

De Verloskundige Indicatie Lijst: wat is normaal?

De rolverdeling tussen verloskundigen en gynaecologen in het Nederlandse verloskundig systeem

Marianne P. Amelink-Verburg en Simone E. Buitendijk
Vertaling: Kristel Zeeman

Introductie

Het verloskundig systeem in een land bepaalt welke professionals een vrouw tijdens haar zwangerschap en bevalling zullen begeleiden. Daarbij kent ieder land een meer of minder gespecificeerde rolverdeling tussen deze professionals met ieder hun eigen verantwoordelijkheden in de zorgverlening. In dit opzicht bestaan er wereldwijd grote verschillen^[1].

Er blijkt echter een constante factor te zijn in alle verloskundige systemen: de rol van de vroedvrouw of verloskundige bij het begeleiden van de normale zwangerschap en baring. Volgens de 'Definition of the Midwife', geformuleerd door de International Confederation of Midwives (ICM) in 2005, omvat de zorg door verloskundigen 'preventieve maatregelen, het bevorderen van de normale baring en het onderkennen van complicaties'^[2]. De Wereld Gezondheids Organisatie noemt 'de bekwaamheid in het begeleiden van de normale zwangerschap en baring de kerncompetentie van verloskundigen'^[3]. Wereldwijd wordt de verloskundige gezien als 'een zorgverlener die de vrouw centraal stelt'^[4], die het als haar taak ziet om vrouwen 'gezonder de normale stadia van hun reproductieve leven te laten doorlopen'^[5] en die 'een laag-technologisch instrument wil zijn door haar aanwezigheid'^[6].

Ook in Nederland is de zorg voor vrouwen met een

normale zwangerschap en baring de kerntaak van de verloskundige. De *Wet uitoefening geneeskunst* uit 1865 begrenste de bevoegdheid van verloskundigen tot 'het verlenen van verloskundige bijstand of raad alleen bij ongestoord natuurlijk verloop van de baring', waarbij het gebruik van 'verloskundige werktuigen' uitgesloten was^[7]. Latere wetten benadrukken het 'bevorderen en bewaken van het natuurlijk verloop van zwangerschap, baring en postpartumperiode' als de kerntaak van de verloskundige, zonder verdere expliciete restricties te benoemen^[8-10].

Verloskundige zorg in Nederland is gebaseerd op het principe dat zwangerschap, baring en kraamperiode in principe fysiologische gebeurtenissen zijn die in de eerste lijn begeleid kunnen worden^[11]. Zolang zwangerschap, baring en kraamperiode ongecompliceerd verlopen, blijft de vrouw bij de eerstelijns verloskundige in zorg. Als er complicaties optreden of dreigen, verwijst de verloskundige de vrouw naar een gynaecoloog, die de zorg overneemt voor zolang dat nodig is. Vrouwen met een verhoogd risico vanwege een medische of obstetrische voorgeschiedenis, zijn vanaf het begin van de zwangerschap in zorg bij de gynaecoloog. De kraamperiode wordt meestal wel weer thuis begeleid door de verloskundige. In gebieden waar geen verloskundigen zijn gevestigd, wordt de verloskundige zorg verleend door de huisarts.

De rolverdeling tussen deze professionals is vastgelegd in de 'Verloskundige Indicatielijst' (VIL). De VIL wordt gezien als een instrument voor risicoselectie en een richtlijn voor het bepalen van de meest geschikte zorgverlener voor iedere zwangere in haar specifieke individuele situatie^[13]. De VIL vormt de basis voor lokale protocollen binnen verloskundige samenwerkingsverbanden. Hoewel de focus op 'normaal' dus internationaal de gemeenschappelijke factor is van zorg door verloskundigen, is het de vraag wat dan als 'normaal' wordt beschouwd tijdens zwangerschap, baring of kraamperiode. Tevens kan de vraag gesteld worden hoe stabiel

Marianne P. Amelink-Verburg, verloskundige-onderzoeker, Inspecteur Perinatale Zorg, IGZ, Den Haag; Prof. Dr Simone E. Buitendijk, bijzonder hoogleraar eerstelijns verloskunde en ketenzorg, Universiteit van Amsterdam en hoofd jeugdgezondheidszorg TNO, Leiden.

Correspondentieadres: M.P Amelink-Verburg, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Postbus 90700, 2509 LS Den Haag.
mp.amelink@igz.nl

Oorspronkelijk gepubliceerd als: *Pregnancy and Labour in the Dutch Maternity Care System: What is Normal? The Role Division Between Midwives and Obstetricians. J Midwifery Womens Health 2010;55:216-225.*

het concept 'normaal' is en of veranderingen in dit concept consequenties hebben voor de praktijk. Om dit te onderzoeken bestudeerden we de geschiedenis van de opeenvolgende indicatielijsten en maakten we een analyse van de wijzigingen in de verschillende revisies van de VIL. De analyse wordt geïllustreerd met data over de Nederlandse verloskunde.

Methode

De opeenvolgende Verloskundige Indicatielijsten

De eerste officiële VIL werd in 1973 gepubliceerd in het Leerboek voor obstetrie en gynaecologie van Kloosterman^[14]. Sindsdien zijn drie updates verschenen – in 1987, 1999 en 2003^[11,13,15]. Deze vier VIL'en werden geanalyseerd door de ontwikkeling van de lijsten te vergelijken: de betrokkenheid van de verschillende beroepsgroepen, de beschreven indicaties, de definitie van de aandoeningen die tot die indicaties leidden en de toekenning van de indicaties aan de geschikte zorg-

verlener. Ook twee voorlopers van de officiële VIL werden geïncorporeerd in de analyse: een circulaire van de Ziekenfondsraad uit 1958^[16] en een artikel van Kloosterman, in 1966 gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde^[17].

De eerste auteur was lid van de Commissie Verloskunde van de laatste twee VIL'en. Om meer inzicht te krijgen in de geschiedenis van de VIL, werd een aantal professionals, die betrokken waren geweest bij de ontwikkeling van de daaraan voorafgaande VIL'en, geïnterviewd over de processen en discussies van toen. Documentatie over het proces dat voorafging aan de eerste VIL werd gevonden in de archieven van de Ziekenfondsraad.

Databronnen over de professionele rolverdeling in de praktijk

Van 1964 tot 1993 publiceerde het Centraal Bureau voor de Statistiek jaarlijks rapporten, getiteld: 'Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte'^[18].

