

NVOG 135 jaar!

ntog

2022

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Met onder andere:

Thema: Opleiden // *Cliëntervaringen geboortezorg gerelateerd aan interventies en vroeggeboorte // Vaginale specula van metaal, plastic of biobased plastic*



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

PostNL - Port betaald

Retouradres Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen

Colofon

REDACTIE

J.W.M. Aarts, hoofdredacteur (j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl)
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 S.M. Mourad, voorzitter deelredactie gynaecologie
 S.J. Tanahatoe, voorzitter deelredactie vpg
 F. Vernooij, rubrieksredacteur Ob Gyn
 R. van de Laar, rubrieksredacteur Ob Gyn
 J. Nieuwstad, namens VAGO
 A.W. Kastelein, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
 A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
 N.E. Simons, rubrieksredacteur UNO
 M.A. Lugthart, rubrieksredacteur UNO
 J. Lind, rubrieksredacteur Gynfeud
 M.J. Janssen, illustrator
 A.C.M. Louwes, communicatieadviseur NVOG

LEDEN DEELREDACTIES

N.O. Alers, perinatoloog
 O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
 F. Hinten, aios gynaecologische oncologie
 C.H.J.R. Jansen, aios gynaecologie
 R.L.M. Kurstjens, aios voortplantingsgeneeskundige
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige
 A.M. van Oers-Zandvliet, aios voortplantingsgeneeskundige
 B.B. van Rijn, perinatoloog
 W.A. Spaans, (uro)gynaecoloog

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 Ans Brom (bureauredactie)
 Ria Dubbeldam (eindredactie)
 Marieke Eijt (vormgeving)
 0317 425880 | redactie@ntog.nl | www.ntog.nl

ABONNEMENTEN (prijzen per jaar en incl. 9% btw)

Standaard € 210,-. Studenten € 92,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 92,00. Buitenland € 315,-. Studenten buitenland € 156,-.
 Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december.
 Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES

Brickx, Kranenburgweg 144, 2583 ER Den Haag
 070 3228437 | www.brickx.nl
 dhr. E.J. Velema | 06 4629 1428 | eelcojan@brickx.nl

OPPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1.850 ex., 8 x per jaar.
 NTOG vol.136#1 verschijnt 11 februari 2023.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; uitgever en auteurs kunnen evenwel op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

The sirens, Gustave Moreau, 1872

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Insert Ryeqo*
 Norgine | *Insert Angusta*
 Besins Healthcare | *Oestrogel*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Thema editorial

444 **De aios 'in de lead'** drs. Joost Nieuwstad, dr. Evelien Sandberg

Bestuur NVOG

445 **En het nieuwe jaarthema voor 2023 is: Netwerkontwikkeling** prof. dr. Christianne de Groot

Kort Nieuws

446 **Louis Schellekens Trofee 2022 voor dr. Nienke van Welie en dr. Miranda Steenbeek | Uniek POPS-cohort wordt 40 jaar: Wat doet vroeggeboorte met je op lange termijn? | Internationale positie Nederlandse geboortezorg gelijk gebleven | KNMG: Eén op de drie artsen heeft te maken met bedreiging | NVOG Kwaliteitsregister voor klinisch verloskundigen | Vanaf 2023 registratie telemonitoring mogelijk | O wee | Gynfeud 17 | NTOG Kunstsalon**

Seniorenendag

449 **'Health Advocacy, who dares?'** drs. N.M. Vink, drs. E.J. Hart, drs. S.C. Thierens *et al.*

Actueel

450 **Uw mening en de toekomst van het NTOG** dr. C.H.J.R. Jansen, drs. J. Nieuwstad, dr. M.M. Mochtar *et al.*

Opinie

452 **Bezint eer gij begint aan een Nederlandse ARRIVE-trial** drs. T. Meuleman, drs. D.M.R. Croll, dr. R. de Heus *et al.*

Ingezonden

454 **Reactie op 'Obesitas en kindrewens: een ingewikkelde combinatie'** dr. R.M.F. van der Weiden, prof. dr. J.S.E. Laven

Column lifestyle

455 **(Top)Sport & gynaecologie** drs. F. Sijbrandij, drs. E. Paternotte

Koepel Kwaliteit

456 **Kwaliteitsslag in registraties: vooruit naar de oorsprong** drs. D. Berks, prof. dr. T. van den Akker, dr. W.J. van Driel *et al.*

Oorspronkelijke artikelen

458 **Kwaliteitsverbetering epidurale analgesie door intermitterende toediening durante partu** J.M.A.C. van der Wilt-Schouten, drs. S.W. de Wee, drs. J.M.T. Roelofsens *et al.*

463 **Clïëntervaringen geboortezorg gerelateerd aan interventies en vroeggeboorte** N.C.A. Rossenaar, prof. Dr. M.A. Oudijk, dr. N.T.L. van Duijnhoven *et al.*

468 **Vaginale specula van metaal, plastic of biobased plastic** A.A.A. ten Buuren, drs. T.B. Poolman, dr. L.M. Bullens *et al.*

Themanummer Opleiden

474 **De voortgangstoets in beweging**

475 **Het cursusaanbod in LOGO: hoe gaan we het anders doen?**

476 **Een logisch vervolg op BOEG: LOGO in 2022**

477 **Opleiding: de stand van zaken over de grens**

479 **Feedback: 'van dominante toetscultuur naar begeleidende feedbackcultuur'**

480 **De opleiding gezien vanuit de opleider**

482 **Better together: teamtraining middels simulatie**

483 **Diversiteit in de medische vervolgoopleidingen: noodzakelijk voor toekomstbestendige zorg**

485 **Innovatie en artificial intelligence**

486 **Van aios tot advocaat, welke uitdagingen spelen in beide vakgebieden?**

487 **Leidraad opleiderswissel**

Focus op historie

489 **De ontdekking van de besmettelijkheid van kraamvrouwenkoorts** prof. dr. M.E. Vierhout

Column

492 **Tienduizendklapper** Ghislaine Dekeunink

Hora Est

493 **Female fertility preservation: clinical challenges** Eva Balkenende

Moeders van morgen

494 **Bijwerkingen door COVID-19-vaccinatie in de zwangerschap** dr. P. J. Woestenberg, drs. L. Vissers

Boekbespreking

496 **Schaduwfamilie** dr. M.H. Mochtar

496 **Is het B1?**

Richtlijn in perspectief

497 **Richtlijn Schouderdystocie** drs. A.A. de Ruigh, dr. A.W. Kastelein

Zuiderland & Janssen

500 **Ethiek Doceren bij Geneeskunde** drs. Marcel Zuiderland

OB GYN

502 **Seks en de sectio | De toegevoegde waarde van p16 immunohistochemie bij de beoordeling van CIN | Inductie van de baring bij onrijpe cervix: balloncatheter net zo veilig en effectief als vaginale prostaglandinen?** dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar

503 **Antwoorden Gynfeud 17**

De aios 'in de lead'

drs. Joost Nieuwstad aios en voorzitter VAGO

dr. Evelien Sandberg aios en oud penningmeester VAGO

Voor u ligt het laatste NTOG van dit jaar, met hierin ons themakatern 'opleiden'. Dat is geen toeval: dit jaar is, zoals u waarschijnlijk niet is ontgaan, het nieuwe Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie en Obstetrie (LOGO) gelanceerd. In dit speciale opleidingskatern kunt u lezen over de implementatie van LOGO in de verschillende clusters.

Met de komst van LOGO krijgen aiossen de kans om hun opleiding verder te individualiseren en met de introductie van de thema's is er aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van elke aios. Wij zijn de eerste medische vervolgopleiding in Nederland die deze onderwerpen formeel in haar opleidingsplan heeft opgenomen. Een unicum dus, en daar zijn we blij mee en trots op!

Door te kiezen voor deze individuele benadering van opleiden is de aios zelf 'in de lead' en verantwoordelijk voor zijn/haar opleiding. Dit heeft ook effect buiten de muren van het ziekenhuis, bijvoorbeeld met de totstandkoming van dit katern, waarbij de coördinatie en het reviewen van de artikelen volledig is uitgevoerd door aiossen. Met de NTOG-redactie als supervisor.

Ambacht en aandacht

Opleiden is een vak en dat vraagt ambacht en aandacht. Onze praktijkgerichte opleiding kent uitdagingen, maar biedt zo mogelijk meer kansen. In dit katern delen we in dat kader verschillende artikelen. Hoe ga je om met je eigen leercurve als aios zonder dat de patiënte hier nadeel van ervaart, sterker nog: er voordeel van ervaart? Hoe wordt er opgeleid in het buitenland, en wat kunnen we daarvan leren? Wat is eigenlijk een ideale opleider en waar moet deze dan aan voldoen? Daarnaast hebben we ook gekeken naar de parallellen en verschillen van opleiden in een andere sector, die van de advocatuur. Wat valt

daarvan te leren? Omdat opleiden in de praktijk ook prachtige, hilarische of leerzame momenten oplevert hebben wij, verspreid door het katern, 'ikje's' opgenomen van aiossen en gynaecologen over hun meest memorabele opleidingsmomenten.

