



beeld: Koen Verheijden, HH

Goede voorlichting en integratie van zorg voorkomen teleurstelling

Van thuisbevalling naar ziekenhuis

Klaartje Manders, gynaecoloog
in opleiding, Atrium Medisch
Centrum Parkstad, Heerlen

Diana Wentink-Lander, verlos-
kundige, Verloskundige Praktijk
't Bolleke, Hoensbroek

dr. Frans Roumen,
gynaecoloog, Atrium Medisch
Centrum Parkstad, Heerlen

Correspondentieadres:
klaartje.manders@home.nl;
c.c.: redactie@medischcon-
tact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Vrouwen die tijdens een thuisbevalling toch naar het ziekenhuis moeten, ondervinden daarvan relatief veel nadelen. Ze hebben meer behoefte aan pijnstilling, krijgen vaker een kunstverlossing en zijn het minst tevreden over hun bevalling.

In Nederland wordt de verloskundige zorg verleend conform de adviezen van het Verloskundig Vademecum 2003.¹ De eerste lijn begeleidt de normaal verlopende zwangerschap, bevalling en kraamperiode, en de tweede lijn de te verwachten pathologische zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Bij beoordeling op het raakvlak van de eerste en tweede lijn, vindt overleg plaats. Soms is er aanleiding de bevalling in het ziekenhuis te laten plaats-

vinden om eventueel transportrisico tijdens de bevalling te vermijden. In dat geval ligt de verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg in principe bij de eerstelijns verloskundige zorgverlener.

Voor de meeste zwangere vrouwen functioneert dit systeem naar tevredenheid. Dit geldt echter niet voor de vrouwen bij wie tijdens de baring thuis problemen ontstaan. Relatief gezien is deze groep behoorlijk groot: van alle

SAMENVATTING

- Het percentage vrouwen dat tijdens de baring wordt ingestuurd is hoog, vooral onder nulliparae.
- Deze vrouwen hebben vaker behoefte aan pijnstilling, ondergaan vaker een kunstverlossing en zijn vaker ontevreden over het beloop tijdens de baring.
- De voorlichting aan zwangere vrouwen moet objectief en eerlijk zijn en vindt bij voorkeur plaats door zorgverleners uit zowel de eerste als de tweede lijn.
- Een huiselijk ingericht zorgcentrum waar verloskundigen alle laagrisicobevallingen begeleiden en gynaecologen desgevraagd de begeleiding overnemen, zal het aantal kunstverlossingen doen dalen en de tevredenheid van de zwangere vrouwen doen stijgen.

patiënten die de bevalling beginnen in de eerste lijn, wordt 49 procent van de nulliparae en 17 procent van de multiparae ingestuurd naar de tweede lijn.² De meest voorkomende indicatie voor verwijzing is noodzaak tot sedatie of pijnstilling, gevolgd door meconiumhoudend vruchtwater, niet-vorderende ontsluiting, voortijdig gebroken vliezen en niet-vorderende uitdrijving. Uit landelijk onderzoek blijkt dat vrouwen die tijdens de baring worden ingestuurd, significant vaker een vaginale kunstverlossing (relatief risico [RR] 1,42) en een secundaire sectio (RR 1,20) krijgen dan vrouwen die de baring starten in het ziekenhuis onder leiding van de tweede lijn.³ Daarnaast krijgen deze vrouwen in de regio Heerlen ook nog eens vaker epidurale pijnstilling (RR 1,45). Extra vervelend is dat 16 procent van de vrouwen die tijdens de bevalling worden ingestuurd, na drie jaar nog negatieve gevoelens heeft over haar bevalling.⁴ Factoren die hierbij een onafhankelijke en significante rol spelen, zijn de verplaatsing tijdens de baring van thuis naar ziekenhuis, het niet kunnen omgaan met de baringspijn, onvoldoende inspraak over pijnstilling, een vaginale kunstverlossing of keizersnede, en angst voor het eigen leven en dat van de baby. Daarnaast spelen negatieve gevoelens over de zorgverleners een belangrijke rol.

Desillusie

Uit recent onderzoek blijkt dat de meeste vrouwen al vóór de twaalfde week van de zwangerschap hebben besloten waar ze willen bevallen.⁵ Dat is dus meestal al vóór het eerste bezoek aan hun verloskundige begeleider. Het is maar zeer de vraag of deze vrouwen op dat moment voldoende betrouwbare informatie hebben over de voors en tegens van hun keuze.


