

kennispoort   
conferentie | Veiligheid in de Verloskunde

# 2009



Utrecht, 10 december 2009



<b>10.00 - 10.30 uur</b> <b>Welkom</b> Rafael van Crimpen (SOV)	4
<b>10.30 - 11.15 uur</b> <b>Patiëntveiligheid</b> Cordula Wagner (NIVEL/VUmc/EMGO+)	5
<b>11.15 - 12.00 uur</b> <b>Key note: Safe motherhood and the millennium Goals</b> Valerie Fleming (Glasgow Caledonian University)	6
<b>12.00 - 13.00 uur</b> <b>Lunch &amp; Posterpresentatie Nederlands verloskundig onderzoek</b>	
<b>13.00 - 13.30 uur</b> <b>Veiligheid in de verloskunde: een overzicht</b> Simone Buitendijk (TNO/AMC-UVA)	7
<b>13.30 - 14.30</b> <b>Eerste ronde parallelsessies (1-5)</b>	8
Sessie 1: <i>Veiligheid voor het kind</i>	8
Sessie 2: <i>Veiligheid van het systeem: Verwijzen</i>	10
Sessie 3: <i>Themasessie Perinatale sterfte</i>	12
Sessie 4: <i>Midwifery Research Network Netherlands</i>	14
Sessie 5: <i>Postersessie tour deel 1: Gezond zwanger zijn - Wat draagt eraan bij?</i>	15

<b>14.30 - 15.15 uur</b> <b>Pauze &amp; Posterpresentatie Nederlands verloskundig onderzoek</b>	
<b>15.15 - 15.45 uur</b> <b>Presentatie eindrapportage Wetenschapscommissie</b> Ton Rijsemus (KNOV Wetenschapscommissie Verloskunde)	16
<b>15.45 - 17.00 uur</b> <b>Tweede ronde parallelsessies (6 -10)</b>	18
Sessie 6: <i>Veiligheid voor de moeder</i>	18
Sessie 7: <i>Veiligheid van het systeem: Meten</i>	20
Sessie 8: <i>Themasessie Geweld</i>	22
Sessie 9: <i>Scriptieprijs 2009</i>	24
Sessie 10: <i>Postersessie tour deel 2: Beter Baren - Interventies nader bekeken</i>	30
<b>17.00 - 17.25 uur</b> <b>Uitreiking prijzen Scriptieprijs Verloskunde</b>	
<b>17.30 uur</b> <b>Afsluiting en Borrel</b>	

## Kennispoort 2009 Veiligheid in de Verloskunde

**Hartelijk welkom bij de vierde editie van het Kennispoort Congres. Het thema van dit jaar 'Veiligheid in de verloskunde' staat in het brandpunt van de maatschappelijke belangstelling, getuige de aanhoudende media-aandacht in de afgelopen maanden.**

In de verhitte debatten over de optimale inrichting van de toekomstige verloskundige zorg, is het goed om oog te houden voor de feiten en openstaande vragen. De eerstelijns verloskunde is meer dan ooit bezig om essentiële aspecten binnen de fysiologische verloskunde meetbaar te maken, getuige de vele nieuwe onderzoekspresentaties en -posters tijdens dit congres. Op die wijze bouwt de eerstelijns verloskunde actief mee aan haar eigen evidence. Veelbelovend wat dat betreft is de explosieve toename van het aantal verloskundige promotietrajecten.

Zoals u vandaag zult horen, zijn de Samenwerkende Opleidingen Verloskunde gemotiveerd om het verloskundige onderzoek in Nederland verder uit te breiden en op een hoger plan te trekken. De oprichting van een onderzoeksinfrastructuur voor de eerste lijn, het Midwifery Research Network Nederland, is

daar een concreet voorbeeld van. Maar ook de activiteiten van Kennispoort Verloskunde zullen verder worden versterkt, om nieuw onderzoek en kennisdeling blijvend te stimuleren.

Rest ons nog om de congrescommissie te bedanken (Evelien Spelten, Marianne Nieuwenhuijze, Stans Verschuren, Pien Offerhaus en Paul Heere) voor de ontwikkeling en realisatie van dit congres.

De presentaties van vandaag zijn na afloop terug te vinden op [www.kennispoort-verloskunde.nl](http://www.kennispoort-verloskunde.nl). We wensen u een inspirerende dag toe.

Het bestuur van de SOV

**Rafael van Crimpen**

Academie Verloskunde Maastricht

**Aly van Kester-Polderman**

Verloskunde Academie Rotterdam, Hogeschool Rotterdam

**Gea Vermeulen**

Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen

## Rafael van Crimpen

sov



Rafael van Crimpen

**De initiële opleidingen verloskunde in Nederland verenigd in de SOV, hebben naast het verzorgen van onderwijs, de uitdrukkelijke taak om wetenschappelijk onderzoek binnen het vakgebied te initiëren en uit te voeren.**

Dat doen wij in nauwe samenwerking met universiteiten. Elke student verloskunde wordt opgeleid in EBM denken en handelen. Mede daardoor zijn we de spil geworden in het wetenschappelijk domein van de fysiologische verloskunde. Alle opleidingen hebben grote onderzoeken opgezet of participeren daarin (Amsterdam: Deliver, AVM: Vecas, VAR: Aanvalsplan Rotterdam en perinatal audit) en allen hebben meerdere promovendi in dienst.

De eerste hoogleraar verloskunde is inmiddels benoemd door het AMC en ook binnen de drie initiële opleidingen lopen werving- en selectieprocedures voor hoogleraren.

Dit zal een forse impuls geven aan het wetenschappelijke klimaat. Tenslotte zal er in samenwerking met de Masteropleidingen verloskunde en de KNOV het Midwifery Research Network Nederland ingericht worden. Hiermee ontstaat een landelijke infrastructuur voor onderzoeken binnen de eerstelijns verloskunde, inclusief een adequate afstemming met eerstelijns verloskundige praktijken. En zo bouwen we een stevig fundament voor verdere verwetenschappelijking van het vakgebied.

**Cordula Wagner doet onderzoek naar de invloed van de organisatie van zorg, de veiligheidscultuur, en de communicatie en samenwerking binnen en tussen professies op het voorkomen en het voorkómen van onbedoelde zorg-gerelateerde schade aan patiënten.**

Van ziekenhuizen weten wij ondertussen dat bij 2,3% van de ziekenhuisopnames potentieel vermijdbare schade optreedt. De oorzaken van het optreden van incidenten en onbedoelde schade ligt vaak in een combinatie van menselijke en organisatorische of technische factoren. Op basis van deze kennis en inzicht in de oorzaken van onbedoelde schade is het landelijke veiligheidsprogramma "Voorkom schade, werk veilig" gestart. Voor de verloskunde zijn weliswaar geen cijfers over onbedoelde schade bekend, maar is recent eveneens een veiligheidsprogramma gestart. Dit programma richt zich op de

hele eerste lijn. Al verschillen sectoren van elkaar en is de verloskunde niet hetzelfde als de zorg in het ziekenhuis, toch zijn er overeenkomsten en ontwikkelingen waarvan geleerd kan worden. Hierbij kunt u denken aan fouten bij overdrachten en in de samenwerking, een omgeving die fouten soms uit kan lokken, of menselijke beperkingen die maken dat wij maar een beperkte hoeveelheid informatie kunnen verwerken.

Hoe kunnen wij de omgeving waarin zorgprofessionals, waaronder verloskundigen, moeten werken zo inrichten dat fouten op tijd worden ondervangen of zelfs helemaal worden voorkomen? Wat kenmerkt een verantwoorde zorgprofessional nu en in de toekomst? Tijdens de presentatie worden ervaringen uit de ziekenhuizen gedeeld en vertaald naar de verloskunde. Mogelijke verbeterinitiatieven worden kort benoemd.

## Cordula Wagner

NIVEL/VUmc/EMGO+



Cordula Wagner

**Prof Dr. Valerie Fleming**

Glasgow Caledonian University



Valerie Fleming

**Safe Motherhood: whose responsibility is it?**

Valerie Fleming

This presentation considers the issue of Safe Motherhood. Firstly the concept is explored and critiqued. The working definitions is then examined from an international perspective. Various programmes relating to Safe Motherhood are examined and their contribution to the relevant Millennium Development Goals is critically analysed.

