

Baart de verloskunde zorg?

Hoe bevalt het Elkerliek?

FMC Delemarre, JHJM van der Avoort, VML Serrarens-Janssen

Inleiding

Begin dit jaar pleitten de gynaecologen Visser en Steegers in Medisch Contact voor herziening van de verloskundige zorg in Nederland²⁾. De belangrijkste redenen die zij hiervoor aandragen zijn het feit dat de perinatale sterfte niet meer tot de laagste van Europa behoort en dat met name sprake is van een hogere aan de baring gerelateerde sterfte buiten kantooruren. De veranderingen die zij voorstaan behelzen o.a. meer care tijdens de bevalling, eerstelijnscentra annex ziekenhuizen, concentratie van 24-uurszorg en de 24/7 aanwezigheid van de gynaecoloog in het ziekenhuis.

Het Elkerliek ziekenhuis

Het Elkerliek ziekenhuis te Helmond is een middelgroot streekziekenhuis met 524 erkende bedden. Jaarlijks bevallen ruim 1300 vrouwen op medische indicatie (ruim 1% van het landelijke totaal klinische partus)⁶⁾. De maatschap bestaat uit zes gynaecologen (5,5 fte); in de onderzochte periode deels vijf gynaecologen (4,75 fte). Op de verloskamers werken tweedelijns verloskundigen in een 24-uurs bezetting. In de onderzochte periode werkten ook deels assistent-geneeskundigen niet in opleiding. Op basis van het aantal bevallingen (rangnummer 37 van de 97 obstetrische afdelingen in

's Avonds en 's nachts gaat op de Nederlandse verloskamers het licht uit (Jan Nijhuis¹⁾)

Tabel 1. Begin van de baring in Elkerliek ziekenhuis in vergelijking tot de landelijke tweedelijns populatie, 2000-2005

	Elkerliek	landelijk	(variatie)	VOKS	(mediaan)
primaire sectio	10 - 14 %*	8 - 11 %*	(0 - 3 %)	P71 - P91	(P86)
inleiding	19 - 25 %*	21 - 25 %*	(1 - 4 %)	P26 - P80	(P40)
spontaan in partu	62 - 69 %*	64 - 69 %*	(0 - 7 %)	P14 - P64	(P47)

(VOKS = verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegeling) * Laagst gemiddelde en hoogst gemiddelde jaarcijfer

Het artikel heeft tot veel commotie geleid binnen de verloskundige wereld maar ook daar buiten. Vanuit diverse beroepsgroepen is kritiek geuit, waarbij de auteurs is verweten in hun analyse stellingen te betrekken zonder deze te onderbouwen^{3,4)}. Voor ons was het artikel een aanleiding om de verloskundige zorg in ons ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis te Helmond, te evalueren over hetzelfde tijdvak als waarover door Visser en Steegers gerapporteerd wordt: de periode 2000 tot en met 2005. We hebben daarbij gebruik gemaakt van LVR-2 cijfers; onze evaluatie richt zich dan ook voornamelijk op de rol van de tweedelijns. Met de bevindingen op basis van deze evaluatie gaan we in dit artikel in op de kritische kanttekeningen die Visser en Steegers maken bij huidige (organisatie van) de verloskundige zorg.

De auteurs zijn gynaecologen en werkzaam in het Elkerliekziekenhuis te Helmond. Correspondentieadres: fdelemarre@elkerliek.nl

Nederland in 2006), de vergelijking met de landelijke LVR-2 cijfers en onze VOKS-percentielen beschouwen wij onze praktijk (cijfermatig) als een modale obstetrische praktijk in Nederland.

Het begin en einde van de baring

In de periode 2000 tot en met 2005 vonden 7868 klinische partus plaats. Hiervan was 12,3 % een primaire sectio caesarea en werd 25,7% van de baringen geïnduceerd. Het percentage primaire sectio caesarea ligt weliswaar structureel hoger dan landelijk, doch wijkt hier maximaal 3 % van af (zie tabel 1). Het percentage inleidingen en spontaan begonnen bevallingen schommelt rond het landelijk gemiddelde.

