



Postersessie Nederlands onderzoek

1	Body weight change in exclusively formula-fed infants up to day 9	2	13	De McRoberts manoeuvre heroverwogen	19
2	Distinct regional differences in perinatal mortality in the Netherlands	3	14	Counseling over prenatale screening op congenitale afwijkingen: behoeften van aanstaande ouders in het 1 ^{ste} en 2 ^{de} trimester van de zwangerschap.	20
3	Working conditions and birth weight: results from the ABCD-study	4	15	PRIDE Study: PRegnancy and Infant DEvelopment	21
4	Maternal pre-pregnancy body mass index and early infant growth in the Amsterdam Born Children and their Development (ABCD) study	5	16	Screening op huiselijk geweld in zwangerschap	22
5	Decreasing perinatal mortality in the Netherlands, 2000-2006: the impact of risk factors	6	17	Zwanger na een vruchtbaarheidsbehandeling Voórkomen van complicaties tijdens zwangerschap en bevallingen en symptomen van depressie of angst bij vrouwen die zwanger zijn geworden na een vruchtbaarheidsbehandeling.	23
6	Ethnic differences in fetal mortality in The Netherlands	7	18	Kwalitatief onderzoek naar de overwegingen van moeders om volledige borstvoeding in de eerste maand te stoppen of te continueren.	24
7	Onderzoek onder embargo	8	19	Psychosociale problemen in relatie tot roken tijdens de zwangerschap.	25
8	The implementation of structural feedback to the caregivers by means of perinatal audit in cases of perinatal mortality in the northern region of the Netherlands: work in progress	13	20	Variations in Dutch clinical guidelines for neonatal hypoglycemi	26
9	Does the use of an Intra Uterine Pressure Catheter during labor increase the risk of puerperal infection compared to external tocography?	15	21	Economische analyse van de screening op irreguliere antistoffen in de zwangerschap: OPZI studie	27
10	Wat is het effect van een persoonlijk advies over gewicht, bewegen en voeding tijdens de zwangerschap op de gewichtsontwikkeling tijdens de zwangerschap en in het eerste jaar na de bevalling?	16	22	CAVE onderzoek: evaluatie van het effect van de CAVE (Cursus Acute Verloskunde Eerste lijn)	28
11	Treatment of depression or anxiety during pregnancy: benefits for mother and child?	17	23	Inzicht in positieve en negatieve factoren die bijdragen aan de bevallingservaring met betrekking tot de verloskundige zorgverlening in Nederland.	29
12	Prevalentie en risicofactoren van posttraumatische stress stoornis na de bevalling in Nederland.	18	24	Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns verloskunde	30
			25	DELIVER: Data Eerstelijns Verloskunde	32



Body weight change in exclusively formula-fed infants up to day 9

1

A Bruinsma, Msc ¹, JP van Wouwe, PhD ², P van Dommelen, Msc ², GS de Wolf, Msc ³

¹ University of Amsterdam, the Netherlands. ² TNO Quality of Life, Leiden, the Netherlands. ³ Department of Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, Academic Medical Centre, Amsterdam, the Netherlands

Address for correspondence:

Aafke Bruinsma

Van Swietenstraat 91

2518 SG The Hague, the Netherlands

Email: aafkebruinsma@hotmail.com

Telling +31(0)70-3923088

Abstract

Objective: To determine normal weight change in term, healthy, exclusively formula-fed infants during their first 9 days of life, by means of a reference chart for relative weight change (RWC).

Design and Setting: A retrospective cohort study in five midwifery practices in the Netherlands (Heerhugowaard, Veenendaal, Amsterdam, Eindhoven, The Hague) in the period 01-01-2002 - 31-12-2007. Exclusively formula-fed infants were enrolled.

Results: 1,027 term, healthy formula-fed newborns with 2,750 weight measurements. The maximum negative RWC for term, healthy formula-fed neonates is at 2-4 days after birth with a mean RWC of -4.7%. After the weight low-point the mean increases with approximately 1% per day from -4.7% at day 4 to 0% at day 8. It shows that at day 8 about half of the formula-fed neonates have regained birth weight.

Conclusions: This study confirms previous findings that weight change in the first 9 days in formula-fed infants is well defined by a specific pattern. Weight loss is occasionally too high in formula-fed infants, but only few infants lose more than 10% of their birth weight. In this context, further research is necessary to demonstrate whether weight monitoring in formula-fed infants during the first week can be abolished. This study can not find a link between regaining birth weight too fast and obesity later in life. We find in our study that the formula-fed infants regain birth weight on the same day other researchers found in breast-fed infants. Furthermore, we recommend more prospective studies in daily weight measurement to get detailed insight in the clinical factors that determine weight loss and weight gain during the first week.

Keywords: formula-fed, weight monitoring, weight loss, reference weight chart, relative weight change.

Distinct regional differences in perinatal mortality in the Netherlands

2

Miranda Tromp¹, Martine Eskes¹, Johannes B. Reitsma², Jan Jaap H.M. Erwich³, Hens A.A. Brouwers⁴, Greta C. Rijninks-van Driel⁵, Gouke J. Bonse⁶, Anita C.J. Ravelli¹

¹ Department of Medical Informatics, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands. ² Department of Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands. ³ Department of Obstetrics and Gynaecology, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands. ⁴ Department of Neonatology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands. ⁵ Department of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands. ⁶ Department of Health Policy and Management, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands.

Address for correspondence:

M.Tromp@amc.uva.nl

Abstract

Introduction: Perinatal mortality is an important indicator of health. International comparisons of perinatal mortality show variation between countries, with an unfavourable position for the Netherlands. The observed differences in perinatal mortality across Europe are difficult to explain unequivocally because of many potential reasons like variation in registration practice, variation in definitions and variations in demographic structure. On the national level fair comparisons can be achieved more easily.

Objective: To study the regional variation in perinatal mortality of singletons in the Netherlands for the period 2000-2004.

Methods: Our study population comprised of all singleton births (906,152) derived from the Netherlands Perinatal Registry for the period 2000-2004. Perinatal mortality including stillbirth from 22.0 weeks gestation and early neonatal death (0-6 days) was our main outcome measure. Differences in perinatal mortality were calculated on the level of 4 geographical regions; region west is the most urbanized and densely populated region. Differences were analysed both unadjusted and adjusted for demographic and socio-economic factors.

Results: Overall, perinatal mortality was 10.1 per 1,000 total births over the period 2000-2004. Perinatal mortality was higher in the northern region (11.2 per 1,000 births). Both stillbirth and early neonatal death were elevated in region north. Adjustment for demographic factors increased the perinatal mortality risk in region north (odds ratio 1.2, 95% CI 1.1-1.3, compared to reference region west), subsequent adjustment for socio-economic status and urbanization only explained a small part of the elevated risk (odds ratio 1.1, 95% CI 1.1-1.2).

Conclusion: Regional differences in perinatal mortality exist in the Netherlands. These differences could not be explained by demographic or socio-economic factors.

Acknowledgements: We gratefully acknowledge the investment of numerous caregivers in the Netherlands providing the registry information. We thank The Netherlands Perinatal Registry (www.perinatreg.nl) for her permission to use the data.

Working conditions and birth weight: results from the ABCD-study

3

Tanja GM Vrijkotte¹, Manon van Eijsden², Marcel F van der Wal², Gouke J Bonsei³

¹ Department of Social Medicine, Academic Medical Centre Amsterdam, The Netherlands

² Municipal Health Service, Department of Epidemiology, Documentation and Health Promotion Amsterdam, The Netherlands.

³ Institute Health Policy & Management, Erasmus Medical Center, Rotterdam

Abstract

Objective: Growing evidence shows that adverse maternal life style factors, early in pregnancy, play a pivotal role in fetal programming with subsequent adverse effect on birth weight and beyond. This study investigates the birth weight effects of a wide array of working conditions during first trimester in a large prospective cohort (ABCD-cohort).

Methods: All pregnant Amsterdam women [7/1/03-7/3/04 (N=12.377), response 8266 (67%)] were invited to fill out a detailed questionnaire, 2 weeks after prenatal screening. Employment was defined as paid work \geq 8 hour/week during first trimester. Working conditions were: working hours/week, standing/walking hours/week, physical work load and job-strain (Karasek Demand-Control model). Only viable singleton deliveries with pregnancy duration \geq 37 weeks were included (N=7141).

Results Linear regression revealed that unemployment (37% of cohort) was associated with lower birth weight (on average -45 grams). Heavy working conditions showed the same: high physical work load: -85 grams, standing/walking $>$ 20 hours/week: -45 grams, working \geq 32 hours/week: -90 grams and high job-strain -112 grams (ref lowest working condition). After adjusting for confounders (pregnancy duration, gender, parity, smoking, maternal length, maternal BMI, education level, marital status) only weekly working hours (-47 grams) and job strain (-68 gram) remained significant. The interaction of working \geq 32 hours/week with high job-strain showed the largest reduction (-140 grams), cf. the effect of smoking.

Conclusion Job-strain early in pregnancy significantly lowers birth weight in particular if working \geq 32 hours/week.

Maternal pre-pregnancy body mass index and early infant growth in the amsterdam born children and their development (ABCD) study

4

Vrijkotte TGM¹, van der Wal² MF, Gemke RJB³, Bonsel GJ^{1, 4}

¹ Department of Social Medicine, Academic Medical Centre - University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

² Department of Epidemiology, Documentation and Health Promotion, Municipal Health Service, Amsterdam, The Netherlands

³ Department of paediatrics, VU medical Centre, Amsterdam, the Netherlands

⁴ Institute Health Policy & Management, Erasmus Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands.

Corresponding author:

TGM Vrijkotte, email: t.vrijkotte@amc.uva.nl

Abstract

AIM: Maternal underweight and overweight are adverse intra-uterine conditions which may adversely affect fetal growth and development. We studied the relation between maternal pre-pregnancy body mass index (pBMI) and infant growth until 24 months.

STUDY DESIGN: Prospective population-based cohort study.

SUBJECTS: Singleton born infants from the ABCD-study with growth data (N=3773).