Tabel 1. Veranderingen in aantal risicoaandoeningen/situaties, vermeld in de opeenvolgende Verloskundige Indicatielijsten (VIL)

		Aantal genoemde aandoeningen	Aantal genoemde aandoeningen (+ = aantal aandoeningen toegevoegd / - = aantal verwijderd ten opzichte van de voorgaande lijst)			
Niveau van zorg	Aandoening	VIL 1958	VIL 1973 ^a	VIL 1987	VIL 1999	VIL 2003
Eerstelijns verloskundige zorg	Medische anamnese	- ^b	-	8 (+ 8/-0)	6 (+4/-6)	9 (+3/-0)
	Obstetrische anamnese	-	-	15 (+15/-0)	11 (+3/-7)	15 (+4/-0)
	Zwangerschap	-	-	10 (+10/-0)	7 (+5/-8)	9 (+3/-1)
	Bevalling	-	-	-	-	--
	<i>Totaal eerstelijnszorg</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>33 (+33/-0)</i>	<i>24 (+12/-21)</i>	<i>33 (+10/-1)</i>
Tweedelijns verloskundige zorg	Medische anamnese	12	21 (+15/-6)	14 (+10/-17)	17 (+8/-5)	16 (+2/-3)
	Obstetrische anamnese	12	17 (+10/-5)	4 (+0/- 13)	5 (+1/-0)	7 (+2/-0)
	Zwangerschap	15	25 (+18/-8)	10 (+6/-21)	28 (+20/-2)	26 (+1/-3)
	Bevalling	-	12 (+12/-0)	13 (+2/-1)	14 (+5/-4)	14 (+0/-0)
	<i>Totaal tweedelijnszorg</i>	<i>39</i>	<i>75 (+55/-19)</i>	<i>41 (+18/-52)</i>	<i>64 (+34/-11)</i>	<i>63 (+5/-6)</i>
Overleg situatie	Medische/obstetrische anamnese	-	6 (+6/-0)	16 (+14/-4)	17 (+8/-7)	17 (+2/-2)
	Obstetrische anamnese	-	-	8 (+8/-0)	10 (+5/-3)	6 (+0/-4)
	Zwangerschap	-	-	21 (+21/-0)	20 (+8/-9)	21 (+2/-1)
	Bevalling	-	-	-	3 (+3/-0)	3 (+0/-0)
	<i>Totaal Overleg</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>45 (+43/-4)</i>	<i>50 (+24/-19)</i>	<i>47 (+4/-7)</i>
Totaal aantal beschreven aandoeningen in de VIL		39	81	119	138	143

a Door de grote overeenkomst met de indicaties uit de VIL van 1973, is de lijst van 1966 weggelaten uit de tabel;

b - = item niet genoemd in de VIL van dat jaar

De cijfers zijn gebaseerd op gegevens van de burgerlijke stand. De database maakt onderscheid tussen verloskundigen en artsen, maar geen onderscheid tussen huisarts en gynaecoloog. We gebruikten deze data voor het doel van dit onderzoek. We zijn ervan uitgegaan dat een arts bij een thuisbevalling een huisarts was en een arts bij een ziekenhuisbevalling een gynaecoloog. Hierbij onderschatten we waarschijnlijk gedeeltelijk de bijdrage van de huisarts en overschatten we de bijdrage van de gynaecoloog.

Voor data na 1993 gebruikten we de Landelijke Verloskunde Registratie. Gynaecologen leggen sinds 1982 gegevens over moeders, pasgeborenen en de zorgverlening vast in de LVR2. Verloskundigen doen dat sinds 1985, in een aparte database (LVR1). De dekking van alle geboorten in de LVR is hoog; 99% van alle ziekenhuizen

en 99% van alle verloskundige praktijken registreren hun gegevens¹²¹. Data van verloskundige zorg door huisartsen zijn nog niet opgenomen in de LVR. Door de afzonderlijke databases is niet gemakkelijk een totaalbeeld van de verloskundige zorgverlening te verkrijgen. In twee projecten werden data van beide registraties gecombineerd om een nationale databank te creëren. Het eerste ging over 'trends in de plaats van de bevalling' en besloeg de jaren 1995-2002. In die studie berekenden de onderzoekers de bijdrage van huisartsen aan de verloskundige zorg middels extrapolatie¹⁹¹. Het tweede project resulteert nog steeds in jaarlijkse rapporten over verloskundige zorg vanaf 2001²⁰. Deze rapporten bevatten echter geen data van de bijdrage van huisartsen aan de verloskundige zorg. Deze data waren daardoor niet bruikbaar voor dit artikel.

Tabel 2. Voorbeelden van aandoeningen uit de categorie 'obstetrische anamnese' in de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) 2003^a

Aandoening	Niveau verloskundige zorgverlening	Commentaar
ABO antagonisme in de anamnese	Eerste lijn	Weliswaar kunnen zwangerschap en baring in de eerste lijn worden begeleid bij ABO-antagonisme, maar men moet alert zijn op neonatale problematiek.
Actief bloedgroepantagonisme in de anamnese (Rhesus, Kell, Duffy, Kidd)	Tweede lijn	(geen commentaar)
Herhaalde miskramen	Eerste lijn	Bij voortgaande zwangerschap vindt begeleiding in de eerste lijn plaats.
Vroeggeboorte (< 33 weken) in de vorige zwangerschap	Tweede lijn	(geen commentaar)
Vroeggeboorte (≥ 33 weken) in de vorige zwangerschap	Eerste lijn	Is er na de vroeggeboorte vervolgens een normaal verlopen zwangerschap geweest, dan kan daarna begeleiding van een volgende zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvinden.
Serotiniteit in de anamnese	Eerste lijn	Serotiniteit in de anamnese heeft geen voorspellende waarde voor het verloop van de huidige zwangerschap en baring.
Forcipale extractie of vacuümextractie in de anamnese	Eerste lijn	Van belang is de beoordeling van de anamnestiche informatie, die verkregen wordt van de toenmalige zorgverlener.
Hemorragia postpartum in de anamnese: - ten gevolge van een episiotomie - ten gevolge van een cervixruptuur (klinisch vastgesteld)	Eerste lijn Eerstelijns verloskundige zorg, maar bevalling in het ziekenhuis	(geen commentaar) Aangenomen wordt dat er een herhalingskans aanwezig is; begeleiding van zwangerschap en baring kan door de eerste lijn gebeuren, maar de bevalling moet in het ziekenhuis plaatsvinden.
- ten gevolge van andere oorzaken (> 1000 cc)	Eerstelijns verloskundige zorg, maar bevalling in het ziekenhuis	Gegeven de kans op herhaling, kan de begeleiding van zwangerschap en baring weliswaar door de eerste lijn plaatsvinden, maar moet de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden.
Perinatale sterfte in de anamnese	Overlegsituatie	Een dergelijke voorgeschiedenis vormt aanleiding tot overleg. Van belang is tevens of er na de perinatale sterfte nog een normaal verlopen zwangerschap is opgetreden. Zwangerschap en bevalling kunnen dan in de eerste lijn worden begeleid.
Grande multipara	Eerste lijn	Hiervan is sprake bij para >5. Aan begeleiding van zwangerschap en bevalling door de tweede lijn wordt geen meerwaarde toegekend.