Het percentage vaginale kunstverlossingen en secundaire sectiones caesareae ligt structureel lager dan landelijk, met als resultaat dat (ondanks het iets hogere aantal primaire sectiones caesareae) het aantal spontane partus

Tabel 2. Einde van de baring in Elkerliekziekenhuis in vergelijking tot de landelijke tweedelijns populatie, 2000-2005

	Elkerliek	landelijk	(variatie)	VOKS	(mediaan)
kunstverlossing	11 - 11 %*	15 - 18 %*	(4 - 7 %)	P2 - P14	(P4,5)
secundaire sectio	10 - 11 %*	12 -14 %*	(1 - 3 %)	P22 - P51	(P38)
spontane partus	65 - 66 %*	59 -61 %*	(4 - 7 %)	P68 - P91	(P83,5)

VOKS = verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegeling) * Laagst gemiddelde en hoogst gemiddelde jaarcijfer

jaarlijks boven het landelijke gemiddelde uitkomt. Bij inleidingen van de baring wordt een verhoogd risico op vaginale kunstverlossingen en secundaire sectiones caesareae verondersteld^[7]. Uit onze data blijkt echter dat de kans op een spontaan einde van de baring groter is na inleiding dan wanneer de zwangere spontaan in partu komt (77,8% versus 73,6%). Hoewel wij hierbij geen pleidooi willen houden voor het inleiden van de bevalling, willen wij met de deze bevinding aangeven dat voorzichtigheid geboden blijft bij de interpretatie van data. Indien men onze cijfers ongenueanceerd interpreteert, zou de mening kunnen postvatten dat (althans in onze regio) men beter ingeleid kan worden dan wachten tot de bevalling zich spontaan aandient, omdat daarbij de kans om zonder (vaginale of abdominale) kunstverlossing te bevallen het grootst is.

Beleid bij pre-eclampsie

Visser en Steegers stellen dat men in Nederland terughoudend zou zijn met het inleiden van de baring in geval van pre-eclampsie. In onze kliniek wordt in geval van toxicose (gedefinieerd als pre-eclampsie, (H)ELLP-syndroom en/of hepatorenaal syndroom bij zwangerschapshypertensie) in principe vanaf 34 weken amenorroe beëindiging van de zwangerschap nagestreefd. Zo zijn in 2006 en 2007 van de 112 casus met toxicose 52 vrouwen voor de 37e zwangerschapsweek bevallen, waarvan 45 in ons eigen ziekenhuis en zeven na overplaatsing naar een perinatologisch centrum in verband met de termijn.

Intrapartum en neonatale sterfte in relatie tot geboortetijdstip

De ophef naar aanleiding van het artikel van Visser en Steegers is vooral ontstaan over de aan de baring gerelateerde sterfte bij kinderen met een amenorroe van 34 weken of meer, welke hoger is in de weekenden en de nachtelijke uren. In hun analyse hebben zij geen ingeleide baringen meegenomen. Hoewel niet beargumenteerd, veronderstellen wij dat dit gebeurd is omdat deze bevallingen veelal plaatsvinden op werkdagen voor 18.00 uur. Uit onze analyse bleek tweederde van de geboorten bij een ingeleide bevalling tussen 8.00 en 18.00 uur plaats te vinden; een kwart in de avond uren (18.00-23.00 uur) en slechts 9.2% in de nachtelijke uren (23.00 – 8.00 uur).

Voor spontaan begonnen bevallingen geldt dat de geboorte in 45,2% van de gevallen tussen 8.00 en 18.00 uur plaatsvindt, 19,3 % in de avonduren en 35,5% tijdens de nacht. Dit komt overeen met de tijdsverdeling over de dag ($10/24 = 41,7\%$ - $5/24 = 20,8\%$ - $9/24 = 33,3\%$). Van de bevallingen in het weekend kwam veruit het merendeel (80%) spontaan op gang, werd 16,0% ingeleid, terwijl het aandeel (weliswaar op een ander tijdstip geplande) primaire keizersnedes 4,1% bedroeg. Op een andere manier geformuleerd: van alle spontane begonnen bevallingen vindt 29,1% in het weekend plaats versus 15,7% van de ingeleide bevallingen. Dit wijkt niet af van andere weekdays.

