

Vroeg erbij

Vroegsignalering met de ALPHA-NL

Remy Vink, Marlies Rijnders, Simone Buitendijk, Annelies Broerse, Dineke Korfker, Ferko Öry

Samenvatting

De preventie van kindermishandeling, partnergeweld, psychosociale problemen bij kinderen en depressies bij moeders kan al tijdens de zwangerschap beginnen. Deze situaties kunnen zich dan al voordoen of zijn voorstelbaar door aanwezigheid van risicofactoren. Verloskundigen hebben een signalerende taak en kunnen deze volgens de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte meer systematisch invulling geven. Op verzoek van de gemeenten Zaanstad en Amsterdam voerde TNO Kwaliteit van Leven, naar Canadees voorbeeld, het signaleringsinstrument 'ALPHA-NL' in. De verloskundigen die meededen aan het project zijn positief over dit instrument en zeggen meer signalen op te merken. Verder onderzoek naar de validiteit en effectiviteit van het signaleringsinstrument zijn nu nodig. Ook is er meer aandacht nodig voor de samenwerking met de jeugdgezondheidszorg, Centra voor Jeugd en Gezin en andere professionals waarnaar verwezen kan worden.

Inleiding

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte pleit in haar advies aan de rijksoverheid ['Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte', 6 januari 2010] voor een meer systematische risicosignalering door verloskundigen. Daarbij gaat het naast medische risico's voor moeder en kind om risico's die voortvloeien uit gezinsfactoren en psychosociale omstandigheden. Ongunstige opgroeiomstandigheden komen meestal pas aan het licht op het consultatiebureau (jeugdgezondheidszorg) in het eerste levensjaar van het kind of later. Er is echter toenemend bewijs dat problemen moeilijker te veranderen zijn naarmate het kind ouder wordt en dat vroegtijdige vormen van hulp (kosten)effectiever zijn dan die welke op latere leeftijd worden ingezet [o.a. Tremblay et al 2003]. Wanneer er al tijdens de zwangerschap aandacht is voor deze opgroeiomstandigheden en waar nodig hulp geboden wordt, levert dit gezondheidswinst voor moeder en kind op. Vroeg erbij zijn, loont.

In het advies van de Stuurgroep wordt de ALPHA-NL genoemd als mogelijk instrument voor het signaleren van

psychosociale risico's en problemen in het (aanstaande) gezin. In dit artikel wordt de ervaring met de ALPHA-NL in Nederland geschetst.

Probleemstelling

Bij vroegsignalering in de zwangerschap gaat het om de preventie van: ongunstige zwangerschapsuitkomsten, kindermishandeling en –verwaarlozing en psychosociale problemen bij kinderen. Bij moeder (maar indirect ook bij het kind) gaat het om de preventie van partnergeweld en (postnatale) depressie.

Depressie bij moeder, en overigens ook bij vader [Van der Wal, 2007], kan nog heel lang negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind - zelfs tot in de pubertijd [Van Doesem, 2005]. Partnergeweld is niet alleen schadelijk voor moeder en ongeboren kind. Kinderen, hoe jong ook, kunnen schade ondervinden van het getuige zijn van geweld [Osofsky, 2003] en lopen ook een verhoogd risico op direct op hen gerichte kindermishandeling [Straus, 1983]. In 30 – 60% van de gevallen waar er sprake is van partnergeweld in de zwangerschap leidt dit later tot kindermishandeling [Edleson, 1999].

Signalen voor dergelijke ongunstige opgroeisituaties voor kinderen blijken vaak al in de zwangerschap aanwezig [Hermanns, Öry en Schrijvers 2005]. Risicofactoren zijn: ervaringen van de ouders met geweld in de eigen kindertijd of in het algemeen slechte relatie met de eigen ouders, psychopathologie of emotionele problemen in de anamnese, ingrijpende gebeurtenissen (life events), beperkt of geen sociaal netwerk, relatieproblemen of partnergeweld voor of tijdens de zwangerschap, laat in prenatale zorg komen, ongewenste zwangerschap bij 20 weken, laag zelfbeeld moeder, geringe pedagogische sensitiviteit, alcohol- en drugsgebruik (door moeder of vader), kindermishandeling en –verwaarlozing eerder door (stief)vader of moeder, harde opvoedingsstijl of –opvattingen, traditionele opvattingen over man – vrouw rolverdeling, moederschap onder de 20 jaar en lage sociaal economische status [o.a. Wilson et al, 1996]. Veel van deze risicofactoren zijn beïnvloedbaar. Wanneer al tijdens de zwangerschap hulp geboden wordt, geeft dat moeder en kind direct een betere start.

