

DOE MEE AAN EERSTELIJS ONDERZOEK!

WETENSCHAP

Oproep

*Marlies Rijnders¹, Ank de Jonge^{1,2},
Marianne Prins³,
Karin van der Pal-de Bruin¹,
Toine Lagro-Janssen²*

De resultaten van veel verloskundig onderzoek zijn niet direct toepasbaar in een eerstelijns populatie. Internationaal onderzoek vindt vaak plaats in settings waar vrouwen met zowel een laag als een verhoogd risico zorg krijgen. In Nederland gebeurt verloskundig onderzoek vooral in de tweedelijns. Het is veel moeilijker om onderzoek te doen in de eerstelijns. In een verloskundige praktijk zijn slechts een klein aantal vrouwen in zorg vergeleken met een ziekenhuis. Dat betekent dat veel praktijken gegevens aan moeten leveren voor een onderzoek. Dit vergt een inspanning van veel verloskundigen en bemoeilijkt coördinatie door de onderzoekers. Financiering van eerstelijns onderzoek is ook niet makkelijk. Gelukkig werken veel studenten van alle opleidingen tot verloskundige mee aan het verzamelen van gegevens. Studenten zijn onmisbaar voor deze onderzoeken en omgekeerd levert deelname de studenten ook wat op. Sommigen gebruiken de gegevens om een afstudeerscriptie te schrijven en anderen leren welke hobbels je tegen kunt komen bij het doen van onderzoek. Het is noodzakelijk dat we als verloskundigen onze zorg met onderzoeksgegevens onderbouwen. Op het symposium in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam van de afgestudeerde WO Masters Verloskunde werd zelfs gesteld dat onderzoek door verloskundigen essentieel is voor het voortbestaan van onze beroepsgroep^[1]. Eerstelijns onderzoekers kunnen alleen onderzoek doen als veel verloskundigen bereid zijn mee te werken.

Wij zijn nauw betrokken bij twee lopende onderzoeken waarvoor we verloskundigen van harte willen uitnodigen om mee te doen.

De SERINAM studie

Door TNO Kwaliteit van Leven is, in nauwe samenwerking met de Verloskunde Academie Amsterdam, op 1 oktober 2004 het SERINAM onderzoek gestart (bij SERotiniteit INleiden door AMniotomie). SERINAM is een randomised controlled trial waarbij in de interventiegroep amniotomie wordt verricht tussen 41 5/7- 42 0/7 en waarbij in de controlegroep het gebruikelijke beleid wordt gevoerd. Primaire uitkomstmaat is het percentage spontane baringen gedefinieerd als een baring zonder medisch-obstetrische interventies behalve amniotomie. Secundaire uitkomsten zijn het percentage sectio cesarea en opname op de couveuse in verband met neonatale infectie. Andere uitkomsten waar naar gekeken wordt zijn: overige obstetrische interventies, duur baring, maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit, kosten en tevredenheid moeder.

Waarom dit onderzoek?

Een serotiene zwangerschap en baring worden binnen de Herziene Verloskundige Indicatielijst aangeduid als een zwangerschap en baring met een verhoogd risico, waarvoor verloskundige zorg in de tweede lijn gewenst is^[2]. Uitgaande van een bekende a terme datum en een zwangerschap van 294 dagen of meer is de prevalentie van serotiniteit ongeveer 6%^[3]. Verwijzing wegens serotiniteit van de eerstelijns naar de tweedelijns omvat 8% van alle verwijzingen binnen de verloskundige zorgverlening^[4]. De NVOG adviseert een afwachtend beleid met foetale monitoring en termineren van de zwangerschap in

