

# Protocol niet vorderende uitdrijving

## Doel van het protocol

1. Het bieden van handvatten bij het stellen van de diagnose niet vorderende uitdrijving
2. Het suggereren van handelingen ter voorkoming van (een onterechte diagnose met) niet vorderende uitdrijving
3. Het beschrijven hoe de overdracht van de medische zorg dient te verlopen bij een barende waarbij een niet vorderende uitdrijving is vastgesteld, zodat deze overdracht veilig en ongecompliceerd kan verlopen

## Betrokkenen

- Patiente en partner
- O&G verpleegkundige
- Kraamverzorgende
- Eerstelijns verloskundige
- Tweedelijns verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog

## Risicofactoren

Cave: dit zijn factoren waarvan wordt aangenomen dat zij een verhoogd risico op niet vorderende uitdrijving geven; onderbouwing hiervoor ontbreekt en is dus niet in de literatuur onder aan dit protocol terug te vinden.

- Standsafwijkingen van het kind
- latrogeen: oa te vroeg starten met persen en/of ongunstige baringshouding
- (secundaire) weeënzwakte.
- Positieve dyscongruentie
- Caput beweeglijk boven bekkeningang (cbbbi)
- Schouderdystocie in anamnese
- Moeizame vacuümextractie in anamnese
- BMI > 35

## Diagnosestelling

Het beoordelen van de progressie gedurende de uitdrijving behoort tot de bekwaamheid van de zorgverlener. In de literatuur wordt verschillend geschreven over wanneer gesteld kan worden dat de uitdrijving is begonnen en wat de lengte van een normale uitdrijving is; onderzoeken hieromtrent zijn van wisselende kwaliteit. Om deze reden is het niet mogelijk een objectieve diagnose te stellen wat betreft onvoldoende vorderende uitdrijving, maar kunnen er hoogstens richtlijnen gegeven worden voor wat normaal is en hoe dat vast te stellen.

Criteria in de NICE-guideline voor vaststelling van de actieve uitdrijvingsfase zijn (nb bij gebrek aan relevante onderzoeksresultaten zijn deze gebaseerd op expert opinion):

- Als het caput zichtbaar is
- Bij onhoudbare persdrang en vaststelling van VO middels een inwendig onderzoek of middels andere tekenen
- Bij actief maternaal persen na vaststelling van VO bij het uitblijven van onhoudbare persdrang

De NICE-guideline stelt verder dat bij analyse van de beschikbare literatuur geen relatie blijkt tussen een verlengde uitdrijvingsfase en slechtere perinatale uitkomsten. Een langdurige uitdrijvingsfase per se is daarom niet zonder meer een indicatie voor medisch ingrijpen.

Zij geeft na een beschouwing van het beschikbare onderzoek de volgende aanbevelingen

- Bij de meeste primipara zal de actieve uitdrijvingsfase niet langer duren dan drie uur. Als na twee uur actief persen de geboorte van de baby niet in zicht is, kan de diagnose niet vorderende uitdrijving gesteld worden.
- Bij de meeste multipara zal de actieve uitdrijvingsfase niet langer duren dan twee uur. Als na een uur actief persen de geboorte van de baby niet in zicht is, kan de diagnose niet vorderende uitdrijving gesteld worden.

### Aanbevelingen ter voorkoming van (onterechte diagnose van) NVU

Slechts zelden is pathologie in de vorm van een standsafwijking dan wel als gevolg van een absolute wanverhouding de oorzaak van een niet vorderende uitdrijving, maar de zorgverlener dient bij beoordeling van de progressie uiteraard wel rekening te houden met deze mogelijkheid.

Mogelijke oorzaken zijn epidurale pijnstilling, onvoldoende weeënactiviteit of maternale uitputting. Een andere mogelijkheid is dat er na het constateren van volledige ontsluiting bij afwezigheid van spontane persdrang te vroeg gestart is met actief (gecoached) persen of dat de barende zich in een ineffectieve houding bevindt.

### Beleid in de zwangerschap

Actieve informatievoorziening rondom de baring en de verschillende houdingen bij de baring  
Actieve motivatie tot het beschrijven van een geboorteplan, dit om na te denken over de mogelijkheden rondom de baring

Actief motiveren tot het volgen van een cursus of zich inlezen met geschikte literatuur.

