



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:

KLAAR VOOR EEN KIND

Algemeen doel: de perinatale sterfte dient binnen 10 jaar op hetzelfde niveau te liggen als het landelijk gemiddelde.

Binnen deze studie is een verdeling gemaakt volgens de verschillende **schakels** in de zorgketen: preconcentiezorg, zwangerschap, bevalling, kraamzorg en consultatiebureau/jeugdgezondheidszorg.

Schakel zwangerschap → specifieke doelen:

- alle zwangeren een eerste intake bij 8 weken zwangerschapsduur; verhogen participatie en therapietrouw.
- geïntegreerde risicometing uitvoeren en op vastgestelde risico's, een effectief interventietraject inzetten.
- grotere groep zwangeren uit de achterstandsgroepen bereiken, die duidelijk geïnformeerd worden over prenatale screening om een weloverwogen keuze kunnen maken.



Etiologie:

Risicofactoren → **BIG 4:**

■ (ernstige) vroeggeboorte	)	→ perinatale mortaliteit
■ aangeboren afwijkingen	)	
■ foetale groeivertraging	)	
■ lage Apgarscore	)	

Methodologie: Het betreft een observationele, prospectieve en longitudinale studie. De doelgroep betreft alle zwangeren die ingeschreven zijn bij een verloskundige praktijk in Rotterdam of in een randgemeente waarbij de clientèle uit meer dan 10 % Rotterdamse zwangeren bestaat.



Stappenplan:

- kennisonderzoek
- pilotstudie interventie
- terugkoppeling + interventieplan
- interventieonderzoek
- terugkoppeling + implementatieplan



“Omgaan met pijn, in de eerstelijns”

Kennis van Nederlandse zwangeren over omgaan met pijn tijdens de bevalling

Verheijen, Anne W.M. MSc, Rijnders, Marlies RM, Jonge de, Ank RM PhD, Miranda de, Esteriek RM PhD

DOEL:

Het kennisniveau van low-risk nulliparae vast te stellen ten aanzien van baringspijn en pijnbehandeling tijdens de baring. Nagaan welke informatiebronnen zij gebruiken bij het vergaren van deze kennis

METHODE:

- Prospectief survey onderzoek
- Werving via kringen. Deelname van 40 praktijken verspreid over heel Nederland. Looptijd onderzoek van 1 december 2008 tot 1 mei 2009
- Onderzoekspopulatie; nulliparae die bij AD 36 weken onder controle stonden van eerstelijns verloskundige
- Meetmomenten; vragenlijst in de zwangerschap, na de bevalling en een registratieformulier met medische gegevens ingevuld door verloskundige
- Uitkomstmaat; samengestelde kennis variabele
- Interim analyse m.b.v logistische regressie

RESULTATEN:

1. Response rate interim analyse:

29%, N = 347

2. Ontvangen voorlichting:

332 (96%) zwangeren krijgen informatie over pijn en pijnbestrijding tijdens de baring
95% hiervan krijgt schriftelijke informatie
88% krijgt informatie via de verloskundige
59% noemt de verloskundige een belangrijke bron van informatie en 75% noemt schriftelijke informatie een belangrijke bron

3. Voorlichting en kennis:

Na voorlichting hebben vrouwen meer kennis (toename gemiddelde kennis van 3,00 (SD 2,94) naar 4,81 (SD 2,04).

Voorlichting verkregen via schriftelijke informatie verhoogt de kennis van vrouwen: (Bèta 1,20 95%BI 0,39 – 2,01).

Voorlichting verkregen via de verloskundige heeft geen effect op kennistoename.

3. Persoonskenmerken en kennis:

Na univariate analyse hadden vrouwen met een hogere opleiding gemiddeld 1,28 x meer kennis dan vrouwen met een lage opleiding: (95% BI 0,03 – 2,53), maar dit verviel na correctie voor leeftijd en etniciteit

CONCLUSIE:

- Zwangeren krijgen op meerdere manieren voorlichting over pijn en pijnbestrijding tijdens de baring
- Voorlichting draagt bij aan een hoger kennisniveau
- Verloskundigen zijn niet de belangrijkste informatiebron, schriftelijke informatie wel.

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

- a cross-national PhD study-

Dr. A. Luyben, Dr. V. Fleming, Dr. S. Kinn

University of Applied Sciences, Berne, Caledonian University, Glasgow, Department for International Development, United Kingdom

Background

- ▶ **Antenatal** care is generally accepted as an intervention that makes pregnancy safer for mothers and their children
- ▶ **A** reduction of perinatal mortality rates have been noticed since its introduction in the 1920s
- ▶ **Little** is still known however, about what antenatal care consists of and how it works
- ▶ **Currently** some researchers have expressed their uncertainties about its true effective content.

Objective

- ▶ **To** determine effective content of care in normal pregnancy from women's points of view in the Netherlands, Scotland and Switzerland



Methods

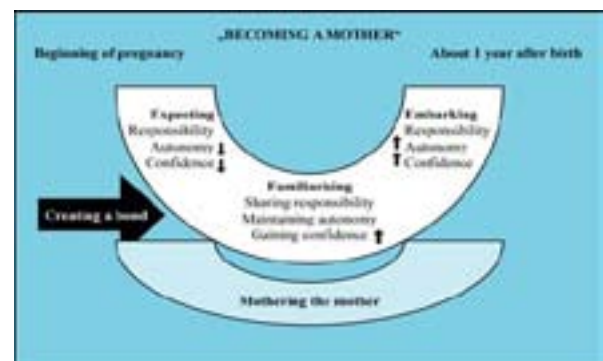
- ▶ **Grounded** theory according to Strauss and Corbin (1998)
- ▶ **Semi-** structured one- to- one interviews to explore views
- ▶ **Language** units to assess meaning



Results

- ▶ **32** women who were either pregnant at different stages of uncomplicated pregnancies or mothers within a year after giving birth participated in 39 interviews.
- ▶ **As** a result women emphasised the importance of their process of becoming a mother as well as the bond with both their social environment and maternity care provider(s).

- ▶ **Consequently**, one model of effective care during pregnancy as well as childbirth emerged, which was named „**Mothering the mother**“.



- ▶ **Its** content was defined as: an experienced mother, a familiar environment, continuous guidance in family responsibility during the process of becoming a mother and progressive receding of the care provider once women took up family responsibility on their own (again).
- ▶ **Cross-**national differences in regard to women's feelings of confidence (safety) and autonomy however were noticed.

Categories	Scotland	Switzerland	Netherlands
Responsibility	X	X	X
Autonomy	X (++) „control“	X, not content, but organisation	X, but also „letting go“
Confidence	X	X	X
-Information	X (++)	~	X
-Environment	X	X	X (+)
-Baby	~	~, partly	X
-Doctor/Midwife	~	X	X

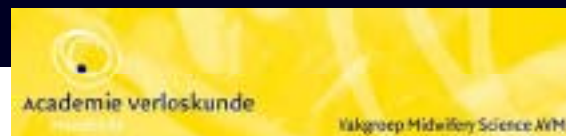
Conclusions

- ▶ **Effective** content of care during pregnancy and childbirth requires both an effective package of interventions and effective antenatal care models, which are based on the choice of care provider, the woman-care provider partnership, involvement of women's environment and the continuity of the guidance process.
- ▶ **Some** aspects of current maternity care services however deviated from this model, which negatively influenced women's processes of becoming a mother.

VROUWEN WILLEN PRO-ACTIEVE PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING VAN VERLOSKUNDIGEN BIJ DE TRANSITIE NAAR MOEDERSCHAP: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK



Ans Seefat-van Teeffelen RM MSc senior adviseur
Marianne Nieuwenhuijze RM MPH voorzitter
Irene Korstjens PhD senior docent onderzoeker



^aIsis Health Care Consult
www.ihcc.nl

^bVakgroep Midwifery Science Academie Verloskunde Maastricht
www-av-m.nl

Inleiding

Verloskundige zorg streeft naar goede gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind. Daarbij is niet alleen fysiek maar ook psychosociaal welbevinden belangrijk. Gebrek aan psychosociaal welbevinden is een oorzaak van obstetrische problemen en heeft invloed op de lange termijn gezondheidsuitkomsten van moeder en kind.

Een kind krijgen is een ingrijpende levensgebeurtenis, waarbij essentiële veranderingen plaatsvinden die het welbevinden beïnvloeden. Vrouwen hebben daarbij in meer of mindere mate behoefte aan ondersteuning.

Verloskundigen en hun professionele organisaties zien psychosociale begeleiding als een vanzelfsprekend en noodzakelijk onderdeel van de verloskundige zorg. Dit wordt vaak als sterkte van de eerstelijns verloskundige zorg gezien, maar wat er precies onder wordt verstaan blijft vrij impliciet. In tevredenheid onderzoek (achteraf) waarderen cliënten bijvoorbeeld een persoonlijke benadering en informatie voorziening, maar waar ligt hun intrinsieke behoefte (vooraf)? Dit onderzoek probeerde de intrinsieke behoeften in kaart te brengen en verloskundigen te helpen optimaal tegemoet te komen aan de behoeften van cliënten aan psychosociale begeleiding tijdens hun transitie naar het moederschap.

Onderzoekopzet

Zwangeren (n=21) namen deel aan drie focusgroep interviews in Breda (n=7; n=8) en Amsterdam (n=6). Richtlijnen voor het uitvoeren van focusgroep onderzoek werden gevolgd (Morgan en Krueger, 1998). Een moderator leidde de interviews aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, terwijl twee observatoren aantekeningen maakten. De interviews werden opgenomen en verwerkt tot letterlijke transcripten en debriefing forms werden ingevuld (methodological and data triangulation). De data zijn thematisch geanalyseerd. Meerdere onderzoekers gaven feedback op het analyseproces (investigator triangulation). De analyse van de eerste auteur is bevestigd door een audit door de tweede auteur (Guba en Lincoln, 1985).

Doel

Het in kaart brengen van behoeften van cliënten aan psychosociale begeleiding tijdens de zwangerschap door verloskundigen.

Resultaten

Vrouwen voelden zich zelf verantwoordelijk voor hun welbevinden tijdens de zwangerschap. Naast ondersteuning van hun eigen sociale netwerk wilden zij expliciet professionele begeleiding van verloskundigen tijdens hun transitie naar het moederschap. Zij wilden informatie en emotionele ondersteuning bij de psychologische en fysieke veranderingen die zij doormaakten. Zij hadden een sterke behoefte om tijdens de zwangerschap geïnformeerd te worden over hoe zij zich het best geestelijk en lichamelijk konden voorbereiden op de baring, de kraamperiode en het moederschap. Zij wilden hulp bij het selecteren en interpreteren van informatie, maar uiteindelijk wilden zij hun eigen keuzes maken.

Conclusie

Gezonde laag-risico zwangeren willen pro-actieve en professionele psychosociale begeleiding van verloskundigen tijdens hun transitie naar het moederschap. Zij verwachten dat verloskundigen de transitieperiode kunnen overzien en in staat zijn om hen te ondersteunen bij de veranderingen gedurende de zwangerschap en dat verloskundigen hen voorbereiden op de baring en het moederschap.



Referentie

Het artikel is te vinden via: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006> en op te vragen via onderstaande contactgegevens.

Het succes en de veiligheid van de uitwendige versie in 2008

De eerste resultaten

Beuckens, Antje, Msc, verloskundige, KNOV
abeuckens@knov.nl

Inleiding De uitwendige versie geeft zwangeren met een stuitligging kans op een “normale” bevalling. Na de Term Breech Trial in 2000 zien we in Nederland het aantal sectio's bij een stuitligging toenemen van 50% naar 80%. Verloskundigen zijn bevoegd om de uitwendige versie te verrichten. Sinds 2008 zijn er meer dan 30 eerstelijns verloskundigen ook bekwaam. Deze versiekundigen zijn opgenomen in een Versieregister.

