

Opleidingen geven gericht onderwijs over stuit

HANDEN INEEN VOOR VAGINALE STUITBEVALLING

De vaginale stuitbevalling is aan een voorzichtige comeback bezig. De nieuwe visie predikt een verticale positie van de barende en een eigen set handelingen voor de zorgverlener. In de praktijk gebeurt dit nog mondjesmaat, maar vanaf komend studiejaar geven alle opleidingen verloskunde er gericht onderwijs over.

FOTO'S: MIRJAM VAN DER LINDEN

Annemiek Verbeek is freelance journalist

Een gedachte-experiment. Een cliënt die zwanger is van haar vierde kind, een niks-aan-de-hand zwangerschap. Maar dan. Als ze 39+3 weken zwanger is, belt haar partner middenin de nacht, lichte paniek in zijn stem. Het gaat snel. U komt aan en het eerste wat u ziet, zijn een paar billen. Wat doet u? Meteen een ambulance bellen? De baring thuis afmaken? Bahareh Goodarzi, docent complexe vaardigheden aan de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen, schetst deze situatie standaard aan elke groep nieuwe studenten. "Het gebeurt niet vaak dat verloskundigen een onverwachte stuitligging thuis treffen die ook nog eens zo ver gevorderd is, maar het zal je maar gebeuren. Verloskundigen zijn juist getraind om in onverwachte situaties adequaat te handelen. Zij kunnen op dat soort momenten een snelle risico-afweging maken: waar ben ik, welke vrouw heb ik tegenover me, wat kan ik doen om in deze situatie een zo goed mogelijke uitkomst te krijgen? Nu zal de gemiddelde verloskundige een dwarsbed maken waarbij ze de vrouw vraagt op haar op rug te gaan liggen voor de bevalling. Wij willen echter dat onze studenten nadenken over het alternatieve scenario: overweeg een bevalling in verticale houding of op handen en knieën, vooral als de vrouw die houding al zelf aanneemt. We zouden veel meer op het instinct van vrouwen kunnen vertrouwen dan we nu vaak doen."

Uniform onderwijs, uniforme zorg

Met dat gegeven als uitgangspunt, organiseerden de drie opleidingen verloskunde op 20 juni jongstleden een bijscholingsdag voor docenten verloskunde. Tweëntwintig docenten van de opleidingen, inclusief de Masteropleiding klinische verloskundige in Rotterdam, kregen in Den Bosch les van de Britse verloskundige en 'stuit-geroe' Shawn Walker.

Volgens Walker is een stuitligging geen obstetrische spoedsituatie, maar een complexe variatie op de fysiologische bevalling. Als we een stuitligging neerzetten als gevaarlijk en abnormaal, bestaat de kans dat we daar als zorgverlener ook naar handelen.

Goodarzi: "Shawn beredeneert de stuit vanuit de fysiologie van de spildraai. Dit vergt inzicht in de anatomie van het bekken en de wijze waarop de foetus zich ten opzichte daarvan verhoudt. Tijdens de training zijn er veel video's bekeken en is er geoefend met de mogelijke interventies, zoals de 'shoulder press', waarbij de geboorte van het hoofd van de baby wordt ondersteund. Als de billen staan, is er een tijdsindicatie van zeven minuten voordat het hoofd geboren moet zijn, om mogelijke complicaties te voorkomen. Wat ik zo mooi vind aan de visie van Walker: je kunt even een zijweggetje ingaan en van het fysiologische pad afgaan met interventies die zij voorstelt, maar die zorgen er juist voor dat



Bahareh Goodarzi
Docent complexe vaardigheden aan de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

Sascha Frauenfelder
Klinisch verloskundige in het OLVG West in Amsterdam en docent aan de masteropleiding physician assistant klinisch verloskundige aan de Hogeschool in Rotterdam

Leonie van Rheenen-Flach
Gynaecoloog in het OLVG (locatie West) in Amsterdam

het fysiologische karakter van de bevalling zich kan herstellen.”
De training vond plaats in het kader van het Landelijk Verloskundig Overleg Vaardigheids- onderwijs een samenwerking tussen de opleidingen verloskunde waarbij gezamenlijke richtlijnen voor het vaardigheidsonderwijs worden opgesteld. Het uiteindelijke doel: uniform, up-to-date en zo kwalitatief hoogstaand medisch-technisch onderwijs aan alle studenten verloskunde.
Eerder werden zo al richtlijnen opgesteld voor onder andere schouderdystocie, reanimatie van de neonat, hechten en postpartum bloedverlies. Goodarzi: “Wij willen dat een zwangere in Maastricht dezelfde kwaliteit zorg krijgt als een zwangere in Leeuwarden. Door als opleidingen één lijn te trekken, be-

