



# kennispoort verloskunde

conferentie 2012 | vrijdag 3 februari

## programma verloskunde conferentie 2012



werkgroep psychosomatische  
obstetrie en gynaecologie

De invloed van angst en depressie op de zwangerschap en baring

# programma verloskunde conferentie 2012

09.00 - 09.30

Ontvangst/registratie

09.30 - 09.40

Theatron

Welkom

*Dagvoorzitter Toine Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschap UMC St Radboud en huisarts & Rafael van Crimpen, voorzitter van de Samenwerkende Opleiding en Verloskunde.*

09.40 - 10.05

Theatron

Angst voor de bevalling; wat is het en wat doen wij ermee?

*Klaas Wijma, hoogleraar Medische Psychologie, Universiteit Linköping, Zweden.*

10.05 - 10.30

Theatron

Depressie en zwangerschap

*Marieke Paarlberg, gynaecoloog Gelre Apeldoorn en president ISPOG & Mijke Lambregtse-van den Berg, psychiater, Erasmus MC.*

10.30 - 10.55

Theatron

De ethiek van angst: de verantwoordelijkheid van zorgverleners

*Raymond de Vries, hoogleraar Midwifery Science, Academie Verloskunde Maastricht/Universiteit Maastricht.*

10.55 - 11.15

Foyer

Pauze & posterpresentatie

Nederlands verloskundig onderzoek

11.15 - 13.00

Eerste ronde workshops (1-3) en parallelsessies (1-4)

Workshop 1 - R111

Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling

Workshop 2 - R114

Signaleren van kwetsbare zwangeren

Workshop 3 - R134

Communicatie van risico's

Parallelsessie 1 - R042

Psychiatrie, zwangerschap en baring: bijspijkersessie van de WPOG

Parallelsessie 2 - R040

Niet bang voor samenwerking: ervaringen uit de praktijk

Parallelsessie 3 - Theatron

Angst en pijn

Parallelsessie 4A - RA / 4B - RD

Midwifery Science / Postertour

13.00 - 14.00

Foyer

Lunch & posterpresentatie

Nederlands verloskundig onderzoek

14.00 - 14.25

Theatron

Samenwerking bij milde psychosociale problematiek in de zwangerschap

*Cornel Kirpenstein, verloskundige, Verloskundig Centrum Tiel.*

14.25 - 14.50

Theatron

Angst voor de pijn

*Arie Franx, gynaecoloog en hoogleraar Obstetrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.*

14.50 - 15.15

Foyer

Pauze & posterpresentatie

Nederlands verloskundig onderzoek

15.15 - 17.00

Tweede ronde workshops (1-3) en parallelsessies (1, 5-7)

Workshop 1 - R111

Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling

Workshop 2 - R114

Signaleren van kwetsbare zwangeren

Workshop 3 - R134

Communicatie van risico's

Parallelsessie 1 - R042

Psychiatrie, zwangerschap en baring: bijspijkersessie van de WPOG

Parallelsessie 5 - R040

Sociale kaart/horizontale ketenzorg voor psychosociale klachten in de 1<sup>e</sup> lijn

Parallelsessie 6 - Theatron

Angst en depressie - samenwerking in de POP-poli

Parallelsessie 7A - RA / 7B RD

Midwifery Science / Postertour

17.00

Afsluitende borrel

# Hartelijk welkom bij het congres van Kennispoort Verloskunde, een initiatief van de drie Samenwerkende Opleidingen Verloskunde.

Deze vijfde editie is meer dan ooit gericht op alle partners in de verloskundige keten. En dat is terug te zien in de aanwezigen; een multidisciplinair publiek van verloskundigen, gynaecologen, psychologen, psychiaters, haptonomen, verpleegkundigen en huisartsen. Uit de talloze gepresenteerde cases en onderzoeken blijkt dat er de afgelopen jaren grote stappen zijn gezet op het gebied van ketenzorg en een geïntegreerde cliëntgerichte benadering.

Kortom, laat u zich inspireren en verrassen door de ervaringen en onderzoeken van collega's uit uw eigen omgeving, maar vooral ook daarbuiten. Zo heeft de programmacommissie zich laten inspireren door nauwe samenwerking met de WPOG, de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie van de NVOG.

Rest ons nog om de programmacommissie (Jannet Bakker, Juliet Droog, Paul Heere, Anneke Kwee, Marianne Nieuwenhuijze, Pien Offerhaus, Liesbeth Scheepers, Evelien Spelten en Hanneke Torij) te bedanken voor de ontwikkeling en realisatie van dit congres.

Het bestuur van de SOV

**Rafael van Crimpen**

Academie Verloskunde Maastricht

**Marion van Harn**

Verloskunde Academie Rotterdam, Hogeschool Rotterdam

**Gea Vermeulen**

Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen

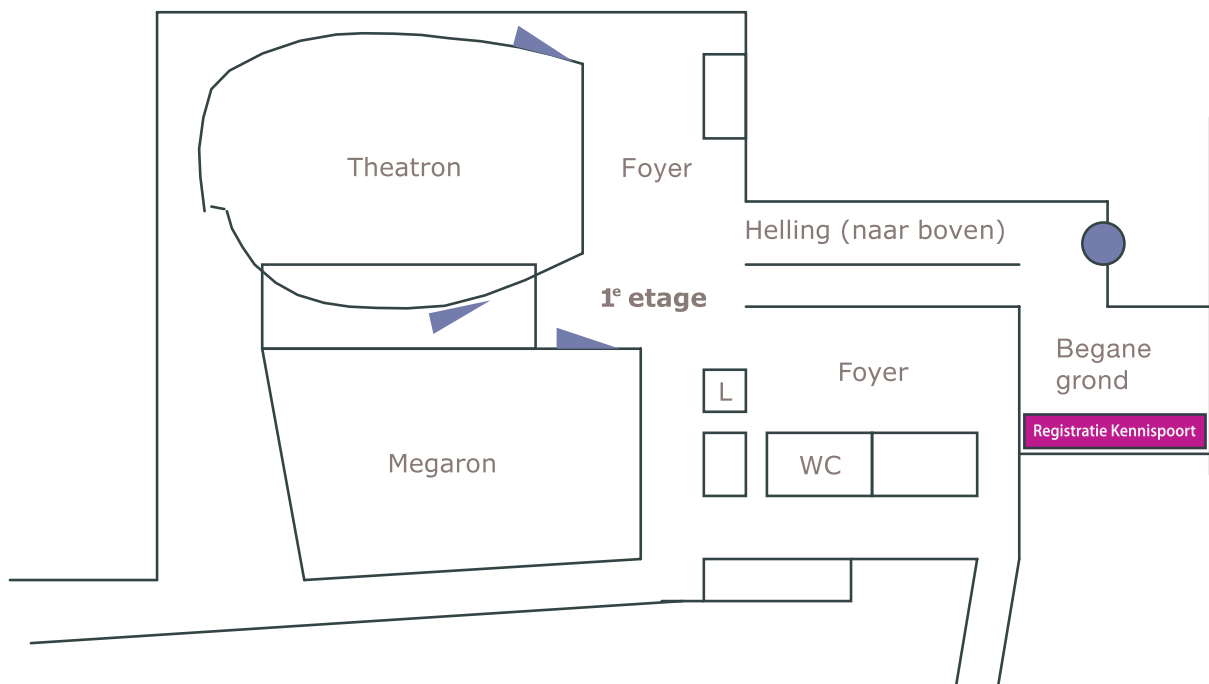


*Kennispoort Verloskunde 2012 is geaccrediteerd door de KNOV (6 uur, nummer A 12-001), NVOG, het College Accreditatie Huisartsen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (allen 6 punten, ID-nummer 108226) en de Vereniging van Haptotherapeuten (3 HT-punten).*

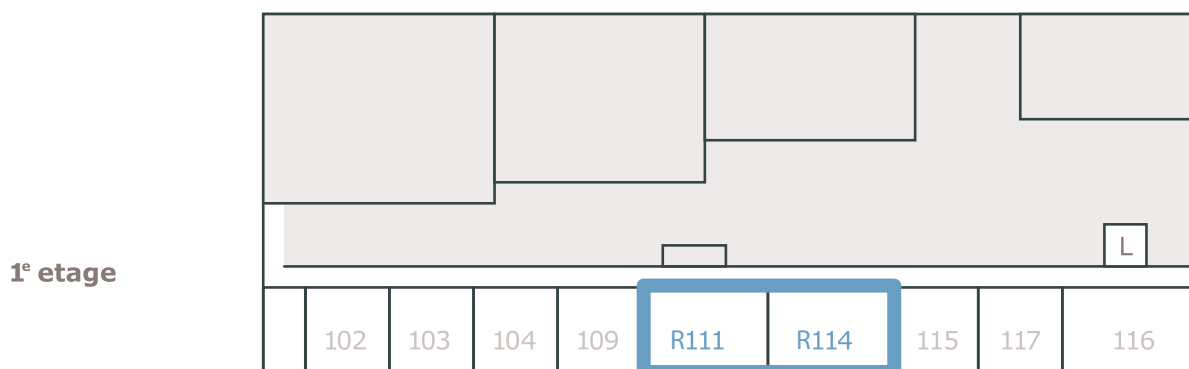
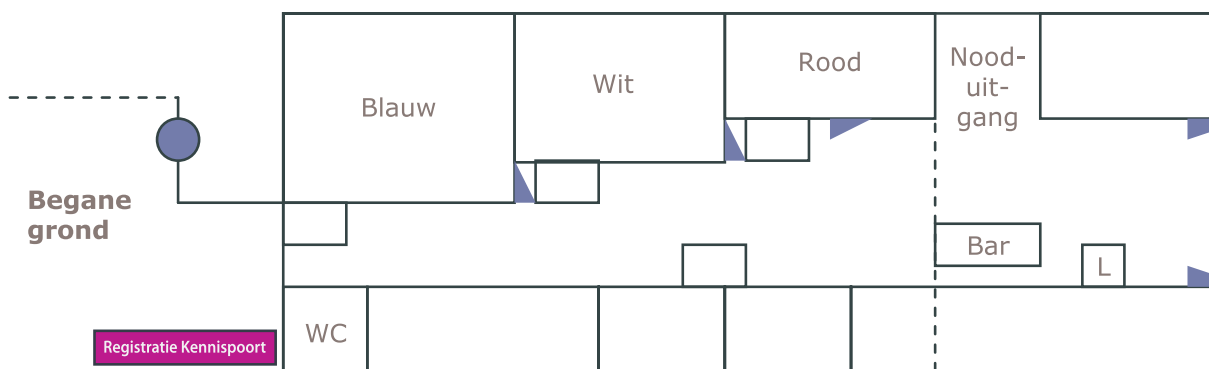
# Plattegrond

