

HERHAALDE MISKRAMEN EN HET MOGELIJKE NUT VAN ANTISTOLLINGS- BEHANDELING

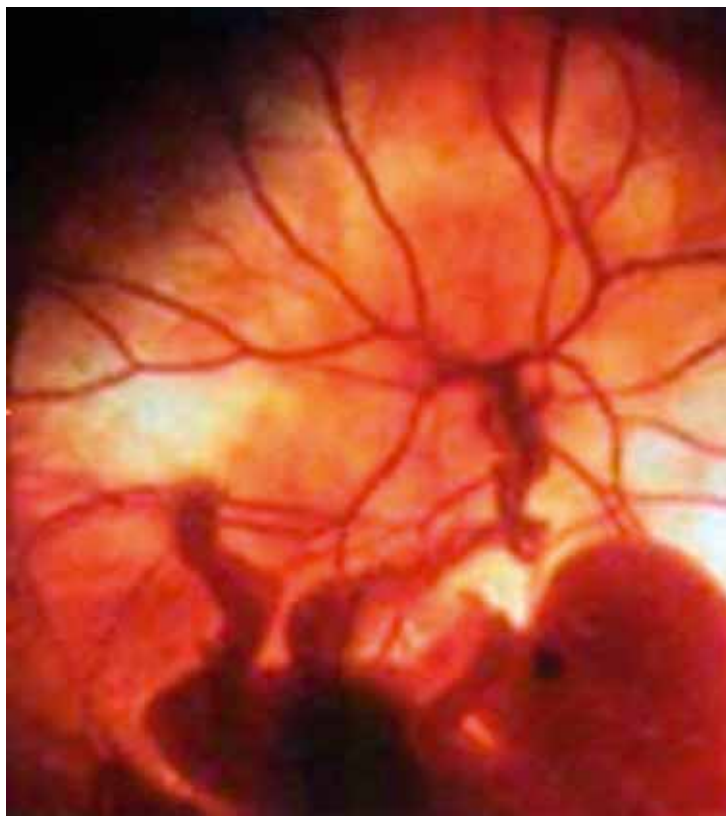
WETENSCHAP

ALIFE-onderzoek

S. Middeldorp en M. Goddijn

Samenvatting

Op grond van de aangetoonde relatie tussen herhaalde miskramen en trombofilie (risicofactoren voor trombose), en de toenemende vraag bij paren die getroffen worden door herhaalde miskramen, is het ALIFE-onderzoek (Anti-coagulants for Living Fetuses) opgezet. In dit onderzoek worden vrouwen met tenminste twee miskramen waarbij evidente of behandelbare oorzaken zijn uitgesloten (met name chromosomale afwijkingen bij één van de ouders, of antifosfolipidensyndroom bij de vrouw) na randomisatie behandeld met placebo, aspirine, of aspirine in combinatie met laag-moleculairgewicht heparine. Erfelijke trombofilie zonder veneuze tromboembolie in de voorgeschiedenis is nadrukkelijk géén exclusie criterium voor het ALIFE onderzoek, omdat onderzoek naar het nut van anticoagulante behandeling bij een volgende zwangerschap bij vrouwen met erfelijke trombofilie in combinatie met herhaalde miskramen ontbreekt. De placebo of aspirine wordt bij voorkeur pre-conceptioneel gestart, terwijl met de laag-moleculairgewicht heparine begonnen wordt zodra bij echografie rond zeven weken amenorroeduur een intacte, vitale intra-uteriene graviditeit wordt aangetoond. Belangrijkste eindpunt is het krijgen van een levend kind. Aan het onderzoek doen meerdere Nederlandse ziekenhuizen mee. Verdere informatie, ook voor



patiënten, is te verkrijgen via de NVOG website, en patiënten kunnen worden aangemeld door een e-mail te sturen naar alife@amc.uva.nl, of telefonisch overleg met de onderzoekers.

In het navolgende artikel gaan de onderzoekers in op herhaalde miskramen, de relatie met trombofilie, en de aanwijzingen omtrent mogelijke voordelen van antistollingsbehandeling.

