

van onderzoek voor de verloskunde gingen inzien. Tussen de 150 en 200 verloskundigen hebben nu een Masteropleiding gevolgd, 15 zijn gepromoveerd en ongeveer 25 zijn bezig om te promoveren. Zij bouwen voort op de visie van onderzoekende verloskundigen als Gré Keijzer-Landkroon. ■

### Literatuur

1. Michel SC, Rake A, Treiber K, Seifert B, Chaoui R, Huch R, et al. MR obstetric pelvimetry: effect of birthing position on pelvic bony dimensions. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 179(4):1063-1067.
2. Jonge A de, Kweekel L, Oudshoorn T, Keijzer-Landkroon G. The birth shell for the second stage of labour: a modern tool to support physiological birth. *Canadian Journal of Midwifery* 2013; 12(1):19-30.

### Stelling:

Zwangere vrouwen hebben meer plek om een carrière op hun buik te schrijven.  
*Marieke Sueters, 2007*

## In memoriam Erica Muller

Op 30 november 2013 heeft Erica na een lange reis haar lichaam verlaten.

Erica heeft bakens verzet in de Nederlandse geboortewereld. Zij heeft met grote passie het water letterlijk anders laten stromen door Nederlandse moeders kennis te laten maken met de watergeboorte. Naast oprichtster van de Oerbron was Erica doula en zwangerschapsdocente. Zij was betrokken bij de oprichting van de Geboortebeweging en was een van de kerngroepleden. Erica, je passie, warmte en onvermoeibare inzet voor een zachtere geboortezorg zullen we missen.

We wensen Arjan en de kinderen en alle liefsten om hen heen kracht en sterkte toe.

*De Geboortebeweging Nederland*

# Schouderdystocie

## Hoe wij de fysiologie blijvend beïnvloeden met onze aanwezigheid

*Rebekka Visser*

**Kritisch kijken naar de beschikbare kennis en naar je eigen handelen is cruciaal voor evidence-based werken. In onderstaande bewerking van haar weblog geeft Rebekka Visser hiervan een voorbeeld. Aan de hand van het onderwerp schouderdystocie.**

Schouderdystocie komt niet vaak voor maar heeft een grote impact op alle betrokkenen. Niet in de laatste plaats doordat er iatrogene schade bij kan optreden. In Nederland loopt 1 tot 5 op de 1000 kinderen bij de geboorte schade op aan de plexus brachialis.

### Een wereld te ontdekken

In dit artikel hoop ik iets te kunnen verwoorden over hoe wij de fysiologie blijvend beïnvloeden met onze aanwezigheid – en daarmee een complicatie als schouderdystocie laten verworden tot self-fulfilling prophecy. Ik heb het idee dat hierin verandering nodig én mogelijk is. Dat er een wereld te ontdekken valt voor vroedvrouwen – een wereld die leidt tot een leukere invulling van ons beroep dan via de gebaande paden – door te reflecteren op de eigen praktijk en anders te kijken naar het proces van de geboorte. Als we wat meer zicht krijgen op onze blinde vlekken aangaande interventies, bekkens en kinderhoofdjes - misschien dat de Erbse parese als geboortetrauma dan zelfs naar de geschiedenisboeken kan.

Ik denk niet dat ik de wijsheid in pacht heb, ik stel in dit artikel vooral vragen. Wat ik hoop te bereiken is dat er discussie op gang komt over hoe een schouderdystocie ontstaat en hoe deze te voorkómen is. Want in veel gevallen is dat volgens mij mogelijk, en mocht er dan toch schouderdystocie ontstaan, hoe kunnen we dan voorkomen dat er blijvende schade optreedt. Misschien krijgt u het gevoel dat ik een paar poten onder uw stoel vandaan zaag. Als u het niet met me eens bent, dan hoop ik dat u met me in gesprek wilt gaan. Ik zou het graag willen horen als er volgens u iets niet klopt.