Het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte wil niet zeggen dat verloskundigen zelf die hulp moeten bieden. Verloskundigen zijn echter wel verantwoordelijk voor het signaleren van risico's en dragen er zorg voor dat er op signalen een vervolg komt. In sommige regio's kan de jeugdverpleegkundige al tijdens de zwangerschap een of meerdere huisbezoeken afleggen en hulp in gang zetten, in andere regio's zijn er afspraken met 'Vangnet Jeugd' of zijn er specifieke programma's zoals Voorzorg. Verder komen in steeds meer regio's POP-poli's (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) en afspraken met betrekking tot de verloskundige zorg aan verslaafden.

De meeste verloskundigen signaleren momenteel op basis van ervaring en 'niet-pluis-gevoel'. Het vermoeden bestond echter dat meer signalen en ook de minder duidelijke of minder ernstige signalen opgevangen kunnen worden als met een signaleringsinstrument gewerkt wordt. Gemeenten zien vroegsignalering als hun verantwoordelijkheid in het kader van de WMO (Wet Maatschappelijk Ondersteuning), WPG (Wet Publieke Gezondheid) en RAAK (Regionale Aanpak Kindermishandeling).

Tegen die achtergrond hebben de gemeenten Zaanstad en Amsterdam (via Stichting Eerstelij Amsterdam) aan TNO Kwaliteit van Leven de opdracht verleend om een signaleringsinstrument voor verloskundigen te ontwikkelen en te implementeren in ketensamenwerking met de kraam- en jeugdgezondheidszorg.

Methode

In 2007 werden verloskundigen, gynaecologen en jeugdverpleegkundigen in Zaanstad geraadpleegd over signalering van ongunstige opgroei-situaties en de eisen die aan een instrument moeten worden gesteld. Daaruit kwamen twee, enigszins strijdige, eisen naar voren: een instrument moet alle risicofactoren dekken maar moet ook zo kort en overzichtelijk zijn dat het de verloskundige weinig extra tijd kost. In Nederland is geen (gevalideerd) signaleringsinstrument beschikbaar en ook in andere landen is het aanbod beperkt. Aan een focusgroep met verloskundigen, gynaecoloog, jeugdverpleegkundigen en -artsen is vervolgens gevraagd een keuze te maken uit drie signaleringsinstrumenten. Op basis daarvan is gekozen voor een vertaling van de Canadese ALPHA [Antenatal Psychosocial Health Assessment; Reid 1998; Midmer 2004; Carroll 2005; Blackmore 2006] vanwege de gebruiksvriendelijkheid, een zelfrapportage versie voor de zwangere en een goede theoretische onderbouwing (face-validity). De ALPHA bestaat uit 48 vragen en is gebaseerd op een systematische review [Wilson, 1996] die 15 risicofactoren opleverde die geassocieerd zijn met ongunstige omstandigheden voor moeder en kind.

Behalve de zelfrapportagelijst is de zogenaamde 'providers'-versie van de Canadese ALPHA aangepast aan de Nederlandse situatie (hierna 'zorgverlenerslijst'). Daarin kan de verloskundige haar eigen professionele indruk en de risicofactoren uit de anamnese bundelen. Ten behoeve van evaluatie registreerden de verloskundigen hun acties (zoals overleg of verwijzing) in vervolg op opgemerkte signalen. In de ALPHA-NL is tevens aan ouders gevraagd wat zij van het invullen van de vragenlijst vonden.

Voorafgaand aan proefimplementatie ontvingen alle participerende verloskundigen een training over vroegsignalering en instructie over het gebruik van de ALPHA-NL en zijn afspraken gemaakt met de jeugdgezondheidszorg over verwijzing.