**Simone Buitendijk**

TNO/AMC-Uva



Simone Buitendijk

Veiligheid is in het openbare debat over het Nederlandse systeem van de verloskunde is een steeds belangrijker thema aan het worden. Het ultieme streven lijkt vaak het uitbannen van elk risico voor de baby en het blijkt daarbij verleidelijk te denken dat medische interventies DE oplossing zijn. De impliciete en expliciete boodschap in een dergelijk debat, is dat het streven om zwangerschap en baring zo veel mogelijk natuurlijk te laten verlopen achterhaald en gevaarlijk is.

Hoe moet de eerstelijns verloskunde zich opstellen in deze discussie? Kunnen verloskundigen weerstand bieden aan de druk om zwangeren eerder en vaker naar de tweede lijn door te verwijzen? Is het mogelijk om het vertrouwen van zwangere vrouwen in ons Nederlandse systeem op peil te houden?

De feiten en de fabels rondom veiligheid en risico's in de verloskunde en de mogelijke effecten van de huidige discussie, zullen worden besproken.

**Drs. Anneke Dantuma**

Naviva Kraamzorg

**Ko van Wouwe**

TNO

**Drs. Selma Lavrijsen**

Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht



Anneke Dantuma



Ko van Wouwe



Selma Lavrijsen

Deze sessie staat onder leiding van  
Stans Verschuren (VAR).

**Hoe bekwaam is jouw  
kraamverzorgende bij het  
verlenen van partusassistentie?**  
Anneke Dantuma

In de afgelopen jaren is het aantal thuisbevallingen sterk teruggelopen. Dit heeft gevolgen voor de bekwaamheid van kraamverzorgenden bij het uitvoeren van partusassistentie. Om kraamverzorgenden bekwaam te houden is Naviva Kraamzorg gaan werken met partusteams, teams van kraamverzorgenden die ingezet worden voor het uitvoeren van partusassistentie.

Dit model kent voordelen en uiteraard ook nadelen. Daarnaast neemt de roep om langdurende en intensievere professionele ondersteuning tijdens de baring toe. In aansluiting hierop zijn de partusteams van Naviva Kraamzorg getraind om langdurige en intensieve ondersteuning te kunnen geven tijdens de baring, als aanvulling op de ondersteuning van de verloskundige. In november wordt hiervoor een pilot

gestart in het werkgebied van Naviva. In deze sessie worden de voor- en nadelen van het werken met partusteams uiteengezet en wordt de keus tot de vroegtijdige inzet van kraamverzorgenden bij een thuisbevalling toegelicht. En wellicht de eerste ervaringen uit de pilot...?

**Stille uitdroging... hoe vaak en  
waarom, maar bovenal is het te  
voorkomen?**

Ko van Wouwe

Aims: To estimate the incidence and clinical characteristics in hospital admissions due to dehydration, their laboratory evaluation and treatment outcome in exclusively breastfed infants. Methods: All hospital admissions during the first three months of life assessed by the Dutch Paediatric Surveillance Unit (DPSU) between mid 2003 and mid 2005. Results: Nationwide 158 cases reported, correspond to an incidence

of 58/y/100.000 breastfed infants; it is lower for severe dehydration at risk for hypernatraemia; 20/y/100,000. 65% of cases were < 2 weeks old, their median weight loss was 9.3% and median age at admission 5 days; Serum sodium value was measured in only 12% of all cases. Insufficient volume intake and inadequate growth were most frequently reported (61% and 41%). Lethargy, jaundice or clinical dehydration was scored in 11-25%, seizures or shock in 3%. A breast pump at home was used in only 31%. In the hospital breast pumps were available (82%) as lactation consultants (73%). For treatment 65% was offered formula, in 30% by nasogastric drip. Most admissions lasted up to three days, all recovered fully and 33% were breastfed exclusively at discharge.

Conclusions: The incidence of severe dehydration in the Netherlands is relatively low. With extended use of breast pumps at home it could be lower. To prevent complications we recommend applying a

reference weight chart, a full clinical examination and more extensive screening of serum sodium and glucose.

**Ernstige hyperbilirubinemie -  
signalering en mogelijkheden  
voor verbetering**

Selma Lavrijsen

Gedurende 2 jaar (juli 2005 - juni 2007) werd in Nederland door het NSCK (Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde) ernstige hyperbilirubinemie (serum bilirubine > 500 umol/l) bij pasgeborenen in kaart gebracht.

Het doel was het bepalen van de incidentie in Nederland, het identificeren van risicofactoren en het bepalen van het effect op de ontwikkeling van het kind. In 2 jaar werden er 29 kinderen met een ernstige hyperbilirubinemie gemeld, waarvan 97% vanuit thuis werd opgenomen.

De voornaamste risicofactoren en -groepen waren bloedgroep- en/of rhesusantagonisme, voedingsproblemen (bij borstvoeding) en allochtone kinderen. In 2 jaar zijn er 6 kinderen met een milde tot ernstige ontwikkelingsachterstand en/of gehoorproblemen ten gevolge van deze hyperbilirubinemie.

In 2009 werd een nieuwe Nederlandse richtlijn hyperbilirubinemie geïntroduceerd, met lagere grenzen voor fototherapie en wisseltransfusie. De extra "awareness" die deze introductie met zich meebrengt kan zorgen voor een eerdere herkenning van kinderen met een verhoogd risico op ernstige hyperbilirubinemie in de thuissituatie.

### Dr. Ank de Jonge

EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid  
en zorg VU medisch centrum

### Drs. Marloes Maassen

Ikazia ziekenhuis

### Pien Offerhaus, MSc

KNOV



Ank de Jonge



Marloes Maassen



Pien Offerhaus

Deze sessie staat onder leiding van  
Marlies Rijnders (TNO-Kwaliteit van Leven).

### Thuis beginnen en eerlijk zijn over het eind

Ank de Jonge

Wat weten we over de veiligheid van thuis bevallen? En over andere voor- en nadelen? Welke informatie hebben vrouwen en hun partners nodig om een keuze te kunnen maken over plaats van bevalling?

Weinig onderwerpen in de verloskunde roepen zoveel emoties op als de thuisbevalling. De discussie wordt vaak bepaald door fervente voor- en tegenstanders. 'Believers' geven de indruk dat thuis bevallen vanzelfsprekend is. 'Non-believers' zien voortdurend beren op de weg in de thuissituatie maar niet in het ziekenhuis. Geen wonder dat zwangeren en hun partners soms niet goed weten wat ze nu moeten kiezen. Er zijn steeds meer onderzoeksresultaten beschikbaar die we kunnen gebruiken in de voorlichting over

plaats van bevalling. Door onze voorlichting meer te baseren op feiten dan ideologie, kunnen cliënten beter kiezen wat bij hen past.

### Interventies bij low-risk bevallingen in Nederland, 1<sup>e</sup> versus 2<sup>e</sup> lijn

Marloes Maassen

In Nederland vindt 35% van de bevallingen plaats in de eerste lijn. Tijdens de bevalling wordt 30% verwezen naar de tweede lijn. High-risk bevallingen en sommige low-risk bevallingen vinden plaats in de tweede lijn. In dit retrospectieve onderzoek werd het aantal interventies tijdens de bevalling tussen low-risk bevallingen in de eerste en de tweede lijn vergeleken. Bij low-risk zwangeren die in de tweede lijn waren gestart met de bevalling vonden significant meer interventies plaats dan bij zwangeren die in de eerste lijn waren gestart.

Mogelijke verklaringen hiervoor: de tweedelijns groep is niet volledig low-risk, gebruik van bekende risicofactoren voor interventies in de tweede lijn - zoals inleiden van de bevalling en gebruik van CTG-, en de gynaecoloog zou geneigd kunnen zijn sneller in te grijpen. Onderzoek naar de relatie tussen de geplande plaats van bevallen, manier van bevallen en de neonatale en maternale uitkomst is dus nodig.