MEASURES: pBMI was self-reported and categorized (5 strata). Children's growth data included: weight, length and child BMI (cBMI), repeatedly measured on average 10 times during first 2 years, transformed into Standard Deviation Scores (SDS; age and gender specific Dutch reference). Multi level analysis was performed. Results were adjusted for maternal age and height, parity, gestational age, birthweight, maternal education, smoking during pregnancy, ethnicity and duration of breast feeding.

RESULTS: Low pBMI was related to decreased, high pBMI to increased SDS for weight, length and cBMI during complete two years. After adjustment, birthweight showed the largest effect, the relation was attenuated but still significant for weight and cBMI.

CONCLUSIONS: pBMI is related to infant growth, partly due to its influence on birthweight. Maternal underweight has larger effects than overweight.

Table 1

mat pBMI (kg/m ²)	N	SDS weight		SDS length		SDS cBMI	
		unadjusted Δsds±se	adjusted Δsds±se	unadjusted Δsds±se	adjusted Δsds±se	unadjusted Δsds±se	adjusted Δsds±se
<18	115	-0.45±0.09***	-0.17±0.07***	-0.31±0.08***	-0.05±0.06	-0.31±0.09***	-0.17±0.08*
18-20	529	-0.19±0.04***	-0.08±0.03***	-0.11±0.04**	-0.02±0.03	-0.17±0.04***	-0.11±0.04**
20-25	2199	ref	ref	ref	ref	ref	ref
25-30	691	0.16±0.04***	0.09±0.03***	0.03±0.04	0.02±0.03	0.19±0.04***	0.11±0.04**
>30	239	0.20±0.06***	0.06±0.05	0.04±0.06	-0.01±0.05	0.23±0.06***	0.09±0.06

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

Decreasing perinatal mortality in the Netherlands, 2000-2006: the impact of risk factors

Anita C.J. Ravelli¹, Miranda Tromp¹, Marian van Huis², Eric AP Steegers³, Pieter Tamminga⁴
Martine Eskes¹, Gouke J Bonse⁵

¹ Department of Medical Informatics, Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands. ² Department of Obstetrics & Gynecology, Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands. ³ Division of Obstetrics and Prenatal Medicine, University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands. ⁴ Department of Neonatology & Pediatrics, Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands. ⁵ Department of Health Policy and Management, Erasmus MC, Rotterdam, the Netherlands.

Correspondence:
a.c.ravelli@amc.uva.nl

Abstract

Introduction: The PERISTAT-1 study showed that perinatal mortality, especially fetal mortality, is substantially higher in the Netherlands as compared to other European countries. Civil registration issued crude perinatal mortality data showing a decline in Dutch perinatal mortality since 2000.

Objectives: To describe the trend in Dutch perinatal mortality and the impact of risk factors.

Methods: Retrospective national cohort study of 1,246,440 singleton births in 2000-2006. The cohort dataset has been created by a validated probabilistic record linkage algorithm of the three health care registries (midwives, obstetricians and pediatricians) without a personal identifier. Perinatal mortality is defined as the sum of stillbirth and early neonatal mortality (less than 7 days) from gestational age 22.0 weeks onwards. Prevalence and impact of risk factors on perinatal mortality were analyzed using logistic modeling.

Results: Perinatal mortality declined from 10.55 to 9.05 per 1000 total singleton births. A calendar year effect OR 0.95 (95%CI 0.94-0.97) was still visible after full adjustment for risk and intermediate risk factors. The most significant adjusted risk factors were maternal age <20 years (OR 1.57 (95%CI 1.41-1.75)), age 40 years (OR 1.53 (95%CI 1.39-1.68)), parity 4+ (OR 1.97 (95%CI 1.78-2.18)), non-Western ethnicity (OR 1.40 (95%CI 1.33-1.47)), assisted conception (OR 1.71 (95%CI 1.54-1.90)) and maternal medical condition (OR 1.59 (95%CI 1.52-1.68)). There was a negative interaction between year and gestational age 37.0 weeks, birth weight 2500 gram, non severe congenital anomalies and term breech.

Conclusions: The decline in Dutch perinatal mortality could be partly explained by changes in impact of risk factors. Indications exist for improvement in health care.

Acknowledgements: The authors would like to thank all Dutch perinatal health care providers and the Foundation of the Dutch Perinatal Registry .

Conflicts of interest: none

Ethnic differences in fetal mortality in the Netherlands

6

ACJ Ravelli¹, M Tromp¹, M Eskes¹, JC Droog², JAM van der Post³, KJ Jager¹, BW Mol³, JB Reitsma⁴

¹ Department of Medical Informatics, AMC, Amsterdam, The Netherlands

² Department of Obstetrics and Gynaecology, Leiden, The Netherlands

³ Department of Obstetrics and Gynaecology, AMC, Amsterdam, The Netherlands

⁴ Department of Clinical Epidemiology, AMC, Amsterdam, The Netherlands

Correspondence:

a.c.ravelli@amc.uva.nl

Abstract

Introduction: Fetal mortality in The Netherlands is known to be high compared to other European countries.

Objective: To describe differences in fetal mortality between women of different ethnic origin and to explore if the prevalence of risk factors for fetal mortality known early in pregnancy could explain any differences.

Methods: This was a population based cohort study. We analysed 554.234 singleton births of nulliparous women over the period 2000-2006 from the national linked midwifery, obstetrics and neonatology registries in the Netherlands. The outcome measurement was fetal mortality from 24.0 weeks onwards. The prevalence of demographic, socio-economic, behavioural and biological risk factors for fetal mortality was analysed for different ethnic groups. In addition, logistic modelling was used.

Results: Over the period 2000-2006 fetal mortality was 5.7 per 1000 births in the Netherlands. In Surinamese-Creole and Surinamese-Hindustani fetal mortality was twice as high and in Moroccan/Turkish women and other non-Western it was increased by 33%, 50% respectively compared to native Dutch women. Many risk factors for mortality were more prevalent among these groups such as teenage pregnancy, living in an urban area, low socio-economic status and pre-existing diseases like hypertension and diabetes mellitus. Adjusted for these risk factors the odds ratio (OR) of ethnicity on fetal mortality was for Surinamese-Creole 1.9 (95%CI 1.6 to 2.3), for Surinamese-Hindustani 1.9 (95%CI 1.4 to 2.5), for Moroccan/Turkish 1.3 (95%CI 1.1 to 1.5) and for other non-Western women OR 1.6 (95%CI 1.4 to 1.8).

Conclusion: There are important ethnic differences in fetal mortality in the Netherlands with increased risk among women of African or South Asian origin. These differences could not be explained by risk factors assessed early in pregnancy. Further study is needed in different gestational age groups to assess how risk factors contribute to increased mortality risk.

Acknowledgements and sources of financing: The authors would like to thank all Dutch midwives, obstetricians, neonatologist and other perinatal health care providers for the registration of perinatal information. We also like to thank the Foundation of the Dutch Perinatal Registry for the permission of using the registry data.

Conflict of interest: none

Verbeterd gebruik van een inwendige drukkatheter voor registratie van weeën de baringsuitkomsten?

7

Bakker, Jannet J.H. MSc. verloskundige¹, Verhoeven, Corine MSc. verloskundige³, Janssen, Petra F. Drs. gynaecoloog in opleiding², van Lith, Jan M. Professor Dr. gynaecoloog⁴ Bloemenkamp, Kitty W.Dr. gynaecoloog⁵, Papatsonis, Dimitri N.M. Dr. gynaecoloog⁶ Van Oudgaarden Elisabeth D. Drs. gynaecoloog⁷, Mol, Ben Willem J. Professor Dr. gynaecoloog¹, van der Post, Joris A.M. Professor Dr. gynaecoloog¹

¹ Academisch Medisch Centrum, Amsterdam. ² VU Medisch Centrum, Amsterdam. ³ Máxima Medisch Centrum, Veldhoven.

⁴ Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam. ⁵ Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

⁶ AMPHIA ziekenhuis, Breda. ⁷ Slotervaart ziekenhuis, Amsterdam.

Correspondentie naar:

Jannet J.H. Bakker, MSc

Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, H3-107

Academisch Medisch Centrum

Meibergdreef 9

1100 DD Amsterdam.

E-mail: j.j.bakker@amc.uva.nl

Abstract

INLEIDING: Inwendige weeënregistratie (IT) wordt geadviseerd wanneer de baring ingeleid of bijgestimuleerd wordt met intraveneus oxytocine. 1;2. Inwendige weeënregistratie geeft een preciezere weergave van de weeënactiviteit in relatie met de foetale hartslagfrequentie dan uitwendige registratie (ET). Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat dit advies ondersteunt.

Er zijn drie kleine gerandomiseerde trials die inwendige weeënregistratie vergeleken met uitwendige registratie 3-5. De relatieve risico's voor instrumentele baring na gebruik van een intra-uteriene druklijn in deze drie studies was respectievelijk 1.7 (95% CI: 0.85 to 3.4), 1.4 (CI: 0.8 to 2.4) en 1.3 (95% CI: 0.54 to 3.0). Ook was er geen statistisch significant verschil in neonatale uitkomst aantoonbaar. Echter, door de kleine patiëntenaantallen in deze studies is de precisie van deze schattingen onbetrouwbaar. Daarnaast wordt verondersteld dat een inwendige druklijn de diagnose uterusruptuur zou vergemakkelijken.

Rodriques et al onderzochten 39 cases van vrouwen met een uterusruptuur waarbij een intra-uteriene drukkatheter werd gebruikt voor de weeënregistratie⁶. De klassieke beschrijving van wegvallen van de druk werd in geen van deze gevallen gevonden.

Met het oog op de discrepantie tussen de dagelijkse praktijk waarbij inwendige drukkatheters veelvuldig gebruikt worden en het gebrek aan wetenschappelijk aangetoond voordeel hebben wij een gerandomiseerd onderzoek met meer power verricht.

