

# Integratie van zorg tijdens de baring: de INCAS-studie

Suze Jans, Hilde Perdok, Ben Willem Mol, Ank de Jonge

## Introductie

Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners tijdens zwangerschap en bevalling krijgt veel aandacht zowel bij betrokken beroepsgroepen als in de media<sup>[1-4]</sup>. Een betere integratie van beide lijnen kan mogelijk ongunstige geboorte-uitkomsten verlagen, ervaringen van vrouwen rondom de bevalling verbeteren, onnodige interventies tegengaan en stijgende kosten van de gezondheidszorg beperken.

Verloskundigen in de eerste lijn hebben een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de zorg aan vrouwen met een laag risico op complicaties. Op basis van de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) wordt overlegd met of verwezen naar de tweede lijn<sup>[5]</sup>.

De meeste verwijzingen tijdens de baring, zijn non-urgente maar wel onmiddellijke verwijzingen naar de tweede lijn zoals noodzaak tot pijnstilling, niet-vorderende ontsluiting of uitdrijving en meconiumhoudend vruchtwater. Deze niet-urgente verwijzingen stegen van 28,7% in 2000, naar 40,7% in 2008 voor primipara en van 10,5% naar 16,5% voor multipara in dezelfde periode<sup>[6]</sup>. De afgelopen jaren zijn steeds meer vrouwen geïntegreerd als 'hoog-risico zwangere'<sup>[13]</sup>. Echter, veel verwijzingen durante partu hebben slechts een matig verhoogd risico op complicaties voor moeder en kind en vallen in een zogenaamd 'grijs gebied'. In 2010 betrof 58% van alle verwijzingen een matig verhoogd risico zoals pijnstillingsverzoek, langdurig gebroken vliezen, meconiumhoudend vruchtwater of een niet vorderende ontsluiting<sup>[14]</sup>.

In veel ziekenhuizen nemen klinisch verloskundigen de zorg voor deze barenden over. Ruim 80% van de ziekenhuizen in Nederland heeft momenteel klinische verloskundigen in dienst<sup>[11]</sup>. Deze klinisch verloskundigen begeleiden in toenemende mate bevallingen in het ziekenhuis. In 1998 werd 8% van de bevallingen in het ziekenhuis door hen begeleid en in 2007 was dit percentage gestegen tot ruim 26%<sup>[12]</sup>.

Discontinuïteit van zorg tijdens de baring, als gevolg van deze verwijzingen, heeft een aantal nadelen. Tijdens de overdracht kan belangrijke informatie verloren gaan, wat kan leiden tot gevaarlijke situaties zoals een risico op een anafylactische shock omdat een allergie voor penicilline niet was overgedragen. Vrouwen, die vanwege een complicatie durante partu overgedragen zijn, kijken bovendien

## Samenvatting

Het percentage verwijzing van de eerste- naar de tweedelijns zorg tijdens de baring is in Nederland in de afgelopen jaren flink gestegen. De meeste verwijzingen tijdens de baring zijn verwijzingen met een matig verhoogd risico. De zorg voor deze vrouwen wordt voornamelijk door tweedelijns verloskundigen gegeven. De INCAS-studie onderzocht de achtergrond van deze verwijzingen, bevorderende en belemmerende factoren voor een geïntegreerd zorgmodel tijdens de baring en aan welke voorwaarden een optimaal model zou moeten voldoen evenals de karakteristieken en voorwaarden voor een dergelijk model. Deze multi-method studie bestond uit dossieronderzoek, een Delphi-studie, interviews, focusgroepen en een vragenlijst. De uitkomsten laten zien dat de meeste vrouwen, verwezen tijdens de baring, spontaan bevallen. Verloskundige hulpverleners zijn het met elkaar eens dat integratie van verloskundige zorg van belang is. Er is echter gebrek aan consensus hoe een dergelijk model vormgegeven zou moeten worden. Deelnemers zijn het er over eens dat continuïteit van essentieel belang is en dat de cliënte meer centraal moet staan tijdens de zorg waarbij de gezondheid en het welbevinden van de zwangere leidend is.