### Hoe veilig is de eerstelijns baring?

Pien Offerhaus

In het Nederlands verloskundig systeem dient adequate risicoselectie ervoor te zorgen dat de bevalling na een gezonde zwangerschap veilig in de eerste lijn kan plaatsvinden. Maar hoe goed functioneert dit? Stijgende verwijscijfers en een relatief hoge perinatale sterfte zijn aanleidingen

om deze risicoselectie te evalueren, en te zoeken naar eventuele mogelijkheden voor verbetering. Een aanzet daartoe werd al gedaan, onder andere door Marianne Amelink die liet zien dat van alle verwijzingen tijdens of direct na de partus het grootste deel zonder spoed plaatsvindt. Het in deze parallelsessie gepresenteerde project is een vervolg op haar onderzoek. Aan de hand van het cohort eerstelijnsbaringen 2000-2007, geregistreerd in de database van stichting PRN, zal worden onderzocht in welke mate vrouwen tijdens of kort na de bevalling (met spoed) worden verwezen naar de gynaecoloog, en wat daarbij de perinatale resultaten zijn. Er wordt gezocht naar aanwijzingen dat perinatale problemen al vóór de baring voorspeld hadden kunnen worden. Mogelijk kan in bepaalde situaties verwijzing naar de gynaecoloog beter vóór de baring plaats vinden. Daarbij zal onder andere gekeken worden naar een lange zwangerschapsduur en/of een laag

geboortegewicht als voorspellende factor voor ongunstige perinatale resultaten bij eerstelijns baringen.

**Anita Ravelli**

AMC, Amsterdam

**Greta Rijninks-van Driel, MSc. RM**

AMC, KNOV, PRN en EMA, Nederlandse Peristat  
Stuurgroep

**Drs. Semiha Denktas**

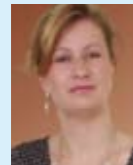
Erasmus MC



Anita Ravelli



G.C. Rijninks-van Driel



Semiha Denktas

Deze sessie staat onder leiding van  
Marianne Amelink (IGZ).

**Regionale verschillen in perinatale sterfte in Nederland**

Anita Ravelli

De perinatale sterfte in Nederland is de afgelopen jaren gedaald. Per jaar overlijden er tijdens de zwangerschap en eerste levensweek ongeveer 1.700 op de 175.000 geboren kinderen (10 op de 1000).

Belangrijke risicofactoren voor perinatale sterfte zijn meerlingzwangerschap, hypertensie, niet westerse etniciteit, primi en 3+ pariteit, leeftijd <20 en > 35 jaar, geboortetijdstip buiten kantooruren, conceptie na vruchtbaarheidsbehandeling en lage sociaal economische status. Intermediaire risicofactoren zijn prematuriteit, dismaturiteit en congenitale afwijkingen.

Onderzoek op basis van het gekoppelde LVR1, LVR2 en LNR bestand heeft verder aangetoond dat er regionale verschillen in perinatale sterfte zijn met verhoogde risico's

in de Noordelijke provincies en verlaagde risico's in het Zuiden. De regionale verschillen waren met name zichtbaar bij geboorten vanaf 32 weken, overdracht tijdens de baring en kinderen met congenitale afwijkingen vanaf 26 weken. In de presentatie zal aandacht worden besteed aan de mogelijke invloed van reistijd.

**Peristat I en II: meer dan perinatale sterfte!**

Greta Rijninks-van Driel

Peristat ([www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)) heeft als doel het ontwikkelen en implementeren van indicatoren om de perinatale gezondheid te kunnen vergelijken tussen Europese landen. In Peristat I (2004) namen 15 landen deel terwijl dit in Peristat II (2008) al 26 landen waren. De indicatoren beschrijven de neonatale gezondheid, maternale gezondheid, gebruik van gezondheidszorg en

populatiekenmerken. De resultaten vielen niet mee: na Frankrijk en Letland heeft Nederland de hoogste perinatale sterfte, hetgeen zowel media- als politieke belangstelling trok. De focus van de presentatie zal zich richten op de à terme sterfte in Europa. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan andere indicatoren, waaronder de manier van bevallen. Wat zijn daar de trends binnen Europa? Een groot deel van de gegevens van Peristat komen van de Perinatale Registratie Nederland, de gecombineerde LVR1, LVR2 en LNR cijfers. Voor verloskundigen geven deze cijfers ook inzicht op praktijk- en kringniveau, wat kun je daar mee?

**Rotterdamse Aanvalsplan Perinatale Sterfte - Programma 'Klaar voor een Kind'**

Semiha Denktas

Onlangs bleek dat Nederland een hoog perinataal sterftecijfer kent ten opzichte van

andere Europese landen. De Gemeente Rotterdam en het Erasmus MC, stadsbreed gesteund door zorgvoorzieningen, hebben het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een stedelijk aanvalsplan.

Het Aanvalsplan Perinatale Sterfte Rotterdam heeft als primaire doelstelling daling van de perinatale sterfte in alle deelgemeenten naar tenminste het huidige landelijke gemiddelde van 10 promille, in tien jaar tijd. In de presentatie wordt de programmatische werkwijze van het Rotterdamse aanvalsplan om de stedelijke perinatale gezondheidsuitkomsten te verbeteren verteld.

**Marianne Nieuwenhuijze, MPH**

AVM

**Dr. Evelien Spelten**

AVAG



Evelien Spelten\*



Marianne Nieuwenhuijze

De KNOV Wetenschapscommissie Verloskunde heeft in haar opdracht mede de vraag gekregen om plannen te maken voor de oprichting van een netwerk-organisatie voor eerstelijns verloskundig onderzoek. In een subcommissie 'Onderzoeksnetwerk Fysiologisch Verloskunde' is een concrete aanpak ontwikkeld door vertegenwoordigers van de 3 Nederlandse verloskunde academies, de Master Verloskunde in Amsterdam en het Verloskundig Consortium. Het op te richten onderzoeksnetwerk heeft inmiddels de naam gekregen 'Midwifery Research Network Netherlands' (MRNN).

Nederland telt 484 eerstelijns praktijken, waar in totaal 1.665 verloskundigen werkzaam zijn (NIVEL, 2007). Veel van deze praktijken worden nu al regelmatig benaderd voor hun medewerking aan talloze onderzoeken van TNO, het Verloskundig Consortium, universiteiten, het NIVEL, etcetera. Ook de opleidingen tot verlos-

kundigen stellen zich actief op als onderzoeksinstellingen en benaderen verloskundige praktijken voor hun deelname.

Om versnippering van inspanningen en irritaties in het veld te voorkomen is het van belang om de 'werkveldbenadering' van de opleidingen af te stemmen. Daarnaast draagt deze gezamenlijkheid ook bij aan de kracht van het onderzoek. Zowel in de richting van de verloskundige praktijken als de collega-onderzoekers bij andere onderzoeksinstellingen.

Tijdens deze parallelsessie doen leden van het oprichtingsbestuur MRNN uit de doeken hoe dit nieuwe onderzoeksnetwerk voor de eerste lijn zal gaan functioneren.

## Gezond zwanger zijn - Wat draagt eraan bij?

### Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten

*Drs. Sylvia Borst, MSc.*

*Dr. Trees Wieggers*

### How many obese pregnant women in a Dutch low risk population experience a normal birth?

*Darie Daemers*

### A process evaluation of an online healthy lifestyle program for pregnant women

*Hanneke van Dongen*

### Evaluatie van het effect van de harmonisatie van de kansbepaling voor Downsyndroom screening

*Kirsten Heetkamp, MSc*

### Effective care during pregnancy and childbirth from women's points of view in three European countries

*Ans Luyben*

### Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study

*Ans van Teeffelen, MSc RM*

### Klaar Voor Een Kind

*Drs. Mieke van Veen, MSc*

### A maternal diet characterized by high intakes of fish and nuts affects methyl status and reduces the risk of congenital heart defects in the offspring

*Marijana Vujkovic*

*Tourgids: Leonie Welling (VAR)*



**Ton Rijsemus**

KNOV Wetenschapscommissie Verloskunde



Ton Rijsemus

**Eindrapport KNOV  
Wetenschapscommissie  
Verloskunde**

Ton Rijsemus

Eind december 2009 rondt de KNOV Wetenschapscommissie haar werkzaamheden af. De commissie is begin 2008 ingesteld door de KNOV met als doel te komen tot een structurele inbedding van het wetenschapsdomein 'fysiologische verloskunde' in de academische setting. Onder voorzitterschap van prof. dr. J. Brug heeft de commissie onder meer een onderzoeksagenda fysiologische verloskunde opgesteld en de oprichting van een eerstelijns verloskundig onderzoeksnetwerk bevorderd. Hoewel de commissie haar eindrapport pas begin januari 2010 officieel aan het bestuur van de KNOV aanbiedt, wordt u nu al bijgepraat over de belangrijkste resultaten.

