

De vrouw centraal en de fysiologie als uitgangspunt

Inspiratie uit Engeland: de NICE Guideline 'Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth'

Marianne Prins en Pien Offerhaus

In hartje Londen, in het eerbiedwaardige gebouw van de Royal College of Gynaecologists, bezochten wij op 19 oktober 2007 de 'Educational Launch Meeting' van de NICE guideline 'Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth'. Deze dag werd speciaal georganiseerd om deze nieuwe richtlijn te introduceren bij de Engelse zorgverleners. Ongeveer 300 verloskundigen en gynaecologen waren aanwezig. Het National Institute of Clinical Excellence (NICE), het richtlijneninstituut van de National Health Service (NHS) in Engeland heeft in 2001 het National collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC-WCH) opgericht. Deze organisatie maakt voor NICE zeer gedegen evidence based- en kosteneffectiviteitsrichtlijnen. Interessant voor de Nederlandse verloskundige is dat daaronder ook richtlijnen zijn die specifiek de zorg aan gezonde zwangeren en baby's behandelen. Naast de uitgebreide richtlijnen over Antenatal Care en Postnatal Care is er nu ook een richtlijn over zorg tijdens de normale baring.

Deze richtlijn 'Intrapartum Care' is in twee en een half jaar tot stand gekomen en opgesteld door een Guideline Development Group waarin alle relevante disciplines samenwerken, waaronder verloskundigen, gynaecologen, neonatologen, anesthesisten, vertegenwoordigers van vrouwengroepen, gezondheidseconomen en onderzoekers. Het document is gebaseerd op bijna 630 referenties en omvat alle aspecten van de zorg rondom de normale baring. Omdat de benadering van de normale bevalling in Engeland op sommige punten verschilt met de



De auteurs van dit artikel, Marianne Prins (links) en Pien Offerhaus (rechts), op 19 oktober 2007 in afwachting van hun vlucht naar Londen

Nederlandse benadering bevat deze richtlijn ook onderwerpen zoals epidurale anesthesie, het beoordelen van een CTG en bijstimulatie.

De vrouw centraal en de fysiologie als uitgangspunt

Duidelijk is dat de hele richtlijn steunt op twee belangrijke peilers. Het eerste uitgangspunt is dat de bevalling beschouwd wordt als een fysiologisch proces, waarbij onnodige interventies vermeden moeten worden. Alle mogelijke interventies worden kritisch beschouwd op hun effectiviteit, aan de hand van systematisch literatuuronderzoek. Het andere uitgangspunt is misschien nog wel belangrijker: de vrouw dient centraal te staan in de hele zorgverlening. Dat daar nog wel eens iets aan te verbeteren valt, wordt aan het eind van de dag geïllustreerd met een hilarisch maar herkenbaar toneelstukje.

Al met al is de richtlijn een geweldige informatiebron voor iedereen die zich wil toelagen op evidence based verloskundig beleid. Bovendien wordt duidelijk dat Evidence Based Midwifery uitstekend samengaat met cliëntgericht werken én het bewaken c.q. bevorderen van een fysiologisch baringsverloop. Alle reden voor ons om uitgebreid in te gaan op de inhoud van deze richtlijn.

Marianne Prins is docent Verloskunde Academie Amsterdam en lid Verloskundige Adviesraad Standaarden; Pien Offerhaus is hoofd Richtlijnontwikkeling KNOV

De richtlijn

Niet alleen tijdens de openingsdag, ook in de richtlijn zijn de uitgangspunten steeds heel prominent aanwezig, om te beginnen in de eerste kernaanbevelingen (zie tekstbox 1). Communicatie tussen professional en zwangere is een centraal thema. Bij alle besproken onderwerpen in de richtlijn is steeds aandacht voor het bespreekbaar maken van wensen en verwachtingen, voor het adequaat informeren van de zwangere, het bieden van ondersteuning, en het betrekken bij beslissingen en het respecteren van keuzes. Dat goede communicatie ook daadwerkelijk bijdraagt aan een goede baringservaring blijkt overigens ook uit onderzoek (zie tekstbox 2).