Tabel 3. Percentage geboorten (exclusief < 34 wkn en primaire sectio's) naar geboortetijdstip, n=6906.

	maandag-vrijdag	weekend
8-18 uur	39,7 % (29,8 %)	11,3 % (11,9 %)
18-23 uur	15,9 % (14,9 %)	4,4 % (6,0 %)
23- 8 uur	20,8 % (20,8 %)	8,0 % (8,3 %)

percentages tussen haakjes betreft de tijdsverdeling over de week (7x24 uur= 168 uur)

Bij de analyse van de perinatale sterfte hebben we ons (evenals in Visser en Steegers) beperkt tot de geboorten vanaf 34 weken amenorroe waarbij geen primaire sectio werd verricht. Tabel 3 laat zien dat de meeste (60%) van deze 6906 geboorten buiten kantooruren plaatsvinden, dat wil zeggen na zes uur 's avonds of in het weekend. Tussen 2000 en 2005 waren er in het Elkerliekziekenhuis 13 gevallen van intrapartum en neonatale sterfte bij een amenorroe \geq 34 weken (tabel 4). In dit cohort van bevallingen bij een amenorrhoe \geq 34 weken en exclusief primaire keizersnedes, bedraagt de intrapartum en neonatale sterfte 1,7%. Wanneer de ingeleide baringen ook worden uitgesloten conform de analyse van Visser en Steegers, dan bedraagt de sterfte 2,1%. Dit is lager dan de landelijk sterftcijfers tijdens kantooruren (2,5%)^[2].

Onze gegevens lijken het beeld dat meer perinatale sterfte buiten kantooruren optreedt, te bevestigen daar 10 van de 13 casus in de "gewraakte" uren is bevallen. Deze aan-

tallen zijn enerzijds te klein om statistische significantie te bereiken, anderzijds is het van belang om in geval van perinatale sterfte te beoordelen of sprake is geweest van vermijdbare (en eventueel verwijtbare) sterfte.

In geval van casus B, H, J en K was reeds voor de geboorte bekend dat het kind zou komen te overlijden wegens een niet met het leven verenigbare aandoening. Bij casus A en C bleek na de geboorte sprake van een (bij obductie bevestigde) letale aandoening. Naar onze mening zijn de gevallen waarbij sprake is van een letale congenitale afwijking (n=6) niet geschikt om de rol van de hulpverleners en het tijdstip van de baring bij de aan de partus gerelateerde sterfte te analyseren.

De overige zes casus zijn nader geanalyseerd, met name om te beoordelen of het tijdstip van bevallen van invloed is geweest op de sterfte; of er een *delay* is geweest in het waarschuwen van de dienstdoende gynaecoloog en indien van toepassing hoelang het tijdsinterval bedroeg tussen besluit tot (spoed)sectio en de geboorte van het kind. In geen van de zes gevallen kon gesteld worden dat de superviserend gynaecoloog te laat is verwittigd. In die gevallen waarbij het gevoerde beleid ter discussie stond, bleek de gynaecoloog zelf verantwoordelijke te zijn geweest voor de besluitvorming. De stelling van Visser en Steegers dat ingeval de supervisor niet in huis is assistenten (of klinische verloskundigen) te weinig en te laat overleggen, kon in geen van de zes geanalyseerde gevallen bevestigd worden.