Vrouwen zouden objectiever moeten worden geïnformeerd over het reële verwijsrisico tijdens de baring en de bijbehorende consequenties, zoals de verhuizing naar het ziekenhuis, de overdracht van zorg en de gang van zaken in de tweede lijn. Dit geldt vooral voor vrouwen die nooit eerder zijn bevallen. Zorgverleners uit de eerste en de tweede lijn zouden deze voorlichting gezamenlijk kunnen geven, bijvoorbeeld maandelijks in groepsverband aan vrouwen die rond de dertig weken zwanger zijn. Uitgangspunt is dat een zo reëel mogelijk verwachtingspatroon bij de aanstaande moeder zeer belang-

rijk is om de bevalling niet op een desillusie te laten uitlopen. Hierbij is het uitdrukkelijk niet de bedoeling 'de roze wol' te verstoren, maar eerlijk uit te leggen dat het niet goed mogelijk is te voorspellen wie er daadwerkelijk zonder problemen thuis zal bevallen. Als een vrouw dan tijdens de baring wordt ingestuurd vanwege behoefte aan pijnstilling of niet vorderen, weet ze wat haar te wachten staat. In dezelfde sessie zou de anesthesioloog de verschillende mogelijkheden van medicamenteuze pijnbehandeling op een rijtje kunnen zetten.⁶ De vrouw en haar partner kunnen vervolgens worden rondgeleid over het verloskamercomplex, zodat zij bekend raken met de omgeving en de daar werkende zorgverleners.

Huiselijk

Een huiselijk ingericht zorgcentrum in het ziekenhuis (kraamsuites) kan ook een oplossing zijn. Immers, in een meer huiselijk ingerichte ziekenhuiskamer blijken diverse baringsuitkomsten gunstiger dan in een conventionele verloskamer.⁷ Zo krijgen vrouwen minder vaak pijnstilling tijdens de partus en bevallen iets vaker spontaan vaginaal met een kleinere kans op een episiotomie. Ze zijn ook meer tevreden over de geboden zorg. De tevredenheid over de baring is groter als de zorgverleners adequaat ondersteunen, als de relatie met de zorgverleners goed is, en als de vrouwen tijdens de baring worden betrokken bij het nemen van beslissingen die hen aangaan.

In zo'n huiselijk ingericht zorgcentrum begeleidt de verloskundige in principe de baring. Dat zou eigenlijk ook moeten gelden voor de vrouwen die ondanks een laagrisicoprofiel worden begeleid door de tweede lijn. Deze vrouwen blijken immers significant vaker een kunstverlossing te krijgen dan wanneer zij zouden zijn begeleid door de eerste lijn.⁸ Het hogere percentage kunstverlossingen in de tweede lijn is te verklaren door de continue bewaking van het kind tijdens de bevalling of het 'ongeduld' van de gynaecoloog. De gynaecoloog moet pas tot interventie overgaan als de verloskundige daarom vraagt. Een dergelijke betere integratie van de zorgverlening tussen eerste en tweede lijn is al eerder in Nederland bepleit en recentelijk weer opnieuw.^{9 10}

In combinatie met een betere en objectievere voorlichting tijdens de zwangerschap zal dit resulteren in een fysiologischer beloop van de baring met minder kunstverlossingen. Vrouwen zullen hierdoor ongetwijfeld met meer tevredenheid terugkijken op een van hun belangrijkste *life events*. 

Huiselijke verloskamers leiden tot gunstiger baringsuitkomsten



De literatuurlijst en gerelateerde MC-artikelen vindt u bij dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Verloskundig Vademecum 2003. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. <http://www.cvz.nl>.
2. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG* 2008; 115: 570-8.
3. Stichting Perinatale Registratie Nederland. <http://www.perinatreg.nl>.
4. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, Buitendijk S. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008; 35: 107-16.
5. Hendrix M, Van Horck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J, Nijhuis J. Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands. *BJOG* 2009; 116: 537-44.
6. CBO-Richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. 2008. http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_ptp_08.pdf/view.
7. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 (1): CD000012.
8. Maassen MS, Hendrix MJC, van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: primary versus secondary care. *Birth* 2008; 35: 277-82.
9. Reuwer PJHM, Bruinse HW. Preventive Support of Labour. Een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers. Van Zuiden Communications BV, Alphen aan den Rijn, 2002.
10. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Proactive support of labor. The challenge of normal childbirth. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.