

IN FASEN OF IN PARTU?

STUDIE EN ONDERWIJS

KNOV-standaard NVO en PSOL langs de meetlat

Na het uitkomen van het boek *Preventive Support of Labour in 2002*, maakte het Verloskundig Samenwerkingsverband Arnhem (VSV) een nieuw protocol over het beleid tijdens de baring, waarin een aantal punten van PSOL zijn verwerkt. De nieuwe KNOV-standaard wacht op implementatie, maar kijkt van de huidige VSV-consensus af. **Tijd voor discussie.**

Brigitte Tebbe

De 'kleine commissie' van het VSV Arnhem nodigde voor het debat op de thema-avond over het beleid bij de baring zowel voorstanders van PSOL als afgevaardigden van de KNOV uit. Maar wie een spervuur van voors en tegens verwachtte, kwam bedrogen uit. De achter-eenvolgende presentaties van Pien Offerhaus (hoofd team richtlijnontwikkeling KNOV en auteur van de standaard NVO), van verloskundige Simone Valk uit Rotterdam, verpleegkundigen Bep Boon en Barbara Chardon van het Elisabeth Gasthuis in Tilburg riepen vooral beleefde vragen en een tamelijk genuanceerde discussie op. De visies van PSOL en KNOV-standaard op een optimale begeleiding van de baring blijken - op een paar verschillen na - grotendeels overeenkomsten te kennen. Het enige echt heikele punt was de erkenning van de *latente fase*.

Overeenkomsten en verschillen

Pien Offerhaus vat deze als eerste spreker van de thema-avond bij de hoorns: "De definitie van het begin van de baring is bij PSOL en de KNOV-standaard ongeveer gelijk. Beide focussen op het hebben van krachtige regelmatige weeën en veranderingen in de cervix. Andere overeenkomsten zijn: de gerichtheid

Brigitte Tebbe is verloskundige en lid van de redactie

op het voorkomen van langdurige baringen, het geven van duidelijke criteria voor wanneer in te grijpen en hoe, het benadrukken van het belang van ondersteuning tijdens de baring en de cliëntgerichtheid. Maar er is ook een verschil: de KNOV-standaard gaat uit van een *latente en een actieve fase*. We vinden het belangrijk de latente fase te erkennen. Hoe we daarbij komen? Onderzoeken geven aan dat de baring langzaam op gang komt. Die traagheid is fysiologisch. We staan trouwens niet alleen in de erkenning van de latente fase. Diverse gezaghebbende organisaties, zoals de WHO en de ACOG en ook Engelse richtlijnen gaan uit van een latente en een actieve fase. De actieve fase begint pas bij drie centimeter ontsluiting. Wat deze fase betreft zijn KNOV en PSOL het helemaal eens."

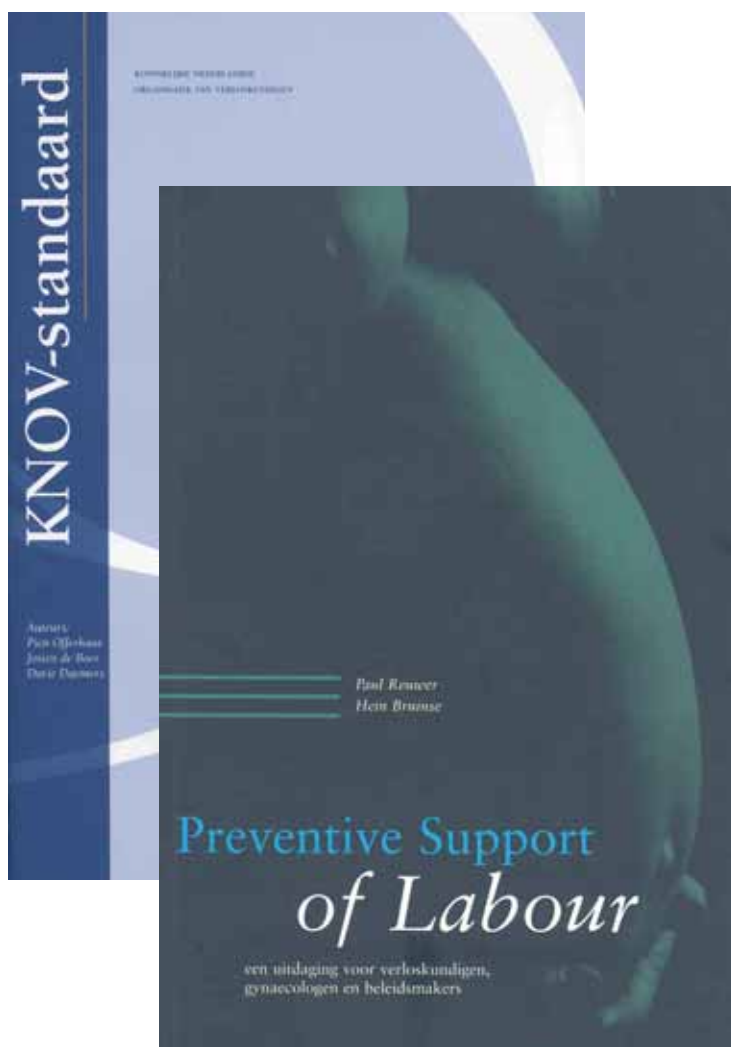
Tijdens de baring houdt de verloskundige, volgens zowel PSOL als KNOV-advies, een partogram bij. Dat van de KNOV-standaard ziet er anders uit dan bij PSOL. Offerhaus: "De actielijn ligt rechts van de waarschuwinglijn op vier uur, in plaats van op twee uur. Daar hebben wij voor gekozen omdat uit onderzoeken blijkt dat een actielijn op twee uur meer interventies geeft. Een routine amniotomie bij een ontsluiting van minder dan drie centimeter heeft niet de voorkeur bij de verloskundigen standaard want ook dit geeft volgens het KNOV onderzoek geen voor-