^a Bron: Commissie Verloskunde CVZ, 2003 11

Bronnen van verwijsindicaties

Om de veranderingen in verwijsindicaties die in de analyse van de VIL'en naar voren kwamen, toe te lichten, gebruikten we data uit twee Nederlandse verloskundige gegevensbestanden. De eerste is afkomstig van het Wormerveeronderzoek, het eerste grootschalige onderzoek dat de risicoselectie van verloskundigen evalueerde. Een groep van 7980 vrouwen die in de periode tussen 1969 en 1983 in één verloskundige praktijk werden ingeschreven, werd gemonitord vanaf het begin van de zwangerschap tot zes weken postpartum^[21,22]. Door de resultaten uit de gepubliceerde tabellen samen te voegen konden sommige 'Wormerveerdata' worden gebruikt voor deze studie. Een tweede dataset bevatte gegevens uit de LVR1 van 1988 tot 2004. Deze data werden eerder gepubliceerd in een studie over trends in verwijzingen van de verloskundige naar de gynaecoloog^[23]. Ten behoeve van het onderzoek werden de originele data herberekend naar de benodigde perioden van vier jaar. Over de periode van 1958-1968 zijn geen data beschikbaar.

Resultaten

De geschiedenis van de VIL

Op 12 februari 1958 stuurde de Ziekenfondsraad (ZFR) een circulaire naar zijn controlerend geneesheren^[16]. De taak van deze controleurs was om onnodige uitgaven te voorkomen. Hiervoor bepaalden zij de noodzaak van ziekenhuisopnamen op basis van algemene richtlijnen. De circulaire stelde, verwijzend naar het net uitgekomen Leerboek voor obstetrie en gynaecologie van Holmer, dat het mogelijk was gebleken voor de sector verloskunde concrete indicaties voor ziekenhuisopname te benoemen. In het hoofdstuk 'begeleiding van de bevalling' van het Leerboek stond namelijk een lijst met 39 condities waarbij moeilijkheden tijdens de baring verwacht konden worden. De auteurs suggereerden dat deze condities zouden kunnen gelden als medische indicaties voor ziekenhuisopname^[24]. De ZFR circulaire beval aan dat controlerend geneesheren deze lijst zouden gebruiken in de beoordeling van aanvragen voor opname. Deze lijst vormde in feite de eerste VIL. De circulaire concludeerde dat in de praktijk niet alle indicaties gebruikt zouden hoeven worden: opname werd toegestaan, maar was niet verplicht. Het percentage noodzakelijke opnamen werd geschat op 8,5% van alle geboorten. Vóór de publicatie van deze circulaire consulteerde de ZFR professor Gerrit Jan Kloosterman, het voormalige hoofd van de Vroedvrouwschool in Amsterdam en een toegewijde pleitbezorger van de natuurlijke bevalling. Als pas aangestelde professor gaf hij commentaar op de indicaties en plaatste ze in een praktische context. Hij ging uit van het principe dat een normale baring begeleid zou moeten worden door een vroedvrouw of

huisarts. Maar hij benadrukte dat bij een indicatie voor ziekenhuisopname, er dan tegelijk een indicatie was voor zorgverlening door de gynaecoloog^[25]. In feite introduceerde Kloosterman hiermee de rolverdeling tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners die heden ten dage nog steeds bestaat. Zijn commentaar werd echter niet opgenomen in de ZFR circulaire.

Kloosterman werkte zijn ideeën over risicoselectie en rolverdeling binnen de verloskundige zorg verder uit en publiceerde in 1966 een uitgebreide VIL in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde^[17]. Deze VIL was gebaseerd op ervaring en werd al gebruikt in de Amsterdamse universiteitskliniek. In Kloostermans opinie zou 'iedere afwijking van een volmaakt fysiologisch beloop' een argument zijn voor een ziekenhuisbevalling (en dus voor zorgverlening door een gynaecoloog). Tegelijkertijd bepleitte hij dat thuis de beste plaats voor de bevalling was voor laagrisicovrouwen. Hiermee introduceerde hij de paradox dat thuisbevallingen alleen mogelijk zijn bij het gebruik van 'royale indicaties voor ziekenhuisopname'^[17].

De charismatische Kloosterman bereikte consensus over zijn VIL onder alle hoogleraren gynaecologie van die tijd. Zo werd de Amsterdamse VIL gepubliceerd in het Leerboek obstetrie en gynaecologie van 1973, als 'de Nederlandse VIL'^[14]. Een kopie van deze zogenaamde 'Kloostermanlijst' werd vervolgens verspreid onder praktiserende verloskundigen en huisartsen, waarmee de officiële status werd bevestigd.

In 1983 stelde de ZFR een werkgroep samen van alle relevante beroepsorganisaties om een update te maken van de 'Kloostermanlijst'. In deze versie werden, in tegenstelling tot de eerdere versies, niet alleen de verwijsindicaties opgesteld, maar ook condities waarvoor géén verwijzing nodig was. De definities waren gebaseerd op vier besluitvormingscriteria: de aard en ernst van de mogelijke complicatie, de mogelijkheden om het optreden van deze complicatie te voorkomen, de mogelijkheden om deze op te sporen, en de mogelijke winst van interventies door een gynaecoloog. Om een wetenschappelijke basis te geven aan de indicaties, werden resultaten uit de Wormerveerstudie gebruikt om te bepalen wie de meest geschikte zorgverlener zou zijn bij de betreffende aandoening. Verder werd de risicoselectie aan de verloskundige en de huisarts toebedeeld^[15].

De publicatie van de VIL in 1987 leidde tot een heftig debat binnen de beroepsgroep van gynaecologen. Het grootste struikelblok was dat de eerstelijns zorgverlener verantwoordelijk werd voor de risicoselectie^[26]. De NVOG besloot de VIL niet te erkennen, hetgeen de relatie tussen de beroepsverenigingen van verloskundigen en gynaecologen jarenlang verstoorde. Uit een evaluatiestudie bleek overigens dat het verschil in opvatting tussen de

landelijke besturen geen negatieve invloed had op de samenwerking op lokaal niveau²⁷⁾.