In drie gevallen werd een spoedsectio verricht; in twee gevallen (casus D en M) betrof het een uterusruptuur en moest het operatieteam opgeroepen worden. Daarbij



stond een wachttijd van respectievelijk 31 en 32 minuten. In de derde casus waarin een spoedsectio is verricht wegens foetale nood, was het operatieteam wel in huis en bedroeg het interval 15 minuten. (Het kortst haalbare interval tussen besluit tot sectio caesarea en geboortetijdstip is in ons ziekenhuis overigens 14 minuten gebleken). Deze verschillen in de duur van het interval tussen het besluit tot sectio en geboortetijdstip onderstrepen dat het wel degelijk verschil uitmaakt of het operatieteam in het ziekenhuis aanwezig is of dat een team oproepbaar is, waarbij het de vraag blijft of bij een calamiteit als een uterusruptuur met een bekend hoge neonatale mortaliteit een korter tijdsinterval foetale sterfte had kunnen voorkomen.

De enige casus waarin een eerstelijns verloskundige betrokken was, is casus G. De zwangere werd verwezen met een uitgezakte navelstreng en een reeds thuis

Tabel 4. Overzicht van intrapartum en neonatale sterftegevallen bij een amenorroe \geq 34 weken in het Elkerliekziekenhuis tussen 2000 t/m 2005

casus	amenorroe	tijdstip	partus	sterfte	diagnose
A	36 3/7 week	zaterdag 6.42 uur	sec sc	neonataal	congenitaal nefrotisch syndroom
B	35 5/7 week	woensdag 11.30 uur	sp	durante partu	anencephalie
C	39 6/7 week	zondag 17.30 uur	sec sc	neonataal	longhypoplasie
D	41 5/7 week	vrijdag 4.09 uur	VE / sc	neonataal	uterusruptuur
E	34 0/7 week	zondag 14.33 uur	sp	durante partu	abruptio placentae
F	39 2/7 week	zondag 12.34 uur	sec sc	durante partu	onverklaard
G	40 2/7 week	zondag 11.57 uur	sp	durante partu	navelstrengprolaps
H	41 5/7 week	zondag 7.31 uur	sp	neonataal	trisomie 18
I	34 6/7 week	vrijdag 17.44 uur	sec sc	neonataal	acute asfyxie bij chronische stress
J	37 2/7 week	vrijdag 10.51 uur	prim sc	neonataal	Anencephalie bij de tweede van een gemelli
K	34 1/7 week	zaterdag 4.40 uur	sp	neonataal	thanatofore dwerggroei
L	41 4/7 week	zondag 16.37 uur	VE	neonataal	meconiumaspiratie
M	40 1/7 week	woensdag 1.25 uur	VE / sc	durante partu	uterusruptuur

geconstateerde intra-uteriene vruchtdood. Deze casus is in ons jaarverslag wel uitgeboekt als mogelijk vermijdbare sterfte. Ook hier is het feit dat deze calamiteit in het weekend plaatsvond niet van invloed geweest op het optreden van de sterfte.

Ketenzorg = gezamenlijke verantwoordelijkheid

In eerder onderzoek kon niet worden aangetoond dat de specifieke kenmerken van het Nederlandse verloskundige systeem van invloed zijn op de perinatale sterfte¹¹.

Niettemin denken wij evenals Visser en Steegers dat de rol van de ketenzorg tot nu toe niet goed is onderzocht. Juist daarom is het niet verstandig uitspraken te doen over de rol van de eerstelijns op basis van LVR-2 gegevens. Ondanks inspanningen van de stichting PRN (perinatale registratie Nederland) is de koppeling van LVR-1 en LVR-2-data nog altijd niet haalbaar gebleken. Wellicht dat een landelijke perinatal audit meer inzicht kan geven in de rol van de ketenzorg op de perinatale sterfte in Nederland.

teerd: de Nascholing Verloskunde Zuidoost-Brabant⁹ en het Prenatale Screeningscentrum De Peel¹⁰.