## Educatorium en Marinus Ruppertgebouw, Universiteit Utrecht

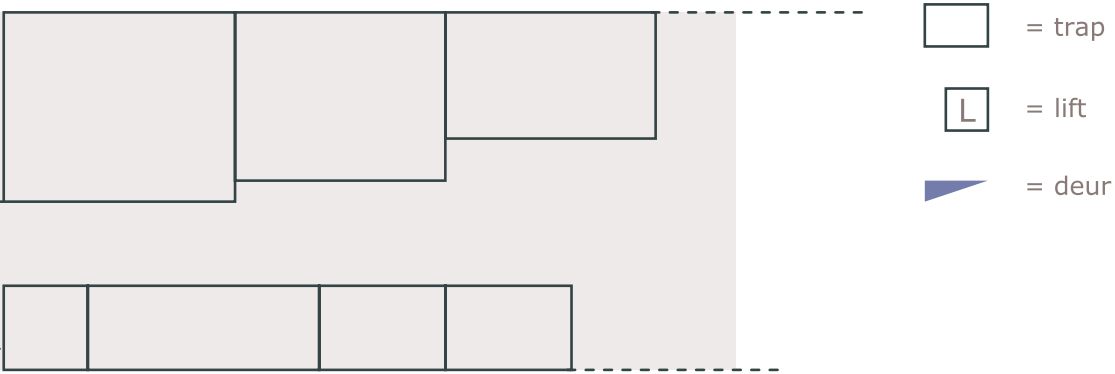
### Educatorium



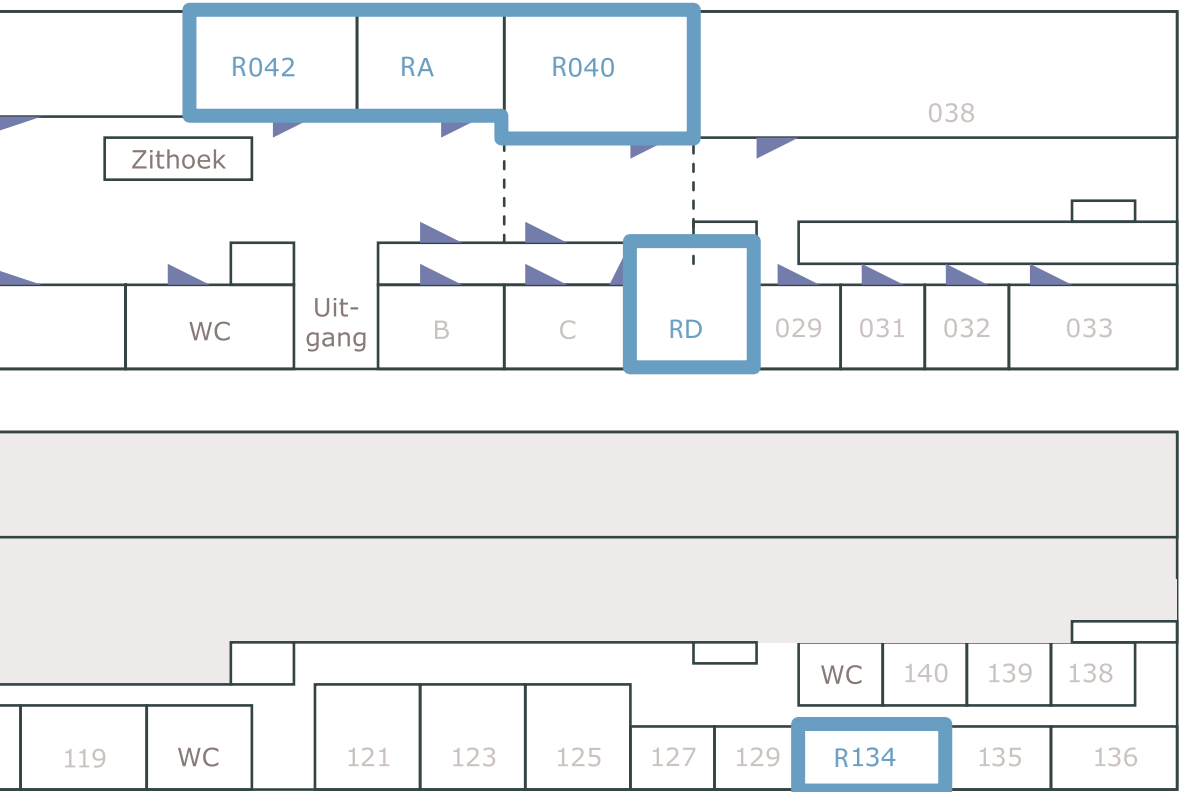
### M. R



# M. Ruppertgebouw



# Ruppertgebouw



## Conferentie 2012 Theatron

### Prof. dr. Toine Lagro- Janssen MD, PhD

*Hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, UMC St Radboud, Nijmegen en huisarts*

### Rafael van Crimpen MMO

*Faculteitsdirecteur Academie Verloskunde Maastricht, Voorzitter Samenwerkende Opleidingen Verloskunde*



Toine Lagro-Janssen



Rafael van Crimpen

## Keynote Theatron

### Prof. dr. Klaas Wijma

*Professor Medische Psychologie aan de Universiteit Linköping, Zweden  
Immediate Past President International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)*



Klaas Wijma

## Welkom

Welkom door dagvoorzitter Toine Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschap UMC St Radboud en huisarts, en Rafael van Crimpen, voorzitter van de Samenwerkende Opleidingen Verloskunde.

## Angst voor de bevalling; wat is het en wat doen wij ermee?

Angst heeft een belangrijke waarschuwingsfunctie voor mensen. Angst en vrees maken mensen voorzichtig en waakzaam, waardoor dreigingen kunnen worden vermeden. Angst en vrees motiveren mensen ook om gevaarlijke situaties te verlaten om hen voor gevaar te behoeden.

Angst en vrees hebben de neiging mensen aan te zetten om het zekere voor het onzekere te kiezen, om daarmee potentieel fatale fouten te vermijden. Dit fenomeen leidt er bij sommigen toe dat het natuurlijke mechanisme van bescherming ontregeld raakt en angst een ziekte wordt. In dat geval is iemand banger dan nodig is, worden taken niet goed uitgevoerd en kan angst zelfs zo gaan overheersen dat het iemands leven gaat sturen.

Angst voor de bevalling (FOC, fear of childbirth) varieert van bijna geen angst tot extreme angst. Van onderzoek in de Westerse landen (Europa, VS en Australië/Nieuw Zeeland) weten wij dat sterke angst voor de bevalling, die vrouwen in ernstige mate stoort in hun dagelijkse leven, bij ongeveer

5% van de zwangeren voorkomt. Ongeveer 2,5% van het totaal is zelfs zo bang voor de bevalling dat hun angst als een fobie kan worden gezien.

Onderzoek heeft uitgewezen dat FOC een negatieve invloed heeft op hoe een vrouw haar bevalling psychisch beleeft, maar dat FOC ook een belangrijke betekenis heeft voor wat er lichamelijk met de berende gebeurt. Bovendien zorgt sterke angst tijdens de bevalling ervoor dat sommigen postpartum aan het Posttraumatische Stress Syndroom gaan lijden.

In toenemende mate is, althans in de Westerse wereld, de noodzaak duidelijk gaan worden dat angst, die gekoppeld is aan de bevalling, gediagnosticeerd en behandeld zou moeten worden. Inmiddels hebben wij instrumenten waarmee wij FOC kunnen screenen. Helaas hebben wij nog geen behandelingsmethoden die door middel van onderzoek zijn uitgetoetst, al zijn zulke studies inmiddels al wel van start gegaan.

## Keynote Theatron

### Dr. K. Marieke Paarlberg

Gynaecoloog Gelre Apeldoorn, Apeldoorn  
Lid Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en  
Gynaecologie (WPOG), President International  
Society of Psychosomatic Obstetrics and  
Gynaecology (ISPOG)

### Dr. Mijke Lambregtse- van den Berg MA, MD

Psychiater, Erasmus MC, Rotterdam



Marieke Paarlberg



Mijke Lambregtse-  
van den Berg

## Depressie en zwangerschap

Tien procent van alle zwangerschappen wordt gecompliceerd door depressie. Zwangeren die een eerdere depressie hebben doorgemaakt, of een eerstegraads familielid hebben met depressie, hebben 50% kans op een nieuwe depressie. Het is een individuele afweging of er wel of geen antidepressiva in de zwangerschap gebruikt moeten worden. Daarnaast, of in plaats daarvan, kan psychotherapie gegeven worden.

Depressie in de zwangerschap geeft een hogere kans op complicaties in de zwangerschap, zoals laag geboortegewicht en vroeggeboorte. Daarnaast geven een aantal zwangerschaps- en bevallingscomplicaties zoals pre-eclampsie, een spoed keizersnede en een kunstverlossing op hun beurt weer een verhoogde kans op het optreden van depressie in het kraambed. Depressie bij de moeder heeft ook een negatieve invloed op de ontwikkeling van het kind. Zo komen er meer gedragsproblemen, hechtingsproblemen en huilbaby's voor bij deze moeders. Het is daarom belangrijk dat verloskundige hulpverleners aandacht hebben voor deze psychiatrische aandoening. In het begin van

de zwangerschap kan gescreend worden op depressie met behulp van de Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), die in tien vragen een goede indruk geeft over het klinische beeld van de zwangere. Verder is het van belang om de voorgeschiedenis en de familieanamnese goed uit te vragen. Vrouwen met een psychiatrische aandoening moeten bij voorkeur multidisciplinair worden begeleid, met aandacht voor psychiatrische, obstetrische en neonatologische aspecten. Daarnaast dient aandacht te worden besteed aan goede hechting.

Vanwege de groeiende behoefte aan kennis en informatie over psychiatrische problematiek tijdens de zwangerschap en in het kraambed, is recent een landelijk kenniscentrum psychiatrie en zwangerschap opgericht ([www.lkpz.nl](http://www.lkpz.nl)). Via de website van het LKPZ wordt praktische en wetenschappelijke informatie verzameld en verspreid. Hier is ook een overzicht te vinden van behandelcentra die zich hebben toegelegd op het begeleiden van zwangere vrouwen met psychiatrische problematiek. Vaak is dit in de vorm van een POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie).

## Keynote Theatron

### Prof. dr. Raymond de Vries

Buitengewoon hoogleraar Midwifery Science,  
Academie Verloskunde Maastricht/Universiteit  
Maastricht



Raymond de Vries

## De ethiek van angst: de verantwoordelijkheid van hulpverleners en onderzoekers

Fear is a powerful emotion, capable of influencing the course of childbirth. Fear of childbirth is associated with, among other things: a woman's choice for surgical birth (and thus all the risks associated with surgery), increased risks of dystocia or protracted labor, and heightened perceptions of pain during labour and birth (and thus increased use of epidural anesthesia). Given these facts, it is imperative that caregivers – midwives, obstetricians, nurses, and kraamverzorgenden – act responsibly when informing women about their choices for birth. This responsibility extends to 1) how birth is described – is birth essentially a physiological or pathological event? – and 2) how the results of research are interpreted to women.

Maternity care in the Netherlands is based on a careful delineation of 'physiological' and 'pathological' pregnancy and birth and a rational and safe division of labor among primary ('first line') and specialist ('second line') care. It is one of the few systems that offers women an easy choice of where their babies

will enter the world: home, polyclinic, or hospital. But the Dutch system requires a delicate balance: it is dependent on cooperation between caregivers, and the provision of accurate information to childbearing women who, today more than ever, are faced with a flood of information telling them they are incapable of birthing without advanced technological surveillance and assistance.

Women's fear of birth is generated and amplified by media reports of 'scientific' research that calls into question the ability of birth to take place safely under the care of a midwife or outside of a well-equipped surgical suite. Unable to capture the often complex and subtle nature of medical research, the media simplify and dramatize the findings creating frightful headlines, like: "More babies die when a doctor is not present!" Obstetric researchers must be vigilant to insure their research is not misused in this way, and obstetric caregivers must be prepared to counteract the misleading messages from such research.