STUDIEOPZET: Multicenter gerandomiseerd onderzoek.

volgende pagina vervolg >>

PATIENTEN: Vrouwen, met een voldragen eenling zwangerschap, een kind in hoofdligging én de indicatie voor inleiding of bijstimulatie van de baring met intraveneus oxytocine, werden toestemming gevraagd voor deelname aan de studie. Vrouwen met een sectio in de anamnese, vrouwen met een positieve hepatitis B of HIV serologie en vrouwen waarbij verdenking was op een intra-uteriene infectie of een kind in suboptimale conditie werden geëxcludeerd.

METHODE: De dienstdoende arts/verloskundige verrichtte de randomisatie op de verloskamer middels een computerprogramma dat stratificeerde op inleiding of bijstimulatie, pariteit en ziekenhuis.

Vrouwen werden gerandomiseerd voor inwendige weeënregistratie of uitwendige weeënregistratie.

Voor de inwendige weeënregistratie werd het Koala® sensor tipped katheter systeem gebruikt (IUPC, Clinical Innovations, Inc, Murray, Utah). Voor de uitwendige weeënregistratie werd de tocodynamometer van Hewlett Packard, Philips Medical Systems, Nederland gebruikt. Wanneer in de ET groep amnioninfusie geïndiceerd was, werd de katheter niet aangesloten op de monitor maar uitsluitend gebruikt voor de amnioninfusie.

De primaire uitkomstmaat was het aantal instrumentele baringen; sectio's en vaginale kunstverlossingen. Secundaire uitkomsten waren antibioticagebruik, pijnstillingsbehoefte, duur van de inleiding en neonatale conditie. Slechte neonatale conditie werd geregistreerd als een samengestelde maat, gedefinieerd als Apgar 5' < 7, arteriële pH < 7.15 of neonatale opname.

De powerberekening was gebaseerd op een verwachte reductie van het aantal instrumentele bevallingen van 35% naar 30% in de IT groep. Om dit verschil aan te tonen met een power van 80% en een significantieniveau van 5%, waren 1377 vrouwen nodig.

De analyse werd verricht volgens het intention-to-treat principe.

RESULTATEN: Tussen 2003 en 2007 werden in zeven ziekenhuizen in Nederland 1456 vrouwen gerandomiseerd; 734 in de IT groep en 722 in de ET groep.

De patiëntkenmerken in beide studiegroepen waren goed vergelijkbaar (Tabel 1).

Tabel 2 geeft de primaire en secundaire uitkomsten weer.

Het aantal instrumentele baringen was 230 (31.3%) in de IT groep and 214 (29.6%) in de ET groep (RR=1.1, 95% CI: 0.91 to 1.2). Het aantal sectio's was 120(16.3%) in de IT groep en 113 (15.7%) in de ET groep (RR=1.1, 95% CI: 0.83 to 1.3). Een slechte neonatale uitkomst trad op na 203 (27.7 %) bevallingen in de IT groep en na 198 (27.4 %) bevallingen in de ET groep (RR=1.1, 95% CI: 0.85 to 1.2). Er waren geen statistisch significante uitkomsten in de pijnstillingsbehoefte, duur van de inleiding of antibioticagebruik. Ernstige complicaties gerelateerd aan het gebruik van een drukkatheter werden niet gerapporteerd.

CONCLUSIE: Gebruik van inwendige weeënregistratie gedurende inleiding of bijstimulatie van de baring heeft geen positief effect op de baringsuitkomsten. Gezien de hogere kosten en de zeldzame maar potentieel ernstige risico's gerelateerd aan de insertie van een drukkatheter zou gebruik van inwendige weeënregistratie ontmoedigd moeten worden.

volgende pagina vervolg >>

Tabel 1. Patiëntenkarakteristieken

	IT (n=734)	ET (n=722)
Maternale leeftijd in jaren (SD)	31.2 (5.2)	31.0 (5.1)
Primiparae (n, %)	465 (63.4%)	456 (63.2%)
Body Mass Index (SD)	25.3 (5.2)	25.4 (5.6)
Zwangerschapsduur in dagen (range)	281 (252-300)	281 (252-300)
Geboortegewicht in grams, (SD)	3516 (536)	3536 (521)
Inleiding (n)	482	474
Indicatie (n)		
Serotiniteit	101 (21.0%)	102 (14.1%)
Meconiumhoudend vruchtwater	57 (11.8%)	59 (8.2%)
> 24 hour PROM	71 (14.7%)	72 (10.0%)
Diabetes	32 (6.6%)	14 (1.9%)
Hypertensie/Preeclampsie	64 (13.2%)	86 (11.9%)
Neonatale conditie	31 (6.4%)	36 (5.0%)
Verzoek moeder	56 (11.6%)	47 (6.5%)
Overige redenen	70 (14.5%)	58 (8.0%)
Bijstimulatie (n)	253	248
Ontsluiting bij randomisatie (mediaan, range)	4 (1-10)	4 (0-10)

volgende pagina vervolg >>

Tabel 2. Primaire en secundaire uitkomsten

	IT (n=734)	ET (n=722)	RR	95% CI	P waarde
<i>Baringsuitkomsten</i>					
Gebruik IUPC					
geen	31 (4.2%)	584 (80.9%)			
een	640 (87.2%)	135 (18.7%)			
twee	9 (8.0%)	3 (0.4%)			
Drie	4 (0.5%)	0			
Amnion infusie, n (%)	57 (7.8%)	51 (7.1%)	1.1	0.76 to 1.6	0.61
Antibioticagebruik					
Geen	697 (94.8%)	666 (92.2%)			
Profylactisch	8 (1.1%)	13 (1.8%)			
Therapeutisch	30 (4.1%)	43 (6.0%)	0.81	0.61 to 1.1	0.10
Pijnstillingsbehoefte	407 (55.9%)	394 (54.6%)	1.0	0.84 to 1.3	0.75
Epiduraal	289 (39.3%)	274 (38.0%)			
Morfine	118 (16.6%)	120 (16.6%)			
Duur inleiding, hrs,min (SD)	5:57 (4:57)	6:23 (4:31)			0.12
<i>Wijze van bevallen</i>					
Instrumentele baring	230 (31.3%)	214 (29.6%)	1.1	0.91 to 1.2	0.50
Sectio Caesarea	120 (16.3%)	113 (15.7%)	1.1	0.83 to 1.3	0.72
Indicatie:					
Foetale nood	29 (3.9%)	29 (4.0%)			
Niet vorderen	82 (11.2%)	71 (9.8%)			
Beiden	9 (1.2%)	13 (1.8%)			
Spontane baring	504 (68.7%)	508 (70.4%)	0.98	0.91 to 1.1	0.48
Vacuum	106 (14.4%)	96 (13.3%)			
Forcipale extractie	4 (0.5%)	5 (0.7%)			
Indicatie:					
Foetale nood	41 (5.5%)	45 (6.3%)			
Niet vorderen	61 (8.3%)	47 (6.5%)			
Beiden	9 (1.2%)	8 (1.1%)			
<i>Neonatale Uitkomsten</i>					
Samengestelde slechte uitkomst	203 (27.7%)	198 (27.4%)	1.1	0.85 to 1.2	0.92
Apgarscore < 7 ^{5 min}	16 (2.2%)	8 (1.1%)	2.0	0.85 to 4.6	0.11
Apgarscore < 10 ^{10min}	41 (5.6%)	28 (3.9%)	1.4	0.90 to 2.3	0.13
PHa < 7.15	81 (11.0%)	61 (10.4%)	1.3	0.95 to 1.7	0.11
PHa < 7.05	11 (1.5%)	12 (1.7%)	0.89	0.40 to 2.0	0.77
Neonatale opname	134 (18.3%)	152 (21.1%)	0.87	0.70 to 1.1	0.18
Indicatie voor opname					
Tekenen van infectie	42 (5.7%)	56 (7.8%)	0.74	0.50 to 1.1	0.12
Asphyxie	26 (3.5%)	28 (3.9%)	0.99	0.88 to 1.1	0.85
Overige redenen	66 (9.0%)	68 (9.4%)	0.83	0.52 to 1.3	0.45

volgende pagina vervolg >>

Reference List

1. NVOG richtlijn nr 05. NVOG . 2008. Ref Type: Electronic Citation
2. Bakker PC, Van RS, van Geijn HP. Uterine activity monitoring during labor. *J.Perinat.Med.* 2007;35:468-77.
3. Chia YT, Arulkumaran S, Soon SB, Norshida S, Ratnam SS. Induction of labour: does internal tocography result in better obstetric outcome than external tocography. *Aust.N.Z.J.Obstet.Gynaecol.* 1993;33:159-61.
4. Chua S, Kurup A, Arulkumaran S, Ratnam SS. Augmentation of labor: does internal tocography result in better obstetric outcome than external tocography? *Obstet.Gynecol.* 1990;76:164-67.
5. Panayotopoulos, N, Salamalekis E, and Vitoratos N. Monitoring of uterine activity in cases of labor augmentation, and newborn outcome. 8-9-1998. Ref Type: Generic
6. Rodriguez MH, Masaki DI, Phelan JP, Diaz FG. Uterine rupture: are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis? *Am.J.Obstet.Gynecol.* 1989;161:666-69.

The implementation of structural feedback to the implementation of structural feedback to caregivers by means of perinatal audit in cases of perinatal mortality in the northern region of the Netherlands: work in progress

8

van Diem MT¹, Reitsma B², Bergman KA³, Bouman K⁴, Ulkeman AHM⁵, Timmer A⁶, van Egmond N⁷, Stant AD⁸, Veen WB⁹, Erwich JJHM¹⁰

¹ midwife/epidemiologist, ² psychologist, ³ neonatologist, ⁴ clinical geneticist, ⁵ researchnurse, ⁶ pathologist, ⁸ methodologist, ⁹ legal advisor, ¹⁰ perinatologist, University Medical Centre Groningen, The Netherlands, ⁷ General Practitioner, Gorredijk, The Netherlands

Correspondentie naar:
m.t.van.diem@og.umcg.nl

Abstract

Introduction: Compared to other west European countries, the Netherlands has a high perinatal mortality rate.¹ A substantial part may be attributed to the quality of the perinatal care. With perinatal audit the quality of care can be improved.² In local perinatal audit meetings perinatal caregivers evaluate the care process in cases of perinatal mortality from their own practice area.

