

Baringshoudingen tijdens de uitdrijving

Opvattingen van eerstelijns verloskundigen

Ank de Jonge, Doreth A.M. Teunissen, Mariet Th van Diem, Peer L.H. Scheepers en Antoine L.M. Lagro-Janssen

Inleiding

Routinematig gebruik van de rugligging kan beschouwd worden als een interventie in het normale verloop van de baring die in de westerse wereld geïntroduceerd is zonder wetenschappelijke onderbouwing van de voordelen boven andere houdingen^[1,2,3]. Vrouwen verwachten van verloskundigen dat zij professioneel advies geven over het gebruik van baringshoudingen. Dit advies heeft een grotere invloed dan hun eigen voorkeur^[4]. Verloskundigen maken de uiteindelijke beslissing over de keuze van de baringshouding^[5]. Gezien de grote invloed van de verloskundige, is het belangrijk om er achter te komen wat verloskundigen vinden van dit zorgaspect. Anderen brengen naar voren dat de wisselwerking tussen verloskundige en cliënt in het kiezen van een baringshouding nog verder onderzoek behoeft^[6,7].

Achtergrond

Het beperkte onderzoek dat gedaan is naar de opvattingen van verloskundigen over baringshoudingen, is voornamelijk uitgevoerd met vragenlijstonderzoek^[6,8,9]. In een studie van Coppen^[9] werd een tweedeling gezien tussen verloskundigen. Diegenen die een voorkeur hadden voor een verticale houding waren meer geneigd om comfort te bieden aan vrouwen en hen controle te geven over hun lichaam. Daarentegen waren diegenen, die een liggende houding prefereerden, meer bezig met hun eigen comfort en het belang van controle over de baring. De auteur stelde het geven van controle aan vrouwen gelijk aan het aanmoedigen tot het gebruik van andere houdingen dan de rugligging. Echter, vooralsnog is wetenschappelijk niet aangetoond dat één bepaalde houding beter is dan de andere^[4,10,11].

In kwantitatieve studies hebben vrouwen aangegeven dat zij een voorkeur hebben voor andere baringshoudingen

dan de rugligging. Deze houdingen resulteerden in een grotere tevredenheid en minder pijn^[12,13,14]. Door methodologische beperkingen dienen deze resultaten echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Wij lieten in ons kwalitatieve onderzoek zien dat vrouwen verschillen in hun ervaringen. Sommigen geven de voorkeur aan de rugligging, anderen aan een verticale houding of zijligging^[4]. Sommige auteurs bevelen aan om vrouwen aan te moedigen de positie te kiezen die het meest prettig voor hen is^[11,14,15,16]. Walsh stelt dat een dergelijk advies een 'zachte benadering' is, die onvoldoende in staat is de medicalisering van baringshoudingen te verminderen^[3]. Hij pleit ervoor vrouwen te informeren over de nadelen van liggende houdingen.

Vrouwen hebben inderdaad informatie nodig om in staat te zijn keuzes te maken^[4,17]. Maar zelfs wanneer vrouwen goed geïnformeerd zijn, kunnen zij de voorkeur geven aan de rugligging. Verloskundigen die een baring zo fysiologisch mogelijk willen laten verlopen kunnen hier moeite mee hebben^[18].

Hoe kunnen verloskundigen vrouwen werkelijk keuzes bieden in een samenleving waar rugligging gebruikelijk is? Als vrouwen kiezen voor een rugligging, kan beredeneerd worden dat zij dat doen omdat de cultuur waarin zij leven hen het idee ingeeft dat dit 'normaal' is. Als we ze aanmoedigen andere houdingen te kiezen, zoals sommige auteurs bepleiten^[3,7], negeren we het feit dat sommigen de rugligging verkiezen, ook al zijn ze goed op de hoogte van andere opties. Thachuk's onderscheid tussen 'informed consent' en 'informed choice' kan behulpzaam zijn bij het begrijpen van deze situatie.

'Informed consent' versus 'informed choice'

Thachuk onderscheidt twee modellen die verschillen in de definitie van autonomie van vrouwen en daarmee in de manier waarop vrouwen zijn betrokken bij het nemen van beslissingen tijdens de baring^[19]: het medische model van 'informed consent' en het 'midwifery model' van 'informed choice'. Deze modellen zijn niet statisch en individuele verloskundigen en gynaecologen handelen binnen een continuüm tussen deze twee modellen. Het medische model van informed consent, of geïnformeerde toestemming, is gebaseerd op het recht op relevante informatie en een onderbouwde en niet-gedwongen toestemming. De vrouw is een passieve ontvanger van de

Dr. Ank de Jonge is verloskundig onderzoeker, Universitair Medisch Centrum Nijmegen en TNO Kwaliteit van Leven, Leiden;
Dr. Doreth A.M. Teunissen, Universitair Medisch Centrum Nijmegen;
Mariet Th van Diem MSc, verloskundig onderzoeker, Universitair Medisch Centrum Groningen;
Prod. dr. Peer L.H. Scheepers, Radboud Universiteit Nijmegen en prof. dr. Antoine L.M. Lagro-Janssen, Universitair Medisch Centrum Nijmegen.
Vertaling: Kristel Zeeman

informatie en keuzeopties die de professional geeft. Hoewel de vrouw de mogelijkheid heeft om zich terug te trekken van bepaalde procedures, wordt het meestal niet getolereerd als ze weigert mee te werken^[19,20]. In het verloskundig model van informed choice verschuift de macht naar de vrouw als degene die primair de keuzes maakt. Zij heeft het recht actief te kiezen voor bepaalde procedures en kan zelf opties aandragen. Het model benadrukt het relationele aspect van autonomie en zowel de verloskundige als de vrouw nemen actief deel aan het proces van geïnformeerde keuze. De verloskundige geeft informatie die is afgestemd op de individuele situatie van de vrouw, inclusief haar waarden, doelen en overtuigingen. Vrouwen worden aangemoedigd om mee te werken aan hun eigen zorgplan.