## Keynote Theatron

Cornel Kirpenstein

Verloskundige, Verloskundig Centrum Tiel



Cornel Kirpenstein

# Samenwerking bij milde psychosociale problematiek in de zwangerschap

“De geboorte van een kind is ook de geboorte van een moeder en een vader, een nieuw gezin”

Clïëntgebonden zorg, gericht op de begeleiding van vrouwen met een normaal verlopen de zwangerschap, bevalling en kraamtijd is nog altijd de kern van de eerstelijns verloskundige zorgverlening. We richten ons hiermee op zo goed mogelijke uitkomsten voor moeder en kind. Maar er is de afgelopen jaren wel veel veranderd. In ons vak en in de samenleving; voor ons als verloskundigen, maar ook voor de (bijna) zwangere vrouw en de jonge (aanstaande) ouders. Gezondheidskenmerken en psycho-sociale factoren beïnvloeden de gezondheid van de aanstaande moeder en haar kind. Ervaringen opgedaan tijdens de zwangerschap, bevalling en de kraamtijd vormen deels de basis voor hechting tussen de ouders en hun kind; van groot belang voor de toekomst van het nieuwe leven en dit gezin als zodanig. We zien een zwangere vrouw en haar partner niet meer los van hun persoonlijke situatie, hun context, community. Als zodanig is iedere zwanger-

schap uniek en past alleen zorg op maat. Op basis van kenmerken zoals we die tijdens de intake, het assessment, in kaart brengen, stellen wij de zwangere vrouw, haar partner en hun ongeboren kind centraal in de begeleiding. Daarbij gaan we uit van de verbondenheid tussen lichaam en geest. Met “Rondom de Zwangere” richten we ons als eerstelijns verloskundige praktijk op ketenzorg. We hebben vanaf 2007 verschillende multidisciplinaire zorgprogramma's uitgewerkt, met als doel de uitkomsten voor moeder en kind te verbeteren. Zoals een zorgprogramma overgewicht; plan van aanpak tienerouderschap; samenwerking rondom psycho-sociale klachten. Ook zijn er programma's in ontwikkeling: integrale aanpak van preconceptiezorg, gezondheidsvoorlichting etc. Wij denken zo, vanaf de preconceptie tot na de geboorte van de baby, een bijdrage te kunnen leveren aan de gezondheid en welzijn van de cliënt, het kind en de gemeenschap als geheel.

## Keynote Theatron

Prof. dr. Arie Franx

Gynaecoloog-perinatoloog, hoogleraar-afdelingshoofd Obstetrie, UMC Utrecht



Arie Franx

# Angst voor de pijn

Opmerkelijke trends van het laatste decennium vormen een uitdaging voor het verloskundig zorgsysteem in Nederland.

Eén van die trends is de toename van medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de ontsluitingsfase. In de LVR2 wordt 'noodzaak tot sedatie of pijnbestrijding' steeds vaker genoemd als reden voor overdracht tijdens de ontsluitingsfase. Het gemiddeld percentage epiduraal analgesie tijdens de ontsluitingsfase bij (in opzet) vaginale bevallingen in de tweede lijn nam toe van 8% in 2001 tot 24% (spreiding 5% tot ruim 50%) in 2010. De richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling', die in 2008 werd opgesteld door de NVA en de NVOG, en gemandateerd door de KNOV, dicteert dat iedere barendende vrouw op haar verzoek een adequate vorm van pijnbehandeling moet krijgen, maar is zeker niet de enige verklaring van de opmars van de ruggenprik. Snelle 24/7 beschikbaarheid van epiduraal analgesie en de percentages vrouwen die daar gebruik van maken worden in de richtlijn, door de NVOG en door de zorgverzekeraars echter wel aanbevolen en

gebruikt als indicatoren voor (goede) verloskundige zorg in het ziekenhuis.

Ook inleiden van de baring wint aan populariteit. Vrouwen met een a terme zwangerschap die voor het begin van de baring al onder zorg van de tweede lijn waren werden in 2010 1,5 keer vaker ingeleid dan in 2007; voor vrouwen met een zwangerschapsduur van 41 weken was dat zelfs 2 keer vaker. 'Dreigende' serotoniteit en a terme zwangerschapshypertensie zijn belangrijke indicaties die deze toename hebben veroorzaakt. Er zijn in de LVR2 geen aanwijzingen te vinden voor een toename van sectio's en inleidingen op niet-medisch indicatie. In deze voordracht exploreert de speaker de rol van mogelijke drivers voor deze trends: nieuwe richtlijnen, resultaten van gerandomiseerde studies, angst en (gebrek aan) vertrouwen van en in barendende vrouwen, 'labor skills' van zorgverleners en coaching tijdens de bevalling.



## Workshop 1 Zaal R111

### Dr. K. Marieke Paarlberg

Gynaecoloog Gelre Apeldoorn, Apeldoorn  
Lid Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en  
Gynaecologie (WPOG), President International  
Society of Psychosomatic Obstetrics and  
Gynaecology (ISPOG)

### Rebecca van Gils

Verloskundige Praktijk Doevendans, Apeldoorn

### Drs. Wietske Tieskens

Eerstelijns psycholoog en EMDR-therapeut te  
Apeldoorn, Psychologenpraktijk Wietske Tieskens

### Gert A. Klabbers

Haptotherapeut, Apeldoorn



Marieke Paarlberg



Rebecca van Gils



Wietske Tieskens



Gert Klabbers



Rudie van den Berg

### Sessieleider

### Drs. Rudie van den Berg

Adviseur eerstelijns Caransscoop

# Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling

Deze workshop gaat in op multidisciplinaire samenwerking in Apeldoorn, waar een project binnen het VSV is opgezet om angst in de zwangerschap te onderkennen en dit door middel van haptotherapie en/of psychotherapie aan te pakken. Meer informatie op [www.geboortezorgapeldoorn.nl](http://www.geboortezorgapeldoorn.nl).

## De zwangere met angst voor de bevalling: casuïstiek

[Marieke Paarlberg](#)

In deze presentatie worden er twee casussen beschreven. De eerste casus gaat over een vrouw met een als traumatisch ervaren partus in de voorgeschiedenis, die alleen zwanger durfde te worden als ze wist dat ze een keizersnede zou krijgen. Er blijkt een vraag achter de vraag te zijn. Met behulp van een psycholoog en goede afspraken bij de gynaecoloog bevalt ze uiteindelijk vaginaal en is ze tevreden met het beloop. De tweede casus betreft een vrouw die nog nooit zwanger was, maar de bevalling als buitengewoon bedreigend ervaarde en om die reden een zwangerschap jarenlang heeft uitgesteld. Via preconceptionele counseling bij haptotherapeut en gynaecoloog, komt ze in de zwangerschap bij de verloskundige terecht. Dankzij goede begeleiding en afspraken bevalt ze probleemloos thuis van haar kind. Deze casussen illustreren hoe intensieve samenwerking in de verloskundige keten werkt en wat het zwangeren in positieve zin kan opleveren.

## Aanpak en leidraad voor 'Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling'

[Rebecca van Gils](#)

Dat een zwangere met vol vertrouwen de bevalling tegemoet gaat willen we allemaal. Toch gaat dat niet altijd lukken met alleen maar goede begeleiding en aandacht van de verloskundige. Een zwangere met angst voor de bevalling verdient de therapeutische interventie die ze nodig heeft om meer vertrouwen in haar eigen draagkracht te krijgen. Dankzij de leidraad die we hebben ontwikkeld met de werkgroep 'Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling', kunnen we in een vroeger stadium de angst signaleren, meten en de juiste therapie adviseren. Meerdere zorgverleners zijn hierbij

betrokken en er wordt meer doorverwezen en teruggekoppeld naar elkaar, zodat de zwangere zich veilig en vertrouwd voelt dankzij dit vangnet. De goede samenwerking wordt hierbij erg gewaardeerd door de zwangere en haar partner. De leidraad zoals we die gebruiken in Apeldoorn zal ik toelichten in deze workshop.

## EMDR: een mogelijke behandeling voor angst voor de bevalling

[Wietske Tieskens](#)

EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing en is een effectieve behandelingsmethode om nare ervaringen en herinneringen te verwerken. In eerste instantie werd het door psychologen voornamelijk gebruikt om grote, eenmalige traumatische gebeurtenissen te verwerken. Tegenwoordig is er steeds meer bewijs dat het ook bij andere klachten effectief kan zijn, zoals bijvoorbeeld bij angstklachten.

EMDR kan worden ingezet bij angst voor de bevalling na traumatische ervaringen, maar ook als de zwangere een duidelijke angst-aanjagende disfunctionele voorstelling heeft gemaakt van de komende bevalling. Tijdens de presentatie zal worden ingegaan op wat EMDR inhoudt, wat het werkingsmechanisme is en vooral welke indicatiegebieden er zijn in verband met de angst voor de bevalling, geïllustreerd met voorbeelden uit de praktijk. Tot slot wordt gekeken naar wat er verwacht mag worden van een dergelijke behandeling, maar ook wanneer EMDR niet geïndiceerd is.

## Haptotherapie tijdens de zwangerschap

[Gert A. Klabbers](#)

Bij de zwangere met bevallingsangst blijkt in de praktijk dat er veelal sprake is van een geobjectiveerde beleving van haar (onder-

lichaam. Dit kan het aangrijpingspunt zijn bij de behandeling. De kern hiervan is het bewustmaken bij de zwangere van haar vermogen om zich te openen (= toelaten en gewaarworden) en te sluiten voor gevoelsindrukken. Als zij zichzelf voelend kan waarnemen en daarin tot zichzelf kan komen, werkt de daarbij behorende gemoedsrust sterk angstverminderend. De optredende veranderingen in aandacht en spanning geven ook een andere perceptie van het kind en van de beleving van de zwangerschap. Het wekken van de capaciteit voor affectief contact van beide ouders en hun kind is bevestigend voor iedereen en vooral voor de moeder. Zij zal zich ontspannen, zich meer op haar gemak voelen en zij zal meer onbevangen actief kunnen zijn tijdens de bevalling.

## Vormgeving van regionale ketenzorg

Rudie van den Berg

'Ketenzorg is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat'. Dit is een definitie die de werkgroep 'Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling' op het lijf geschreven zou kunnen zijn. De multidisciplinaire én transmurale werkgroep heeft met begeleiding van Caransscoop een eigen leidraad ontwikkeld voor de zorg rond de zwangere met angst voor de bevalling. Caransscoop is een regionale ondersteuningsorganisatie die advies en ondersteu-

ning biedt aan de eerste lijn. Stimulering van integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg staat daarbij centraal. Van daaruit wordt verbinding gelegd met andere partners in de zorgketen. Het ging en gaat bij bovengenoemde werkgroep niet alleen om 'angstige zwangeren' maar het gaat juist over 'samenwerking' en de wil om gezamenlijk, door alle lijnen en beroepsgroepen heen, goede zorg neer te zetten.

## Workshop 2 Zaal R114

### Dr. Hennie Wijnen

Verloskundige-onderzoeker, Academie  
Verloskunde Maastricht

### Drs. Gerdy Snijders

Gezondheidspsycholoog, Cheiron Medisch  
Centrum, Waalre



Hennie Wijnen



Gerdy Snijders

## Signaleren van kwetsbare zwangeren

We weten dat psychische problemen van de vrouw in zwangerschap en kraambed een negatieve invloed kunnen hebben op haar functioneren en op de ontwikkeling van het kind. Toch is screening op psychische klachten tijdens de zwangerschap nog geen gemeengoed in de geboortezorg

in Nederland. Welke mogelijkheden voor opsporing van psychische klachten heeft een verloskundige in de eerste lijn? Zijn er mogelijkheden voor screenen in samenwerking met andere partners in de geboortezorg?

## Workshop 3 Zaal R134

### Drs. Linda Martin

Psycholoog, docent en onderzoeker,  
Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

### Marijke Hoiting

Verloskundige, docent en trainer,  
Academie Verloskunde Amsterdam Groningen



Linda Martin



Marijke Hoiting

## Communicatie van risico's

"Op dit moment wordt de stem van vertrouwen overstemd door die van angst" (TVV juni 2011, p 18)

Deze uitspraak van hoogleraar Midwifery Science Raymond de Vries kan leidend zijn voor de wijze waarop binnen de verloskunde in de toekomst wordt omgegaan met risicocommunicatie, het beïnvloeden van risicoperceptie en de keuze voor communicatiemodellen die daarbij gebruikt worden.