Dr. Suze Jans, verloskundige/onderzoeker, werkzaam bij de KNOV; drs. Hilde Perdok, verloskundige/onderzoeker, werkzaam bij het College Perinatale zorg; prof. dr. Ben Willem Mol, perinatoloog, werkzaam op de afdeling Verloskunde van het AMC; dr. Ank de Jonge, verloskundige/onderzoeker, werkzaam op de afdeling Midwifery Science, AVAGIEMGO+ Instituut, VU medisch centrum, Amsterdam.  
Correspondentieadres: sjans@knov.nl

Dit artikel wordt deze maand eveneens gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG)

gemiddeld negatiever terug op hun bevalling dan vrouwen die niet verwezen zijn<sup>[7]</sup>. Continue begeleiding tijdens de bevalling leidt tot minder kunstverlossingen en minder pijnstilling<sup>[8]</sup>. Tevens zijn vrouwen tevredener over hun bevallingservaring als ze de hulpverlener kennen<sup>[9]</sup>. Indien eerstelijns verloskundigen de verantwoordelijkheid voor de zorg voor vrouwen met een matig verhoogd risico op zich zouden kunnen nemen in een meer geïntegreerd zorgmodel, zou het aantal verwijzingen aanzienlijk kunnen dalen en de continuïteit en doelmatigheid van zorg kunnen verbeteren.

De multidisciplinaire stuurgroep 'Zwangerschap en Geboorte' heeft in januari 2010 het advies 'Een goed begin' uitgebracht<sup>[4]</sup>. Dit advies bevat aanbevelingen om tot verbeteringen in de verloskundige zorgverlening te komen. Voor vrijwel alle genoemde aanbevelingen is een

- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor het integreren van eerste- en tweedelijns verloskundige zorg tijdens de baring voor zwangeren met een zogenaamd matig verhoogd risico?

Vervolgens is een implementatiestrategie ontwikkeld voor het integreren van verloskundige zorg.

### Methodiek

De studie bestaat uit vier substudies met verschillende methodes: Een retrospectief cohortonderzoek met behulp van 600 patiëntendossiers uit zes ziekenhuizen, gekozen op basis van landelijke spreiding. Een Delphi-studie in drie rondes waarin de mening is gevraagd aan 50 verloskundige hulpverleners (gynaecologen, eerstelijns en klinisch verloskundigen en obstetrisch verpleegkundigen). Vervolgens is een interview- en focusgroepstudie

**Tabel 1.** Dossieronderzoek: Modus partus onder vrouwen die durante partu verwezen zijn

Verwijsindicatie	Aantal verwijzingen	Normale vaginale partus n (%)	Kunstverlossingen n (%)	Vacuüm – of forcipale extractie n (%)	Section (%)
Matig verhoogd risico (pijnstilling, meconium houdend vruchtwater, niet vorderende ontsluiting, langdurig gebroken vliezen)	494	343 (69,4)	151 (30,6)	97 (19,6)	60 (12,1)
Niet vorderende uitdrijving of foetale nood	90	40 (44,4)	50 (55,6)	47 (52,2)	6 (6,7)
Overige reden voor verwijzing	16	11 (68,8)	5 (31,2)	2 (12,5)	3 (18,8)
<b>Totaal</b>	<b>600</b>	<b>394 (65,7)</b>	<b>206 (34,3)</b>	<b>146 (24,3)</b>	<b>69 (11,5)</b>

NB: 9 vrouwen kregen na een poging tot een vaginale kunstverlossing alsnog een SC.

NB2: Vrouwen kunnen meer dan één reden voor verwijzing hebben.

goede samenwerking tussen de betrokken partijen een absolute voorwaarde.

### INCAS-studie

De afdeling Midwifery Science van de Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen (AVAG) en VU medisch centrum heeft het afgelopen jaar in samenwerking met het Academisch Medisch Centrum (AMC) een onderzoek uitgevoerd naar integrale zorg tijdens de baring.

### Doelstellingen

De INCAS-studie is opgezet om te onderzoeken wat bevorderende en belemmerende factoren zijn voor zorgverlening met een geïntegreerd model en aan welke voorwaarden een optimaal model voor geïntegreerde zorg tijdens de baring moet voldoen. De verwachting is dat de uitkomsten relevant zullen zijn voor de gehele verloskundige zorg.