Plaats van de bevalling en een Engelse 'VIL'

In 1993 verscheen in Engeland het Changing Childbirth rapport, gericht op het vrouwvriendelijker maken van de verloskundige zorg in Engeland. Sindsdien is het uitgangspunt dat vrouwen vrije keuze hebben voor de plaats van de bevalling: thuis, in een 'midwife led unit' (een geboortecentrum, vaak aanpalend aan een zieken-

huis) of in een 'obstetric led unit', ofwel het ziekenhuis, de tweedelij.

Ook deze richtlijn komt, na uitgebreide literatuurstudie, tot de aanbeveling om die vrije keuze te handhaven, mits de zwangere goed wordt geïnformeerd over mogelijkheden en onmogelijkheden, kansen op een normale baring en kansen op overdracht naar het ziekenhuis. Het percentage geplande thuisbevallingen in Engeland is overigens op dit moment 3%.

Interessant is dat er een lijst in de richtlijn is opgenomen die de medische indicaties weergeeft, op basis waarvan een baring in een 'obstetric led unit' geadviseerd zou moeten worden. Deze lijst is in grote lijnen hetzelfde opgezet als onze Verloskundige Indicatielijst (VIL), met indicaties vanwege de algemene of obstetrische anamnese, problemen tijdens de zwangerschap en tijdens de baring. Er is zelfs een soort 'B-situatie' omschreven waarbij je voor iedere vrouw een individuele inschatting zou moeten maken. Dat is onder ander het geval bij:

- doodgeboorte in anamnese zonder risico op herhaling,
- abruptio placentae in anamnese met goede neonatale uitkomst,
- een kind zwaarder dan 4,5 kg in anamnese,
- pariteit hoger dan 6,
- zwangeren ouder dan 40 jaar.

Eén opvallend verschil met de VIL is dat 'licht meconiumhoudend vruchtwater' zonder andere verschijnselen niet als een indicatie voor opname wordt gezien.

Zorgaspecten tijdens de ontsluitingsfase

De belangrijkste aanbeveling voor de ontsluitingsfase is dat, ongeacht de plaats de bevalling, de barende vrouw *one-to-one care* moet ontvangen en alleen voor korte periode of op verzoek van de vrouw alleen gelaten mag worden. Dit geldt vanaf dat zij in 'established labour' is, vergelijkbaar met de actieve fase (zie verderop voor definities). Vrouwen die een-op-een ondersteund worden, hebben namelijk meer kans op een spontane baring en minder kans op een vaginale kunstverlossing of Sectio Caesarea en maken minder gebruik van medicamenteuze pijnbestrijding. Ook neemt de tevredenheid over de bevalling toe (tabel 1), zeker wanneer de zorg gegeven wordt door iemand van buiten het ziekenhuis, een '*non-hospital staff member*'.

Een van de andere zorgaspecten die besproken wordt is eten en drinken tijdens de baring. Dit onderwerp kan buiten Nederland ook goed zijn voor controversie. Na het verschijnen van deze richtlijn zouden honger en dorst tijdens de ontsluiting voorbij moeten zijn voor alle Engelse vrouwen: drinken wordt vrijelijk toegestaan, waarbij isotone sportdrank een lichte voorkeur krijgt.

Tekstbox 1

Key priorities for implementation (p7)

Communication between women and healthcare professionals

All women in labour should be treated with respect and should be in control of and involved in what is happening to them, and the way in which care is given is key to this. To facilitate this, healthcare professionals and other caregivers should establish a rapport with the labouring woman, asking her about her wants and expectations for labour, being aware of the importance of tone and demeanour, and of the actual words they use. This information should be used to support and guide her through her labour.

Support in labour

A woman in established labour should receive supportive one-to-one care. A woman in established labour should not be left on her own except for short periods or at the woman's request.

Normal labour

Clinical intervention should not be offered or advised where labour is progressing normally and the woman and baby are well.

Tabel 1: het effect van een-op-een ondersteuning.
De controle groep is steeds 'standard care', niet continue ondersteuning

| | One to one care hospital staff | One tot one care Non-hospital staff |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Spontane vaginale baring | RR 1.03 [95% BI 1.01 – 1.06] | RR 1.12 [95% BI 1.07 – 1.18] |
| Vaginale kunstverlossing | RR 0.92 [95% BI 0.85 – 0.99] | RR 0.59 [95% BI 0.42 – 0.81] |
| Sectio Caesarea | RR 0.92 [95% BI 0.85 – 0.99] | RR 0.74 [95% BI 0.61 – 0.90] |
| Pijnbestrijding | RR 0,97 [95% BI 0,97-0,99] | RR 0,83 [95% BI 0,77- 0,89] |
| Ontevreden over de bevalling | RR 0.83 [95% BI 0.56 – 1.22] | RR 0.64 [95% BI 0.58 – 0.78] |

En een lichte maaltijd moet ook kunnen. Er blijken geen verschillen in baringsuitkomsten te zijn.