Om de kwaliteit en veiligheid in de 1e lijn te optimaliseren zijn een aantal eisen aan de versiekundigen gesteld zoals: certificatie (versietraining), minimaal 10 versies per jaar verrichten, alle versies registreren en werken volgens protocol.

Doel van het onderzoek Het primaire doel is het monitoren van de veiligheid en effectiviteit van de uitwendige versie in de eerste lijn. Het gaat daarbij om het succespercentage en de complicaties die optreden binnen 24 uur.

Een secundair doel is het inventariseren en beschrijven van de zwangerschapsuitkomsten en factoren die het succespercentage beïnvloeden.

Methode Een jaar lang zijn data verzameld door versiekundigen die in 2008 geregistreerd stonden in het versieregister. Deze registratieformulieren die voor iedere verrichte versie zijn ingevuld werden verstuurd naar een digitale database. De beschrijvende analyse van de eerstelijns versies is gedaan mbv SPSS.

Resultaten In 2008 zijn van de 455 eerstelijns versies er 211 geslaagd. Dit is een succespercentage van 46%. Bij 98 % (445) van de versies waren geen complicaties tijdens de versie en ook geen complicaties binnen 24 uur.

De complicaties tijdens de versie zijn: een passagere bradycardie (1%), een tachycardie (0,2%), bloedverlies (0,2%), instabiele ligging (0,2%), irregulaire cortonen (0,2%), dwarsligging (0,2%).

De complicaties binnen 24 uur na de versie zijn: bloedverlies (0,6%), weeenactiviteit (0,2%)*, pijnlijke buik (0,2%), irregulaire cortonen (0,2%), iets bloederig slijm (0,2%), dwarsligging (0,2%).

* Bevalen binnen 24 uur. G1P0, 37+1, vaginale stuit, 2605 gram, Apgar 10, 10.



Tabel 1. Uitwendige versie en succespercentage

	succes	niet-succes
Pariteit: nulliparae	81 (18%)	186 (41%)
multiparae	130 (28.5%)	58 (12.5%)
Zwangerschapsduur:		
33-34 weken	0	3 (0.5%)
34-35 weken	15 (3%)	17 (4%)
35-36 weken	57 (13%)	56 (12.5%)
36-37 weken	87 (20%)	116 (26%)
37-38 weken	31 (7%)	39 (9%)
38-39 weken	8 (2%)	5 (1%)
> 39	7 (2%)	1
Ligging kind (echo)		
volkomen stuit	56 (12.5%)	47 (10%)
onvolkomen stuit	120 (27%)	166 (37%)
half volkomen stuit	24 (5%)	28 (6%)
dwarsligging	9 (2%)	2 (0.5%)
Ligging placenta		
voorwand	46 (10.5%)	86 (19.5%)
achterwand	98 (22%)	86 (19.5%)
in fundo	57 (13%)	64 (14.5%)
voorliggend	3 (0.5%)	2 (0.5%)
Vruchtwater pockets		
< 8	10 (2%)	9 (2%)
9-15	118 (26 %)	173 (38%)
>15	82 (18%)	61 (14%)
Methode versie		
forward roll	170 (37%)	90 (20%)
backward flip	31 (7%)	22 (5%)
beide	10 (2%)	132 (29%)

Tabel 2. Zwangerschapsuitkomsten en succespercentage

	succes	niet succes
Geboortegewicht		
< 2500	0	2 (0.5%)
2500-3000	19 (4.0 %)	45 (10%)
3000-3500	75 (16.5%)	130 (28.5%)
3500-4000	77 (17%)	53 (11.5%)
4000-4500	34 (7.5%)	12 (2.5%)
> 4500	6 (1.5%)	2 (0.5%)
Ligging bij geboorte		
hoofdligging	197 (43%)	31 (7%)
stuitligging	9 (2%)	209 (46%)
dwarsligging	1 (0.2%)	2 (0.4%)
hoogstaand hoofd	2 (0.4%)	0
anders	2 (0.4%)	2 (0.4%)
Plaats geboorte kind		
thuis	84 (18.5%)	12 (2.5%)
poliklinisch/kraamkliniek/geboortecentrum	30 (6.5%)	7 (1.5%)
ZH: MI ante partum	29 (6.5%)	208 (46%)
ZH: MI durante partum	68 (15%)	16 (3.5%)
Wijze van bevallen		
vaginaal spontaan (incl. inleiding, bijstimulatie)	180 (39.5%)	79 (17.5%)
vaginaal kunstverlossing	13 (3%)	8 (2%)
primaire sectio	4 (1%)	124 (27%)
secundaire sectio	14 (3%)	31 (7%)



How many obese pregnant women in a Dutch low risk population experience a normal birth? *Preliminary results*

D. Daemers (AVM), J. Spaan (UM), H. Wijnen (AVM), L. Peeters (AZM/UM)

Objectives:

To determine:

- the prevalence of obesity among Dutch low risk pregnant women
- the chance of obese low risk pregnant women to experience a normal outcome of pregnancy and childbirth
- the reasons of referral during pregnancy and childbirth

Methods:

- Kempen study, prospective cohort study, convenience sample
- Dutch healthy, Caucasian women living in and around Eindhoven
- Complete data on weight and length: n=1186
 - Exclusions: n= 141
 - Lost to follow up: n= 6
- Study population: n=1039
- Weight and length measured by midwife at 12 weeks of pregnancy
- Statistics: test for trend by logistic regression

Results:

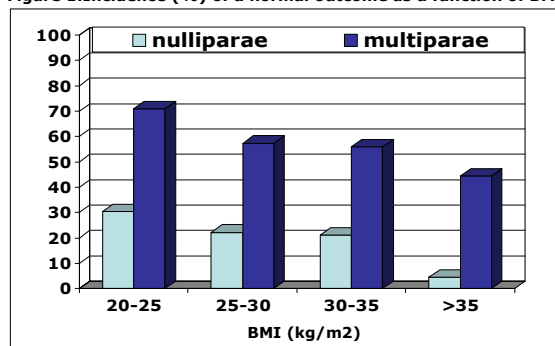
Prevalence of obesity:

Table 1: BMI-classification (first trimester)

	BMI kg/m ²	Primiparous n (%)	Multiparous n (%)
Underweight	BMI < 20	36 (6.6)	37 (6.5)
Normal weight	BMI 20-25	290 (53.3)	267 (46.8)
Overweight	BMI 25-30	139 (25.6)	178 (31.4)
Obese	BMI 30-35	57 (10.5)	59 (10.4)
	BMI > 35	22 (4.0)	27 (4.9)
		544 (100.0)	568 (100.0)

Normal birth:

Figure 1: Incidence (%) of a normal outcome as a function of BMI



Discussion:

- The cut-off point 'BMI ≥ 30' for risk selection can be discussed. For one thing, the trend of a declining normal outcome starts already in overweight women; for another, a BMI > 35 shows a really lower normal outcome, especially for primiparae during birth.
- Preconceptional care to prevent overweight and obesity in pregnancy must be encouraged.

Referrals:

Table 2: Risk of referral during pregnancy and delivery according to BMI category in a Dutch midwifery care population

	BMI	Referral pregnancy		Referral childbirth	
		n (%)	OR * (95%-CI)	n (%)	OR * (95%-CI)
Normal weight	BMI 20-25	132 (23,7)	1	148 (26,6)	1
Overweight	BMI 25-30	90 (28,4)	1.71 (1.20-2.44)	94 (29,7)	1.63 (1.15-2.33)
Obese	BMI 30-35	39 (33,6)	2.04 (1.24-3.37)	32 (27,6)	1.52 (0.90-2.57)
	BMI >35	24 (49,0)	4.94 (2.36-0.36)	12 (24,5)	2.29 (0.98-5.33)
	p-value		<0.000		0.050

* Odds ratio adjusted for parity

Conclusions:

Prevalence of obesity:

Prevalence of obesity of almost 15% seems higher than the 12% for women between 18 and 70 years of age as reported by the RIVM (2005-2006). Three possible explanations:

- Women in their fertile period weigh more.
- First trimester weight may be somewhat higher than prepregnancy weight.
- RIVM-weight is self reported by women and women tend to underreport their weight.

Normal birth:

- In spite of a BMI-related increase in referrals during pregnancy, normal pregnancy and childbirth was seen in 16% and more than 50% of the obese (BMI ≥ 30) nulliparous and multiparous women, respectively.
- More than 50% of the of the obese (BMI ≥ 30) nulliparous women (42 normal versus 37 referred) and 70% of the obese multiparous women (60 normal versus 26 referred) experienced a normal pregnancy.

Referrals:

- The rate of referral during pregnancy increased with increasing BMI.
- The rate of referral during childbirth in relation to BMI showed borderline significance
- Hypertensive disorders of pregnancy were the only significant reason for referral during pregnancy and childbirth, related to obesity (p<0.000)
- None of the included women were referred in the puerperium. There were no referrals to the paediatrician of the newborns, related to BMI.

Does the Bishop score predict the outcome of labour in women who are scheduled for induction

A systematic review

Diny Kolkman MSc¹, Corine Verhoeven MSc², Sophie Brinkhorst¹, Eva Pajkrt¹, Brent Opmeer PhD³, Joris van der Post Professor¹, Ben Willem Mol Professor^{1,3}.

Academic Medical Center department of obstetrics and gynaecology¹, Máxima Medical Center², Academic Medical Center department of clinical epidemiology³, The Netherlands

Background

Induction of labour is a common intervention in pregnancy. In the Netherlands labour is induced in almost one third of all pregnancies. Elective induction of labour in nulliparous women is associated with a doubled risk of Caesarean section as compared to women in whom labour starts spontaneously. In order to diminish the risk for intervention during labour the Bishop score is often used to decide in whom labour will be induced.

Ideally, predictive tools are systematically evaluated for their predictive accuracy before they are widely adopted in clinical practice. Unfortunately the Bishop score has never been validated.

Objective

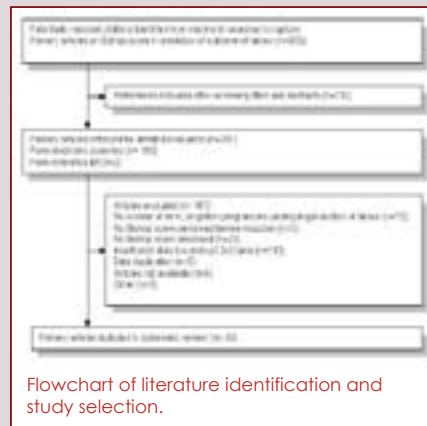
To determine the capacity of the Bishop score to predict the outcome of labour for women who are scheduled for induction

Design

Systematic review of prognostic studies

Data sources

Medline and Embase, checking reference lists of included studies and reviews



Methods

- **Article selection** Two reviewers independently selected articles
- **Language restriction** Not applied
- **Data extraction** Study characteristics, study quality, and 2x2 tables comparing the Bishop score to the outcomes Caesarean section, instrumental delivery and poor Apgar score.
- **Analysis** Bivariate model to estimate summary receiver operating characteristic curves for the outcomes of labour and the Apgar score

Results

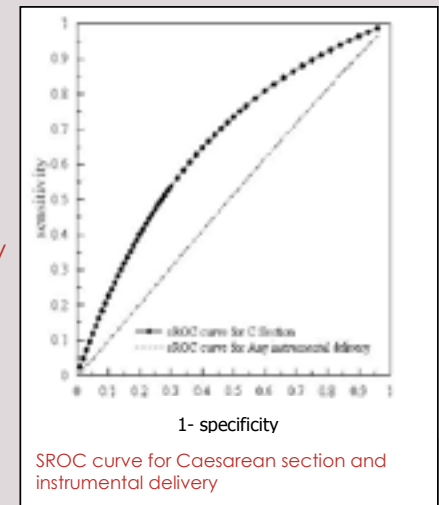
We included 40 studies reporting on testing of 13750 women.