## Beleid tijdens de baring

### Niet te snel start persen

Het heeft de voorkeur om de tijd te nemen om te wachten op onhoudbare persdrang en om de barende spontaan (dus niet geïnstrueerd) te laten persen in een andere houding dan liggend op bed. Adviseer de barende een actieve baringshouding aan te nemen en regelmatig van houding te veranderen.

### Bij onvoldoende vordering actieve baringshouding actief faciliteren

Vraag de barende gedurende minimaal 30 minuten een andere houding aan te nemen dan liggend op de rug; in verticale houdingen wordt vaak meer persdrang ervaren. Een baarkruk kan, als methode om de houding regelmatig te wisselen, behulpzaam zijn bij een langdurige uitdrijving maar diepe hurkzit is bij uitstek een houding waarmee de bekkenuitgang wordt vergroot en kan een vlotte progressie aanzienlijk bevorderen.

### Progressie beoordelen ten opzichte van weeën en risicofactoren

Beoordeel regelmatig (middels een VT dan wel op andere wijze) de progressie ten opzichte van de frequentie van de weeën. Bij een lagere weeënfrequentie is het normaal dat de uitdrijving wat langer duurt dan bij een hogere frequentie; overweeg bij lage weeënfrequentie in overleg met de barende overdracht om middels een infuus de weeënfrequentie te verhogen ook om zodoende het risico van een fluxus post partum te verlagen (zo concludeert een groot Zweeds onderzoek dat bij een uitdrijving van 3 uur het relatief risico op een fluxus van meer dan 500 ml 1.15 is ten opzichte van een uitdrijving van minder dan 1 uur).

Weeg bij onvoldoende progressie de risicofactoren af (met name obstetrische voorgeschiedenis, indaling, ligging en grootte kind) en overweeg het actief ledigen van de blaas en het rectum.

### Draagkracht en wensen barende meenemen in beslissing

Houd altijd rekening met de draagkracht van de barende en overleg regelmatig met haar. Soms is maternale uitputting de oorzaak van onvoldoende vordering en dan kan in overleg met de barende overwogen worden haar eerder over te dragen dan hiervoor genoemde tijdstippen, zeker indien een langere uitdrijving wordt verwacht bijvoorbeeld vanwege weeënfrequentie of mogelijk ongunstige ligging.

### STOP-moment

De twee situaties die we middels dit protocol willen voorkomen:

- Bij goede progressie enkel vanwege een tijdslimiet overdragen: onnodige en daarmee onwenselijke overdracht
- Een uitgeputte barende met een inmiddels al dan niet gecompromitteerd kind overdragen: overdracht te laat waardoor interventies in tweede lijn mogelijk minder effectief zijn en er meer risico is op complicaties

Na een uur persen bij een nullipara dan wel een half uur bij een multipara is het daarom wenselijk om een STOP-moment in te bouwen.

Betrek hierbij het verloop van de baring tot nog toe, vordering van de uitdrijving, uitgangssituatie bij start persen (indaling, aanwezigheid reflectoire persdrang), stand van het caput en frequentie/kracht van de weeen (moulage, caput suc) en de wens van de barende. Afhankelijk van de situatie en de (ervaring van de) aanwezig zorgverlener kan overleg zinvol zijn, overweeg hierbij of een eerstelijns collega (die bijvoorbeeld kan komen meebeoordelen) dan wel een tweedelijns collega hiervoor de aangewezen persoon is.

Overweeg overdracht vanuit thuis na 90 (nullipara) of 45 (multipara) minuten effectief persen.

Indien eerder weinig tot geen vordering waargenomen wordt is eerder insturen uiteraard te overwegen; het is dan wel belangrijk om te evalueren of er niet te vroeg gestart is met persen (zie boven).

### Overdracht vanuit de thuissituatie

Indien een barende vanuit thuis verwezen wordt vanwege onvoldoende vorderende uitdrijving kan vervoer met eigen transport kan overwogen worden, maar overweeg ook vervoer door of in aanwezigheid van een verloskundig hulpverlener.

Overweeg eerdere overdracht bij verdenking op pathologische factoren die van invloed kunnen zijn op het stagneren van de uitdrijving. Overweeg eerder transport bij factoren die van invloed zijn op de bereikbaarheid van een ziekenhuis (o.a. afstand, verkeersdrukte of volmeldingen bij voorkeursziekenhuizen in de omgeving).