Objective: To implement local perinatal audit meetings in the setting of 15 perinatal cooperation units in the northern part of the Netherlands.

Methods: Participants: obstetricians, paediatricians, hospital midwives, independent midwives, obstetric and paediatric nurses, general practitioners, pathologists, (hospital) managers.

Period: March 2007-April 2010

Implementation strategy:

Information plan

- mailing with general information.
- progress reports in newsletters.
- personal (project coordinator) detailed information during contextual risk management interviews with keymembers of all groups.³
- obtaining information on stimulating and limiting factors
- symposium 18 month into the project to inform caregivers about the integration of local perinatal audit into the national perinatal audit organisation. Also workshops on major points of concern.

Training plan

- instruction and support in writing a narrative
- cause of death classification
- introductory audit meetings with presentations on
 - perinatal audit in general,
 - cause of death classification
 - the emotional aspects of perinatal audit
 - the audit method⁴ and practicing with the audit method

volgende pagina vervolg >>

Organisation plan

- protocols for organising perinatal audit meetings

Results:*Implementation*

- Stimulating factors are:
 - already existing regular perinatal mortality meetings with hospital staff, independent midwives and GP's.
 - existing quality management system
- Limiting factors are:
 - poor communication between caregiver groups
 - poor leadership within caregiver groups and cooperation units.

Audit meetings

- All 15 perinatal cooperation units participated and intend to continue with regular audit meetings.
- Attendance rate to introductory audit meetings is 75%.
 - main reasons for not attending is being "on call", "on holiday", not practicing in obstetrics (gynaecologists, GP's) or attending audit meeting in another cooperation unit.
- Score for the introductory meetings is 4.2(scale 1neg-5 pos)
- Experienced safety to participate scored 4.3(scale 1neg-5 pos)

Workshops after 18 month with caregivers and managers

- The chairperson for audit meetings must be:
 - independent of the cases
 - independent of caregiver groups
- A guarantee for the continuation of perinatal audit is embedding in a safety management system.

Conclusions:

- Personal information and support facilitates the implementation process.
- Embedding perinatal audit in local safety management systems facilitates the establishment of perinatal audit.
- An independent chairperson is conditional for successful functioning of an audit group

References:

1. Buitendijk S, Zeitlin J, Cuttini M, Langhoff-Roos J, Bottu J. Indicators of fetal and infant health outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111 Suppl 1:S66-S77.
2. Perinatal Audit. A report produced for the European Association of Perinatal Medicine. Dunn P.M., MacLwaine G., editors. 5-43. 1996. Carnforth, Lancashire, The Parthenon Publishing Group Ltd.
3. Offenbeek MAGV, Koopman PL. Scenarios for system development: matching context and strategy. Behaviour & Information Technology 1996; 15(4):250-265.
4. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med 2003; 348(11):1051-1056.

Does the use of an Intra Uterine Pressure Catheter during labor increase the risk of puerperal infection compared to external tocography?

9

van Halem, Karlijn¹, Bakker, Jannet J.H. MSc¹, Verhoeven, Corine MSc², Papatsonis, Dimitri N.M. MD PhD³, van Oudgaarden, Elisabeth D. MD⁴, Janssen, Petra F. MD⁵, Bloemenkamp, Kitty W. MD⁶ Mol, Ben Willem J. MD PhD¹, van der Post, Joris A. M. MD PhD¹.

¹ Academic Medical Center, Amsterdam. ² Máxima Medical Center, Veldhoven. ³ AMPHIA Hospital, Breda

⁴ Slotervaart Hospital, Amsterdam. ⁵ Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam. ⁶ Leiden University Medical Center, Leiden

Correspondentie naar:

Mrs. Karlijn van Halem

Department of Obstetrics and Gynecology H3-107

Academic Medical Centre

Meibergdreef 9

1100 DD Amsterdam.

E-mail: karlijnvanhalem@hotmail.com

Abstract

Objective: Does use of an intra uterine pressure catheter (IUPC) during labor increase the risk of puerperal infection?

Design: A follow up study of three weeks post partum in a cohort of 1456 women, who were randomized between 2004 and 2007 in seven hospitals in The Netherlands, to either intrauterine tocography (IT) or external monitoring (ET) of contractions. In this abstract, we report on the occurrence of infection in both groups, i.e. sepsis, clinical signs of infection and treatment with antibiotics.

Patients: Women > 36 weeks of gestational age with a singleton pregnancy and a child in vertex position and use of oxytocin for induction or augmentation of labor.

Results: Data were analyzed for three different end points representing the whole spectrum of clinical definitions of infection: sepsis, clinical signs of infection and treatment with antibiotics. There were no statistically significant differences in maternal or neonatal puerperal infection in all three endpoints. Maternal sepsis occurred in two women (0.3%) in the IT group versus non in the ET group (RR:1, CI:0.5 to inf, P 0.5). Neonatal sepsis occurred once in both groups. Clinical signs of infection occurred in 14 women (1.9%) in the IT group versus 10 women (1.4%) in the ET group (RR:1.4, CI:0.62 to 3.1, P 0.43). In the IT group, 36 (4.9%) children had any sign of infection, versus 45 children (6.2%) in the ET group (RR:0.79, CI: 0.51 to 1.21, P 0.27). Treatment with antibiotics occurred in 15 (2.0%) women in the IT group, versus 11 women (1.5%) in the ET group (RR:1.3, CI: 0.62 to 2.90, P :0.45). In the IUPC group, 39 children (5.3%) were treated with antibiotics, versus 51 children (7.1%) in the ET group (RR:0.75, CI: 0.50 to 1.13, P 0.17).

Conclusion: We found no evidence for an increased risk of puerperal infection in mother or child when intrauterine pressure monitoring is used.

Wat is het effect van een persoonlijk advies over gewicht, bewegen en voeding tijdens de zwangerschap op de gewichtsonwikkeling tijdens de zwangerschap en in het eerste jaar na de bevalling?

10

Ellen Althuisen¹, Mireille van Poppel¹, Carla van der Wijden^{1,2}, Jaap Seidell³, Willem van Mechelen¹

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, VU medisch centrum, Amsterdam. ² Medisch Centrum Jan van Goyen, Amsterdam. ³ Afdeling voor Gezondheidswetenschappen, Faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, VU, Amsterdam

Abstract

Onderzoeksvraag: Wat is het effect van een persoonlijk advies over gewicht, bewegen en voeding tijdens de zwangerschap op de gewichtsonwikkeling tijdens de zwangerschap en in het eerste jaar na de bevalling?

Methode: De studie was een RCT (Randomised Controlled Trial). Dit betekent dat de vrouwen op basis van toeval verdeeld werden over twee groepen: een controle groep waarin de vrouwen geen extra adviezen kregen, en een interventie groep waarin vrouwen advies kregen over bewegen en voeding. Er deden 8 verloskundigen-praktijken mee aan dit deel van het onderzoek en in totaal zijn 246 vrouwen verdeeld over de interventie en controle groep. De interventie bestond uit 4 persoonlijke sessies tijdens de zwangerschap en een telefonische sessie 6 weken na de bevalling. Om te kunnen kijken of de interventie effect had, kregen vrouwen vragenlijsten over gewicht, bewegen en voeding bij de start van het onderzoek en bij 25 en 35 weken zwangerschap. Verder vulden ze ook vragenlijsten in 8 weken, 6 maanden en 12 maanden na de bevalling. Tevens werd hun gewicht en huidplooiën gemeten op deze momenten.

Resultaten: De interventie had geen effect op het gewicht, de mate van lichamelijke activiteit of de voeding van de vrouwen in de zwangerschap of na de bevalling. Als alleen vrouwen die voor de zwangerschap overgewicht of obesitas hadden werden bestudeerd (n=52), dan werden wel verschillen gevonden tussen de interventie en controle groep. Echter, deze verschillen waren niet statistisch significant omdat het aantal vrouwen daarvoor te klein was.

Conclusies: Voor de gehele populatie zwangere vrouwen is deze interventie bestaande uit adviezen over gewicht, bewegen en voeding tijdens de zwangerschap niet effectief gebleken. Onbekend is of het ligt aan de inhoud en aard van de interventie of dat de gewichtsonwikkeling nauwelijks te beïnvloeden is met leefstijl tijdens de zwangerschap.

Ten aanzien van de effectiviteit voor vrouwen met overgewicht of obesitas kunnen geen harde conclusies worden getrokken en nader onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen.

Treatment of depression or anxiety during pregnancy: benefits for mother and child?

11

Universitair Medisch Centrum Groningen: H. Burger (Epidemiologie, Psychiatrie, projectleider), P. de Jonge, J. Ormel (Psychiatrie), R.B. Minderaa (Kinder- en Jeugdpsychiatrie), M.G. van Pampus (Obstetrie & Gynaecologie), P.J.J. Sauer (Kindergeneeskunde), A.D. Stant, R.P. Stolk (Epidemiologie), C.L.H. Bockting (Klinische Psychologie)

KNOV: P.N. Offerhaus, J. de Boer

Abstract

Background: There is ample evidence that maternal anxiety/depression during pregnancy is a risk factor for adverse psychosocial outcomes in the offspring. To date, no study has demonstrated that treatment of these maternal problems actually could prevent psychosocial problems in children.

Objectives: To assess the effects of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) in pregnant women with symptoms of anxiety/depression on the child's behavioral/emotional problems, the child's development, maternal mental health, and neonatal outcomes.

Design: Randomized controlled trial

Screening: 6000 women attending a primary care midwifery practice in the North of the Netherlands

Study population: 300 women with at least moderate levels of anxiety or depression at the end of the first trimester of pregnancy. This number is sufficient to demonstrate small-medium effects sizes on the primary outcome with alpha 5% and power (1-beta) 80%.

Intervention: 10-14 individual CBT sessions, 6-10 sessions during pregnancy and 4-8 sessions after delivery (once a week), or care as usual.