In 1999 bereikte een commissie van professionals overeenstemming over een update van de VIL. Deze revisie was acceptabel voor alle betrokken beroepsgroepen, hoewel de basisprincipes van de voorgaande lijst in feite ongewijzigd werden bevestigd. De VIL werd ingebed in het Verloskundig Vademecum, waarin ook thema's werden behandeld als samenwerking, kwaliteitscriteria voor beroepsgroepen en de intentie tot het ontwikkelen van een nationale perinatale audit¹³⁾. Het doel van het Vademecum was het optimaliseren van de samenwerking en de kwaliteit van zorg. De VIL werd gepresenteerd als een zwaarwegend advies, omdat de indicaties waar mogelijk waren gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en anders op consensus tussen de beroepsgroepen. Daartoe werden de besluitvormingscriteria aangepast en kwamen overeen dat de focus moest liggen op optimale zorg voor de individuele vrouw, in plaats van op het zorgproces vanuit het perspectief van de zorgverlener.

In 2003 werd het hele Vademecum uit 1999 herzien. Tien indicaties uit de VIL werden geherformuleerd volgens de evidence-based methodiek: na een systematische review van de literatuur, werden de gevonden publicaties geselecteerd op kwaliteit en bruikbaarheid in de Nederlandse situatie met zijn onderscheid in eerste- en tweedelijns zorg. Resultaten van de geselecteerde artikelen werden vertaald in aanbevelingen, gebaseerd op het toegekende niveau van bewijs. De methodebeschrijving en de motivatie voor de aanpassingen werden ook opgenomen in het Vademecum¹¹⁾.

Momenteel worden voorbereidingen getroffen voor een herziening van de VIL, die verwacht wordt in 2011. Daarbij wordt ook een methode ontwikkeld voor een continue (modulaire) herziening van de VIL. In dit project zijn alle betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigd.

Inhoud van de VIL

In 1958 waren alleen indicaties opgenomen voor verwijzing van eerste- naar tweedelijns. Alle andere situaties werden toebedeeld aan de eerstelijns zorgverlener. In 1973 werden 'overlegindicaties' toegevoegd. Vanaf 1987 werden ook indicaties benoemd voor eerstelijns zorg en werd onderscheid gemaakt naar ernst en achtergrond van de aandoening. Bovendien waren over sommige aandoeningen, die voorheen beschouwd werden als indicaties voor tweedelijns zorg, de opvattingen gewijzigd (tabel 1). De meeste indicaties voor eerstelijns zorg betreffen de obstetrische anamnese (15 van de 28 indicaties in de VIL van 2003). Tabel 2 toont enkele voorbeelden van deze indicaties, samen met de beweegredenen, zoals 'Er is geen toegevoegde waarde voor tweedelijns zorg tijdens zwangerschap en bevalling'.

Het totaal aantal beschreven indicaties steeg van 39 in 1958 tot 143 in 2003. In de loop van de tijd werd een groot aantal indicaties toegevoegd, verwijderd of in een andere categorie geplaatst (tabel 1).

De inhoud van de indicaties veranderde ook. Tabel 3 laat daar voorbeelden van zien. Voor sommige aandoeningen, zoals pre-existente diabetes, was het risico allang onderkend en deze komen dan ook ongewijzigd op iedere lijst terug. Sommige risico's, zoals harddrugsgebruik, kwamen pas later in beeld. In andere gevallen veranderde de risicostatus van 'normaal' tot 'pathologisch', zoals bijvoorbeeld een stuitligging. Andersom wijzigden ook sommige condities van pathologisch naar normaal, zoals maternale leeftijd boven de 35 jaar. De niet-vorderende ontsluiting is pas in 1987 als indicatie toegevoegd. Kloosterman was namelijk van mening dat een niet-vorderende ontsluiting niet bestaat, maar slechts het ongeduld van de verloskundige laat zien (persoonlijke mededeling P.E. Treffers, 2004). Bij sommige aandoeningen, zoals bekkenaanomeningen, werd aanvankelijk een gedetailleerde onderverdeling noodzakelijk geacht, terwijl ze in latere jaren werden samengevoegd. Andere aandoeningen, zoals infecties, werden juist in toenemende mate uitgesplitst.

Professionele rolverdeling

In 1964 voltooide 24,7% van alle vrouwen in Nederland de bevalling onder leiding van een gynaecoloog. Verloskundigen en huisartsen begeleidden toen respectievelijk 35,5 en 39,7% van de bevallingen. Het aandeel van de huisarts is sindsdien afgenomen, tot 8% in 1990 en een geschatte 7,2 in 2002 (figuur 1). Het aandeel van de zorg door de verloskundige nam langzaam af tot 33,4% in 2002, na een lichte stijging tot 1993 toen 46,3% van alle bevallingen werd begeleid door een verloskundige. De rol van de gynaecoloog nam gestaag toe, tot 45,6% in 1993 en 59,4% in 2002 (figuur 1).

Verwijsindicaties

In tabel 4 zijn de meest voorkomende indicaties voor verwijzing van de verloskundige naar de gynaecoloog opgenomen, uit vier verschillende periodes. Data zijn afkomstig uit het Wormerveeronderzoek en de LVR1. De indicaties veranderden voor zowel primi- als multiparae, zowel in volgorde als in omvang. In de eerste periode (1969-1973) werd bijvoorbeeld 3,1% van alle primiparae verwezen vanwege een hypertensieve aandoening en 3,0% vanwege een niet-vorderende uitdrijving. In de laatste periode (2000-2003) kwamen deze indicaties voor bij respectievelijk 6,2 en 6,7% van de primi's. Bij multiparae namen de medische en obstetrische anamnese en foetale nood de plaats in van intra-uteriene groei-vertraging en afwijkende ligging als meest voorkomende indicaties voor verwijzing (tabel 4).