### Jeanette Mesman

Leids Universitair Medisch Centrum

### Dr. Trees Wieggers

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

### Marijke Hendrix

Universitair Medisch Centrum, Maastricht



Jeanette Mesman



Trees Wieggers



Marijke Hendrix

Deze sessie wordt geleid door  
Joost Zwart (LUMC/LEMMoN-studie).

### LEMMoN audit; Risicoselectie en standaard zorgfactoren bij obstetrische complicaties thuis

Jeanette Mesman

Elke casus van ernstige maternale morbiditeit verdient een audit!

Zover zijn we nog lang niet, maar de eerste stappen daartoe zijn wel gezet. Allereerst met het uitvoeren van het LEMMoN-onderzoek onder leiding van Joost Zwart en Jos van Roosmalen. Gedurende twee jaar zijn alle vrouwen in geheel Nederland met ernstige maternale morbiditeit tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed geïnccludeerd. Een aantal van de geïnccludeerde casus zijn geaudit, waaronder 16 casus van ernstige maternale morbiditeit in de eerste lijn na een thuispartus.

Overall blijkt in 80% van de onderzochte casus sprake te zijn van substandard care. Er blijken dus nog veel aanknopingspunten

te zijn voor verbetering van de verloskundige zorg.

In deze sessie krijgt u een beeld van de opzet en resultaten van deze LEMMoN audit en genoeg inspiratie om zelf een audit te gaan organiseren naar casus van ernstige maternale morbiditeit in uw praktijk, ziekenhuis of verloskundige samenwerkingsverband.

### De ontwikkeling van de CQ-Index in het algemeen en de CQ-Index Kraamzorg in het bijzonder

Trees Wieggers

Uitleg over de ontwikkeling van de CQ-Index als standaard voor het meten van cliëntervaringen in de zorg.

- Hoe verloopt een ontwikkeltraject, van idee tot gevalideerd meetinstrument?
- Wat wordt er gemeten, voor wie zijn de resultaten bedoeld, hoe wordt de kwaliteit

van het meetproces (instrumenten, uitvoerders, rapportages) gecontroleerd?

- In hoeverre is sprake van een landelijke standaard?

Korte toelichting op ontwikkeltraject CQ-Index Geboortezorg  
Stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van de CQ-Index Kraamzorg

### Veiligheid voor de moeder

Marijke Hendrix

In deze presentatie worden resultaten gepresenteerd van het multicenter prospectieve onderzoek 'Wat bevalt beter: thuis of (poli)klinisch?', uitgevoerd door het Universitair Medisch Centrum in Maastricht. In deze studie is getracht een totaalbeeld van de eerstelijns verloskundige zorg voor low-risk nulliparae te schetsen. Welke voorkeuren hebben zwangeren ten aanzien van de verloskundige zorg en de

plaats bevallen. En zijn er verschillen tussen vrouwen die thuis willen bevallen en vrouwen die poliklinisch willen bevallen?

Ook hebben we in deze studie gekeken naar verschillen in uitkomsten tussen vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling en vrouwen die een poliklinische bevalling prefereren, zoals verwijzingspercentages, medische ingrepen en neonatale uitkomsten.

### Adja Waelput

RIVM / Stichting Perinatale Audit Nederland

### Lucie Martijn, MSc

KNOV

### Ir. Mienke Kooistra

Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu,  
afdeling Preventie & Zorgonderzoek



Adja Waelput



Lucie Martijn



Mienke Kooistra

Deze sessie wordt geleid door  
Ineke van der Hoff (KNOV).

### Wat levert perinatale audit op? Adja Waelput

Tijdens een perinatale audit kijken zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier naar de verleende zorg: was die zoals die had moeten zijn? Hoe kan het beter? Tijdens de audit worden bestaande gegevens gebruikt en ontstaan nieuwe gegevens.

Het chronologische verslag vormt de basis voor de auditbijeenkomst. In dit verslag worden de gegevens uit de zorgdossiers van alle betrokken zorgverleners (inclusief patholoog en klinisch geneticus) samengevat en geordend. Zodoende kunnen zorgverleners zich een beeld vormen van de gebeurtenissen rond én voorafgaand aan de sterfte.

De stichting Perinatale Registratie Nederland heeft twee modules ontwikkeld: één voor registratie van de basisgegevens en

één voor ordening van de gegevens in het chronologisch verslag.

Iedere auditbijeenkomst genereert nieuwe data: over de doodsoorzaak, over de aanwezigheid van substandaard factoren in de zorg en of over een eventuele relatie met de sterfte. Deze gegevens worden, met de conclusies en voorgenomen verbeteracties, vastgelegd in het perinatale audit registratiesysteem (PARS).

Met deze informatie kunnen samenwerkingsverbanden (en beroepsgroepen) verbeteracties in gang zetten. In geaggregeerde vorm draagt deze informatie bij aan een beter beeld van de kwaliteit van de Nederlandse verloskunde.

### Patiëntveiligheid in verloskunde praktijken Lucie Martijn

Op verzoek van het Ministerie van VWS voert het Scientific Institute for Quality

of Healthcare, UMC St Radboud, een onderzoek uit naar de patiëntveiligheid van de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009. Het doel is het representatief in beeld brengen van deze patiëntveiligheid. De resultaten van het onderzoek kunnen bijdragen aan een hogere prioriteit voor het onderwerp en kunnen dienen als voormeting voor een evaluatie van activiteiten op dit gebied over enkele jaren. Patiëntveiligheid staat hoog op de agenda van zorgvragers, zorgaanbieders en overheid. In navolging van onderzoek naar patiëntveiligheid in ziekenhuizen worden door middel van dit onderzoek mogelijke risico's voor patiëntveiligheid in de eerste lijn in kaart gebracht.

Naast huisartsenzorg, tandartsenzorg en fysiotherapeutische zorg wordt ook binnen de eerstelijns verloskundige praktijken onderzoek gedaan. Het onderzoek omvat dossieronderzoek, incident-meldweken en het beoordelen van praktijkvragenlijsten.

### Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde. Bevalt het? Mienke Kooistra

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Vereniging voor Verloskundig Actieve Huisartsen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, willen de kwaliteit van thuisbevallingen in Nederland kunnen vaststellen en verbeteren. Samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is een set indicatoren gedefinieerd die de verloskundige zorg meetbaar maakt. Om draagvlak te creëren, is er voor gekozen de beroepsgroep te betrekken bij het werkproces. Experts uit het werkveld beoordeelden in hoeverre de conceptindicatoren haalbaar zijn in de dagelijkse praktijk en of ze daadwerkelijk een afspiegeling zijn van de kwaliteit van verloskundig handelen. Uiteindelijk, na het oordeel van de experts, stelde de werkgroep een set van 23 indicatoren

vast als graadmeter voor de kwaliteit van thuisbevallingen.

### Trefwoorden:

kwaliteit van zorg, kwaliteitsindicatoren, eerstelijnsverloskunde, Delphi-onderzoek, monitoring.

**Drs. Dineke Korfker**

TNO Kwaliteit van Leven, Team Zwangerschap en Kraamzorg

**Dr. Geert Gerats**

KNOV

**Drs. Remy Vink**

TNO Kwaliteit van Leven, team Psychosociaal



Dineke Korfker



Geert Gerats



Remy Vink

Deze sessie wordt geleid door  
Marianne Nieuwenhuijze (AVM).

### Signaleren en Bespreekbaar maken van Huiselijk Geweld door de Verloskundige

Dineke Korfker

Huiselijk geweld begint soms in de zwangerschap of het wordt heviger tijdens de zwangerschap en de periode daarna. Hoe kan je als verloskundige signalen herkennen en hoe kan je ze bespreekbaar maken. In deze sessie komen de risicofactoren voor huiselijk geweld aan bod en de signalen ervan. Vaak is huiselijk geweld het gevolg van een psychosociale situatie die onder druk staat. Het onderkennen van deze problemen is voor een goede uitkomst van de zwangerschap belangrijk. Immers, fysiek geweld kan bedreigend zijn voor de zwangerschap. Maar uit onderzoek blijkt ook steeds duidelijker dat spanningen in de zwangerschap gevolgen hebben voor het kind na de geboorte. In het project "Screening op Huiselijk Geweld" hebben verloskundigen ervaring opgedaan met

vragen naar geweld. Momenteel doen we ervaring op met uitgebreider signaleren van psychosociale problematiek met behulp van een signaleringsinstrument. Daarop wordt nader ingegaan in de lezing over ketenzorg rond de geboorte.