De volgende onderzoeksvragen werden met behulp van deze studie beantwoord:

- Wat zijn de karakteristieken van een optimaal model voor geïntegreerde verloskundige zorg tijdens de baring?

uitgevoerd onder 35 stakeholders (kraamzorgorganisaties, zorgverzekeraars, opleiders), gynaecologen en verloskundigen. Het project werd afgerond met een online vragenlijstonderzoek onder een willekeurige steekproef van 400 verloskundigen en 942 gynaecologen. Tevens is er een globale economische analyse uitgevoerd op basis van de resultaten van het dossieronderzoek.

Resultaten zijn weergegeven als aantallen en percentages voor categorische variabelen. Voor continue variabelen zijn gemiddelden, mediane waarden en range weergegeven. Met de chi-kwadraattoets zijn verschillen tussen groepen getoetst. Een p-waarde van < 0,05 geeft een statistisch significant verschil aan.

Alle vragenlijsten en protocollen zijn uitgebreid besproken in de multidisciplinaire projectgroep, voordat ze in de verschillende substudies zijn uitgezet.

Kwantitatieve data zijn geanalyseerd in SPSS® versie 19.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

Kwalitatieve data zijn geanalyseerd met behulp van softwarepakket Atlas.ti® versie 5.2.

Data zijn verzameld van december 2011 t/m maart 2013.

## Resultaten

Het grootste deel van de verwezen vrouwen uit het dossieronderzoek (87%) werd verwezen tijdens de ontsluitingsfase. Van de gehele groep in de dossierstudie (n=600) kreeg 37% epidurale pijnstilling, 24% een vaginale kunstverlossing en 12% een sectio caesarea (zie tabel 1).

Het aantal consulten en overdrachten aan de kinderarts verschilde sterk per ziekenhuis. Van de totale groep werd 18% van de pasgeborenen direct post partum overgedragen aan de kinderarts, 12% van deze kinderen werd opgenomen ter observatie zonder dat er zich complicaties voordeden (zie tabel 2). Een Apgar-score lager dan of gelijk aan zeven bij vijf minuten kwam voor bij 2,7% van alle pasgeborenen in de onderzochte groep. Van de verwijzingen durante partu eindigde 63% in een

kunnen worden door de klinische verloskundigen.

Eerstelijns verloskundigen zijn bereid om een aantal van deze taken over te nemen, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, maar deze mening werd niet gedeeld door de andere beroepsgroepen.

Deelnemers aan de kwalitatieve studie (interviews en focusgroepen) gaven aan voorstander te zijn van een integraal verloskundig zorgmodel tijdens de baring om continuïteit van zorg te verbeteren. De thema's *cliënt centraal; zorgverlener volgt patiënt versus ketenzorg* en *juiste competenties* kwamen uit de studie naar voren als basiskarakteristieken van een integraal zorgmodel tijdens de baring.

Stakeholders spraken hun zorgen uit over de tegenstrijdige belangen van betrokken beroepsgroepen. Deelnemers vonden het belangrijk dat de cliënte centraal staat in de

**Tabel 2. Complicaties kind; reden overdracht kinderarts**

Verwijsindicatie	Aantal partus n	(Verdenking) infectie n (% van subgroep)	Asfyxie n (% van subgroep)	Ter observatie (zonder complicatie) n (% van subgroep)	Anders n (% van subgroep)	Totaal aantal overdrachten kinderarts n (% van subgroep)
Pijnstilling	183	11 (6,0)	2 (1,1)	20 (10,9)	5 (2,7)	38 (20,8)
Totaal mec.h.vr.w.	152	1 (0,7)	1 (0,7)	17 (11,2)	5 (3,3)	24 (15,8)
Totaal NVO	84	4 (4,8)	-	6 (7,1)	-	10 (11,9)
Totaal langdurig gebroken vl.	75	2 (2,7)	-	22 (29,3)	-	24 (32)
Totaal NVU	57	-	2 (3,5)	3 (5,3)	1 (1,8)	6 (10,5)
Totaal Foetale nood	33	-	-	3 (9,1)	-	3 (9,1)
Reden verwijzing anders	16	-	1 (6,3)	1 (6,3)	-	2 (12,5)
Totaal	600	18 (3,0)	6 (1,0)	72 (12)	11 (1,8)	107 (17,8)

spontane vaginale bevalling waarbij geen MBO of STAN werd verricht. Voor deze groep vrouwen zou integrale zorg in de vorm van begeleiding door eigen eerstelijns verloskundige, een optie kunnen zijn.

