



VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGS VERBAND  
ZOETERMEER

## Ketenprotocol

Niet vorderende ontsluiting en  
het voorkomen daarvan

Auteurs:

I. Mourits en E. van Uffelen- mei 2015

Revisie M. de Jong en I. Mourits:

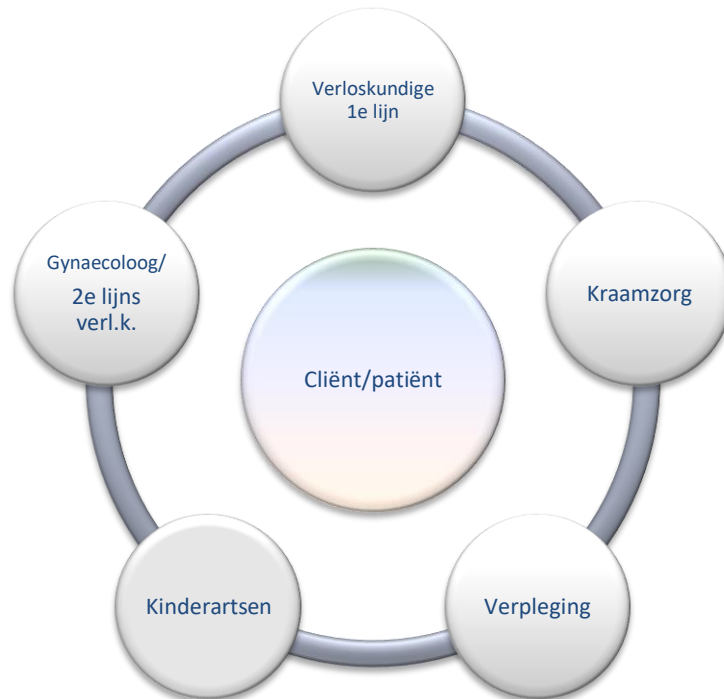
Juni 2017/ september 2019/September 2021

## Index:

onderwerp	pagina
Algemeen	2
Doel en uitgangspunten	2
Betrokken disciplines	2
Inleiding	3
Het begin van de baring	3
Definities	3
Het aspect tijd	4
Partogram WHO	4
Oorzaken	5
Beleid	5
Preventie	6
Literatuur en bronnen	7
Vastellen protocol	8
Bijlage 1: partogram VSV	9

## **Algemeen:**

Het Verloskundig Samenwerkings Verband Zoetermeer (VSV Zoetermeer) is in 2012 formeel opgericht ter verbetering van de verloskundige zorg in Zoetermeer. Het uitgangspunt is het bieden van een samenhangend zorgtraject waarbij alle ketenpartners verantwoordelijk zijn binnen hun eigen domein.



Stroomdiagram verloskundige keten

## **Doel van dit protocol**

Het doel van dit protocol is het beschrijven van de wijze waarop de verschillende disciplines binnen het VSV de afstemming van zorg hebben georganiseerd, dat de cliënt een eenheid van zorg ervaart. In het bijzonder is dit protocol erop gericht nodeloos langdurig baren te voorkomen door de zorg zodanig af te stemmen tussen de verschillende disciplines van het VSV, dat de barendes steeds passend wordt begeleid, dat de voortgang naar behoren wordt bewaakt en dat in geval van een niet vorderende ontsluiting tijdig en adequaat wordt bijgestuurd.

## **Uitgangspunten**

- Partijen benadrukken het grote belang van begeleiding van de vrouw, zowel in voorbereiding op de baring tijdens de zwangerschap, als tijdens de baring zelf. De begeleiding van de vrouw wordt zo ingericht, dat zoveel mogelijk een niet vorderende ontsluiting wordt voorkomen.
- Dit protocol geldt als algemene richtlijn en het te voeren beleid wordt vastgesteld in overleg met de barendes vrouw en afgestemd op haar draagkracht.

## **Betrokken disciplines bij dit protocol zijn:**

Kraamzorg

Verloskundigen 1<sup>e</sup> lijn/ 2<sup>e</sup> lijn

O/(G) Verpleegkundigen (i.o.)

Gynaecologen

## **Inleiding**

De ontsluiting is een complex proces. Er zijn grote individuele verschillen tussen vrouwen. Wat het begin van de baring teweegbrengt is voor een deel nog onbegrepen. Er is ook weinig hard bewijs (niveau1) voor het vaststellen van een niet vorderende ontsluiting. Niettemin is het in het kader van een eenduidige verloskundige zorgverlening raadzaam gezamenlijk af te spreken wat wij onder een niet vorderende ontsluiting verstaan en wat te doen.

In dit protocol is gedefinieerd wat wij in het VSV Zoetermeer verstaan onder een niet vorderende ontsluiting bij een tot dan toe ongestoord verlopen zwangerschap en baring in hoofdligging. Verder zullen aanbevelingen worden gedaan voor verloskundig beleid, begeleiding en preventie. Benadrukt dient te worden dat individualisering juist in deze problematiek van essentieel belang is.