### Krijgt de veiligheid van verloskundigen wel voldoende aandacht?

Geert Gerats

In deze bijdrage wordt ingegaan op de veiligheid en de gezondheid van de verloskundige zelf. Verloskundigen zijn zelf verantwoordelijk voor de bewaking daarvan. Risico's zijn er op het vlak van de psychische belasting en ook ten aanzien van de fysieke belasting. Psychische belasting kan onder andere door de intensieve contacten met cliënten, door een hoge werkdruk of door problemen in de onderlinge relaties ontstaan. Ook spelen

traumatische ervaringen soms een belangrijke rol. Fysieke belasting van onder andere nek- en rugspieren ontstaat vooral tijdens het begeleiden van bevallingen. Ook zijn er risico's door een onheuse of zelfs dreigende bejegening door cliënten of partners daarvan. In deze bijdrage wordt vooral hierop ingegaan, mede aan de hand van een enquête onder verloskundigen in achterstandswijken. In deze bijdrage wordt vervolgens nagegaan welke maatregelen verloskundigen zelf kunnen treffen om hun eigen veiligheid en gezondheid te bewaken.

### Samen signaleren rond de geboorte

Remy Vink

Zorgwekkende omstandigheden voor kinderen om in op te groeien zijn vaak al tijdens de zwangerschap aanwezig of voorspelbaar. Verloskundigen kunnen die

signaleren en cliënten naar (specifieke) hulp verwijzen zodat waar nodig al vóór de geboorte begeleiding van het gezin door bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg of maatschappelijk werk, kan starten.

Ook de kraamverzorgende vangt signalen uit het gezin op. Verloskundige en kraamverzorgende vullen elkaar daarin aan en hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de overdracht naar de jeugdgezondheidszorg. Met betrekking tot de psychosociale conditie van gezinnen gebeurt dat nu nog niet systematisch. TNO heeft een signaleringsinstrument voor verloskundigen en een observatie-instrument voor kraamverzorgenden ontwikkeld en in twee pilotstudies proefgedraaid. In deze workshop worden de eerste resultaten en ervaringen gepresenteerd.

**Voor de vierde keer organiseren Kennispoort Verloskunde (SOV) en het Tijdschrift voor Verloskundigen (KNOV) de Scriptieprijs Verloskunde voor de beste scriptie van het afgelopen jaar.**

Dit jaar zijn vier onderzoeken genomineerd van de academies in Rotterdam en Maastricht.

In deze parallelsessie presenteren de genomineerden hun onderzoek.

Helaas nemen de opleidingen in Amsterdam en Groningen (AVAG) dit jaar niet deel. Door een verandering in het onderwijsprogramma waren er het afgelopen jaar geen afstudeerscripties. In het onderwijsprogramma is inmiddels een specifiek onderzoekssemester ingebouwd, waardoor de AVAG in 2010 wel weer van de partij zal zijn.

**Goede voorbereiding is het halve werk**  
Lieneke van den Brink, Judith Leijten (AV-M)

**Onderzoeksvraag**

Het doel van deze literatuurstudie was het in kaart brengen van de verwachtingen en ervaringen van zwangeren van de baring. De onderzoeksvraag was: 'Welke verwachtingen en ervaringen hebben laag risico zwangeren van de baring?'

**Methode**

In deze literatuurstudie werden zeven relevante onderzoeksartikelen verzameld via PubMed in de periode van juni tot en met december 2008. In totaal zijn zeven onderzoeksartikelen geanalyseerd voor deze literatuurstudie: een review, drie kwalitatieve en drie kwantitatieve onderzoeken.

**Resultaten**

De verwachtingen en ervaringen van de baring liepen uiteen. Er waren zwangeren

die hadden verwacht dat de bevalling een positieve ervaring zou zijn. Zij verwachtten dat het een natuurlijk proces en probleemloze ervaring zou zijn. Daarentegen waren er ook zwangeren die verwachtten dat de bevalling pijnlijk zou zijn en dat er medische interventies zouden plaatsvinden. Zwangeren hadden verwacht dat ze ondersteuning zouden krijgen van hun partner en van een verpleegkundige. Daarnaast verwachtten ze inspraak te hebben in het beleid van de verloskundige hulpverlener. Verschillende factoren hadden invloed op de verwachtingen van de baring. Voorbeelden zijn: boeken, internet, televisie, voorbereiding op de baring en professionals. Een goede voorbereiding op de baring zorgt voor meer realistische verwachtingen van de baring. Zwangeren die goed op de baring waren voorbereid, keken naderhand

positiever terug op de baring. Ervaringen van de baring werden door meerdere determinanten beïnvloed. Factoren die de ervaring negatief beïnvloedden waren: kunstverlossing, ziekenhuisbevalling, verwijzing tijdens de bevalling, geen keuze in pijnbestrijding, negatieve beschrijving van de hulpverlener, ontevredenheid over het aankunnen van de pijn en angst voor het leven van haar kind of zichzelf. Eén onderzoek ging in op de tevredenheid over de baring. Cliënten waren tevredener over de baring indien deze voldeed aan de verwachtingen. Andere factoren die invloed hadden op de tevredenheid waren: land, duur van de bevalling, medische interventie en gevoel van controle.

**Conclusie**

De verwachtingen en ervaringen van zwangeren van de baring liepen uiteen en

werden door verschillende factoren beïnvloed. Zwangeren waren meer tevreden als ze vooraf reële verwachtingen hadden. Om reële verwachtingen te creëren is het van belang dat verloskundigen specifieke voorlichting op maat gaan geven. Verloskundigen dienen op de hoogte te zijn van de verwachtingen van de individuele zwangeren door actief te vragen wat de verwachtingen zijn over andere pijnbestrijding, medische interventies en de rol van de verloskundige. Daarnaast zou de verloskundige het ontwikkelen van realistische verwachtingen moeten bevorderen en voor zover mogelijk tegemoet te komen aan de verwachtingen. Indien het niet mogelijk is om aan de verwachtingen te voldoen moet dit bespreekbaar worden gemaakt. Verloskundigen dienen zwangeren te adviseren om een vorm van zwangerschapseducatie te

gaan volgen die past bij de individuele zwangere. Tijdens groepsvoorlichting dienen verloskundigen de verwachtingen van de deelnemende zwangeren te verkennen om de voorlichting over de baring daaraan aan te passen, zodat zwangeren tijdens deze vorm van voorbereiding op de baring zo realistisch mogelijke verwachtingen ontwikkelen. Bovenstaande aanbevelingen kunnen leiden tot betere zorg op maat en meer tevredenheid onder de cliënten. Dit sluit aan op de standaarden 'Niet-vorderende ontsluiting', 'Prenatale verloskundige begeleiding' en het format geboorteplan van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

## Obesitas en schouderdystocie

Ine van Veldhoven (AV-M)

### Onderzoeksvraag

In deze scriptie wordt gekeken naar de relatie tussen obesitas en schouderdystocie durante partu. Dit wordt gedaan aan de hand van de onderzoeksvraag: "Heeft een 'low risk' obese zwangere meer kans op schouderdystocie bij haar à terme partus dan een 'low risk' zwangere zonder obesitas?"

### Methode

Via Pubmed zijn artikelen gezocht en geselecteerd om een onderbouwd antwoord te kunnen geven op de vraag of obese zwangeren een groter risico lopen op schouderdystocie bij de partus dan niet obese vrouwen.