Achtergrond

Herhaalde miskramen, van oudsher habituele abortus genoemd, treden op bij 0,5 tot 1% van de paren met kinderwens wanneer dit wordt

gedefinieerd als drie of meer miskramen. Wanneer vrouwen met twee of meer miskramen in de definitie worden betrokken, dan betreft het ongeveer 3% van de vrouwen met kinderwens.^[1]

Mw. Dr. S. Middeldorp is als internist verbonden aan de afdeling vasculaire geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam; mw. Dr. M. Goddijn is als gynaecoloog verbonden aan het Centrum voor Voortplantingsgeneeskunde van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

*Correspondentieadres:
S.Middeldorp@amc.uva.nl*



Bij herhaalde miskramen spelen vaak meerdere risicofactoren een rol (Tabel 1).^[2:3] Meest zeker zijn dragerschap van een structurele chromosoomafwijking bij één van de ouders, en het primaire antifosfolipidensyndroom (zie later) bij de vrouw. Of endocrinologische en uterusafwijkingen werkelijk geassocieerd zijn met herhaalde miskramen is onduidelijk; bovendien vormen ze slechts een klein aandeel. Omdat de helft van de sporadische, enkelvoudige miskramen berusten op foetale chromosoomafwijkingen^[4], kunnen herhaalde miskramen voor een aanzienlijk deel verklaard worden door herhaling hiervan.^[5]

Tot op heden blijft bij meer dan de helft van de paren met herhaalde miskramen de oorzaak onbekend. Bij een inventariserend onderzoek onder gynaecologen in Nederland uit 1996 bleek de diagnostiek bij paren met herhaalde miskramen sterk te verschillen.^[6] Veel diagnostische testen die standaard zijn opgenomen in het “pakket” van herhaalde miskramen, worden verricht zonder dat de consequenties van eventueel gevonden afwijkingen duidelijk zijn.

De prognose van herhaalde miskramen in afwezigheid van een risicofactor is meestal goed,^[7] maar

daalt met toename van de maternale leeftijd en het aantal opgetreden miskramen.

In het verleden zijn bij vrouwen met herhaalde miskramen vaak behandelingen ingesteld om de zwangerschapsuitkomst te verbeteren. Van immunotherapie is inmiddels gebleken dat dit de

prognose niet verbetert.^[8] Voor behandeling met progesteron of humaan chorion gonadotrofine is er nog onvoldoende bewijs om behandeling te rechtvaardigen.^[9:10] Recent is de belangstelling voor antistollingsbehandeling voor vrouwen met herhaalde miskramen, al dan niet met zogenoemde trombofilie afwijkingen, enorm toegenomen. In dit artikel zullen wij de relatie tussen herhaalde miskramen en trombofilie bespreken, alsmede de potentiële therapeutische consequenties van het aantomen van trombofilie, en het ALIFE onderzoek nader toelichten.

Trombofilie

De term trombofilie wordt gebruikt om een verhoogd risico op veneuze trombo-embolie door aanwezigheid van erfelijke of verworven risicofactoren in het bloed aan te duiden.^[11] Erfelijke, verworven, en factoren met een gemengde etiologie staan vermeld in Tabel 2.

Herhaalde miskramen, trombofilie, en mogelijke mechanismen

Antifosfolipidensyndroom
Herhaalde miskramen, of complicaties in de zwangerschap in bredere zin, kunnen een klinisch kenmerk vormen van het antifos-

Tabel 1.

Risicofactoren voor het optreden van herhaalde miskramen

Risicofactor

Genetische factoren

- Dragerschap van structurele chromosoomafwijkingen
- Numerieke chromosoomafwijkingen van de foetus (herhaling op basis van toeval)

Stollingsafwijkingen

- Antifosfolipidensyndroom
- Erfelijke trombofilie
- Hyperhomocysteinemie

Uterus afwijkingen

- uterusseptum
- Endocriene oorzaken
- onbehandelde hypothyreoïdie
- onvoldoende gereguleerde Diabetes Mellitus
- PCOS (met name bij verhoogde BMI)

Immunologische factoren

- Natural Killer-cellen
- HLA-sharing

folipidensyndroom. Dit is een verworven stollingsafwijking die gepaard gaat met antistoffen tegen cardiolipine of het zogenaamde lupus anticoagulans. Om dit syndroom vast te stellen worden strikte definities gehanteerd, waarbij de laboratoriumafwijkingen na tenminste 6 weken bevestigd dienen te worden, en waarbij tenminste 1 klinisch kenmerk (zwangerschapsgerelateerde morbiditeit inclusief herhaalde miskramen, of veneuze of arteriële trombose) aanwezig moet zijn.^[12] Bij voorkeur dient deze diagnostiek plaats te vinden buiten de zwangerschap.