The median risk of Caesarean section was 16.1% (4.9%-60.3%). Study quality was mediocre.

The areas under the summary receiver operating curves of the Bishop score in the prediction of the outcome of labour indicate a poor predictive capacity.

At a Bishop score of 4 the sensitivity- specificity combination for the Caesarean section was 48%-75%. For a Bishop score of 5 the combination was 69%-52% and for a Bishop score of 6 it was 75%-40% for this outcome. Only 14 studies reported on the instrumental delivery, no pooled estimate of sensitivity or specificity could be applied because of heterogeneity of results.

The few studies that reported on a poor Apgarscore did not indicate good predictive capacity either.



Conclusion

The Bishop score is a poor predictor for the outcome of the induction of labour. It should not be used in the decision to induce labour.



Contact: Mrs.G.E Kolkman, MSc. E-mail:g.e.kolkman@amc.uva.nl

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

Feijen-de Jong, E.I. RM MSc¹, Jansen, D.E.M.C. PhD², Baarveld, F. MD PhD², van der Schans, C. PhD⁴, Prof. Schellevis, F.G. MD PhD³, Prof. Reijneveld, SA MD PhD²,

¹ University of Midwifery Amsterdam-Groningen (AVAG), the Netherlands

² University Medical Centre Groningen, the Netherlands

³ NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research)

⁴ Hanze university Groningen, applied sciences, the Netherlands

Introduction

Low use of prenatal health care services can increase health risks and can lead to morbidity or even mortality. On the other hand high use of prenatal health care services adds strain to the health care system and burdens the costs of the system(1). Besides this prenatal care is not only a package to prevent adverse pregnancy outcomes, it is also a change for women integrating into the medical/obstetric care system. This can increase the likelihood of subsequent preventive care for infants and it also educates women about pregnancy and labour that can be beneficial to the health of both mother and child(2).

Several studies examined the use of prenatal health care services and the predictors that influence pregnant women's use of prenatal health care services. Unfortunately these studies mostly are not generalizable because of different prenatal health care systems

Objective

This research focuses on the utilization of prenatal health care services in the Netherlands. It examines in particular the characteristics of pregnant women that lead to a certain degree of prenatal health care utilization

Method

The research question will be answered using the following methods:

- 1.A systematic review about the determinants predicting the utilization of prenatal health care services in developed countries.
- 2.Retrospective database research. The main topic will be the utilization of pregnant women of health services provided by the general health practitioner in the Netherlands (NIVEL and LINH).
- 3.Prospective cross sectional study of the determinants predicting utilization of prenatal health care services provided by midwives in the Netherlands (Deliver study).

Contact

Esther Feijen-de Jong
Verloskunde Academie Groningen
Dirk Huizingastraat 3-5
9713 GL Groningen
e.i.feijen@vag.umcg.nl

Results

This research 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.



Geknipt of Verknipt

De impact van de episiotomie

B. Engeltjes MPA, klinisch verloskundige^{1 2} & dr.R.P.C. Rijke, arts²

1. Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht

2. Masteropleiding physician assistant klinische verloskunde, Rotterdam

verloskundigebengtjes@yahoo.com

Resultaten.

Gevraagd naar hun bevallingservaringen vertellen zes van tien vrouwen spontaan over de episiotomie die zij kregen. Bij één vrouw kwam dit negatief aan bod vanwege de pijnbeleving tijdens het inknippen van het perineum en het hechten. Het hechten van het wondgebied werd door acht vrouwen als belastend ervaren.

In de kraamperiode zorgde de episiotomie voor lichamelijk beperkingen in het dagelijks leven zoals niet kunnen zitten en pijn bij mictie, defecatie en geslachtsgemeenschap. De onderzochte vrouwen vonden echter, dat dit niet in verhouding stond tot hetgeen ze ervoor terug hadden gekregen: hun kind. De informatievoorziening door de verschillende zorgverleners betreffende de schade van het perineum, de wijze van hechten en de gewenste verzorging van het wondgebied was minimaal en niet consequent.

BOX Niet kunnen zitten als gevolg van de episiotomie.

Het scheen best wel een heftige, diepe knip te zijn. Ik kon de eerste 2 weken niet zitten of wat dan ook. Zeker voor mijn kraamtijd, het was zeker wel een roze wolk met mijn zoon (...) Maar mijn eigen herstel, dat heeft me wel gefrustreerd.(...) Dus dat was wel heftig (...) Het was de eerste weken, ik had het idee dat het te strak zat. Want als ik bewoog of iets deed dan voelde ik alles trekken (...) (E)

Conclusie & Aanbevelingen.

De impact van een episiotomie, ten opzichte van de baring als geheel, is minimaal te noemen. De korte termijn gevolgen zijn pijnklachten bij zitten, defaecatie, mictie en seksueel contact. Vaak speelt angst voor pijn en beschadiging van het wondgebied ook een rol hierbij.

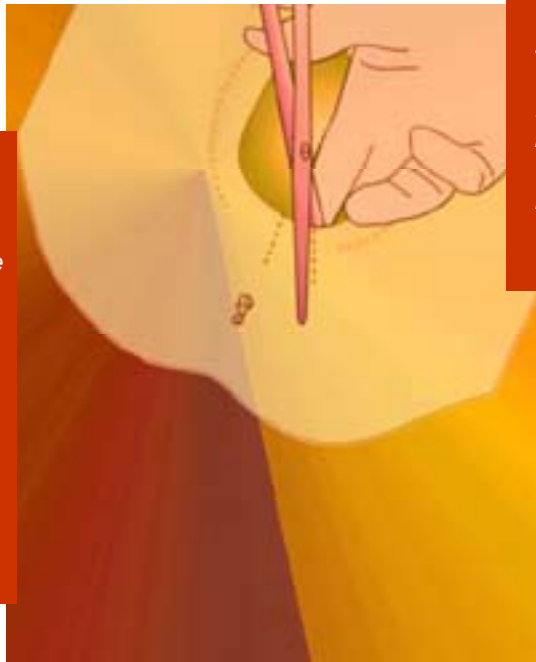
Om kwaliteit van zorg te verbeteren dient er gestreefd te worden naar eenduidige informatievoorziening omtrent hechten, gevolgen, wondverzorging en pijnmedicatie.

BOX Betekenis episiotomie volgens de vrouwen.

Maar het inknippen zelf: ja het heeft weinig indruk achter gelaten. Het zijn meer de hechtingen dat je daar langer van moet herstellen (...) Weinig spectaculair moet ik zeggen. (H)

Ik wist dat het nodig was, maar ik heb het als heel heftig ervaren. (D)

Het kindje is er snel en je hebt veel pijn van de hechtingen. (F)



Doel.

Inzicht krijgen in de lichamelijk en psychische gevolgen van de episiotomie voor de vrouw door middel van een kwalitatief onderzoek. Informatie werd verkregen middels open interviews In een fenomenologisch kader met tien geselecteerde vrouwen

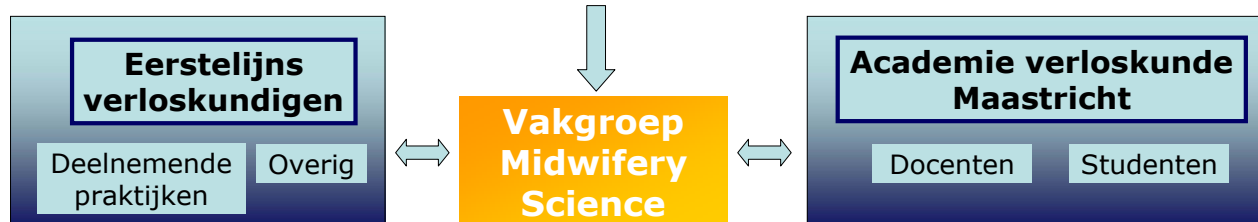
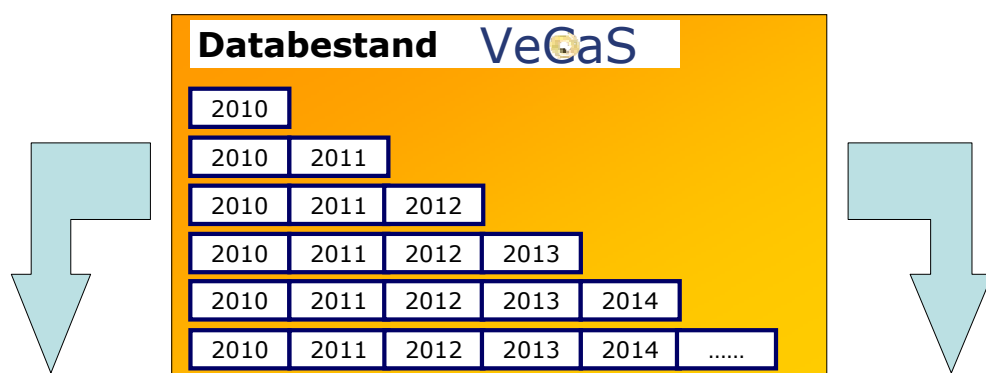
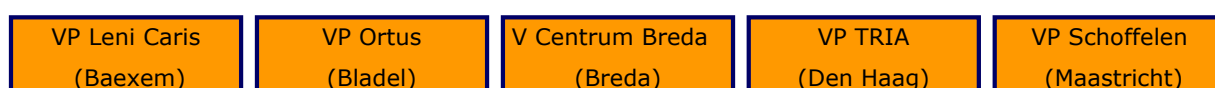
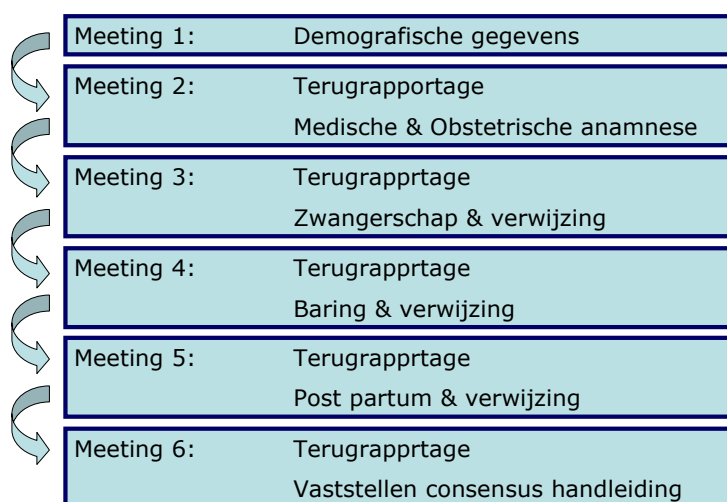
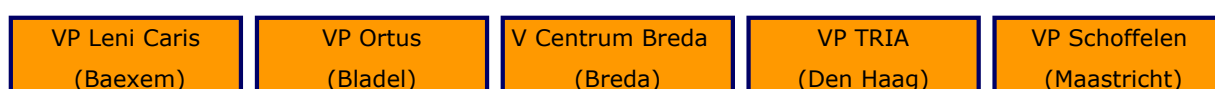
Episiotomie.