### Resultaten

Wereldwijd neemt de prevalentie van overgewicht en obesitas met zorgwek-

kende aantallen toe. Ook in Nederland neemt de incidentie toe. Obesitas wordt volgens de World Health Organisation (WHO) gedefinieerd als een Body Mass Index (BMI) >30 kg/m<sup>2</sup>. In 1981 was ongeveer 6% van de vrouwen (20 jaar en ouder) obees, dit is verdubbeld naar ongeveer 12% in 2007. Er van uitgaande dat 9,6% van de Nederlandse zwangeren obees is komt dat op 17.280 obese zwangeren per jaar. Ten tijde van het begin van de partus zijn nog 9.181 zwangeren (70%) onder begeleiding van de eerste lijn als 'low risk' obese zwangere. Schouderdystocie is het ontstaan van problemen bij de ontwikkeling van de romp. Na de geboorte van het hoofd blijft de voorste schouder hangen achter de symfyse als gevolg van wanverhouding tussen kind en baringskanaal. Het is moeilijk schouderdystocie te definiëren aangezien niet

duidelijk is wanneer sprake is van een moeizame schouderontwikkeling of een schouderdystocie. In de meeste literatuur wordt gesproken van schouderdystocie indien additionele obstetrische handelingen nodig zijn om de schouders geboren te laten worden. Andere wetenschappers geven een meer toetsbare definitie van schouderdystocie door te zeggen dat er schouderdystocie bestaat indien er sprake is van een verlengde geboortetijd tussen hoofd en schouders (langer dan 60 seconden) en/ of noodzakelijk gebruik van obstetrische manoeuvres. In de geanalyseerde onderzoeken wordt de diagnose schouderdystocie toegekend door de hulpverlener die de partus begeleid, zonder dat er een duidelijke definitie voor wordt gegeven. Hierdoor zijn cijfers van verschillende onderzoeken moeilijk te vergelijken. Afhankelijk van de gebruikte

definitie van schouderdystocie ligt de incidentie van schouderdystocie tussen 0.1% en 3% onder alle zwangere vrouwen. De incidentie van schouderdystocie wordt hoger indien het geboortegewicht stijgt. Er komt uit de onderzoeken van Usha Kiran et al. en Cedergren et al. duidelijk naar voren dat de incidentie bij obese zwangeren drie keer hoger ligt dan bij niet obese zwangeren (0.5% tegenover 1.5% en 0.1% tegenover 0.3%). Er zijn vele onderzoeken gedaan naar predisponerende factoren voor schouderdystocie, hieruit zijn echter nog geen eenduidige uitkomsten gekomen. Elk onderzoek en elk boek geeft verschillende risicofactoren. Uit de geanalyseerde onderzoeken komt duidelijk naar voren dat schouderdystocie in anamnese (i.a.), macrosomie i.a., macrosomie in de huidige zwangerschap en diabetes significante, onafhankelijke predisponerende factoren

zijn voor schouderdystocie. Serotiniteit, obesitas en kunstverlossing (forceps en vacuüm) worden niet als onafhankelijke risicofactoren gezien. Over de risicofactoren inleiding, excessieve gewichtstoename en multipariteit zijn de onderzoekers het niet eens, er is meer onderzoek nodig om hierover een duidelijk antwoord te kunnen geven. Ook met betrekking tot Niet Vorderende Ontsluiting (NVO) en Niet Vorderende Uitdrijving (NVU) is meer onderzoek nodig aangezien hier nog niet veel onderzoek naar gedaan is.

### Conclusie

De geanalyseerde onderzoeken hebben aangetoond dat serotiniteit, inleiding van de baring, macrosomie, schouderdystocie, kunstverlossing en diabetes gravidarum mogelijke complicaties zijn tijdens de zwangerschap en partus van een obese

zwangere. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een 'low risk' obese zwangere ten tijde van de intake een verhoogd risico heeft op schouderdystocie. Dit betekent niet dat een 'low risk' obese bij het begin van de partus nog steeds een verhoogd risico heeft op schouderdystocie. In de casecontrol studies van Robinson et al. en Moore et al. is aangetoond dat, na correctie voor macrosomie en diabetes, obesitas geen onafhankelijke risicofactor is voor schouderdystocie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat wanneer macrosomie en diabetes zijn uitgesloten, bij aanvang van de partus geen verhoogd risico meer bestaat op schouderdystocie bij een 'low risk' obese zwangere.

### Wat bevat beter

Liselotte Kweekel, Sanderieke Vos (VAR)

#### Onderzoeksvraag

De doelstelling was om te onderzoeken wat de obstetrische uitkomsten zijn van bevallingen in diepe hurkhouding in een cohort- onderzoeksgroep. Daarbij inzicht bieden in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn wegens niet-vorderende uitdrijving. De onderzoeksvraag was: Wat was het aantal verwijzingen naar de tweede lijn wegens niet-vorderende uitdrijving in een laag-risico cohort populatie lopend van 1985 tot en met 2004, waarbij de diepe vrije hurkhouding tijdens de uitdrijving werd aangenomen al dan niet met behulp van de baarschelp?

#### Methode

Het betreft een beschrijvende studie. De onderzoeksdata is verzameld door mevrouw Keijzer, eerstelijns verloskundige. De laag-risico populatie bestaat uit 293

primigravidae van praktijken uit 4 provincies in Nederland. Gegevens uit deze cohort populatie werden geanalyseerd in het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programma versie 16.0. Hierbij werd gebruik gemaakt van frequenties en cross-tabs.

#### Resultaten

In dit cohort was er over deze 20 jaar een verwijzingspercentage van 7,8% voor een niet vorderende uitdrijving. Van de neonaten had 1,7 procent een Apgar-score van  $\leq 7$  na 5 minuten. 1% had een fluxus ( $>1000$  ml), 9,6% 501-1000 ml vaginaal bloedverlies, 36,9% een ruptuur, 1% een subtotaal ruptuur, 0,3% een totaal ruptuur, 2,4% een labiumruptuur en 15,7% kreeg een episiotomie.

#### Conclusie

In de laag-risico cohort populatie van mevrouw Keijzer werd 7,8% verwezen wegens een niet-vorderende uitdrijving. Het onderzoek heeft beperkingen waardoor de resultaten niet betrouwbaar zijn. Voorlopig moet men uitgaan van resultaten uit eerder beschreven onderzoeken.

### Onderzoeksvoorstel voor een kwantitatief onderzoek

Hülya Hardus, Eve Hannant (VAR)

#### Onderzoeksvraag

Welke activiteiten worden preconceptioneel ondernomen door vrouwen met een kinderwens, na het invullen van Zwangerwijzer en die niet naar een preconceptioneel consult (PCC) gaan, in vergelijking met vrouwen die geen Zwangerwijzer hebben ingevuld en niet naar een PCC gaan?

#### Methode

Er is sprake van een kwantitatieve onderzoeksmethode.

- Populatie: bestaat uit twee groepen: 1. Onderzoeksgroep, bestaande uit primigravidae die in de 1<sup>e</sup> lijn op intake komen, hiervóór Zwangerwijzer hebben ingevuld en niet naar een PCC zijn geweest. 2. Controlegroep, bestaande uit vrouwen die Zwangerwijzer niet hebben ingevuld en niet naar een PCC zijn geweest.

- Dataverzameling en meetinstrument: data worden verzameld met enquêtes. Er is één enquête voor de onderzoeksgroep en één voor de controlegroep gemaakt. De enquêtes zijn ontwikkeld aan de hand van interviews en de antwoordmogelijkheden van Zwangerwijzer. Respondenten worden geworven via verloskundigenpraktijken.

#### Resultaten

De resultaten worden geanalyseerd met behulp van het computerprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). De uitkomstmaten van dit onderzoek bestaan uit preconceptioneel ondernomen acties. Voorbeelden hiervan zijn activiteiten die vrouwen ondernemen omtrent: leefstijl (roken, alcohol, drugs), erfelijke ziekten, arbeidsomstandigheden, chronische ziekten, medicatiegebruik en gynaecologische problemen.