Tijdens de economische evaluatie is van de volgende aannames uitgegaan: in een integraal zorgsysteem kunnen deze bevallingen volledig begeleid worden door de eerstelijns verloskundige. Bij de overige bevallingen (37%) zal alsnog een verwijzing naar de tweede lijn plaatsvinden. De evaluatie liet zien dat de zorg goedkoper uit zou kunnen vallen indien de eerstelijns verloskundige de baring blijft begeleiden.

In de Delphi-studie werd van de 128 stellingen in 51% na drie rondes consensus bereikt (n=65). De respondenten gaven aan dat zij onder de juiste omstandigheden graag in een geïntegreerd verloskundig zorgsysteem wilden werken (72%, consensus na eerste ronde). Wat betreft de rolverdeling van de betrokken verloskundige hulpverleners vonden deelnemers dat veel taken uitgevoerd

verloskunde: De zorgverlener zou de cliënte moeten volgen in plaats van andersom waarbij het belangrijk is dat zorgverleners de juiste competenties hebben in een integraal zorgmodel. Als bedreigingen worden de financieringsstructuur en angst voor verlies van autonomie genoemd. De mogelijkheid tot herziening van de financieringsstructuur wordt echter ook als kans gezien.

De vragenlijst werd ingevuld door 181 verloskundigen en 242 gynaecologen. De respons-rate was 33%. Binnen deze groep deelnemers werden een uiteenlopende visie (66,4%) en de huidige financiële prikkels (71,8%) en belangen (71,5%) gezien als belangrijkste belemmeringen voor de invoering van een integraal verloskundig zorgsysteem tijdens de baring. Het elektronisch dossier (98,1%); de zorg rond de cliënte in teams organiseren (86,2%); persoonlijke continuïteit (81,6%) en voldoende praktijkervaring met bevallingen met een moderate risk onder eerstelijns verloskundigen (67,1%) vond men de belangrijkste bevorderende implementatiefactoren.

Volgens de respondenten zou een zorgverlener gemiddeld 80 CTG's gezien moeten hebben alvorens deze adequaat te kunnen beoordelen en 61 partus met CTG-registratie per jaar begeleid moeten hebben om bekwaam te blijven. De respondenten vonden de klinisch verloskundige de

rijk punt van aandacht. De verwachting is dat integratie van verloskundige zorg zal stuiten op structurele en culturele problematiek, waardoor het proces complex en onvoorspelbaar zal zijn.

In samenwerking met het Athena Instituut van de Vrije

## De cliënt centraal gaat om het welbevinden en de gezondheid van de cliënt zoals de cliënt dit ervaart. In samenspraak met de betrokken hulpverleners wordt een plan gemaakt om de best mogelijke zorg te verlenen.

meest geschikte zorgverlener bij de verschillende moderate risk indicaties, al dan niet werkend onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. De eerstelijns verloskundigen gaven aan bereid te zijn tot taakuitbreiding.

### Discussie en conclusie

Veel vrouwen die verwezen worden tijdens de baring bevallen spontaan. Dit biedt mogelijkheden om integrale zorg in te voeren. De INCAS-studie laat zien dat verloskundige hulpverleners het met elkaar eens zijn dat integratie van verloskundige zorg van belang is om de continuïteit in de zorg te verbeteren. Zij vinden dat de cliënte meer centraal moet staan tijdens de zorg waarbij een goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn van essentieel belang is.