Tijdens de baring is de episiotomie de meest frequent toegepaste operatieve ingreep. Door het inknippen van het perineum ontstaat meer ruimte om het voorliggend foetale deel geboren te laten worden. Hierdoor wordt de baring een aantal minuten bespoedigd.



VeCaS Verloskundig Casusregistratie Systeem

- ✓ Behoeftte aan onderzoeksresultaten uit de Nederlandse 1^{ste} lijn
- ✓ Verloop van fysiologische voortplantingsproces in kaart brengen
- ✓ Longitudinaal onderzoek: tijdsbeeld opbouwen (min. 5 jaar)



2008

2009

2010

2014

.....

Consensus datainvoer

Data-extractie

Onderzoek

PROMISING EFFECTS OF A SPECIAL PRECONCEPTION CLINIC TO IMPROVE NUTRITIONAL BEHAVIOR AND FOLIC ACID USE.



Fatima Hammiche ¹, Joop S.E. Laven ¹, Marieke de Cock ², Jeanne H. de Vries ⁵, Gouke J Bonsel ¹, Eric A.P. Steegers ¹ and Regine P.M. Steegers-Theunissen ^{1,2,3,4}

¹ *Obstetrics and Gynecology*; ² *Pediatric Cardiology*; ³ *Clinical Genetics*; ⁴ *Epidemiology Erasmus MC, University Medical Center, Rotterdam The Netherlands*; ⁵ *Human Nutrition, Wageningen University, Wageningen The Netherlands*

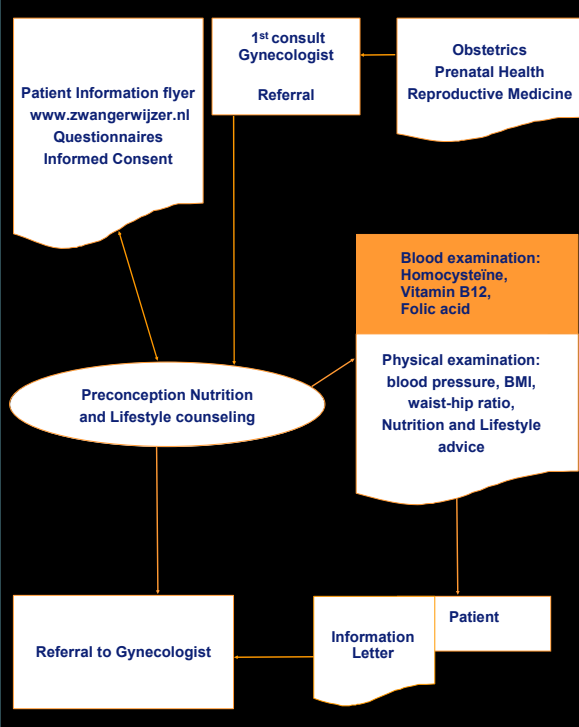
Objective

To implement and evaluate preconception counseling on nutrition behaviors and folic acid use in couples planning pregnancy.

Methods

Between October 2007 and April 2009 all couples planning pregnancy and visiting the outpatient clinic of Obstetrics and Gynaecology of the Erasmus MC, Rotterdam, in the Netherlands, were invited for two preconception counseling visits for screening and advice on nutrition and folic acid use. Questionnaires were filled out by the couple at home and checked during counseling. We defined a reproduction nutritional risk score (RNR-score) with a maximum RNR-score of 6, based on 6 questions about the intake of food groups according to the recommended daily intakes. Wilcoxon signed rank test was used to analyse differences between paired continuous variables, the Mc Nemar test for paired dichotomous variables and the Chi-Square for non-paired categorical variables.

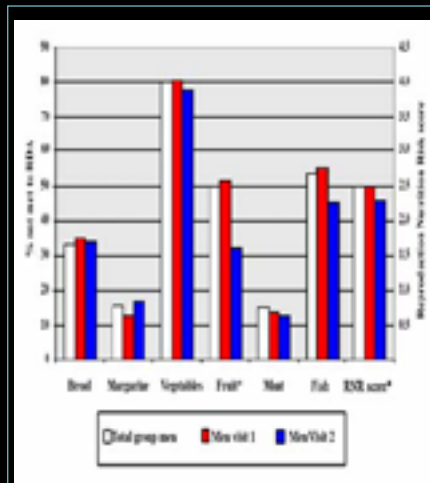
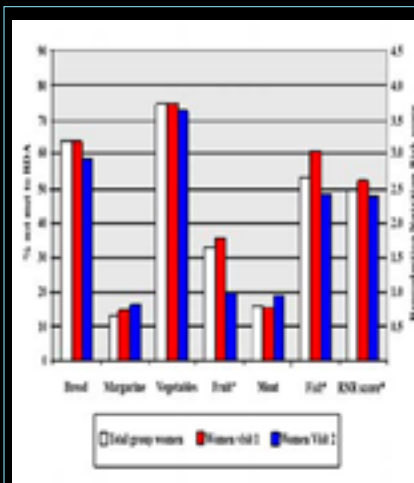
Logistics of Preconception Nutrition Counseling



Results

419 couples visited the preconception counseling clinic once and a subgroup of 110 couples came twice with a fixed time interval of 3 months between the visits. At the first visit women and men had a mean age of 31 years (range 19–44) and 32 (22–63), 53.2% and 58.5% were from Dutch origin and 22.2% and 28.2% were low educated, respectively. In 99.1% of the women and 97.3% of the men the nutritional intakes were not according to the recommendations. An improvement, however, could be established in the couples who came for the second visit, i.e., women 93.6%, men 94.5%.

The low compliance of 26% for the second visit was due to the fact that couples were already very satisfied about the first counseling and therefore less motivated to come a second time. The RNR-score decreased significantly from 2.6 to 2.4 ($p < 0.05$) in women and from 2.5 to 2.2 ($p < 0.05$) in men. The effect was largest in Dutch and low educated women with a decrease in RNR score of 2.7 to 2.3 ($p < 0.05$) and 3.0 to 2.3 ($p < 0.05$). In men the effect was the largest in Dutch men and men with a normal BMI with a decrease in RNR score from 2.3 to 1.9 ($p < 0.05$) and from 2.6 to 2.2 ($p < 0.05$), respectively.



Conclusions

These data confirm the high prevalence of unhealthy nutritional behaviors in couples planning pregnancy. We emphasize that the period of planning pregnancy should be used as 'a window of opportunity' to change unhealthy nutritional behaviors by individualized preconception counseling. Future studies should corroborate on the predictive value of the RNR-score for reproductive performance.

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the contribution of the Department of Obstetrics and Gynaecology and division of Reproductive Medicine of the Erasmus MC, University Medical Center in Rotterdam, The Netherlands.

Correspondence can be directed to:
f.hammiche@erasmusmc.nl

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

J.M. van Dongen^{1,2}, M.N.M. van Poppel¹, I.E.J. Milder², J.A.M. van Oers², J. Brug¹

¹ EMGO institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam

² The National Institute for Public Health and the Environment



“Hello World” (<http://www.hallowereld.nl>) is an online healthy lifestyle program for pregnant women which aims to provide comprehensive and reliable health information throughout the whole period of the pregnancy.

The program consists of monthly e-mails containing interactive questions, weekly newsletters, FAQs and an online help desk.

Aims

- To determine the reach of the program
- To determine the level of user satisfaction
- To determine the representiveness of the participants to the program for all pregnant women in The Netherlands.
- To explore the feasibility of implementing the program through midwife practices

Methods

Program reach

- Telephone survey
- Distributing questionnaires through midwife practices
- User data

User appreciation

- Online questionnaire

Representiveness of the participants

- Online questionnaire

Implementation through midwife practices

- Semi-structured interviews with midwives

Results

Program reach

Figure 1: Program reach

	Telephone survey (n=48)	Questionnaires (n= 304*)	User data **
Familiar with the program	38%	31%	???
Visited the program website	19%	17%	???
Enrolled in the program	4,2%	10%	3,4% Quiz 1,1% News

* All midwife practices distributed “Hello World” advertisement material

** Number of new users between nov. 7th 2008 & nov 7th 2009 divided by the number of newborns in The Netherlands during that period (± 181.000)

User appreciation

- Participants graded “Hello World” on average at $7,7 \pm 0,8$ on a 10-digit scale.

Representiveness of the participants

Figure 2: Representiveness of the participants

	“Hello World” 1st version	“Hello World” 2nd version	The Netherlands *
Education level			
Low	22%	15%	30%
Intermediate	41%	37%	40%
High	38%	47%	25%
Immigrant	18%	19%	24%
1st generation	7%	8%	14%
Non-Western	9%	10%	14%

* Demographic data about Dutch women, in their childbearing years (15 t/m 4 years), were derived from <http://www.cbs.nl>

Implementation through midwife practices

- Currently, very few midwives actively promote “Hello World” among their clients.
- Midwives knew very little about the content of the program. However, after learning more about “Hello World” many midwives became enthusiastic about the program and were willing to promote the program more actively.

Conclusion

A small proportion of all Dutch pregnant women enrolled for “Hello World”. However, a much larger proportion was familiar with the program. Therefore, the potential to improve the enrollment rate is large. For example, by actively promoting the program through midwife practices. Therefore, it is advisable to inform midwives about the program more actively, since informing them about the content of the program increases the likelihood that they will actively promote the program among their clients.

This research project was funded by ZonMw

Drs. Jinke van der Put
Dr. Hajo Wildschut
Prof. Dr. Eric Steegers
Prof. Dr. Gouke Bonsel

Correspondentie:
j.vanderput@erasmusmc.nl

Inleiding:

Het perinatale sterftecijfer in Rotterdam ligt met 11,4‰ hoger dan in de rest van Nederland (landelijk gemiddelde is 9,3‰)^[1]. Dit komt neer op ongeveer 20 extra sterftegevallen per jaar. Daarnaast is het risico op ongunstige perinatale uitkomsten in Rotterdam hoger dan elders in het land. Onder ongunstige perinatale uitkomsten wordt vroeggeboorte, congenitale afwijkingen, laag geboortegewicht (< p10) en lage Apgarscore (AS < 7) verstaan (Big 4). Ook tussen de wijken onderling worden grote verschillen gezien in zowel sterfte als ongunstige perinatale uitkomsten.



Doel van het onderzoek:

Een verklaring vinden voor de verhoogde kans op sterfte en andere ongunstige perinatale uitkomsten in de regio Rotterdam. Er wordt een audit opgezet om substandaard factoren te identificeren tijdens het perinatale zorgproces. Daarbij zal ook worden gekeken naar onderlinge verschillen tussen de stadswijken.

Methode:

Dit case-control audit onderzoek wordt uitgevoerd door het Erasmus MC en de Verloskunde Academie Rotterdam. Er zal naast de perinatale sterfte audit ook een kwalitatieve analyse plaatsvinden van 100 zogenoemde big 4 kinderen. De casus zullen worden beoordeeld door een panel van inhoudelijk deskundigen waarbij gekeken zal worden naar de aanwezigheid van substandaard care factoren in een relatie tot de sterfte en andere ongunstige perinatale uitkomsten. Naast de bovengenoemde casus zal er ook een controlegroep van 200 worden geaudit. Het totaal aantal audits zal 400 casus bedragen.

[1] de Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, Denktas S, Voorham AJ, Bonsel GJ, et al.
[Perinatal Outcomes in the four largest cities and in deprived neighbourhoods in The Netherlands].
Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2008 Dec 13;152(50):2734-40.

Islam en Prenatale Screening

Praktijk en theorie onder zwangere moslimvrouwen

Van masterscriptie naar promotieonderzoek

Onderzoeksvraag masterscriptie

Leveren geloofsovertuigingen uit de Islam argumenten op voor zwangere moslimvrouwen in Nederland in de besluitvorming rondom de prenatale screening?