Gebaseerd op de literatuur, onderzochten wij de hypothese dat verloskundigen vrouwen ofwel informed consent ofwel informed choice laten hebben in baringshoudingen tijdens de bevalling. Met informed consent bedoelen we dat de verloskundige bepaalt welke informatie zij geeft over houdingen en dat zij vrouwen impliciet of expliciet laat instemmen met haar eigen voorkeur. Met informed choice bedoelen we dat de verloskundige onderzoekt hoe vrouwen denken over baringshoudingen, hen actief passende informatie geeft over verschillende houdingsmogelijkheden en hen assisteert bij het maken van hun eigen keuzes.

Het onderzoek

Doel

Het doel van deze studie was het verkennen van de opvattingen van verloskundigen over baringshoudingen van vrouwen tijdens de uitdrijving.

Opzet

We deden een focusgroeponderzoek, omdat we de groepsdynamiek wilden gebruiken ter stimulering van de discussie en om ideeën te genereren om het onderwerp baringshoudingen uit te diepen^[21]. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen en om minder assertieve deelnemers te stimuleren, benadrukten we dat we niet geloven in goede of slechte baringshoudingen en dat de deelnemers ons zouden helpen, wanneer zij zo open mogelijk hun mening zouden geven.

Deelnemers

Er werd een doelgerichte steekproef van eerstelijns verloskundigen geselecteerd. Zij werden uitgenodigd deel te nemen in het onderzoek via verloskundige kringen in half verstedelijkte, verstedelijkte en plattelandsgebieden uit verschillende delen van het land. In elke focusgroep includeerden we verloskundigen uit meerdere praktijken. Praktijken bestonden uit één tot zes verloskundigen en

een tot drie verloskundigen namen deel aan het onderzoek. De gedachte was dat dit meer ideeën naar voren zou brengen door de uitwisseling van verschillende manieren om met baringshoudingen om te gaan. Sommige verloskundigen kenden de interviewers.

Dataverzameling

Het onderzoek vond plaats van mei 2006 tot maart 2007. De focusgroepinterviews werden gehouden in praktijkruimtes of bij verloskundigen thuis en duurden anderhalf tot twee uur. Voorafgaand aan elk interview kregen de deelnemers een korte vragenlijst toegestuurd voor het verzamelen van individuele en praktijkgegevens. Twee verloskundige onderzoekers (AJ en MB) leidden de meeste focusgroepen en waren afwisselend gespreksleider en assistent. In een focusgroep was een onderzoekspsycholoog (SP) de assistent. De assistent maakte notities en observeerde non-verbale communicatie. Na afloop van elk focusgroepinterview bespraken de twee interviewers hun indrukken. Deze observationele data werden gebruikt in de continue analyse. Een lijst met gespreksonderwerpen werd ontworpen, gebaseerd op bestaande kennis over het onderwerp en op bevindingen van ons eerdere interviewonderzoek. De voornaamste onderwerpen waren: ervaring van verloskundigen met baringshoudingen, de informatie die zij geven over houdingen, factoren die het gebruik van verschillende houdingen beïnvloeden en de kennis en vaardigheden in het begeleiden van verschillende houdingen.

Ethische overwegingen

In Nederland is toestemming van een medisch-ethische commissie niet nodig voor dit type onderzoek. Verloskundigen in elke focusgroep gaven hun toestemming voor geluidsopnamen van het interview. Zij werden verzekerd van de vertrouwelijke behandeling van de onderzoeksgegevens. De deelnemers ontvingen een cadeau-bon van twintig euro als dank voor hun medewerking.

Data-analyse

Alle interviews werden uitgeschreven in een zogenaamd transcript. Bij de analyse werd gebruik gemaakt van het softwareprogramma Kwalitan 5.0. Een onderzoeker die de interviews afnam (AJ) en een tweede onderzoeker (DT) analyseerden de transcripten onafhankelijk van elkaar. De tweede onderzoeker was een huisarts met recente ervaring in de eerstelijns verloskunde. Eerst werden codes toegekend aan fragmenten van de transcripten. De twee onderzoekers vergeleken deze en bereikten consensus over de te gebruiken verzameling codes. Toen meer data beschikbaar kwamen, werden deze vergeleken met de bestaande codes. Zo nodig werden codes aangepast. De codes werden gegroepeerd in categorieën, welke vervolgens werden gebruikt voor het

ontwikkelen van een meer algemeen analytisch kader. Voor een goede validiteit vergeleken we constant alle datafragmenten met onze hypothese dat verloskundigen vrouwen ofwel informed consent ofwel informed choice laten hebben in baringshoudingen tijdens de bevalling^[22].