### Definitie

Wat is precies een schouderdystocie? De enige Neder-

*Rebekka Visser is eerstelijns verloskundige*

<http://vroedvrouwenradicaal-rebekka.blogspot.nl/>

landse richtlijn over dit onderwerp – van de NVOG – zegt: “Er is sprake van een schouderdystocie wanneer na de geboorte van het hoofd en het naar sacraal bewegen hiervan, additionele obstetrische handelingen nodig zijn om de schouders geboren te laten worden. Oorzaak is het uitblijven van rotatie van de borstkas tijdens de uitdrijving waardoor de schoudergordel in voor-achterwaartse stand blijft staan en de voorste schouder verhaakt boven de symfyse. Ook is beschreven dat de achterste schouder door het promontorium kan worden tegengehouden.”<sup>[1]</sup>

### Is het waar?

Dit roept een aantal vragen bij me op. Als moeder en kind het zo ver hebben weten te brengen dat het hoofd geboren is, waarom volgt dan niet ook de rest? Waarom blijft de rotatie van de romp uit? Vanaf welk moment zijn er handelingen nodig? Is het waar dat sacraalwaarts bewegen of aanvullende obstetrische handgrepen nodig zijn?

Ik kan me voorstellen dat er soms veel tijd voorbij gaat voor de baby volledig geboren is. En ook dat dat samenhangt met de schouders die moeten roteren. Maar wat ik me niet goed kan voorstellen, is dat dat in 0,2 tot 3 procent van de geboortes er werkelijk toe zou leiden dat de baby niet zelfstandig geboren wordt.

De reden dat een zorgverlener overgaat tot ‘obstetrische handelingen’ ligt denk ik in de angst voor tijdgebrek. We

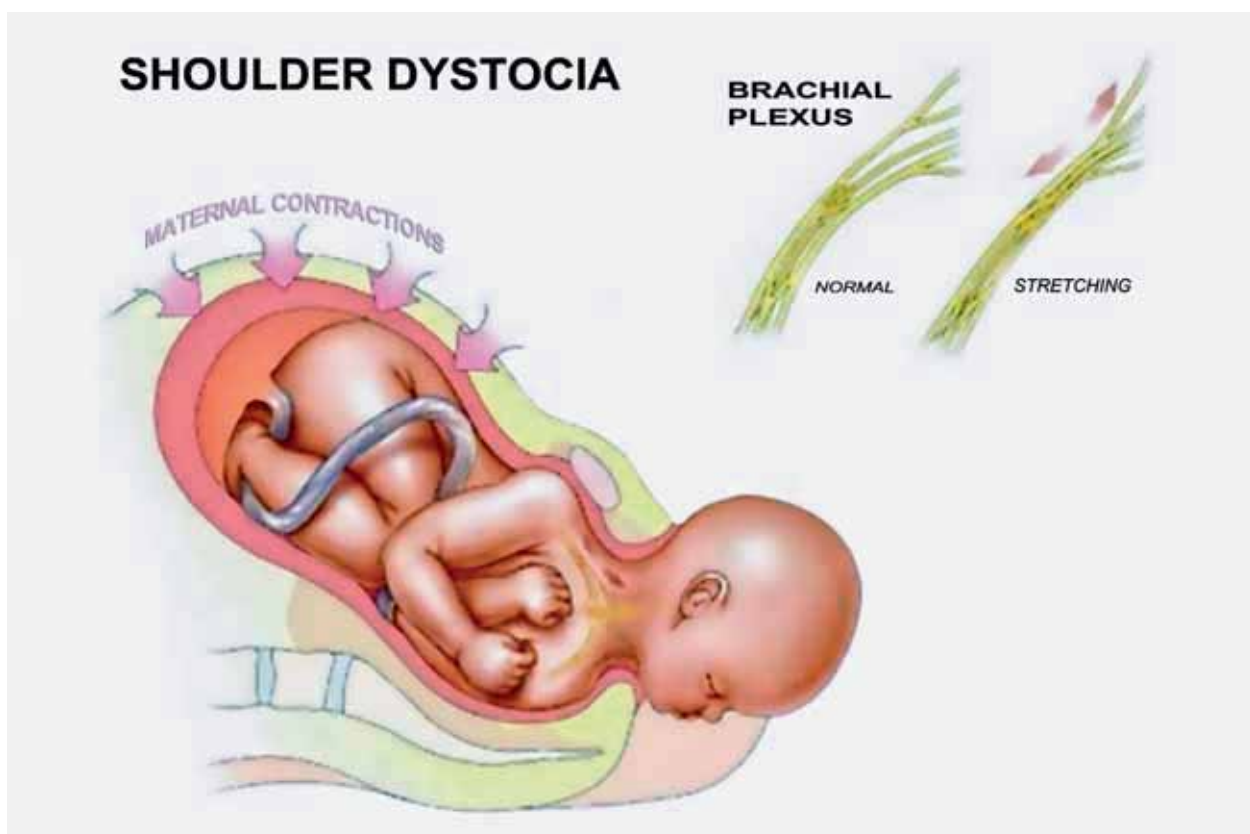
gaan ervan uit dat het zonder ingrijpen te lang duurt voor de baby helemaal geboren is, waardoor de baby asfyctisch kan worden of zelfs sterft. We weten niet hoeveel tijd we hebben voordat zich grote problemen voordoen: één, vier, tien minuten?<sup>[1-3]</sup> We weten ook niet waar dat vanaf hangt.