Outcomes

Primary: - Behavioral/emotional problems at age 1.5 as assessed by the total problems scale of the Child Behaviour Check List 1.5 – 5 years.

Secondary:

- Mental, psychomotor and behavioural development of the child at age 18 months (Bayley scales)
- Maternal anxiety/depression during pregnancy and 6 weeks postnatal
- Maternal attachment style
- Neonatal outcomes: birth weight, gestational age and Apgar score
- Health care consumption and general health status (economic evaluation).

Data analysis: The intention to treat comparison of the outcomes will be supplemented with on treatment analyses and evaluation of the relative cost-effectiveness of CBT versus CAU.

Conclusion: If proven effective, CBT in pregnancy may yield an important strategy to the prevention of mental disease at the earliest possible occasion in life.

Prevalentie en risicofactoren van posttraumatische stress stoornis na de bevalling in Nederland

12

CAI Stramrood, MD¹, KM Paarlberg, MD PhD², EHJ Huis in 't Veld, BSc³, LWAR Berger, MD⁴, AJJM Vingerhoets, PhD³, WCM Weijmar Schultz, MD PhD⁵, MG van Pampus, MD PhD⁵.

¹ Selective Utrecht Medical Master, Universitair Medisch Centrum Utrecht. ² Afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn. ³ Faculteit Sociale Wetenschappen, departement Psychologie, Universiteit van Tilburg. ⁴ Afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Amphia ziekenhuis, Breda. ⁵ Afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Abstract

Introductie: Posttraumatische stress stoornis (PTSS) is een syndroom dat zich kan ontwikkelen na een traumatische gebeurtenis. In de afgelopen 10 jaar is de aandacht voor PTSS na de bevalling toegenomen. Dit is het eerste onderzoek in Nederland naar de prevalentie en risicofactoren van PTSS in een populatie van vrouwen die recent zijn bevallen uit zowel de eerste-, tweede-, als derdelijn.

Onderzoeksvraag: (1) Wat is de prevalentie van PTSS in een ongeselecteerde populatie van vrouwen die recent zijn bevallen in Nederland?; (2) Welke risicofactoren dragen bij aan het ontwikkelen van PTSS klachten?

Methoden: 428 vrouwen uit drie ziekenhuizen en vier verloskundigenpraktijken die twee tot zes maanden eerder waren bevallen, beantwoordden vragen betreffende demografische, logistieke en obstetrische factoren, alsmede persoonlijkheidskenmerken en psychosociale eigenschappen. Tevens werd de 'Traumatic Event Scale-B' ingevuld om PTSS te identificeren, en de 'Hospital Anxiety and Depression Scale' om symptomen van angst en depressie te onderkennen.

Resultaten: 1.2 procent van de vrouwen heeft PTSS na de bevalling, en 9.1 procent van de vrouwen heeft haar bevalling als traumatisch ervaren. Vrouwen die bevallen zijn in de tweede of derde lijn hebben meer klachten dan vrouwen in de eerste lijn. Risicofactoren voor PTSS klachten zijn complicaties tijdens de bevalling (o.a. spoed sectio caesarea, fluxus en perinatale sterfte), bevallen in het ziekenhuis, zorg door zowel verloskundige als gynaecoloog, angst voor de bevalling en een negatieve beleving van de bevalling.

Conclusie: PTSS na de bevalling heeft een prevalentie van 1.2 procent in Nederland. PTSS klachten komen frequenter voor bij vrouwen met bevallingen in de tweede- en derdelijn. Kenmerken van een traumatische bevalling, verschillende soorten hulpverleners, alsmede angst voor de bevalling en negatieve ervaring van de bevalling dragen bij aan het ontwikkelen van PTSS klachten.

De McRoberts manoeuvre heroverwogen

Helma Oudeman en Annemiek Berkhout, Verloskunde Academie Rotterdam

Abstract

Vraagstelling: Is de McRoberts manoeuvre de meest effectieve en minst schadelijke methode voor het opheffen van schouderdystocie durante partu?

Methode: Literatuurstudie

Resultaten: De McRoberts manoeuvre gaf een toename in perskracht door verhoging van de intra-uteriene druk. Er ontstond één centimeter ruimtewinst in een gynaecoïd bekken, doordat de symfyse naar achteren roteerde en het promontorium afplatte.

Onderzoeken tonen succespercentages van de McRoberts manoeuvre van 41,7% en 39,5%.

In simulatieonderzoek gaf de McRoberts manoeuvre, vergeleken met de lithotomiepositie, minder neonatale morbiditeit in de vorm van uitrekking van de plexus brachialis en kracht op de voorste schouder tegen de symfyse. Er was vijftig procent minder sacraalwaartse kracht nodig voor de ontwikkeling van het kind. In vergelijking met de manoeuvres volgens Rubin was er significant meer uitrekking van de plexus brachialis en rotatie van de nek.

Retrospectief cohortonderzoek naar neonatale morbiditeit bij de McRoberts manoeuvre versus de McRoberts manoeuvre gecombineerd met andere manoeuvres liet in twee onderzoeken (n=521) geen significant verschil zien. In één retrospectief cohortonderzoek (n=276) gaf de McRoberts manoeuvre significant minder neonatale morbiditeit.

Profylactisch toepassen van de McRoberts manoeuvre tijdens de uitdrijving of na de geboorte van het caput gaf geen significant verschil in de incidentie van schouderdystocie.

Conclusie: De McRoberts manoeuvre is in vergelijking met de lithotomiepositie de meest effectieve en minst schadelijke methode voor het opheffen van schouderdystocie. In vergelijking met de manoeuvres volgens Rubin lijkt de McRoberts manoeuvre meer neonatale morbiditeit te geven. Er is geen evidence gevonden over de effectiviteit van de manoeuvres volgens Rubin of de Woods 'corkscrew'.

Counseling over prenatale screening op congenitale afwijkingen: behoeften van aanstaande ouders in het 1ste en 2de trimester van de zwangerschap.

14

Linda Martin, Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen

Abstract

Inleiding: Verloskundigen spelen een belangrijke rol in het voorlichten en counsellen van zwangeren over prenatale screening en diagnostiek. Onduidelijk is of deze voorlichting en counseling optimaal is afgestemd op de behoeften van zwangeren.

Het doel van counseling is dat cliënten een geïnformeerde, bij hen passende beslissing kunnen nemen of zij de prenatale testen willen ondergaan. Counseling vraagt om specifieke vaardigheden van de verloskundige om dit doel te bereiken.

Doel van het onderzoek: Dit onderzoek heeft tot doel om de voorlichting en counseling met betrekking tot prenatale screening te optimaliseren. Er wordt nagegaan hoe de voorlichting en counseling verloopt en wat cliënten vinden van de manier van counseling in relatie tot hun behoeften. Onderzocht wordt bijvoorbeeld of cliënten tevreden zijn met de informatieverstrekking, de informatie goed begrijpen en of de counseling hen in staat stelt om een geïnformeerde beslissing te nemen. Tevens zal gekeken worden of de kwaliteit van het initieel onderwijs op dit punt verbeterd kan worden.

Belang van het onderzoek: Een dergelijk onderzoek laat zien wat goed gaat in de zorg en biedt tevens handvatten om de huidige zorg te verbeteren vanuit het perspectief van de cliënten. De gegevens van het onderzoek worden dan ook gebruikt om de kwaliteit van de voorlichting en counseling te verbeteren. Het onderzoek is daarmee van belang voor alle zwangeren die in de toekomst voor de keuze komen te staan om wel of geen screeningstesten te ondergaan.

Methoden en duur van de studie: Het onderzoek wordt uitgevoerd door de AVAG (Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen) en het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) in samenwerking met het EMGO. Er zal gebruik worden gemaakt van video-opnames van het verloskundig counselingsgesprek over prenatale screening. Tevens worden cliënten gevraagd om vooraf en na afloop van het gesprek een korte vragenlijst in te vullen en zullen medische achtergrondgegevens betrokken worden in de uitwerking van resultaten. Twaalf weken na de video-opname wordt nog een vragenlijst opgestuurd en /of een telefonisch interview met cliënten afgenomen (in ieder geval na het bespreken van de SEO).

Het totale onderzoek duurt 4 jaar. In totaal worden 260 video-opnames gemaakt van verloskundigen met 15 á 20 verschillende cliënten.

PRIDE Study: PRegnancy and Infant DEvelopment

Dr. Reini Bretveld
Drs. Marleen van Gelder
Dr.ir. Nel Roeleveld

Onderzoeksgroep Reproductie Epidemiologie, afdeling Epidemiologie, Biostatistiek en HTA, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Correspondentie:

R.Breveld@ebh.umcn.nl of M.vanGelder@ebh.umcn.nl

Abstract

In samenwerking met diverse verloskundigen en gynaecologen in de regio wordt in 2009 gestart met een groot zwangerschapscohort onder de naam PRIDE Study (PRegnancy and Infant DEvelopment). De PRIDE Study wordt opgezet om meer te weten te komen over de oorzaken van aandoeningen en ziekten die voor, tijdens en na de zwangerschap kunnen ontstaan bij moeder en kind, zoals verminderde vruchtbaarheid, zwangerschaps hypertensie (hoge bloeddruk), miskramen, aangeboren afwijkingen en ontwikkelingsstoornissen. Tot nu toe is weinig bekend over de oorzaken van deze aandoeningen, maar zowel genetische invloeden als omgevingsfactoren lijken een rol spelen. Meer kennis over oorzaken maakt effectieve preventie mogelijk. Tevens biedt PRIDE mogelijkheden voor onderzoek naar bijvoorbeeld de effecten van preconceptionele en verloskundige zorg op de gezondheid van moeder en kind en naar de borstvoedingsproblematiek.