Pijn en pijnbestrijding

Dit onderdeel start met een stukje reflectie. Het is namelijk duidelijk dat je tegen baringspijn verschillend aan kunt kijken. Baringspijn is volgens de ene visie iets wat in onze moderne tijd niet voor hoeft te komen, omdat er een effectieve behandeling voor is, maar volgens de andere visie hoort pijn tot op zekere hoogte bij een bevalling en gaat het er vooral om zo goed mogelijk met de pijn om te gaan.

Hoe moet je als hulpverlener eigenlijk omgaan met die verschillende visies?

Helemaal volgens het uitgangspunt dat de vrouw centraal staat, geeft de richtlijn aan dat het belangrijk is dat hulpverleners zich bewust moeten zijn van de eigen normen en waarden ten aanzien van pijn bij de baring. Vervolgens dienen ze ervoor te waken dat de geboden zorg aansluit bij de keuze van de vrouw, en niet uitsluitend gebaseerd is op de eigen visie. Goede informatievoorziening over de mogelijkheden en de bijbehorende voor- en nadelen van het gebruik van pijnbestrijding is daarbij natuurlijk cruciaal.

Omgaan met pijn

In lijn hiermee wordt veel aandacht besteed aan diverse pijnverlichtende strategieën, zoals ontspanningstechnieken, massage, en andere niet-medicinale technieken. In het kort komt het uiteindelijke advies er op neer dat alles wat een vrouw prettig vindt, of wat ze in zwangerschaps cursus heeft aangeleerd, of wat haar minder angstig maakt, aanmoediging en ondersteuning verdient. Echt effectief is het gebruik van water. Baden tijdens de baring vermindert het gebruik van epidurale anesthesie

(OR 0,84 ; 95% BI 0,71 – 0,99). Vrouwen die in bad bevallen, rapporteren minder pijn dan zij die dat niet doen (OR 0,23 ; 95% BI 0,08 – 0,63).

Tekstbox 2 Evidence statement on communication (p 70)

The studies included in this review varied in the methodology that they used as well as the method of analysis undertaken.

Nevertheless, a number of strong common themes emerges and it is apparent that the way caregivers relate with the labouring women is hugely influential upon the woman's experience of birth.

The first theme highlights that women value being treated as an individual, with respect and care. Secondly, most women need information and interpretation of that information in order to feel guided and supported throughout the birth.

These findings are usefully summarised by the words women use to describe both the midwife and the feelings involved in a positive birth experience. These words include: caring, considerate, understanding, competent, trustworthy, empathic, tender, kind, friendly, calm, alert, peaceful, having professional expertise, unhurried.

Women want to receive information and assistance, to be involved, to feel safe and secure, to feel at ease and to be able to be themselves.

Pijnbestrijding met acupunctuur en hypnose en ander alternatieve therapieën zou alleen aangeboden moeten worden als de vrouw er zelf om vraagt, omdat de effectiviteit ervan niet duidelijk is. Van TENS is inmiddels aangetoond dat het niet effectief is, dus dat zou helemaal niet aangeboden moeten worden. De conclusie ten aanzien van Entonox en opioïden zoals pethidine is dat deze wél een zekere mate van pijnreducerend effect hebben en dus een plaats hebben in het spectrum van mogelijkheden voor pijnbehandeling. Vooral ten aanzien van de opioïden zijn er echter nogal wat mitsen en maren. Het voert te ver om dit allemaal hier te bespreken; de geïnteresseerde lezer raden we aan de richtlijn zelf te bestuderen. Dat geeft tevens inzicht in hoeveel er eigenlijk nog onduidelijk is, bijvoorbeeld over de beste soort opioïd en de toedieningswijze (zoals patiëntgestuurde remifentanyl) en effecten op het kind (inclusief de borstvoeding).