Internationaal is er wel een behoorlijk verschil in perceptie hoeveel tijd we precies hebben om een kind geboren te laten worden. Er is een verschil in incidentie van schouderdystocie per land<sup>[2]</sup>. Ook zijn er op YouTube talloze filmpjes vinden waarop de (meestal Amerikaanse) ob/gyns of verloskundigen – direct als het hoofdje geboren is – starten met ontwikkelen, alsof ze geen tijd te verliezen hebben. Maar er zijn er ook waarin er rustig twee weeën afgewacht wordt voor de neiging ontstaat te interveniëren, in Groot-Brittannië bijvoorbeeld.

Ik stel een andere definitie voor, voor eigen gebruik: “Er is sprake van schouderdystocie wanneer, na de geboorte van het hoofd, naar het inzicht van de aanwezige zorgverlener te veel tijd voorbij gaat voordat het lijfje geboren wordt, waarbij deze overgaat tot additionele obstetrische handelingen.”

### Observeren

Stel dat sacraalwaarts bewegen of aanvullende obstetrische handgrepen NIET (altijd) nodig zijn? Die vraag is lastig te onderzoeken. We zijn zo bang voor en overtuigd van de



gevolgen, dat we die vraag niet eens meer durven te stellen. Maar als u bereid bent om als zorgverlener structureel 'hands-off' te werken (en dat betekent letterlijk dat u uw handen thuis houdt) dan heeft u de kans om te observeren dat het hoofd beweegt zoals het lijfje volgt. Misschien is dat inderdaad sacraalwaarts, wanneer de voorste schouder eerst komt. Maar net zo vaak zou dat recht naar beneden of symfysewaarts kunnen zijn, omdat de achterste schouder eerst komt.

En gedurende de hele geboorte werken het lijf van de vrouw en de baby intensief met elkaar samen. Als u een vrouw, bij wie de baby daadwerkelijk 'onderweg' is op haar billen kijkt kunt u zien dat haar sacrum er totaal anders uitziet dan als ze niet aan het baren is. Daar waar haar billen normaliter dicht bij elkaar zitten, ook als ze knielt, is nu een 'wig' te zien. Het is alsof haar sacrum naar buiten toe buigt en verbreed is. Dit is de plek waar de onmisbare ruimte ontstaat. Soms lijkt het haast alsof de hele baby daar al helemaal naartoe zakt, voor deze 'naar buiten' komt. En hoe groter een baby is, hoe meer tijd dit vaak nodig heeft.

Tijdens mijn opleiding heb ik hier niets over geleerd. Maar sinds ik er over hoorde en het met eigen ogen ging zien, is de schrik over onze 'kennis' me wél om het hart geslagen. Een vrouw laten liggen op dit functionele deel van haar barendende lijf? En dan kijken hoe ze het ervan afbrengt?