Ook de wijze waarin een cliënte betrokken wordt bij het maken van keuzes binnen

haar zorgtraject is van invloed op risicoperceptie en de uitkomsten van zorg. Voorlichting is anders dan counselen en de uitgangspunten bij counselen verschillen weer net iets van die van het Shared Decision Making Model. In alle gevallen speelt informed consent een rol. Tot slot is het van belang dat de cliënten in een regio kwalitatief goede en eenduidige voorlichting krijgen. Daarover is overeenstemming in het VSV over de wijze waarop risico's gecommuniceerd worden noodzakelijk.

## Parallelsessie 1 Zaal R042

**Diana Koster**

*VrouwenCoach & verloskundige, Den Haag*

**Drs. Anne-Marie Sluijs**

*Klinisch verloskundige LUMC, Leiden*

**Drs. Claire A.I. Stramrood**

*Arts-onderzoeker Universitair Medisch Centrum Groningen*

**Drs. Veerle Bergink**

*Psychiater, Erasmus MC, Rotterdam*

**Drs. Tom Schneider**

*Gynaecoloog/Perinatoloog, Erasmus MC Sophia*

**Dr. Karin van Doesum**

*Preventie functionaris, Dimence, Deventer*



Diana Koster



Anne-Marie Sluijs



Claire Stramrood



Veerle Bergink



Tom Schneider



Karin van Doesum



Jeroen Dijkstra

**Sessieleider**

**Drs. Jeroen Dijkstra**

*Gynaecoloog, Isala Klinieken*

# Psychiatrie, zwangerschap en baring: bijspijkersessie van de WPOG

## Herkennen van en omgaan met angst- en depressieve klachten

*Diana Koster*

Vrouwen die door zwangerschap, bevalling of moederschap uit balans zijn geraakt, help ik als VrouwenCoach om hun evenwicht te (her)vinden door middel van een kortdurend en praktisch coachingstraject.

Tijdens mijn werk als verloskundige werd ik regelmatig geconfronteerd met cliënten die meer begeleiding nodig hadden, dan ik ze als verloskundige kon bieden. Bijvoorbeeld cliënten met een miskraam, een traumatische bevalling of kraamtijd in de anamnese of cliënten die uit balans waren geraakt door te veel (leuke) life-events in korte tijd. Om deze cliënten beter te kunnen begeleiden op psycho-sociaal gebied heb ik een algemene opleiding gevolgd tot coach-counselor en me daarna gespecialiseerd tot VrouwenCoach. Inmiddels verzorg ik diverse praktische trainingen en workshops op dit gebied. Tijdens deze workshop besteed ik in vogelvlucht aandacht aan relevant wetenschappelijk onderzoek, casuïstiek en bied ik handreikingen voor de begeleiding van zwangeren met depressieve klachten.

Uit (Generation-R)onderzoek is namelijk gebleken dat 10% van de zwangeren last heeft van acute depressieve klachten. Interventie door middel van inzichtgevende gesprekken en cognitieve gedragstherapie hebben een positief effect op het psychosociaal welbevinden van de zwangere en de 'jonge' moeder en kunnen hierdoor bijdragen aan de preventie van (ernstigere) psychopathologie. Dit blijkt bij milde depressie en angststoornissen zelfs even effectief als het gebruik van SSRI's, maar zonder de bijwerkingen (proefschrift T. Ververs ziekenhuisapotheeker UMCU).

Wanneer inzicht gevende gesprekken worden afgestemd op de individuele behoefte van de zwangere nemen de intensiteit én duur van depressieve gevoelens af, zowel pré- als post partum. (KNOV standaard Prenatale verloskundige begeleiding 2009)

## Angst voor de bevalling in een eerstelijns onderzoeksgroep in Nederland en de relatie met de keuze voor de plaats van bevallen

*Anne-Marie Sluijs*

Uit internationaal onderzoek is gebleken dat angst voor de bevalling een hoger risico geeft op een secundaire sectio, een lan-

gere ontsluitingsfase en op psychische problemen postpartum. Op wat voor manier speelt angst voor de bevalling in de Nederlandse eerstelijns populatie een rol? Heeft angst voor de bevalling een relatie met de keuze voor de plaats van bevallen? In dit onderzoek in een Nederlandse laag risico groep hebben we gevonden dat er geen relatie is met de keuze voor een bevalling thuis of in het ziekenhuis, maar wel met onzekerheid over de plaats van bevallen. Tevens wordt inzicht gegeven over het verloop van angst voor de bevalling in deze eerstelijns onderzoeksgroep, van de zwangerschap tot zes weken postpartum en de relatie met de bevalling zelf.

## Posttraumatische stress na de bevalling: risicofactoren, diagnostiek en behandeling

*Claire Stramrood*

Wat te doen met vrouwen die de bevalling als zo traumatisch hebben ervaren dat ze nachtmerries, flashbacks en concentratieproblemen hebben, niet nogmaals zwanger willen worden of bij een volgende bevalling een sectio caesarea eisen?

Er kan dan sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS), een aandoening die voorkomt bij 1 op de 100 vrouwen na de bevalling. Op deze vrouwen heeft de periode rondom de partus zo'n grote indruk gemaakt dat het grote stress en beperkingen oplevert in het dagelijks functioneren. PTSS na de bevalling gaat vaak niet spontaan over, en kan negatieve effecten hebben op de moeder-kind binding, de partnerrelatie en in volgende zwangerschappen.

Achtereenvolgens komen in deze voordracht aan bod:

- Herkenning en diagnostiek van PTSS na de bevalling
- Obstetrische, psychische en situationele risicofactoren die een rol spelen in het ontwikkelen van posttraumatische stressklachten
- Behandeling en preventie

## Bipolaire stoornis en kraambed psychose

*Veerle Bergink*

Bipolaire stoornis (manische depressiviteit) komt bij 1-2/100 vrouwen voor. Vrouwen met een bipolaire stoornis zijn kwets-

baar tijdens de zwangerschap, zij gebruiken vaak medicatie om depressieve of manische perioden te voorkomen. Meteen na de bevalling hebben zij een sterk verhoogd risico op terugval. In deze periode is het zeer belangrijk dat een bipolaire vrouw haar medicatie neemt, goed slaapt en dat de omgeving alert is op manische, psychotische en depressieve verschijnselen. In deze sessie wordt besproken hoe bipolaire vrouwen het beste begeleid kunnen worden, tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum. Een kraambedpsychose is een levensbedreigende psychiatrische ziekte. Zoals hierboven beschreven hebben vrouwen met een bipolaire stoornis een sterk verhoogd risico op deze aandoening. Een kraambedpsychose komt echter ook bij 1 op de 1000 vrouwen zonder psychiatrische voorgeschiedenis voor. In deze sessie zal aandacht zijn voor preventie, herkenning en behandeling van kraambedpsychose.

## SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie

Tom Schneider

Tijdens de afgelopen jaren is het gebruik van serotine heropname remmers (SSRI's)

ter behandeling van met name depressieve klachten fors toegenomen. Omdat deze middelen ook vaak worden voorgeschreven aan vrouwen in de fertile levensfase is er soms ook sprake van toenemend gebruik van deze medicatie tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. Aangezien in Nederland het beleid rondom het gebruik van SSRI's tijdens zwangerschap en lactatie nogal verschilt, werd in 2010 een werkgroep geformeerd, bestaande uit gynaecologen, kinderartsen en psychiaters om een multidisciplinaire richtlijn over dit onderwerp op te stellen. De eerste adviezen en aanbevelingen opgesteld door deze werkgroep, die haar werkzaamheden nu aan het afronden is, zullen worden gepresenteerd op dit congres.

## Ouder-baby interventie

Een preventieve begeleiding voor moeders (ouders) met psychische problemen en hun baby's.

Karin van Doesum

Meerdere studies hebben negatieve gevolgen aangetoond van psychische problemen bij de moeder op de ontwikkeling van baby's. De moeder-kind interactie lijkt een

goede verklaring te bieden voor de effecten bij deze kinderen, ook op lange termijn. De moeder-kind interactie verschilt in meerdere opzichten van die van gezonde moeders. De interactie wordt b.v. bij depressieve moeders gekenmerkt minder emotionele betrokkenheid, niet responsief en minder gevoelig voor de signalen van het kind. Speciaal voor deze moeders en hun baby's is door Dimence een preventieve interventie ontwikkeld. Deze is gericht op de verbetering van de ouder-kind interactie en het stimuleren van een veilige hechting.

In presentatie wordt de ouder-baby interventie geïllustreerd met videobeelden. Ook worden de resultaten van het effectonderzoek naar deze interventie bij depressieve moeders en baby's gepresenteerd.

## Parallelsessie 2 Zaal R040

### Walter Stuifzand

Organisatiedeskundige, Dockwerk

### Carola Groenen, MSc

Verloskundig adviseur en projectleider,  
Carola Groenen Advies & Projectmanagement

### Juliet Droog, MBA

Verloskundige en manager,  
LUMC

### Esther Feijen-de Jong, MSc

Verloskundige, promovenda en docent,  
Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

### Oda Kerkvliet

Verloskundige en docent,  
Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

### Marleen Bosch

Verloskundige en projectmanager,  
STBN - Stichting Thuisbevalling Nederland

## Psychologische kant van samenwerking

Walter Stuifzand

Verloskundigen voeren hun activiteiten uit op vier niveaus:

- als individuele verloskundige;
- in een verloskundige praktijk;
- met een aantal praktijken in de regio;
- landelijk via de KNOV.

Het is raadzaam om activiteiten op een zo laag mogelijk niveau uit te voeren. Waar dat niet mogelijk of niet handig is, werk je samen op een hoger niveau. Bij deze samenwerking ontstaan communicatieproblemen door angst voor het onbekende, oud zeer en verlies van autonomie.

Ook in de samenwerking met alle disciplines in de geboortezorg, zoals verloskundige, gynaecoloog, kinderarts, ziekenhuis, kraamzorg, ambulancedienst en zorgverzekeraar, steken deze communicatieproblemen de kop op.

In de praktijk zijn er gelukkig voorbeelden

van multidisciplinaire samenwerking die goed lopen en waar je van kunt leren in je eigen situatie.

Samenwerking in de geboortezorg vraagt veranderingen:

- elkaars specialisatie waarderen;
- elkaar vertrouwen;
- afspraken nakomen;
- denken in kansen en uitdagingen;
- initiatief nemen.

## Regionale consortium- vorming in Nijmegen en Noord-Limburg

Carola Groenen

De verloskundigen in de regio's Nijmegen en Noord-Limburg zijn niet bang voor samenwerken. In tegendeel, zij ervaren juist de meerwaarde. Jaren ervaring laten zien dat door samenwerken in een coöperatie de eerstelijns verloskunde een duidelijkere ketenpartner is, het meer mogelijkheden geeft om te ondernemen en dat er binnen een coöperatie veel inzetbare expertise



Walter Stuifzand



Carola Groenen



Juliet Droog



Esther Feijen-de Jong



Oda Kerkvliet



Marleen Bosch



Rafael van Crimpen

Sessieleider

**Rafael van Crimpen MMO**

Faculteitsdirecteur Academie Verloskunde  
Maastricht, Voorzitter Samenwerkende  
Opleidingen Verloskunde

aanwezig is. Dit is een goede basis om alle nieuwe ontwikkelingen in te gaan en om als één eerstelijns partij de samenwerking multidisciplinair aan te gaan. In de regio Nijmegen inmiddels realiteit in het multidisciplinaire Consortium 'Nijmegen bevallt goed', waar naast inhoud ook organisatorisch, stapsgewijs, aan nog betere ketenzorg wordt gewerkt tussen twee ziekenhuizen, kraamzorg, GGD en verloskundigen. Samenwerken in een coöperatie kost tijd en mankracht. Succesfactoren zijn een voorzitter/directeur; communicatie; betrokkenheid; als lid invloed hebben en succes ervaren o.a. door positieve feedback in de regio.