Discussie

De geschiedenis van de opeenvolgende VIL'en laten een continue ontwikkeling zien. De lijst evolueerde van een instructie voor zorgverzekeraars tot een instrument voor risicoselectie en professionele samenwerking. Van een monodisciplinair samengestelde lijst op basis van meningen en ervaringen groeide hij tot een multidisciplinaire lijst op basis van evidence en consensus. De geschiedenis laat zien hoe het huidige Nederlandse verloskundig systeem met zijn specifieke rolverdeling is ontstaan. En toont hoe in de loop van de tijd het denken is veranderd over de

samenwerking tussen beroepsgroepen, over de rol van de verloskundige en over wat normaal is. De VIL-geschiedenis weerspiegelt daarnaast maatschappelijke ontwikkelingen. De afname van het aantal indicaties voor bekkenproblemen bijvoorbeeld past bij de algeheel verbeterde gezondheidstoestand van vrouwen, terwijl de toevoeging van items zoals vrouwelijke genitale verminking, HIV en hemoglobinopathieën de gewijzigde samenstelling van de Nederlandse bevolking zichtbaar maakt. Ondanks de continue evolutie is de basisfilosofie van de Nederlandse verloskunde in stand gebleven. De opeen-

Tabel 3. Voorbeelden van veranderde opvattingen over de aanbevolen zorgverlener voor verloskundige risicosituaties 1958 - 2003

Aandoeningen in de respectievelijke VIL-en		VIL 1958	VIL 1966	VIL 1973	VIL 1987	VIL 1999	VIL 2003
I	Diabetes mellitus (preexistent)	C ^a	C	C	C	C	C
II	Harddruggebruik	- ^b	-	-	C	C	C
	Lues	C	-	-	-	C	C
	DES dochter	-	-	-	A ^c	B ^d	B
	Vrouwelijk genitale verminking	-	-	-	-	A	A
III	Stuitligging	C: nullipara vrouwen, "indien versie niet succesvol"	C: Vastgesteld in de zwangerschap A: Vastgesteld tijdens de bevalling	C: Vastgesteld in de zwangerschap C: Vastgesteld tijdens de bevalling	C	C	C
IV	Zwangerschapsduur						
	- nulliparae - multiparae	- -	C: > 297 dagen C: > 308 dagen	C: > 294 dagen C: > 301 dagen	C: > 294 dagen C: > 294 dagen	C: > 294 dagen C: > 294 dagen	C: > 294 dagen C: > 294 dagen
Va	Maternale leeftijd primiparae	C: > 40 jaar C: < 15 jaar	C: ≥ 35 jaar C: < 16 jaar	C: ≥ 35 jaar -	De: >35 jaar A: < 15 jaar	-	-
Vb	Maternale leeftijd multiparae	-	C: ≥ 45 jaar	C: ≥ 45 jaar	D: > 40 jaar	-	-
VI	Niet-vorderende ontsluiting	-	-	-	C: geen vordering in een periode van 4 uur	B: geen vordering in een periode van 4 uur in de actieve ontsluitingsfase	B (zonder definitie van vordering)
VII	Bekkenafwijkingen	5 afwijkingen genoemd (5 x C)	11 afwijkingen genoemd (11 x C)	11 afwijkingen genoemd (11 x C)	7 afwijkingen genoemd (5 x B, 2 x A)	5 afwijkingen genoemd (3 x B, 2 x A)	5 afwijkingen genoemd (3 x B, 2 x A)
VIII	Infectieziekten	2 afwijkingen genoemd (2 x C)	2 afwijkingen genoemd (2 x C)	2 afwijkingen genoemd (2 x C)	6 afwijkingen genoemd (1 x C, 1 x B, 4 x A)	17 afwijkingen genoemd (9 x C, 4 x B, 4 x A)	19 afwijkingen genoemd (9 x C, 6 x B, 4 x A)

^a C=tweedelijnszorg door een gynaecoloog; ^b -= item niet genoemd in de VIL van dat jaar;

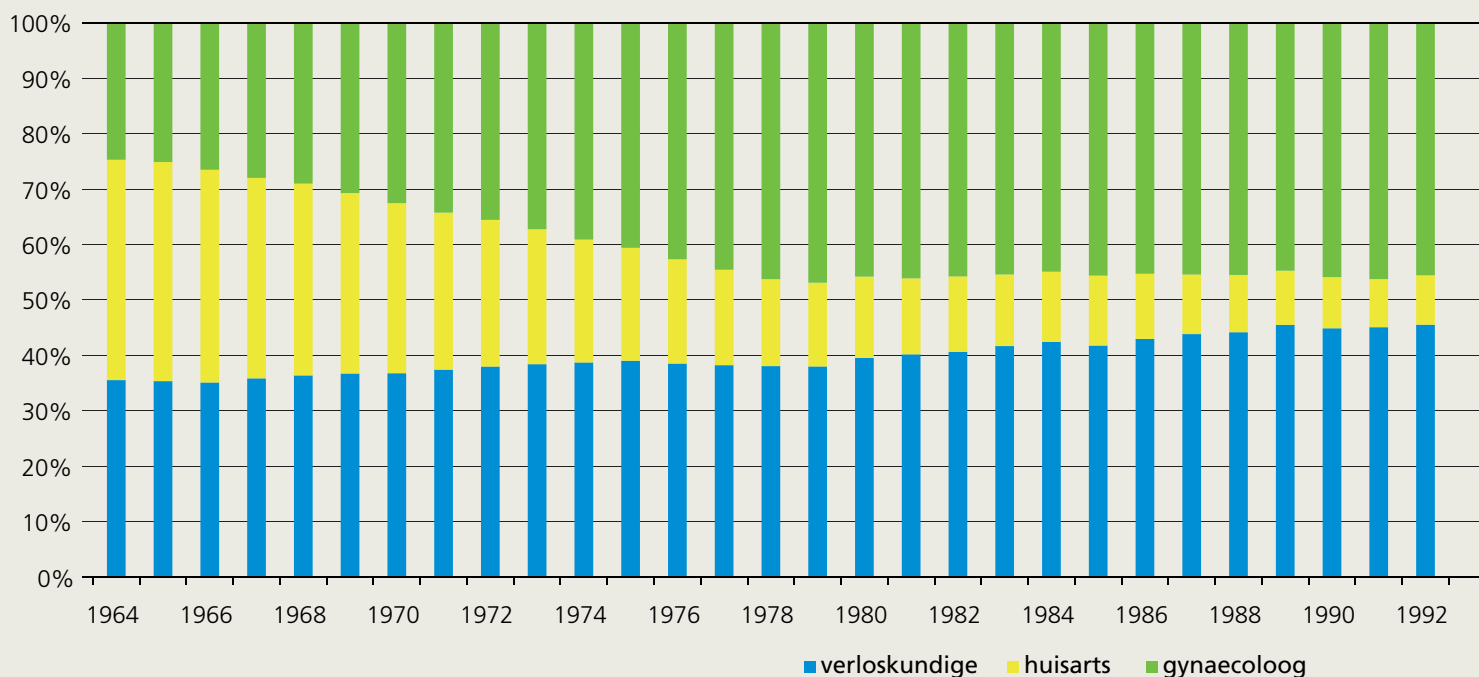
^c A=eerstelijnszorg door een verloskundige of huisarts; ^d B=overlegsituatie tussen eerste- en tweede lijn;