Epidurale analgesie

Het hoofdstuk over epidurale analgesie is heel uitgebreid, en beslaat een kleine 30 pagina's. Voor degenen die betrokken zijn bij de begeleiding van bevallingen onder epidurale anesthesie, maar ook voor alle verloskundigen die meer kennis over de epiduraal op willen doen, is dit interessante leerstof. Veel aspecten rondom de epiduraal zijn uitgezocht, maar nog steeds blijven er vragen openstaan. Zwangeren zouden in ieder geval geïnformeerd moeten worden dat epidurale anesthesie:

- effectiever is dan pijnbestrijding met opioïden;
- niet geassocieerd is met een langere duur van de ontsluiting of met toename van het aantal sectio's;
- niet geassocieerd is met rugpijn op de lange termijn;
- wel geassocieerd is met een langere uitdrijving en met meer vaginale kunstverlossingen;
- samen gaat met uitgebreidere monitoring van de baring en met intraveneus gebruik van medicamenten;
- vaker leidt tot koorts waardoor vrouwen vaker antibiotica toegediend krijgen (opmerking PO en MP: dat betekent vaak langere opname van moeder en kind);
- soms toegepast wordt met gebruik van een oplossing die ook opioïden bevat, met het risico op een korte ademdepressie en sufheid bij de baby.

De verschillende fasen van de baring: definities en duur

Hoe lang duurt een normale baring? Dit is ook voor deze richtlijnmakers een lastige vraag geweest, ook omdat het afhankelijk is van de definities die je hanteert. De Engelse richtlijn onderscheidt niet alleen in de ontsluitingsfase een latente fase, maar verdeelt ook de uitdrijving in een passieve en actieve fase (zie tekstbox 3). Dit heeft implicaties voor de beschrijving van de duur en de aanbevolen definitie van niet-vorderen.

In de conclusie over de duur van de ontsluitingsfase krijgt de fysiologie van de baring alle ruimte: de duur is erg variabel, progressie gaat niet altijd lineair. De actieve fase duurt, als er niet wordt ingegrepen in het proces, voor nulliparae vrijwel nooit langer dan 18 uur en voor multiparae vrijwel nooit langer dan 12 uur (p 141).

Van niet-vorderende ontsluiting is volgens de Guideline Development Group sprake als er tijdens de actieve fase in 4 uur niet meer dan 2 cm progressie is geboekt in de ontsluiting en bij multiparae bovendien als er vertraging lijkt op te treden in de ontsluiting. Bij minder dan 2 cm ontsluiting per 4 uur is het aanbevolen beleid de vrouw te informeren over het effect van amniotomie. Het artificieel breken van de vliezen op deze indicatie kan de weeënkracht stimuleren en de baring met een uur bekorten.

Tekstbox 3

Definities van de verschillende fasen van de baring The first stage of labour (p 139)

For the purposes of this guideline, the following definitions of labour are recommended:

- Latent first stage of labour – a period of time, not necessarily continuous, when:
 - o there are painful contractions, and
 - o there is some cervical change, including cervical effacement and dilatation up to 4 cm.
- Established first stage of labour – when:
 - o there are regular painful contractions, and
 - o there is progressive cervical dilatation from 4 cm.

The second stage of labour (p 156)

For the purposes of this guideline, the following definitions of labour are recommended:

- Passive second stage of labour:
 - o the finding of full dilatation of the cervix prior to or in the absence of involuntary expulsive contractions.
- Onset of the active second stage of labour:
 - o the baby is visible
 - o expulsive contractions with a finding of full dilatation of the cervix or other signs of full dilatation of the cervix
 - o active maternal effort following confirmation of full dilatation of the cervix in the absence of expulsive contractions.