Proefimplementatie vond plaats in 2009 in Zaanstad en Amsterdam-Noord. Gedurende drie maanden werd aan alle vrouwen bij 20 weken zwangerschap de ALPHA-NL meegegeven met het verzoek die bij het volgende consult ingevuld mee te nemen. Voor allochtone vrouwen is een toelichtende brief in Turks, Arabisch en Engels gemaakt. De verloskundige noteerde op de zorgverlenerslijst haar bevindingen en legde vervolgens de beide lijsten naast elkaar. Als daar aanleiding toe was, werden de uitkomsten uitvoeriger besproken bij het 26 weken consult, verwees de verloskundige de vrouw naar hulp en / of besprak de casus in- of extern met collega professionals. Zowel ALPHA-NL als de andere registraties zijn na afsluiting van het kraambed, geanonimiseerd en gekoppeld door een uniek nummer, naar TNO gestuurd. Evaluatie vond plaats door analyse van de gegevens en in focusgroepen met verloskundigen en jeugdgezondheidszorg.

Resultaten

In totaal zijn van 355 zwangeren (302 complete gegevenssets), afkomstig uit 12 praktijken en een ziekenhuis met tweedelijns verloskunde, gegevens verkregen. De respons varieerde per praktijk van 60% tot vrijwel 100%.

In het kader zijn de belangrijkste resultaten van 321 ingevulde ALPHA's-NL weergegeven (onafhankelijk van de andere registraties). In de analyse is daar waar mogelijk de vijfpuntsschaal gedichotomiseerd waarbij de scores 3, 4 en 5 enerzijds en 1 en 2 anderzijds zijn samengevoegd als afkappunt voor het voorkomen van een bepaalde risicofactor. Er is geen vergelijking gemaakt met percentages die in de open populatie verwacht mogen worden.

Gezien de uitkomsten op 'ingrijpende gebeurtenissen', 'spanning in het afgelopen jaar', 'financiële zorgen', 'zorgen om het gezins- of persoonlijke leven' en de

Prevalenties uit de ALPHA-NL:

- ingrijpende gebeurtenissen tijdens de zwangerschap (bij 40% van de zwangeren)
- spanning in het afgelopen jaar (16%)
- (ernstige) zorgen om de financiële situatie (25%)
- zorgen om het gezins- en persoonlijk leven (18%)
- emotionele problemen (in het verleden) (38%)
- matig tot sombere stemming tijdens de zwangerschap (19%)
- relatieproblemen bij de eigen ouders (23%)
- als kind niet veilig hebben gevoeld bij eigen vader (14%) moeder (8%)
- een partner die (wel eens) drugs gebruikt (11%)
- opvatting dat slaan hoort bij de opvoeding (23% -waarvan eenderde 'helemaal mee eens')
- fysiek, geestelijk of seksueel geweld voor of tijdens de zwangerschap door de huidige partner (3,1%)

'matig tot sombere stemming tijdens de zwangerschap' zit een belangrijk deel van de zwangeren niet goed in haar vel tijdens de zwangerschap. Bekend is dat stress tijdens de zwangerschap een risicofactor is voor postnatale depressie en ongunstige zwangerschapsuitkomsten [Paarberg, 1996]. Opvallend is ook het hoge percentage zwangeren dat de opvatting is toegedaan dat slaan min of meer of zelfs helemaal in de opvoeding thuishoort.

Van 337 cliënten zijn er zorgverlenerslijsten ontvangen. De zorgverlenerslijst liet op de meeste items geen duidelijk verschil zien met de zelfrapportagelijst / ALPHA-NL. Door sommige verloskundigen is de zorgverlenerslijst ingevuld op basis van de zelfrapportagelijst en is deze daardoor niet 'onafhankelijk' ingevuld. Bovendien is de vraagwijze in de twee lijsten verschillend. Het was daarom niet zinvol om de prevalentie van risicofactoren, verkregen met de ALPHA-NL of zorgverlenerslijst, met elkaar te vergelijken.

Van 29 zwangeren werd geen zelfrapportagelijst ontvangen maar hebben de verloskundigen wel de zorgverlenerslijst ingevuld. Van deze groep zijn de prevalenties van risicofactoren vergeleken met die van de groep zwangeren waarvan de beide vragenlijsten aanwezig waren (308 zwangeren). In de groep waarvan alléén de zorgverlenerslijst is ingestuurd zien we over het algemeen méér risicofactoren en significant meer twijfel of zorgelijke situaties

($p < 0.001$) dan in de groep waarvan de zelfrapportage én de zorgverlenerslijst zijn ingevuld. In totaal zijn bij 355 zwangeren 700 risicofactoren gevonden. In de groep waarvoor alleen de zorgverlenerslijst is ingevuld werden ruim tweemaal zoveel risicofactoren per zwangere gevonden dan in de groep waar zowel de zelfrapportage-lijst als de zorgverlenerslijst is ingevuld.