^e D=eerstelijnszorg, bevalling in het ziekenhuis

volgende VIL'en stellen expliciet dat zwangerschap, bevalling en kraamperiode in principe fysiologische gebeurtenissen zijn en dat medicalisering van de verloskundige zorg moet worden voorkomen en tegengegaan. Op grond van dat uitgangspunt wordt gesteld dat de mogelijkheid van de thuisbevalling moet kunnen blijven voortbestaan en waar mogelijk moet worden bevorderd.^[11] In 1987 werd de eerstelijns zorgverlener verantwoordelijk gesteld voor de risicoselectie en dat bleef zo in de latere lijsten. Het nog altijd geringe aantal aandoeningen met een indicatie voor de eerstelijns (tabel 1), suggereert dat het basisprincipe is gebleven dat de verloskundige zorg plaats vindt in de eerstelijns, tenzij expliciet anders vermeld. Gegeven het feit dat de basisfilosofie niet is gewijzigd, zijn de veranderingen in de praktijk, zoals te zien in figuur 1 en tabel 4, des te opvallender. Ondanks de beperkingen van de data is duidelijk te zien dat de kans dat een gynaecoloog betrokken wordt bij de bevalling meer dan verdubbeld is, en de rol van de eerstelijns zorgverlener in dezelfde mate is afgenomen. Er zijn verschillende verklaringen voor deze trend. In de eerste plaats is de wetenschappelijke kennis enorm toegenomen sinds 1950, vooral over de zwangerschap. Dit heeft geresulteerd in een verbeterd begrip van het proces van zwangerschap en baring maar ook van de risico's daarin. Daarnaast zijn de mogelijkheden voor monitoring, diagnostiek, preventie en behandeling explosief gegroeid. De toegankelijkheid tot diagnostische technieken voor de bewaking van de foetus (zoals echo en CTG) hebben de focus die aanvankelijk alleen op de moeder lag, verbreed

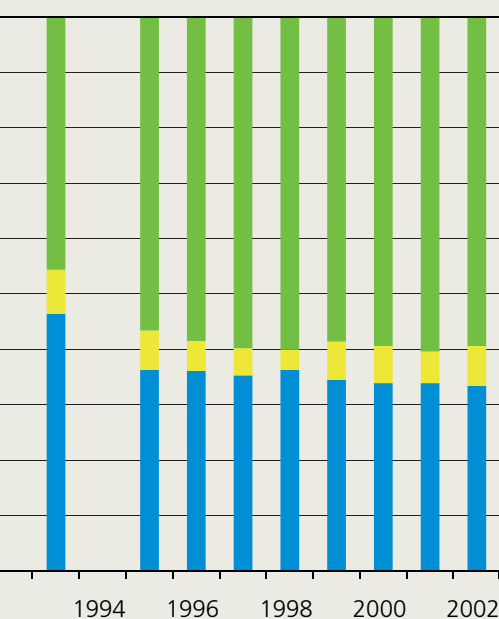
naar de foetus als tweede patiënt. Daarmee veranderde de 'obstetrie' in 'perinatologie'[28]. Deze tendens is duidelijk terug te zien in de VIL: waar de VIL in 1958 bestond uit een lijst met alleen maternale indicaties, gaat in 2003 22% van de indicaties over foetale condities. Door de huidige mogelijkheden voor bewaking en behandeling is bovendien de focus verschoven van 'overleven' naar 'optimale uitkomst' voor moeder en kind. Interventies tijdens de baring, zoals bijstimulatie, sectio en pijnbehandeling zijn veiliger en makkelijker beschikbaar dan in het verleden. Daardoor resulteert de afweging tussen de risico's en voordelen van de interventie makkelijker in de keuze om in te grijpen. De beschikbaarheid van technologie vermindert bovendien de bereidheid van een vrouw en haar partner om een langdurige bevalling en/of baringspijn te doorstaan. Ook de populatie van zwangeren is ingrijpend veranderd. Zo daalde de gezinsgrootte van 3,1 kinderen in 1960 naar 1,8 kinderen in 2006, wat tot gevolg heeft dat er relatief meer primiparae zijn^[18]. De maternale leeftijd steeg in Nederland tot een van de hoogste in Europa: ongeveer 22% van de vrouwen is op het moment van de baring 35 jaar of ouder^[12]. Meer dan 19% van de zwangeren vrouwen is van niet-Nederlandse afkomst^[12]. Al deze demografische veranderingen dragen bij aan een verhoogd risicoprofiel. Tenslotte suggereren de verschuivingen in de redenen voor verwijzing en de grote toename daarvan (tabel 4) dat de wereldwijde medicalisering van het geboorteproces, die altijd tot meer en nooit tot minder inter-

Figuur 1. De verantwoordelijk zorgverlener bij de geboorte in Nederland, 1964 – 2002



venties leidt, ook in de Nederlandse verloskunde een rol is gaan spelen. Dat beïnvloedt onontkoombaar verloskundigen in hun risicoperceptie en in hun beoordeling van wat nog 'normaal' is.

De data in figuur 1, over de verantwoordelijke zorgverlener aan het eind van de baring, wijzen op een afnemende maar nog steeds aanzienlijke rol voor de verloskundige. Het aandeel van de verloskundige in de zorg tijdens zwangerschap en kraamperiode blijft stabiel en haar preventieve taken, zoals in prenatale screening en preconceptionele advisering, nemen gestaag toe. In 2007 begon 77,7% van alle zwangere vrouwen hun prenatale zorg bij de verloskundige^[12]. Bijna de helft van deze vrouwen rondde de zwangerschap en bevalling af zonder tussenkomst van een gynaecoloog. Binnen de groep van vrouwen die op enig moment werden verwezen tijdens de zwangerschap of bevalling, was de verloskundige verantwoordelijk tot op het moment van verwijzing en meestal opnieuw in de postpartumperiode. De data in figuur 1 kunnen de indruk wekken dat de uitgangspunten van het Nederlandse verloskundig systeem niet meer van toepassing zijn op de praktijk. Maar in 2007 beviel 75% van alle vrouwen spontaan^[12]. Met een percentage sectio's van 15% en 9,8% kunstverlossingen behoort Nederland tot de landen met het hoogste percentage spontane geboorten^[30]. Daarbij komt dat van de vrouwen die medisch gezien een keus hebben in de plaats van bevalling, nog altijd zo'n 70% kiest voor een thuisbevalling. Dat resulteert in een percentage thuisbevallingen rond de 30%^[19].



1964 – 1993:
gebaseerd op CBS
cijfers ('Geborenen
naar aard van de
verloskundige hulp
en de plaats van
geboorte')

1995 – 2002:
Gebaseerd op
LVR data

*Er is een hiaat tussen
1993 en 1995, door
verschillen in data-
bronnen, zie tekst.*

Desondanks lijkt het hoge percentage bevallingen dat een indicatie heeft voor tweedelijns zorg in strijd met het principe dat zwangerschap en baring fysiologische processen zijn. Deze discrepantie wordt ons inziens voornamelijk veroorzaakt door de veranderde perceptie van wat normaal genoemd wordt.

