

Vanzelfsprekendheden in de verloskunde op de helling!

Naar een onderbouwing van optimale zorg

Ank de Jonge, Angela Verbeeten, Marianne Nieuwenhuijze, Toine Lagro-Janssen

Het merendeel van de barende vrouwen bevalt in rugligging. Dit is zo vanzelfsprekend dat weinig verloskundigen, artsen én barende vrouwen zelf zich afvragen of dat niet anders kan. Dat geldt niet alleen voor de rugligging maar ook voor andere vormen van zorg tijdens zwangerschap en bevalling. Denk aan vrouwen pas toestemming geven om te persen nadat volledige ontsluiting is vastgesteld of vrouwen geïnstrueerd laten persen. Binnen en buiten de eerstelijns verloskunde wordt veel handelen bepaald door gewoonten en tradities.

Maar verloskundigen stellen in toenemende mate kritische vragen bij deze vanzelfsprekendheden en werken hard aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vak. Met als doel om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Wetenschappelijk onderzoek kan aantonen wat de effecten zijn van verloskundige zorg. Zo is bijvoorbeeld gebleken dat het strippen van de vliezen na 41 weken zwangerschap de kans op serotiniteit verkleint^[1]. Verloskundigen kunnen deze inzichten gebruiken en toepassen op de individuele situatie van elke vrouw. Het is ook van belang te weten wat onderzoek niet heeft bewezen. In dat geval is het de vrouw zelf die een keuze maakt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de plaats van bevalling^[2]. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat thuis bevallen bij een laag risicopopulatie niet ongunstiger is dan een ziekenhuis bevalling en in elk geval bij multiparae leidt

tot minder interventies^[3-8]. Zolang niet is aangetoond dat het ziekenhuis veiliger is dan thuis of omgekeerd, kiest de vrouw waar zij bevalt.

Steeds meer verloskundigen houden zich bezig met onderzoek en tijdens de opleidingen ontwikkelen studenten een wetenschappelijke manier van werken. Ook de richtlijnen van de KNOV zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Verloskundige onderzoekers

In 1996 promoveerde Rita Iedema als eerste verloskundige op onderzoek naar geïntegreerde thuiszorg bij risicozwangeren. Het duurde tot 2005 voordat anderen volgden. In dat jaar promoveerde Henny Damen op de diagnose en behandeling van foetale nierafwijkingen. In 2006 volgde Marijke Korenromp met onderzoek naar de aanpassing van ouders na een zwangerschapsafbreking voor foetale afwijkingen. In hetzelfde jaar promoveerde Henny Wijnen op de relatie tussen matернаal welbevinden en obstetrische uitkomsten in relatie tot de schildklierfunctie in de zwangerschap. Esteriek de Miranda behaalde in 2007 de doctorstitel met onderzoek naar het effect van strippen op het voorkomen van serotiniteit. Op 22 januari jongstleden is Ank de Jonge, als zesde verloskundige, gepromoveerd op onderzoek naar de houdingen waarin vrouwen bevallen. Zij onderzocht of er evidence is voor het *standaard* gebruik van de rugligging tijdens de uitdrijving. De belangrijkste conclusie uit het proefschrift is dat vrouwen veel meer moeten kunnen kiezen hoe ze willen bevallen^[9]. Een verloskundige kan een vrouw helpen om houdingen te vinden die voor haar het meest geschikt zijn.

In 2002 is de Master of Science Verloskunde van start gegaan. Ook deze postacademische opleiding heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de wetenschappelijke ontwikkeling van verloskundigen. De afgestudeerde Masters Verloskunde zijn actief in de verloskundige praktijk, in ziekenhuizen, binnen de opleidingen, in beleidsfuncties of vervolgen hun studie door een promotietraject te starten.

Dr. A. de Jonge, verloskundige-onderzoeker, TNO Preventie en Zorg, Leiden; A. Verbeeten, verloskundige, Nijmegen; M. Nieuwenhuijze, voorzitter vakgroep Midwifery Science, Academie Verloskunde Maastricht; Prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Geneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud, Nijmegen.
Correspondentie adres:
Dr. Ank de Jonge, E: ank.dejonge@tno.nl

Dit artikel verschijnt ook in de volgende nieuwsbrief van Kennispoort Verloskunde

Verloskunde opleiding naar academisch niveau

Vanaf 1 september 2008 zullen de bestaande opleidingen tot verloskundige overgaan van het ministerie van VWS naar het Ministerie van OC&W en officieel gepositioneerd worden als medische opleiding binnen het hoger onderwijs. Dit is mede aanleiding tot een nieuwe impuls aan de samenwerking tussen deze HBO-bachelors Verloskunde en universiteiten en hogescholen. Die samenwerking krijgt vorm op het gebied van onderzoek en onderwijs. Binnen de opleidingen is een brede aandacht voor evidence based handelen. Ook onderzoek vormt een essentieel onderdeel van het curriculum.