Over het geheel genomen oordeelde de verloskundige in 13% van de gevallen dat er sprake was van 'twijfel / enigszins zorgelijk / zorgwekkende situatie'. Bij 11% van de zwangeren was er reden tot overleg met een collega in de praktijk, huisarts, kraamverzorgende, gynaecoloog, JGZ of andere professional. Bij 9% van de zwangeren is er sprake geweest van een daadwerkelijke verwijzing of overdracht naar een andere zorgverlener in verband met de psychosociale omstandigheden. Daarbij is weinig gebruik gemaakt van het prenataal huisbezoek door de jeugdverpleegkundige. De drie genoemde percentages betreffen overigens niet alle dezelfde groepen.

Discussie

De verloskundigen die deelnamen aan het project vinden het zinvol om psychosociale problemen in het gezin systematisch vroeg te signaleren. Dit sluit aan bij het onderzoek van Van Dijk en Öry [2006] waarin bleek dat 97% van verloskundigen bereid is zich actief in te zetten voor het signaleren van zorgwekkende opgroeiomstandigheden.

De meeste verloskundigen vinden dat de ALPHA-NL daar goed bij helpt en dat daardoor meer opgemerkt wordt: "je pikt er wel meer uit" "vooral bij de wat stillere vrouwen". In één praktijk vertelden de verloskundigen dat zij "er niet anders door zijn gaan werken maar dat de extra informatie over de thuissituatie van cliënten wel voor meer begrip zorgt." Verloskundigen vinden de ALPHA-NL in de praktijk goed bruikbaar mits de lay-out op een aantal punten verbeterd wordt. Omdat de zelfrapportage-lijst in de meeste gevallen geen aanleiding geeft voor interventie, kost dit de verloskundige niet veel extra tijd. Vooral het feit dat de vragenlijst een opening voor gesprek biedt aan de zwangere, wordt genoemd als voordeel. Het gebruik van de ALPHA-NL maakt duidelijk dat over psychosociale kwesties met de verloskundige kan worden gesproken en dat die de vrouw kan helpen of verwijzen: door de vragenlijst denkt zij na over de thuissituatie. De ALPHA-NL maakt het ook de verloskundigen zelf gemakkelijker om gevoelige onderwerpen aan te snijden en er later in de zwangerschap nog eens op terug te komen.

Verreweg de meeste cliënten hadden geen bezwaar tegen het invullen van de ALPHA-NL. In Amsterdam

Noord waren er meer vrouwen die de vragenlijst niet in konden of wilden vullen. Mogelijk houdt dit verband met taalproblemen, een gemiddeld lagere SES of met schaamte ten aanzien van problematiek.

Er waren ook, vooral praktische, bezwaren. De verloskundigen vonden het een groot nadeel dat ze achter de vragenlijsten aan moesten gaan. Vooral in Amsterdam vergaten vrouwen die nogal eens mee te nemen naar het volgende consult. Voorgesteld is om de ALPHA-NL direct in de praktijkruimte te laten invullen. Dit zal niet in alle praktijken mogelijk zijn maar ondervangt het probleem van terugvragen. Ook is het veiliger voor vrouwen die met partnergeweld te maken hebben. Voor vrouwen waarbij de partner altijd meekomt is dit misschien juist geen optie.

Een ander nadeel vonden de verloskundigen het invullen van de zorgverlenerslijst. Dit kostte hen relatief veel tijd omdat een deel van de informatie gedestilleerd werd uit de verloskundige registratie. De zorgverlenerslijst werd als aparte vragenlijst afgeraden en wordt nu niet meer gebruikt. Op inhoudelijke gronden vonden de verloskundigen de combinatie van de ALPHA-NL zelfrapportage- en zorgverlenerslijst wel zinvol. Daarom zal gekeken worden in hoeverre de geautomatiseerde verloskundige registratie deze informatie gebundeld kan genereren.