het geval van additionele risicofactoren of suboptimale uitkomsten van de foetale monitoring^[5]. Behalve afwachten in combinatie met monitoring kan er ook gekozen worden om bij een rijpe cervix de baring in te leiden. Hoewel de noodzaak voor direct inleiden van de baring discutabel is door onduidelijke onderzoeksresultaten over de mogelijke voor- en nadelen^[6,7,8,9], lijkt routinematig inleiden van de baring bij serotiniteit wel kosteneffectiever te zijn dan een afwachtend beleid met foetale bewaking^[10]. Inleiden van de baring door amniotomie vermindert mogelijk de kans op medische interventies ter voorkoming van slechtere zwangerschapsuitkomsten als gevolg van uteroplacentaire insufficiëntie en meconiumhoudend vruchtwater tijdens de baring. Aan de andere kant is niet bekend wat de nadelige effecten van amniotomie thuis bij serotiene laag risico zwangeren zijn. Misschien leidt deze interventie juist tot een moeizamer verloop van de baring en daardoor tot meer medische interventies vergeleken met de huidige standaard zorg volgens de NVOG-richtlijn 5. In het Serinam onderzoek wordt bekeken of amniotomie in de eerstelijns meer voor- dan nadelen heeft.

Marlies Rijnders en Ank de Jonge zijn verloskundigen en verloskundige-onderzoekers, Marianne Prins is verloskundige en docent verloskunde, Karin van der Pal-de Bruin is epidemioloog en Toine Lagro-Janssen is huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde.

¹TNO Kwaliteit van Leven, Sector Voortplanting en Perinatologie, Leiden

²Vrouwenstudies

Medische Wetenschappen,

Huisartsgeneeskunde, Nijmegen

³Verloskunde Academie Amsterdam

Huidige stand van zaken in het Serinam onderzoek

Op dit moment werken 34 verloskundigenpraktijken uit West, Noord en Oost Nederland mee aan het onderzoek, evenals verloskundig actieve huisartsen uit Noord Nederland. Dataverzameling en logistieke ondersteuning wordt gedaan door in totaal 14 enthousiaste en hardwerkende verloskundigen in opleiding van de Verloskunde Academie Amsterdam (VAA) en Groningen (VAG). Op 1 mei 2006 zijn 283 zwangeren gerandomiseerd, 170 primigravidae en 113 multigravidae. Gestreefd wordt om data van 500 vrouwen verzameld te hebben per 1 januari 2007. Om dat te bereiken moeten 26 zwangeren per maand, verdeeld

over 34 praktijken, gerandomiseerd worden. In 2006 zijn er gemiddeld 18 zwangeren per maand gerandomiseerd. Om tijdig het onderzoek af te ronden is een toename in randomisaties nodig!

Wat wordt er van u verwacht als u aan Serinam meedoet?

Meedoen aan het Serinam onderzoek betekent voor de verloskundige dat zij de zwangere vanaf ongeveer 41 weken over dit onderzoek informeert en, als de zwangere toestemt in deelname, volgens het onderzoeksprotocol verder werkt. Het protocol is aangepast aan de manier van werken in verloskundige praktijken. Wanneer de amniotomie lukt wordt tenminste 12 uur gewacht op

spontane weeënactiviteit. Als de baring onvoldoende op gang komt volgt verwijzing naar de tweede lijn. Wanneer de amniotomie mislukt krijgt de zwangere de gebruikelijke zorg bij serotiniteit. In de controlegroep mag geen amniotomie in de 1e lijn gedaan worden ter inleiding van de baring. Van vrouwen in zowel de interventie als de controle groep worden een aantal medische gegevens geregistreerd. Dit kost niet zoveel tijd. Ontbrekende data worden zoveel mogelijk nagezocht door de meewerkende studenten. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Marlies Rijnders, T: 071 5181889, E: MEB.Rijnders@pg.tno.nl

TWEEDE ONDERZOEK

Onderzoek De Bevalling

Als praktiserend verloskundige was Ank de Jonge geïnteresseerd in de voor- en nadelen van verschillende baringshoudingen en wilde hier graag onderzoek naar doen. De afdeling Vrouwenstudies Medische Wetenschappen in Nijmegen was graag bereid om aan dit onderzoek mee te werken. Een meta-analyse en een interviewonderzoek onder vrouwen zijn al afgerond^[11,12]. Op dit moment loopt er een cohort onderzoek naar de invloed van baringshoudingen op ervaren pijn en op het gevoel van controle van vrouwen tijdens de uitdrijving. Daarnaast kijken we ook naar het effect van baringshoudingen op medische uitkomsten en gevoel van eigenwaarde na de bevalling.