Tabel 2: duur van de normale uitdrijving in studies bij vrouwen zonder epidurale anesthesie en /of gebruik van oxytocine

| | Gemiddelde (SD) in minuten | Bovengrens (gemiddelde + 2 SD) in minuten |
|---------------------|----------------------------|---|
| Nullipara (n=3664) | 54 (44) | 142 |
| Multipara (n= 6389) | 18 (21) | 60 |

Na deze handeling wordt de ontsluiting twee uur later opnieuw bepaald. Wanneer na twee uur < 1 cm progressie is, wordt de diagnose niet-vorderende ontsluiting gesteld en volgt verwijzing naar een *obstetric led unit*. Natuurlijk worden ook andere parameters zoals: weëenactiviteit, stand en indaling van het hoofd en het emotioneel welbevinden van de vrouw meegenomen in de diagnose voor niet-vorderen en het tijdstip van verwijzing. Al met al een verloskundig beleid dat uitstekend aansluit bij de aanbevelingen in onze eigen KNOV-standaard Niet-Vorderende Ontsluiting.

De limiet die wordt gesteld aan de duur van de uitdrijving voor zowel een primi- als een multipara is anders dan wij gewend zijn, omdat er expliciet uitgegaan wordt van de actieve uitdrijvingsfase (en niet vanaf volledige ontsluiting). Ook wordt er verschil gemaakt voor vrouwen die bevallen met en zonder epidurale anesthesie.

Op basis van de gevonden duur bij een spontane uitdrijvingsfase (tabel 2) komt de Guideline Development Group tot de volgende omschrijving van niet-vorderende uitdrijving: nadat de diagnose ‘actieve uitdrijving’ is gesteld, zal de geboorte van een kind van een primipara zónder epidurale analgesie binnen 2,5 uur moeten plaatsvinden, inclusief een eventueel transport naar het ziekenhuis, zo werd toegelicht op de meeting in Londen. Voor multiparae is deze limiet 1 uur. Wanneer de vrouw met epiduraal analgesie bevalt, wordt respectievelijk 3 en 2 uur aangehouden. Aanbevolen

wordt de progressie in de actieve uitdrijvingsfase fase eenmaal per uur te bepalen en de vrouw te stimuleren haar eigen persgevoel te volgen.

Routine interventies tijdens de ontsluiting

Er zijn diverse strategieën bestudeerd, waarmee gepoogd is om het hoge aantal interventies, met name sectio caesarea, tijdens de ontsluitingsfase terug te dringen. Active Management, - een-op-een- ondersteuning, een strikte definitie van begin van de baring, een vroege amniotomie en oxytocine bij trage progressie -, is beoordeeld aan de hand van vier trials bij nulliparae. De conclusie van de meta-analyse is dat Active Management de duur van de ontsluiting verkort met ongeveer twee uur, maar dat er geen andere positieve effecten zijn vastgesteld: geen reductie in aantal sectio caesarea of toename van spontane vaginale baringen en ook geen verschil in gebruik van epidurale anesthesie of andere uitkomsten.

De Guideline Development Group vermoedt dat de kortere ontsluitingsfase vooral bereikt wordt door de een-op-een ondersteuning. Gezien het hoge aantal zwangeren dat oxytocine krijgt bij dit beleid, vindt ze dat Active Management niet routinematig aangeboden moet worden.

Ten aanzien van de vroege routinematige amniotomie komt de richtlijn tot een zelfde oordeel. Er treedt wel een verkorting van de ontsluitingsfase op, maar andere voordelen worden niet gevonden (tabel 3)

Tabel 3: baringsuitkomsten bij vroege routine-matige amniotomie, vergeleken met een beleid zonder vroege routine-amniotomie. Meta-analyse van twee RCT's met in totaal 1011 nulliparae

| | |
|----------------------------------|---|
| Duur ontsluitingsperiode | WMD* - 65.06 min. [95% BI -134.83 tot 4.71 min] |
| Duur uitdrijvingsperiode | WMD 1.80 min. [95% BI -1.83 tot 5.44 min] |
| Gebruik van epidurale anesthesie | RR 1.02 [95% BI 0.92 – 1.12] |
| Spontane vaginale geboorte | RR 1.06 [95% BI 0.97 – 1.16] |
| Sectio Caesarea | RR 0.80 [95% BI 0.55 – 1.17] |
| Apgar score < 7 na 5 minuten | RR 1.22 [95% BI 0.38 – 3.93] |

* WMD :weighted mean difference, dwz het gemiddelde verschil berekend in de meta-analyse

Studies naar een partogram met een actielijn betreffen steeds de plaats van de actielijn: op 2, 3 of 4 uur. Uit dit onderzoek blijkt dat de actielijn op 4 uur, zoals in het WHO partogram, leidt tot dezelfde uitkomsten als bij een actielijn op 2 uur, wat betreft het aantal sectio caesarea, vaginale kunstverlossingen, kinderlijke uitkomsten of tevredenheid. Wel zijn daar veel minder bijstimulaties met oxytocine voor nodig. Een actielijn op 4 uur, zoals wij ook in de standaard NVO hanteren, verdient daarmee de voorkeur.