Aankankelijk werd verondersteld dat herhaalde miskramen ten gevolge van het antifosfolipiden-syndroom gebaseerd waren op trombosering (stolselvorming) van de placentaire bloedvaten. Er zijn echter aanwijzingen dat dit mechanisme een minder belangrijke rol speelt bij miskramen die optreden vóór een amenorroeduur van ongeveer 10 weken.^[13]

Laboratoriumexperimenten tonen namelijk aan dat antifosfolipiden antistoffen de extravilleuze trofoblast differentiatie remmen, wat suggereert dat de hierop volgende placentaire ontwikkeling gestoord raakt en zou kunnen leiden tot het optreden van een miskraam en/of intra-uteriene vruchtdood.^[14]

Erfelijke trombofilie

Vrouwen met de meeste vormen van erfelijke trombofilie hebben een hogere kans op miskramen dan hun vrouwelijke familieleden zonder dit defect.^{[15;16] [17-19]} Dit is meer uitgesproken voor herhaalde miskraam en intra-uteriene vruchtdood.^[20]

Over het mechanisme bij vroege, herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie is niet veel bekend. Immers, er wordt verondersteld dat de mogelijke trombotische

Tabel 2

Trombofilie defecten

Verworven

- Antifosfolipidensyndroom
- Anticardiolipine antistoffen
- Lupus Anticoagulans

Erfelijk

- Tekorten van natuurlijke stollingsremmers
 - Antitrombine deficiëntie
 - Proteïne C deficiëntie
 - Proteïne S deficiëntie
- Gen mutaties
 - Factor V Leiden
 - Protrombine 20210A (factor II)

Gemengde etiologie

- Milde hyperhomocysteinemie
- Verhoogd factor VIII

component die te behandelen is met (laagmoleculairgewicht) heparine pas een rol gaat spelen bij de placentaire fase, dus na een amenorroeduur van ongeveer 10 weken. Zeer interessant zijn echter de resultaten bij transgene muizen met een sterk verhoogde stollingsneiging. Hierbij werd aangetoond dat de hiermee gepaard gaande miskramen veroorzaakt worden door activatie van de bloedstolling, en dat deze geremd kan worden door het toedienen van heparine.^[21]

Klinische studies naar antistollingsbehandeling bij herhaalde miskramen Antifosfolipidensyndroom

Bij vrouwen met herhaalde miskramen als gevolg van het antifosfolipidensyndroom heeft gerandomiseerd onderzoek aangetoond dat de combinatie van een lage dosis aspirine met een lage dosis (ongefractioneerde) heparine de kans op een gunstige zwangerschapsuitkomst (gedefinieerd als een levend kind) aanmerkelijk verbetert, ten opzichte van behandeling met aspirine alleen. Dit onder-

zoek toonde een verbetering van deze prognose van 41% naar 72% met de gecombineerde behandeling, bij 90 patiënten met een voorgeschiedenis met tenminste 3 opeenvolgende miskramen.^[22] In een tweede gerandomiseerde studie waarin laag-moleculair-gewicht heparine werd gebruikt kon echter geen gunstig effect van de combinatie worden aangetoond en was de prognose zowel bij de combinatie behandeling als bij de aspirine arm goed (respectievelijk 72% en 78%).^[23] Het is opmerkelijk dat er nauwelijks placebo-gecontroleerd onderzoek voorhanden is naar het nut van monotherapie met aspirine in deze patiëntengroep.^[24] In de klinische praktijk is de impact van de studie van Rai et al^[22] groot geweest en wordt doorgaans aanbevolen vrouwen met herhaalde miskramen op basis van een nauwkeurig vastgesteld antifosfolipiden-syndroom te behandelen met zowel een lage dosis aspirine als (laag-moleculair-gewicht) heparine.^[25] Gegevens over de veiligheid van het gebruik van lage doses (minder dan 150 mg/dag) tijdens het eerste trimester zijn met name afkomstig uit onderzoeken bij vrouwen met het antifosfolipidensyndroom, waarbij geen aanwijzingen voor bijwerkingen bij kind of moeder zijn gevonden.^[24] De veiligheid van lage doses aspirine voor de foetus gedurende het tweede en derde trimester wordt bewezen geacht mede op basis van een grote gerandomiseerde studie bij meer dan 9000 vrouwen naar het effect van aspirine ter preventie van pre-eclampsie.^[26] Heparine passeert de placenta niet en wordt op grond van een groot aantal cohort onderzoeken eveneens veilig geacht voor het kind tijdens de zwangerschap. Wel is er theoretisch gezien een kans op bloedingen ter plaatse van de uteroplacentaire overgang.^[25]