Methode

- ❖ retrospectief onderzoek in de vorm van face-to-face interviews (na de 20^e zwangerschapsweek), hetgeen een onderdeel is van kwalitatief sociaal wetenschappelijk onderzoek
- ❖ literatuuronderzoek van de hoofdbronnen van de Islam alsmede gezaghebbende juridische bronnen van de Islam gericht op het mensbeeld

Conclusie

Bij alle geïnterviewde vrouwen speelde het geloof een rol in de besluitvorming rondom de prenatale screening, ongeacht de mate waarin zij zich houden aan de islamitische gebruiken. En alle vrouwen waren van mening dat er nauwelijks of geen ruimte is vanuit hun geloof een zwangerschap op welke termijn dan ook af te breken.

Daarentegen bieden de gezaghebbende islamitische bronnen wel degelijk ruimte een zwangerschap af te breken, zij het onder bepaalde omstandigheden en vóór de 120^e dag na de conceptie. Dit laatste betekent dat er voor moslimvrouwen geen sprake van een informed choice is bij de SEO, omdat een zwangerschap na 19+1 Am niet mag worden afgebroken.

Onderzoeksvraag promotie

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.

Methode promotieonderzoek

- ❖ literatuuronderzoek van de Islamitische (hoofd)bronnen inzake het mensbeeld
- ❖ een integrale dataverzameling bij zowel professionals als bij hun medewerkers en cliënten in de 1^e lijn verloskunde, zoals verzameling van Landelijke Verloskundige Registratiegegevens en gegevens van de zwangerschapskaart, enquêtes, interviews en video-opnames van cliëntcontacten

De masterscriptie is geschreven in het kader van de master Geestelijke Zorg in Organisaties aan de Faculteit der Godgeleerdheid van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Het promotieonderzoek vindt plaats zowel aan dezelfde faculteit alsmede in de Deliver-studie.

Janneke Gitsels MA
1^e lijn verloskundige en theoloog

“Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten”

Drs. J. (Julia) de Borst NIVEL

Dr. T. (Trees) Wiegers NIVEL

De centrale vraagstelling:

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?

Achtergrond:

- Onduidelijkheid over samenwerking tussen ketenpartner.
- Incidentele problemen zijn bekend uit casuïstiek.
- Behoud vertrouwen in de mogelijkheid om thuis te bevallen.

Doel:

- Inzicht krijgen in de samenwerking tussen verloskundigen en andere zorgverleners in de spoedzorgketen.
- Inzicht krijgen in de omvang van het probleem.
- Inzicht verkrijgen in de regionale verschillen.
- Landelijke bespreking van de meest efficiënte en effectieve manier van samenwerking en hoe deze gestalte moet worden gegeven “Best practice”.

Methode:

- Interviews onder de zorgverleners
 - 22 mondelinge semi-gestructureerde interviews
- Schriftelijke vragenlijsten
 - 88 verloskundige / 44 afdelingen verloskunde / 35 ambulancediensten / 22 huisartsenposten
- Kwalitatieve en kwantitatieve data-analyses



Thema's uit interviews:

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| • Overleg informeel/formeel | • Werkafspraken |
| • Overdracht | • Tilassistentie |
| • Communicatie | • Vervoer |
| • Anticiperend beleid | • Scholing |
| • Taakverdeling | • Evaluatie |
| • Verwachtingen | |
| • (On)mogelijkheden | |

Eindproduct:

- De resultaten worden verwerkt in een eindrapport en een Engelstalig artikel.
- Er zal ook een symposium georganiseerd worden eind september 2010

Contact:

Email : j.deborst@nivel.nl

Evaluatie van het effect van de harmonisatie van de kansbepaling voor downsyndroom screening;

een vergelijking tussen de LifeCycle/Elipse en FMF/Astraia software

Introductie

In Nederland zijn twee aanvraagscenario's van de eerste trimester combinatietest mogelijk. De biochemische analyse van het serum (PAPP-A en β -hCG) vindt in het laboratorium plaats. In het eerste scenario berekent het laboratorium met de kansbepalingssoftware Lifecycle/Elipse (LC), de gegevens van de NT-meting en de maternale leeftijd (voorafkans) de kans op een zwangerschap van een kind met het downsyndroom (figuur 1, blauwe lijn). In het tweede scenario berekent de aanvrager die kans zelf met de FMF/ Astraia (FMF) software (figuur 1, rode lijn).



Figuur 1 Aanvraagscenario's voor de kansbepaling van een zwangerschap van een kind met het downsyndroom. De blauwe lijn geeft scenario 1 (LC) aan, de rode lijn scenario 2 (FMF).

Sinds april 2007 is een harmonisatie doorgevoerd om het waargenomen verschil in kansbepalingen tussen beide softwareprogramma's op te lossen. Daarbij krijgt de FMF gebruiker alleen nog de door de LC-software berekende kans, gebaseerd op de biochemische analyse gerapporteerd en niet meer de waarde van de biochemische parameters.

Doelstelling

Het vaststellen van de mate van overeenstemming van de gerapporteerde downsyndroom kansen tussen de LC- en FMF-software, vóór en na harmonisatie.

Materiaal en methode

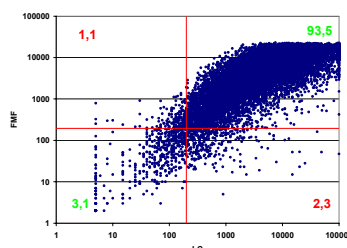
De gecombineerde ('biochemie-NT') kansberekeningen die waren berekend met de FMF-software na harmonisatie, tussen 2008 en 2009, werden opgevraagd bij de gebruikers en herberekend met de LC-software.

De resultaten zijn vergeleken met een tweede gegevensbestand, dat samengesteld is voor de harmonisatie¹. Bij de LC kansbepalingen uit dat bestand werd met behulp van de FMF-software, op de oorspronkelijke manier, de gecombineerde kans op een zwangerschap van een kind met het downsyndroom herberekend. Van de combinatietesten van vóór de harmonisatie zijn de zwangerschapsuitkomsten bekend. Hiermee zijn de prestatie-indicatoren (o.a. detectiepercentage (DR), fout-positief percentage (FPR) en de kans om werkelijk een downsyndroomzwangerschap te hebben bij een 'hoog risico' uitslag (OAPR)) van beide softwareprogramma's met elkaar vergeleken.

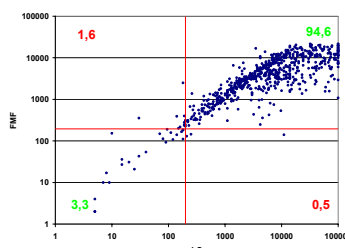
Resultaten

Voor de harmonisatie (figuur 2a) werd bij 96,6% van de testen door beide softwareprogramma's een zelfde kans berekend. Bij 3,4% van de testen verschilden de gerapporteerde kans. Na de harmonisatie werd bij 98,0% (figuur 2b) een identieke kansschatting gemaakt. Bij 2,0% van de casus was er sprake van een verschil in de gerapporteerde kans. Dit is een verbetering van 1,4%. Na de harmonisatie traden de grootste verschillen tussen de LC- en

FMF-software op bij kansen die verder van de afkapkans (1 in 200) af lagen en dus minder relevant waren.



Figuur 2a Diagram van de LC kans afgezet tegen de kans van de FMF voor gegevensbestand 'vóór de harmonisatie'.



Figuur 2b Diagram van de LC kans afgezet tegen de kans van de FMF voor gegevensbestand 'na harmonisatie'.

In groen zijn de percentages weergegeven van de kansen met dezelfde classificatie en in het rood die met verschillende classificaties. De rode lijnen geven de afkapwaarde (1 in 200) weer.

Van het gegevensbestand 'vóór harmonisatie' zijn de zwangerschapsuitkomsten bekend. De screeningsprestaties staan weergegeven in tabel 1.

Met behulp van de LC-software werden 28 van de 42 kinderen met het downsyndroom gedetecteerd; met de FMF-software werden 30 van de 42 kinderen gedetecteerd, maar het percentage fout-positieve uitslagen is iets ongunstiger. De kleine verschillen tussen de screeningsprestaties worden het best geïllustreerd door de OAPR, die iets gunstiger is voor de LC-software.

Tabel 1 Overzicht van de screeningsprestaties van de LC- en FMF-software.

	LC	FMF
Detectiepercentage	66,7%	71,4%
Percentage fout-positieve kansen	4,8%	6,2%
Positief voorspellende waarde	5,0%	4,4%
Negatief voorspellende waarde	99,9%	99,9%
OAPR	17,9	21,5

Conclusie

Vóór de harmonisatie waren de screeningsprestaties voor detectie van downsyndroomzwangerschappen door de LC- als de FMF-software ongeveer even goed.

De harmonisatie heeft deze verschillen nog meer verkleind.

Toekomstige discussies over de keuze van één kansbepalingssoftwareprogramma zouden zich dus kunnen concentreren op het logistieke aspect en aspecten van kwaliteitsborging en evaluatie en niet op verschillen in de kansbepaling.

¹ Niet gepubliceerde gegevens, aangeleverd door R. Snijders, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Parenteral opioids during labour. A systematic review.

M. Jonkers MSc, J.B. de Boer PhD, J.M. Koelewijn PhD, B.W.J. Mol PhD, MD

Background

A request for analgesia by the pregnant women will only be honored by the obstetrician if it is not contra-indicated. (ACOG Committee opinion 2004) Which type of analgesia the pregnant women gets, depends on dilatation, condition of the fetus and the local setting.

The optimal obstetric analgesia should provide analgesic efficacy with minimal maternal and perinatal adverse effects. The meta-analysis of Anim-Somuah showed that epidural analgesia offers the most effective pain relief compared to other forms of analgesia. However, when an epidural is contra-indicated or not available for logistic reasons, an alternative should be offered. Then, systemic opioids are the second option for labour analgesia. They are cheap, simple to use and readily available. (Tsui, 2004)

The objective of this systematic review is to assess the efficacy and maternal and perinatal safety of various types, dosages and modes of administration of parenteral opioids during labour.

Table: Absolute proportion of adverse outcomes (% (95% CI))

Opioid	Resp. depres + resuscitat.	Apgar score ≤ 7 at 1 min	Apgar score ≤ 7 at 5 min	Umbilical cord blood gases	Naloxone administrat	Admission to neonatal unit
Pethidine (n=841)	9.9% (7.9-11.9)	8.1% (6.3-9.9)	1.5% (0.7-2.3)	7.23	2.3% (1.3-3.3)	3.6% (2.3-4.9)
Remifentanyl (n=185)	1.1% (0-2.6)	0.5% (0-1.5)	0%	7.29	0%	
Fentanyl (n=159)	8.8% (4.4-13.2)	9.4% (4.9-13.9)	3.8% (0.8-6.8)	7.29	12.6% (7.4-17.8)	
Tramadol (n=228)	0.9% (0-2.1)		0%	7.26	0.9% (0-2.1)	
Morphine (n=25)	0%					

Opioid	Maternal pain scores	Maternal side effect Nausea/ vomiting	Maternal side effect Itching	Maternal side effect Dizziness	Maternal side effect Sedation	Maternal side effect Resp. depres.
Pethidine (n=841)	6.8	23.4% (20.5-26.3)	0%	11.3% (9.2-13.4)	8.4% (6.5-10.3)	2.1% (1.1-3.1)
Remifentanyl (n=185)	4.8	15.7% (10.5-20.9)	1.6% (0-3.4)	2.2% (0.1-4.3)	0.5% (0-1.5)	10.3% (5.9-14.7)
Fentanyl (n=159)	5.8	30.2% (23.1-37.3)	6.3% (2.5-10.1)	5.7% (2.1-9.3)	7.5% (3.4-11.6)	3.8% (0.8-6.8)
Tramadol (n=228)		10.5% (6.7-14.3)		3.9% (1.4-6.4)	3.9% (1.4-6.4)	0%
Morphine (n=25)		48.0% (28.4-67.6)	32.0% (13.7-50.3)	16.0% (1.6-30.4)	16.0% (1.6-30.4)	

Methods

The Cochrane database for systematic reviews, Central, Medline and Embase were searched during March and April 2009.

