

Tendensen in de medicalisering van geboorte in Vlaanderen en Nederland

Nederlandse samenvatting van Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands^[1]

Wendy Christiaens, Marianne J. Nieuwenhuijze en Raymond de Vries

Abstract

In dit artikel bieden we nieuwe inzichten over de medicalisering van geboorte door de tendensen in obstetrische interventies in Vlaanderen en Nederland te onderzoeken. We betrekken daarbij de invloed van de organisatie van het gezondheidszorgsysteem, klinische richtlijnen en culturele ideeën. We hebben voor deze vergelijkende studie gebruik gemaakt van perinatale statistieken van de nationale perinatale registratie in Vlaanderen en Nederland, respectievelijk het SPE en PRN.

In Nederland is het aantal thuisbevallingen nog steeds veruit het hoogste van Europa en sommige interventies (bijvoorbeeld sectio en epidurale analgesie) zijn bij de laagste. Echter, sommige perinatale statistieken, zoals het gebruik van epidurale verdoving tijdens de bevalling, suggereren een toegenomen medische benadering van geboorte in Nederland. Andere tendensen betreffen een toename in het inleiden van en het bijstimuleren tijdens de bevalling en een dalend aantal geboorten in de eerste lijn. De praktijk van thuis bevallen komt onder druk door kritische discussies in de populaire media en door 'wetenschappelijke' debatten tussen professionele hulpverleners. In Vlaanderen werden inspanningen gedaan om de medicalisering van geboorte te reduceren, bijvoorbeeld met betrekking tot inleiding van de baring en episiotomie. We kunnen voorzichtig besluiten dat de praktijk van obstetrische interventies in Vlaanderen en Nederland langzaam naar elkaar toegroeit.

Inleiding

Medicalisering van zwangerschap en geboorte heeft positieve effecten maar ook onwenselijke consequenties. Medische interventies die complicaties tijdens zwangerschap en geboorte behandelen zijn heilzaam voor zieke moeders of kinderen. Dezelfde werkwijze bij gezonde moeders en baby's verhogen de ziektekostenuitgaven en veroorzaken gezondheidsrisico's. Om onnodige medicalisering te voorkomen is inzicht nodig in de sociale en culturele drijvende krachten van het medicaliseringsproces. Ons onderzoek richt zich daarom op de trends in obstetrische interventies in Vlaanderen en Nederland; twee regio's die veel gemeen hebben maar een zeer verschillende benadering van geboorte kennen.

De organisatie van verloskundige zorg in Vlaanderen en Nederland

Vlaanderen en Nederland hebben veel gelijkenissen: zij delen een grens, spreken dezelfde taal en kennen een vergelijkbaar politiek systeem. Daarom is het enigszins verassend dat de organisatie van verloskundige zorg in de twee landen zo van elkaar verschilt. In Vlaanderen worden de risico's van geboorte benadrukt en een medische benadering van geboorte is de norm. In Nederland werd geboorte lang gedefinieerd als een fysiologisch proces dat, zowel thuis als in het ziekenhuis, veilig kan verlopen met de zorg van een verloskundige^[2,3]. Deze verschillende benaderingen van geboorte zien we terug in de organisatie en het gebruik van verloskundige diensten. In Nederland bijvoorbeeld, worden vrouwen die een fysiologische geboorte verwachten geleid naar midwife-led care met een minimaal gebruik van interventies, resulterend in een thuisbevallingspercentage van meer dan 20%^[4,5] en midwife-led ziekenhuisbevallingspercentage van 11,4%^[4]. In geval van moeilijkheden tijdens zwangerschap of bevalling – zowel thuis als in het ziekenhuis – worden vrouwen doorverwezen naar gespecialiseerde zorg. De relatief hoge proportie thuisbevallingen en de nadruk op normaliteit zijn geassocieerd met lage percentages obstetrische interventies. De verloskundige zorg in Vlaanderen

Dr. W. Christiaens is onderzoeker aan de faculteit sociologie Universiteit van Gent, M. J. Nieuwenhuijze MSc is docent en onderzoeker aan de Academie Verloskunde Maastricht en prof. dr. R. de Vries is verbonden aan Academie Verloskunde Maastricht, CAPHRI, School for Public Health and Primary Care, Universiteit van Maastricht en Center for Bioethics and Social Sciences in Medicine, University of Michigan, USA.