Bijwerkingen van deze medicatie bij de vrouw bestaan met name uit huidreacties ter plaatse van de injectieplaatsen, en een zeer gering risico op bloedingen, met name peripartum.^[25;27]

Erfelijke trombofilie

Een relatief grote gerandomiseerde studie waarbij het effect van aspirine alleen of laagmoleculairgewicht heparine is bestudeerd bij vrouwen met erfelijke trombofilie is inmiddels gepubliceerd. Helaas betrof dit uitsluitend vrouwen met een (tenminste) eenmalige miskraam ná 10 weken amenorroeduur of intra-uteriene vruchtdood (mediane amenorroeduur van 15 weken), zonder vroege miskraam in de voorgeschiedenis.^[28] Het percentage levendgeborenen bedroeg 29% in de aspirine groep en 86% in de laag-moleculairgewicht heparine groep, een verschil wat statistisch significant was. Helaas kleven er aan de studie enkele methodologische bezwaren. De randomisatie procedure was niet goed geblindeerd en miskramen voor start van de studiemedicatie (bij 8 weken amenorroeduur) werden niet meegeteld. Het ontbreken van een placebo arm was een ander nadeel.

Alle andere onderzoeken die gepubliceerd zijn over miskramen bij vrouwen met erfelijke trombofilie betreffen patiëntenseries zonder controle-arm.^[29;30] Gezien de sterk wisselende prognostische cijfers die waarschijnlijk samenhangen met verschillen in patiëntselectie zijn deze onderzoeken niet voldoende om buiten wetenschappelijk onderzoek deze toch ingrijpende behandeling routinematig toe te passen. Inmiddels is er een levendig debat in de literatuur ontstaan tussen voor- en tegenstanders van anticoagulante behandeling bij vrouwen met erfelijke trombofilie

en herhaalde miskramen.^[30-32]

Onverklaarde herhaalde miskramen en tromboseneiging

Vrouwen met herhaalde miskramen als gevolg van het antifosfolipiden-syndroom hebben hetzelfde risico op trombose als vrouwen met onverklaarde recidiverende miskramen, respectievelijk 6 per 1000 vrouwjaren en 2 per 1000 vrouwjaren ($P = 0.18$).^[33] Het risico op veneuze trombo-embolie voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd in de algemene populatie wordt geschat op 0.27/1000 vrouwjaren.^[34;35] Het gevonden trombose-risico bij vrouwen met onverklaarde herhaalde miskramen in het onderzoek van Quenby en medewerkers^[33] pleit dus voor een verhoogde tromboseneiging als onderliggende oorzaak.

Het ALIFE onderzoek

Op grond van bovengenoemde overwegingen en de toenemende vraag bij paren die getroffen worden door herhaalde miskramen, is het ALIFE-onderzoek (Anti-coagulants for Living Fetuses) opgezet. In dit onderzoek worden vrouwen met tenminste twee miskramen waarbij evidente of behandelbare oorzaken zijn uitgesloten (met name chromosomale afwijkingen bij één van de ouders, of antifosfolipidensyndroom bij de vrouw) na randomisatie behandeld met placebo, aspirine, of aspirine in combinatie met laag-moleculairgewicht heparine (Figuur 1). Erfelijke trombofilie zonder veneuze trombo-embolie in de voorgeschiedenis is nadrukkelijk géén exclusie-criterium voor het ALIFE onderzoek, omdat, op grond van ontbreken van onderzoek zoals in de voorgaande alinea is beschreven, erfelijke trombofilie in combinatie met herhaalde miskramen geen indicatie is voor anticoagulante behandeling bij een volgende