Opleiden is een Kunst

Dit jaar heeft Daphne Voormolen de cover van elk NTOG mogen ontwerpen met inspirerende kunstwerken. Op de cover van deze editie prijkt *The sirenes* van Gustave Moreau uit 1872. Daphne vertelt er meer over in haar rubriek de NTOG Kunstsalon.

Het kunstwerk in dit themakatern is *Baby* van Gustav Klimt. Kunst kan inspireren en wat ons betreft kan kunst in de opleiding ook van betekenis zijn. Zo concludeerden Zazulak et al. dat de integratie van kunst, en mindfulness, in het curriculum gericht op observatie een nuttig hulpmiddel is bij het versterken van empathie, het verbeteren van communicatie en het bevorderen van professioneel welzijn onder aiossen gynaecologie & huisartsgeneeskunde.¹ Het idee is dat de arts daardoor bewuster strategieën ontwikkelt die de aandacht naar details optimaliseert en de kwaliteit van hun waarneming verbetert.²

Klimt kennen we al van een eerdere cover dit jaar³, waar *Hygieia* als deel van het grotere werk 'geneeskunde' weergaf. Het werk van Klimt kenmerkt zich vooral door vrouwenportretten met suggestief erotische symboliek, zoals zijn faculteitsschilderingen. Waarop in zijn tijd overigens veel kritiek was. Het kunstwerk *Baby* in dit katern is voor Klimt een experiment, waarin hij verschillende vormen terug laat komen. Over de baby liggen verschillende kledingstukken die een wirwar van patronen laat zien, bloemen, spiralen, zigzaglijnen, regenboogkleuren en contrasterende tinten. Klimt heeft zich vrij gevoeld te experimenteren, mogelijk omdat het karakter

van de baby nog niet gevormd is.⁴ Wij hebben bewust voor dit portret gekozen vanwege de parallellen met de huidige generatie aiossen en de vormgeving van hun opleiding. De aios die zijn of haar opleiding met LOGO kunnen individualiseren en waar aandacht is voor persoonlijke ontwikkeling.

In de vergelijking met kunst en in dit geval Klimt: zowel de kunstenaar als de aios maakt een individuele ontwikkeling door in het werk. Alle zorgvuldig bedachte details als ook de verschillende stijlen in dit werk van de kunstenaar komen uiteindelijk samen in dit prachtige schilderij als één geheel. Dat samenvallen in een geheel zou ook zomaar kunnen gebeuren na een goed individueel opleidingstraject van de aios. Wij wensen elke aios een kansrijke opleiding toe: bewandel daarbij je eigen bevlogen pad, om uiteindelijk met alle opleidingsmomenten een complete en goede gynaecoloog te worden.

Wij zijn blij en dankbaar dat de NTOG-redactie ons de mogelijkheid heeft gegeven om dit themanummer te maken. Wij hopen u te inspireren met dit katern en wensen u veel leesplezier! Mocht u nog suggesties hebben voor de VAGO, dan kunt u altijd contact met ons opnemen via vago@nvog.nl.

Referenties

1. Zazulak J, Sanaee M, Frolic A, Knibb N, Tesluk E, Hughes E, Grierson LEM. The art of medicine: arts-based training in observation and mindfulness for fostering the empathic response in medical residents. *Med Humanit*. 2017 Sep;43(3):192-198. doi: 10.1136/medhum-2016-011180. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28450412.
2. Mukunda N, Moghbeli N, Rizzo A, Niepold S, Bassett B, DeLisser HM. Visual art instruction in medical education: a narrative review. *Med Educ Online*. 2019 Dec;24(1):1558657. doi: 10.1080/10872981.2018.1558657. PMID: 30810510; PMCID: PMC6394328.
3. NTOG vol 135 mei 2022
4. www.gustav-klimt.com/Baby.jsp

En het nieuwe jaarthema voor 2023 is: Netwerkontwikkeling



prof. dr. Christianne de Groot voorzitter NVOG-bestuur
mede namens het bestuur NVOG 2022/2023

We worden steeds vaker en sneller geconfronteerd met veranderingen in onze wereld; de oorlog in de Oekraïne domineert het nieuws, de inflatie is hoog, COVID heeft ons overvallen, populistische krachten komen aan de macht en de klimaatcrisis wordt steeds sterker voelbaar. Het is een sombere opsming maar met onze flexibiliteit en professionaliteit weten we er als maatschappij, land, NVOG en ook persoonlijk het beste uit te halen. Zo zijn we in staat hybride te overleggen zodat we minder reizen, wat beter voor klimaat is en meer flexibiliteit geeft, waarden we meer dan voorheen het samenzijn zoals op een Gynaecologisch congres en zijn we ons meer dan ooit bewust van ons (on)duurzame gedrag. Kijk maar naar Gynaecology Goes Green.

De internationale trends zijn ook zichtbaar in de zorg; door een verandering van onze patiëntenpopulatie enerzijds en door een veranderde context waarin we dagelijks onze zorg verlenen anderzijds zijn deze dagelijks voelbaar. De veranderingen in onze patiëntenpopulatie uiteten zich in een toename van oudere patiënten en een toename van patiënten met armoede, en er worden steeds meer eisen gesteld aan de zorg die wij verlenen. Denk bijvoorbeeld aan de leidraad over verloskundige zorg buiten de richtlijn. Anderzijds hebben we steeds minder medewerkers in de zorg, stijgen kosten van materialen en medewerkers, is er een toename van vraag van zorg op de juiste plek en tegelijkertijd concentratie van complexe zorg. Hiermee verandert de context waarin we werken. Als we beide trends combineren, de veranderende patiëntenpopulatie en de veranderende context, kom ik tot de volgende prioriteiten: de focus op preventie in plaats van ziekte, gelijkheid van zorg voor iedereen, duurzaamheid, netwerkworg

en vitaliteit voor ons en voor jou om dagelijks met plezier het vak te kunnen blijven doen. Dit sluit aan bij het Integraal Zorg Akkoord (IZA) dat pleit om van zinnige zorg naar passende zorg te gaan met als belangrijkste thema's: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.¹

Wat doen wij als NVOG? Wij blijven 'in the lead' voor de kwaliteit van zorg. We leveren de beste zorg voor onze patiënten in al hun levensfasen. Als we niet weten wat de beste zorg is, formuleren we een kennishiaat, zetten we een studie op en analyseren we de gegevens. Als er geen evidence is voor een diagnostisch onderzoek of een behandeling dan stoppen we hiermee. Zo maken we evidence based richtlijnen samen met onze internationale partners voor de beste zorg. We zijn maatschappelijk betrokken bij de vele issues waar ons vak overgaat zoals de abortuswetgeving die nu (nog) in het strafrecht is, het verdwijnen van de vijf dagen bedenktijd voordat een vrouw abortus mag krijgen, de zorgen over de zwangere immigranten zoals in Ter Apel en cetera. We doen dit samen als NVOG met alle leden, de koepels en de pijlers en de andere wetenschappelijke verenigingen. Onze gezamenlijke visie van 2025 zullen we updaten naar 2030. We zetten ons meer dan 100% in voor de beste kwaliteit van zorg. Dit kunnen we doen door gebruik te maken van onze data. Dit geldt voor alle aspecten van ons prachtige vak maar laat ik een voorbeeld geven uit mijn eigen pijler Foeto-Maternale geneeskunde. Recent zijn de data van Euro-Peristat gepubliceerd voor de geboortezorg gebaseerd op onze Perined-data. Nederland heeft zijn plaats in de midden moot behouden.² Dit kunnen én moeten we beter doen. Als we meer gebruikmaken van bijvoorbeeld onze kanskaart voor vroeggeboorte (<https://kanskaart.nl/vroeggeboorte>) kunnen we vrouwen met een hoog risico beter identificeren en voor hen preventieve strategieën ontwikkelen. Daarnaast is de perinatale sterfte a terme nog hoog; gemiddeld overlijdt elke dag één a term geboren neonat. De evaluatie van de integrale-geboortezorgorganisaties gaat ons meer leren hoe we deze zorg beter kunnen organiseren. Laten we een stip op de horizon zetten en bij de 6de Euro-Peristat-analyse in een topositie komen, niet om de beste te zijn maar onze patiënten en de onze nieuwe generatie de beste start en kansen te geven. We zullen in 2023 dit in samenhang doen met het jaarthema Netwerkontwikkeling om voor iedere patiënt gezamenlijk tot de beste behandeling te komen. Niet alleen in de geboortezorg maar in alle gebieden van de gynaecologie & verloskunde. Dit kan alleen als we fit zijn en blijven. Ook hier zullen we de komende jaren aandacht voor hebben en houden; een optimale werk-privébalans en de mogelijkheden tot *life long learning*.