daarentegen is hiërarchisch georganiseerd en sterk gestandaardiseerd. Medische interventiecijfers zijn hoog (in vergelijking met de Nederlandse). Er is geen formele grens tussen eerste- en tweedelijnszorg. In tegenstelling tot Nederlandse vrouwen, hebben Vlaamse vrouwen geen doorverwijzing nodig om toegang te krijgen tot gespecialiseerde zorg. Bij gevolg gaat de meerderheid van de Vlaamse vrouwen rechtstreeks naar een gynaecoloog voor prenatale zorg. De meeste Vlaamse vrouwen beschouwen een ziekenhuisbevalling onder supervisie van hun eigen gynaecoloog als de beste en de veiligste manier om te bevallen^[6]. Deze attitudes worden weer- spiegeld in 98,9% ziekenhuisbevallingen onder toezicht van een gynaecoloog. Slechts een heel kleine groep vrouwen kiest voor een thuisbevalling. Het gemiddelde Vlaamse koppel is zich niet bewust van het bestaan van zelfstandige vroedvrouwenpraktijken of de mogelijkheid om een vroedvrouw te raadplegen voor pre- en postnatale zorg. Bovendien zijn vroedvrouwgeleide ziekenhuisbeval- lingen in de Nederlandse zin, theoretisch onbestaande. Zelfstandige vroedvrouwen krijgen van sommige zieken- huizen wel de toestemming om zwangeren te begeleiden tijdens de arbeid in het ziekenhuis maar het is nog altijd de gynaecoloog die de bevalling doet en die eindverant- woordelijk is. Vlaanderen lijkt wat verloskundige zorg betreft sterk op de meeste andere Westerse landen en weinig vrouwen stellen de medicalisering van geboorte in vraag. In Nederland werden de thuisbevallingen en de zorg door verloskundigen discussie items op de agenda van het Nederlandse Ministerie van Gezondheid en het parlement^[7, 8] en werden ze fel bediscussieerd in de media (NRC Next van 3 november 2010; NRC Handelsblad van 3 november 2010; Trouw van 4 november 2010, Vrij Nederland van 20 November 2010; NRC Handelsblad van 27 november 2011).

Medicalisering van geboorte

De meeste zorgverleners zijn vertrouwd met het begrip medicalisering. Het wordt gedefinieerd als "een proces waarbij niet-medische problemen gedefinieerd en behandeld worden als medische problemen"^[9]. Dit idee heeft ons ervan bewust gemaakt dat er ook andere motivaties bestaan om gezondheidszorg te gebruiken bovenop de primaire doelstelling om te genezen. In het geval van geboorte kunnen zowel moeders als artsen bijvoorbeeld het inleiden van de baring gebruiken om geboortes beter te kunnen plannen. Zwangerschap en geboorte zijn schoolvoorbeelden van medicalisering. Het zijn op zich gezonde en normale fysiologische processen, maar vandaag de dag worden ze gedefinieerd als essentieel risicovolle gebeurtenissen^[10]. Verschillende auteurs van verschillende academische disciplines^[11-13] hebben de mate waarin en de manier waarop het geboorteproces gecontroleerd wordt, bekritiseerd.

Methoden

We hebben gebruik gemaakt van de nationale perinatale registratie in Nederland (PRN, Perinatale Registratie Nederland) en Vlaanderen (SPE, Studiecentrum voor perinatale epidemiologie). In Nederland vindt de registra- tie plaats in deelnemende verloskundigen en huisartsen praktijken (LVR1) en bij gynaecologen (LVR2). Een formulier of een geautomatiseerd systeem wordt gebruikt voor de registratie. De geregistreerde data is voor het grootste deel gelijk voor de eerste- en tweedelijns zorg, hoewel het systeem ook taken registreert die specifiek zijn voor verloskundigen of gynaecologen. De data dekt 96% van alle geboorten in Nederland (PRN, 2011). In Vlaanderen gebeurt de registratie in alle Vlaamse kraamklinieken en zelfstandige vroedvrouwenpraktijken. In 2009 participeerden alle 67 kraamklinieken en bijna alle Vlaamse thuisbevallingen (N = 665) werden geregistreerd door de deelnemende zelfstandige vroedvrouwen. Daar- naast gebruikten we een combinatie van gepubliceerde literatuur en professionele richtlijnen om de geboortecultuur in Vlaanderen en Nederland te beschrijven.