De PRIDE Study is een prospectief cohortonderzoek, waarin zwangere vrouwen en vrouwen met een zwangerschapswens (doel: 150.000 vrouwen) geïnccludeerd worden vanaf respectievelijk het eerste prenatale consult of het kinderwensspreekuur. Hierdoor kunnen gegevens over – onder andere – risicofactoren verzameld worden vóór en/of kort na het ontstaan van de zwangerschap en kunnen deze vrouwen en hun kinderen gevolgd worden tijdens de gehele zwangerschap en daarna. De deelnemers worden uitgenodigd om op vier verschillende momenten via internet een vragenlijst in te vullen, waarin gevraagd wordt naar onder andere gezondheid, problemen tijdens de zwangerschap, leefgewoonten en diverse blootstellingen. Ook hun partners krijgen een vragenlijst voorgelegd. Bovendien zullen we bij een deel van de mensen bloed afnemen voor genetische analyses en voor het meten van bepaalde blootstellingen. Tevens zal er – indien mogelijk – gebruik gemaakt worden van gegevens uit andere bronnen, zoals de prenatale screening en regionale en landelijke databases. De kinderen in de studie kunnen in principe tot vele jaren na geboorte gevolgd om ook aandoeningen die zich later manifesteren te onderzoeken.

Screening op huiselijk geweld in zwangerschap

Drs. D.G. Korfker, Drs. R.M. Vink, Drs. A.D. Mohangoo, TNO Kwaliteit van Leven

Correspondentie:

R.Breveld@ebh.umcn.nl of M.vanGelder@ebh.umcn.nl

Abstract

Inleiding: Het wijdverbreid voorkomen van huiselijk geweld is de afgelopen jaren steeds meer in de belangstelling gekomen. Dat ook veel zwangere vrouwen lijden onder huiselijk is minder bekend. Wereldwijd lijdt 3 – 13 % van de zwangere vrouwen onder huiselijk geweld in de zwangerschap (Campbell, 2002). Het is belangrijk dit geweld in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen en te stoppen. TNO onderzocht van 2005-2008 met financiering van het ministerie van SZW en later van OCW, de mogelijkheid om in verloskundigenpraktijken vrouwen herhaald te vragen naar (screenen op) huiselijk geweld.

Onderzoeksvraag: Is het mogelijk om in de verloskundigenpraktijk een systeem van screening op te zetten en slagen verloskundigen erin gevallen van huiselijk geweld in de zwangerschap te signaleren.

Methode: Verloskundigen vroegen driemaal in de zwangerschap naar geweld. Op een korte vragenlijst werd bijgehouden in welke zwangerschapsweek naar geweld, in het verleden of actueel, werd gevraagd en hoe vaak positief werd geantwoord. Bij een positief antwoord werd de uitgebreide AAS (Abuse Assessment Screen) ingevuld. Beide lijsten werden ingevoerd in SPSS en geanalyseerd.

Resultaten: Er werden 236 verloskundigen getraind uit 89 praktijken in het signaleren en bespreekbaar maken van geweld. Twaalf praktijken rapporteerden over 2194 zwangerschappen of er sprake was geweest van geweld in het verleden en of er sprake was van actueel geweld. Geweld in het verleden werd 152 (6,9%) maal gerapporteerd, actueel geweld 16 maal (0,7). In de evaluatie onder verloskundigen bleek dat 77% van de verloskundigen na het onderzoek doorgaan met de screening. 43% van de deelnemende praktijken denkt meer gevallen van geweld te hebben opgespoord. 57% weet dat niet zo goed.

Conclusie: Screening op huiselijk geweld in de verloskundigenpraktijk is haalbaar. Het percentage vrouwen waarbij verloskundigen geweld constateerden is laag ten opzichte van internationale cijfers. Er is meer onderzoek nodig om te achterhalen of dit komt door onderrapportage.

Zwanger na een vruchtbaarheidsbehandeling. Vóórkomen van complicaties tijdens zwangerschap en bevallingen en symptomen van depressie of angst bij vrouwen die zwanger zijn geworden na een vruchtbaarheidsbehandeling.

17

Drs. JC Warmelink¹, CAI Stramrood, MD², Dr. Ir HH Haisma³, Dr. KM Paarlberg⁴,
EMJ Huis in 't Veld, BSc⁵, LWAR Berger MD⁶, Prof. dr. AJJM Vingerhoets⁷,
Prof. dr. WCM Weijmar Schultz⁸, Dr. MG van Pampus⁹

¹ Academie voor Verloskunde Amsterdam en Groningen. ² UMC Utrecht. ³ Lectoraat Transparante Zorgverlening Hanzehogeschool Groningen. ⁴ Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn, afdeling Obstetrie/Gynaecologie. ⁵ Universiteit van Tilburg, Psychologie. ⁶ Amphia Ziekenhuizen Breda, afdeling Obstetrie/Gynaecologie. ⁷ Universiteit van Tilburg, departement Klinische Psychologie. ⁸ UMC Groningen, afdeling Obstetrie/Gynaecologie. ⁹ UMC Groningen, afdeling Obstetrie/Gynaecologie

Correspondentie:
j.c.warmelink@vag.umcg.nl

Abstract

Onderzoeksvraag: Van de in 2005 in Nederland geboren kinderen was 2,3 % het resultaat van IVF- of IVF/ICSI-behandelingen, een flinke toename sinds 1996 (1,3%). Van alle vrouwen in Nederland bevalt eenderde onder begeleiding van een verloskundige en tweederde van een gynaecoloog. Uit onderzoek blijkt dat bij vrouwen die zwanger raken na een vruchtbaarheidsbehandeling meer complicaties optreden tijdens zwangerschap en bevalling. Vrouwen die na een IVF-behandeling zwanger werden, waren angstiger vergeleken met vrouwen die spontaan zwanger werden.

Hoeveel vrouwen worden zwanger na vruchtbaarheidsbehandelingen en waar en onder begeleiding van wie bevallen deze vrouwen? Ondervinden zij complicaties tijdens hun zwangerschap of bevalling en vertonen zij verschijnselen van depressiviteit of angst?

Methode: In het oorspronkelijk onderzoek van Stramrood e.a. hebben 428 vrouwen 2 tot 6 maand postpartum ondermeer de Hospital Anxiety and Depression Scale en vragen over hun zwangerschap en bevalling ingevuld. Naar de groep vrouwen die na vruchtbaarheidsbehandelingen zwanger werd, is nader beschrijvend onderzoek verricht.

Resultaten: 32 van 428 vrouwen (7,5%) zijn zwanger geworden na een vruchtbaarheidsbehandeling. Zeventien zijn zwanger geworden na IVF/ICSI (4%), zes na IUI en negen na ovulatie-inductie. Dertien van de 32 vrouwen zijn bij de bevalling door een verloskundige begeleid, 12 door een gynaecoloog en 7 door beiden; zes vrouwen zijn thuis bevallen.

7 van de 32 vrouwen heeft eerdere miskraam(en) gehad en de helft meldt één of meer complicaties, zoals meerlingzwangerschap, stuitligging, vroeggeboorte of kind met hart- of nierafwijkingen. Van twee IVF-vrouwen zijn hun kind(eren) overleden.

Negen van de 32 vrouwen die vruchtbaarheidsbehandelingen hebben ondergaan, vertonen klinisch relevante symptomen van een depressieve- en/of angststoornis.

Conclusie: Op basis van deze dataset kunnen momenteel geen scherpe conclusies worden getrokken, daartoe zullen in het vervolgotraject de gegevens van de 32 vrouwen die zwanger zijn geworden na een vruchtbaarheidsbehandeling worden vergeleken met 396 vrouwen die spontaan zwanger zijn geworden.

Kwalitatief onderzoek naar de overwegingen van moeders om volledige borstvoeding in de eerste maand te stoppen of te continueren.

18

Drs. Bettie Oosterhoff, Cultureel Antropoloog
Alice van Beilen, jr. onderzoeker
Dr.ir. Hinke Haisma, Voedingswetenschapper

Lectoraat Transparante Zorgverlening, Academie voor Gezondheidsstudies,
Hanzehogeschool Groningen

Abstract

Achtergrond: Hoewel in Nederland 81% van de moeders start met volledige borstvoeding te geven, is dit na een maand nog maar 48%. Activiteiten gericht op het voorkomen van uitval in die periode, hebben nog niet het gewenste effect gehad. Veel kwantitatief onderzoek is al verricht naar factoren die een rol spelen bij het starten en stoppen met borstvoeding. 'Te weinig melk', 'borstvoeding is pijnlijk' en 'slechte drinktechniek van het kind' worden het meest genoemd. Het is van belang meer inzicht te krijgen in wat deze motieven werkelijk inhouden. Kwalitatief onderzoek naar de overwegingen van moeders bij het starten en stoppen kan hieraan bijdragen.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de overwegingen van moeders om volledige borstvoeding in de eerste maand te stoppen of te continueren?

Methode: Acht primipare vrouwen met een intentie volledige borstvoeding te geven zijn tweemaal geïnterviewd: de eerste maal in het laatste trimester van de zwangerschap, vervolgens 4-6 weken postpartum, mits à terme geboren. Alle interviews worden ad verbatim getranscribeerd. Het ASE model en de TPB worden toegepast als deductieve modellen. Analyse van de transcripten zal plaatsvinden op basis van grounded theory, hetgeen zal resulteren in inductieve theorievorming ten aanzien van al dan niet continueren met borstvoeding in de eerste maand.

Resultaten: De prepartum interviews zijn inmiddels afgerond. Het onderzoek bevindt zich nu in de tweede fase, het voeren van de postpartum gesprekken. Alle deelnemende vrouwen zijn autochtoon in de leeftijdscategorie 25-31 jaar met een midden of hoge sociaal-economische status en een baan buitenshuis. Een voorlopige analyse laat zien dat de respondenten in het algemeen een sterke gedragsintentie laten zien en tegelijkertijd geen duidelijk beeld hebben van het daadwerkelijke borstvoedingsgedrag.

Conclusie: Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan het op maat maken van interventies om vrouwen met een intentie tot borstvoeden te ondersteunen bij het slagen hiervan, en zo de uitval in de eerste maand te verminderen.