Tabel 3

Inclusie- en exclusie criteria voor de ALIFE studie

Inclusiecriteria

- Tenminste 2 miskramen
- Actieve zwangerschapswens, – f
- Zwanger, maximale amenorroeduur 6 weken

Belangrijkste exclusiecriteria*

- Afwijkende karyotypering bij één van de ouders
- Antifosfolipidensyndroom, gedefinieerd als lupus anticoagulans of anticardiolipine antistoffen, tenminste 2 maal vastgesteld met een minimale tussenpoos van 6 weken

*niet volledig

zwangerschap (Tabel 3).

De placebo of aspirine wordt bij voorkeur preconceptioneel gestart, terwijl met de laag-moleculairgewicht heparine begonnen wordt zodra bij echografie rond 7 weken amenorroeduur een intacte, vitale intra-uteriene graviditeit wordt aangetoond. Het belangrijkste eindpunt is het krijgen van een levend kind. Aan het onderzoek doen meerdere Nederlandse ziekenhuizen mee; de coördinatie ligt in handen van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Verdere informatie (ook voor patiënten) is te verkrijgen via de NVOG website, en patiënten kunnen worden aangemeld door een e-mail te sturen naar alife@amc.uva.nl, of telefonisch overleg met de auteurs van dit artikel. □

Literatuur- en referentielijst

- [1] Regan L, Rai R. *Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000 Oct;14(5):839-54.*
- [2] Li TC, Makris M, Tomsu M, Tuckerman E, Laird S. *Recurrent miscarriage: aetiology, management and prognosis. Hum*