Tendensen in obstetrische interventies (1992-2009) binnen Nederland en Vlaanderen

Perinatale statistieken tonen voor Nederland een kleine maar toenemende trend naar meer medische interventies tijdens bevallingen. Data van 2008^[4] tonen dat in de voorbije jaren er een kleine maar gestage toename is (één tot twee procent per jaar) in het gebruik van epidurale

Tabel 1. De plaats van bevallen in Nederland 1998-2010^{3,4} (in percentages)

Jaar	Thuis	Ziekenhuis
1994/1996	34,1	65,3
1998/2000	34,1	65,8
2001/2003	31,9	67,9
2004/2006	31,6	67,8
2005/2007	29,4	70,2
2006/2008	28,4	71,4
2007/2009	23,9	75,6
2008/2010	23,4	75,3

³ Bron: CBS, 2012.

[Http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-2,23-44&D2=a&HD=120104-2121&HDR=T&STB=G1](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-2,23-44&D2=a&HD=120104-2121&HDR=T&STB=G1) (assessed 4 January 2012).

⁴ Deze aantallen zijn schattingen gebaseerd op een nationale bevraging; de standaard fout voor alle jaren is 1,7. Dus het 95% betrouwbaarheids- interval gaat van 3,332 boven en onder de gerapporteerde waarde.

verdoxing. Andere tendensen betreffen een toename in inleiden en bijstimuleren van de baring (28,8 in 2003 versus 35 in 2008) en een dalend aantal geboorten in de eerste lijn (36,2 in 2000 versus 32,7 in 2008)^[4].

In Vlaanderen blijft verloskundige zorg sterk gestandaardiseerd en gemedicaliseerd. Desalniettemin zet zich rond de overgang naar de 21ste eeuw een daling in voor sommige interventies. Bijvoorbeeld, inleidingen zijn gedaald sinds 2000 (van 31,9% in 1999 tot 24,2% in 2009) en episiotomieën daalden van 68,2% in 2001 tot 55,1% in 2009. Ook het aantal forceps- en vacuümverlossingen daalden, maar deze daling is geassocieerd met een toename in het aantal sectio's (resultierend in een netto daling van het aantal vaginale bevallingen zonder interventies van 0,6% tussen 2000 en 2009). Het percentage thuisbevallingen is stabiel gebleven rond 1%. Anderzijds is het gebruik van epidurale verdoxing wel sterk gestegen van 32% in 1991 tot 66,5% in 2009.

Tussenlandelijke vergelijking

Bij de tussenlandelijke vergelijking van de officiële perinatale statistieken kwamen we een aantal problemen tegen zoals een verschillende manier van tellen of het hanteren van verschillende definities. Voor een bespreking hiervan verwijzen we u naar de publicatie in *Midwifery* 2013^[1].

Thuisbevallingen (1994-2008)

In de periode tussen 1994 en 2010 is het percentage thuisbevallingen in Nederland gedaald van 34,1 tot

23,4% (Tabel 1). In Vlaanderen beschikken we over cijfers van 2000 tot 2009 en tijdens die periode bleef het aantal thuisbevallingen stabiel rond 1%. Verklaringen voor de daling in Nederland kunnen gezocht worden in een veranderende houding tegenover geneeskunde in het algemeen: het gebruik van medicijnen zowel met als zonder voorschrift is eveneens toegenomen^[14] en Nederlanders staan meer open voor de interveniërende benadering in de geneeskunde, bijvoorbeeld ambulante operaties namen toe van 238 naar 430 per 10.000 inwoners tussen 1995 en 2009^[5].

Epidurale verdoxing

Cijfers met betrekking tot epidurale verdoxing zijn voor Nederland enkel beschikbaar voor de periode van 2003 tot 2008. In 2008 lagen de Nederlandse en Vlaamse cijfers met 56 percentage punten uit elkaar (67,4% in Vlaanderen en 11,3% in Nederland) (Tabel 2). Deze verschillen kunnen niet verklaard worden door verschillen in de klinische richtlijnen in beide landen.