Richtlijnontwikkeling

Onderzoek wordt toegepast in de praktijk. Een hulpmiddel daarbij zijn richtlijnen vanuit de beroepsvereniging. Sinds 2000 ontwikkelt de KNOV evidence based standaarden en richtlijnen die de verloskundige zorg onderbouwen. Zij doet dit regelmatig in samenwerking met andere beroepsgroepen zoals de huisartsen. Zij geven verloskundigen maat en houvast in hun beroepsuitoefening. De KNOV-standaarden zijn gebaseerd op 'best evidence' die verloskundigen integreren in hun beslissingen, waarbij zij ook de individuele situatie en de eigen wensen van de zwangere betrekken.

Wetenschapscommissie Eerstelijns Verloskunde

Het is belangrijk dat verloskundigen hun eigen vakgebied definiëren en onderzoeken. De KNOV heeft daarom een wetenschapscommissie ingesteld die als opdracht heeft het wetenschapsdomein van de eerstelijns verloskunde te definiëren en de aanstelling van een Hoogleraar Eerstelijns Verloskunde te bevorderen.

De wetenschapscommissie zal veel gebruikte begrippen als 'fysiologische' of 'normale' zwangerschappen en bevallingen opnieuw inhoud moeten geven. Deze begrippen zijn niet statisch, maar veranderen onder invloed van nieuwe ontwikkelingen in de zorg en behoeften van cliënten. Zo vonden we vroeger dat de a terme datum nauwkeurig genoeg bepaald kon worden op basis van de laatste menstruatie. Alleen bij een onzekere amenorroe duur werd een termijneco gemaakt. Tegenwoordig krijgt iedereen een termijneco aangeboden omdat dit leidt tot minder inleidingen voor serotiniteit. Een termijneco is onderdeel geworden van de 'normale' of 'fysiologische' verloskunde.

Voor de beschrijving van het domein van de eerstelijns verloskunde gelden niet alleen obstetrische parameters. Kwaliteit van zorg wordt immers niet alleen bepaald door het minimaliseren van morbiditeit en mortaliteit maar ook door bijvoorbeeld tevredenheid van de cliënt en een goede transitie naar het moederschap. Voor deze uitkomsten zijn inzichten uit andere disciplines dan de obstetrie noodzakelijk, zoals vrouwenstudies, psychologie,

sociologie en public health. Een multidisciplinaire benadering van onderzoek is daarbij van belang.

Een optimale bevalling voor elke vrouw

Verloskundigen in Nederland houden een traditie in stand waarbij vrouwen binnen veilige grenzen kunnen kiezen tussen bevallen thuis en in het ziekenhuis. Ook in de 21e eeuw geeft nog steeds 70% van de vrouwen te kennen graag thuis te willen bevallen^[10]. Maar binnen deze traditie maken verloskundigen gebruik van actuele wetenschappelijke inzichten.

Door deze inzichten te gebruiken en toe te spitsen op de individuele voorkeuren en behoeften van cliënten streven verloskundigen, in samenwerking met andere partners in de zorgketen, naar een optimale bevalling voor elke vrouw.

Samenvatting

In de verloskundige zorg wordt veel handelen bepaald door gewoonten en tradities. Verloskundigen stellen in toenemende mate kritische vragen bij vanzelfsprekendheden in hun zorgverlening en werken hard aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vak. Binnen de traditie waarin vrouwen nog steeds kunnen kiezen tussen bevallen thuis en in het ziekenhuis, maken verloskundigen gebruik van actuele wetenschappelijke inzichten. In samenwerking met andere partners in de zorgketen streven verloskundigen naar een optimale bevalling voor elke vrouw. ■

Referenties

- [1] de Miranda ME, van der Bom JG, Bonsel GJ, Bleker OP, Rosendaal FR. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *BJOG* 2006 Apr;113(4):402-8.
- [2] Visser GHA, Steegers EAP. Beter baren. Nieuwe keuzen nodig in de zorg voor zwangeren. *Medisch Contact* 2008 Jan 18;63(3):96-100.
- [3] Bais JM, Eskes M, Bonsel GJ. [The determinants of the high Dutch perinatal mortality in a complete regional cohort, 1990-1994]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004 Sep 18;148(38):1873-8.
- [4] van AD, Eskes M, Treffers PE. Midwifery in The Netherlands. The Wormerveer study; selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1989 Jun;96(6):656-62.
- [5] Wolleswinkel-van den Bosch JH, Vredevoogd CB, Borkent-Polet M, van EJ, Fetter WP, Lagro-Janssen TL, et al. Substandard factors in perinatal care in The Netherlands: a regional audit of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Jan;81(1):17-24.
- [6] Wiegers TA, Keirse MJ, van der ZJ, Berghs GA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. *BMJ* 1996 Nov 23;313(7068):1309-13.
- [7] Macfarlane A, McCandlish R, Campbell R. Choosing between home and hospital delivery. There is no evidence that hospital is the safest place to give birth. *BMJ* 2000 Mar 18;320(7237):798.
- [8] Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005 Jun 18;330(7505):1416.
- [9] Jonge, A. de. Birthing positions revisited. Examining the evidence for a routine practice. 2007. Wageningen: A. D
- [10] van der Hulst LA, van Teijlingen ER, Bonsel GJ, Eskes M, Bleker OP. Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? *Birth* 2004 Mar;31(1):28-33.