### Nieuwe scenario's voor samenwerking in perinatale zorg

[Juliet Droog](#)

Vernieuwen in de zorg is hip en leuk; iedereen doet het. Vernieuwen van de hele zorgorganisatie is voor de meesten echter teveel van het goede. Toch is dé vraag die voor ons ligt: hoe krijgen we elkaar zover om het hele systeem onder de loep te nemen en waar nodig samen aan te passen? De zwangere centraal zetten in de zorg is daarvoor niet concreet genoeg. Zorgverleners moeten hiervoor zélf hun inzichten delen en oplossingen samen overwegen. In de regio Leiden heb ik met de Delphi-methode onderzocht wat verloskundige zorgverleners de belangrijkste problemen vonden in de huidige zorg. Waar zitten de aangrijpingspunten voor verbetering? Daarna heb ik hen gevraagd naar ieders prioritering van oplossingen voor deze problemen. Deze benadering resulteert in werkbaar scenario's waarin de regionale professionals zichzelf herkennen.

### 1 + 1 wordt 3

[Oda Kerkvliet & Esther Feijen-de Jong](#)

Weet u dat 50% van de huisartsen niet op de hoogte is als er sprake is van een zwangerschap? Hoe doet u dat? Vindt u het nodig dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld? Zo ja, wie is daar dan verantwoordelijk voor?

En heeft u enig idee hoe vaak een zwangere vrouw gemiddeld bij haar huisarts komt tijdens haar zwangerschap en binnen de eerste zes weken postpartum? Brengt de huisarts u altijd op de hoogte van deze consulten?

Zou het voor de cliënt niet beter zijn wanneer beide hulpverleners op de hoogte zijn van haar zwangerschap en voorkomende klachten. En zou dat voor de hulpverleners ook niet beter zijn?

In onze presentatie zullen we de top-tien van klachten en diagnoses bekend maken waarmee de zwangere naar de huisarts gaat. En we zullen u uitdagen praktisch na te denken over een verbetering in de samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen.

### Effectieve samenwerking in het 1<sup>e</sup>-2<sup>e</sup> lijns geboortecentrum

[Marleen Bosch](#)

STBN is afgelopen jaren betrokken geweest bij de oprichting van eerstelijns geboortecentra in ziekenhuizen. Verloskundigen hebben hierin de regie genomen, mede ingegeven door de angst dat zij – als zij niet zelf de verantwoordelijkheid nemen voor dit deel van hun werk – over een paar jaar hun bevallingen die niet thuis plaatsvinden, moeten begeleiden in een setting die door een ander bedacht, georganiseerd, gefaciliteerd en ingericht is. Deze centra zijn een succes, onder andere omdat ze een vruchtbare bodem voor samenwerking met de tweede lijn zijn. Protocollen worden ontwikkeld om invulling te geven aan de wens geïntegreerde zorg te kunnen leveren. De vraag rijst, waarom niet alle barenden starten bij de verloskundige en de kraamverzorgster? Welke bedreigingen en onzekerheden brengt dit met zich mee en welke kansen biedt het? Maar vooral: waar te beginnen?

## Parallelsessie 3 Theatron

### Irena Veringa-Skiba, MSc

Verloskundige SIFRA verloskundige praktijk en pre-PhD-kandidaat, Universiteit Leiden

### Trudy Klomp, MSc

Verloskundige en promovenda, Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

### Isabel van Helmond, MSc

Medisch antropoloog en socioloog

### Ruth Evers

Verloskundige, coach en trainer, Talmor



Irena Veringa



Trudy Klomp



Isabel van Helmond



Ruth Evers



Jannet Bakker

### Sessieleider

### Jannet J.H. Bakker, MSc

Verloskundige onderzoeker en klinisch verloskundig, Academisch Medisch Centrum

# Angst en pijn

In het eerste uur worden drie presentaties gegeven, gevolgd door een workshop van 45 minuten van Ruth Evers.

## Catastroferen en baringspijn

Irena Veringa

Pijn, chronisch of acuut, heeft een sensorische, emotionele en cognitieve dimensie. De cognitieve dimensie van pijn bepaalt de pijnperceptie en het pijngedrag van een individu. Studies hebben laten zien dat vrouwen, met negatieve baringspijn cognities, zoals catastroferen (doemdenken) over gevolgen van pijn, de pijn niet tegemoet traden en al aan het begin van baring verzochten om epidurale anesthesie. Dit soort gedrag kan verklaard worden door het fear-avoidance model of pain. Volgens dit model spelen negatieve cognities over pijn een cruciale rol in het vermijdingsgedrag van de bedreigende pijnlijke stimuli. Uit onderzoek blijkt dat catastroferen angst, depressie en slecht zelfbeeld omvat. Vaststellen van het catastroferen over baringspijn, vroeg in de zwangerschap, schept een mogelijkheid om deze cognitie te veranderen en het vermoedelijke vermijdingsgedrag te voorkomen o.a. door middel van baringspijneducatie. Deze sessie licht de invloed van pijn cognities op pijngedrag toe en stelt vragen over de rol van de verloskundige.

## Pijnmanagement tijdens de baring

Trudy Klomp

Er is een stijgende trend te zien in het aantal pijnstillingsverzoeken van barende vrouwen in de eerste lijn. In de gegevens van LVR1 (Landelijke Verloskundige Registratie) tussen 2001-2009 is een stijging zichtbaar van het aantal verwijzingen met als voornaamste reden 'noodzaak tot sedatie' van 7% in 2001 tot 12% in 2009 [LVR 2009]. In Nederland gebruikt 12% van de vrouwen die vaginaal bevallen epidurale of spinale anesthesie tijdens de baring. De verwachting is dat dit percentage jaarlijks met enige procenten blijft stijgen [PRN 2008/2009]. In de DELIVER-studie (DataE-erstellijns VERloskunde) zijn o.a. gegevens verzameld over de voorkeuren van vrouwen voor (medicinale) pijnbestrijding; welke vormen van pijnbestrijding vrouwen gebruiken hebben tijdens de baring en welke verwachtingen en ervaringen vrouwen hebben over de intensiteit van pijn tijdens de baring. Verder wil ik resultaten met u delen over onze interviewstudie met zwangere en recent bevallen vrouwen over hun verwachtingen en ervaringen van pijn tijdens de

baring, en de visie van verloskundigen over pijnmanagement tijdens de baring.

## De culturele betekenis van pijn bij de bevalling

Isabel van Helmond

Iedereen heeft wel eens pijn, maar niet iedere pijn is hetzelfde. Hoe pijn wordt ervaren hangt samen met de context en cultuur waarin deze ervaren wordt. Waarom is een verdoving voor een tandprobleem in Nederland bijvoorbeeld gebruikelijk, maar ongebruikelijk bij het zetten van een tatoeage? Waarom worden sporters voor hun lijden en afzien vaak geprezen omdat ze voorbij bepaalde lichamelijke grenzen gaan? Waarom spreken we soms van "Wie mooi wil zijn moet pijn lijden" of "Pijn hoort erbij", terwijl we pijn op andere momenten juist proberen te vermijden. Pijn is meer dan alleen een lichamelijke beleving, pijn kan vervuld zijn van allerlei betekenissen. Zeker baringspijn, omdat deze samen gaat met een heel bijzondere gebeurtenis: de geboorte. Maar welke betekenissen zijn dat in de Nederlandse context? Deze sessie belicht de betekenissen van pijn bij bevallingen in Nederland en wat voor invloed deze kunnen hebben op de (aanstaande) moeder.

## Omggaan met angst

Ruth Evers

Als zorgverlener worden we bijna dagelijks geconfronteerd met angst en onzekerheid tijdens de zwangerschap. Veel zorgverleners lopen rond met de vraag hoe hier het beste mee om te gaan. Wat kunnen we ermee en hoe krijgen we de kern op tafel? De workshop start met een korte inleiding over de verschillende soorten angst die we kunnen onderscheiden en hoe die angst zich bij de zwangere manifesteert. Daarna zullen de deelnemers zelf actief worden en aan de slag gaan met de praktijk. Welke mogelijkheden zijn er om een onderwerp als angst of onzekerheid bespreekbaar te maken met een cliënte die tegenover je zit? Wat is nieuw en kunnen we gaan toepassen en wat werkt vooral niet? Hierbij zal Ruth Evers aansluiten op de sprekers die aangaande dit onderwerp een lezing hebben gegeven waar de deelnemers naar hebben geluisterd alvorens deze workshop te gaan doen.

## Marianne Nieuwenhuijze MPH

Voorzitter Vakgroep Midwifery Science,  
verloskundige-onderzoeker,  
Academie Verloskunde Maastricht

## Hanneke Torij, MSc

Associate lector & programmaleider  
Academische Praktijk, Verloskunde Academie  
Rotterdam

## Dr. Adja Waelput

Projectmanager, Healthy Pregnancy 4All,  
Erasmus MC

## Dr. Evelien Spelten MSc

Psycholoog, programmaleider Deliver-studie,  
Academie Verloskunde Amsterdam Groningen



Marianne  
Nieuwenhuijze



Hanneke Torij



Adja Waelput



Evelien Spelten



Gea Vermeulen

### Sessieleider

## Drs. Gea Vermeulen

Directeur Academie Verloskunde  
Amsterdam Groningen

# 3 grote studies van de Verloskunde Academies

## Gewoon Gezond Zwanger

Marianne Nieuwenhuijze

Het doel van het 'Gewoon Gezond Zwanger' onderzoeksprogramma is om verloskundigen toe te rusten met gezondheidsbevorderende competenties en interventies rondom gezonde gewichtstoename en maternale distress. Onderliggende onderzoeksvragen zijn geformuleerd naar aanleiding van signalen uit het werkveld, gesprekken met verloskundigen die deelnemen in het consortium van Gewoon Gezond Zwanger.

Gewoon Gezond Zwanger biedt twee verloskundig onderzoekers van de AVM de mogelijkheid een promotietraject te volgen. Het vier jaar durend programma bestaat uit zes deelstudies en richt zich wat betreft gezonde gewichtstoename en maternale distress tijdens de zwangerschap op:

- De ontwikkeling van gezondheidsbevorderende competenties;
- De beschikbaarheid en kwaliteit van voorlichtingsprogramma's;
- Samenwerkingsverbanden tussen verloskundigen en overige zorgverleners;
- De integratie van gezondheidsbevorderende competenties en voorlichtingsprogramma's in het verloskundig onderwijs.

De uitvoering van beide trajecten gebeurt aan de hand van het Intervention Mapping protocol, waarmee een planmatige en op evidence gebaseerde aanpak wordt gewaarborgd.

## Academische Werkplaats in Rotterdam

Hanneke Torij en Adja Waelput

De Verloskunde Academie Rotterdam (VAR) heeft onderzoek ingebed in een Academische Werkplaats: een gestructureerde regionale samenwerking tussen praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs.

Het verbeteren van ketenzorg, het verhogen van evidence based werken en het verbeteren van de samenwerking tussen de beroepsgroepen die zich bewegen op het terrein van de verloskunde zijn belangrijke speerpunten. De VAR initieert zelf onderzoek en werkt samen met partners aan onderzoek. Dit doet zij zowel lokaal, regionaal, nationaal als internationaal.