‘Als we een stuitligging neerzetten als gevaarlijk en abnormaal, bestaat de kans dat we daar als zorgverlener ook naar handelen’

ginnen verloskundigen straks hun carrière met dezelfde evidence based- baggage.”
Goodarzi benadrukt dat studenten straks niet meer de conventionele werkwijze bij stuitbaringen aangeleerd krijgen. “Het bevallen op de rug is standaard in de meeste ziekenhuizen, we zijn ook niet zo stellig dat we zeggen dat er maar één weg naar Rome is. Als ze tijdens hun stage of op een latere werkplek te maken krijgen met een andere werkwijze, zijn ze in elk scenario in staat te handelen. In mijn ogen is een duurzame verloskundige in de eerste plaats een verloskundige die kritisch blijft nadenken en wetenschappelijke inzichten op waarde kan schatten. Wat nu de consensus is kan immers over een paar jaar weer anders zijn. We stimuleren onze studenten zelf na te denken, zodat zij straks in het werkveld in staat zijn hun eigen afwegingen te maken, op basis van alle beschikbare kennis die er is.”

Niet bekwaam door kleine aantallen

Een stuitbevalling is, het zal nagenoeg bekend zijn, sinds de Hannah-trial in onmin geraakt. Dat onderzoek uit 2000 concludeerde dat een

keizersnede beter zou zijn voor de baby, waarop er een vrij radicale beleidsomslag plaatsvond en de primaire sectio uitgangspunt werd.
Jonge gynaecologen kregen nauwelijks nog te maken met vaginale stuitbevallingen, waardoor de keuze voor een vaginale baring voor de meeste zwangeren niet meer reëel was. Van de ongeveer zesduizend Nederlandse baby's in stuitliggingen per jaar (3 a 4%), worden zo'n 4.800 middels een keizersnede geboren.
In 2016 organiseerden de Amsterdamse ziekenhuizen OLVG en AMC een tweedaags stuitcongres, Teach the Breech!, dat aandacht wilde vragen voor het wetenschappelijk onderzoek dan juist aantoonde dat vaginaal bevallen van een baby in stuitligging een verantwoorde keuze kan zijn (zie TvV-4 2016). Volgens de organisatoren was het broodnodig dat zorgverleners hun kennis en vaardigheden weer terugkrijgen op het gebied van de vaginale stuit.
Gynaecoloog Leonie van Rheenen-Flach van het OLVG (locatie West) in Amsterdam was één van de initiatiefneemsters en geldt als voorloper op het gebied van stuitbaringen. Twee jaar na het congres concludeert ze dat er “helaas nog steeds geen revolutie heeft plaatsgevonden”. “De tijd dat alle wenkbrauwen omhoog gingen als ik pleitte voor vaginale stuitbevallingen anders dan op de rug liggend, is wel voorbij. Maar dat betekent niet dat ze in de rij staan om de kunst hier af te kijken. En de vraag is ook of dat erg is; vaginaal bevallen is voor mij geen doel op zich. Dat wij een vrouw op ‘all fours’ laten bevallen, betekent niet dat er geen problemen meer kunnen ontstaan. Er is nog niet veel onderzoek naar de voordelen van de stuitbevaling in een verticale houding.”
Om je als zorgverlener echt te specialiseren in het ondersteunen van stuitbaringen, moet je er waarschijnlijk vooral véél zien. Dat is precies wat de Duitse gynaecoloog en hoogleraar verloskunde Frank Louwen doet – in zijn kliniek komen veel vrouwen voor een stuitbevalling en hij documenteert een snellere ontsluiting, minder interventies en een kortere persfase als de vrouw op handen en knieën zit. Van Rheenen-Flach: “In ons ziekenhuis houden we alle data van stuitbevallingen nauwkeurig bij. De meeste vrouwen kiezen zelf voor een sectio. Sommige verloskundigen reageren chagrijnig als ik een arts in opleiding naar voren schuif bij een vaginale stuitbevalling, maar ik wil gewoon dat de nieuwe generatie gynaecologen ook weet hoe dat gaat. Het rotte met die kleine aantallen is dat één slechte ervaring onevenredig zwaar meeweegt. Dan is het al snel: we doen wel een keizersnede. Daarvan voeren we er wekelijks een paar uit, dat hebben ze in de vingers.”