Tabel 1: Karakteristieken van verloskundigen
(6 groepen met totaal 31 verloskundigen)

	steekproef n (%)**	Nederlandse verloskundigen* (%)**
leeftijd		
< 25 jaar	5 (16)	(9)
25 - 39 jaar	17 (55)	(53)
40 – 54 jaar	6 (19)	(31)
≥ 55 jaar	3 (10)	(8)
Plaats van opleiding		
Amsterdam/ Groningen	10 (32)	(27)
Rotterdam	5 (16)	(28)
Limburg	9 (29)	(27)
Buitenland	7 (23)	(18)
Type praktijk		
solo	2 (7)	(5)
duo	2 (7)	(11)
groep	25 (87)	(84)
waarnemer	2	
Praktijkpopulatie, urbanisatie***		
stad	15 (54)	
buitenwijk/kleine stad	3 (11)	
platteland	3 (11)	
combinatie	7 (25)	
Andere houdingen dan rugligging		
baarkruk	26 (84)	
bad	11 (35)	
zijligging	24 (77)	
anders	25 (81)	
Hoeveel van de laatste 10 bevallingen in rugligging?		
< 5	9 (29)	
5 - 7	8 (26)	
8 - 8	6 (19)	
10	8 (26)	

* Muysken, J., Kenens, R.J. & Hingstman, L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen – peiling 2006, Nivel 2006

** Percentages kunnen niet kloppend zijn door afrondingsfout

*** Geen praktijkgegevens beschikbaar voor waarnemers en van 1 verloskundige missen gegevens

Gedurende de analyse voegden wij aspecten toe aan deze hypothese, zoals: zelfs wanneer verloskundigen informed choice aanbieden, moeten zij wel aanwijzingen geven als vrouwen dat nodig hebben of als dat nodig is om obstetrische redenen.

Tijdens het proces werden memo's geschreven om de analyse te ondersteunen. Bijvoorbeeld: wij realiseerden ons dat het in de transcripten niet altijd duidelijk was of verloskundigen spraken over baringshoudingen tijdens de ontsluiting, de uitdrijving of het moment van geboorte. Toen wij hen om verduidelijking vroegen, kwamen wij er achter dat sommigen verticale houdingen gebruikten tijdens de ontsluiting en uitdrijving, maar dat zij de vrouwen vroegen te gaan liggen op het moment van geboorte.

Bevindingen

Er werden zes focusgroepen gehouden, met vier tot zes verloskundigen in een groep en een totaal van 31 vrouwelijke deelnemers (tabel 1). Na zes interviews was saturatie van de data bereikt. Geen nieuwe thema's kwamen naar voren tijdens het laatste interview.

De steekproef bestond uit verloskundigen van verschillende leeftijd en opleidingsniveau, die werkten in praktijken van één tot zes verloskundigen. Hen werd gevraagd op te schrijven in welke houding vrouwen bevallen waren bij de laatste tien bevallingen die zij hadden begeleid. Het aantal vrouwen in rugligging op bed varieerde van 2-10, hoewel alle verloskundigen aangaven dat zij zowel rugligging als andere houdingen gebruikten. Alle verloskundigen behalve vijf gebruikten de baarkruk, wat de meest gebruikte verticale houding is in Nederland^[23]. De belangrijkste thema's die naar voren kwamen bij de analyse worden hieronder besproken. Citaten worden gebruikt om de thema's te illustreren. Codes in de tekst moeten als volgt worden gelezen: Px=nummer van deelnemer x, I=interviewer, []=uitleg van de auteurs, [...] =weggelaten tekst.

Informed choice versus informed consent

Uitgaande van Thachuk's zorgmodellen waren aspecten van informed consent terug te vinden in het gedrag van de meeste verloskundigen. Sommige verloskundigen informeerden vrouwen over houdingsopties tijdens een informatieavond, maar meestal kregen vrouwen alleen informatie als ze daar zelf om vroegen. De meeste verloskundigen hadden een voorkeur voor het gebruik van óf de rugligging óf een verticale baringshouding. Degenen die de voorkeur gaven aan verticale houding, gebruikten meestal de baarkruk, hoewel ook andere verticale houdingen werden genoemd. Een aantal verloskundigen bevestigde dat de rugligging erg gebruikelijk is. Sommigen gaven echter aan dat de baarkruk in het verleden sterk werd aanbevolen. In hun visie was dit niet

altijd in het voordeel van de vrouwen:

"...en hele hordes moesten toen op die baarkruk, en dan lukte dat niet. Nou, dan vonden mensen dat echt verschrikkelijk. Nou, dat was toen zo'n beetje de boodschap: als je dat nou maar doet..., Dan gaat het gewoon goed; en dat is er wel een beetje af hoor..."

Vrouwen bevielen vaak in de houding die de verloskundige prefereerde. De deelnemers waren zich erg bewust van hun invloed en sommigen waren daar niet altijd gelukkig mee:

"Nou ja waar wij het ook wel in de maatschap over gehad hebben wat wij met zijn tweeën wel sterk merkten. Ik geef wel heel erg graag de voorkeur aan de kruk.

En dat je soms ook wel eens merkt: juist JOUW voorkeur voor een baringshouding is eigenlijk wel heel erg bepalend. I: hum ja.

En dat we dat soms ook wel heel erg lastig vinden, want eh, ik kan die mevrouw op de kruk krijgen, want ik krijg ze er heel vaak op, maar ik kan ze er ook heel gemakkelijk van af krijgen; want eh, als ik nu denk: ik heb nu een zere rug, dan krijg ik ze er ook zo weer af.

Dus dat je zelf heel makkelijk eigenlijk ook wel kan sturen in dingen en eh...s dat ik dat soms ook wel heel lastig vind."