- Reprod Update 2002 Sep;8(5):463-81.
- [3] Christiansen OB, Nybo Andersen AM, Bosch E, Daya S, Delves PJ, Hviid TV, et al. Evidence-based investigations and treatments of recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril* 2005 Apr;83(4):821-39.
- [4] Goddijn M, Leschot NJ. Genetic aspects of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000 Oct;14(5):855-65.
- [5] Stirrat GM. Recurrent miscarriage. *Lancet* 1990 Sep 15;336:673-5.
- [6] Goddijn M, van d, V, Ankum WM, Bonsel GJ, Leschot NJ, Boer K. [No consensus on the definition, diagnosis and treatment of habitual abortion in the Netherlands] Geen eenduidigheid over definitie, diagnostiek en behandeling van habituele abortus in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 Apr 24;143(17):897-902.
- [7] Brigham SA, Conlon C, Farquharson RG. A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage. *Hum Reprod* 1999 Nov;14(11):2868-71.
- [8] Scott JR. Immunotherapy for recurrent miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000112.
- [9] Oates-Whitehead RM, Haas DM, Carrier JA. Progestogen for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003511.
- [10] Scott JR, Pattison N. Human chorionic gonadotrophin for recurrent miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000101.
- [11] Weitz JI, Middeldorp S, Geerts W, Heit JA. Thrombophilia and new anticoagulant drugs. *Hematology (Am Soc Hematol Educ Program)* 2004;2004:424-38.
- [12] Wilson WA, Gharavi AE, Koike T, Lockshin MD, Branch DW, Piette JC, et al. International consensus statement on preliminary classification criteria for definite antiphospholipid syndrome: report of an international workshop. *Arthritis Rheum* 1999 Jul;42(7):1309-11.
- [13] Sebire NJ, Regan L, Rai R. Biology and pathology of the placenta in relation to antiphospholipid antibody-associated pregnancy failure. *Lupus* 2002;11(10):641-3.
- [14] Quenby S, Mountfield S, Cartwright JE, Whitley GS, Chamley L, Vince G. Antiphospholipid antibodies prevent extravillous trophoblast differentiation. *Fertil Steril* 2005 Mar;83(3):691-8.
- [15] Egeberg O. Inherited antithrombin III deficiency causing thrombophilia. *Thromb Diath Haemorrh* 1965;13:516-30.
- [16] Sanson BJ, Friederich PW, Simioni P, Zanardi S, Huisman MV, Girolami, et al. The risk of abortion and stillbirth in antithrombin-, protein C-, and protein S-deficient women. *Thromb Haemost* 1996;75(3):387-8.
- [17] Preston FE, Rosendaal FR, Walker ID, Briet E, Berntorp E, Conard J, et al. Increased fetal loss in women with heritable thrombophilia. *Lancet* 1996;348:913-6.
- [18] Meinardi JR, Middeldorp S, de Kam PJ, Koopman MMW, van Pampus ECM, Hamulyak K, et al. Increased risk for fetal loss in carriers of the factor V Leiden mutation. *Ann Int Med* 1999 May 4;130(9):736-9.
- [19] Bank I, Libourel EJ, Middeldorp S, van Pampus ECM, Koopman MMW, Hamulyak K, et al. Prothrombin 20210A mutation: a mild risk factor for venous thromboembolism but not for arterial thrombotic disease and pregnancy-related complications in a family study. *Arch Int Med* 2004 Sep 27;164(17):1932-7.
- [20] Rey E, Kahn SR, David M, Shrier I. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis. *Lancet* 2003 Mar 15;361:901-8.
- [21] Isermann B, Sood R, Pawlinski R, Zogg M, Kalloway S, Degen JL, et al. The thrombomodulin-protein C system is essential for the maintenance of pregnancy. *Nat Med* 2003 Mar;9(3):331-7.
- [22] Rai R, Cohen H, Dave M, Regan L. Randomised controlled trial of aspirin and aspirin plus heparin in pregnant women with recurrent miscarriage associated with phospholipid antibodies (or antiphospholipid antibodies) [see comments]. *BMJ* 1997 Jan 25;314(7076):253-7.
- [23] Farquharson RG, Quenby S, Greaves M. Antiphospholipid syndrome in pregnancy: a randomized, controlled trial of treatment. *Obstetrics & Gynecology* 2002 Sep;100(3):408-13.
- [24] Empson M, Lassere M, Craig JC, Scott JR. Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2).
- [25] Bates S, Greer IA, Hirsh J, Ginsberg JS. Use of antithrombotic agents during pregnancy. The seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. *Chest* 2004;126(Suppl):627S-44S.
- [26] CLASP (Collaborative Low-dose Aspirin Study in Pregnancy) Collaborative Group. CLASP: a randomised trial of low-dose aspirin for the prevention and treatment of pre-eclampsia among 9364 pregnant women. *Lancet* 1994 Mar 12;343(8898):619-29.
- [27] Bank I, Libourel EJ, Middeldorp S, van der Meer J, Buller HR. High rate of skin complications due to low-molecular-weight heparins in pregnant women. *J Thromb Haemost* 2003 Apr;1(4):859-61.
- [28] Gris JC, Mercier E, Quere I, Lavigne-Lissalde G, Cochery-Nouvellon E, Hoffet M, et al. Low-molecular-weight heparin versus low-dose aspirin in women with one fetal loss and a constitutional thrombophilic disorder. *Blood* 2004 May 15;103:3695-9.
- [29] DiNisio M, Peters LW, Middeldorp S. Anticoagulants for the treatment of recurrent pregnancy loss in women without antiphospholipid syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2).
- [30] Middeldorp S. Antithrombotic prophylaxis for women with thrombophilia and pregnancy complications - No. *J Thromb Haemost* 2003 Oct;1:2073-4.
- [31] Brenner B. Antithrombotic prophylaxis for women with thrombophilia and pregnancy complications--Yes. *J Thromb Haemost* 2003 Oct;1(10):2070-2.
- [32] Middeldorp S. The use of LMWH in pregnancies at risk: new evidence or perception? *J Thromb Haemost* 2005 Apr;3(4):788-9.
- [33] Quenby S, Farquharson RG, Dawood F, Hughes AM, Topping J. Recurrent miscarriage and long-term thrombosis risk: a case-control study. *Hum Reprod* 2005 Mar 17.
- [34] Seaman HE, de Vries CS, Farmer RD. The risk of venous thromboembolism in women prescribed cyproterone acetate in combination with ethinyl estradiol: a nested cohort analysis and case-control study. *Hum Reprod* 2003 Mar;18(3):522-6.
- [35] Nordstrom M, Lindblad B, Bergqvist D, Kjellstrom T. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population. *J Intern Med* 1992;232(2):155-60.