Bereikbaarheid en calamiteiten

In Medisch Contact, evenals in de daarop volgende toelichting door Visser in Nieuwsreflex, wordt gesteld dat "de ervaring leert dat specialisten die dienst hebben, maar niet in het ziekenhuis aanwezig zijn, pas laat worden gebeld". Deze uitspraak wordt niet onderbouwd en blijkt in ons ziekenhuis niet te kunnen worden gestaafd. Uit onze analyse van de perinatale sterftegevallen blijkt dat de klinische verloskundige of assistent de dienstdoende gynaecoloog tijdig consulteert en dat als er al sprake is van discutabele beslissingen deze door de gynaecoloog zelf zijn genomen. Dat wij onze taak als supervisor en verantwoordelijke serieus nemen blijkt ook uit onze aanwezigheid tijdens de bevalling. Van alle bevallingen in de periode 2000-20005, was in 42,6% de gynaecoloog parteur en bij 27,9% aanwezig als supervisor op de verloskamer.

Tabel 5. Afstand (km) en tijd (min) van uitgaan van oproep tot aan het moment van aankomst bij Elkerliekziekenhuis voor gynaecologen, kinderartsen en anesthesisten

GYN	afstand	tijd	KA	afstand	tijd	ANE	afstand	tijd
A	2,8	7	G	9,5	12	N	2,0	5
B	4,8	10	H	11,3	15	O	29,2	30 #
C	0,4	2	I	5,0	10	P	56,0	48 #
D	0,6	2	J	13,2	21	Q	100,4	67 #
E	131,1	87 #	K	4,0	12	R	60,1	61 #
F	0,8	4	L	3,1	8	S	2,6	8
			M	27,0	33 #	T	2,3	6
						U	4,7	10
						V	46,8	54 #

(# in het ziekenhuis aanwezig tijdens dienst)

Naar aanleiding van het artikel van Visser en Steegers lijkt weer een polarisatie te ontstaan tussen eerste- en tweedelijns³⁻⁵. Dit vinden wij een ongewenste ontwikkeling. Wij zijn van mening dat zowel verloskundigen als gynaecologen verantwoordelijk zijn voor het continuüm van de verloskundige zorg waarbij de lijnen (ook met de tertiaire centra) kort moeten zijn⁶. In onze regio is er veel en laagdrempelig contact tussen gynaecoloog en verloskundige over verwezen patiënten naast structurele overlegstructuren, zoals een driewekelijks patiëntenoverleg met alle verloskundigen uit de regio en het VSV De Peel (transmurale protocollen en perinatal audit).

Dat de onderlinge verstandhoudingen in onze regio goed te noemen zijn, kan geïllustreerd worden aan de hand van twee unieke samenwerkingsprojecten, waarover dit jaar in het Tijdschrift voor Verloskundigen is gerappor-

teerd. De vraag is of de in de Nota Normpraktijk van de NVOG gehanteerde aanrijdtijd niet aangescherpt moet worden. Thans mag tussen het uitgaan van de oproep tot aan het moment van aankomst bij de patiënt maximaal 30 minuten verlopen¹¹.

In tabel 5 is op basis van de postcode van het ziekenhuis en van het (huidige) adres van de betreffende specialisten met behulp van de routeplanner van de ANWB (route.anwb.nl) de afstand (in km) van deur tot deur en de bijbehorende reistijd (in minuten) bepaald. Gelukkig is deze niet alleen voor de gynaecologen (GYN), maar ook voor de kinderartsen (KA) en anesthesisten (ANE) die niet in huis slapen tijdens de dienst over het algemeen kort en vaak nog korter dan de routeplanner aangeeft. Een ontwikkeling die ook in ons ziekenhuis merkbaar is dat de specialisten buiten de regio wonen. Men kan

beargumenteren dat het voordeel is dat deze in het ziekenhuis slapen tijdens de dienst, doch een nadeel is dat indien in geval van dubbele bezetting of calamiteit een collega-specialist gebeld moet worden, deze niet snel ter plaatse kan zijn om bij te springen. Ook voor medewerkers van de operatieafdeling in ons ziekenhuis bedraagt de aanrijdtijd 30 minuten. Het verschil waarmee overgegaan kan worden tot het verrichten van tot een spoedsectie indien men direct op de operatiekamer terecht kan komt ook uit onze analyse naar voren. Hierbij moet men zich wel realiseren dat als een operatie gaande is met een in huis zijnde ploeg, men doorgaans ook niet direct terecht zal kunnen. Een zelfde probleem kan zich voordoen als een kinderarts of anesthesist (bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp) niet gemist kan worden bij een andere levensbedreigende situatie.