We doen dit samen, samen met de Federatie Medisch Specialisten, samen met onze koepels en pijlers, samen met de VAGO, onze NVOG-beleidsmedewerkers en vooral samen met jou! Ik kijk ernaar uit om in de voetstappen van onze vorige voorzitter, Astrid Vollebregt, samen het verschil te maken met de NVOG!

We doen dit samen, samen met de Federatie Medisch Specialisten, samen met onze koepels en pijlers, samen met de VAGO, onze NVOG-beleidsmedewerkers en vooral samen met jou! Ik kijk ernaar uit om in de voetstappen van onze vorige voorzitter, Astrid Vollebregt, samen het verschil te maken met de NVOG!

Referenties

1. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg
2. www.perined.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=108

Contact

Christianne de Groot
cj.degroot@amsterdamumc.nl

Louis Schellekens Trofee 2022 voor dr. Nienke van Welie en dr. Miranda Steenbeek



Dr. Nienke van Welie, aios cluster Amsterdam UMC, heeft tijdens het 59e Gynaecologisch Congres de Louis Schellekens Trofee 2022 ontvangen voor het beste proefschrift in de voortplantingsgeneeskunde: *Diagnostic and therapeutic consequences of evaluating the fallopian tubes in infertility* (promotoren Velja Mijatovic en Nils Lambalk, co-promotoren Ben Willem Mol en Kim Dreyer). Van Welie was een van de drie kandidaten die dit jaar door de jury genomineerd zijn en tijdens de sessie van de NVOG-ijer Voortplantingsgeneeskunde (VPG) een vijf-minuten-pitch mochten geven over hun proefschrift. Op basis van het juryrapport en na het tellen van de stemmen van de leden van de ijer VPG maakte ijer-voorzitter Annemiek Nap de winnaar bekend.



Dr. Miranda Steenbeek, aios cluster Nijmegen, ontving de prijs voor het beste proefschrift in de oncologie: *Prevention and etiology of serous cancer of the female genital tract* (promotoren dr. J.A. de Hullu, prof. dr. N. Hoogerbrugge-van der Linden, prof. dr. L.F.A.G. Massuger; en copromotor: prof. dr. R. Hermens).

Uniek POPS-cohort wordt 40 jaar: Wat doet vroeggeboorte met je op lange termijn?

Op 17 november het Wereld Prematurorendag. TNO doet sinds 1983 onder-

zoek naar de ontwikkeling van bijna alle kinderen die dat jaar te vroeg zijn geboren, het zogenaamde POPS-cohort (Project On Preterm and Small for gestational age infants). Nergens ter wereld is een landelijk cohort van deze omvang zo langdurig gevolgd en uitgebreid onderzocht. In eerste instantie werden 1.336 mensen die in 1983 zijn geboren bij een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken en/of een geboortegewicht onder 1500 gram gevolgd; 94% van alle baby's die in 1983 zeer te vroeg of met een zeer laag geboortegewicht zijn geboren in Nederland. De gevolgde groep heeft over de jaren heen veel informatie opgeleverd over de korte- en langetermijngevolgen voor deze inmiddels bijna veertigjarigen. Uit de eerdere onderzoek blijkt dat vroeggeboorte in veel gevallen de hele levensloop van deze mensen beïnvloedt. Zo had op negentienjarige leeftijd 50% een verhoogde bloeddruk. Dat leidt op die leeftijd wellicht nog niet tot problemen, maar de kans is groot dat dat op latere leeftijd wel het geval is. Vaak worden de vroeg geborenen niet serieus genomen in hun klachten en krijgen ze te maken met verkeerde diagnoses en behandelingen. Onderzoek is dus van belang. Volgend jaar worden de 'kinderen' uit dit cohort veertig jaar. De groep is op negentien-

jarige leeftijd voor het laatst fysiek onderzocht en tussendoor middels vragenlijsten. Nu de groep veertig jaar wordt, zou het een mooi moment zijn om weer zo'n fysiek onderzoek te doen. Op dit moment wordt gekeken of en zo ja hoe een nieuw fysiek onderzoek kan plaatsvinden.

TNO

Internationale positie Nederlandse geboortezorg gelijk gebleven

Europese vergelijking van de perinatale sterfte (sterfte rond de geboorte) laat zien dat Nederland dezelfde positie behoudt in de internationale rangorde. Dit blijkt uit het vijfde EURO-PERISTAT 2022 onderzoek naar de perinatale gezondheid (gezondheid van moeder en kind rond de geboorte) in diverse Europese landen en regio's in 2019. Het onderzoek werd in Europees verband uitgevoerd onder leiding van het Instituut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm, Frankrijk).

De Nederlandse EURO-PERISTAT-Stuurgroep constateert dat de Nederlandse positie rondom perinatale sterfte beter kan en dat terugdringen van de sterfte noodzakelijk en mogelijk is. Wij onderschrijven dit als NVOG. Dit kwam ook

Owee

ANIOSGEL



Malou Herman, gynaecoloog JBZ, zag in het Blois Hospitaal te La Chaussée-Saint-Victor (Frankrijk) gel van een bijzonder merk.

Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jbz.nl onder vermelding van Owee. Beperk u tot 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.

al eerder naar voren in het RIVM-rapport *Beter weten* uit 2020. Internationale vergelijkingen zijn ingewikkeld en interpretatie is lastig, tegelijkertijd weten we wel veel over welke factoren samenhangen met een hogere sterfte. Factoren die de kans op perinatale sterfte vergroten, zoals overgewicht, zijn de laatste jaren toegenomen. Ook sociale factoren, zoals laaggeletterdheid, taalachterstand en armoede hebben een negatieve invloed. Daarom is inzet op preventie van deze risicofactoren belangrijk. Zo is er het programma Kansrijke Start, waarin zorgverleners uit de geboortezorg intensief samenwerken met partners als verloskundigen, kraamverzorgenden en wijkteams om voor kinderen voor de conceptie een zo goed mogelijke start te geven. Verder werken we aan de hand van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg in de hele keten aan de beste zorg voor moeder en kind en wordt naar aanleiding van het RIVM-rapport *Beter weten* op verschillende onderdelen geïntensiveerd. Wij denken dat met integrale bekostiging de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen een extra impuls krijgt die hard nodig is en daarmee zal de kwaliteit van zorg verbeteren. Tot slot is aandacht voor de implementatie van reeds verricht onderzoek, verdere ontwikkeling van kennishiaten en een snelle vertaling naar multidisciplinaire richtlijnen belangrijk en meer onderzoek naar bewezen effectieve behandelingen ten aanzien van preventie van vroeggeboorte en effectieve preventieve interventies voor en tijdens de zwangerschap.

NVOG

KNMG: Eén op de drie artsen heeft te maken met bedreiging

Uit onderzoek van de KNMG blijkt dat artsen veelvuldig te maken krijgen met bedreiging en intimidatie. Ruim een derde van de ondervraagde artsen heeft ervaring met bedreiging of intimidatie en een kwart van alle artsen heeft hier het afgelopen jaar mee te maken gehad. De bedreigingen variëren van online bedreigingen, verbale en fysieke agressie, tot intimidatie of

bedreiging van het gezin van de dokters. De impact op artsen is groot, schrijft de KNMG op haar website. Agressie en intimidatie leveren stress op (54%) en bijna 20% ontwikkelt fysieke klachten. Daarbij komt dat 46% van de artsen zich minder vrij voelen in het werk. Volgens de KNMG vormt bedreiging van artsen een reëel risico voor uitval en zelfs stoppen met het artsenvak. Een veilig werkklimaat is een belangrijke voorwaarde voor artsen en andere hulpverleners om te blijven werken in de sector zorg en welzijn.

KNMG

NVOG Kwaliteitsregister voor klinisch verloskundigen

De NVOG-Werkgroep Klinische Verloskunde en het NVOG bestuur slaan de handen ineen en richten een eigenstandig kwaliteitsregister voor klinisch verloskundigen op.