Dat de combinatie van de twee vragenlijsten meer oplevert bleek bij het item partnergeweld. Daardoor kon achterhaald worden dat vermoedelijk 11 vrouwen (overeenkomstig een 3-maanden prevalentie van 3%) te maken hadden (gehad) met partnergeweld voor of tijdens de zwangerschap van de huidige partner. Deze meerwaarde komt overeen met het onderzoeksresultaat van Carroll et al [2005] dat zorgverleners die de ALPHA gebruikten veel vaker familiaal geweld ontdekten dan zorgverleners in een controlegroep (OR 4.8, 95% CI 1.9–12.3; $p = 0.001$). Een deel van de verloskundigen in Nederland vraagt bij de intake en soms nog eens tijdens de zwangerschap naar het voorkomen van partnergeweld, in navolging van het eerdere TNO-project 'Screenen op huiselijk geweld in de verloskundigenpraktijk' [Korfker et al 2006; Vink et al 2007]. Wanneer dit gecombineerd wordt met gebruik van de ALPHA-NL kan het de signalering van partnergeweld versterken.

Duidelijk werd ook dat effectief vroegsignaleren mede afhankelijk is van anderen dan de verloskundigen. "Je moet wel ergens naar toe kunnen met signalen en er op kunnen vertrouwen dat het professioneel wordt opgepakt, je hoort er zo weinig van terug." Verloskundigen ervaren de sociale kaart als een "ondoorzichtig woud van hulpverlening" en lopen soms tegen eenvoudige barrières op

zoals telefonische onbereikbaarheid. Sommige verloskundigen hadden daarentegen heel goede en korte lijnen met de jeugdgezondheidszorg of Vangnet Jeugd. Vroegsignalering zal veel sterker verankerd moeten worden in de keten rondom de geboorte en moet aansluiten bij de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Er zijn heldere (schriftelijke) afspraken nodig over verwijzing van cliënten tijdens de zwangerschap, wanneer te overleggen en over de wijze van overdracht naar de jeugdgezondheidszorg bij afsluiting van het kraambed. Ook de samenwerking met kraamverzorgenden die een aanvullende signalerende rol hebben, is daarbij belangrijk. Pas wanneer verloskundigen (eerste- en tweedelijns en gynaecologen), kraamverzorgenden en jeugdgezondheidszorg samenwerken en elkaar weten te vinden kan er sprake zijn van een doorgaande lijn van -9 maanden en verder.

Hoewel de gynaecologen van een van de ziekenhuizen bij aanvang van het project zeer betrokken waren, kon de tijd voor het systematisch signaleren met behulp van een instrument tijdens de proefimplementatie niet opgebracht worden. In een ander ziekenhuis is die taak neergelegd bij de tweedelijns verloskundige die daardoor toch kon participeren. In ziekenhuizen zonder tweedelijns verloskundige kan het gebruik van de ALPHA-NL mogelijk als taak bij de verpleegkundige neergelegd worden.

Conclusie

De ALPHA-NL is in Amsterdam Noord en Zaanstad een geschikt instrument gebleken om ongunstige opgroei-situaties tijdens de zwangerschap te signaleren. Het biedt een goed uitgangspunt voor zowel de zwangere als de verloskundige om het gesprek over psychosociale problemen en risico's aan te gaan. De meeste cliënten begrijpen dat dit tot de taak van de verloskundige behoort en hebben er dan ook geen bezwaar tegen om een vragenlijst in te vullen. De validiteit en effectiviteit van de ALPHA-NL moeten echter nog verder onderzocht worden.

Op grond van de evaluatie wordt de zorgverlenerslijst niet meer gebruikt en is de lay-out van de ALPHA-NL aangepast en gereduceerd tot een dubbelzijdig A-viertje. En wanneer cliënten de vragenlijst rond een consult in de praktijkruimte kunnen invullen, hoeven verloskundigen daar niet meer achteraan te gaan. Daarmee zijn de meeste praktische bezwaren overwonnen. Een van de belangrijkste conclusies is misschien wel dat kennis van de sociale kaart, goede regionale afspraken over verwijzing en een goed contact met de jeugdgezondheidszorg en Centra voor Jeugd en Gezin cruciaal zijn naast een signaleringsinstrument zoals de ALPHA-NL.