In 2011 beviel 85% van de Nederlandse vrouwen op de rug<sup>[4]</sup>, de meest ongunstige houding die er maar is. Een houding waarin een vrouw totaal afhankelijk is van de omstanders. Waarin ze vaak minder goed haar persdrang voelt. Waarin ze heel weinig controle heeft over haar eigen lijf, maar ook over de omstanders. Waarin ze, zéker als het hoofd er al is, zichzelf nauwelijks zelfstandig kan bewegen, laat staan dat ze een actieve rol kan spelen in het baren van haar kind. Waarin de 'bocht' die een baby moet maken, onder de symfyse door (jawel, precies de plek waar de schouders achter blijven 'hangen'), geheel tegen de zwaartekracht in moet.

Ze kan alleen nog commando's krijgen: persen, nog meer persen! Ze kan haar benen maximaal uit elkaar trekken - en dat is het dan. En zo wordt de geboorte van een kind, als de schouders iets langer op zich laten wachten, een strijd. Een strijd van de zorgverlener om een levende baby, met als obstakel: de barendende vrouw.

### Zorgverlener als risicofactor

Ik kan mezelf nog geregeld voor m'n kop slaan dat ik in deze positie kinderen naar buiten heb gewrikt. Maar het heeft me geholpen om te begrijpen dat ik deel ben van een cultuur. We doen dingen omdat we dat zo geleerd hebben. Dingen zijn 'waar', omdat we geleerd hebben

dat ze 'waar' zijn. Wij zorgverleners hebben allemaal aangeleerd gekregen dat wij het stuur moeten pakken. We wéten allemaal weliswaar dat de rugligging een interventie is die geen voordelen heeft voor moeder en kind. Maar die rugligging heeft wel veel voordelen als het gaat om onze functie van verantwoordelijke/regiehebbende. Wij zijn ermee opgeleid, wij zien vrijwel niets anders, wij voelen ons ermee vertrouwd. Maar daarmee



hebben we een potentieel onveilige manier van bevallen (er is er maar één nog onhandiger) tot norm verheven. Welke gevolgen heeft dat? In de richtlijn over schouderdystocie wordt geen woord gewijd aan de zorgverlener als risicofactor, maar alleen aan zaken die mogelijk een schouderdystocie kunnen voorspellen en die eigenlijk vooral gaan over de moeder en het kind.

Als u vrouwen op hun rug legt tijdens de uitdrijving, als u gaat timen bij geboorte van het hoofd en doorpakt om de schouders direct daarna geboren te laten worden, dan doorbreekt u het fysiologisch proces. Ja, wie weet hebt u dan een ramp voorkómen - maar hoe kunt u zeker weten dat u met uw handelen er niet ook minstens zo veel hebt veroorzaakt?

### latrogene schade

Een van die risico's is schade bij de baby aan de plexus brachialis, met name de Erbse parese. Er zijn mensen die beweren, dat een Erbse parese een geboortetrauma is dat ook spontaan kan ontstaan, dus zonder toedoen van een zorgverlener. Geloof u het? Ik absoluut niet.

In de NVOG-richtlijn worden argumenten genoemd die de theorie dat een Erbse parese spontaan kan ontstaan zouden ondersteunen. Allereerst omdat bij 50% van de Erbse parestes géén schouderdystocie gerapporteerd wordt. Terwijl het net zo goed zou kunnen zijn dat er door sommige zorgverleners vrij standaard zó hard getrokken wordt, dat ze een kind een Erbse trekken zonder dat er sprake was van een situatie die ze als 'schouder-

dystocie' omschrijven. De lijn tussen 'ontwikkelen' en 'trekken' is soms maar dun.

Vervolgens wordt de mogelijkheid opengelaten dat plexusschade door alleen de 'maternale uitdrijvende kracht' kan ontstaan. Alsof je een Erbse ook kunt 'duwen'. Ik wil graag de eerste Erbse parese gerapporteerd zien na een baring waarbij de baby door niemand werd aangeraakt behalve door z'n eigen moeder. En tenslotte, omdat er ook bij een keizersnede een Erbse kan ontstaan. Ja, hoe zou dat toch kunnen (zie foto op blz 67)?