Het kwaliteitsregister is één van de instrumenten in de erkenning van het unieke vakgebied van de klinisch verloskundige. Het uitgangspunt is dat klinisch verloskundigen vanuit eenzelfde professionele standaard kunnen gaan werken. In het kwaliteitsregister ligt vast wat van de klinisch verloskundige wordt verwacht op het gebied van deskundigheidsbevordering zodat uniformiteit en veilige zorg gewaarborgd blijven. Het kwaliteitsregister is een belangrijke aanvulling op de BIG-registratie.

Het Kwaliteitsregister Klinisch Verloskundigen is een belangrijk instrument voor de ontwikkeling van beroepsidentiteit. Het Kwaliteitsregister Klinisch Verloskundigen kent de volgende doelen:

- erkenning van het beroep Klinische Verloskunde
- kwaliteit van zorg uniform en inzichtelijk maken
- bekwaamheden actueel houden (en dus bijhouden bij- en nascholing)

NVOG

Vanaf 2023 registratie telemonitoring mogelijk

Vanaf 2023 kan telemonitoring zelfstandig geregistreerd en gedeclareerd worden. Dat staat in een update van de Wegwijzer bekostiging digitale zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierdoor krijgen medisch specialisten volgens de Federatie Medisch Specialisten meer mogelijkheden om digitale zorg, en daardoor de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Door telemonitoring kan een chronische patiënt op afstand gemonitord worden. Daardoor zijn er vaak minder controle-afspraken nodig en hoeft de patiënt minder naar het ziekenhuis te komen. Doordat telemonitoring vanaf 2023 apart bekostigd wordt, wordt implementatie makkelijker. Volgens de federatie moet digitale zorg een vast onderdeel zijn van het reguliere zorgproces, maar is het aan de patiënt en de medisch specialist om samen te beslissen of digitale zorg

Gynfeud 17



1. Het is vaak leuk om een replica van een oud boek te kopen. Dit heet een:

- a. facsimile
- b. faccimelle
- c. facsimele
- d. fascimile

2. Wat is Haga Comititis?

- a. de SOA-poli van het Haga Ziekenhuis

- b. een aan schurft verwante huidziekte

- c. Latijnse benaming voor Den Haag
- d. een giftige bladgroente die ernstige allergische reacties geeft

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 499.

dr. J. Lind



NTOG Kunstsalon

De foetale geneeskunde heeft zich de afgelopen decennia ontwikkeld tot een interessant en relevant vakgebied. Naast de zorg voor de zwangere zelf wordt er tegenwoordig ook antenataal al voor het kind gezorgd. Zo worden aangeboren afwijkingen grotendeels voor de geboorte vastgesteld. Dat is enerzijds belangrijk om verder onderzoek te doen en anderzijds ook ter voorbereiding van de ouders. In vroegere tijden werden congenitale afwijkingen pas bij de geboorte waargenomen. In een poging deze structurele afwijkingen te verklaren werd vaak een verband gelegd met het goddelijke en werd het kind als voorbode van onheil of als straf gezien. Een monster was een bovennatuurlijk wezen. Het woord monster stamt af van het Latijnse *monstrum* dat 'waarschuwend voorteken' betekent.

Aangeboren afwijkingen hebben ook de verbeelding geprikkeld en in sommige gevallen zijn er onmiskenbaar mythologische fabelfiguren op geïnspireerd, zoals bijvoorbeeld de cycloop (holoprosencephalie) en de dwerg (achodroplasia). Ook de zeemeermin kent een foetale verwantschap.

Serinomelie is een vorm van caudale dysgenese gekenmerkt door de fusie van de onderste ledematen. Daarbij zijn er onder andere ernstige urogenitale afwijkingen zoals nieragenese, waardoor er al vroeg een anhydramnion ontstaat. Dat leidt vervolgens weer tot longhypoplasie, waardoor de kinderen direct na de geboorte overlijden. Een macabere analogie van een vis op het droge.

Met de longcapaciteit van de sirenen was daarentegen niks mis. Deze halfgodinnen met het bovenlichaam van een vrouw en het onderlijf van een vis brachten het prachtigste gezang voort.

Vanaf eilandjes in de Middellandse Zee verleidden ze passerende zeevaarders. Bedwelmd door de mooie geluiden voeren ze tegen de rotsen op en verdrinken. De slimme Odysseus moest op zijn tocht de sirenen passeren en stopte de oren van zijn bemanning dicht met bijenwas. Zelf wilde hij de mogelijkheid niet onbenut laten de fenomenale vocalen te horen en liet zichzelf vastbinden aan de mast. De verleidende stemmen kregen vat op hem, maar zijn bemanning voer onverstoort door. Zo passeerde het schip veilig, was Odysseus een ervaring rijker en betekende dit het einde van de sirenen, die in zee stortten. (Sirenen waren oorspronkelijk half vrouw, half vogel maar in de loop van de tijd veranderde dat van vogel naar vis).

In dit werk van Gustave Moreau zien we drie sirenen op de uitkijk staan. Het vrouwelijke deel heeft hij ruim genomen en eigenlijk alleen de voeten gaan over in een vissenstaart. De ranke naakte lichamen steken af tegen de donkergekleurde omgeving, waardoor de schoonheid benadrukt wordt en een verleidelijke onschuld wordt gesuggereerd. Ze zingen en roepen niet. Ook zien ze er niet uitdagend uit, eerder behoedzaam. Is Odysseus zojuist langs gevaren? Wellicht verwijst de ondergaande zon wel naar een slotcouplet voor deze dames.

Gustave Moreau was een succesvol kunstenaar van het symbolisme. Hij muntte uit in het schilderen van mythologische taferelen in geheel eigen stijl. Hij stoffte de verhalen als het ware af en bracht ze op een vernieuwende wijze in beeld, vaak mysterieus en betoverend mooi.

Van sirenomelie, naar mythologie naar (moderne) kunst. Het bestuderen en analyseren van afwijkende kinderen, foetale geneeskunde *avant la lettre*, heeft zijn sporen nagelaten in kunst en cultuur. En hoewel we naar het geluid van de sirenen slechts kunnen gissen, klinkt de sirene van de ambulance ons alom bekend in de oren!



dr. Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ

mogelijk is. Niet elke medische zorgvraag is geschikt voor een digitale benadering, en niet iedere patiënt is in staat om de digitale mogelijkheden te benutten.

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) ontwikkelde de federatie diverse implementatiekaarten, onder meer voor telemonitoring bij COPD, hartfalen en IBD. Momenteel werkt de commissie Regeling van de federatie aan een handreiking over het registreren van telemo-

nitoren samen met de NVZ, NFU, ZN en de NZa.

FMS

'Health Advocacy, who dares?'

drs. N.M. Vink *gynaecoloog, Nij Smellinghe Ziekenhuis, Drachten*

drs. E.J. Hart *promovendus Athena Instituut VU Amsterdam, arts menopauze OLVG Amsterdam*

drs. S.C. Thierens *arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde i.o., Makunda Christian Leprosy and General Hospital, India*

drs. C.M.W. de Sonnaville *arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, Haydom Lutheran Hospital, Tanzania*

dr. J. van Dillen *gynaecoloog Radboudumc Nijmegen, UHD Grenzeloos Leren en Werken*

drs. M.H. Hulsbergen *gynaecoloog Women's Healthcare Center, Medical Educator Amsterdam UMC, MScPH De lustrumcommissie Working Party ISM&RH*

Op 16 september 2022 werd het 7e lustrum van de NVOG Working Party ISM&RH gevierd met onder meer het symposium 'Health Advocacy, who dares?'. Het thema was een goede aanleiding voor de circa honderd werkgroepsleden en andere geïnteresseerden om met elkaar in debat te gaan. De vele internationale gasten plaatsten het onderwerp van discussie in nog breder global health perspectief.

De Working Party ISM&RH bestaat sinds 1987. In 2021 ontvingen 204 leden de nieuwsbrief. Sinds 2019 is er een actieve whatsapp groep Safe Motherhood met meer dan 150 leden verspreid over de hele wereld. De leden zijn vooral gynaecologen (in opleiding) maar ook artsen internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, verloskundigen en public health georiënteerde geïnteresseerden. De meesten hebben een deel van hun loopbaan in lageinkomenslanden gewerkt, enkelen werken daar nog steeds. De werkgroep maakt zowel deel uit van de NVOG als van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG).

De ochtend van het symposium werd ingevuld door Lindy van Vliet, Rebecca Gomperts, Efraïm Hart en Wanda de Kanter, zeer gepassioneerde pleitbezorgers op hun terrein: Van Vliet vanuit het Royal Tropical Institute Amsterdam (KIT) en met eerdere ervaring bij onder andere Oxfam Novib, Gomperts wil alle vrouwen ter wereld een veilige abortus kunnen aanbieden middels onder andere Women on Waves en Women on Web, Hart richt zich in zijn op PhD op 'Activism and advocacy in healthcare' en De Kanter voert professioneel en persoonlijk strijd tegen roken.