Slechts een verloskundige zei dat ze routinematig baringshouding besprak tijdens het spreekuur. Hoewel de meeste deelnemers vrouwen niet actief een geïnformeerde keuze aanboden, merkten enkelen op dat zij een vrouw probeerden te helpen de houding te vinden die het beste bij haar paste. Zij gingen mee in de houdingen die vrouwen zelf aannamen, tenzij die erg ongemakkelijk leken of tenzij er obstetrische factoren waren die een verandering van houding noodzakelijk maakten:

"Ja, dat je zoveel mogelijk aansluit bij wat iemand kan, wat iemand wil, wat iemand wenst... Nou..., en dan moet je jezelf soms in allerlei bochten wringen, letterlijk en figuurlijk..."

I: en zie je dan dat mensen zelf houdingen uitproberen? Ja natuurlijk, zo tref je ze aan als je komt, ja, en je laat dat zoveel mogelijk bestaan, tenzij wat jij [tegen een andere deelnemer] zei, er verloskundig gezien iets nodig is, of dat het inefficiënt is ..., of zelfs af te raden is."

Gebaseerd op deze bevindingen voegden we een aspect toe aan onze definitie van informed choice. Informed choice werd gedefinieerd als het actief bieden van een keuze aan vrouwen over baringshoudingen, maar leiding nemen als dat verloskundig gezien geïndiceerd is, bijvoorbeeld bij niet vorderende uitdrijving of als vrouwen zelf geen keuze kunnen of willen maken.

De meeste verloskundigen lieten zien dat zij startten met het informed consent model, maar dat zij erg gemakkelijk overgingen tot het geven van informed choice als vrouwen specifieke wensen uitten over baringshoudingen. De deelnemers in dit onderzoek waren bereid ver te gaan om tegemoet te komen aan de wensen van vrouwen om te bevallen in een bepaalde houding. Sommigen vertelden over collega's die minder flexibel waren en die geen andere houdingen dan de rugligging wilden gebruiken. Een aantal verloskundigen in dit onderzoek zei dat zij bepaalde houdingen niet zouden gebruiken, ook als vrouwen hen er om zouden vragen. Een badbevalling werd het vaakst genoemd als iets wat verloskundigen niet zouden aanbieden:

"Ja, eigenlijk heb ik weinig goede ervaringen met badbevallingen. Ik heb er een paar meegemaakt in Groot-Brittannië en ik vind het echt helemaal niks ... je kunt er niet goed bij en soms ... ik vind het vies en ik weet niet goed wat ik ervan moet denken maar ik vind het ook zo onnatuurlijk ..."

Verloskundigen lieten zien dat zij handelen in een continuüm tussen het informed consent en informed choice model. Voor de duidelijkheid bespreken we deze benaderingen alsof het twee verschillende eenheden zijn.

Factoren gerelateerd aan het informed consent model

De baringshoudingen die de verloskundigen prefereerden was afhankelijk van de ervaring die zij met de verschillende houdingen hadden opgedaan tijdens hun opleiding en loopbaan, hun kennis en vaardigheden, welke routines zij hadden ontwikkeld en de mate van ervaring als verloskundige. Velen hadden beperkte ervaring met andere houdingen dan de rugligging en als zij die hadden, dan was dat voornamelijk met de baarkruk:

P1: en toen zag ik het [all fours positie op een patiëntenvideo] maar na die tijd heb ik eigenlijk niemand ..ja... met een schouderdystocie... maar anders nooit iemand op eh handen en knieën gezet... terwijl het eigenlijk een heel goede houding is.

P2: ja

P1: maar dat komt omdat mensen er zelf niet mee komen

P3: maar het zit er bij mij gewoon niet in, omdat ik er niet vertrouwd mee ben.

Sommige verloskundigen zeiden dat de focusgroepdiscussie hen had gemotiveerd in de toekomst om andere houdingen dan de rugligging te proberen. Persoonlijke eigenschappen die de voorkeuren van

deelnemers beïnvloedden, waren: de mate waarin zij zich conformeerden aan een medisch zorgmodel waarin rugligging de norm is, welke houdingen zij 'natuurlijk' achtten, hun zelfvertrouwen in het uitproberen van nieuwe vaardigheden en hun eigen bevallingservaring. Arbeidsomstandigheden bleken erg belangrijk voor het kiezen van informed consent boven informed choice.

Arbeidsomstandigheden

Verloskundigen waren meer geneigd tot het informed consent model wanneer zij bezorgd waren over hun eigen comfort of over het gemak van het uitvoeren van verloskundige procedures. Echter, in alle groepen zeiden deelnemers dat zij bereid waren concessies te doen aan hun eigen comfort als een vrouw een sterke voorkeur had voor een bepaalde houding:

“Maar ik zeg altijd dat het arbotecnisch niet verantwoord is, maar ik doe echt veel krukbevallingen en ik merk dat het niet zo geweldig is voor mijn eigen rug. Maar dat is ondergeschikt aan het belang van de mensen zelf op dat moment.”

Sommige verloskundigen wilden vrouwen niet vertellen dat ze moeite hadden met de begeleiding in bepaalde houdingen, bijvoorbeeld omdat ze zelf zwanger waren. Sommigen gebruikten trucs om vrouwen op het bed te laten bevallen, bijvoorbeeld door hen te vragen te gaan liggen voor een vaginaal toucher vlak voor de geboorte. In de meeste groepen vertelden deelnemers dat zij een episiotomie of een toucher bij voorkeur uitvoerden in rugligging, wat erin resulteert dat vrouwen verder op hun rug bevallen. In vijf groepen zeiden sommige verloskundigen dat zij vrouwen op hun rug lieten liggen voor de werkelijke geboorte, zelfs wanneer zij hadden geperst in andere houdingen. Dit om een beter zicht te hebben op het perineum of omdat het gemakkelijker was de bevalling te begeleiden in die houding. Sommigen waren daartoe eerder geneigd als zij problemen verwachtten, zoals bloedverlies of een kind in slechte conditie, waarmee zij gemakkelijker konden omgaan als de vrouw op haar rug lag. Sommigen begeleidden geen badbevalling uit angst voor schouderdystocie of bloedverlies. Veel verloskundigen gaven aan dat bepaalde hulpmiddelen, zoals een bevallingsbad, niet gebruiksvriendelijk zijn. Zij improviseren om hun eigen arbeidsomstandigheden te verbeteren. Zo gebruikte iemand een klein krukje om het begeleiden van een krukbevalling te vergemakkelijken.