Dit protocol beperkt zich tot voortgangs- en draagkrachtproblemen en ziet niet toe op andere stoornissen tijdens de baring, zoals foetale nood of abnormaal vaginaal bloedverlies.

## **Het begin van de baring (zonder gebroken vliezen):**

Het is lastig het begin van de baring vast te stellen of te definiëren en daarmee is het ook lastig een niet vorderende ontsluiting vast te stellen of te definiëren. Er bestaan vele opvattingen over.

Eenduidigheid bestaat wel over het onderscheid tussen het begin van de baring en de zgn.

transformatiefase, welke laatste tot de zwangerschap wordt gerekend. De zwangerschap gaat in meer of mindere mate geleidelijk over in de baring.

Niet eenduidig is de opvatting over het al dan niet bestaan van een tweedeling in de baring, de zgn.

latente en actieve fase van de baring. Gelet op het belang van begeleiding van de vrouw wordt in het kader van dit protocol de ontsluitingsfase van de baring opgedeeld in een latente en een actieve fase.

De baring begint met de latente fase.

## **Definities:**

**Transformatiefase :** - begin verstrijken en verweken van de cervix  
(zwangerschap) - ontsluiting < 3cm  
- toename Braxton Hicks contracties  
- start geleidelijke indaling van het voorliggend deel

**Latente fase van de baring:** - toenemende verstrijking van de cervix  
- ontsluiting  $\pm$  3 cm en geen of weinig vooruitgang in de ontsluiting  
- tenminste 2 contracties per 10 minuten, grote verschillen in contractiepatroon en tussen de individuele contracties  
- geen verdere indaling van het voorliggend deel

**Actieve fase van de baring:** - dunne, verstreken cervix  
- > 3cm ontsluiting en vooruitgang in de ontsluiting  
- krachtige contracties van gemiddeld 1 – 1 ½ minuut per stuk, ongeveer elke 3 minuten  
- verdere indaling van het voorliggend deel

**Niet vorderende ontsluiting:** - het overschrijden van een bepaalde tijdsduur in de latente en /of actieve fase van de baring. Gerekend vanaf het moment dat de zorgverlener door eigen observatie heeft vastgesteld dat de baring is begonnen, of in de actieve fase is gekomen.

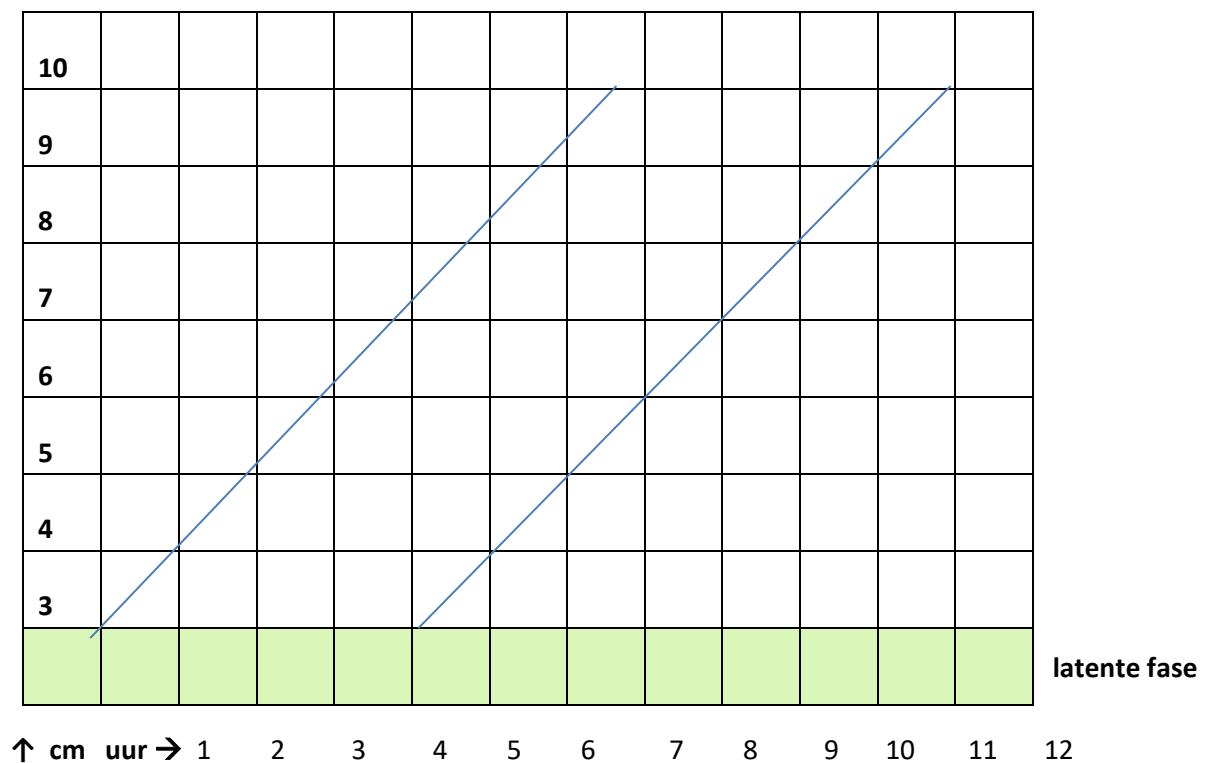
### Het aspect tijd:

Voor het vaststellen van de grenzen van een normale tijdsduur van de baring is aansluiting gezocht bij de WHO.

Er is sprake van een niet vorderende ontsluiting in de latente fase van de baring, wanneer deze ~~meer~~ langer dan 8 uur duurt vanaf het moment dat de verantwoordelijk verloskundig zorgverlener door eigen observatie heeft vastgesteld dat de latente fase is begonnen. Er is geen onderscheid tussen een nulli- of multipara. De individuele variatie is daarvoor te groot. Draagkracht van de barendende vrouw is ook hierbij weer het kernwoord voor beleid.

Voor het vaststellen van een niet vorderende ontsluiting in de actieve fase wordt het partogram van de WHO gehanteerd. Progressie, afgezet tegen tijd is hier het criterium. De eerste lijn in het partogram is een alertheidslijn, bij overschrijding van de tweede lijn is er sprake van een niet vorderende ontsluiting. Draagkracht van de vrouw blijft ook in deze fase leidend voor de bepaling van beleid.

Partogram WHO **actieve fase** van de ontsluiting



De verantwoordelijk verloskundig zorgverlener noteert het tijdstip van aanvang van de baring (“in partu verklaren”).

Het verdient aanbeveling de vordering van de ontsluiting (latent/actief) te objectiveren door registratie in een partogram. (bijlage1)

### **Oorzaken:**

Bij het stagneren van de baring in één van de fasen wordt het beleid bepaald door de oorzaak van de stagnatie.

De oorzaak kan gelegen zijn in

1. inadequate weeën activiteit,
2. een (relatieve) wanverhouding tussen het bekken en het voorliggend deel
3. angst en/of pijn bij de vrouw
4. onjuist vastgesteld moment van begin van de baring (latent/actief)

### **Beleid bij verschillende oorzaken van niet vorderende ontsluiting:**

#### **Ad 1: Inadequate weeën activiteit:**

Hiervan zal over het algemeen hoofdzakelijk sprake zijn in de **actieve fase** van de baring. Bij uitsluiting van angst en pijn van de vrouw zal het beleid gericht moeten zijn op verbetering van de weeën activiteit (progressie in de ontsluiting). Bij uitblijven van een betere progressie door het breken van de vliezen (niveau1) zal vervolgens verbetering van de weeën activiteit verkregen moeten worden met behulp van een Syntocinon-infuus. Vanuit de eerstelijns verloskundig zorgverlener vindt in dat geval verwijzing plaats van de vrouw naar de tweede lijns verloskundig zorgverlener voor behandeling met oxytocine onder permanente foetale bewaking. Extra alertheid is vereist bij het bestaan van een verhoogd risico op inadequate weeën (hoge BMI, relatief groot kind, mogelijke relatieve wanverhouding).

Inadequate weeën activiteit in de **latente fase** zal over het algemeen worden veroorzaakt door pijn /angst bij de vrouw. Het beleid zal gericht moeten zijn op het verminderen van de pijn/angst/onjuiste verwachtingen bij de vrouw t.a.v. de baring.

#### **Ad 2: Een relatieve wanverhouding tussen het bekken en het voorliggend deel:**

Een wanverhouding kan een trage progressie veroorzaken. De **actieve fase** kan vanaf het begin traag verlopen of aan het eind van de ontsluiting stagneren. Of er sprake is van een zodanige wanverhouding dat een vaginale baring onmogelijk is, zal meestal pas duidelijk worden aan het einde van de ontsluitingsfase, of tijdens de uitdrijvingsfase. Van belang is al in een vroeg stadium van de ontsluiting zorg te dragen voor adequate weeën activiteit.

#### **Ad 3: Angst/pijn bij de vrouw:**

Vaak voorkomend als oorzaak van niet vorderende ontsluiting in de **latente fase** van de baring, maar ook wel in de **actieve fase**. Interventies zijn erop gericht de angst en pijn bij de vrouw te verminderen en zo het progressie probleem te verhelpen.

Continue één op één begeleiding van de vrouw is aangewezen, aangezien het de voortgang van de baring bevordert en de behoefte aan pijnbestrijding vermindert (niveau 1).