Een kenmerk van een (obstetrische) calamiteit is het onverwachte karakter, daarom is training en nascholing van zowel de gynaecoloog, als van de voorwacht van belang. Onze tweedelijns verloskundigen hebben deelgenomen aan de cursus NLS (Neonatal Life Support) en volgen modules van de Academie voor Verloskunde Maastricht voor klinisch verloskundigen. In ons ziekenhuis vigeert een commissie Vitaal Bedreigd Kind, die verantwoordelijk is voor de permanente scholing in reanimatie van de pasgeborenen, ook van de verpleegkundigen op de afdeling. Daarnaast hebben alle op de verloskamer werkzame verpleegkundigen de opleiding Obstetrie en Gynaecologie gevolgd.

Schaalvergroting?

In Nederland zijn 97 obstetrische afdelingen, waaronder tien perinatologische centra. In het artikel van Visser en Steegers wordt gepleit voor concentratie van de zorg, waarbij zij refereren aan wettelijke verplichtingen waaraan ziekenhuizen in Frankrijk met meer dan 1500 partus moeten voldoen. Aan dit criterium blijken in Nederland in 2006 slechts 21 ziekenhuizen te voldoen, waaronder de twee niet-academische tertiaire centra (MMC Veldhoven en Isala Zwolle) en slechts twee van de acht academische centra.

Een potentieel probleem bij grotere maatschappen met toenemende differentiatie en subspecialisatie kan zijn dat er gynaecologen zijn, die enkel in hun diensten geconfronteerd worden met obstetrische casuïstiek⁹¹. Daarbij komt dat de dienstfrequentie lager zal liggen bij grotere maatschappen, zeker als er parttime gewerkt wordt.

Hoewel ook in onze maatschap sprake is van verregaande differentiatie in aandachtsgebieden, was de parttimer (0,75 fte), die verloskunde niet als aandachtsgebied heeft, in de afgelopen vijf jaren verantwoordelijk voor 759 partus (gemiddeld > 150/jaar). De vraag is of de roep om meer gynaecologen gehoord moet worden, daar het risico bestaat dat dit leidt tot verlies van de vaardigheden van de individuele gynaecoloog, als deze in verhouding minder bevallingen zal begeleiden en superviseren.

Tot slot

In ons ziekenhuis, waar de helft van de bevallingen buiten de kantooruren plaatsvindt, gaat het licht 's avonds of



's nachts op de verloskamers letterlijk en figuurlijk niet uit. Uit onze evaluatie blijkt dat enerzijds dat zich ook op onze verloskamers meer sterfte 's nachts dan overdag voordoet. Anderzijds is het perinatale sterftecijfer in ons ziekenhuis lager dan de landelijke cijfers in de meest gunstige uren. Ook wij onderkennen dat perinatale sterfte een belangrijke indicator is voor de kwaliteit van zorg maar zij kent ook haar beperkingen. In ons ziekenhuis, met een beperkt aantal sterftegevallen, is het niet mogelijk om een relatie aan te tonen met de zorg buiten kantooruren. Uit de analyse van de sterftegevallen werden geen aanwijzingen gevonden voor inadequate zorg. Recent is door de NVOG vastgesteld dat kwaliteit van zorg vraagt om de inzet van meerdere indicatoren¹³. Naast registratie van kwaliteitsindicatoren met betrekking tot zwangerschap en baring zijn in het "domein" organisatie hierin onder andere opgenomen het volgen van regelmatige scholing en deelname aan transmurale overlegstructuren. Met hun artikel willen Visser en Steegers bijdragen aan de discussie over de toekomst en herziening van de verloskundige zorg in Nederland. Op zijn minst kan gezegd worden dat zij daarin geslaagd zijn. De wijze waarop zij dit gedaan hebben, heeft veel emoties teweeg gebracht bij veel betrokkenen, waarbij gebrek aan onderbouwing wordt verweten door de critici, die echter eveneens beweringen doen zonder deze te staven. Wij zijn met hen van mening dat de discussie zo veel mogelijk op basis van feiten en zo min mogelijk op basis van aannames moet worden gevoerd. Wij hebben gepoogd, door inzicht te verschaffen in de werkwijze in ons ziekenhuis, een zinvolle bijdrage te leveren aan de discussie, zoals deze op het ogenblik woedt.