Randomised controlled trials comparing parenteral opioids as labour analgesia were selected. Two reviewers independently assessed for inclusion in this study all potential studies for quality of randomisation, concealment of allocation, blinding, completeness to follow up and power calculation. The Review Manager software was used to collect the data.

Results

A total of twenty-five trials (26 publications), involving 2,288 women were included for use of this systematic review. In most of the trials nitrous oxide was available for both cases and controls additional to the analgesia under study.

Pethidine compared with other opioids or placebo

- Apgar scores less than 7 at 5 minutes were significantly more reported in the pethidine group compared to the control group (RR 5.7, 95% CI 1.5-21.3).

- More neonates needed admission to the neonatal unit in the pethidine group compared with the control group (RR 2.6, 95% CI 1.2-5.7).

- Significantly more women who received pethidine analgesia had nausea and/ or vomiting (RR 2.6, 95% CI 1.5-3.3) and sedation (RR 3.5, 95% CI 1.4-8.6) as side effect as compared with the control group.

Pethidine compared with remifentanyl

- The existence of neonatal respiratory depression and the necessity of resuscitation were significantly more often reported in the pethidine group than in the remifentanyl group (RR 9.1, 95% CI 2.3-36.8).

- Significant more women have had a respiratory depression as side effect of remifentanyl labour analgesia (RR 0.2, 95% CI 0.1-0.4).

Pethidine compared with tramadol

- Significant more neonates have had a respiratory depression and needed resuscitation after pethidine analgesia compared with tramadol analgesia (RR 11.3, 95% CI 2.8-45.4).

- Nausea and/ or vomiting (RR 2.2, 95% CI 1.5-3.3), dizziness (RR 2.9, 95% CI 1.5-5.6) and sedation (RR 1.9, 95% CI 1.03-3.5) were significantly more often reported after pethidine analgesia compared with tramadol.

Absolute proportion of adverse outcomes of different opioids

We chose to make comparisons between the various opioids irrespective of dosage and mode of administration to show what its side effects are in absolute proportion. (Table)

Conclusion

Despite pethidine being the most common opioid used as labour analgesia, it has serious side effects for mother and child.

Possible better opioids are tramadol and remifentanyl. Tramadol is not a better analgesia than pethidine but has fewer side effects. Remifentanyl probably gives better analgesia than pethidine and had less perinatal side effects. Its serious side effect of maternal respiratory depression should be noted in time by trained labour staff.

Further research is needed to find a safe dose and prove that its analgesic effect is effective.

Prostaglandines of Ballon voor inleiden van de baring A Terme

M. Jozwiak, M. Benthem, J.W. de Leeuw, M.G.K. Dijksterhuis, M.G. van Pampus, J.A.M. van der Post, B.W. Mol, K.W.M. Bloemenkamp
Namens Nederlands Verloskundig Consortium

Achtergrond

Inleiden van de baring

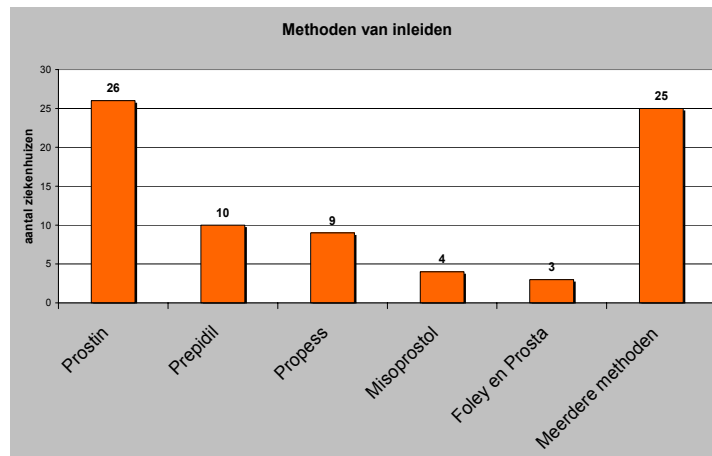
- 20-30% van alle baringen wordt ingeleid
- In Nederland jaarlijks ca 53000 inleidingen
- Bij onrijpe cervix meer kans op sectio caesarea

Advies NVOG: primen met prostaglandines

Alternatief: primen met Foley catheter

- Relatief goedkoop
- Mogelijk lager percentage sectio caesarea
- Minder hyperstimulatie
- Twijfel over hoger risico op infectie

Figuur 1. Situatie in Nederland 2006



Doel

Het onderzoeken van de **effectiviteit** en **veiligheid** van inleiden van de baring met een Foley catheter in vergelijking met prostaglandines bij a terme zwangeren met een onrijpe cervix

Methode

- Uitvoering: Nederlands Verloskundig Consortium
- Multicentrisch gerandomiseerd onderzoek
- Primen met Foley catheter vs primen met prostaglandines volgens lokaal protocol
- Powerberekening: reductie sectio caesarea van 25 naar 17% bij gebruik Foley catheter → 406 patiënten per arm

In- / exclusie criteria

Inclusie

- A terme zwangerschap (≥ 37 weken)
- Indicatie tot inleiden van de baring
- Vitale eenlingzwangerschap
- Intacte vliezen
- Hoofdligging
- Onrijpe cervix (Bishop score <6)

Exclusie

- Sectio caesarea in anamnese
- Placenta praevia
- Ernstige congenitale afwijking
- Overgevoeligheid voor producten die gebruikt voor inleiding
- Maternale leeftijd ≥18 jaar

Uitkomstmaten

Primair

- Percentage sectio caesarea

Secundair

- Percentage kunstverlossingen
- Tijd van start primen tot partus
- Neonatale morbiditeit
 - Apgarscore ≤ 6 na 1 en 5 minuten
 - Navelstreng pH ≤ 7.10
 - Opname op neonatologie verdenking infectie
 - Andere opnames neonatologie
- Maternale morbiditeit
 - Hyperstimulatie
 - Uterusruptuur
 - Maternale infectie
 - Fluxus post partum

Planning

Eerste inclusie Februari 2009

Laatste inclusie April 2010

Resultaten najaar 2010

Referenties

1. Reijers, Dijksterhuis MGK, de Leeuw JW. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie 2008;122:142-145.
2. Pennell C, et al. BJOG 2009;116:1143-1452.
3. Sciscione AC, et al. Am J Obstet Gynecol 1999;180:55-60.
4. Ghezzi F, Massimo F, et al. J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;97:183-7.
5. Boulvain M, et al. Cochrane Database Syst Rev 2001:CD001233.
6. Heinemann J, et al. Am J Obstet Gynecol 2008;199:177-87; discussion 187-8.

A MATERNAL “METHYL-RICH” DIETARY PATTERN CHARACTERIZED BY HIGH INTAKES OF FISH AND NUTS REDUCES THE RISK OF CONGENITAL HEART DEFECTS



Marijana Vujkovic¹, Sylvia A Borst¹, Jeanne H de Vries⁶, Mark F Wildhagen¹, Robert de Jonge², Eric AP Steegers¹, and Régine PM Steegers-Theunissen^{1,3,4,5}

From the Departments of ¹Obstetrics and Gynaecology, ²Clinical Chemistry, ³Paediatrics, ⁴Clinical Genetics, ⁵Epidemiology, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands; and from the Division of ⁶Human Nutrition, Wageningen University, The Netherlands.

Background & Objective

Maternal malnutrition deranges reproductive processes, of which folate shortage has been associated with congenital heart defects (CHD) in the offspring. Animal studies suggest that nutrition affects epigenetic mechanisms implicated in foetal programming. Our objective was to

- 1) identify maternal dietary patterns as source of methyl groups for epigenetic mechanisms and
- 2) investigate whether these dietary patterns are associated with the risk of congenital heart defects (CHD) in the offspring.

Materials and Methods

From 179 case mothers of a child with CHD and 231 control mothers food intake was assessed from food frequency questionnaires (FFQ) collected 14 months after the index-pregnancy as a proxy of the periconceptional maternal dietary intake. In maternal blood concentrations of biomarkers of methylation were determined, i.e., S-adenosylmethionine (SAM) and S-adenosylhomocysteine (SAH).

Intermediate biomarkers of the homocysteine metabolism, e.g. folate, homocysteine, vitamin B12 and vitamin B6 were determined for validation of the dietary patterns. Food groups were summarized from individual FFQ items which were entered as predicting variables in the reduced rank regression (RRR) method while the methylation biomarkers served as response measures. The RRR calculated combinations of food groups, e.g., dietary patterns, which predict the methylation biomarkers.

Linear and logistic regression model were used to assess associations between dietary patterns, log-transformed biomarkers and risk of CHD. Potential confounders were maternal age, BMI, and educational level at the study moment, and periconceptional B-vitamin use, smoking, alcohol and medication use.

Results

Two dietary patterns were identified. The first showed high intakes of snacks, sugar products, nuts and beverages and was associated with increased SAH concentrations (β 0.92, $p < 0.001$) and therefore labelled as the “methyl-poor” dietary pattern.

The second dietary pattern, the “methyl-rich” dietary pattern, was characterized by high intakes of nuts, fish and other seafood and was positively associated with SAM (β 0.44 $P < 0.001$), folate in red blood cells (β 0.01 $P < 0.01$) and in serum (β 0.01 $P = 0.03$) while being inversely associated with SAH (β -0.08 $P < 0.001$). The “methyl-poor” dietary pattern did not affect CHD risk. In contrast, a strong maternal use of the “methyl-rich” dietary pattern showed a significant inverse association with CHD risk (OR 0.32 95%CI 0.18 – 0.59).

Conclusion

This study demonstrates that the maternal use of a “methyl-rich” dietary pattern contributes to the prevention of CHD with a nearly 70% reduced risk. This could be a link between the periconceptional maternal nutrition and epigenetic regulation of embryonic development and intrauterine growth.