Tijdens de workshop gaan Hanneke Torij

(VAR) en Adja Waelput (Erasmus MC) in op de werkwijze en de lopende onderzoeken van de Academische Werkplaats: de VAR is projectleider van de zwangerschapsfase van het Rotterdamse programma Klaar voor een Kind, is mede-initiatiefnemer van het inrichten van de academische werkplaats als regionaal consortium Zuidwest Nederland conform de eisen van ZonMw en is nauw betrokken bij het onlangs – door het Erasmus MC – gestarte programma 'Healthy Pregnancy 4All'.

## Datadiseminatie van Deliver-studie begonnen

Evelien Spelten

De allereerste globale resultaten van de Deliver-studie naar het functioneren van de eerstelijns verloskunde zijn in september 2011 tijdens het AVAG-lustrum gepresenteerd. Er zijn gegevens verzameld van bijna 8.000 zwangeren, in samenwerking met 20 verloskundige praktijken.

De belangrijkste conclusies werden samengevat in de drie C's:

*Cliënt:* elke baby heeft recht op een gezonde moeder.

*Continuïteit:* wie er bij de bevalling is, is belangrijker dan waar de bevalling is.

*Collega's:* samenwerken is ook samen onderzoek doen en samen opleiden.

De eerste presentatie was slechts de start van de rapportage over de resultaten van de studie. Aan de Deliver-studie zijn inmiddels negen promotietrajecten verbonden. De komende jaren volgen er op basis van de Deliver-data nog veel wetenschappelijke publicaties, waarbij de verzamelde gegevens verder uitgediept worden.

Naast meer informatie over de negen promotietrajecten, is er ook een overzicht van alle onderzoekstrajecten van de afdeling Midwifery Science van AVAG en EMGO+/VUmc van de Vrije Universiteit Amsterdam. ([www.deliver-studie.nl](http://www.deliver-studie.nl))

## Parallelsessie 4b Zaal RD

### Kirsten Heetkamp, MSc

Verloskundige, onderzoeker. Verloskundigenpraktijk Kirsten Heetkamp

### Janneke Gitsels, MA

Verloskundige, onderzoeker en docent, Verloskundigenpraktijk Lavita

### Ingrid Peters, MSc

Projectleider, Interculturalisatie, Erasmus MC

### Agatha Boerleider, MSc

Arts en gezondheidswetenschapper, NIVEL. Promovenda Deliver-studie

### Eva Loomans, MSc

Promovenda afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Tilburg. Projectcoördinator van de ABCD-studie, GGD Amsterdam

### Suze Jans, MSc

Verloskundige, onderzoeker, redacteur, KNOV / EMGO Instituut, VUmc

### Dr. Anita Ravelli, MSc

Epidemioloog, AMC



Gea Vermeulen

### Sessieleider

### Drs. Gea Vermeulen

Directeur, Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

## Postertour - 'Aandacht voor etniciteit en achterstand'

### Kirsten Heetkamp

'Vroeg begonnen, veel gewonnen.' Persoonlijke karakteristieken van vrouwen die te laat in zorg komen bij de verloskundige hulpverlener.

### Janneke Gitsels

Midwives' knowledge of Islam within the scope of client decision making on prenatal screening; misconceptions about early termination of pregnancy in Islamic law.

### Ingrid Peters

Werving vrouwen in een achterstandspositie voor Voorlichting Perinatale Gezondheid.

### Agatha Boerleider

Zorgverlening aan niet-westerse allochtone cliënten: de ervaringen van eerstelijnsverloskundigen.

### Eva Loomans

Psychosocial stress and negative emotions during pregnancy are related to perinatal outcomes: Results from a large multi-ethnic community based birth cohort – the ABCD study.

### Suze Jans

Hemoglobinopathie dragerschapscreening op basis van etniciteit: Attitudes en ervaren barrières bij verloskundigen en huisartsen.

### Anita Ravelli

Racial disparities in perinatal mortality at 40, 41 and 42 weeks of gestation.

## Parallelsessie 5 Zaal R040

### Drs. Chantal Quispel

Promovendus 'Klaar voor een Kind', afdeling Verloskunde Erasmus MC

### Astrid Merckx, MSc

Onderzoeker en docent, AV-M

### Hanneke Termeer, MSc

Psycholoog-seksuoloog en verloskundige, AMC en Seksuologiepraktijk

### Anne Annegarn

Senior adviseur 1e Lijn Amsterdam

## Sociale kaart/horizontale ketenzorg voor psychosociale klachten in de 1<sup>e</sup> lijn

### GyPsy screening: detectie van psychopathologie en psychosociale problematiek tijdens de (vroege) zwangerschap

#### Chantal Quispel

Antenatale psychopathologie is vooral in grote steden prevalent met percentages variërend van 5-25%. Naast psychopathologie spelen ook psychosociale risicofactoren een belangrijke rol bij nadelige zwangerschapsuitkomsten, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht, lage APGAR-scores vlak na de geboorte en congenitale afwij-

kingen. Deze uitkomsten worden samen de Big 4 genoemd en zijn in 85% gerelateerd aan perinatale sterfte.

Ondanks de hoge prevalentie en de nadelige zwangerschapsuitkomsten was er tot nog toe geen systematische aanpak van psychopathologie en psychosociale problematiek tijdens de zwangerschap. Daarom is het initiatief genomen om het GyPsy screen-en-advies instrument te ontwikkelen, waarmee alle zwangeren gescreend kunnen worden op dergelijke problematiek. Na het invullen van GyPsy screeningsvra-





Chantal Quispel



Astrid Merkk



Hanneke Termeer



Anne Annegarn

gen volgt, indien geïndiceerd, direct een behandeladvies. Dit advies bespreekt de zwangere met haar verloskundige, waarna zij verwezen kan worden voor extra psychische begeleiding.

De resultaten van exploratieve studies met het GyPsy instrument worden tijdens het congres besproken.

### Preventie van kindermishandeling

Astrid Merkk

De huidige aandacht voor kindermishandeling door verloskundigen gaat vooral uit naar vroegsignalering; dat wil zeggen dat verloskundigen leren om te selecteren welke zwangeren / kinderen een verhoogd risico hebben en welke niet. Dat is een goede zaak en het geeft aandacht voor de situaties waarin wij ons grote zorgen maken. Vroegsignalering wordt ook wel secundaire preventie genoemd; we willen daarmee de gevolgen van een afwijkende situatie (hier kindermishandeling) voorkomen.

Graag wil ik een lans breken voor primaire preventie; dat wil zeggen voorkómen dat een afwijkende situatie zich voordoet. In de verloskunde is dat een gebruikelijke benadering; we doen er veel voor om de barende zo lang mogelijk en zo goed mogelijk op een fysiologische manier door de zwangerschap, de baring en het kraambed te loodsen. Hoe we het fysiologisch ouderschap kunnen bevorderen is minder bekend. In mijn presentatie wil ik aandacht schenken aan het ouderschapsmodel van Alice van der Pas. Zij heeft met dit model een naar mijn idee zeer waardevol instrument ontwikkeld om handvatten te geven aan de ondersteuning die verloskundigen willen geven aan zwangeren om hen voor te bereiden op het ouderschap. En dat het hantieren van dit model gemakkelijk is en juist leuk is om te doen, zal blijken uit de reactie van de deelnemers.

### Het signaleren en begeleiden van seksuologische klachten

Hanneke Termeer

Een mooie erfenis uit de twintigste eeuw is dat iedere vrouw seksuele en reproductieve rechten heeft. Een groot aantal van de seksueel actieve Nederlandse vrouwen raakt dan ook zwanger in haar leven. Wat voor velen onbelicht blijft is dat van deze seksueel actieve groep vrouwen ongeveer 20% kampt met een seksueel probleem. Onder de groep zwangere vrouwen komt ook seksuele problematiek voor, denk bijvoorbeeld aan een negatieve seksuele er-

varing of een seksuele disfunctie. Angst en stress als gevolg hiervan kunnen zwangerschap en baring negatief beïnvloeden.

Het standaard betrekken van het onderwerp seksualiteit bij een medische anamnese krijgt nog steeds te weinig aandacht. Anno 2012 lijkt praten over seksualiteit zowel voor de patiënt als voor de hulpverlener nog steeds een lastig onderwerp, waardoor seksuele problemen niet boven water komen. Het uitvragen, signaleren en begeleiden van seksuele problemen bij zwangeren en barenden zullen thema's zijn die in de parallelsessie 'seksuologische klachten' aan bod komen.

### Goede samenwerking tussen verloskundigen, Centra Jeugd en Gezin en AMK

Anne Annegarn

In Amsterdam is een stedelijke richtlijn vroegsignalering en overdracht van gegevens van pasgeborenen vastgesteld waarin het volgende staat beschreven: wat, hoe en aan wie gegevens worden overgedragen, en hoe in de keten (VK, Kraam en JGZ) gedaan wordt aan vroegsignalering.

Alle verloskundigen zijn getraind in gebruik van de ALPHA-NL, een door TNO ontwikkeld instrument voor het opsporen van risico's, en gebruiken dit bij alle zwangeren. Indien er zorgen zijn dan brengt de verloskundige het gezin in in het Ouder en Kind Centrum casuistiekoverleg waar samen met JGZ en maatschappelijk werk een plan van aanpak wordt gemaakt. Verder worden alle overdrachten per beveiligde e-mail gedaan en niet meer per post of fax.

Ieder OKC (dat zijn de Amsterdamse CJG's) heeft een 06-nummer dat verloskundigen en kraamzorg altijd direct kunnen bellen voor overleg.

Met de kraamzorg is de afspraak dat als zij een risico signaleren, de verloskundigen altijd samen met hen het gesprek aangaat met de ouders zodat ze dit nooit alleen hoeft te doen.

De JGZ doet ook aan vroegsignalering en gebruikt weer een ander instrument. Om het voor de ouders tot één geheel te maken is JGZ betrokken bij de training van verloskundigen en andersom. Verder organiseren we in ieder stadsdeel een Regiocaroussel voor verloskundigen, kraamzorg, JGZ en huisartsen met alle instanties waarnaar verwezen kan worden bij milde risico's. Zo gaat de sociale kaart leven.



Hanneke Torij

### Sessieleider Hanneke Torij, MSc

Associate lector & programmaleider  
Academische Praktijk,  
Verloskunde Academie Rotterdam

## Parallelsessie 6 Theatron

### Prof. dr. Adriaan Honig

Hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie VUmc en medeoprichter van de POP-poli van het Lucas Andreas

### Drs. Dirk Jan Pot

Kinderarts Gelre Apeldoorn, Apeldoorn

### Drs. Monique M. Frohn

Psychiater Flevoziekenhuis, Almere

### Drs. Dianne Maingay-Visser

Kinderarts-neonatoloog Flevoziekenhuis, Almere



Adriaan Honig



Dirk Jan Pot



Monique Frohn



Dianne Maingay



Evelien Spelten

### Sessieleider

### Dr. Evelien Spelten MSc

Psycholoog, programmaleider Deliver-studie, Academie Verloskunde Amsterdam Groningen

# Angst en depressie: samenwerking in de POP-poli

## Kennismaking met de POP-poli

Adriaan Honig

Tijdens de zwangerschap en bevalling vinden aanzienlijke fysieke, psychologische en sociale veranderingen plaats. Deze veranderingen kunnen gepaard gaan met stress. Ook kunnen zij direct en indirect leiden tot het (opnieuw) ontwikkelen van psychiatrische ziekten. Zwangere vrouwen en kraamvrouwen hebben dan ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis.