Factoren gerelateerd aan het geven van informed choice

Deelnemers lieten veel soorten gedrag zien dat geclassificeerd kan worden als het geven van informed choice aan

vrouwen, bijvoorbeeld: informatie geven over houdingsopties, de wensen van vrouwen laten prevaleren boven die van henzelf, vrouwen aanmoedigen hun eigen lichaam te vertrouwen in het vinden van houdingen die het meest comfortabel zijn en bereid zijn houdingen te proberen die vrouwen willen gebruiken. Verloskundigen zeiden dat niet alle vrouwen evenveel geneigd zijn hun eigen baringshoudingen kiezen. Volgens hen waren zij daartoe meer geneigd wanneer zij actief op zoek gingen naar informatie over de bevalling, controle hadden over hun bevalling, vertrouwen hadden in hun eigen lichaam en zich niet schaamden voor minder gebruikelijke houdingen. Deelnemers gaven aan dat de eigenschappen van een vrouw haar voorkeur voor baringshoudingen beïnvloedden. Vrouwen in de stad en hoger opgeleide vrouwen waren zich meer bewust van de houdingsopties. Een goede of juist slechte ervaring met bepaalde houdingen tijdens een eerdere bevalling had consequenties voor de keuze bij een volgende bevalling. Veel verloskundigen merkten op dat het hebben van een keus in baringshouding belangrijker is bij een eerste dan bij een volgende bevalling. Dit omdat de duur van de uitdrijving meestal langer is en daardoor een grotere invloed heeft op de bevallingservaring. Volgens de verloskundigen komen sommige allochtone vrouwen uit landen waar verticale baringshoudingen nog steeds veel voorkomen, zoals het platteland van West-Afrika. Echter, zij hadden het gevoel dat de rugligging in veel landen de norm is, zoals Turkije en Marokko en dat vrouwen uit die landen bekend zijn met deze houding.

In vier groepen maakten verloskundigen een opmerking over vrouwen die uitgesproken verwachtingen hebben over de bevalling en de houdingen waarin ze willen bevallen. Zij benadrukten dat het belangrijk is om vrouwen erop voor te bereiden dat een bevalling onvoorspelbaar is, dat het anders kan zijn dan zij verwachten en dat de omstandigheden het gebruik van andere houdingen nodig kan maken.

“Maar ik vind ook dat vrouwen er wel eens heftig teleurgesteld in kunnen zijn, dat zij het gevoel kunnen hebben dat ze gefaald hebben als ze erg gefixeerd waren op één ding. En dan kan je zelfs van te voren zeggen, maar ja er kunnen dingen zijn die het toch wat anders doen lopen, ze weten dat ook maar ja... maar dan voelen ze zich daar toch niet heel happy bij”

Er werden veel obstetrische factoren genoemd die de keuzemogelijkheid van vrouwen beperkten.

Verloskundige factoren

Hoewel de meeste verloskundigen bereid waren hun eigen comfort op te offeren om het een vrouw naar de zin te maken, zouden zij de keuze van een vrouw terzijde

schuiven om verloskundige redenen. Veruit de meest genoemde waren: vordering van de baring en pijn, ongemak of rusteloosheid van de vrouw.

Als de baring langzaam vorderde, gebruikten verloskundigen verticale houdingen als interventie:

“Maar weet je, je kunt heel sturend zijn ... en ik vind in principe, ik vind het het leukste als het gebeurt, zoals de vrouw het bedoelt [...] en als er echt geen vordering is, en sommige vrouwen voelen dat zelf ook, zo van ... dit gaat niet goed [...] maar als het echt niet vordert en die vrouw wil niet op de baarkruk, dan kun je haar soms een beetje overrulen, [...] als je het een beetje leuk brengt en met goede motivatie, dan willen ze uiteindelijk wel met je meegaan, als zij zichzelf ertoe zetten ...”

Deze interventie werd ook gebruikt als verloskundigen het gevoel hadden dat een vrouw niet effectief perste. Als de bevalling erg snel verliep, gebruikten ze de liggende houding om de baring meer gecontroleerd te laten verlopen. Pijn, ongemak en rusteloosheid kan een reden voor een vrouw zijn om van houding te wisselen, maar verloskundigen adviseerden vrouwen ook een andere houding aan te nemen als ze het gevoel hadden dat dit comfortabeler voor hen zou kunnen zijn. In alle groepen bespraken verloskundigen dat lang persen op de baarkruk tot oedeem kan leiden en de meeste zouden daarom na een tijdje voorstellen om van houding te wisselen. Andere redenen om van houding te wisselen waren: een ongunstige ligging van het foetale hoofd, abnormale cortonen, een nauwe bekkenuitgang, schouderdystocie of verwacht overmatig bloedverlies, perineumrupturen of foetale nood als gevolg van de baringshouding. Echter, deelnemers waren het niet eens over sommige verloskundige factoren. Sommigen dachten bijvoorbeeld dat een verticale houding zou leiden tot een toename in bloedverlies, terwijl anderen dat niet dachten.