De baringshoudingen en medische uitkomsten worden genoteerd op een registratieformulier. De andere uitkomsten meten we door vrouwen te vragen een vragenlijst in te vullen. We onderzoeken niet of vrouwen tevreden zijn over de zorg die de verloskundige heeft verleend.

Waarom dit onderzoek?

De ervaring van vrouwen wordt steeds meer als een belangrijke uitkomstmaat gezien van een bevalling^[13]. Toch is in de eerste lijns verloskunde in ons land nog weinig onderzoek gedaan naar wat vrouwen belangrijk vinden tijdens de bevalling. Over baringshoudingen hebben

zorgverleners vaak uitgesproken meningen. Sommige voorstanders van verticale houdingen zijn zelfs zo zeker van de voordelen dat ze vinden dat alle vrouwen zoveel mogelijk rechttop zouden moeten bevallen^[14]. Gerandomiseerde studies hebben een aantal voor- en nadelen aangetoond van andere houdingen dan de rugligging tijdens

de uitdrijving^[11,15]. In andere houdingen waren er, vergeleken met de de rugligging, minder instrumentele bevallingen en minder episiotomieën. Daarentegen waren er meer tweedegraads rupturen en leidden met name verticale houdingen tot meer bloedverlies. De oorzaak en de klinische betekenis van het verschil in bloedverlies is nog niet duidelijk.

En wat vinden vrouwen er zelf van? In de gerandomiseerde studies gaven vrouwen aan meer pijn te ervaren in rugligging en vaker de voorkeur te geven aan andere houdingen^[16,17,18]. In individuele interviews gaven vrouwen echter uiteenlopende meningen over hun ervaringen met baringshoudingen^[12]. Sommigen vonden de rugligging inderdaad pijnlijk en vermoeiend, anderen vonden dit juist de prettigste houding. Interessant was ook, dat

enkele vrouwen meer pijn ervoeren in verticale houding maar toch voor een verticale houding zouden kiezen bij een volgende bevalling. Dit had te maken met het gevoel rechttop meer controle te hebben over de pijn en de weeën. In het onderzoek 'De Bevalling' willen we verder onderzoeken hoe het nu precies zit met de relatie tussen baringshoudingen en ervaren pijn en het gevoel van controle.

Huidige stand van zaken in het onderzoek 'De Bevalling'

Studenten van alle opleidingen tot verloskundige in Nederland doen mee aan dit onderzoek.

Jongerejaars verzamelen tijdens hun stages gegevens van vrouwen die de uitdrijving zijn begonnen bij een eerstelijns verloskundige.

In het begin hebben we verloskundigen alleen via een brief geïnformeerd over het onderzoek maar zijn ze er niet zoveel bij betrokken. We deden dat met opzet omdat we verloskundigen zo weinig mogelijk wilden beïnvloeden in hoe ze normaal werken. Een aantal verloskundigen had hier moeite mee.

Ook gaven sommige studenten aan de verloskundige graag te willen betrekken bij het uitdelen van de vragenlijst aan vrouwen. Naar aanleiding van deze signalen uit het

veld hebben we besloten om verloskundigen alle inzicht te geven in welke gegevens we precies verzamelen. Sterker nog: we vragen verloskundigen nu of ze zelf mee willen doen. We willen van 1000 vrouwen gegevens verzamelen. Het helpt al enorm als u bijvoorbeeld drie maanden lang gegevens wilt verzamelen.

Wat wordt er van u verwacht als u aan dit onderzoek meedoet?