In Vlaanderen werd in de klinische richtlijnen^[15] opgenomen dat de vrije keuze van zwangeren met betrekking tot pijnstilling gerespecteerd moet worden. Daar wordt aan toegevoegd dat vrouwen geïnformeerd moeten worden over de gevolgen van epidurale verdoxing, zoals meer frequente monitoring en beperkte bewegingsvrijheid. Tenslotte bevelen de richtlijnen aan dat zorgverstrekkers altijd een verzoek om epidurale tijdens de baring zouden inwilligen ongeacht het stadium van ontsluiting.

Tabel 2. Percentage epidurale verdoxing in Vlaanderen en Nederland (1991-2009)¹

Jaar	Vlaanderen ²			Nederland ³		
	Eerstbarenden	Meerbarenden	Totaal	Eerstbarenden	Meerbarenden	Totaal
1991			30,8			
1992			33,7			
1993			39,0			
1994			42,4			
1995			46,8			
1996			50,1			
1997	62,0	41,4	53,3			
1998	65,4	44,1	56,5			
1999	68,3	47,4	59,7			
2000	68,3	47,9	60,0			
2001	68,7	49,3	58,0			
2002	69,2	49,7	58,5			
2003	69,7	50,7	59,3	7,1	2,2	4,4
2004	66,9	48,4	57,1	8,2	2,4	5,0
2005	68,5	50,3	58,8	9,5	2,9	5,8
2006	70,7	51,6		11,5	3,4	6,9
2007	70,9	51,6		13,6	4,0	8,2
2008	71,5	52,6		16,0	5,0	9,8
2009	71,0	51,7				

¹ Kunstverlossingen inbegrepen.

² Bron: SPE, Perinatale activiteiten in Vlaanderen (jaarrapporten 1991 – 2009)

³ Bron: PRN, Perinatale zorg in Nederland (jaarrapporten 2003-2008)

In Nederland werd een richtlijn over farmaceutische pijnstilling geformuleerd in 2008^[16]. De Nederlandse richtlijnen gelijken sterk op de Vlaamse maar zijn meer gedetailleerd. Elke barende vrouw moet op haar verzoek toegang hebben tot een adequate vorm van pijnstilling. Net zoals in de Vlaamse richtlijnen wordt ook aanbevolen vrouwen te informeren over de gevolgen, maar de lijst van gevolgen is in Nederland uitgebreider: een langer ziekenhuisverblijf, een grotere kans op gebruik van oxytocine, kunstverlossing, hypotensie, locomotieve blokkage, en urineretentie. Nederlandse zorgverleners worden eveneens aangemoedigd om het verzoek om epidurale analgesie in te willigen ongeacht het stadium van ontsluiting. Het effect van de Nederlandse richtlijnen kan nog niet bepaald worden aangezien er nog geen data beschikbaar is voor 2009 en 2010. Echter, het algemeen gevoel onder verloskundigen en gynaecologen is dat het gebruik van epidurale sterk stijgt, een trend die ook voor de nieuwe richtlijnen al duidelijk was, met een 100% toename tussen 2003 en 2008.

Episiotomie

Het aantal episiotomieën in Nederland is enkel beschikbaar voor de jaren 2007 en 2008. Voor Vlaanderen zijn ze beschikbaar vanaf 2001. De percentages in Vlaanderen zijn enkel gebaseerd op de vaginale bevallingen, terwijl ze in Nederland berekend worden met alle geboorten in de noemer. Om ze vergelijkbaar te maken hebben we de Nederlandse cijfers herberekend met de vaginale bevallingen in de noemer. Hoewel er een duidelijk verschil is in het aantal episiotomieën in Vlaanderen en Nederland, met bijna 30% meer in Vlaanderen, is er toch een dalende tendens in Vlaanderen, vooral bij multiparae (Tabel 3). Dit verschil is moeilijk te verklaren. De klinische richtlijn voor laagrisico bevallingen in Vlaanderen^[15] adviseert

tegen het routinematig gebruik van episiotomie bij laagrisico bevallingen, maar beveelt het aan voor kunstverlossingen of een vermoeden van foetale nood. In Nederland zijn er geen algemene richtlijnen over het gebruik van episiotomie. Er is wel een richtlijn over kunstverlossingen waarin staat dat een episiotomie best overwogen wordt vooral bij de forcipale extractie (tegenover vacuüm extractie)^[17]. Handboeken die gebruikt worden in de opleiding van studenten genees- en verloskunde raden een beperkt gebruik van episiotomie aan, voornamelijk bij fysiologische geboorten^[18]. Het is mogelijk dat het hoger percentage epidurale analgesie in Vlaanderen bijdraagt tot een hoger percentage episiotomie: epidurale verdoving is geassocieerd met een langere uitdrijvingsfase, wat op haar beurt gerelateerd is aan het gebruik van episiotomie en kunstverlossingen^[19].