Discussie

Deze studie heeft enkele beperkingen. In onze steekproef zaten geen verloskundigen die pertinent tegen andere houdingen dan de rugligging waren, terwijl werd opgemerkt dat er collega's zijn die dat wel zijn. Ook kan het zijn dat deelnemers sociaal wenselijke commentaar hebben gegeven, omdat zij wisten dat wij geïnteresseerd waren in baringshoudingen. Desondanks werden er in de loop van de focusgroepen veel negatieve opmerkingen gemaakt over andere houdingen dan de rugligging en verschillende deelnemers uitten een voorkeur voor de rugligging. Ook gaf een kwart van de vrouwen aan dat alle tien laatste bevallingen die ze hadden begeleid in rugligging waren. Toch kan enige vertekening zijn opgetreden. Thachuk's modellen van informed consent en informed

choice waren bruikbaar om een onderscheid te maken tussen twee verschillende benaderingen van verloskundigen tegenover baringshoudingen van vrouwen. Onze bevindingen suggereren dat het geven van een geïnformeerde keuze aan vrouwen over baringshoudingen hen kan helpen de meest geschikte houding aan te nemen. In onze analyse kwam naar voren dat informed choice uit meer bestaat dan alleen vrouwen laten kiezen: onze definitie bevat een aspect dat vaak mist in het internationale discours, namelijk de noodzaak van het geven van aanwijzingen door verloskundigen als vrouwen dat nodig hebben of als er verloskundige redenen voor zijn. Op het eerste gezicht komt dit niet overeen met Thachuk's definitie van informed choice, waarin de macht verschuift naar de vrouw. De vrouw kan echter nog steeds de controle over zichzelf hebben wanneer de verloskundige aanwijzingen moet geven.

Veel studies hebben laten zien dat controle tijdens de bevalling geassocieerd is met tevredenheid over de baring, maar het concept 'controle' heeft verschillende aspecten^[24-27]. Green et al^[25] liet zien dat het maken van keuzes slechts één aspect is van controle tijdens de baring. Het gevoel controle te hebben over wat zorgverleners deden was zelfs belangrijker voor vrouwen en was meer gerelateerd aan het soort relatie dat zij met hen hadden. In een eerder focusgroeponderzoek zeiden verloskundigen dat vrouwen wilden dat zij meer de leiding namen naarmate de baring vorderde^[28]. Hoewel de auteurs deze mening in twijfel trokken, liet Anderson^[29] zien dat vrouwen willen dat verloskundigen aanwijzingen geven tijdens de uitdrijving, bijvoorbeeld als ze de controle verliezen. In onze eerdere kwalitatieve studie^[4] verwachtten vrouwen ook van verloskundigen dat zij adviezen gaven over baringshoudingen. Andere onderzoeken hebben aangetoond dat vrouwen graag herinnerd willen worden aan houdingsopties tijdens de bevalling^[30,31].

Verloskundigen in deze studie benadrukten dat vrouwen moeten worden voorbereid op het feit dat het baringsproces grotendeels onvoorspelbaar is. Kitzinger adviseert verloskundigen ook om vrouwen erop voor te bereiden dat “je de baring net zo min onder controle kunt houden als de getijden van de zee” (p65)^[20]. Vrouwen kunnen andere ideeën hebben over houdingen tijdens de bevalling dan ze hadden verwacht. De kracht van de weeën kan bovendien zo overweldigend zijn dat ze niet in staat zijn te beslissen welke houding de beste is. Daarnaast kunnen zich verloskundige indicaties voordoen die een verandering van houding vereisen. Wanneer de voorkeuren van vrouwen besproken worden, moet daarom ook nagedacht worden over onvoorziene omstandigheden^[32], waarbij de verloskundige uitlegt dat zij houdingsopties zal aanraden als ze denkt dat de vrouw hier baat bij zou kunnen hebben. Slechts enkele auteurs noemen verloskundige problemen

als reden voor het wisselen van houding. Verloskundigen in onze studie noemden een reeks verloskundige indicaties, waarvan sommigen wetenschappelijk onderbouwd zijn^[33-36]. Systematische reviews hebben bijvoorbeeld aangetoond dat vrouwen die andere houdingen dan de rugligging gebruiken minder vaak een kunstverlossing nodig hebben^[10,11]. Daarom moeten vrouwen hierover geïnformeerd worden en aangemoedigd worden om andere houdingen dan de rugligging aan te nemen als de baring langzaam vordert^[37].

Andere verloskundige problemen kunnen met simpele middelen worden voorkomen. Veel van onze deelnemers noemden het risico op oedeem door het gebruik van de baarkruk, iets wat anderen ook hebben genoemd^[13,38]. Dit kan worden voorkomen door houdingen af te wisselen of door andere verticale houdingen te suggereren^[38].

Onze deelnemers waren het niet eens over sommige verloskundige factoren en sommigen waren niet zeker van hun relevantie. Bijvoorbeeld of een verticale houding leidt tot veel bloedverlies. Onze recente studie liet een toename zien van het bloedverlies in de zittende houding, waarschijnlijk door oedeem in combinatie met perineumschade^[39]. Scholing van verloskundigen over verschenen onderzoek over baringshoudingen maakt het hen mogelijk vrouwen accurate informatie te geven.