Hoe zijn we ooit op het idee gekomen dat een babyhoofdje bruikbaar is om mee te manoeuvreren tijdens de baring? Wanneer ik bij een kraamvisite een kind aan het hoofd uit zijn bedje zou trekken was het snel gedaan met mijn carrière! Als het mogelijk is om de incidentie omlaag te brengen moeten we ophouden er omheen te draaien; een Erbse, die trék je. Het is iatrogene schade.

Dus: áls u denkt dat u moet ingrijpen, áls de moeder het zelf niet oplost – en u zou de situatie een schouderdystocie willen noemen – gebruik het hoofd van een baby dan in ieder geval niet bij uw handelingen om de situatie op te lossen. Het is geen handvat. Ook niet een klein beetje. Punt.

### Veranderen

Ik heb nooit een moment vrees meer gekend voor schouderdystocie sinds ik me bewust ben dat het verantwoordelijke gevoel en die continue neiging om te sturen, totaal niet berust op enige evidence. Hoe de neiging om de regie te pakken louter berust op culturele gebruiken. Niet alle baringen gaan goed en soms moet er worden ingegrepen. Maar de manier waarop we nu aanleren om een schouderdystocie op te lossen en datzelfde ook weer anderen aanleren, dat moet veranderen.

Wat zou er gebeuren als u bij een baring het uitgangspunt neemt dat een vrouw de oplossing bezit? En dat ze in verreweg de meeste gevallen volledig is toegerust om een probleem op te lossen? Net als bij alle andere functies van haar lichaam? Wat zou er gebeuren als u als uitgangspunt neemt dat dit niet alleen 'empowering' is, maar ook simpelweg veilig? (Net als bij alle andere functies van haar lichaam?...). Ik wil niet beweren, dat u elke schouderdystocie kunt voorkómen als alle vrouwen voortaan in vrije houding zouden bevallen. Maar vrouwen zijn geen hulpbehoevende wezens en zijn bepaald geen leek als het gaat over hun eigen lichaam. Zij kunnen instinctief precies weten wat ze moeten doen, als ze er de ruimte voor kunnen nemen.

### Een paar tips als toetje

1. Wacht. Als er nog een mogelijkheid is om niets te doen – doe dan niets. Wacht in elk geval op de volgende wee (tenzij de geboorte van het hoofd voorafgegaan is door een cascade aan interventies). En wacht tot de barende om uw hulp vraagt. Een tip voor de barende: als het hoofdje geboren is en het lijfje volgt niet, volg dan uw impuls. Bewéég. Als u zit of knielt, ga dan staan. Als u staat, hurk dan diep. Hier is tijd voor.
2. Oefen dit wachten, want we zijn dat niet gewend. Er zijn uiterst educatieve filmbeelden te vinden over wat ik bedoel. Type 'Jaimes birth' in op YouTube, deze video is een absolute 'must'.
3. Kom niet aan het hoofdje van de baby. De ruimte waar u moet zijn is de sacraalholte. Als u tip 1 toepast, is de kans erg klein dat u daar ooit komt.
4. Durf eerlijk te zijn over angst. Angst is de slechtste raadgever die er is en een besmettelijke emotie.
5. Denk na over het effect van uw aanwezigheid, die het proces blijvend beïnvloedt.
6. Wissel van gedachten met collega's over dit onderwerp. ■

### Referenties

1. NVOG. Richtlijn Schouderdystocie. Utrecht 2008.
2. Stallings SP, Edwards RK, Johnson JW. Correlation of head-to-body delivery intervals in shoulder dystocia and umbilical artery acidosis. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:268-74.
3. RCOG. Green-top Guideline no. 42. Shoulder Dystocia. 2012. Beschikbaar via <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/>. Geraadpleegd 13 januari 2014.
4. Klomp T. De cliënt: beleving van zwangerschap, bevalling en kraamtijd. In: Spelten E, Klomp T, Manniën J. (eds). *Deliver-studie 2008-2011. Nationale studie naar de eerstelijns verloskunde*. Amsterdam: Verloskunde Academie Amsterdam Groningen; 2011: p9-12.

### Stelling:

Het Hippocratische uitgangspunt "primum non nocere" (zorg niet te schaden) is nog steeds van toepassing bij de keuze tussen interveniëren en afwachten.

*Esteriek de Miranda, 2007*