Bij uitblijven van effect (progressie/coping van de vrouw) zal de verantwoordelijk verloskundig zorgverlener handelen overeenkomstig het pijnprotocol van het VSV wegens het bestaan van de noodzaak tot pijnstilling bij onvoldoende draagkracht in de latente of actieve fase van de ontsluiting.

Ad 4: Onjuist vastgesteld moment van het begin van de baring.

Hoewel dit geen oorzaak in zichzelf is, maar eerder een onjuiste beoordeling door de verantwoordelijk verloskundig zorgverlener, kan dit uiteindelijk wel een stagnatie van de baring opleveren.

Aangezien het lastig blijft het juiste moment van de baring vast te stellen, zal dit voor blijven komen. De verantwoordelijk verloskundig zorgverlener zal in die gevallen naar bevind van zaken moeten handelen, afhankelijk van de resterende draagkracht van de vrouw op dat moment.

Beleid in dit verband moet met name op preventie zijn gericht en begint al eerder, in de zwangerschap.

**Preventie:**

De beleving van de baring door de vrouw en de verwachtingen van tevoren zijn van grote invloed op het verloop van de baring.

De verantwoordelijk verloskundig zorgverleners dragen er zorg voor dat zij

1. in de zwangerschap:

- de vrouw stimuleren zich (ademhalings-)technieken eigen te maken om met de baringspijn om te gaan;
- de vrouw voldoende informeren over het te verwachten verloop van een baringproces;
- de verwachtingen van de vrouw (en haar partner) ten aanzien van de baring bespreken;
- de vrouw op het belang van continue begeleiding tijdens de baring wijzen;
- de vrouw en haar partner stimuleren tot het maken van een geboorteplan en dit vervolgens met hen bespreken.

2. tijdens de baring:

- zich ervan vergewissen of er sprake is van continue begeleiding van de barende door een professional en zo niet daarop actie ondernemen om dit te bewerkstelligen;
- de vrouw en haar partner betrekken in alle obstetrische beslissingen die genomen worden;
- de draagkracht van de vrouw bevorderen en bewaken.

### **Literatuur/bronnen:**

Advies stuurgroep zwangerschap en geboorte. *Rapport een goed Begin, veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte*. December 2009.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Rapport: Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut*. Utrecht, juni 2014.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Rapport: Verbetering nodig in de samenwerking tussen kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg*. Utrecht, juni 2014

Zorgstandaard 2016 College Perinatale Zorg

KNOV standaard niet vorderende ontsluiting, versie 16.12.2013.

NVOG richtlijn: spontane vaginale baring versie 2.0 14.11.2013

partogram WHO

Amniotomy for shortening spontaneous labour (review): Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 4: CD00616

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 10: CD003766

A. Lawrence e.a. Maternal positions and mobility during first stage of labour Cochrane Database syst. Rev. 2013 10. CD 003934

G.E. Hanley e.a. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature BMC Pregnancy Childbirth 2 april 2016 16:71

S. Kobayashi e.a. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 10. CD 011516.pub2



**Verantwoordelijk voor implementatie : Leden VSV Zoetermeer**

**Versie 1.0 goedgekeurd op : 04-05-2015**

**Ingangsdatum : 04-05-2015**

**Revisiedata van het protocol**

**Versie 2.0 herzien en goedgekeurd op : 13-06-2017**

**Ingangsdatum : 13-07-2017**

**Versie 3.0 herzien en goedgekeurd op : 11-09-2019**

**Ingangsdatum : 11-09-2019**

**Versie 4.0 herzien en goedgekeurd op : 16-09-2021**

**Ingangsdatum : 16-09-2021**

**Volgende revisie : september 2024**

Alle protocollen van het VSV Zoetermeer zijn terug te vinden op het publieke deel van onze website. In het LangeLand Ziekenhuis zijn zij via een link in iProva op te vragen.  
De herzieningstermijn van VSV-protocollen is 3 jaar.

# Bijlage 1: Partogram

## Partogram

datum (start partogram) \_\_\_\_\_  
 naam cliënte \_\_\_\_\_

5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
latente fase															
ontsluiting in cm															
ontsluiting in cm	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1					
	actieve fase														
tijd															
aantal uren															
ligging kind															
d.m.v. uitwendig onderzoek															
indaling (H/2/3)															
weëtfrequentie (om de x min.)															
weëtduur (sec.)															
portio (stand/consistentie)															
caput succ (-/+/++)															
moulage (-/+/++)															
cortonen (per min.)															
ouding (ontsl./uindr./geboorte)															
ondersteuning (forceer) P/M															
KZ/D*															
bijzonderheden (bijv. mictie)															
initialen															

\*P = partner, KM = mantelzorg, V = verloskundige, KZ = kraamverzorgende, D = doula