Psychosociale problemen in relatie tot roken tijdens de zwangerschap

Geertje Goedhart^{1,2}, Marcel F. van der Wal¹, Pim Cuijpers³, Gouke J. Bonsel⁴

¹GGD Amsterdam, Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, Amsterdam

Email: ggoedhart@ggd.amsterdam.nl; Tel.: 020 - 555 5036. ²Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam,

Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam. ³Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Klinische Psychologie, Amsterdam

⁴Erasmus Medisch Centrum, Instituut voor Beleid & Management van de Gezondheidszorg, Rotterdam

Abstract

Roken tijdens de zwangerschap heeft veel negatieve gevolgen voor de gezondheid van het kind. Ondanks dat de meeste vrouwen zich hiervan bewust zijn, blijft een aanzienlijk groot percentage ($\pm 10\%$) roken tijdens de zwangerschap. Eén van de redenen die wordt genoemd om door te gaan met roken is stress. Het doel van deze studie was om de associatie tussen verschillende psychosociale problemen en roken tijdens de zwangerschap te onderzoeken. Hiervoor werden data gebruikt van de Amsterdam Born Children and their Development (ABCD) studie, een – op de populatie gebaseerde – cohortstudie onder 8.266 zwangere vrouwen in Amsterdam. Deze vrouwen vulden in het begin van hun zwangerschap een vragenlijst in over onder andere sociaaldemografie, leefstijl en (psychosociale) gezondheid. Alleen vrouwen die rookten voor de zwangerschap werden geïnccludeerd in deze studie (n=1947). Gebaseerd op of de vrouwen rapporteerden in de vragenlijst dat ze hadden gerookt in de afgelopen week werden de vrouwen gecategoriseerd als stoppers of niet-stoppers. Als psychosociale problemen werden depressieve symptomen, angst, zwangerschapsgerelateerde angst, werkstress, opvoedingsstress en fysiek/seksueel geweld gemeten. De associaties tussen deze psychosociale problemen en doorgaan met roken tijdens de zwangerschap werden onderzocht met behulp van logistische regressie analyses. Na in de analyses gecorrigeerd te hebben voor belangrijke covariaten (leeftijd, pariteit, etniciteit, opleidingsniveau, burgerlijke staat, mate van roken voor de zwangerschap, rokers in de omgeving, wenselijkheid van de zwangerschap) bleken lage en hoge niveaus van zwangerschapsgerelateerde angst, blootstelling aan fysiek/seksueel geweld en hoge werkstress significant geassocieerd met doorgaan met roken tijdens de zwangerschap. Om stoppen-met-roken programma's voor zwangere vrouwen effectiever te laten zijn is een intensieve en uitgebreide aanpak nodig, waarin ook aandacht wordt besteedt aan het omgaan met psychosociale problemen.

Variations in dutch clinical guidelines for neonatal hypoglycemia

20

N. Boluyt¹, D.H.G.M. Nuytemans¹, L. Pijnenburg¹, J.H. Kok¹, M. Offringa¹,
A.A.M.W. van Kempen²

¹ Emma Children's Hospital AMC; ²Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Abstract

Objective: Neonatal hypoglycemia is the most frequent metabolic disorder in newborns and may result in permanent brain damage. There are insufficient valid studies to develop an evidence based guideline. This may result in a wide variation in clinical guidelines. We analyzed currently used guidelines for neonatal hypoglycemia in The Netherlands.

Methods: National survey on guidelines for neonatal hypoglycemia in Dutch Neonatal Intensive Care Units (NICU's) and Teaching hospitals.

Results: Response rate was 9/10 NICU's and 22/25 Teaching hospitals.

The cut-off for hypoglycemia was a glucose concentration <2.6 mmol/l in 71% of the hospitals; <2.0-2.2 mmol/l in 14%; one hospital used two cut-off values in the first 24 hours.

Glucose concentrations were checked routinely in 'high-risk' newborn infants: median number: 4x (1x-7x) for a median duration of 24 hours (3-72 hours).

Different definitions were used for small- and large-for-gestational-age infants:

SGA: <P10 in 35%, <P2.3 in 25%, birth weight <2500-2800 gram in 14%, no definition in 14% of the hospitals.

LGA: >P90 in 29%, >P97.7 in 29%, birth weight >4000-4250 gram in 17%, no definition in 11% of the hospitals.

There were no statistically significant differences between NICU's and Teaching hospitals, although there was a trend towards longer duration of the glucose screening protocol in NICU's ($p = 0.083$).

Conclusions: There is considerable variation in indication, timing and duration of routine glucose measurements in newborns at risk for hypoglycemia, reflecting the lack of evidence for currently used clinical guidelines. There are no statistically significant differences between NICU's and Teaching hospitals. A Dutch multi-center trial has started comparing an intensive versus an expectant treatment strategy for moderate neonatal hypoglycemia (www.neonatologiestudies.nl/hypoexit).

Economische analyse van de screening op irregulaire antistoffen in de zwangerschap: OPZI-studie

21

Koelwijn JM¹, Vrijkotte TGM², de Haas M¹, van der Schoot CE¹, Bonsel GJ³

¹ Sanquin Research en Landsteiner Laboratorium, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

² Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Sociale Geneeskunde

³ Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Abstract

Achtergrond: Sinds 1998 worden, naast de 30e-weeksscreening van RhesusD-negatieve zwangeren, alle zwangeren in het eerste trimester gescreend op irregulaire erythrocytenantistoffen. Doel is opsporing van zwangerschappen met risico op hemolytische ziekte van de foetus en pasgeborene (HFZP) door non-RhesusD-antistoffen, zodat tijdige behandeling plaatsvindt en blijvende schade wordt voorkomen. Bij invoering was de kosten-effectiviteit van de screening niet bekend. De effecten zijn onlangs onderzocht in een nationale evaluatiestudie.

Methoden: Economische analyse op basis van data uit de evaluatiestudie. Primaire uitkomsten: kosten/100.000 zwangeren, per opgespoorde case met ernstige HFZP, per voorkomen case met blijvende schade, en per Quality Adjusted Life Year (QALY). Kosten werden berekend voor het huidige programma en voor alternatieve scenario's.

Resultaten: De kosten van het huidige programma bedragen (prijsniveau 2004) € 2,6 miljoen/100.000 zwangeren; opsporing van één case met ernstige HFZP kost € 378.531; voorkomen van blijvende schade bij één kind kost € 3,5 - € 4,5 miljoen; één gewonnen QALY kost € 20.000 - € 67.000. De laagste bedragen gelden voor een 10% risico op kernicterus bij niet tijdig opgespoorde ernstige cases, de hoogste bedragen voor een risico van 5%. Monitoring van alleen zwangerschappen met c-, D- of K-antistoffen en eenmalig bij andere Rhesusantistoffen + subgroepscreening op basis van risicofactoren (eerdere bloedtransfusie of partus) bespaart 25%, zonder dat ernstige cases gemist worden. 30% meer ernstige cases worden opgespoord door tweede screening bij c-negatieve zwangeren (19%) tegen € 0,9 miljoen meerkosten. Combinatie van selectieve tweede screening met subgroepscreening en beperkte monitoring kost € 2,6 miljoen/100.000 zwangeren; € 378.531/opgespoorde ernstige case, € 2,8 - € 3,9 miljoen per voorkomen case met blijvende schade en per QALY - € 13.000 (besparing) tot € 37.000.

Conclusie: De kosten van het huidige screeningsprogramma zijn acceptabel. Subgroepscreening en beperkte monitoring besparen 25% van de kosten zonder verlies van effectiviteit. De sensitiviteit kan verhoogd worden tegen acceptabele meerkosten door c-negatieven twee maal te screenen.

Cave onderzoek

Marrit Smit, klinisch verloskundige LUMC Leiden
Start project april 2008

Abstract

Onderzoeksvraag: Wat is effect van calamiteiten training voor verloskundigen op hun eigen houding t.o.v. verloskundige noodsituaties en wat is het verschil in maternale en foetale/neonatale uitkomsten).

Het doel van deze studie is het inventariseren van calamiteiten die zich hebben voorgedaan alvorens men deze training heeft gevolgd, waarna (de maternale) en neonatale uitkomsten vergelijken met situaties die zich hebben voorgedaan nadat de verloskundige deze cursus heeft gevolgd.

Methode: Evaluatie van het effect van de CAVE (Cursus Acute Verloskunde Eerste lijn) door:

1. Inventarisatie van eigen perceptie, inschatting van kunde t.a.v. een calamiteit middels *enquête* voor en na de cursus. Na iedere 'reall life'calamiteit ook evaluatie.
2. Analyse van de voorgekomen calamiteiten ná de cursus hebben gevolgd, vergeleken met voor de cursus. Methoden: *audit* en *analyse* van gegevens uit de LEMMON database.
3. *Enquete* ketenzorg rondom calamiteit: na calamiteit door omringende zorgverleners (bv ambulance personeel, kraamverzorgende, gynaecoloog); inventarisatie van gang van zaken (communicatie, medisch handelen, efficiëntie)
4. *Voorstel implementatie richtlijn*: aan de hand van resultaten willen wij een aanbeveling voor de praktijk maken. Wat is na onze studie de minimaal vereiste training die een verloskundige gevolgd moet hebben. Daarnaast ook aanbevelingen voor de samenwerkende partijen: verwijzende kliniek(en), kraamzorg en andere verloskundigen.

(voorlopige) Resultaten: 3 cursus weken van 3 dagen (20 cursisten per keer)

van april tot september 2008 240 deelnemers

150 verloskundigen participeren in onderzoek (62,5%)

Gemelde calamiteiten:

HPP	N= 10
Schouderdystocie	N=3
Neonatale resuscitatie	N=4
Navelstreng prolaps	N=1
Eclampsie	N=1

Lopende analyses: (zal voor posterpresentatie klaar zijn)

- gegevens verzamelen van deze casus.
- Analyse enquetes 'eigen perceptie' tot nu toe

Conclusies / Hypothesen:

- Het participeren aan een calamiteiten cursus als de CAVE geeft de cursist een toegenomen vertrouwen in eigen handelen. Daarbij ervaart hij/zij de kennis toegenomen. Men voelt zich beter toegerust op het handelen tijdens een verloskundige noodsituatie
- Bij verloskundige spoedsituaties handelt de verloskundige sneller en adequater. Hierdoor ontstaat een snellere transfer naar een ziekenhuis. De communicatie verloopt soepeler met de omringende zorgverleners.
- De maternale en neonatale uitkomsten lijken beter nadat een verloskundige een calamiteiten cursus heeft gevolgd zolas de CAVE.