Acknowledgements

The HAVEN - study has been supported by the Netherlands Heart Foundation, grant number 2002B27 and by Hjelte Foundations.

email: m.vujkovic@erasmusmc.nl

Figure 1. Dietary Patterns Associated with Methyl Groups

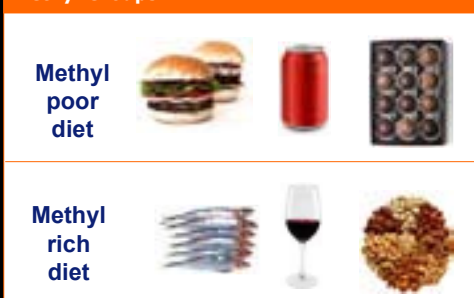


Table 1. General Characteristics of Case and Control Mothers

	Cases (n=179)	Controls (n=231)	P
Age at conception, y	33.1 (4.3)	32.4 (4.3)	.14
BMI, kg/m ²	24.9 (22.1-28.6)	24.1 (21.9-26.8)	.03
Energy intake, kJ/d	8856 (2023)	9041 (2349)	.39
Duration of pregnancy	39.3 (38.1-40.6)	40.0 (38.7-41.0)	.002
High education	127 (29.1)	64 (27.7)	.22
Study moment			
Medication	33 (18.4)	44 (19.0)	.90
Smoking	32 (17.9)	44 (19.0)	.80
Alcohol, no. (%)	100 (55.9)	143 (61.9)	.23
Periconception			
Medication	46 (25.7)	33 (14.3)	.005
B-vitamins	98 (54.7)	133 (57.6)	.62
Smoking	35 (19.6)	41 (17.7)	.70
Alcohol	70 (39.1)	81 (35.1)	.47

Table 2. Dietary Patterns and CHD risk

	Cases (n 179)	Controls (n 231)	OR (95% CI)	Adj. OR (95% CI)
Methyl poor				
Low	63 (35.2%)	74 (32.0%)	1.0 (Ref.)	1.0 (Ref.)
Med	58 (32.4%)	79 (34.2%)	0.9 (0.5 - 1.4)	0.9 (0.6 - 1.6)
High	58 (32.4%)	78 (33.8%)	0.9 (0.5 - 1.4)	0.8 (0.5 - 1.4)
Methyl rich				
Low	69 (38.5%)	68 (29.4%)	1.0 (Ref.)	1.0 (Ref.)
Med	59 (33.0%)	78 (33.8%)	0.8 (0.5 - 1.2)	0.6 (0.4 - 1.1)
High	51 (28.5%)	85 (36.8%)	0.6 (0.4 - 0.9)	0.3 (0.2 - 0.6)

This study is financially Supported by



Bo Hjelte Foundation

“Fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS (en hun ouders)”

Drs. S. Sanches en Dr. T. Wieggers

Achtergrond

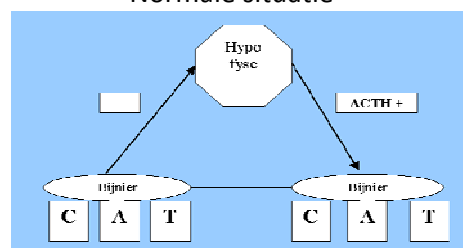
- AGS (Adrenogenitaal syndroom) is een aangeboren afwijking van de hormoonproductie in de bijnieren, waarbij teveel androgenen (testosteron), te weinig cortisol en meestal ook te weinig aldosteron wordt aangemaakt.
- Behandeling vindt in de regel plaats door middel van levenslange corticoïde substitutie therapie
- Bij een toename in geestelijk of lichamelijke inspanning kan een Addison crisis ontstaan. Indien hier niet adequaat op gereageerd wordt kan dit levensbedreigende vormen aannemen.
- Sinds 2000 opgenomen in het hielprikprogramma waardoor de diagnose sneller gesteld kan worden

Doel en vragenstellingen

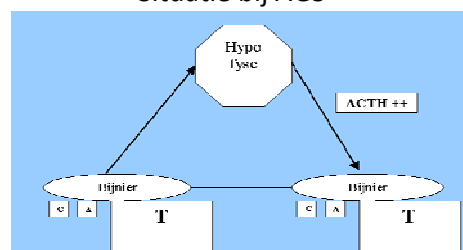
- **Centrale vraagstelling:** Hoe is het gesteld met het fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS en hun ouders?
- **Doel:** in kaart brengen hoe de ontwikkeling van kinderen met AGS verloopt, tegen welke problemen kinderen en hun ouders aanlopen en wat de ervaringen met de zorg zijn.
- **Concepten:** ziektelast, zorggebruik, ziektegerelateerde kenmerken, zelfmanagement
- **Uitkomstmaten:** participatie op diverse gebieden.

Schematische weergave

Normale situatie



Situatie bij AGS



Methode

- 4 verschillende vragenlijsten: voor ouders van kinderen van 0-4 jaar, 4-12 jaar, 12-18 jaar en een lijst voor jongeren van 12-18 jaar
- Ouders en jongeren zijn middels een brief via de patiëntvereniging NVACP op de hoogte gebracht van het onderzoek
- Tevens hebben een aantal academische ziekenhuizen hun patiënten met AGS middels een brief op de hoogte gebracht van het onderzoek. Grootste aantal via UMC St Radboud Nijmegen en verder Catharina Eindhoven, LUMC Leiden, Erasmus MC Rotterdam, AZM Maastricht en UMCG Groningen.

Resultaten worden verwerkt in een Nederlandstalig rapport en een artikel.

Management of labour pain

Objective

The objective of the study is to optimize primary care during labour through better pain management that meets the expectations of pregnant women



Methods

Cochrane systematic review of inhaled pain relief during labor

National Perinatal Register (LVR1 data)

Midwifery practices' client records

Midwives' and clients' questionnaires

Qualitative research, interviews with (pregnant) clients and focus groups with practising primary care midwives



Research Questions

1. What is the effect of inhaled pain relief for women in spontaneous labour and what are the obstetric advantages and disadvantages?
2. How often are the various forms of pain management requested and provided?
3. What socio-economic, demographic and medical factors, within the care process and amongst pregnant women, influence satisfaction with pain management ?
- 4.1 What expectations do women have, and what are their experiences of pain and pain management during labour?
- 4.2 What expectations do primary midwives have regarding the perception of pain by their clients and the pain management provided?
5. How do midwives adhere to the CBO Guidelines on Medical Pain Management and the KNOV Guideline on antenatal care?



Trudy Klomp, MSc, RM
Academie voor Verloskunde Amsterdam en Groningen
Vakgroep Midwifery Science EMGO+, VUmc
www.deliver-study.nl t.klomp@vaa.slz.nl, 020-5124231

Prof. Toine L.M. Lagro-Jansen UMC St Radboud
Dr. A. de Jonge Midwifery Science EMGO+, VUmc,
Dr. M. van Poppel EMGO+, VUmc



Birth position and perineal damage, a prospective cohort.

W.D.B. Warmink-Perdijk¹, A. de Jonge^{2,3}, J.M. Koelewijn¹, A.L.M. Lagro-Janssen²

1. Master Midwifery UvA/AMC

2. Department of General Practice and Social Medicine, Nijmegen University, The Netherlands

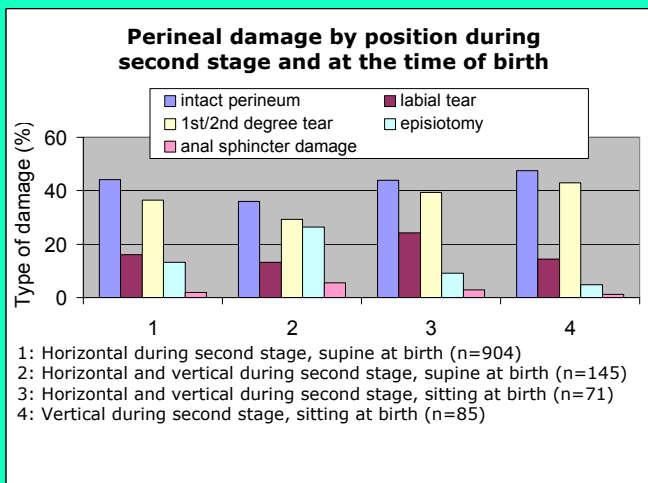
3. Midwifery Science, VUmc

Introduction Perineal damage is a common complication in childbirth. The effect of birth position on perineal outcome is unclear. Studies found different effects. A complicating factor is that women often change position during labour. Whether or not the position during second stage of labour affects the perineal outcome is unclear. Besides the possibility that women want to change position, a caregiver may ask women to lie down in order to perform an episiotomy. This will influence the distribution of episiotomies over the groups.

Aim 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.

Methods During the period October 2005 until December 2007, a prospective cohort study was conducted in primary care practices in the Netherlands. 1205 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. Four position groups were compared on perineal damage with multivariate logistic regression technique.

Results



Logistic regression of predictors of perinatal outcome, including position at birth

	Intact perineum		Episiotomy	
	Adj.OR*	(95% CI)	Adj.OR*	(95% CI)
position at birth				
supine at birth	1.00	reference	1.00	reference
sitting at birth	1.42	(0.97,2.08)	0.25	(0.12,0.50)

* Adjusted for Age, parity, duration of sec. stage, birth weight and change of position during sec. stage

Logistic regression of predictors of perinatal outcome, including position during second stage and childbirth

	Intact perineum		Episiotomy	
	Adj. OR*	(95% CI)	Adj. OR*	(95% CI)
position during childbirth				
horizontal during sec. stage, supine at birth	1.00	reference	1.00	reference
horizontal and vertical during second stage, supine at birth	1.27	(0.84,1.91)	1.12	(0.69,1.80)
horizontal and vertical during second stage, sitting at birth	1.93	(1.11,3.36)	0.28	(0.11,0.68)
vertical during second stage, sitting at birth	1.37	(0.85,2.20)	0.24	(0.09,0.69)

* Adjusted for Age, parity, duration of sec. stage and birth weight

Women who used horizontal and vertical positions during second stage and gave birth in sitting position had a higher intact perineum rate than the group that was in horizontal position all the time. The group that used horizontal and vertical positions during second stage and delivered in supine position had in multivariate analysis no higher chance of receiving an episiotomy compared to the group that was in horizontal position during second stage and supine at birth.

our study found that giving birth in sitting position reduces the chance of an episiotomy compared to supine position at birth. There was also a borderline significant higher intact perineum rate in the group that was sitting at birth.

Conclusion Being upright at the time of birth is not associated with an increase in perineal damage, regardless whether horizontal positions are used during the second stage or not. There is even a tendency to a higher intact perineum rate among women in sitting position. Women should be encouraged to use birth positions that are most appropriate to them.

Acknowledgements We would like to thank all students and midwives who collected the data during the study period for their time and effort.



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

Marianne Nieuwenhuijze RM MPH¹; Ank de Jonge RM PhD²; Irene Korstjens PhD¹; Prof. Toine Lagro-Janssen MD PhD³.

¹ Department of Midwifery Science, University of Midwifery Education & Studies Maastricht (correspondence: m.nieuwenhuijze@av.m.nl); ² Midwifery Science / EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam; ³ Department of General Practice, Women Studies Medicine, University Medical Centre St. Radboud, Nijmegen, The Netherlands.



Background Women are confronted with many choices and decisions concerning their care during pregnancy. Because there are no dominant medical reasons for choosing between the different birthing positions, women's preferences can play a major role in choosing their birthing positions.

Objective To explore healthy pregnant women's choices concerning their birthing positions. Which birthing positions did women prefer? Did they realize their preferences and which factors influenced realization of their choice?

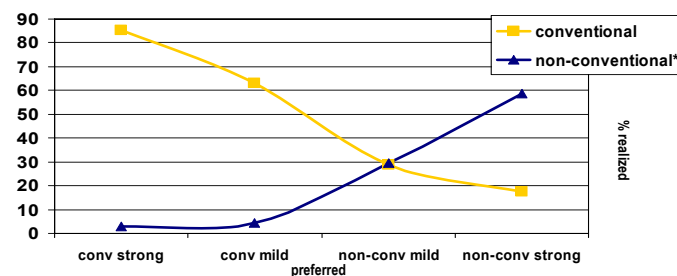
Design Cohort study of 1154 healthy low-risk postnatal women in 55 Dutch primary care midwifery practices. Logistic regression analyses were used to investigate which factors influenced realizing the preferred birthing positions.

Results Preliminary analyses indicated that 59% (n=679) of the women preferred conventional birthing positions (supine), 20% (n=226) preferred non-conventional positions (e.g. sitting, standing), and 17% (n=193) had a mixed preference.

Having a conventional preference as opposed to a non-conventional preference (OR 10.5), and birth at home instead of in hospital (OR 2.2) was correlated with realization of the preferred birthing position.