Uit de studie komt naar voren dat een optimaal model voor geïntegreerde verloskundige zorg tijdens de baring bestaat uit een model waarbij maximale continuïteit van zorg wordt gegarandeerd. Hierbij zijn de gezondheid en het welbevinden van de cliënte leidend. De zorg is georganiseerd in teams van goed samenwerkende verloskundige zorgverleners die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de regionale zorgverlening. De zorg kan worden uitgevoerd op basis van professionele en financiële autonomie, al dan niet georganiseerd vanuit één organisatie en met gebruik van een elektronisch dossier. Op basis van de bestaande literatuur kan worden geconcludeerd dat het aantal medische interventies mogelijk vermindert indien meer continuïteit wordt geboden [19]. Aangezien deze veronderstelling is gebaseerd op buitenlandse literatuur, het aantal interventies in Nederland toch al klein is en afhankelijk is van regionaal beleid<sup>[14, 22]</sup>, blijft dit een onzekere factor die nader onderzocht dient te worden.

Deelnemers aan de verschillende substudies vinden het lastig om een integraal zorgsysteem vorm te geven. Het gebrek aan consensus hierover onder stakeholders is een belang-

rijk punt van aandacht. De verwachting is dat integratie van verloskundige zorg zal stuiten op structurele en culturele problematiek, waardoor het proces complex en onvoorspelbaar zal zijn. In samenwerking met het Athena Instituut van de Vrije Universiteit, is daarom gekozen voor *Reflexive Monitoring in Action* (RMA) als implementatie- en onderzoeksmethode die rekening houdt met deze aspecten<sup>[29]</sup>. RMA is een vorm van *participatory action research strategy* waarbij deelnemers actief deelnemen aan het veranderingsproces dat daarbij constant geëvalueerd wordt. De resultaten van de evaluatie worden vervolgens meteen meegenomen waardoor een cyclisch proces ontstaat. Verloskundige hulpverleners en cliënten dragen actief

## INCAS-projectgroep

Dr. Ronald Batenburg, programmaleider NIVEL, Utrecht; Siep de Boer, gynaecoloog Antonius Ziekenhuis Zuidwest Friesland, Sneek; dr. Jeroen van Dillen, gynaecoloog, UMC Nijmegen; Corrie Hartog, O&G verpleegkundige; dr. Suze Jans, senior verloskundige onderzoeker AVAG / EMGO Instituut VUmc, Amsterdam; dr. Ank de Jonge, senior verloskundige onderzoeker AVAG / EMGO Instituut VUmc, Amsterdam; dr. Anne van Kempen, kinderarts OLVG Amsterdam; prof. dr. Ben Willem Mol, gynaecoloog AMC, Amsterdam; Marianne Nieuwenhuijze MPH, verloskundige/onderzoeker Academie Verloskunde, Maastricht; drs. Pien Offerhaus, verloskundige/beleidsmedewerker KNOV, Utrecht; Hilde Perdok, MSc., verloskundige/onderzoeker AVAG / EMGO Instituut VUmc; dr. Marlies Rijnders, verloskundige/onderzoeker TNO, Leiden; dr. Corine Verhoeven, verloskundige Maxima Medisch Centrum Veldhoven; drs. Rachel Verweij, Het Ouderschap; dr. Trees Wiegers, senior onderzoeker/epidemioloog NIVEL, Utrecht.

Dit project werd gefinancierd door ZonMw

bij aan structurele veranderingen die tevens getoetst worden. Dit voorkomt dat veranderingen slechts van hoger hand worden ingevuld wat de implementatie van vernieuwende zorg kan verhinderen.

Een aantal regio's heeft aangegeven enthousiast te zijn om aan de slag te gaan. Een projectgroep is inmiddels opgericht en werkt samen met deze regio's aan de voorbereidingen voor pilots in een vervolgproject dat INCAS-2 is genoemd.

Integratie van eerste- en tweedelijns verloskundige zorg tijdens de baring kan een dringende maatschappelijke behoefte vervullen om bevallingsuitkomsten en bevallingservaringen van vrouwen te verbeteren. De uitkomsten van INCAS zullen hopelijk bijdragen aan de landelijke discussie over hoe de Nederlandse verloskundige zorg van de toekomst eruit zou moeten zien en zal stakeholders ondersteunen om de goede aspecten van het Nederlandse systeem te versterken en verbeteringen aan te brengen daar waar nodig.