PhD-pitches en workshops

De middag bestond uit een combinatie van PhD-pitches en workshops. Deze leden van de Working Party ISM&RH begeleiden meerdere onderzoeksprojecten vanuit de leerstoelen van prof. Jelle Stekelenburg (UMCG) en prof. Thomas van de Akker (LUMC). Acht PhD-kandidaten presenteerden hun studies uit met name low income countries uit met name shared decision making tot respectful maternal care. De pitch van Anouk Verschuuren over suboptimale factoren ten aanzien van perinatale zorg voor asielzoekers en vluchtelingen in Nederland werd als beste pitch verkozen. Ondertussen is dit actuele onderwerp ook veelvuldig in de media aan bod geweest, waaronder in NRC ('Ook de geboortezorg voor asielzoekers schiet vaak tekort').

Tijdens de workshops werden de aanwezigen gestuurd naar de do's en don't's in de wereld van advocacy. Joline Roze leidde haar Dokters in Debat-werkgroep en gaf de deelnemers handvatten voor debatteren. Jamilah Sherally, columnschrijver voor het NTvG, dwong met stellingen als 'Privilege makes responsibility' en 'Everyone has a voice but not everyone has a platform' het publiek om na te denken over zichzelf en over de taken die voor ons liggen. Sanne van de Kooij liet zien hoe haar ervaringen in vluchtelingenkamp Moria op Lesbos en het opzetten van de SOS Moria campagne haar leven een compleet andere wending heeft gegeven. Niek Versteegde gaf een interessante draai aan zijn leven en stuurde met zijn onderwerp 'social entrepreneurship in LMIC' zijn werkgroep naar het ondernemerschap.



Aanzet tot nadenken

De keynote lecture 'No dare without care' van Tarek Meguid was een ode aan safe motherhood. Meguid belichtte sociale ongelijkheid van verschillende kanten, benadrukte de nood tot samenwerking en zette aan het publiek tot nadenken. Het dagprogramma werd afgesloten met de beëindiging van Barbara Kwast als erelid en de overdracht van het voorzitterschap van de Working Party ISM&RH van Jelle Stekelenburg naar Thomas van den Akker. Er werd een saamhorige en vrolijke sfeer geproefd. Nadien gaf het walking dinner de gelegenheid om face to face bij te praten en werd de lustrumviering voortgezet met een Afrikaanse dansworkshop en de DJs Arthur Liu en Isaac S. Dank allen voor deelname aan dit nerveuze lustrum en aan de studenten Hadeer en Lamys voor hun helpende hand. Deze dag zal hopelijk uitdagen om de pleitbezorging met open vizier in te stappen. Iedereen kan pleitbezorger zijn! Deze activiteit is mede-mogelijk gemaakt met hulp van Kenniscentrum Global Health als onderdeel van een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Resultaten van de lezersenquête 2022

Uw mening en de toekomst van het NTOG

dr. C.H.J.R. Jansen, drs. J. Nieuwstad, dr. M.M. Mochtar, A. Louwes, dr. J.W.M. Aarts
namens de NTOG-redactie

Het Nederlands tijdschrift voor Obstetrie en gynaecologie (NTOG) is gevuld met vakliteratuur voor en door leden van de vereniging. Voor een goed tijdschrift is het van belang om te blijven ontwikkelen en verbeteren, en hierbij staat de mening van de lezer voorop. Om die reden neemt het NTOG elke drie jaar een online enquête af, waarin uw mening wordt gevraagd. In dit stuk geven we een terugkoppeling van de resultaten.

In december 2021 heeft de NTOG-redactie een online enquête rondgestuurd naar alle leden van de NVOG (n=1784). Behoudens een evaluatie van het leesgebruik, de leeservaring en de waardering van de verschillende rubrieken, vroeg de enquête specifiek naar meningen ten aanzien van digitalisering van het tijdschrift en het gebruik van de NTOG-website. Ook was er ruimte om naast de gesloten vragen feedback te geven of ideeën te opperen. In totaal ontvingen we 231 ingevulde enquêtes (response rate 13%) van 163 gynaecologen (15%), 39 aiossen (10%) en 29 senior/overige leden (11%).

Beoordeling NTOG

Het NTOG wordt beoordeeld met een gemiddelde van 7,8 (SD 0,8). Er is geen verschil in oordeel tussen de gynaecologen (7,8), aiossen (7,8) en senior/overige leden (7,9). Het rapportcijfer is vergelijkbaar met het tevredenheidscijfer van de vorige enquête (8,0). Tien personen hebben de vraag foutief geïnterpreteerd en zijn geëxcludeerd. De helft van de lezers leest alle edities, 25% leest driekwart, 18% leest de helft en maar een klein deel leest slechts een kwart van de edities (figuur 1a). Van een editie leest 37% redelijk veel tot veel, 16% leest zo goed als alles en een klein deel leest weinig of juist alles (figuur 1b). De reden tot lezen gaat gelijk op tussen beroepsbelang, wetenschap en opinie (34%, 30% en 27% respectievelijk, figuur 1c).

De tevreden lezer

Naar aanleiding van de uitkomsten van eerdere enquêtes heeft het NTOG veranderingen doorgevoerd. Zo wordt het tijdschrift niet langer in plastic verpakt en werken we nu met biologisch afbreekbaar papier. Ook zijn er nieuwe rubrieken bijgekomen en is BOBT en NOBT samengegaan in de rubriek ObGyn. Tot slot zijn er de afgelopen jaren vele themanummers verschenen. Wat betreft de inhoud: uit de enquête blijkt een grote tevredenheid (94%) over de verdeling van het type artikelen (verenigingsnieuws en vakinhoudelijke en wetenschappelijke artikelen). Daarop aansluitend vindt 88% het aanbod van wetenschappelijke artikelen voldoende. Er wordt gemiddeld een 7 gegeven op een schaal van 0 tot 10 met betrekking tot het up-to-date zijn van de wetenschappelijke artikelen, de kwaliteit en de mogelijkheid deze in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Ten slotte is het overgrote deel van de lezers (93%) van mening dat actualiteiten met hoge nieuwswaarde redelijk tot goed aan bod komt in het NTOG, zowel op wetenschappelijk als op vakinhoudelijk gebied. De waardering van de rubrieken is weergegeven in figuur 2. De top-5 meest gelezen rubrieken staat in tabel 1.

Tabel 1. Top-5 rubrieken

1. Oorspronkelijke artikelen
2. Column Mieke Kerkhof
3. Update Nederlands Onderzoek (UNO)
4. Actueel
5. Kort nieuws

72% van de respondenten vindt dat de themanummers een toegevoegde waarde hebben. 42% ziet het liefst twee themanummers per jaar, 24% drie themanummers en 21% vier themanummers. Vanuit de open vragen is er een aantal overkoepelende suggesties gedaan. Allereerst zien lezers graag wat meer discussie in het tijdschrift. Ten aanzien

van nieuwe rubrieken geeft een overgroot deel van de respondenten (92%) aan dat een rubriek met een korte toelichting op recent ge-update richtlijnen van toegevoegde waarde zou zijn. En niet geheel onverwachts is duurzaamheid een veel genoemd onderwerp.

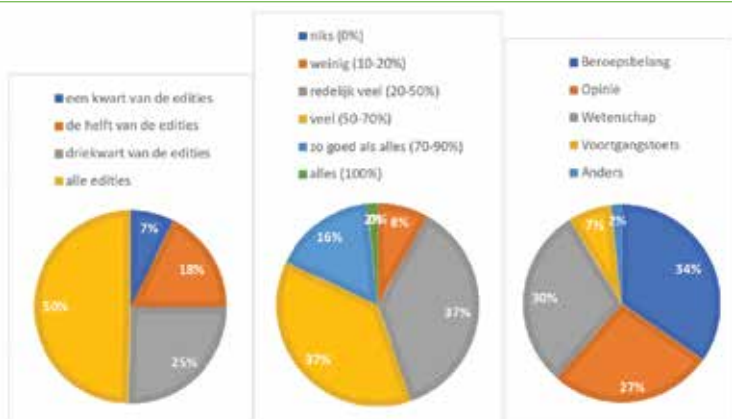
Digitalisering van het NTOG?