deel. PSOL adviseert dit wel. Voorbij de drie centimeter is amniotomie wel een zinvolle interventie, analoog aan PSOL." Tenslotte wijkt de frequentie van het VT af. Volgens PSOL kan dit het best om de anderhalf à twee uur. Offerhaus: "De KNOV adviseert om de vier uur, omdat het VT een matig betrouwbare meting is. Als je te snel achter elkaar toucheert, weet je niet echt of er een verschil is. Vaak een VT doen wekt de verwachting dat er iets moet gebeuren. En wellicht neem je een beslissing op een meetfout." Offerhaus sluit af met de stelling dat vrouwen goed voorbereid aan hun bevalling zouden moeten beginnen. De verloskundige moet hierin verantwoordelijkheid nemen, vindt zij. Ook een goede begeleiding tijdens de baring is volgens de standaard belangrijk: "Uit tevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten een goede begeleiding - aanwezigheid en aandacht - belangrijker vinden dan de duur van de bevalling". De belangrijkste overeenkomst van beide werkwijzen is dan ook de nadruk op een persoonlijke begeleiding van de barendende vrouw.

No more death by a primipara

De Rotterdamse verloskundige Simone Valk is PSOL-adept van het eerste uur. Met een rappe presentatie steekt zij niet onder stoelen of banken waarom PSOL het voor haar praktisch helemaal is: "PSOL is een helder concept, simpel toe te passen, vrouw- en vroedvrouwvriendelijk. Nooit meer: *death by a primipara!*" Vooral de duidelijkheid vindt Valk een groot voordeel: "Vrouwen weten waar ze aan toe zijn. De diagnose in partu wordt duidelijk gesteld, het partogram

STUDIE EN ONDERWIJS



laat haar zien hoe de progressie is, er is de zekerheid dat je haar niet alleen zult laten, dat de duur van de bevalling binnen de perken blijft en dat zij pijnbestrijding krijgt als dat nodig is. Dat geeft vrouwen zelfvertrouwen." In de prenatale voorlichting krijgen zwangere vrouwen de garantie dat zij - na het in partu verklaren - binnen twaalf uur bevallen zullen zijn. Ook krijgen ze te horen dat ze voor bijstimulatie in aanmerking komen, als de ontsluiting minder dan een centimeter per uur bedraagt.

Valk uit haar bezwaren tegen de KNOV-standaard: "De latente fase is een vaag begrip, de cliënte wordt verteld dat het nog een hele tijd kan

duren. Voor ons is dit de periode waarin de klant denkt: 'Nu ga ik de verloskundige eens bellen'. Verder ziet het partogram van PSOL er simpeler uit. Ook heb ik er moeite mee dat de KNOV onderscheid maakt tussen niet-vorderende ontsluiting vanwege een haperend ontsluitingsmechanisme en NVO vanwege onvoldoende draagkracht van de vrouw. Met zo'n diagnose wordt de postpartumdepressie meegeleverd!"

Toename thuisbevallingen

Valk vindt de tijdsdruk van het werken met PSOL voor verloskundigen "heel redelijk". Ze schat dat een gemiddelde bevalling haar

vier uur kost. De ontsluitingsduur is bij haar cliënten relatief kort en de klanten zijn tevreden. Tot haar verbazing heeft de praktijk na de introductie van het PSOL-beleid een toename van het aantal thuisbevallingen ervaren van 15%. Maar omdat de thuispartus relatief duur is, zullen zorgverzekeraars in de toekomst waarschijnlijk gaan kiezen voor gecentraliseerde partussen in een geboortecentrum, denkt zij. Dit laat de verloskundige weinig keuze: "Als we de thuispartus willen behouden, moeten we dat als verloskundigen streng gaan organiseren."