Welbeschouwd is het verschil tussen hoog en laag risico in de praktijk een geleidelijke schaal. Maar Kloosterman stelde in 1966 dat 'iedere afwijking van een volmaakt fysiologisch beloop' een indicatie zou moeten zijn voor specialistische zorg^[17]. Door dit over te nemen is in de Nederlandse verloskunde een dichotomie ontstaan tussen 'normaal' en 'afwijkend'. Door de bovengenoemde ontwikkelingen krimpt het gebied van wat normaal, 'laag risico' is steeds verder in, terwijl het gebied van afwijkend, 'hoog risico' steeds verder uitbreidt. Het 'normale' gebied wordt zo steeds homogener, maar het 'afwijkende' gebied steeds heterogener, variërend van geringe afwijkingen zoals langdurig gebroken vliezen of behoefte aan pijnbehandeling, tot ernstige pathologie, zoals het HELLP syndroom, extreme vroeggeboorte of foetale nood. Het is te verwachten dat deze trend doorzet in de toekomst. Hoe meer diagnostische instrumenten en technologische mogelijkheden beschikbaar zijn, des te eerder zal immers een 'afwijking van het volmaakt fysiologisch beloop' gevonden kunnen worden en zullen vrouwen verwezen moeten worden voor specialistische zorg.

Aan de andere kant is deze dichotomie zinvol gebleken in het helder afbakenen van de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners. Uit inmiddels vele studies blijkt dat voor vrouwen met een laag risico eerstelijns verloskundige zorg grote voordelen heeft: minder kans op medische interventies; minder kans op perineumrupturen en episiotomieën; hogere kans op spontane vaginale partus; hoge maternale satisfactie; keuzevrijheid voor de plaats van bevalling; meer bewegingsvrijheid tijdens de baring; meer kans op (slagen van) borstvoeding; met goede neonatale uitkomsten^[31-40]. Zo gezien is het een interventie om vrouwen in de eerste lijn te houden – net zoals het een interventie is om vrouwen naar de tweede lijn te verwijzen. De kunst van de eerstelijns verloskunde is om deze beide interventies af te wegen en te bepalen hoe het beste een optimaal resultaat voor moeder en kind te behalen is.

De geschiedenis van de VIL laat zien dat het concept 'normaal' in de loop van de tijd geëvolueerd is in een zodanige richting dat steeds minder zwangerschappen en baringen als 'normaal' worden bestempeld en steeds meer als 'afwijkend'. Naar verwachting zal deze evolutie in die richting doorzetten. De geschiedenis laat ook zien dat de wijzigingen in de VIL'en voornamelijk gebaseerd waren op meningen, ervaringen en maatschappelijke ontwikkelingen - en slechts in beperkte mate op weten-

schappelijke bewijzen. Het huidige gebrek aan wetenschappelijk gefundeerde methoden om een normale zwangerschap en baring te definiëren zal ertoe leiden dat 'voor de zekerheid' steeds vaker verwijzingen nodig zullen worden geacht. Om een relatief klein percentage complicaties te voorkomen, zullen dus steeds meer vrouwen verwezen worden, wat op zijn beurt de kans doet toenemen op interventies tijdens de baring met mogelijke schadelijke gevolgen voor gezondheid of satisfactie. Met andere woorden, het 'number needed to refer' om een probleem te voorkomen zal toenemen. Het doorzetten van deze ontwikkeling brengt de positie van de eerstelijns verloskundige in gevaar. Het in stand houden van een systeem of beroepsgroep kan echter nooit een doel op zichzelf zijn. Het gaat om een optimale uitkomst voor moeder en kind. Uit een groeiend aantal studies blijkt hoe belangrijk de begeleiding van verloskundigen in een 'eerstelijns setting' is om laagrisico-vrouwen de mogelijkheid te geven van een normale zwangerschap en baring^[31,32,36,38-40]. Een recente Cochrane review stelt dat alle vrouwen zorg van een verloskundige in een 'eerstelijns setting' aangeboden zou moeten worden^[31]. Daarom is er dringend meer onderzoek nodig om de werkelijke 'risicostatus' van iedere individuele vrouw, in haar specifieke situatie, te kunnen

bepalen en daar het optimale type zorg en zorgverlener bij te kiezen. Daarbij moet rekening worden gehouden met het gevaar van zowel onderbehandeling als overbehandeling. Een multidisciplinaire benadering is voor dergelijk onderzoek essentieel. Daar moeten niet alleen de beroepsgroepen bij betrokken worden, maar ook onderzoekers op het gebied van public health, gezondheidswetenschappen en sociale wetenschappen. Verloskundigen kunnen, vanuit hun specialisme, een belangrijke en leidende rol spelen in dit proces door de inbreng vanuit hun perspectief: met de focus op fysiologie en het welbevinden van vrouwen, in plaats van op pathologie en factoren die ziekte veroorzaken.

De auteurs danken professor Pieter Treffers, dr Martine Eskes, professor Jack Bennebroek Gravenhorst en dr Wim Schellekens voor het verschaffen van achtergrondinformatie over de geschiedenis van de Verloskundige Indicatielijst. ■

Referenties

- [1] Kateman H, Herschderfer K. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. Den Haag: International Confederation of Midwives, 2005.
[2] Definition of the Midwife, adopted by the ICM Council Meeting, July 2005, Brisbane, Australia. Den Haag: 2005.

Tabel 4. Vijf meest voorkomende verwijsindicaties tijdens zwangerschap en bevalling, bij primi- en multiparae, met verwijsperscentage voor elke aandoening

