kan je in principe alles doen met die vrouw wat je wilt, want die vrouw zegt toch wel ja. Vrouwen doen alles voor een gezond kind. Maar een vrouw is niet alleen een vehikel dat het kind ter wereld brengt. Voor mij is de maternale tevredenheid de belangrijkste uitkomstmaat. De moeder ervaart de baring echt niet goed als het kind doodgaat. Maar als de zorg goed is en het kind sterft, kan ze niettemin wel goed terugkijken op de zorg. En tegelijkertijd kunnen vrouwen, die spontaan bevallen van een gezond kind maar die slechte zorg hebben ervaren, hun baring als minder positief beoordelen. De ervaringen van vrouwen zijn dus verweven met allerlei aspecten van de baring. Wanneer je je alleen richt op een ziek of dood kind en de rest telt niet, dan mis je mijns inziens een heel belangrijk punt.

*Jij pleit voor studies waarin kinderlijke uitkomsten én maternale ervaringen worden onderzocht?*

Vooral studies die het effect van interventies onderzoeken, moeten de ervaring van de vrouw meenemen. Het kan best zijn dat een bepaalde interventie een wat betere



uitkomst oplevert voor het kind, maar dat de interventie zeer belastend is voor vrouwen. Dat moeten vrouwen weten als zij een keuze voor of tegen die interventie maken. In mijn onderzoek naar de uitwendige versie vonden we dat deze interventie veilig is en de kans op een vaginale geboorte verdubbelt. Wel ervaart eenderde van de vrouwen pijn van betekenis tijdens de uitwendige versie. Dat is belangrijke informatie bij het afwegen van de voor- en nadelen en ook om je op voor te bereiden als je kiest voor de uitwendige versie.

*In je proefschrift stel je dat we moeten zoeken naar effectieve strategieën die de verandering in ons risicodenken kunnen ondervangen. Wat bedoel je daarmee?*

De scheiding tussen fysiologie en pathologie vervaagt. Vroeger was je gezond of ziek maar nu denken we in termen van risicofactoren. In deze tijd, waarin zoveel mogelijk is, heb je snel een risicofactor te pakken. Dat betekent niet dat doorverwijzen naar topklinische zorg daar een goed antwoord op is.

Ik ben opgeleid met het motto 'je verwijst door naar de tweede lijn als daar een meerwaarde van te verwachten

had ik de studie kunnen inrichten op perinatale infectie; of vliezen breken de kans op infectie verhoogd. Maar ik wilde graag weten of de interventie de kans op een goede uitkomst laat toenemen. En als goede uitkomst nam ik in deze studie een spontane vaginale baring zonder andere interventie dan het vliezen breken om de baring in te leiden, zoals bijstimulatie, pijnstilling of behandeling met antibiotica. Midwifery studies nemen dus een andere invalshoek dan de traditionele medische studies die gericht zijn op het ontdekken van pathologische factoren.

In Amsterdam is Marlies betrokken bij het 2Move-project waarin eerste en tweedelijns zorgverleners aanbevelingen van de stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte' implementeren. (Zie voor meer informatie over dit project het oktober- en november 2010-nummer van dit tijdschrift, red). Ook daar probeert zij de gedachte van salutogenese te introduceren.

In casuïstiekbespreking binnen het 2Move project tussen verloskundigen en het Lucas Andreas ziekenhuis gaan we ernaar streven om naast een casus met een slechte uitkomst, ook altijd een casus te bespreken waar het goed verliep.. Marlies: "Wat heeft die verloskundige gedaan waardoor

## Er zijn interventies die je in de eerste lijn mag toepassen en waarmee je het verloop van de bevalling kunt bevorderen

is'. Er zijn namelijk ook interventies die je in de eerstelijns kunt toepassen en waarmee je het normale verloop kunt bevorderen. Het begrip 'normale geboorte' houdt niet in dat je niets mag doen. Ik begeleid nu vijf promovendi die heel verschillende onderwerpen van onderzoek hebben, maar die allemaal zoeken naar een aanpak waarin het normale wordt bevorderd. Ik hoop dat de komende jaren *midwifery science* een vlucht gaat nemen en een grote invloed gaat uitoefenen op verloskundig Nederland.

*Je gebruikt vast niet voor niets het woord midwifery science en niet verloskundige wetenschap. Waardoor wordt volgens jou midwifery science gekenmerkt?*

Het theoretisch kader van midwifery studies is een andere dan dat van de medische wetenschap. Ik zit in een internationale werkgroep die de verloskunde probeert te benaderen vanuit de salutogenese. Salutogenese focust op factoren die welzijn en gezondheid van mensen ondersteunen, en zoekt dus niet zozeer naar de factoren die mensen ziek maken. Het gaat om wat goed werkt, voor wie en waarom. Als je dat vertaalt naar de verloskunde, dan onderzoek je factoren die een goede uitkomst bevorderen. Met de Serinamstudie (de studie naar artificeel vliezen breken na 41+5 weken versus inleiden, red) heb ik de normale baring als uitkomstmaat genomen. Natuurlijk

de bevalling goed verliep? Bijvoorbeeld een verloskundige die bij een langdurige maar spontane bevalling naast de vrouw blijft zitten en haar rug blijft masseren. Of bij een schouderdystocie, waarbij de vrouw op handen en knieën draait en de verloskundige het kind zonder complicaties eruit krijgt. Of informatie over de wijze van een overdracht die goed geregeld was en soepel verliep waardoor de vrouw zeer tevreden terug keek op de bevalling ondanks de opgetreden complicatie. We kijken te weinig naar wat we doen zodat het goed gaat. We vullen nu onze zorg heel vaak in vanuit de pathologie maar we laten achterwege te kijken naar wat het precies is wat een goede uitkomst bevordert. Dat is erg jammer, want zo gaat kennis verloren omdat we het er niet over hebben". ■

### Referenties

- Green J, Baston H, Easton S, McCormick C. (2003) Inter-relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes: Implications for maternity service policy. "Greater Expectations". Summart Report. Mother & Infant Research Unit, University of Leeds
- IJsseldijk J. (2010). Aankondiging: 2Move). TvV. 10: 41
- Veen W van. (2010). Samen voor de client in een VSV-plus. TvV 12:43-45
- Waldenström, U. (2004). Why do some Women change their opinion about childbirth over time? Birth 31(2):102-107