Juist die organisatie roept vragen op. De Arnhemse verloskundige Esther de Vries vraagt zich af of het Valk wel eens overkomt dat zij durante partu weg moet, en hoe zij dat oplost, als ze beloofd heeft erbij te blijven. Valk: "Ja, dat gebeurt soms. We kunnen dan de kraamzorg bellen, of een collega, om het tijdelijk van ons over te nemen."

Een andere vraag uit de zaal: "Als je garandeert dat de baring niet langer dan twaalf uur duurt, vertel je er dan van tevoren bij dat je rekent vanaf het moment dat je ze zelf in partu verklaart?"

Valk: "Ja, dat is een heel duidelijke afspraak in onze praktijk."

Parteur is verantwoordelijk voor verloop

Verpleegkundigen Bep Boon en Barbara Chardon vertellen over hun ervaringen in het hol van PSOL, het Elisabeth Gasthuis in Tilburg, waar gynaecoloog Paul Reuwer de scepter zwaait. De verpleging draagt de praktijk van PSOL niet alleen tijdens de bevalling uit, zo zegt Boon: "Het begint al bij het spreekuur. Voor cliënten, die daar behoefte aan hebben, is te allen tijde een consult bij de verpleegkundige van een half uur

mogelijk. Vragen die tijdens het 'bomvolle' spreekuur van de arts achterwege blijven, kan de cliënte daar wel stellen.

De voorlichting in het Elisabeth Ziekenhuis is fysiologisch, omdat het streven een fysiologische partus is. Alle cliënten van het ziekenhuis krijgen tijdens de zwangerschap een rondleiding door het ziekenhuis, zodat zij weten in welke omgeving zij gaan baren."

Heel belangrijk vinden de verpleegkundigen dat niet de vrouw die bevalt verantwoordelijk is voor het verloop van de partus, maar de 'parteur'. Tijdens de bevalling wordt het partogram volgens PSOL-voorschrift bijgehouden. Ook de berende vrouw krijgt het partogram te zien, wat haar vertrouwen zou schenken. De verpleegkundige blijft de hele dienst bij dezelfde vrouwen, zodat zij steeds hetzelfde gezicht zien.

Volgens Chardon "de beste manier om pijnbestrijding te voorkomen". Ze investeren vooral in de primiparae, om te zorgen dat zij de volgende keer ook voor een thuisbevalling kunnen kiezen.

Coaching

Verhelderend voor de VSV-leden blijkt de uitleg van Chardon over de begeleiding aan het bed in het Elisabeth Ziekenhuis: "Continue begeleiding wil niet zeggen dat je er steeds naast gaat zitten. Het is de kunst om de mensen het idee te geven dat je er alleen voor hen bent. Eén op één wil zeggen, dat de mensen steeds hetzelfde gezicht zien. Maar je bent niet degene die alles voor ze doet. Je laat ook merken dat je iets van de partner verwacht. Je neemt bijvoorbeeld even de tijd om hem het puffen bij te brengen. Als je bij de mensen weggaat, maak je duidelijk dat je er bent, als ze je nodig hebben." Als vanzelf komt nu de discussie

los. Verloskundige Jolande IJsseldijk, met enige opluchting: "Goed om te horen, dat je er vooral wat betreft de coaching voor de mensen bent. Dat jullie ze niet alles uit handen nemen, maar ze zelf ook verantwoordelijkheid laten dragen in de ontsluitingsfase."

En hoe zit het met de garantie van de tijdslimiet van twaalf uur na in partu verklaren? Verloskundige Marijke Dullens: "PSOL gaat ervan uit, dat elke vrouw binnen twaalf uur wil bevallen. Wil ook iedereen dat? Het kan ook druk opleveren." Barbara Chardon: "Het 'rommelen' mag je niet bij de bevalling rekenen. Pas op het moment dat er pijnlijke

contracties zijn, begint de baring. Je maakt mij niet wijs, dat als je heftige weeën hebt, je wilt dat het langer dan twaalf uur duurt." Pien Offerhaus ziet het anders: "Het zit 'm niet in die twaalf uur. Je moet realistische verwachtingen schetsen. Als je dan een andere tijdsduur noemt, heb je hetzelfde effect."

Ook het door de KNOV aangeraden vier-uurs interval van het toucher roept vragen op. Als iemand ineffektieve weeën heeft en er wordt pas na vier uur actie ondernomen, impliceert dat geen teleurstellingen? Reacties uit de zaal geven aan dat het daarmee wel losloopt. Volgens gynaecoloog Hans Zondervan is



STUDIE EN ONDERWIJS

het interval minder een probleem dan het op tijd in partu verklaren: “Als ik om een uur 's nachts tegen een barende vrouw zeg ‘U bent in partu’, moet ik na vier uur terugkomen. Als ik dat niet doe, kan ik tot de volgende morgen wachten.” Tja, hoe eerlijk ben je dan als drukbezette praktijkhouder?