Onbekendheid met andere houdingen dan rugligging was voor de deelnemers een belangrijke reden om ze niet te gebruiken. Dit is in overeenstemming met eerdere bevindingen^[9]. Studenten doen vaak alleen ervaring op in de begeleiding bij rugligging. Wanneer zij zijn afgestudeerd begeleiden zij zelf studenten, die ze ook alleen kennis laten maken met rugliggingen. Onderwijs aan studenten en verloskundigen in benodigde vaardigheden voor de begeleiding bij andere houdingen kan dit veranderen^[3,39].

Er is verbazend weinig geschreven over de invloed van arbeidsomstandigheden van verloskundigen op het gebruik van baringshoudingen, terwijl dit een belangrijke factor bleek in dit onderzoek. Als arbeidsomstandigheden worden genoemd, worden ze niet als belangrijk beschouwd bij de beïnvloeding van baringshoudingen^[2,9]. In een gerandomiseerd onderzoek waren verloskundigen die zorgden voor vrouwen die op een baarkruk bevielen minder tevreden met hun eigen werkhouding dan degenen die de zorg hadden voor vrouwen in rugligging^[13]. In een ander onderzoek werd aan verloskundigen gevraagd of ze een vrouw zouden willen begeleiden in een houding die oncomfortabel was voor hen^[9]. Slechts 5% zei dat ze dat niet zou willen, 58% wilde dat waarschijnlijk en 37% zou dat zeker doen. Dit komt overeen met onze bevinding dat de meeste verloskundigen ver zouden gaan om een

vrouw te laten bevallen in een door haar gekozen houding, zelfs wanneer dat oncomfortabel voor hen zelf zou zijn. Niettemin verdienen de arbeidsomstandigheden van verloskundigen aandacht. In het onderzoek van Coppen was het eigen comfort van de verloskundigen een van de redenen waarom veel van hen een sterke voorkeur hadden voor de halfliggende houding^[9]. Ook de groeiende populariteit van de rugligging in het verleden werd veroorzaakt door het gemak van deze houding voor zorgverleners^[33,40]. Als er geen aandacht is voor dit onderwerp, zullen in de toekomst veel vrouwen verstoken blijven van een keus in baringshoudingen.

Aandacht voor arbeidsomstandigheden kan op verschillende manieren. Ten eerste: het ontwerpen van hulpmiddelen die gebruiksvriendelijker zijn voor de verloskundige, zoals baarkrukken voor op bed. Ten tweede: verloskundigen leren om vrouwen te begeleiden in verschillende houdingen terwijl zij tegelijkertijd op hun rug letten^[9]. Als laatste kunnen op bepaalde momenten sommige houdingen te lastig zijn voor verloskundigen. Verloskundigen met rugpijn of zwangere verloskundigen zullen terughoudender zijn om een bevalling op een kruk of in een bad te begeleiden. Beter dan vrouwen in andere houdingen te moeten manipuleren, kunnen deze beperkingen met vrouwen besproken worden tijdens de zwangerschap: zij kunnen verwezen worden voor zorg in een andere praktijk of kiezen voor alternatieve opties, zoals de *all fours* of de zijligging.

Conclusies

Thachuk's modellen voor informed consent en informed choice waren bruikbaar om een onderscheid te maken tussen twee verschillende benaderingen van verloskundigen met betrekking tot baringshoudingen van vrouwen. Vrouwen een geïnformeerde keuze geven in baringshoudingen kan een goed alternatief zijn om hen ofwel te laten kiezen ofwel aan te moedigen verticale houdingen aan te nemen.

Het geven van informed choice werd gedefinieerd als het actief bieden van een keuze aan vrouwen over baringshoudingen, maar leiding nemen als dat verloskundig gezien geïndiceerd is, bijvoorbeeld bij niet vorderende uitdrijving of als vrouwen zelf geen keuze kunnen of willen maken.

Hiervoor is het nodig om vrouwen tijdens de zwangerschap informatie te geven die individueel is afgestemd en met hen een gesprek aan te gaan over hun wensen op het gebied van baringshoudingen. De voorkeur van vrouwen is het uitgangspunt, maar verloskundigen kunnen andere opties voorstellen als dat in het voordeel van vrouwen is. Vrouwen moeten voorbereid worden op de onvoorspelbaarheid van hun gevoelens/voorkeuren tijdens de bevalling en op verloskundige factoren die een rol kunnen

spelen. Om alle vrouwen een geïnformeerde keuze aan te kunnen bieden, moet serieus aandacht besteed worden aan de arbeidsomstandigheden van verloskundigen. Hulpmiddelen moeten gebruiksvriendelijker worden. Studenten en verloskundigen moeten vaardigheden leren om vrouwen in verschillende baringshoudingen te begeleiden en tegelijkertijd goed voor hun eigen rug te zorgen.

Dankwoord

De auteurs willen de verloskundigen die aan het onderzoek meededen hartelijk danken voor het delen van hun ervaringen. Ook veel dank aan Maaïke Broeke voor het organiseren en afnemen van de focusgroepinterviews. Verder zijn wij dank verschuldigd aan Tineke de Graaf, voor het uittypen van een interview en Sylvia van der Pal voor de assistentie bij een focusgroep. Dr Charles Agyemang leverde zinvol commentaar op eerdere versies van dit artikel, dank daarvoor. ■