In de huidige enquête geeft 34% van de lezers aan in het kader van duurzaamheid het tijdschrift liever digitaal te lezen. De helft van degenen die hadden gekozen het tijdschrift digitaal te lezen prefereerden een digitaal magazine, 40% zou een pdf willen ontvangen en een minderheid van 7% zou toegang tot een pdf willen op de website van het NTOG. Echter, de meerderheid van de respondenten (40%) ontvangt het tijdschrift nog steeds liever op papier, 25% zou het graag in hybride vorm ontvangen, en geven als voorbeeld: sommige artikelen online en een aantal keer per jaar een fysiek tijdschrift. Overigens is het overgrote deel van de respondenten (68%) niet bereid extra te betalen voor een online magazine. Veel lezers brachten ook naar voren dat zij denken dat een online magazine goedkoper is dan een papieren vorm. Dit laatste lijkt echter niet zo te zijn.

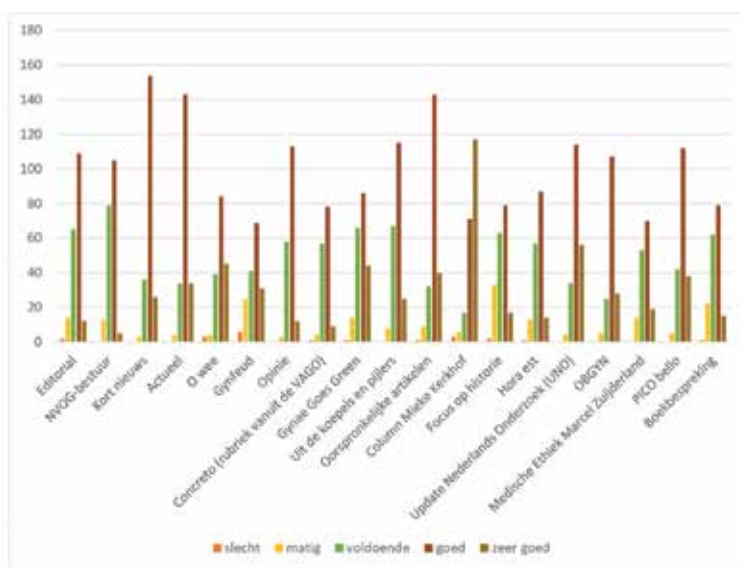
Een belangrijk digitaal onderdeel is de website. Hierover geeft 35% van de respondenten aan nooit de website te gebruiken, 50% doet dit sporadisch en een klein deel (11%) gebruikt de website regelmatig. Het overgrote deel van de lezers (70%) vindt de bruikbaarheid van de website redelijk, 18% vindt die slecht en 12% vindt de bruikbaarheid goed. De zoekfunctie wordt door 59% niet gebruikt. Van degenen die dit wel gebruiken, is 20% tevreden, maar 21% vindt dat deze niet afdoende werkt.

Veranderingen in tijdschrift

Wat heeft de NTOG-redactie voor ogen voor de komende jaren op basis van deze enquête? De resultaten van de



Figuur 1a. Hoeveel van de 8 edities leest u? 1b. Hoeveel van het NTOG leest u? 1c. Waarom leest u het NTOG?



Figuur 2. Waardering per rubriek. X-as rubrieken, Y-as aantal respondenten

enquête zijn geanalyseerd en uitvoerig besproken in de NTOG-redactie in samenwerking met de uitgever GAW ontwerp+communicatie, met de bedoeling om oog te hebben voor de lezer en om het tijdschrift verder te ontwikkelen.

1) Ten aanzien van de inhoud: aangezien 92% van de respondenten vindt dat een nieuwe rubriek met een korte toelichting over veranderingen in recent ge-update richtlijnen van toegevoegde waarde is, is er inmiddels een nieuwe rubriek gestart: Richtlijn in Perspectief. Onder redactie van Arnoud Kastelein en Annemijn de Ruijth worden nu vier keer per jaar een hernieuwde richtlijn onder de loep genomen. De themanummers worden gewaardeerd, maar het aantal lijkt te hoog. Voor het komende jaar zullen we dan ook een maximum van drie themanummers aanhouden. Verder proberen we wat meer opinievormende stukken plaatsen door

meer redactioneel commentaar of door bijvoorbeeld de rubriek pro-con nieuw leven in te blazen. Bovendien streven we ernaar de aangeleverde kopij tijdig te publiceren.

2) Ten aanzien van verduurzaming van het NTOG: duurzaamheid is een belangrijk thema en de vraag of het NTOG gedigitaliseerd zou kunnen worden, wordt dan ook steeds relevanter. Het NTOG is al langer bewust bezig met duurzaamheid door in 2018 over te stappen naar een bio-based verpakking en sinds de vorige enquête het tijdschrift geheel zonder verpakking te versturen. Menig lezer geeft aan het NTOG in het kader van duurzaamheid liever digitaal te ontvangen, terwijl een deel ook nog een duidelijke voorkeur voor een papieren editie uitspreekt. Nadat wij ons hierin hebben verdiept, blijken er verschillende vormen van digitalisering mogelijk; variërend van een com-

pleet online magazine, een pdf op de website tot een pdf per e-mail. Ook kan er voor een hybride vorm worden gekozen door bijvoorbeeld het tijdschrift slechts een enkele keer per jaar op papier te versturen en verder digitaal of de lezers de keuze te geven het op papier of digitaal te ontvangen. Hierbij is er een aantal zaken van belang om mee te wegen. Een volledige digitalisering van het tijdschrift houdt niet automatisch in dat de uitgave ook goedkoper en duurzamer wordt. De ervaring van de uitgever leert dat de advertentieinkomsten flink zullen dalen. Daarbij vraagt een andere vorm ook om een omschakeling van het redactionele proces. Waar dat nu periodiek plaatsvindt, wordt het een meer continu proces waarbij de redactie bijna dagelijks met het tijdschrift bezig zal moeten zijn om de digitale content up to date te houden. Ook is het de vraag welke digitale of hybride vorm werkelijk het duurzaamst is. Immers, is het elektronisch opslaan en versturen van pdf-bestanden misschien wel niet duurzamer dan het versturen van een papieren tijdschrift? Om die reden hebben we als redactie gevraagd aan de Gynae Goes Green denktank om mee te denken. Met de denktank zoeken we uit welke vorm het duurzaamst zou uitpakken. Voor het uiteindelijke besluit zullen we deze informatie samen met de wens van de lezers en het betaalbaar houden van het tijdschrift meewegen. In de tussentijd richten we de website opnieuw in, zodat deze gebruiksvriendelijker wordt.

Samenvattend

Namens de gehele NTOG-redactie danken wij alle respondenten voor de feedback. Wij mogen zeer tevreden zijn met de waardering die jullie voor het tijdschrift hebben en het mooie rapportcijfer, een 7,8! Graag ziet men een duurzame, deels digitale maar vooral inhoudelijk sterke NTOG. De NTOG-redactie gaat hiermee aan de slag. We blijven ons tijdschrift ontwikkelen, waarbij we streven naar verbetering en een nog hogere waardering van de lezers, en waar de mening van de lezer essentieel is en centraal staat.

Bezint eer gij begint aan een Nederlandse ARRIVE-trial

drs. T. Meuleman arts-echoscopist/arts-onderzoeker, Radboudumc Nijmegen

drs. D.M.R. Croll arts-assistent gynaecologie, WKZ Utrecht

dr. R. de Heus gynaecoloog, St. Antonius Ziekenhuis Utrecht

dr. M.A. de Boer gynaecoloog, Amsterdamumc

prof. dr. C.J.M. Verhoeven klinisch verloskundige, MMC Veldhoven; professor Midwifery, University of Nottingham

prof. dr. K.W.M. Bloemenkamp gynaecoloog, WKZ UMC Utrecht

dr. J. van Dillen gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

Het opzetten van een Nederlandse ARRIVE-trial is niet haalbaar. Dat is wat wij concluderen naar aanleiding van onze haalbaarheidsstudie. Middels vragenlijsten vroegen wij Nederlandse zwangere vrouwen of zij bereid zouden zijn om deel te nemen aan een gerandomiseerde studie waarbij inleiding van de bevalling bij een zwangerschapsduur van 39 weken zou worden vergeleken met een expectatief beleid.