Betere timing bijstimulatie

De één op één begeleiding zou moeten leiden tot minder interventies. Of dat inderdaad gebeurt, blijft in deze discussie onduidelijk. Vooral omdat er niet echt onderzoek naar gedaan is.

Valk: “Het totale aantal interventies met bijstimulatie verandert niet. Het wordt wel beter getimed.” Het aantal vrouwen dat uitgeput aan een inleiding begint, blijkt met tijdsbewaking tijdens de partus in Valks praktijk wel afgenomen. Dat is ook de ervaring binnen het Arnhemse VSV.

De suggestie wordt gedaan dat een trial naar de resultaten van het beleid conform PSOL en beleid conform de KNOV-standaard NVO gehouden zou moeten worden om vast te stellen welk beleid tot minder interventies leidt. Offerhaus spreekt het vermoeden uit dat de combinatie van de consequentheid van PSOL, samengevoegd met het geduld waar de standaard NVO op voorstaat, waarschijnlijk tot de beste cijfers zullen leiden.

Latente fase of ‘nog niet zoveel aan de hand?’

Het meest heikele punt blijkt op deze thema-avond het begrip ‘latente fase’ te zijn. Volgens het PSOL-concept bestaat de latente fase niet. Verloskundige Valk argumenteert: “Als een vrouw volgens

objectieve criteria niet is begonnen met de bevalling, is zij niet in partu.” Gynaecoloog Zondervan voegt daaraan toe: “De transformatiefase duurt negen maanden. De latente fase hoort daarbij.” Mede-auteur van de standaard NVO Josien de Boer merkt op dat er duidelijke *evidence* is voor het bestaan van de latente fase. Op haar vraag naar *evidence* van PSOL om te stellen dat de latente fase niet bestaat blijft een reactie uit.

Meerdere mensen vinden de duidelijkheid die de verloskundige stelt omtrent het begin van de baring het meest aantrekkelijke aspect van PSOL. Verloskundige Jacqueline van den Born: “Ik ben bang dat als je gaat zeggen ‘U bent in de latente fase’, dat de vrouw denkt dat ze in partu is.”

Offerhaus: “Om spraakverwarring te vermijden, praten we liever over fasen. De term ‘in partu’ blijkt in de literatuur en de praktijk volstrekt niet eenduidig gedefinieerd: iedereen verstaat er iets anders onder. Het voordeel van praten over een latente fase is, dat de cliënte weet waar ze staat en welke verwachtingen reëel zijn. In tegenstelling tot wat Simone Valk stelt, dat de latente fase een vaag begrip is, kent deze fase juist een duidelijke begrenzing. Zo wordt de limiet van deze fase duidelijk en kunnen tijdig, in overleg met de cliënte, interventies worden ondernomen.”

Zus of zo

Gynaecoloog Laszlo Bancsi vindt dat zowel PSOL als de KNOV-standaard gebaseerd zijn op magere *evidence*. De erkenning van het bestaan van de latente fase herleidt hij tot pragmatisme van verlos-

kundigen in de eerste lijn: “Het zou goed kunnen dat de keuze voor het ene beleid of het andere ingegeven wordt door hoe je praktisch voert. In het ziekenhuis werkt het concept PSOL beter, want mensen staan daar voortdurend aan het bed.

Als je net als in de eerstelijns voortdurend paraat moet staan, werkt de latente fase waarschijnlijk beter.

Als er sprake is van een latente fase, hoef je niet gelijk te gaan.”

Maar die laatste veronderstelling blijkt een misverstand. In de KNOV-standaard staat juist dat de verloskundige in de latente fase wel gaat. Pien Offerhaus haakt daarop in: “Daarin ligt het belang van erkenning van de latente fase. Dat we ook vrouwen die ons met weeën bellen aandacht schenken, ook al is er nog niet zoveel aan de hand. Dat we naast haar gaan zitten en observeren hoe het gaat. Zo kunnen we haar geruststellen en een goede inschatting maken voor het verdere verloop.”

Ondanks de tegenstellingen die PSOL en KNOV-standaard op schrift vertonen, blijkt dat de aanwezige verloskundigen in de praktijk min of meer hetzelfde omgaan met de vrouw die weeën heeft, maar nog niet in partu is. Het devies is om altijd te gaan kijken, ook al omdat cliënten het niet zouden accepteren, dat de verloskundige er niet voor haar is, op het moment dat zij denkt dat ze haar nodig heeft. Zoals verloskundige Caroline Poorterman tot slot opmerkt: “Of we het zus doen of zo, het belangrijkste is dat we de cliënte niet aan haar lot overlaten.” □