We vragen niet zoveel tijd en inspanning van u maar uw bijdrage is wel heel belangrijk. Na de bevalling vult u een registratieformulier in. De meeste gegevens vult u ook in voor de LVR en het invullen neemt daarom slechts een paar minuten in beslag. Daarnaast vraagt u de kraamvrouw of ze mee wil doen aan een vragenlijstonderzoek. De vragenlijst kan ze in de eerste kraamweek aan u teruggeven. Als dat niet lukt kan ze deze in de bijgesloten antwoordenvolp doen en opsturen.

Neem contact op

Wilt u nu ook wel eens weten of vliezen breken echt werkt om inleidingen te voorkomen? Of wilt u van vrouwen zelf horen wat de invloed is van baringshoudingen

Samengevat: wat vragen wij van u als u meedoet aan het Serinam onderzoek:

- zwangeren bij 41 weken amenorroeduur informeren over het onderzoek;
- bij zwangere in de interventiegroep: amniotomie verrichten na 415/7 weken;
- gegevens registreren van zwangeren in de interventie- en controlegroep.

Als u meedoet aan onderzoek 'De Bevalling':

- gegevens registreren van vrouwen die het persen in de eerste lijn zijn begonnen;
- vragen of vrouwen mee willen doen aan een vragenlijstonderzoek;
- vragenlijst uitdelen;
- vragenlijst kan aan u teruggegeven worden of worden opgestuurd.

op pijn en gevoel van controle? Help ons dan om voldoende gegevens te verzamelen. Help ons en uzelf door onderzoek in en voor de eerstelijns verloskunde te realiseren! Neem contact op met:

Marlies Rijnders, T: 071 5181889,
E: MEB.Rijnders@pg.tno.nl
Ank de Jonge, T: 071 5181760,
E: A.deJonge@pg.tno.nl □

Referenties

[1] Zeeman K. Bekwame vrouwen, mooie presentaties. *Tijdschr voor Verloskundigen* 2006; 31(4): 37-40.

[2] Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor Zorgverzekeringen., *Verloskundig vademecum 2003*, College voor zorgverzekeringen 2003.

[3] Prins M, Van Roosmalen J, Treffers P. Prenatale zorg. In: *Praktische Verloskunde*. Bohn Stafleu Van Loghum 2004. p. 43-77.

[4] Dekker CJ, Wolfswinkel F, Aarnoudse

JG. Inleiding van de baring thuis bij dreigende serotiniteit; Een observatieonderzoek in de huisartsenpraktijk op Urk. *Huisarts en Wetenschap* 1999; 42(6): 251-3.

[5] NVOG-richtlijn nr. 8. Serotiniteit. Maart 1998.

[6] Roach VJ, Rogers MS. Pregnancy outcome beyond 41 weeks gestation. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 59:19-24.

[7] Bobby PD, Divon MY. Fetal testing in postdates. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997; 9: 79-82.

[8] Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Forty weeks and beyond: pregnancy

outcomes by week of gestation. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 291-4.

[9] Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ et al. *Williams obstetrics*, 21st edition McGraw-Hill 2001.

[10] Hannah ME, Huh C, Hewson SA et al. Postterm pregnancy: putting the merits of a policy of induction of labor into perspective. *Birth* 1996; 23: 13-9.

[11] De Jonge A, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Geen goede argumenten voor de rugligging als standaardbaringshouding tijdens de uitdrijving; een meta-analyse. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148

(23): 1146-50.

[12] De Jonge A, Lagro-Janssen ALM. Baringshoudingen. Een kwalitatief onderzoek naar de opvattingen van vrouwen over verschillende baringshoudingen. Tijdschr voor Verloskundigen 2004; 29 (10): 17-25.

[13] Gibbins & Thomson (2001). Women's expectations and experiences of child-birth. Midwifery 2001; 17: 302-13.

[14] Henty D. Brought to bed: a critical

look at birthing positions. RCM Midwives J 1998; 1(10): 310-313.