		Primiparae						
		1969 – 1973 (N= 1648) ^a	1980 – 1983 (N=765) ^a	1990 – 1993 (N=196.994) ^b	2000 – 2003 (N=265.179) ^b			
1	afwijkende ligging	6,1	afwijkende ligging	9,0	foetale nood	7,6	foetale nood	9,7
2	hypertensieve aandoening	3,1	hypertensieve aandoening	8,2	niet-vorderende uitdrijving	7,1	niet-vorderende ontsluiting/ noodzaak tot pijnstilling	8,9
3	(vermoeden van) intra-uteriene groeivertraging	3,1	niet-vorderende uitdrijving	6,5	niet-vorderende ontsluiting/ noodzaak tot pijnstilling	6,6	niet-vorderende uitdrijving	6,7
4	serotiniteit	3,1	foetale nood	4,8	afwijkende ligging	5,2	hypertensieve aandoening	6,2
5	niet-vorderende uitdrijving	3,0	vroeggeboorte	4,7	hypertensieve aandoening	5,2	serotiniteit	5,2
		Multiparae						
		1969 – 1973 (N= 1563) ^a	1980 – 1983 (N=781) ^a	1990 – 1993 (N=207.303) ^b	2000 – 2003 (N=277.051) ^b			
1	(vermoeden van) intra-uteriene groeivertraging	2,5	vroeggeboorte	2,9	foetale nood	3,2	medische en obstetrische anamnese	7,2
2	afwijkende ligging	1,7	hypertensieve aandoening	2,4	afwijkende ligging	2,3	foetale nood	5,1
3	positieve dyscongruentie	1,3	(vermoeden van) intra-uteriene groeivertraging	2,3	medische en obstetrische anamnese	2,3	serotiniteit	3,3
4	serotiniteit	1,2	serotiniteit	2,2	serotiniteit	2,2	afwijkende ligging	2,4
5	vroeggeboorte	0,9	afwijkende ligging	2,1	landurig gebroken vliezen	2,1	niet-vorderende ontsluiting/ noodzaak tot pijnstilling	2,1

a data van Wormerveerstudie: alle laagrisicovrouwen bij 20 weken

b data van LVR1: alle laagrisicovrouwen bij eerste consult

- [3] Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: 2004.
- [4] DeVries RG, Barroso R. Midwives among the machines. Re-creating midwifery in the late twentieth Century. In: Marland H, Rafferty AM, editors. *Midwives, Society, and Childbirth: Debates and Controversies in the Modern Period*. London: Routledge, 1997: 248-272.
- [5] Barger MK. Midwifery practice: Where have we been and where are we going? *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(2):87-90.
- [6] Kennedy HP. The midwife as an "Instrument" of care. *Am J Public Health* 2002; 92(11):1759-1760.
- [7] Wet Uitoefening Geneeskunst. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1865; 60.
- [8] Besluit examen als en opleiding tot verloskundige. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1994; 143.
- [9] Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 1993.
- [10] Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige 2008. Den Haag: 2008.
- [11] Commissie Verloskunde CVZ. *Verloskundig Vademecum* 2003. Diemen: 2003
- [12] Stichting Perinatale Registratie Nederland. *Perinatale zorg in Nederland 2007*. Utrecht, 2009.
- [13] Werkoverleg Verloskunde. *Verloskundig Vademecum*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999.
- [14] Kloosterman GJ. *De voortplanting van de mens. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie*. Bussum: Uitgeversmaatschappij Centen, 1973.
- [15] Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst WBK. *De verloskundige Indicatielijst*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.
- [16] Medische afdeling van de Ziekenfondsraad. *Indicaties voor ziekenhuisverpleging*. Circulaire nr. 792 ed. Amsterdam: Ziekenfondsraad, 1958.
- [17] Kloosterman GJ. *De bevalling aan huis en de hedendaagse verloskunde*. *Ned T Geneesk* 1966; 110: 1808-15.
- [18] Centraal Bureau voor de Statistiek. *Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte*. Beschikbaar via www.statline.cbs.nl.
- [19] Anthony S, Amelink-Verburg MP, Jacobusse GW, van der Pal-de Bruin KM. *De thuisbevalling in Nederland 1995-2002*. Leiden: St. Perinatale Registratie Nederland en TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
- [20] Stichting Perinatale Registratie Nederland. *Perinatale zorg in Nederland. Jaarrapporten 2001- 2007*. Bilthoven/Utrecht, 2009.
- [21] Eskes M. *Het Wormerveer onderzoek. Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk*. Thesis. Universiteit van Amsterdam, 1989.
- [22] Eskes M, van Alten D, Treffers PE. The Wormerveer study; perinatal mortality and non-optimal management in a practice of independent midwives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 51(2):91-95.
- [23] Amelink-Verburg MP, Rijnders ME, Buitendijk SE. A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. *BJOG* 2009; 116(7):923-932.
- [24] Holmer AJM, ten Berge BS, van Bouwdijk Bastiaanse MA, Plate WP. *Leerboek der Verloskunde*. Amsterdam: Van Holkema & Warendorf N.V., 1956.
- [25] Medische afdeling van de Ziekenfondsraad. *Ontwerp toelichting op de "medische indicaties voor opname in de sector verloskunde"*. Amsterdam: 1957.
- [26] Schellekens W. *De nieuwe verloskundige indicatielijst. Totstandkoming rapport Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst*. *Medisch Contact* 1987; 42(20):621-623.
- [27] Riteco JA, Hingstman L. *De Verloskundige Indicatielijst. Hoe gaan huisartsen, verloskundigen en gynaecologen ermee om?* *Medisch Contact* 1992; 47(5):154-158.
- [28] Pel M, Heres MHB. *OBINT. A study of obstetric intervention*. Thesis. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995.
- [29] Mead MM, Kornbrot D. The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery* 2004; 20(1):61-71.
- [30] Wildman K, Blondel B, Nijhuis J, Defoort P, Bakoula C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111 Suppl 1:S53-S65.
- [31] Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004667.
- [32] Maassen MS, Hendrix MJ, Van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care. *Birth* 2008; 35(4):277-282.
- [33] de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009.
- [34] Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG* 2008; 115(5):570-578.
- [35] Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, van der Pal K., Prins M, Green J et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008; 35(2):107-116.
- [36] Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD000012.
- [37] Treffers PE, Eskes M, Kleiverda G, van Alten D. Home births and minimal medical interventions. *JAMA* 1990; 264(17):2203, 2207-2203, 2208.
- [38] Waldenstrom U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(4):410-418.
- [39] Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD, Glazener CM, Milne JM, Turner M et al. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ* 1994; 309(6966):1400-1404.
- [40] Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. *Birth* 2004; 31(3):222-229.
- [41] Commissie Verloskunde. *Verloskundig Vademecum* 2003. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2003.



In verband met het vertrek van een van onze verloskundigen zoeken wij vanaf ongeveer december 2010 een

nieuwe collega

Lijkt het je leuk om te werken

- **in de Randstad vlakbij de grote steden Den Haag en Rotterdam, maar wel zonder parkeer- of fileproblemen,**
- **in een goedlopende praktijk met 4 andere collega's en een assistente,**
- **met een gemengde populatie cliënten,**
- **en met een eigen echocentrum in huis,**

bel, mail of schrijf ons dan.

**Dunantstraat 605, 2713 TA Zoetermeer
 praktijk@parterazoetermeer.com
 079 - 321 84 85
 www.parterazoetermeer.com**