Referenties

- Blackmore, E.R. et al The use of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2006; 28 (10): 873-4
- Carroll, J.C. et al Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2 aug. 2005, 173 (3), 253:259
- Doesem van, K.T.M. A model-based Intervention for depressed mothers and their infants *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-167: 2005
- Dijk W. van, Öry F. Zorgwekkende opvoedingssituaties. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2006, 31:19-24
- Edleson, J. L. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5(2), pp. 134 to 154, 1999
- Hermanns, J. Öry, F., Schrijvers, G. (Inventgroep) Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen. Den Haag, Ministerie van WVS, 2005
- Korfker, D. et al Screening op huiselijk geweld in de zwangerschap *Tijdschrift voor verloskundigen*, januari 2006
- Midmer, D. et al Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Canadian Family Physician*, 2004; vol 50: p.80-87
- Osofsky, J. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170, 2003
- Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM, Passchier J, Heinen AGJJ, Dekker GA, Van Geijn
- HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy related complaints *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 17(2) 1996; 93-102
- Reid, A.J. et al Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *CMAJ*. 1998 September 22; 159(6): 677-684
- Straus, M.A. *Ordinary violence, child abuse and wife beating, what do they have in common?* Newbury Park, CA, Sage, 1983
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte Een goed begin. Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (6 januari 2010)
- Tremblay, R. E., Japel, C. Prevention during pregnancy, infancy and the preschool years In D. P. Farrington, J. W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp. 205-242). Cambridge, GB, 2003
- Vink, R.M. en Rijnders, M. Huiselijk geweld is niet normaal, praten erover wel, *Tijdschrift voor verloskundigen*, november 2007
- Wal van der, MF, Van Eijdsden M, Bonsel GJ. Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *J of Developmental & Behavioral Ped* 2007; 28: 431-7
- Wilson, L.M. et al, Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated with Advers Postpartum Family Outcomes. *Systematic Review. Can. Med. Assoc. J.* , March 15, 1996, 154 (6) p785:799 ■

Inwendige drukmeting

Kristel Zeeman

In Nederland is het gebruikelijk om bij inleiding en bijstimulatie van de baring de frequentie en sterkte van de weeën te monitoren met een intra-uteriene drukkatheter. Deze vorm van drukmeting zou accurater zijn dan uitwendige meting en resulteren in minder kunstverlossingen en sectio's en betere neonatale uitkomsten. De techniek is echter niet vrij van risico's. In de Verenigde Staten hanteren gynaecologen daarom bepaalde indicaties voor de toepassing ervan, zoals obesitas. Een grote Nederlandse trial laat zien dat het routinematig gebruik van inwendige drukmeters geen meerwaarde heeft, vergeleken met uitwendige drukmeters.

Leidt het gebruik van intra-uteriene drukkatheters tijdens de baring tot betere uitkomsten dan het gebruik van uitwendige drukmeters? Voor het beantwoorden van deze vraag zetten Nederlandse onderzoekers, waaronder de verloskundigen Bakker en Verhoeven, een grote, gerandomiseerde clinical trial op. Drie andere studies konden eerder geen significante verbetering of verslechtering aantonen, maar hun steekproeven waren relatief klein. Bakker ea verzamelden in zes ziekenhuizen de gegevens van 1456 atermen zwangeren, met één kind in hoofdligging en een indicatie voor inleiding of bijstimulatie. Vrouwen met een littekenuterus, positieve HIV of hepatitis B test, tekenen van intra-uteriene infectie of foetale nood werden geëxcludeerd.

Randomisatie

De vrouwen werden willekeurig ingedeeld in ofwel de groep met inwendige ofwel de groep met uitwendige drukmeting. De randomisatie gebeurde met behulp van een computerprogramma dat rekening hield met pariteit, bijstimulatie vs inleiding en ziekenhuis.

In de groep 'uitwendige drukmeting' werd een intra-uteriene katheter toegestaan voor amnioninfusie, bij afwezigheid van vordering in verstrijking of ontsluiting en wanneer een sectio caesarea werd overwogen.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was instrumentele verlossing, gedefinieerd als vacuüm- of forcipale extractie of sectio

Kristel Zeeman is verloskundige en lid van de redactie