Vaak worden psychiatrische ziekten in een zwangerschap en na bevalling niet erkend of gediagnosticeerd. Dit komt omdat veel zwangerschaps en bevallingsgerelateerde klachten overeenkomen met klachten die optreden tijdens psychiatrische ziekten. Denk aan slapeloosheid, verandering van eetlust en/of gewicht, gebrek aan energie, hoofdpijn, hartkloppingen en vermoeidheid. Als dergelijke klachten optreden, wordt de oorzaak vaker gezocht bij de zwangerschap cq bevalling dan bij een psychiatrische ziekte.

Psychiatrische risicofactoren voor zwangerschap en psychiatrie zijn:

- een eerder doorgemaakte psychiatrische ziekteperiode bijvoorbeeld bij een vorige zwangerschap of bevalling
- psychiatrische stoornissen bij bloedverwanten
- het nu hebben van psychische klachten.

Verloskundige risicofactoren voor zwangerschap en psychiatrie zijn:

- een ongeplande of ongewenste zwangerschap
- een moeizaam of gecompliceerd verlopen eerdere zwangerschap of bevalling
- algemene risico's, zoals alleenstaand moederschap en een gebrekkig sociaal netwerk.

In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam is voor deze doelgroep vanuit de vakgroepen Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie daarom sinds 2005 een multidisciplinair expertise- en behandelcentrum opgericht (POP-expertisecentrum of POP-polikliniek). Dit expertisecentrum is bedoeld ter ondersteuning van de eerstelijns en zo nodig tweedelijns gezondheidszorg. Het POP-poli concept heeft in Nederland

inmiddels brede navolging gekregen en is een niet meer weg te denken onderdeel van zorg geworden.

In deze lezing zal worden aangegeven hoe het POP-poli concept in zijn werk gaat, welke patiënten daarvoor in aanmerking komen en wat voor soort adviezen cq behandelingen er worden gegeven.

## Regeren is vooruitzien : de ontwikkeling van een instrument om (pre)natale zorg te stroomlijnen bij vrouwen met sociale en/of psychiatrische problematiek

Dirk Jan Pot

Een goede voorbereiding is van belang in veel situaties. De vraag is in hoeverre je je moet en kunt voorbereiden op een gegeven situatie. Zo is (ook) in de kindergeneeskunde bijvoorbeeld tijd van voorbereiding in voorkomende acute situaties niet goed mogelijk. Dit is onder andere de reden waarom bijvoorbeeld in reanimatiecursussen standaardprocedures zo specifiek worden opgesteld om nadien te worden nageleefd.

Bij zwangerschappen is er wél een tijd van voorbereiding mogelijk. Die tijd kan worden benut om plannen te maken voor de rest van de tijd van zwangerschap, de partus en de postnatale periode voor kind ( en moeder). Dit geldt des te meer voor zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis of zij die in een complexe sociale situatie verkeren.

Wij ontwikkelden een model om risicofactoren in kaart te brengen, met betrekking tot sociale, psychiatrische en overige medische problematiek. Het doel was om een behandelplan te maken, waarbij een verantwoordelijke zorgverlener wordt aangewezen als centrale figuur om deze vrouwen te begeleiden tijdens en na de zwangerschap.

Elke twee weken is er een bespreking waarin de deelnemende partijen (kinderarts, psychiater, gynaecoloog, verloskundige, maatschappelijk werker, psychiatrie verpleegkundige en AMK-medewerker en waar nodig andere betrokkenen) in een multidisciplinaire bespreking patiënten bespreken. Een systeem werd ontwikkeld om de informatie van de diverse hulpverleners te inventariseren, structureren en te categoriseren, om vandaar uit een maatwerkplan te maken voor moeder en kind.

We hopen daarmee de morbiditeit van moeder en kinderen op korte en lange termijn te beperken.

### Samenwerking met de eerste lijn in een goed functionerende POP-poli

Monique Frohn en Dianne Maingay

Sinds oktober 2009 is er ten behoeve van "zorgelijke zwangeren" in Almere een intensieve samenwerking gerealiseerd tussen verloskundigen 1e en 2e lijn, vakgroep gynaecologie, kindergeneeskunde en maatschappelijk werk van het Flevoziekenhuis

en psychiaters en consultatief verpleegkundigen van de GGZ werkzaam in het Flevoziekenhuis. Het betreft hier proactieve en preventieve zorg, met tevens een consultatieve functie ten behoeve van de eerste lijn. Dit behelst onder andere een POP-poli, een extra zorg poli, afspraken rond klinisch kraambed, maandelijks overleg met het BJZ/AMK, en een protocol hoe te handelen bij VOTS van het pasgeboren kind.

In deze presentatie wordt uiteengezet hoe een en ander is ontstaan en wordt een overzicht gegeven van de POP-poli over de periode oktober 2009 - januari 2012.

## Parallelsessie 7a Zaal RA

Tessa Büsscher en  
Yvon Noordermeer

Studenten VAR

Karin van den Brink-Salomons, Meike Bisschops en Renske Kuiper

Studenten AVAG, locatie Amsterdam

Lisa Berghuis,  
Inge Brunenberg,  
Dionne Denessen  
en Lieke Dijkstra

(oud)studenten AV-M



Tessa Büsscher



Yvon Noordermeer



Karin van den Brink-Salomons



Renske Kuiper



Marion van Harn

Sessieleider

Marion van Harn

Onderwijsmanager, Verloskunde Academie Rotterdam

## Midwifery Science - opvallend onderzoek van SOV-onderzoekers

### Een inventarisatie van de waterbevalling in Nederland

Tessa Büsscher en Yvon Noordermeer

Een weergave van de afstudeerscriptie "Een sprong in het diepe" waarin een inventarisatie is gemaakt van de waterbevalling in Nederland. Het doel van dit onderzoek was het aantal en het beleid van eerstelijns verloskundige praktijken te inventariseren. Middels vragen naar de bereidheid en de voornaamste belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de waterbevalling werd de situatie in kaart gebracht.

Er werd kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het kwantitatieve deel bestond uit een telefonische vragenlijst. Na afname werd bij zeven van de verloskundigen uit de responderende praktijken een interview afgenomen waarbij gebruik werd gemaakt van een topic list.

Van de 381 (75%) responderende praktijken zijn er 317 (83%) bereid gevonden een waterbevalling te begeleiden zolang de verloskundige omstandigheden dit toelaten. Gebleken belemmerende factoren die de keuze van verloskundigen beïnvloeden zijn gebrek aan kennis en ervaring met betrekking tot de waterbevalling, fysiek (on)gemak, inschatten van het bloedverlies en overzicht. Als bevorderende factor wordt vooral de (pijnstillende) kracht van water genoemd. De voornaamste conclusie uit dit onderzoek lijkt de noodzaak tot bijscholing te zijn.

### De Nederlandse foetale sterfte naar geboortegewicht in Europees perspectief: resultaten van het Euro-Peristat project

Karin van den Brink-Salomons en Renske Kuiper

Het doel van het onderzoek is om aan de hand van de distributie van het geboortegewicht de Nederlandse foetale sterfte in de Europese rangorde nader te analyseren, om mogelijke verklaringen te kunnen vinden voor de relatief ongunstige positie van Nederland in de Europese rangorde. Na exclusie van de sterfte bij een gewicht van minder dan 1.000 gram, rekening houdend met registratieverschillen, behoort Nederland niet tot de landen met een hoog foetaal sterftcijfer. Tijdens de presentatie zal ingegaan worden op de methode en de resultaten van het onderzoek en zullen deze nader worden toegelicht.

### Inleiden bij 41 of 42 weken: cliëntgerichte benadering?

Lisa Berghuis, Inge Brunenberg, Dionne Denessen en Lieke Dijkstra

Onder voorbehoud

## Parallelsessie 7b Zaal RD

### Marta Jozwiak, MD

Onderzoek wordt gepresenteerd door Claartje Huismans: Drs. Arts-onderzoeker PROBAAT-S, LUMC, Leiden. Anios, Bronovo, Den Haag

### Ellen Schoorel

Student MUMC

### Ageeth Rosman

Academisch Medisch Centrum

### Bernice Engeltjes

Klinisch verloskundige en docent  
Masteropleiding Physician assistant klinisch verloskundige Hogeschool Rotterdam

### Corine Verhoeven, MSc

Verloskundige MMC, onderzoeker  
Verloskundig Consortium

### Drs. Joepe Kaandorp

Anios, onderzoeker ALLO-studie



Marion van Harn

### Sessieleider

### Marion van Harn

Onderwijsmanager, Verloskunde Academie  
Rotterdam

# Postertour - 'De techniek van het baren'

### Marta Jozwiak

Prediction of cesarean section in women with an unfavorable cervix at term.

### Ellen Schoorel

Mode of delivery after previous cesarean section in the Netherlands.

### Ageeth Rosman

Patients' and professionals' barriers and facilitators to external cephalic version for breech presentation at term, a qualitative analysis.

### Bernice Engeltjes

Assessment of External Cephalic Version in a Dutch Regional Hospital.

### Corine Verhoeven

Does ultrasonographic fetal head position prior to induction of labour predict the outcome of delivery?

### Joepe Kaandorp

Higher rates of secondary caesarean sections and assisted vaginal deliveries per hospital do not improve perinatal outcome.

# Postersessie

## Overzicht posterdeelnemers

### GEZOND ZWANGER ZIJN: WAT DRAAGT ERAAN BIJ?

- 1 Yolentha Messenmaker-Slootweg**  
Evaluatie invoering tweede screening bij c-negatieve zwangeren: een pilotstudie.
- 2 Emily Kleinrouweler**  
The added value of second trimester uterine artery Doppler in the identification of nulliparous women at increased risk for pre-eclampsia: an individual patient data meta-analysis.
- 3 Drs. Linda Martin**  
Future parents' (fulfillment of) needs regarding counseling by midwives about prenatal tests for congenital abnormalities.
- 4 Sabine Ensing**  
The impact of the introduction of the 20 weeks fetal anomaly scan on prenatal diagnosis of fetal cleft lip with or without cleft palate.
- 5 Janneke Gitsels, MA**  
Midwives' knowledge of Islam within the scope of client decision making on prenatal screening; misconceptions about early termination of pregnancy in Islamic law.
- 6 Dr. Marlein Ausems en Astrid Merckx, MSc**  
Interventions aiming to achieve a healthy gestational weight gain: A systematic review/meta analysis.
- 7 Aya Crébas**  
Welke invloed heeft de prenatale cursus Zwanger, Bevalen, een Kind! op het welbevinden van de deelnemers?
- 8 Kirsten Heetkamp, MSc**  
'Vroeg begonnen, veel gewonnen.' Persoonlijke karakteristieken van vrouwen die te laat in zorg komen bij de verloskundige hulpverlener.
- 9 Monique Pereboom, MSc**  
Knowledge about infectious diseases among primary care midwives.
- 10 Ingrid Peters, MSc**  
Werving vrouwen in een achterstandspositie voor Voorlichting Perinatale Gezondheid.