Women with a non-conventional preference were more likely to use their preferred birthing position if they had a strong preference compared to a mild preference (OR 2.3), an intermediate or higher level of education instead of a lower educational level (OR 4.2; OR 3.9, respectively) and longer duration of labour (OR 1.3). A non-significant association was found between realizing a non-conventional position and birth at home instead of in hospital (OR 2.2). Primiparous women were less likely to realize their non-conventional preference (OR 0.4) than multiparous women.

Table 1. Realization (%) of preferred birthing position (n=905)



*lateral, sitting, squatting, standing, birthing shell, birthing stool, hands and knees, bath

Table 2. Logistic regression: realization preferred birthing position (n=888)

factor	odds ratio	confidence interval 95%
conventional preference	10.5	6.2 – 18.0
birth at home	2.2	1.2 – 4.0

Table 3. Logistic regression: realization non-conventional preference birthing position (n=222)

factor	odds ratio	confidence interval 95%
strong preference	2.3	1.1 - 4.9
education intermediate level	4.2	1.6 - 11.0
education high level	3.9	1.5 - 9.9
longer duration of pushing	1.3	1.1 - 1.6
birth at home	2.2	1.0 - 5.3
primiparous women	0.4	0.2 - 0.97

Conclusions and implications for practice A minority of low-risk pregnant women preferred non-conventional birthing positions. They were less likely to realize their preferred birthing position. Midwives should proactively explore women's preferences throughout pregnancy and birth, support women in developing a well-informed choice if they wish so, and facilitate their choices concerning birthing positions where possible.



Contra-indications for External Cephalic Version revised

Ageeth Rosman¹ MSc, Aline Guijt, Floortje Vlemmix MD, Marjolein Kok MD PhD, Ben Willem Mol prof.dr

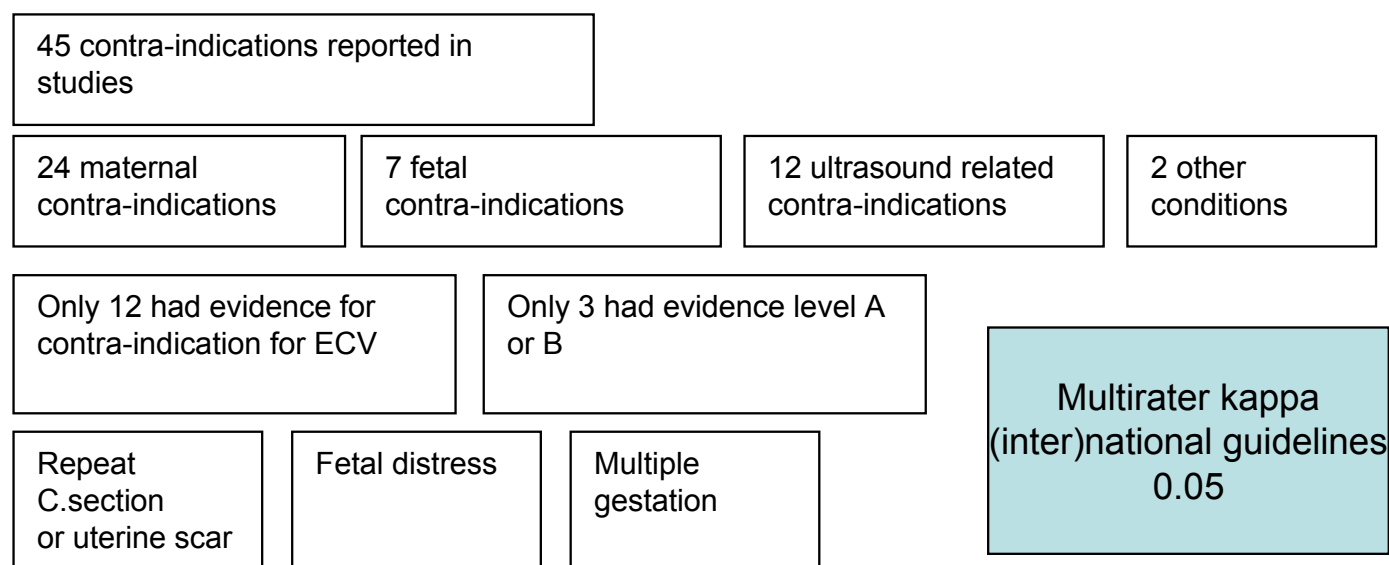
Aim of the study

To identify all known contraindications of external cephalic version (ECV) and to evaluate the evidence for each contra-indication.

Material and methods

A systematic search within the Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline, National Guidelines Clearinghouse and EMBASE reporting on contraindications for ECV.

Results



Conclusion

Most contra-indications have no evidence or a very low prevalence.

The multirater kappa between the guidelines is very low, so the level of agreement is very low.

Een kwantitatief onderzoeksvoorstel.

'Zwangerwijzer ingevuld, en dan?'

Eve Hannant en Hülya Hardus



Vraagstelling



Welke activiteiten worden preconceptioneel ondernomen door vrouwen met een kindervens, 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:

 [ZwangerWijzer.nl](https://www.zwangerwijzer.nl)

1. Onderzoeksgroep,
bestaande uit primigravidae
die in de 1e 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.

Obesitas & Schouderdystocie: Een gewichtig probleem?

I. van Veldhoven

Inleiding

Vele zorgverleners zijn beducht voor schouderdystocie durante partu bij een obese zwangeren. Is dit wel gegrond? Is er daadwerkelijk een directe relatie tussen obesitas en schouderdystocie?

Onderzoeksvraag

"Heeft een 'low risk' obese zwangere meer kans op schouderdystocie bij haar à terme partus dan een 'low risk' zwangere zonder obesitas?"

Methode

Literatuurstudie met als resultaat:

- 3 retrospectieve observationele onderzoeken
- 3 case-control onderzoeken
- 3 reviews.

Resultaten

1. Wat zijn predisponerende factoren voor schouderdystocie?

Onafhankelijke predisponerende factoren voor schouderdystocie:

Wel: Schouderdystocie i.a., macrosomie i.a., macrosomie in de huidige zwangerschap en diabetes

Niet: Serotiniteit, obesitas en kunstverlossing (forceps en vacuüm)

Tegenstrijdige resultaten: inleiding, excessieve gewichtstoename en multipariteit.

Onvoldoende onderzoek: NVO en NVU

(Lewis 1998, Mazouni 2006, Moore 2008, Robinson 2003)

2. Welk effect heeft obesitas bij een 'low risk' zwangere op het voorkomen van schouderdystocie?

Obese zwangeren hebben meer kans op schouderdystocie: OR van 1,89 – 2,9 (Usha Kiran 2005, Cedergren 2004, Abenhaim 2007.)

Kanttekeningen:

- geen enkele studie corrigeerde voor macrosomie
- onvoldoende correctie op diabetes

Conclusie

'Obese zwangeren hebben meer kans op schouderdystocie dan niet obese zwangeren maar die verhoogde kans hangt hoogstwaarschijnlijk samen met diabetes en/of macrosomie.

Discussie:

Als verloskundigen tijdens de zwangerschap screenen op macrosomie en diabetes, kan met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid gesteld worden dat een 'low risk' obese zwangere geen groter risico heeft op schouderdystocie dan een 'low risk' zwangere zonder obesitas.'



Goede voorbereiding is het halve werk

Literatuurstudie naar verwachtingen en ervaring van de baring

Onderzoeksvraag

Welke verwachtingen en ervaringen hebben laag risico zwangeren van de baring?

Methode

- PubMed en Cochrane
- Zoektermen
 - Expectations
 - Childbirth
 - Maternal
- Limieten
 - Nederlands of Engels
 - vanaf 1988

Selectie



Resultaten

- Positieve verwachtingen: probleemloze ervaring, geen pijnstilling en geluk
- Negatieve verwachtingen: angst, complicaties en pijn
- Zwangeren hadden onder andere verwachtingen over de volgende elementen: pijn, medische interventies en de rol van de verloskundig zorgverlener
- Zwangeren verwachtten inspraak te hebben in het beleid tijdens de baring
- Zwangeren <21 jaar en >35 jaar hebben andere verwachtingen
- De verwachtingen werden beïnvloed door medisch professionals, media, sociale omgeving en prenatale voorbereiding
- Ervaringen werden bijvoorbeeld beïnvloed door verwijzing tijdens de baring en geen keuze in pijnbestrijding
- Beïnvloedende factoren op de tevredenheid waren: land, duur bevalling, medische interventie en gevoel van controle
- Cliënten waren meer tevreden over de baring indien deze voldeed aan verwachtingen

Conclusie

Diversiteit aan verwachtingen

Meerdere beïnvloedende factoren op de verwachtingen, ervaring en tevredenheid
Meer tevreden bij reële verwachtingen



Beval eens anders!

Een studie naar de obstetrische effecten van de hurkhouding tijdens de uitdrijving.

Vandaag de dag bevallen veel vrouwen horizontaal in bed. Er wordt echter minder gebruik gemaakt van andere baringshoudingen. Mevrouw Keijzer, verloskundige, heeft onderzoek gedaan naar de diepe, vrije hurkhouding. Zij introduceerde de baarschelp, die ondersteuning biedt bij het aannemen van deze houding. In dit onderzoek wordt de data van mevrouw Keijzer geanalyseerd met als doel meer inzicht te krijgen in de obstetrische uitkomsten van een bevalling in een vrije, diepe hurkhouding.

Doelstelling

Onderzoeken wat de obstetrische effecten zijn van bevallingen in diepe hurkhouding in de onderzoeksgroep van mevrouw Keijzer.

Hoofdvraag

Wat was het aantal verwijzingen naar de tweede lijn wegens niet-vorderende uitdrijving in een laag-risico cohort populatie uit de jaren 1984 tot en met 2004, waarbij de diepe, vrije hurkhouding tijdens de uitdrijving werd aangenomen, als dan niet met behulp van de

Deelvraag

Welke andere maternalen en foetale effecten zijn er gemeten in deze studie?

- Bloedverlies
- Apgar score
- Perineumletsel

Methode

De onderzoeksdata zijn verzameld door mevrouw Keijzer. De laag-risico populatie bestaat uit **293 primigravidae** van praktijken uit 4 provincies in Nederland. Zij includeerde aterm primigravidae, waarbij de uitdrijving gestart werd in een verticale houding in de eerste lijn

Resultaten

Van de 293 vrouwen beviel uiteindelijk **92,2%** in hurkhouding, onder begeleiding van mevrouw Keijzer, waarvan **85,3%** gebruik maakte van de baarschelp of een drempel.

Hoofdvraag: 7,8% werd overgedragen aan de gynaecoloog wegens een niet-vorderende uitdrijving.

Deelvraag: 2,4% van de kinderen had een AS van 7 of lager na 5 minuten. **1%** had een fluxus, **9,5%** had bloedverlies tussen 500-1000 cc. **43,7%** gaaf perineum. **36,9%** een ruptuur. **15,9%** een episiotomie.



Liselotte
Kweekel
en
Sanderieke
Vos

Discussie en conclusie

De resultaten zijn niet extrapoleerbaar omdat onder andere een **totaalbeeld van de onderzoeksgroep ontbreekt** en er **geen controlegroep** is. Een vergelijking met regionale of landelijke cijfers is dus niet mogelijk. Er is ook geen verband aan te tonen tussen het gebruik van de baarschelp en het aantal verwijzingen wegens een niet-vorderende uitdrijving.

Aanbeveling

De baarschelp kan heel goed ingezet worden op de **beleving van de zwangere vrouw**. Een **pilot door de KNOV** over de bevalling in hurkhouding zal daarnaast meer inzicht bieden in de obstetrische effecten, de ervaring van de barende en de verloskundige en het gebruik van de baarschelp.