[15] Gupta JK & Nikodem VC. Woman's position during the second stage of labour (Cochrane Review). Oxford, England: Cochrane Library, Update Software; 2000; issue 4.

[16] Marttila M, Kajanoja P & Ylikorkala O. Maternal half-sitting position in the second stage of labor. Journal of Perinatal Medicine 1983; 11: 286-289.

[17] Waldenström U & Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. Birth 1991; 18(1): 5-10.

[18] De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S & Jones PJ. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997; 104: 567-571.

Literatuur van pagina 27

[1] Rings EHHM, Straaten HLM van, Fernandes J. Wat is een lage bloedsuikervaarde op de neonatale leeftijd?

Biochemische, klinische en therapeutische overwegingen. Tijdschr Kindergeneesk 1998;66:24-8

[2] Brand PLP, Molenaar NLD, Kaaijk C, Wierenga WS. Neurodevelopmental out-

come of hypoglycemia in healthy, large for gestational age, term newborns. Arch Dis Child 2005;90:78-81

[3] Cornblath M, Hawdon JM, Williams AF, Aynsley-Green A, Ward-Platt MP, Schwartz R, Kalhan SC. Controversies regarding definition of neonatal hypoglycaemia: suggested operational thresholds. Pediatrics 2000;105:1141-5

[4] Aanstoot HJ. Bloedsuikerbepalingen in de eerste levensdagen. Tijdschr Kindergeneesk 1998;66:19-23

[5] Ko HT, Yeung WKY, Young BWY. Evaluation of 'point of care' devices in the measurement of low blood glucose in neonatal practice. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004;89:F356-F359

Wegens vertrek van één van ons naar het buitenland, zijn we per 1 oktober 2006 op zoek naar een

enthousiaste verloskundige

voor 12 dagen per maand.

Je komt te werken in loondienst (STBN praktijk).

Verdere kenmerken van de praktijk:

- plm. 360 bevallingen per jaar
- grote multiculturele cliëntenpopulatie
- gehuisvest in Ouder Kind Centrum
- 4 dagen p.w. assistente aanwezig
- praktijk is onderdeel van STBN (zie www.stbn.nl)
- op termijn mogelijkheid praktijk mee over te nemen/in te kopen

Stuur je brief en cv naar vvmagal@zonnet.nl

Wil je eerst meer informatie?

Bel ons gerust: 020-6152035.

Vroedvrouwen Magalhaensplein
Lena Deutsch, Ruth van Nie,
Kristel Peters, Eva de Voogt
Magalhaensplein 2
1057 VG Amsterdam



Screenen en counselen "Hoe pak ik dat nu aan?" >>

Een tiental regionale cursussen
van september tot december 2006

Deze basale en oriënterende cursus geeft een eerste kennismaking met counselen over de screening naar het Syndroom van Down en het Structureel Echoscopisch Onderzoek. Aan bod komen feiten en fabels van prenatale screening, screening en dan?, casuïstiek en rollenspelen.

De avond wordt verzorgd door een deskundig team van sprekers: een derdelijns verloskundige met veel ervaring in het counselen en wisselend een genetisch consulent, arts klinische genetica, klinisch geneticus en / of maatschappelijk werker.

Data en plaatsen		
Utrecht		27 september 2006
Den Haag		4 oktober 2006
Bergen op Zoom		11 oktober 2006
Groningen		9 november 2006
Amsterdam		7 november 2006
Eindhoven		15 november 2006
Zwolle		21 november 2006
Maastricht		29 november 2006
Rotterdam		6 december 2006
Arnhem		13 december 2006

Kosten: € 65,- / € 15,- korting voor studenten
Accreditatie aangevraagd bij de KNOV
Ontvangst vanaf 18.00 uur
Aanvang cursus 19.00 uur
Einde om 21.30 uur



Voor overige informatie zie www.scem.nl of bel 0345-57 66 42