### Wijze van overdracht

In eerste instantie vindt overdracht tussen eerste en tweede lijn telefonisch plaats, ook om zeker te stellen dat er geen plaatsgebrek is. De daadwerkelijke overdracht dient in persoon plaats te vinden. Dit is ten eerste om een zo compleet mogelijke overdracht van informatie te waarborgen, maar ook omdat een dergelijke overdracht door patiënten doorgaans als ingrijpend ervaren wordt en continuïteit van zorg vaak een invloedrijke factor is bij hoe een baring achteraf wordt beleefd. Het heeft om die reden ook voorkeur dat de overdragend verloskundige bij de patiënte blijft tot de baring afgelopen is.

Zodra dat mogelijk is vindt een complete overdracht van het dossier plaats; dat zal soms pas na afloop van de baring mogelijk zijn.

### Taken voor kraamzorg

1. Actief begeleiden en motiveren tot een alternatieve houding bij de baring. Op de hoogte zijn van alternatieve houdingen en zich scholen in de voor- en nadelen van deze verschillende houdingen.
2. Alert zijn op problemen/nazorg in de kraamperiode na een langdurige uitdrijving of een NVU + kunstverlossingen

## Links

<https://kckzapp.nl/wp-content/uploads/2018/09/1.-Zorgprotocol-Partusbegeleiding-en-assistentie-1-1.pdf>

<https://kckzapp.nl/appify/partusassistentie-in-acute-verloskundige-situaties/>

<https://kckzapp.nl/appify/16-handeling-expressie-bij-een-niet-vorderende-uitdrijving/>

<https://kckzapp.nl/wp-content/uploads/2017/09/2.-Zorgprotocol-Kraamzorg-vaginale-kunstverlossing-1.pdf>

Handreiking 'Baringshoudingen tijdens de uitdrijving'

[https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov\\_downloads/899/file/Handreiking%20Baringshoudingen%20mei%202012%20%281%29.pdf](https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/899/file/Handreiking%20Baringshoudingen%20mei%202012%20%281%29.pdf)

## Verticale baringshoudingen, achtergrond

Uit onderzoek blijkt dat bevallen in een andere houding dan liggend op de rug, veel voordelen heeft:

- de ontsluitingsduur en uitdrijvingsduur zijn korter (uit MRI onderzoek blijkt dat de diverse bekkenmaten bij een zwangere flexibel zijn en zeer afhankelijk van de aangenomen houding)
- vrouwen ervaren minder pijn
- vrouwen vinden het makkelijker om te persen
- er is een kleinere kans op interventies zoals episiotomieën en vaginale kunstverlossingen
- als vrouwen zelf gekozen hebben voor de baringshouding geeft het een gevoel van controle en kijken zij in de eerste periode na de bevalling beter op hun bevalling terug

## Bronnen

NICE guideline Intrapartum care for healthy women and babies, update 21.02.2017 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>)

De Jonge, A: Birthing positions revisited, examining the evidence for a routine practice (Thesis). Ponsen & Looijen B.V., Wageningen 2007.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009, Issue

Verhoeven CJM. Actief baren, op zoek naar de evidence. TvV december 2011.

Lawrence et al. Maternal positions and mobility during the first stage of labour (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009, Issue 2

Reitter et al, Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a women's pelvis, AJOG vol 211 dec 2014

Looft et al., Duration of Second Stage of Labour at Term and Pushing Time: Risk Factors for Postpartum Haemorrhage Paediatr Perinat Epidemiol 2017 Mar;31(2):126-133.

Protocol gemaakt door	Werkgroep Protocollen
Besproken met	Gardy Laurijssen, 1e lijns verloskundige Mieke Oostveen, 1e lijns verloskundige Lineke van den Berg, 1e lijns verloskundige Sabrina Grinwis, 1e lijns verloskundige Pauline Doedens, 1e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Lore de Meuter, klinisch verloskundige Hans Versendaal, gynaecoloog-perinatoloog Liv Freeman, gynaecoloog-perinatoloog Annelies den Hollander, leidinggevende kraamzorg RST
Goedgekeurd op	1 januari 2022