MANAGEMENT- CURSUS

KRINGBESTUURDERS

Carolien Kijzer

Door het wegvallen van de ondersteuningsstructuur van de KNOV en de scheiding van belangenbehartiging en ondersteuning, is een situatie ontstaan waarin niet alle taken die voorheen door de regiokantoren werden verricht, zullen worden voortgezet. Verloskundigen, georganiseerd in kringen, zullen in deze nieuwe situatie zelf (weer) initiatief moeten nemen in de samenwerking met anderen, zowel op organisatorisch als op strategisch niveau. Daarnaast zullen leden in de nabije toekomst te maken krijgen met onder andere regioplannen en praktijkplannen. De ontwikkeling van regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijns zorg en de veranderende rol van zorgverzekeraars vereisen andere vaardigheden van kringbestuurders. Om kringen en kringbestuurders beter toe te rusten voor hun veranderende rol heeft de KNOV besloten een managementcursus voor kringbestuurders te ontwikkelen.

Doel van de cursus

De algemene doelstelling van de cursus is als volgt geformuleerd:

- de deelnemer beschikt over kennis, kunde en vaardigheden die haar/ hem in staat stellen overstijgend te kijken naar de positie en het functioneren van de kringen opzichte van de andere partijen in het regionale veld;
- de deelnemer kan een kringorganisatie opzetten die passend is in

de eigen regio, die de binding tussen de leden en de KNOV versterkt en die is afgestemd op de nieuwste ontwikkelingen in de gezondheidszorg en ondersteuning van de eerste lijn;

- de deelnemer heeft in theorie, en met behulp van op de praktijk toegespitste oefeningen, kennis opgedaan over diverse bestuurlijke vaardigheden.

Voor wie is de cursus bedoeld?

De cursus is bedoeld voor kringbestuurders en gaat in op (voorgenomen) ontwikkelingen in de gezondheidszorg in het algemeen en in de verloskunde in het bijzonder.

Inhoud van de cursus

In deze cursus (2x 2 dagen) wordt het regionale krachtenveld verkend en leren de deelnemers hoe ze de verloskunde kunnen positioneren in dit krachtenveld.

In de cursus wordt aandacht besteed aan zowel de kennis die kringbestuurders moeten hebben, maar ook aan manieren om strategisch te opereren en de (communicatie)vaardigheden waarmee dit alles in praktijk gebracht kan worden. Daarom hebben beide tweedaagse cursusedagen een theoretische, strategische en een vaardigheidscomponent. Het gaat er om dat naast kennisoverdracht, ook de toepassing van het geleerde veel aandacht krijgt.

Een greep uit de onderwerpen die in de cursus aan de orde komen:

- gezondheidszorgstelsel nu en in de toekomst;

- situatie in de eigen regio: relatie met de zorgverzekeraar, relatie met de ROSSen in de regio, relatie met de KNOV, verbeteren van het functioneren van het VSV;
- verloskunde in Nederland: plaats van de eerstelijns verloskunde, financiering eerstelijns verloskunde totstandkoming en opbouw tarieven, ondersteuning eerstelijns verloskunde ROSSen, verloskundige keten: welke rol wil je als kring spelen in de keten, (visie-ontwikkeling);
- rol en positie van kringbestuurders in het vernieuwde zorgstelsel;
- functioneren als kringbestuurder;
- communicatievaardigheden: verschillende leiderschapsstijlen, leiderschap en motiverende werkvormen;
- keuze uit workshops over: vergadertechnieken, seksespecifieke communicatie, conflicthantering, strategisch opereren en onderhandelen.

De 2x tweedaagse training is vastgesteld op: 29 en 30 september 2005 en op 9 en 10 november 2005. Er wordt een locatie gezocht in het midden van het land, waarbij de mogelijkheid bestaat om (voor eigen rekening) te overnachten. Deelname aan de cursus is voor kringbestuurders kosteloos. Vacatiegelden en reiskosten zijn voor rekening van de kring. De cursus zal ter certificering worden aangeboden. □

Carolien Kijzer is medewerker van de KNOV