Inleidingen

De officiële perinatale statistieken voor inleidingen in beide landen tonen een interessant patroon: inleidingpercentages waren vrij stabiel tijdens de jaren '90, in Nederland rond 17% en in Vlaanderen rond 30%, maar vanaf 2003 vinden we een toename in Nederland en een daling in Vlaanderen. Het is evenwel zo dat de Nederlandse cijfers inleiden en bijstimuleren samen nemen, terwijl de Vlaamse cijfers exclusief over inleiden gaan. Voor inleidingen apart hebben we slechts Nederlandse cijfers voor 2008. In dat jaar lag het percentage inleidingen op 15,5%^[4]. Dus deze data staan geen zuivere vergelijking toe tussen landen, maar we kunnen wel kijken naar veranderingen binnen landen. Inleidingen in Vlaanderen zijn gedaald van 30,0% in 2003 tot 25,3% in 2008, in Nederland was er een stijging in het gebruik van oxytocine tijdens de baring, zowel voor inleiden als bijstimuleren, van 23,1% in 2003 tot 29,5% in 2008^[4].

Tabel 3. Percentage episiotomieën in Vlaanderen en Nederland (1991-2009)¹

Jaar	Vaginale bevallingen in Vlaanderen ¹			Vaginale bevallingen in Nederland ²		
	Eerstbarenden	Meerbarenden	Totaal	Eerstbarenden	Meerbarenden	Totaal
2001	82,20	56,30	68,20			
2002	81,30	51,80	65,40			
2003	79,60	49,10	63,00			
2004	79,20	47,60	62,40			
2005	78,20	47,40	61,10			
2006	78,10	43,10	59,40			
2007	76,50	41,80	57,80	47,00	14,90	29,00
2008	76,00	41,10	57,00	47,80	15,00	29,20
2009	74,80	41,10	55,10			

¹ Bron: SPE, Perinatale activiteiten in Vlaanderen (Jaarverslagen 2000-2009)

² Bron: Berekend aan de hand van PRN (2010,2011). Jaarboek perinatale zorg 2007, 2008.

In Vlaanderen heeft in 2004 prof. dr. M. Temmerman een debat gelanceerd over electieve inleiding in de Vlaamse media. Ze ijverde voor de introductie van een informed consent voor moeders die een inleiding wensen voor andere dan medische redenen, een strategie die de inleidingen in het Universitair ziekenhuis van Gent deden dalen van 33% naar 26%^[20]. Het informed consent werd eveneens geïntegreerd in de richtlijnen voor een goede klinische praktijk voor laagrisico bevallingen, gepubliceerd in 2010^[15]. Bovendien vermelden de richtlijnen dat een inleiding om niet medische redenen niet aanbevolen wordt tussen 37 en 41 weken zwangerschap. Na 41 weken zwangerschap is het aanvaardbaar om de baring in te leiden.

Het is onduidelijk waarom het aantal inleidingen en bijstimulaties gestegen is in Nederland. Het zou het resultaat kunnen zijn van de campagne die in 2002 werd gestart om de 'preventive support of labour' te promoten^[21]. Aan de hand van een handleiding voor verloskundigen en gynaecologen werden strikte regels (een centimeter ontsluiting per uur te rekenen vanaf de start van de baring) voor het verloop van het ontsluitingstijdperk opgelegd, wat het bijstimuleren voor vrouwen die hier niet aan beantwoorden aanmoedigt.