Klinische verloskundige is brug

Zowel Bahareh Goodarzi, Frank Louwen, Shawn Walker als Leonie van Rheenen-Flach onderschrijven de stelling dat het ondersteunen bij stuitbaringen het werk van een specialist is. Goodarzi ziet een toekomst waar dat ook de verloskundige kan zijn, als zij degene is die de expertise heeft opgebouwd. “Idealiter is het een gezamenlijke begeleiding, juist omdat het zo weinig voorkomt. Daarom is het belangrijk dat we samen met klinisch verloskundigen en gynaecologen afspraken maken en samen trainen.”
Wat Van Rheenen-Flach betreft blijft de stuitligging het werkerterrein van een gynaecoloog. “Een stuit is wezenlijk anders. Bij een hoofdligging weet je: als dat hoofd eruit is, volgt het lijf ook wel. Bij een stuit blijft het tot de allerlaatste wee spannend, daarom is de richtlijn van zeven minuten die Shawn Walker aanreikt tussen het staan van de billen en de geboorte van het hoofd een mooi handvat.”
De klinische verloskundige kan binnen die ziekenhuissetting de ideale brugfunctie vervullen; zij hebben oog voor de fysiologie én kennis en ervaring met pathologie. Sascha Frauenfelder is klinisch verloskundige in het OLVG West in Amsterdam en daarnaast drie dagen per week werkzaam als docent aan de masteropleiding physici-an assistent klinisch verloskundige aan de Hogeschool in Rotterdam. “Steeds meer gynaecologen en klinisch verloskundigen staan open voor wat de vrouw nodig heeft om zo goed mogelijk te bevallen, waardoor er ook in de medische setting steeds meer ruimte is voor de fysiologie. Ik geloof in de wisselwerking: de klinische verloskundige wordt mede opgeleid door de gynaecoloog om binnen het multidisciplinaire team zwangeren te begeleiden met een medische indicatie, en de klinische verloskundige leveren op hun beurt weer een bijdrage aan de opleiding aan de arts-assistenten. Als een eerstelijns verloskundige binnenkomt met een ‘onverwachte stuit’, dan is het fijn als zij erbij blijft als vertrouwd gezicht en het kunnen verwoorden van de wensen van de vrouw, en wij zijn er dan voor de begeleiding. En uiteraard hebben steeds meer eerstelijns verloskundigen een belangrijke rol bij het uitvoeren van versies rond 36 weken. Op die manier versterken alle disciplines elkaar en krijg je betere uitkomsten, daarvan ben ik overtuigd.”
Ze vervolgt: ‘Het OLVG West heeft ondanks de Hannah-trial altijd opengestaan voor de keuze van de cliënt, en geloof blijven houden dat een vaginale stuitbevalling een goede optie is. In mijn beginjaren zag ik

‘Als je een vrouw pas tijdens het persen rechtop zet, mis je een kans’

vaak dat vrouwen in bed, aan het CTG, aan het ontsluiten waren. Mede door de samenwerking van klinisch verloskundigen en gynaecologen hebben wij gekeken of dat anders kon. Juist de samenwerking tussen de gynaecoloog en de klinische verloskundige zie ik als kracht. Samen houdt je elkaar wakker met het delen van visie en inzicht. Dat kan je vervolgens ook uitdragen aan de zwangere, die na alle informatie de keuze kan maken hoe ze wil baren.”
Leonie van Rheenen-Flach heeft mede door het samenwerken met de klinische verloskundigen gezorgd dat er een medisch bevalbad kwam en een draadloos CTG, zodat de klinische verloskundige ook ruimte heeft om de vrouw te begeleiden en te adviseren in het zoeken naar de beste baringshouding. En als er dan een complicatie optreedt, dan is het geweldig om daar als team te staan. Door samen te trainen, te oefenen met het bekken en de pop, video's te bekijken van stuitbevallingen en samen expertise op te bouwen, kan je tijdens een moment van stress bij een baring in stuitligging snel de opties met elkaar doorneemen. Ik heb vaak genoeg gezien dat die aanpak in de praktijk werkt.”

Flot en ongecompliceerd

Frauenfelder benadrukt dat de focus niet alleen op de uitdrijving moet liggen. “Juist bij een stuitligging is een vlotte en ongecompliceerde ontsluitingsfase cruciaal. Als je een vrouw pas tijdens het persen rechtop zet, mis je een kans. Ik herinner me dat ik een dagdienst overnam en bij een mevrouw op de kamer kwam die op haar rug haar ontsluitingsweeën aan het opvangen was. Ik vroeg haar wat ze zelf wilde, en ze zei dat eigenlijk best graag wat heen en weer zou lopen. ‘Dan moet je dat lekker doen’, zei ik. Zij is uiteindelijk mooi vaginaal bevallen van een baby in stuitligging. Zowel bij mijn studenten als de artsen in opleiding die ik op de werkvloer tref, benadruk ik dat ze moeten samenwerken met de vrouw om wie het uiteindelijk gaat. Vraag háár wat ze voelt en wat ze denkt dat ze moet doen. Juist daar kunnen wij als klinische verloskundige in het ziekenhuis-team een verschil maken.”