#### Conclusie

De grootte van de steekproef, om een power van minimaal 80% te bereiken, is niet te berekenen omdat de prevalentie van de onderzoeksgroep onduidelijk is. Daarom zal eerst een pilot uitgevoerd moeten worden om de haalbaarheid van dit onderzoek na te gaan. Als deze bekend is, is de power van het onderzoek te berekenen en is bekend hoeveel enquêtes minimaal moeten worden geanalyseerd om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

## Beter Baren - Interventies nader bekeken

### Geknipt of Verknipt. De impact van een episiotomie

*Bernice Engeltjes  
Rudy Rijke*

### Parenteral opioids during labour.

*A systematic review  
Madeline Jonkers, MSc*

### Prostaglandines of ballon voor inleiden van de baring a terme - De PROBAAT studie

*Marta Jozwiak*

### Does the Bishop score predict the outcome of labour in women who are scheduled for induction? A systematic review

*Diny Kolkman, MSc*

### Birth positions: What do women prefer and how do they give birth?

*Marianne Nieuwenhuijze, RM MPH*

### Use of information sources on pain and pain management during childbirth among dutch low-risk pregnant women

*Anne Verheijen, MSc*

### Birth position and perineal damage, a prospective cohort

*Willemijn Warmink-Perdijk, MSc*

*Tourgids: Leonie Welling (VAR)*



### 1 De uitwendige versie veilig en effectief in de eerste lijn?

Antje Beuckens, MSc

*Thematour: N.v.t.*

De eerste resultaten van deze studie naar het succespercentage en de veiligheid van de uitwendige versie in de eerste lijn, op basis van de registratiegegevens van de 455 verrichte uitwendige versies in de eerste lijn in 2008.

### 2 Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten

Drs. Julia de Borst, MSc / Dr. Trees Wiegers

*Thematour: Tour 1*

De centrale vraagstelling in dit onderzoek is: rekening houdend met regionale verschillen en omstandigheden, hoe ziet de samenwerking in de spoedzorgketen tussen verloskundigen en ambulancediensten, verloskundigen en ziekenhuizen en verloskundigen en huisartsenposten er uit, wat voor concrete afspraken zijn er, hoe worden die geëvalueerd en op welke wijze, onder welke voorwaarden en met welke instrumenten kan de spoedzorgketen organisatorisch-kwalitatief beter worden vormgegeven? Het onderzoek zal eind september 2010 afgerond zijn. Tijdens Kennispoort Verloskunde zullen de eerste resultaten van de kwalitatieve inventarisatie gepresenteerd worden.

### 3 How many obese pregnant women in a Dutch low risk population experience a normal birth?

Darie Daemers

*Thematour: Tour 1*

This prospective cohort study (Kempen Study, n=1507) incorporates complete data on first trimester weight and length were available from 1186 pregnant women. After exclusion, analyses were conducted using logistic regression.

### 4 A process evaluation of an online healthy lifestyle program for pregnant women

Hanneke van Dongen

*Thematour: Tour 1*

"Hello World", an innovative online healthy lifestyle program for pregnant women, was initiated in 2006 and aims to provide comprehensive and reliable health information throughout the whole period of the pregnancy. To determine the reach, the level of user satisfaction and the representiveness of the participants of "Hello World" for all pregnant. Furthermore, it was explored which factors might affect the implementation of program.

### 5 Geknipt of Verknipt, 'De impact van een episiotomie'

Bernice Engeltjes en Rudy Rijke

*Thematour: Tour 2*

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen van vrouwen met de episiotomie. De inclusie criteria waren: primipara, spontane à terme partus, hoofdligging en minimaal één maand tot maximaal twaalf maanden post-partum.

### 6 Utilization of prenatal health care services in primary care in the Netherlands

Esther Feijen-de Jong, MSc

*Thematour: N.v.t.*

This study involves the following methods: a systematic review, a retrospective database research as well as a prospective cross sectional study. The outcomes will provide midwives, general practitioners and policy makers insight in the characteristics of women using prenatal health care services. It gives them the ability to plan obstetric care that reduces inequalities in health outcomes. The first results can be expected in 2010.

### 7 Islam en Prenatale screening: Praktijk en theorie onder zwangere moslimvrouwen

Janneke Gitsels

*Thematour: N.v.t.*

Dit onderzoek betreft een masterscriptie, die een vervolg krijgt in een promotieonderzoek. De onderzoeksvraag van de masterscriptie is: Leveren geloofsovertuigingen uit de Islam argumenten op voor zwangere moslimvrouwen in Nederland in de besluitvorming rondom de prenatale screening? De onderzoeksvraag van het promotieonderzoek is: Voor welke hoofdstromingen binnen de Islam spelen geloofsovertuigingen een rol in de besluitvorming rondom de prenatale screening voor zwangere moslimvrouwen in Nederland. In hoeverre past de verloskundige haar counseling hierop aan, welke beslissingen nemen de vrouwen, en leidt dit tot implicaties voor de huidige vorm van prenatale screening?

### 8 Preconception counselling on nutrition and folic acid use

Fatima Hammiche

*Thematour: N.v.t.*

Changing unhealthy nutritional behaviours preconceptionally in parents-to-be is important to improve general health, reproductive performance and pregnancy outcomes. The objective was to evaluate the preconceptional nutritional intake of couples planning pregnancy

and to investigate whether preconception nutritional counselling increases healthy nutritional behaviours. Between October 2007 and April 2009, 529 couples planning pregnancy visited one or two preconception counselling visits for screening and advice on nutrition and folic acid use at the outpatient clinic of Obstetrics and Gynaecology, Erasmus MC, Rotterdam.

#### 9 **Evaluatie van het effect van de harmonisatie van de kansbepaling voor Downsyndroom screening** Kirsten Heetkamp, MSc

*Thematour: Tour 1*

In Nederland wordt het serum voor de eerste trimester screening opgestuurd naar laboratoria waar biochemische analyse plaatsvindt. Het laboratorium kan met de kansbepalingssoftware Lifecycle/Elipse (LC) en de gegevens van de NT-meting de kans op een zwangerschap van een kind met het Downsyndroom (DS) berekenen. De aanvrager kan die kans ook zelf berekenen met de FMF/Astrai (FMF) software. Sinds april 2007 is een harmonisatie doorgevoerd om het waargenomen verschil in kansbepalingen tussen beide softwareprogramma's op te lossen. Doel van het onderzoek was om vast te stellen wat de mate van overeenstemming is van de gerapporteerde DS kans tussen de LC- en FMF-software, vóór en na harmonisatie.

#### 10 **Parenteral opioids during labour. A systematic review**

Madelaine Jonkers, MSc

*Thematour: Tour 2*

Parenteral opioids are commonly used for labour analgesia. However, there are concerns about the possible side effects associated with the use of opioids in labour, for both mother and child. The objective of this study was to assess the efficacy and maternal and perinatal safety of various types, dosages and modes of administration of parenteral opioids during labour. To this end, the Cochrane database for systematic reviews, Central, Medline and Embase were searched.

#### 11 **Prostaglandines of ballon voor inleiden van de baring à terme - De PROBAAT studie**

Marta Jozwiak

*Thematour: Tour 2*

Uit de cijfers van de Perinatale Registratie Nederland blijkt dat vrouwen die ingeleid worden bij een onrijpe cervix een driemaal verhoogde kans hebben op een secundaire sectio caesarea ten opzichte van een spontane baring. Dit onderzoek heeft als doel de effectiviteit en veiligheid een transcervicale Foley catheter te vergelijken met intravaginale prostaglandines voor het inleiden van de baring bij een onrijpe cervix.

#### 12 **Algemeen verloskundige taken van de huisarts**

Joke Koelewijn

*Thematour: N.v.t.*

Steeds minder huisartsen verrichten specifieke verloskundige taken en ook de algemeen verloskundige taken zien huisartsen steeds minder als hún taak. Toch worden huisartsen in de praktijk geconfronteerd met klachten en aandoeningen die te maken hebben met zwangerschap en voortplanting, oftewel met algemeen verloskundige taken. Het onderzoek gaat over de volgende vragen: Is er verschil in algemeen verloskundige kennis tussen verloskundig actieve en verloskundig niet actieve huisartsen en aio's? Hebben huisartsen (in opleiding) behoefte aan een algemeen verloskundig onderdeel in het standaard onderwijsprogramma van de huisartsopleiding?

#### 13 **Management of pain during labour (Deliver-study)**

Trudy Klomp, MSc

*Thematour: N.v.t.*

In Nederland is weinig verloskundig onderzoek bekend over de geboden zorg rondom pijnbeheersing tijdens de baring in de eerstelijns verloskunde, de verwachtingen en ervaringen van cliënten en de begeleidende verloskundigen. Deze studie wil daar een bijdrage aan leveren. De kwantitatieve data worden verzameld in de Deliver-studie in 20 eerstelijns verloskundige praktijken ([www.Deliver-studie.nl](http://www.Deliver-studie.nl)).

nl). De kwalitatieve data worden verzameld met diepte interviews met zwangeren en recent bevallen vrouwen en focusgroepen met verloskundigen. Daarnaast wordt het effect en de obstetrische voor- en nadelen van 'Inhaled pain relief during labour' met een systematische review voor de Cochrane collaboration onderzocht.