Besluit

Wat kunnen we besluiten over deze internationale vergelijking? Geboorte blijft een gemedicaliseerde gebeurtenis in Vlaanderen en Nederland blijft een uitzondering in de Westerse wereld met een hoog aantal thuisbevallingen en relatief lage interventie cijfers. Echter de laatste jaren lijkt het er wel op dat de medicalisering van geboorte nu ook de wensen en ervaringen van Nederlandse vrouwen beïnvloedt. ■

Literatuur

- Christiaens W, Nieuwenhuijze MJ, Vries R de. Trends in the medicalisation of child-birth in Inleidingen Flanders and the Netherlands, *Midwifery* 2013; 29 (1): e1-8, doi: 10.1016/j.midw.2010.08.010
- Wiegers TA, Zee J van der, Kersters JJ, Keirse MJNC. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in The Netherlands. *Social Science & Medicine* 1998; 46, 1505-1511.
- Jonge A de, Goes BY van der, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Home birth: as safe as in hospital? *BJOG* 2009; 116 1685-1686.
- Perinatale Registratie Nederland (PRN), 2006, 2008, 2011. Perinatale zorg in Nederland 2003, 2005, 2008. PRN, Bilthoven.
- CBS, 2008. Plaats van bevalling. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-1,45-48&D2=0,5-1&HD=110413-1418&HDR=G1&STB=T>. Accessed June 2012.
- Gilleir C. Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit (Home birth in Flanders: a matter of reflexivity). *Tijdschrift voor Sociologie* 2007; 28, 25-51.
- Klink A. Ketenzorg zwangerschap en geboorte (Continuous care pregnancy and childbirth). Brief aan de 2e kamer. Den Haag 2008: Ministry of Health.
- Klink A. Antwoorden op de vragen van Kamerlid Arib (PvdA) over de noodzaak om de verloskundige zorg radicaal te veranderen. (Answers to questions of MP Arib

- (Labour Party) about the necessity to radically change the maternity care system). Den Haag 2010: Ministry of Health.
- Conrad P. Medicalization and social-control. *Annual Review of Sociology* 1992; 18, 209-232.
 - Oakley A, Houd S. *Helpers in childbirth: midwifery today*. Hemisphere Publishing Corporation 1990, London.
 - Oakley A. Social-Consequences of Obstetric Technology - the Importance of Measuring Soft Outcomes. *Birth-Issues in Perinatal Care* 1983; 10, 99-108.
 - Martin E. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press 2001, Boston.
 - Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal* 2002; 324, 892-895
 - Swinkels H. *Trendcijfers Gezondheids- enquête 1981-2009, Gebruik geneeskundige Voorzieningen, gezondheidsindicatoren en leefstijl*. Centraal Bureau voor de Statistiek 2011, Den Haag.
 - Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen. *Good Clinical Practice (GCP)*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2010, Brussel. KCE Reports 139A. D/2010/10.273/62.
 - NVA, NVOG, 2008. Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. http://www.knov.nl/docs/uploads/richtlijn_pijnbehandeling_bij_de_paretus_def_091208.pdf.
 - NVOG, 2005. *Vaginale kunstverlossing*. http://nvogdocumenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectTG_62=75&fSelectedSub=62&fSelectedParent=75.
 - Prins M, Roosmalen J van, Scherjon S, Smit Y. De normale baring. In: *Praktische verloskunde*. Bohn, Stafleu, van Loghum 2009, Houten.
 - Newman MG, Lindsay MK, Graves W. The effect of epidural analgesia on rates of episiotomy use and episiotomy extension in an inner-city hospital. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 2001; 10, 97-101.
 - Mortier A, Verstraelen H, Temmerman M. Minder geïnduceerde bevallingen dankzij een informed consent: een interventiestudie in het UZ Gent. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 2006; 12, 10-14.
 - Reuwer PJHM, Bruinse JW. Preventive support of labour, een uitdaging voor verloskundigen, gynaecologen en beleidsmakers (Preventive support of labour, a challenge to midwives, obstetricians and policymakers). Van Zuiden Communications BV 2002, Alphen aan de Rijn.

Tijdschrift voor Verloskundigen

Altijd in ontwikkeling

Eind augustus vergadert de redactie van dit tijdschrift met de directie en een vertegenwoordiging van het bestuur en de afdeling Communicatie over de verdere groei, ontwikkeling, mogelijkheden en kansen voor uw tijdschrift. Ook zal een nieuw beleidsplan, opnieuw voor vijf jaar het licht zien en zal ook u geraadpleegd worden over uw ideeën over uw tijdschrift.

Hebt u nu al suggesties?

Laat ze horen en mail ze naar tvv@knov.nl. Reken niet gelijk op een reactie, want in de maand juli zijn we lekker met vakantie, maar in augustus pakken we het zeker op! ■