Samenvatting

De discussie over de organisatie van de verloskundige zorg dient gevoerd te worden op basis van feiten. De commotie naar aanleiding van het artikel "Beter baren" van Visser en Steegers was aanleiding tot grondige analyse van de verloskundige zorg in het Elkerliek ziekenhuis te Helmond in de periode 2000 tot en met 2005. De verloskundige populatie van het Elkerliek ziekenhuis lijkt representatief voor de obstetrische tweedelijns praktijk in Nederland. Van de durante partu en neonatale sterfte bij amenorroeduur 34 weken of meer was in 6 van de 13 casus sprake van onvermijdbare sterfte. Bij slechts één casus speelde verwijzing door de eerstelijns verloskundige een rol en kon in geen van de gevallen gesteld worden dat de gynaecoloog te laat verwittigd was. De aanrijtjden van specialisten betrokken bij de opvang van de bedreigde neonat is kort en de aanwezigheid van het operatieteam in het ziekenhuis blijkt van invloed op de snelheid waarmee overgegaan kan tot spoedsectie. ■

Referenties

1. Het Gynaecologisch Congres. Uit de voordracht van JG Nijhuis: "Perinatale sterfte in Nederland - een update". Rotterdam, 27 en 28 mei 2004.
2. Visser GHA, Steegers EAP. Beter baren Medisch Contact 2008;63:96-99.
3. Ingezonden brieven Beter baren (1-5). Medisch Contact 2008;63:300-301.
4. Ingezonden brieven Beter baren (6-14). Medisch Contact 2008;63:342-345.
5. Nieuwsreflex. Klink laat perinatale sterfte onderzoeken. Medisch contact 2008;63:270.
6. Jaarrapportage IGZ 2006. Ziekenhuizen, het resultaat telt. www.igz.nl/publicaties/jaarrapportages/ziekenhuizen/, doorklikken P113_Zwangerschap 2006 aangepast [52kB]
7. van Gemund N. Prostaglandin E analogues for induction of labour. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, 7 mei 2003.
8. Delemarre FMC. 1e, 2e, 3e lijn, een ABC-tje. Voordracht opening verloskamercomplex Elkerliekziekenhuis 12-09-2003.
9. Hasaart T, Mijs A, van den Brink H. Zo kan het ook: nascholing verloskunde Zuidoost Brabant. Tijdschrift voor Verloskundigen 2008;33(1):31.
10. Pennings I. Prenataal Screenings Centrum de Peel. Tijdschrift voor Verloskundigen 2008;33(2):39.
11. Wolleswinkel-van den Bosch JH, Vredevoogde CB, Borkent-Polet M, van Eyck J, Fetter WPF, Lagro-Janssen TLM, Rosink IH, Treffers PE, Wierenga H, Amelink M, Richardus JH, Verloove-Vanhorick P, Mackenbach JP. Substandard factors in perinatal care in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:17-24.
12. Nota Normpraktijk Gynaecologie 2000. www.nvog.nl/professionals/documenten#
13. Kooistra M1, Franx A, Schuitemaker N, Wolf H, Graafmans W. Kwaliteitsindicatoren voor de verloskunde. Voor ons, door ons. NTOG 2007;120(9):16-21.

Twee masters meer!

Op 7 oktober jl. werden in de Lutherse kerk in Amsterdam de diploma's uitgereikt aan twee kersverse masters. Het betreft Mieke Beentjes (links) en Aafke Bruinsma (rechts).