- 11 Agatha Boerleider, MSc**  
Zorgverlening aan niet-westerse allochtone cliënten: de ervaringen van eerstelijns-verloskundigen.
- 12 Dr. Hennie Wijnen en Irene Korstjens**  
Perspectief van verloskundigen en cliënten op deelname aan verloskundig onderzoek in een nationaal netwerk: een kwalitatief onderzoek.
- 13 Catja Warmelink, MSc**  
Midwifery care in the transition from subfertility to motherhood.
- 14 Dr. Trees Wiegers**  
Werk in eerstelijns verloskundige praktijken.
- 15 Dr. Hennie Wijnen en Ina Bastiaanse**  
Kunnen we vragen uit het verloskundige werkveld beantwoorden met gebruik van VeCaS (Verloskundig Casusregistratie Systeem) van de Academie Verloskunde Maastricht?
- 16 Suze Jans, MSc**  
Hemoglobinopathie dragerscreening op basis van etniciteit: Attitudes en ervaren barrières bij verloskundigen en huisartsen.
- 17 Dr. Trees Wiegers**  
NPZ: Hoe kijken zwangeren en pas bevalen vrouwen aan tegen de zorg die ze (hebben) ontvangen tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambedperiode? Wat zijn hun wensen, verwachtingen en ervaringen en hoe veranderen die in de loop van de tijd?
- 18 Dr. Marlein Ausems**  
Interventies rondom PERINATALE MATERIALE DISTRESS: een review.
- 19 Eva Loomans, MSc**  
Psychosocial stress and negative emotions during pregnancy are related to perinatal outcomes: Results from a large multi-ethnic community based birth cohort – the ABCD study.
- 20 Drs. Geertje Goedhart**  
Depressieve symptomen bij de moeder tijdens de zwangerschap in relatie tot zwangerschapsuitkomsten: resultaten van een grote multi-etnische cohortstudie.

- 21 Drs. Myrte Westerneng**  
Zwangerschapsspecifieke angst onder Nederlandse vrouwen.
- 22 Dr. Ir. Manon van Eijsden**  
Maternal early pregnancy vitamin D status is associated with maternal depressive symptomatology in the Amsterdam Born Children and their Development cohort.
- 23 Brigitte Tebbe, MSc**  
Assessing psychological health in midwifery practice. A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument.

### BETER BEVALLEN: INTERVENTIES NADER BEKEKEN

- 24 Corine Verhoeven, MSc**  
Can failure of induction of labor in multiparous women be predicted? A case-control study.
- 25 Corine Verhoeven, MSc**  
Does ultrasonographic fetal head position prior to induction of labour predict the outcome of delivery?
- 26 Gert Jan van Baaren**  
Cost-effectiveness of induction of labor at term with a Foley catheter compared to prostaglandin E2 gel (based on the PROBAAT trial).
- 27 Corine Verhoeven, MSc**  
Ultrasonographic fetal head position to predict the mode of delivery: a systematic review.
- 28 Marta Jozwiak, MD**  
Prediction of cesarean section in women with an unfavorable cervix at term.
- 29 Ellen Schoorel**  
Mode of delivery after previous cesarean section in the Netherlands.
- 30 Parvin Tajik**  
Should cervical ripeness play a role in the decision for labor induction in women with gestational hypertension or mild pre-eclampsia at term: an exploratory analysis of the HYPITAT trial.

# Postersessie

## Overzicht posterdeelnemers

### 31 Joepe Kaandorp

Higher rates of secondary caesarean sections and assisted vaginal deliveries per hospital do not improve perinatal outcome.

### 32 Ageeth Rosman, MSc

Facilitators and barriers to external cephalic version for breech presentation at term among health care providers in the Netherlands.

### 33 Ageeth Rosman, MSc

Patients' and professionals' barriers and facilitators to external cephalic version for breech presentation at term, a qualitative analysis.

### 34 Bernice Engeltjes, MPA

Assessment of External Cephalic Version in a Dutch Regional Hospital.

### 35 Floor Vlemmix

Breech deliveries in the Netherlands: effect of increased caesarean section rate on perinatal outcome T.

### 36 Stijn van Teeffelen

The relation between duration of ruptured membranes and perinatal outcome in patients with midtrimester preterm prelabor rupture of membranes.

### 37 Jantien vd Heyden

The relation between duration of rupture of membranes and perinatal outcome in patients with preterm delivery.

### 38 Kim Broekhuijsen

Maternal and neonatal outcomes of pregnancy in women with chronic hypertension.

### 39 Melanie M.J. Wiegerinck

Comparing international guidelines on hypertensive disorders in pregnancy.

### 40 Daphne Beemsterboer

Small for gestational age: the value of antenatal diagnosis.

### 41 CHAUHAN, SUNEET B

Differentiating newborns with birth weight < vs > 3 percentiles for gestational age: secondary-analysis of a randomized clinical trial (DIGITAT).

### 42 Parvin Tajik

Evaluation of markers guiding management decision for intrauterine growth restriction: A Sub-Analysis of a Randomized Trial, DIGITAT.

### 43 R. de Roo

Severity of antenatal hydronephrosis as a predictor of urologic anomalies after birth.

### 44 Ewoud Schuit

ST-analysis for intrapartum fetal monitoring in high-risk vertex singleton pregnancies beyond 36 weeks of gestation: an individual participant data meta-analysis of randomized trials.

### 45 Carolien de Roos

The NIFTY study: A Multicentre Randomized Double Blind Placebo Controlled Trial of Nifedipine Maintenance Tocolysis in Fetal Fibronectin Positive Women in Threatened Preterm Labor.

### 46 Mallory Woiski

Poor translation into local protocols of Dutch nationwide post partum hemorrhage guideline and MOET-instructions (Fluxim study).

### 47 Marjo van Melick

Working conditions and preterm birth in multiple pregnancies.

### 48 Sophie Liem

The effect of twin-to-twin interval on neonatal outcome of the second twin.

### 49 Ewoud Schuit

Progestogen in twin pregnancies: an individual participant data meta-analysis of randomized trials.

### 50 Lidewij van de Mheen

Prediction of preterm birth in triplet pregnancy.

### 51 Lidewij van de Mheen

Reductie van Tweelingen.

### 52 Lynsey Hayward (CMDHB)

A Multi-centre Randomised Double Blind Placebo Controlled Trial of Nifedipine Maintenance Tocolysis in Fetal Fibronectin Positive women in threatened preterm labour Tracking.

### 53 Thomas de Lange

Does the outcome of a randomized trial on maintenance nifedipine influence the length of hospital admission of women with threatened preterm labor?

### 54 Marijke Hendrix, MSc

Differences in referral and intervention rates for low-risk nulliparous women in the Netherlands: home versus home-like hospital birth.

### 55 Tamar van Haaren

Characteristics and motives among low-risk nulliparous women in the Netherlands with regard to the preferred place of birth.

### 56 Dr. Caroline Geerts

Geplande plaats van bevalling en gevoel van controle bij laag risico vrouwen die bij aanvang baring eerstelijns verloskundige zorg ontvingen: resultaten van de Deliverstudie.

### 57 Jelle Schaaf

Development of a prognostic model for spontaneous preterm birth.

### 58 Dr. Anita Ravelli

Racial disparities in perinatal mortality at 40, 41 and 42 weeks of gestation.

### 59 Drs. Dineke Korfker

The influence of the compulsory financial contribution on the use of maternity care assistance for migrants and people with low socioeconomic status.

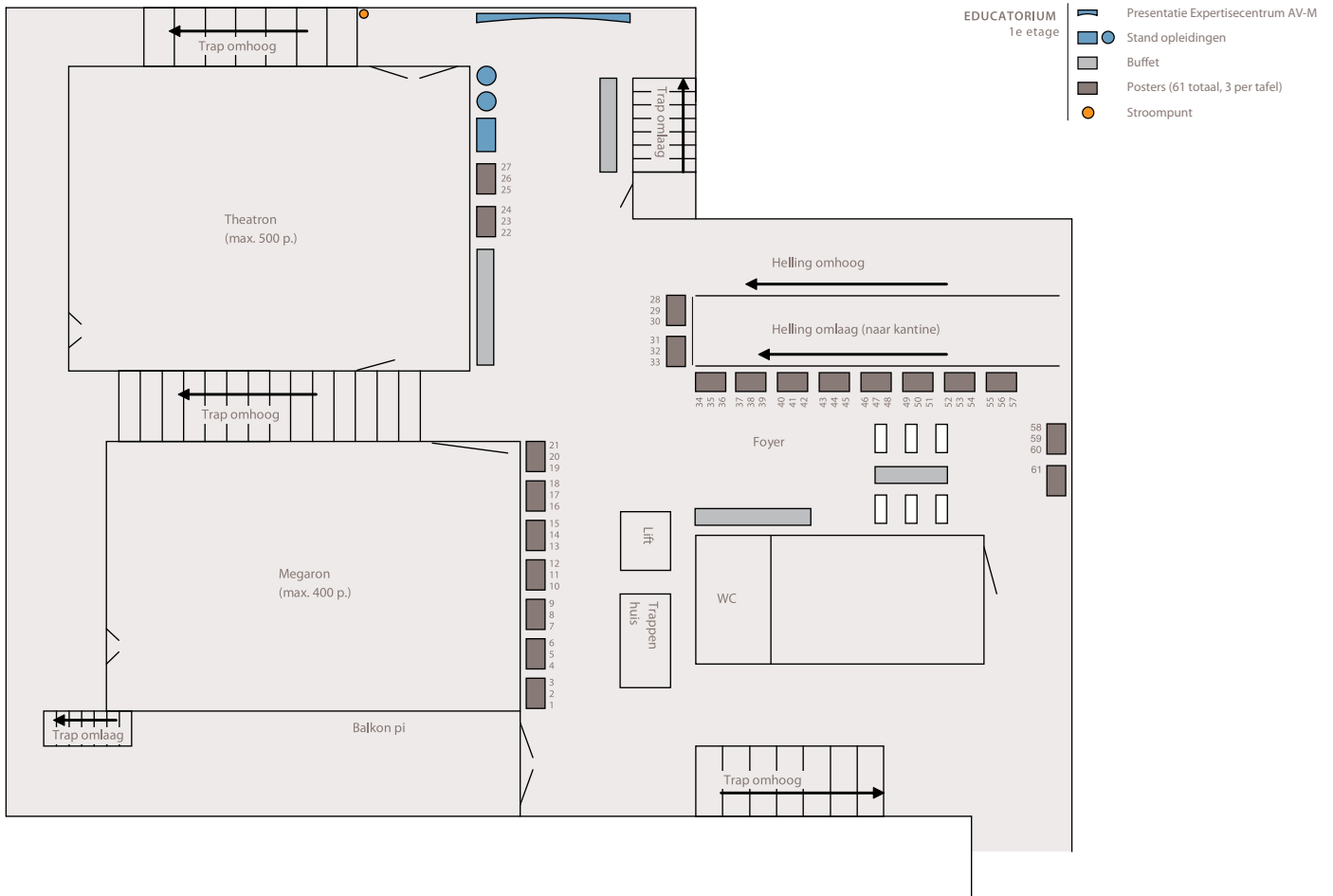
### 60 Jelle Schaaf

Ethnic disparities in the risk of preterm birth and related neonatal mortality.

### 61 Dr. Esteriek de Miranda

INDEX: INDUction versus Expectant management; effecten en kosten van inleiden bij 41 weken versus afwachtend beleid tot 42 weken.

# Plattegrond posterpresentatie



#### Programmacommissie

Jannet Bakker, AMC

Juliet Droog, LUMC

Paul Heere, Limetree/Kennispoort

Anneke Kwee, UMCU

Marianne Nieuwenhuijze, AVM

Pien Offerhaus, KNOV

Liesbeth Scheepers, MUMC

Evelien Spelten, AVAG

Hanneke Torij, VAR

#### Namens de WPOG:

Dr. Mijke Lambregtse-van den Berg,  
Erasmus MC

Dr. K. Marieke Paarlberg,

Gelre Apeldoorn

Drs. Anne-Marie Sluijs, LUMC



**Opdrachtgever** Samenwerkende Opleidingen Verloskunde (SOV)  
**Redactie** Paul Heere, Limetree Business Refreshment  
**Ontwerp & Productie** Sixtyseven Communicatie

Kennispoort 2012 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.