Inzicht in positieve en negatieve factoren die bijdragen aan de bevallingservaring met betrekking tot de verloskundige zorgverlening in Nederland.

23

Mieke Beentjes¹ RM MSc, Thomas Ploch² MSc, Sander de Wolf³ MSc, Marlies Rijnders⁴ RM

¹ Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

² Afdeling sociale geneeskunde, Academisch Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

³ Afdeling klinische epidemiologie, biostatistiek & bioinformatica, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

⁴ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden,

Correspondentie:

Mieke Beentjes

St. Martinusstraat 29

5615 PJ Eindhoven

m.beentjes@cicli.nl

Abstract

Objective: To obtain insight in the factors that contribute to a positive or negative birth experience and the care related to this experience. This knowledge can improve the quality of natal care.

Design: A qualitative study using content analysis of the open-ended questions that were part of a survey of Rijnders et al. The survey contained 1309 returned questionnaires that resulted in 1761 analysed text fragments.

Key findings: Factors that contributed both positively as well as negatively to the birth experience were: attitude of the caregivers, amount of support and presence as well as attention of the caregivers. Information about the process and explanation of obstetric interventions and policy choices that were made, contributed to the feeling of being taken serious and to feel safe.

Implications for practice: More interaction between caregivers and women aiming a continuous reciprocal provision of information. This will lead to more realistic expectations and more control for the women during the birth process. Women experience more support by more presence and attention of their caregivers. Obstetrical caregivers need to be aware of the impact of their attitude and their way of communicating.

Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns verloskunde

M. Kooistra¹, A. Waelput¹, J. de Boer², W. van Driel², P. Offerhaus², J. Blaauw³, N.D. Hamaker⁵, M.P. Amelink⁴, L. den Ouden⁴, M. van der Kolk⁴

¹ RIVM, ² KNOV, ³ VVAH, ⁴ IGZ, ⁵ Eerstelijns verloskundige

Correspondentie:

Mieke Beentjes
St. Martinusstraat 29
5615 PJ Eindhoven
m.beentjes@cicli.nl

Abstract

Achtergrond: In de gezondheidszorg is er toenemende behoefte aan informatie en transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Indicatoren kunnen een bijdrage leveren door op een gestructureerde wijze te meten aan de structuur, de processen en de uitkomsten van de zorg. Ook in de eerstelijns verloskunde staat de kwaliteit van de zorg in toenemende mate in de belangstelling. De IGZ heeft opdracht gegeven aan het RIVM om een set indicatoren te ontwikkelen voor de eerstelijns verloskunde. Hierbij is intensief samengewerkt met de KNOV en de VVAH.

Doel: De ontwikkeling van een set indicatoren voor het monitoren van de kwaliteit van de eerstelijns verloskunde en het houden van toezicht op die kwaliteit. Het perspectief is die van de verloskundig zorgverlener.

Methode: Voor deze opdracht is een werkgroep met 11 personen ingesteld, bestaande uit leden van de KNOV, de VVAH, inspecteurs van de IGZ en onderzoekers van het RIVM. Tijdens het proces zijn de volgende stappen gezet:

1. Identificeren van kritische zorgprocessen/risicogebieden in de eerstelijns verloskunde;
2. Identificeren groslijst van conceptindicatoren;
3. Selecteren van conceptindicatoren, geschikt voor beoordeling door het werkveld;
4. Consultatie van het werkveld door middel van een Delphi procedure in twee schriftelijke ronden om de conceptindicatoren te toetsen op geschiktheid;
5. Vaststellen set indicatoren.

Resultaten: De werkgroep identificeerde 13 belangrijke risicogebieden. Binnen deze risicogebieden is op basis van de literatuur een groslijst van 115 mogelijke indicatoren geïdentificeerd. De werkgroep selecteerde van deze 115 conceptindicatoren 35 conceptindicatoren, welke zijn voorgelegd aan het Delphipanel. In een Delphipanel, bestaande uit 28 verloskundigen en vijf verloskundig actieve huisartsen, zijn tijdens de eerste ronde acht conceptindicatoren unaniem geaccepteerd en vijf unaniem afgefallen. Over 22 conceptindicatoren was nog geen consensus bereikt en deze zijn in een tweede Delphironde voorgelegd.

volgende pagina vervolg >>

Hierbij zijn 17 in de tweede ronde geaccepteerd. Uiteindelijk is door de werkgroep in een slotbijeenkomst de definitieve set kwaliteitsindicatoren vastgesteld bestaande uit 23 indicatoren:

1. Accreditatie van de praktijk.
2. Aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen in uw praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of de CHBB
3. Deelname van de praktijk aan een verloskundige kring.
4. Deelname van de praktijk aan een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV).
5. Registratie van incidenten in uw praktijk conform de handreiking "omgaan met incidenten" van de KNOV.
6. Bereikbaarheid voor niet-dringende vragen, in aantal uren per week.
7. Aanwezigheid van een procedure voor achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurs zorg.
8. Percentage vrouwen met een stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, onder controle in de praktijk in jaar X.
9. Percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding start in de eerste lijn waarbij het eerste consult plaatsvond in de 8e tot 10e week na de eerste dag van de laatste menstruatie.
10. Percentage bevallingen waarbij de verloskundig hulpverlener niet aanwezig was.
11. Percentage barenden waarbij een partogram is gemaakt.
12. Percentage voor verwijzingen durante partu.
13. Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie en/of pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsperiode.
14. Percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (geboortegewichtpercentielen <2.3 en <10), geboren in de 1e lijn.
15. Percentage vrouwen met een episiotomie.
16. Percentage kinderen dat geboren is in de 1e lijn met een Apgar score < 8 na 5 minuten.
17. Aantal kinderen dat tijdens of na de baring is overleden in de eerstelijns verloskundige zorg.
18. Het percentage cliënten met uitgevoerde nacontroles, in geval van bevalling en nazorg onder verantwoordelijkheid van de verloskundig zorgverlener in de eerste lijn.
19. Het aantal overleden kinderen dat u heeft aangemeld voor de perinatale audit.
20. Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende.
21. Aanwezigheid van een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel.
22. Percentage cliënten dat nog rookt in het derde trimester, van de cliënten die rookten aan het begin van de zwangerschap.
23. Percentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg door de verloskundig zorgverlener.

Conclusie: Een set van 23 kwaliteitsindicatoren is geïdentificeerd voor de eerstelijns verloskunde in Nederland, welke gebruikt kan worden bij het in kaart brengen en optimaliseren van de kwaliteit van zorg.

Deliver: Data Eerstelijns Verloskunde

Dr. Evelien Spelten

Abstract

Inleiding: De verloskundige zorg verandert continu, denk bijvoorbeeld aan het toenemend belang van preconceptiezorg, medische innovaties zoals prenatale screening, grotere mondigheid van de (aspirant) zwangere en veranderde beroepsopvattingen van verloskundigen. Zwangeren en hun partners stellen andere eisen dan in het verleden zoals keuzes voor pijnstilling en uitgebreidere voorlichting over prenatale diagnostiek, zwangerschap en bevalling. De grotere diversiteit aan cliënten met een andere culturele achtergrond en een ander medisch risicoprofiel in vergelijking met de zwangere met een Nederlandse achtergrond vraagt om een andere specifieke persoonlijke benadering. De veranderde samenleving vraagt meer zorg op maat en vraggestuurde zorg. Kortom: de ontwikkelingen in het beroepsdomein en de maatschappelijke omgeving stellen meer en nieuwe eisen aan de kennis en vaardigheden van verloskundigen. Om aan deze eisen tegemoet te komen hebben we informatie nodig. Informatie over hoe we het nu doen in de eerstelijns verloskunde en informatie over hoe het anders en vooral beter zou kunnen. Deliver wil deze informatie geven.

Doel van het onderzoek: Het doel van de studie is het inventariseren en beschrijven van de actuele situatie op het gebied van de eerstelijns verloskundige zorgverlening en de verloskundige zorgvraag en zorg tevredenheid van cliënten in Nederland.

De hoofdvragen daarbij zijn:

1. Hoe is de kwaliteit van zorg geboden door verloskundigen?
2. Hoe is de organisatie van de eerstelijns verloskundige zorg?
3. Hoe is de toegankelijkheid van verloskundige zorg?

Belang van het onderzoek: Om een krachtig en goed functionerend systeem van Verloskunde in Nederland te kunnen handhaven is informatie nodig over hoe het systeem nu functioneert: wat gaat goed, wat kan beter, welke ontwikkelingen komen op ons af en hoe kunnen we daar op inspelen? Hiervoor is kennis en informatie nodig.

Met Deliver willen de initiatiefnemers de ambitie verwezenlijken om de verloskundige zorg, representatief voor heel Nederland, in vele van haar facetten in kaart te brengen, in nauwe samenwerking met de verloskundige in het veld en met de cliënt.

Deliver is ook de start van een (wetenschappelijke) database. Te gebruiken bij bijvoorbeeld de onderbouwing van richtlijnen, in de dagelijkse verloskundige praktijk en zeker ook voor de ontwikkeling van een 'eigen' wetenschap Verloskunde: het kennisdomein Midwifery Science.

Methoden en duur van de studie: Het onderzoek wordt uitgevoerd door de AVAG (Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen) in samenwerking met het NIVEL en het EMGO-instituut /VUmc.

Een jaar lang wordt data verzameld in ongeveer 20 eerstelijns verloskundige praktijken. Verloskundigen en cliënten wordt om medewerking gevraagd voor zowel het invullen van vragenlijsten als het meewerken aan interviews.

De studie is in 2008 gestart en de dataverzameling in de praktijken is gepland voor 2009. De eerste resultaten worden gepresenteerd in 2011, het jaar waarin de Verloskunde Academie haar 150-jarig bestaan viert.