In augustus 2018 werd de ARRIVE-trial gepubliceerd in *The New England Journal of Medicine*. Uit dit gerandomiseerde onderzoek onder 6.106 Amerikaanse nullipara bleek dat electief inleiden van de bevalling bij een zwangerschapsduur van 39 weken leidt tot betere maternale uitkomsten in vergelijking met een expectatief beleid. In de inleidgroep was een significant lager aantal sectio's (18,6 versus 22,2%). Er was geen significant verschil in perinatale uitkomsten.¹

Deze resultaten uit de Verenigde Staten zijn echter niet toepasbaar op de Nederlandse populatie vanwege de verschillen in het geboortezorgsysteem, verschillen in populatie zoals gemiddelde leeftijd, sociaaleconomische factoren en BMI, naast de a priori kans op een sectio die bij een laagrisicozwangerschap in Nederland veel lager is.² Vervolgens prioriteerde de beroepsgroep NVOG een Nederlandse ARRIVE-trial, echter op voorwaarde dat een haalbaarheidsstudie werd uitgevoerd.³ Naar het verleden kijkend zou men kunnen verwachten dat er weinig animo is onder Nederlandse zwangere vrouwen om deel te nemen aan gerandomiseerd onderzoek naar de inleiding

van de bevalling. In de studie van Hendrix et al. waarin gerandomiseerd werd tussen thuis versus in het ziekenhuis bevallen hadden na een inclusieperiode van zes maanden 115 zwangere vrouwen deelname geweigerd en had slechts één informed consent gegeven.⁴ De voornaamste reden voor weigering was dat de zwangere vrouwen veel waarde hechtten aan hun keuze-autonomie. De INDEX-studie van Keulen et al. naar inleiden van de bevalling bij een amenorroeduur van 41 weken versus afwachten tot 42 weken toonde dat slechts 29,8% van de 6.088 benaderde zwangere vrouwen met een laag risico wilden deelnemen.⁵

Haalbaarheidsstudie

De resultaten van onze haalbaarheidsstudie werden in juni 2022 gepubliceerd in een internationaal tijdschrift.⁶ In 2020 werd een online survey uitgevoerd. Via verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen in de regio Nijmegen, Utrecht en Amsterdam en via sociale media werden zwangere vrouwen benaderd om een vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bestond uit twee delen: het eerste deel ging over verwachtingen van een inleiding van de bevalling (deze resultaten zullen elders gepubliceerd worden) en het tweede deel ging over een hypothetische Nederlandse ARRIVE-trial. De deelnemers kregen algemene informatie over het inleiden van de bevalling en een korte versie van een patiënteninformatiefolder over de hypothetische ARRIVE-trial. Vervolgens konden deelnemers aangeven of zij deel zouden nemen, misschien deel zouden nemen of niet deel zouden nemen aan een hypothetische ARRIVE-trial. Na het verwijderden van vragenlijsten die

niet voldeden aan de inclusiecriteria of incompleet waren, bleven de data van 380 deelnemers over voor analyse. Er werd een subgroep gevormd van deelnemers die zouden voldoen aan de Amerikaanse ARRIVE-trial, namelijk een groep met een laagrisicozwangerschap (onder controle in de eerste lijn) met een zwangerschapsduur tussen de 34 en 39 weken (n=70). Van de 380 deelnemers gaf 12,4% aan deel te willen nemen aan een hypothetische ARRIVE-trial. Het belangrijkste motief hiervoor was de wens om bij te dragen aan de wetenschap (80,9%) en de wens voor inleiding van de bevalling bij een zwangerschapsduur van 39 weken (70,2%). Daarnaast gaf 18,4% aan dat zij mogelijk zouden deelnemen aan een hypothetische ARRIVE-trial. Daarentegen antwoordde 69,2% van de deelnemers dat zij niet zouden deelnemen. De voornaamste redenen hiervoor waren dat deelnemers geen inleiding wensten (62,7%), niet gerandomiseerd wilden worden (39,5%), de voorkeur hadden voor een bevalling begeleid door de eigen eerstelijnsverloskundige (37,6%) en dat zij een voorkeur hadden voor een thuisbevalling (35,3%). Van de 70 deelnemers in de subgroep gaf 15,7% aan dat zij wel zouden deelnemen, 24,3% dat zij misschien zouden deelnemen en 60,0% dat zij niet zouden deelnemen.

Kanttekening is dat de onderzoeksgroep geen goede weerspiegeling is van de Nederlandse populatie: onder andere het percentage hoogopgeleide personen is hoger vergeleken met de Perined-data. Aansluitend hebben wij een *sample size*-berekening uitgevoerd op twee uitkomstmaten: de perinatale uitkomsten en het percentage sectio's.

Volgens de eerste *sample size*-berekening zouden er >70.000 zwangere vrouwen geïnccludeerd moeten worden om een verschil van 20% waar te nemen in de *combined adverse perinatal outcome (CAPO)*. Volgens de tweede *sample size* berekening zouden er 10.906 zwangere vrouwen geïnccludeerd moeten worden in een superioriteitstrial om een afname van 16% in sectio's aan te tonen. Ervan uitgaand dat 69,2% van de zwangere vrouwen niet zouden willen deelnemen aan een Nederlandse ARRIVE-trial (zoals gevonden in onze haalbaarheidsstudie) zouden er ook dan nog ruim 36.000 zwangere vrouwen gecounseld moeten worden.

Conclusie

De resultaten van de Amerikaanse ARRIVE-trial zijn niet generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie. Een Nederlandse ARRIVE-trial is echter niet haalbaar en niet opportuun.

Referenties

1. Grobman, W.A., Rice, M.M., Reddy U.M., Tita A.T.N., Silver, R.M., et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *New England Journal of Medicine* 2018; 379(6):513-23.
2. Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0148343.
3. Van Dillen, J. & Meuleman, T. Niet springen, maar pas op de plaats. Website Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 28 maart 2020. Commentaar op artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2020;164:D4494.
4. Hendrix, M., van Horck, M., Moreta, D., Nieman, F., Nieuwenhuijze, M. et al. Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in The Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 116(4):57-44.
5. Keulen, J.K, Bruinsma, A., Kortekaas, J.C., van Dillen, J., Bossuyt, P.M. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomized non-inferiority trial. *British Medical Journal* 2019; 364.
6. Croll, D.M.R., Meuleman, T., de Heus, R., de Boer, M.A., Verhoeven, C.J.M. et al. Pregnant women's willingness to participate in a randomized trial comparing induction of labor at 39 weeks versus expectant management: A survey in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2022; 273:7-11.

Commentaar op 'Bezint eer gij begint aan een Nederlandse ARRIVE-trial'

dr. W. Ganzevoort *gynaecoloog-perinatoloog, Amsterdam UMC*

Meuleman et al. rapporteren over een studie die zij uitvoerden om te bepalen of een – in opzet zeer interessante – gerandomiseerde trial naar electieve inleiding in de Nederlandse situatie haalbaar zou zijn. Zij concluderen dat dat niet het geval is vanwege de sterke voorkeuren van individuele zwangere vrouwen, zij hebben onvoldoende twijfel over wat de beste behandeling voor henzelf is om gerandomiseerd te willen worden.

De bereidheid van zwangere vrouwen om deel te nemen aan gerandomiseerd onderzoek is slechts een van de vele barrières die thans worden ervaren om gerandomiseerd evaluatieonderzoek uit te voeren. Op 21 september werd onder voorzitterschap van Christianne de Groot bij het avond-webinar van de NVOG 'Wetenschap: the sky is the limit?' uitgebreid stilgestaan bij de successen én uitdagingen van het evaluatieonderzoek in ons Consortium 2.0. De successen zijn evident: de resultaten van afgeronde studies uit het afgelopen decennium vinden hun weg naar toppu-

blicaties en de implementatie ervan leidt tot aanzienlijke kostenbesparingen. Maar de barrières voor een goede uitvoering van de studies werden ook gesignaleerd. Het begint er al bij dat de regeldruk voor de onderzoeksteams immens is. Ook als de interventies die worden vergeleken gangbaar zijn in de dagelijkse praktijk moet de volledige cyclus van ethische beoordeling, monitoring en rapportage gelopen worden. Dit heeft ook impact op de werkvloer waar de daadwerkelijke inclusie moet plaatsvinden. Heel goed natuurlijk om onze zwangere vrouwen goed te informeren over het doen of afzien van een interventie, maar de tijdsinvestering die formele counseling en het gunnen van bedenktijd kost staat in wel heel schril contrast met een enkele notitie in het dossier indien arts en zwangere vrouw samen een subjectief besluit nemen. In een tijd van toenemende druk op de bezetting in de zorg staat daarmee ook het succes van ons onderzoeksconsortium onder druk. Het zou enorm jammer zijn als we dat tij niet weten te

keren. Er is namelijk een groot belang om steeds beter te (willen) worden in de zorg die we aanbieden.

Het ideaal is dat we voor elkaar krijgen dat ons zorgsysteem zo georganiseerd is dat bij beschikbaarheid van een evaluatiestudie randomisatie het standaardbeleid is, dat dat goed gefaciliteerd is en door alle medewerkers als vanzelfsprekend en motiverend wordt ervaren. En dat zwangere vrouwen ook willen meedoen aan deze studies omdat de vragen die we beantwoorden relevant zijn voor de zwangere vrouwen van nu en in de toekomst voor wie we het doen.