Nageboortetijdperk

In deze richtlijn is de benadering van het nageboortetijdperk behoorlijk verschillend van hetgeen in Nederland opgeleide verloskundigen gewend zijn. Actief leiden van het nageboortetijdperk is in deze richtlijn is gedefinieerd als:

- routinegebruik van uterotonica 10 IE oxytocine i.m.;
- vroeg afklemmen van de navelstreng;
- gebruik van controlled cord traction.

In Nederland is actief leiden beperkt tot gebruikt van 5-10 IE oxytocine. We doen eigenlijk niet aan vroeg afnavelen en controlled traction en zijn nog steeds gewend aan de fysiologische benadering:

- geen routinegebruik van uterotonica
- afklemmen van de navelstreng nadat pulsaties zijn gestopt;
- geboorte van de placenta door meepersen van de moeder.

Actief leiden bij vrouwen met een laag risico op fluxus wordt aanbevolen in deze richtlijn, omdat het de kans op meer dan 500 ml bloedverlies postpartum vermindert (RR 0,34; 95% BI 0,27 – 0,43). De kans op een fluxus van meer dan 1000 ml wordt ook vermindert (RR 0,47 ; 95% BI 0,27 – 0,82). Ook worden minder vaak bloedtransfusies toegediend (RR 0,27; 95% BI 0,13-0,55). Jammer genoeg is een grote Nederlandse studie in de eerstelijns, het LENTE onderzoek, naar dit onderwerp nooit gepubliceerd en ook niet meegenomen in deze meta-analyse. De uitkomsten van dit onderzoek waren destijds geen aanleiding om actief leiden als routine aan te bevelen.

Misschien is het tijd voor herbezinning?

En nog veel meer...

Lang niet de hele richtlijn is besproken.

Baringshoudingen, lang gebroken vliezen, meconiumhoudend vruchtwater, episiotomie, harttonen luisteren en CTG controle, bijstimulatie, de eerste opvang van het kind..., allemaal onderwerpen die ook behandeld worden in de richtlijn. De volledige richtlijn beslaat dan ook maar liefst 250 pagina's en ook eens 60 pagina's aan inhoudsopgave, lijst met afkortingen, bijlagen et cetera. De evidence tabellen zijn niet eens opgenomen in de papieren versie!

Jammer is dat we in Nederland onze ervaringen met de fysiologische verloskunde en thuisbevallingen onvoldoende hebben onderzocht en gepubliceerd. We hebben tussen alle 630 referenties maar 4 Nederlandse studies kunnen ontdekken. Hoogste tijd om ons unieke verloskundige systeem beter te onderzoeken. De veiligheid van de thuisbevalling moet sowieso een blijvend punt van aandacht en onderzoek zijn.

Als we nog een suggestie mogen doen?

Wat is het effect van een-op-een-ondersteuning door verloskundigen bij eerstelijns bevallingen? Ondanks enkele pogingen daartoe is het nog niet gelukt om onderzoekers te interesseren voor dit onderwerp in Nederland, ook als is dit volgens ons nog zo relevant.

Maar ook zonder Nederlandse bijdragen aan de onderbouwing is de richtlijn interessant voor iedereen die in de verloskunde actief is: eerstelijns én klinisch verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen.

Haal de richtlijn van internet via de website van NICE, op pagina [http://www.nice.org.uk/guidance/CG 55](http://www.nice.org.uk/guidance/CG_55) om te raadplegen als naslagwerk. Of het nu ter ondersteuning is van discussies in de praktijk, VSV of op de verloskamers, voor het opfrissen van kennis, voor gebruik bij studie of afstudeeronderzoek, voor het informeren van zwangeren over een specifiek onderwerp of bij het ontwikkelen van nieuwe verloskundige richtlijnen voor de KNOV, NVOG of NHG: zonder twijfel kunt ook u zich laten inspireren door dit document. ■