### Dankwoord

De auteurs willen de leden van de projectgroep hartelijk danken voor hun inzet en bijdrage aan het INCAS-project. Tevens willen zij hun dank uitspreken naar alle verloskundige hulpverleners die hebben deelgenomen en/of hebben meegewerkt bij de totstandkoming van dit project. ■

### Stelling:

Ervaringen en welbevinden van vrouwen met de zwangerschap, baring en kraambed zouden altijd als belangrijkste uitkomst moeten worden gezien, omdat perinatale uitkomsten hierin automatisch zijn opgenomen.

*Marlies Rijnders, 2011*

### Referenties

1. Boesveld-Haitjema I, Waelput A, Eskes M, Wiegers T. Stand van zaken Verloskundige Samenwerkingsverbanden. *TvV* 2008 Feb;(2).
2. Dool P van den. Gynaecologen: betere samenwerking met verloskundigen nodig. *NRC Handelsblad* 2011 Apr 9.
3. NVOG. Integrale Verloskundige Zorg in Nederland. Een stap verder. *Visie NVOG*. 3-3-2011. [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl). Laatst bekeken 01-06-2013.
4. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. *Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. 2009.
5. CVZ. Verloskundig Vademecum 2003. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor Zorgverzekeren. Diemen: CVZ; 2003.
6. Offerhaus PM, Hukkelhoven CW, Jonge A de, Pal K van der, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Persisting Rise in Referrals During Labor in Primary Midwife-led Care in The Netherlands. *Birth* 2013;40(3):192-201.
7. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Pal K van der, Prins M, Green J, Buitendijk S. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008 Jun;35(2):107-16.
8. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD004667.
9. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:18.
10. NVOG, KNOV. Standpunt Verlengde arm constructie. Versie 1.0. 28-6-2007. [www.knov.nl](http://www.knov.nl). Laatst bekeken 01-06-2013.
11. Hingstman L, Kenens R, Wiegers T. Sterke groei aantal klinisch werkende verloskundigen. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 36[10], 11-14. 2011.
12. Wiegers TA, Hukkelhoven CW. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:80.
13. Amelink-Verburg MP, Rijnders ME, Buitendijk SE. A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. *BJOG* 2009 Jun;116(7):923-32.
14. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2010. 2013.
15. Schippers E. Zorg rond zwangerschap en geboorte. *Brief*, 32 279. (2012). [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl). Laatst bekeken 18-07-2013.
16. Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA). Bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het stimuleren van samenwerking. 2012 Jun.
17. Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS Statline. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-2,4-5,24-25&D2=a&HD=110421-1123&HDR=T&STB=G1>
18. Cronie D, Rijnders M, Buitendijk S. Diversity in the scope and practice of hospital-based midwives in the Netherlands. *J Midwifery Womens Health* 2012 Sep;57(5):469-75.
19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
20. Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC (red). Systematiek en toepassing van de kwalitatieve survey. In: *Kwalitatief onderzoek*. NHG / Bohn Stafleu van Loghum uitgevers, Houten. 2007.
21. NIVEL Databank beroepsgroepen. [www.nivel.nl/databank](http://www.nivel.nl/databank) 2013. Laatst bekeken 13-06-2013.
22. Heres MH, Pel M, Elferink-Stinkens PM, Hemel OJ van, Treffers PE. The Dutch obstetric intervention study-variations in practice patterns. *Int J Gynaecol Obstet* 1995 Aug;50(2):145-50.
23. Bonsel GJ. Signalementstudie 'Zwangerschap en geboorte'. *Lijnen in de Perinatale Sterfte*. 2010.
24. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003 Nov 22;327(7425):1219-21.
25. Verbeeten A. Een EVA voor elke zwangere vrouw. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2010 Mar;3:7.
26. 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. 2008 Apr. 115(5):570-8.
27. Breton M, Haggerty J, Roberge D, Freeman GK. Management continuity in local health networks. *Int J Integr Care* 2012 Jan;12:e14.
29. Mierlo B van, Regeer B, Amstel M van, Arkesteijn M, Beekman V, Bunders J, Cock Buning T de, Elzen B, Hoes A, Leeuwis C. *Reflexive Monitoring in Action. A guide for monitoring system innovation projects*. Amsterdam: Athena Institute; 2010.