Literatuurlijst

- Rossi M.A., & Lindell S.G. (1986) Maternal positions and pushing techniques in a nonprescriptive environment. *Journal of Obstetric Gynaecologic & Neonatal Nursing*, 15(3), 203-208.
- Walsh D. (2000) Evidence-based care. Part Five: Why we should reject the 'bed birth' myth. *British Journal of Midwifery*, 8(9), 554-558.
- Walsh D. (2007) Mobility and posture in labour. In *Evidence Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives*, Routledge, Oxon, pp. 79-92.
- De Jonge A. & Lagro-Janssen A.L. (2004) Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(1), 47-55.
- Coppen R. (2005a) Results of the randomised controlled trial. *Birthing Positions. Do midwives know best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 125-142.
- Hanson L. (1998a) Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 1: Position use and preferences. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(5), 320-325.
- Coppen R. (2005b) Collaborative decision-making. In *Birthing Positions. Do midwives know best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 61-78.
- Hanson L. (1998b) Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(5), 326-330.
- Coppen R. (2005c) Midwives' views on birthing positions. *Birthing positions: Do midwives know best?* MA Healthcare Limited, London, pp. 79-106.
- De Jonge A., Teunissen T.A., & Lagro-Janssen A.L. (2004) Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(1), 35-45.
- Gupta J.K. & Hofmeyr G.J. (2004) Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (1), CD002006.
- Marttila M., Kajanoja P. & Ylikorkala O. (1983) Maternal half-sitting position in the second stage of labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 11(6), 286-289.
- Waldenström U., & Gottvall K. (1991) A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth Issues in Perinatal Care*, 18(1), 5-10.
- De Jong P.R., Johanson R.B., Baxen P., Adrians V.D., Van der Westhuisen S. & Jones P.W. (1997) Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* May, 104(5), 567-571.
- Carlson J.M., Diehl J.A., Sachtleben-Murray M. McRae M., Fenwick L. & Friedman E.A. (1986) Maternal position during parturition in normal labor. *Obstetrics and Gynecology*, 68(4), 443-447.
- Renfrew M.J., Hannah W., Albers L. & Floyd E. (1998) Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. - *Birth Issues in Perinatal Care* Sep, 25(3), 143-160.
- Lugina H., Mlay R. & Smith H. (2004) Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC. Pregnancy and Childbirth*, 4(1), 3.
- Thorstensen K.A. (2000) Trusting women: essential to midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(5), 405-407.
- Thachuk A. (2007) Midwifery, Informed Choice, and Reproductive Autonomy: A Relational Approach. *Feminism & Psychology*, 17(1), 39-56.
- Kitzinger S. (2005a) The language of birth. In *The politics of birth*, Elsevier Limited, Edinburgh, pp. 57-65.
- Bowling A. (1997) Unstructured interviewing and focus groups. In *Research methods in health. Investigating health and health services*, Open University Press, Buckingham, pp. 335-357
- Silverman D. (1993) Validity and Reliability. In. *Interpreting Qualitative Data*, Sage Publications, London, pp. 144-170.
- De Jonge A., Rijnders M.E.B., Van Diem M.Th., Scheepers P.L.H., & Lagro-Janssen A.L.M. (2007a) Are there inequalities in choice of birthing positions? Socio-demographic and clinical factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*, 12 Dec 'Epub ahead of print'.
- Green J.M., Coupland V.A., & Kitzinger J.V. (1990) Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth Issues in Perinatal Care*, 17(1), 15-24.
- Green J.M. (1999). Commentary: what is this thing called "control"? *Birth Issues in Perinatal Care*, 26(1), 51-52.
- Goodman P., Mackey M.C., & Tavakoli A.S. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Waldenström U., Hildingsson I., Rubertsson C. & Radestad I. (2004) A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth Issues in Perinatal Care*, 31(1), 17-27.
- Davies J. & Iredale R. (2006) An exploration of midwives' perceptions about their role. *MIDIRS Midwifery Digest*, 16(4), 455-460.
- Anderson T. (2000) Feeling safe enough to let go: the relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour. In M.Kirkham (Ed.), *The midwife-mother relationship*, (Kirkham M., ed), Palgrave Macmillan, Houndmills, pp. 92-119.
- Oliver S., Rajan L., Turner H. & Oakley A. (1996) A pilot study of 'Informed Choice' leaflets on positions in labour and routine ultrasound. *CRD reports*, no 7, University of York, Centre for Reviews and Dissemination, York.
- Coppen R. (2005d) Mothers' and midwives' post-delivery responses. In *Birthing positions: Do midwives know best?*, MA Healthcare Limited, London, pp. 143-155.
- Kitzinger S. (2005b) Birth plans. In *The politics of birth*, Elsevier Limited, Edinburgh, pp. 89-96.
- Atwood R.J. (1976) Parturitional posture and related birth behavior. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Supplement*, 57, 1-25.
- Bruner J.P., Drummond S.B., Meenan A.L. & Gaskin I.M. (1998) All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *Journal of Reproductive Medicine*, 43(5), 439-443.
- Roberts J.E. (2002) The "push" for evidence: management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(1), 2-15.
- Roberts J.E. (2003) A new understanding of the second stage of labor: implications for nursing care. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(6), 794-801.
- Altman M.R. & Lydon-Rochelle M.T. (2006) Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review. *Birth Issues in Perinatal Care*, 33(4), 315-322.
- De Jonge A., Van Diem M., Scheepers P., Van der Pal-de Bruin K.M. & Lagro-Janssen A.L.M. (2007b) Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(3), 349-355.
- Walsh D., Harris M. & Shuttlewood S. (1999) Changing midwifery birthing practice through audit. *British Journal of Midwifery*, 7(7), 432-435.
- Coppen R. (2005e) Historical perspective and the medicalisation of birthing positions. In *Birthing Positions. Do midwives know best?*, MA Healthcare Limited, London, pp. 25-42.