#### 14 **Does the Bishop score predict the outcome of labour in women who are scheduled for induction? A systematic review**

Diny Kolkman, MSc

*Thematour: Tour 2*

This study consists of a systematic review of prognostic studies. Two reviewers independently selected articles of 40 studies, reporting on testing of 13.750 women.

#### 15 **Verloskundig Casusregistratie Systeem Academie Verloskunde Maastricht**

Dr. Evelien van Limbeek / Dr. Hennie Wijnen

*Thematour: N.v.t.*

De Academie Verloskunde Maastricht wil nieuw wetenschappelijk onderzoek binnen en naar de eerstelijns verloskunde initiëren en stimuleren middels een longitudinaal Verloskundig Casusregistratie Systeem (VeCas-AVM). Momenteel registreren verloskundigen in de 1ste lijn gedurende de hele zwangerschap, baring en kraamperiode tal

van gegevens digitaal, waarvan slechts een deel ontsloten wordt voor onderzoek (LVR-1). De AVM wil ook de overige data zoals gegevens van de zwangerschapscontroles, onderzoeken ter beoordeling van de voortgang van de baring etc., bijeenbrengen in een centraal databestand.

### 16 Effective care during pregnancy and childbirth from women's points of view in three European countries

Ans Luyben

*Thematour: Tour 1*

The goal of this thesis was to determine effective content of care in normal pregnancy from women's points of view in the Netherlands, Scotland and Switzerland. 32 women who were either pregnant at different stages of uncomplicated pregnancies or mothers within a year after giving birth participated in 39 interviews.

### 17 Birthing positions: What do women prefer and how do they give birth?

Marianne Nieuwenhuijze, RM, MPH1,

*Thematour: Tour 2*

The goal of this research was to explore healthy pregnant women's choices concerning their birthing positions. Which birthing positions were preferred, did women realize their preferences and which factors

influenced realization? In involved a survey collecting data from 1154 healthy low-risk post-natal women in 55 Dutch primary care midwifery practices. Logistic regression analyses were used to investigate which factors influenced realizing the preferred birthing positions.

### 18 Kennis on-demand: E-learningprogramma voor borstvoeding

Ellen te Pas, Patricia Knook, Arienne Bogaert

*Thematour: N.v.t.*

Het Academisch Medisch Centrum heeft in Maart 2009 als enige ziekenhuis in Nederland het Borstvoedingscertificaat ontvangen met zes afdelingen tegelijkertijd. Het scholen van maar liefst 450 medewerkers uit verschillende disciplines was geen eenvoudige klus. Naast het geven van klinische lessen en workshops heeft het AMC een E-learning programma ontwikkeld in samenwerking met Wolters Noordhoff.

### 19 Perinatale Audit Aanvalsplan Rotterdam

Drs. Jinke van der Put

*Thematour: N.v.t.*

Het perinatale sterftecijfer in Rotterdam ligt met 11,4‰ hoger dan in de rest van Nederland. Het doel van het onderzoek is een verklaring te vinden voor de verhoogde kans op sterfte en andere ongunstige perinatale uitkomsten in de regio Rotterdam. Er wordt een audit opgezet om standaard factoren te identificeren tijdens het perinatale

zorgproces. Dit case-control audit onderzoek wordt uitgevoerd door het Erasmus MC en de Verloskunde Academie Rotterdam.

### 20 Contra-indications for external cephalic version

Ageeth Rosman, MSc

*Thematour: N.v.t.*

There are some obvious contra-indications and relative contra-indications for ECV. However, the guidelines don't know what the real contra-indications are. Most contra-indications are relative and the evidence is low. The aim of this study was to assess all known contra-indications and to evaluate which contra-indications are absolute and which are relative.

### 21 Fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS en hun ouders

Sarita Sanches

Dr. Trees Wieggers

*Thematour: N.v.t.*

AGS (Adrenogenaal syndroom) is een aangeboren afwijking van de hormoonproductie in de bijnieren, waarbij teveel androgenen, te weinig cortisol en meestal ook te weinig aldosteron wordt aangemaakt. Indien de aandoening niet goed onder controle wordt gehouden kan deze leiden tot een levensbedreigende Addison-crisis. Het feit dat vanaf de geboorte sprake is van een bijzondere situatie waarbij

kinderen en ouders alert moeten zijn op eventueel versturende factoren, heeft gevolgen voor de manier waarop ouders met hun kinderen omgaan en de manier waarop kinderen en jongeren zich ontwikkelen. Tijdens Kennispoort Verloskunde kunnen de eerste resultaten van dit onderzoek gepresenteerd worden.

### 22 Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study

Ans van Teeffelen, MSc RM

*Thematour: Tour 1*

This study has explored the views of low-risk pregnant women's on their preferences for psychosocial support from midwives during their transition to motherhood. A qualitative design was used with focus-group interviews and thematic analysis of the discussions.

### 23 Klaar Voor Een Kind

Drs. Mieke van Veen, MSc

*Thematour: Tour 1*

Perinatale sterfte komt in Rotterdam meer voor dan in de rest van Nederland (11,6‰ vs. 10,1‰). In de Rotterdamse achterstandswijken, de prachtwijken, is de perinatale sterfte nog hoger (13‰) en onder allochtone vrouwen zelfs 13,5‰. Op initiatief van gemeente, GGD Rotterdam-Rijnmond, Erasmus Medisch Centrum (EMC), de

Verloskunde Academie Rotterdam (VAR), de zorgverleners in de stad en de ziektekostenverzekeraar is een stadsbrede zorg-innovatie-studie opgezet. Het doel is dat de perinatale sterfte binnen 10 jaar op hetzelfde niveau te ligt als het landelijk gemiddelde.

#### 24 Use of information sources on pain and pain management during childbirth among dutch low-risk pregnant women

Anne Verheijen, MSc

*Thematour: Tour 2*

The goal of this study was to evaluate women's use of information sources on labour pain and pain management, its effect on their level of knowledge and their satisfaction with the received information. It involves a questionnaire survey among 347 low-risk nulliparous women at 36 weeks gestation, in 40 midwifery practices in the Netherlands.

#### 25 A Maternal Diet Characterized by High Intakes of Fish and Nuts Affects Methyl Status and Reduces the Risk of Congenital Heart Defects in the Offspring

Marijana Vujkovic

*Thematour: Tour 1*

Reproductive processes are known to be deranged by maternal malnutrition. Particularly the important methyl-donating nutrient folate

has been associated with congenital heart malformations (CHD). The aim of this study was to identify maternal dietary patterns affecting the availability of methyl-groups and to investigate the associations with the risk of CHD in the offspring.

#### 26 Birth position and perineal damage, a prospective cohort

Willemijn Warmink-Perdijk, MSc

*Thematour: Tour 2*

The objective of this study was to determine the effect of the position during the second stage of labour and the effect of position at the time of birth on intact perineum rate among low risk women. During the period October 2005 until December 2007, a prospective cohort study was conducted in primary care practices in the Netherlands. 1.205 women who gave birth in primary care, were in horizontal and/or vertical position during second stage and had a supine or sitting position at birth were included in the analysis.

*Opdrachtgever:*

Samenwerkende Opleidingen Verloskunde (SOV)

*Redactie:*

Paul Heere, Limetree Business Refreshment

*Ontwerp en productie:*

Sixtyseven

Kennispoort 2009 is een initiatief van de SOV (Samenwerkende Opleidingen Verloskunde).

Alle presentaties zijn te downloaden op [www.kennispoort-verloskunde.nl](http://www.kennispoort-verloskunde.nl). Het internetplatform

Kennispoort Verloskunde is speciaal ontwikkeld voor de ca. 4.000 personen die in Nederland

autonoom professioneel actief zijn in het verloskunde domein: verloskundigen (i.o.),

gynaecologen (i.o.), verloskundig actieve huisartsen (i.o.), docenten en onderzoekers aan

onderwijs- en onderzoeksinstituten.

[www.kennispoort-verloskunde.nl](http://www.kennispoort-verloskunde.nl)