Al de andere bezwaren dan motivatie bij de zwangere vrouw zijn in de haalbaarheidsstudie van Meuleman et al. niet meegenomen. Des te belangrijker zoals Meuleman et al. gedaan hebben om te inventariseren of de doelgroep wel gerandomiseerd zou willen worden, voordat gemotiveerde onderzoekers hun tanden zetten in de grote kluit die het organiseren en uitvoeren van een klinische evaluatiestudie toch al is!

Reactie op artikel 'Obesitas en kinderwens: een ingewikkelde combinatie'

dr. R.M.F. van der Weiden
prof. dr. J.S.E. Laven

In het artikel over obesitas en kinderwens van Meulenbroeks et al. (NTOG 2022; 135: 427-430) wordt slechts een regel gewijd aan de bariatrische chirurgie, als laatste behandelingsoptie. Zeker bij de morbide obesitas is bariatrische chirurgie een behandelingsoptie die waarschijnlijk eerder bij de afweging betrokken moet worden om te voorkomen dat het door de auteurs genoemde uitstel leidt tot afstel van de fertiliteitsbehandeling en uiteindelijk tot een niet gehonoreerde kinderwens.

De nadelen van bariatrische chirurgie (met name van de gastric bypass) voor een zwangerschap moeten niet worden onderschat, maar voor patiënten met morbide obesitas is het een reële behandelingsoptie. Een recente meta-analyse bepleit geïndividualiseerde pre-conceptionele begeleiding na bariatrische chirurgie totdat het gewichtsverlies en de vitaminede status zijn gestabiliseerd, onafhankelijk van het interval tussen de bariatrische chirurgie en zwangerschap.¹ Aan patiënten met een BMI > 35 kg/m² wordt een fertiliteitsbehandeling in Nederland vaak ontzegd. Voor deze patiëntengroep hebben wij de Bariatric Subfertility Trial opgezet, een RCT waarin de effectiviteit van bariatrische chirurgie wordt vergeleken met een gevalideerd leefstijlinterventieprogramma. De studie is in 2018 opgenomen in de ICTRP*. Een ZonMw-aanvraag werd niet gehonoreerd en de verzekeraars weigeren de studie te ondersteunen. Als pilot is de studie gestart in 2019. Het aantal inclusies valt helaas tegen, omdat een aantal patiënten geen randomisatie wenst. Bovendien wordt de morbide obesitas door patiënten vaak anders ervaren dan door de behandelaars. Hier kan de door Meulenbroeks et al. beschreven uitgebreide voorlichting behulpzaam zijn. De beperkte resultaten van de Bariatric Subfertility Trial laten nu al een opmerkelijk verschil zien.

* International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). Bariatric Subfertility Trial (Main ID: NTR7395). Inclusie: BMI > 35, kinderwens, PCOS. RCT: Gastric bypass vs. leefstijlinterventie. Primaire uitkomst: aantal gezonde kinderen geboren na een amenorrhoeëduur van 37 weken binnen de follow-up periode van drie jaar.

Reactie van de auteurs

Wij zijn het eens met collega Van der Weiden en Laven dat bariatrische chirurgie als behandeloptie besproken zou moeten worden bij vrouwen met morbide obesitas en kinderwens ondanks het gebrek aan onderbouwing van de voordelen en risico's in gerandomiseerde studies.

Wij herkennen en erkennen het dilemma wat het optimale moment is om dit aan te bieden; juist vroeg in het traject zodat er voldoende tijd is om 'te stabiliseren' zonder te oud te zijn voor een fertiliteitstraject en daarmee dus een maximaal effect kan worden bereikt of juist als last resort (zoals het nu nog vaak gezien wordt) door de impact van bariatrische chirurgie. Wellicht is een cohortonderzoek naast de RCT een mooie mogelijkheid om antwoorden te vinden op deze vraag. In de afweging en counseling over bariatrische chirurgie als behandeloptie zou ook de toegenomen kans op groeirestrictie en partus prematurus na bariatrische chirurgie moeten worden besproken.

dr. W.K.H. Kuchenbecker *gynaecoloog, subspecialist Voortplantingsgeneeskunde, Isala, Zwolle*

dr. A.E.P. Cantineau *gynaecoloog, subspecialist Voortplantingsgeneeskunde, UMC Groningen*

drs. D. Meulenbroeks *aios gynaecologie*

Referentie

1. Snoek KM, Steegers-Theunissen RPM, Hazebroek EJ, Willemsen SP, Galjaard S, Laven JSE, Schoenmakers S. The effects of bariatric surgery on periconception maternal health: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2021 Oct 18;27(6):1030-1055. doi: 0.1093/humupd/dmab022. PMID: 34387675; PMCID: PMC8542997.

(Top)Sport & gynaecologie

drs. F. Sijbrandij *gynaecoloog i.o., Meander Medisch Centrum, Amersfoort*
drs. E. Paternotte *gynaecoloog i.o., ElisabethTweesteden Ziekenhuis, Tilburg*

Een 23-jarige hardloopster menstrueert sinds zes maanden niet meer. Haar sportarts vraagt zich af of haar amenorroe een probleem is op zowel korte als lange termijn en zo ja, welke behandeling het beste bij haar past. Een professionele wielrenster van 30 jaar wil graag zwanger worden en na haar zwangerschap zo snel mogelijk terugkeren op het hoogste niveau. Haar vraag is hoe ze dit het beste kan aanpakken. Welke invloed heeft het trainen en racen op haar fertiliteit? Hoe vaak en intensief mag ze trainen tijdens de zwangerschap? Hoe bouwt ze haar trainingsintensiteit postpartum het beste op, rekening houdend met het beloop van de partus (sectio, fluxus, totaalruptuur?) en lactatie. Twee vraagstukken die (top)sporters en sportartsen bezig kunnen houden.

Wat weten we al?

Slechts 4-13% van de publicaties bij de sportgeneeskunde gaat over vrouwen-sport. Dit is opvallend, omdat bij de Olympische spelen in Tokyo in 2020 meer dan 50% van de sporters vrouw was. We weten dat RED-s (Relatieve Energie Deficiëntie in sport) grote invloed kan hebben op de prestaties van de sporter. Denk hierbij aan een minder snel herstel, een verminderde prestatie door lage glycogeen voorraad en verhoogde kans op blessures zoals stressfracturen. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te besteden aan de langetermijngevolgen van RED-s, zoals het ontwikkelen van osteoporose of een grotere kans op cardiovasculaire klachten, en proberen deze te voorkomen. Amenorroe is een van de laatste stadia van RED-s. Daarnaast weten we dat sporten het risico op zwangerschapscomplicaties zoals diabetes gravidarum en hypertensieve aandoeningen kan verkleinen.

Vraagbaak

Met sport gerelateerde vragen kunnen sporters en sportartsen, en wellicht ook u, terecht bij het Netwerk Sport&Gyn. Dit netwerk moet een vraagbaak worden voor de sportwereld met vragen van gynaecologische aard. Je kunt hierbij denken aan vragen over cyclusproblemen bij sporters, sporten tijdens de zwangerschap, de invloed van sport op zwangerschapsziekten, hoe het beste terug te keren naar het hoogste/oude niveau na een zwangerschap, maar ook aan sport gerelateerde vulva en/of perineumproblemen. Ook willen we een bijdrage leveren aan de preventie van mogelijke negatieve gevolgen van topsport. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gevolgen voor de korte- en langere termijn van het hebben van een cyclusstoornis (een veel voorkomend probleem bij topsporters), zoals fertiliteitsproblemen, lagere botdichtheid en cardiovasculaire complicaties.

Ambities

De ambitie van het netwerk in drie punten:

1. Directe hulp. Het netwerk ontvangt en registreert vragen en verwijst sporters en sportartsen naar een dedicated (sport)gynaecoloog in hun regio (zie www.sportengyn.nl, kopje contact per regio). Deze gynaecologen zien de (top)sporter indien nodig op korte termijn, op een moment dat past binnen haar trainings- en wedstrijdprogramma.
2. Faciliteren van onderzoek. Binnen het netwerk wordt wetenschappelijk onderzoek verricht op basis van de input die (top)sporters, sportartsen en gynaecologen leveren.
3. Geven van onderwijs. Tijdens refereravonden en mediaoptredens zal het netwerk zich presenteren als kenniscentrum, aandacht besteden aan wetenschappelijk onderzoek en bestaande kennis delen.

Het Netwerk Sport&Gyn valt onder de pijler Benigne Gynaecologie. Hopelijk zien we u op een van onderwijsmomenten van het Netwerk Sport&Gyn. Voor vragen of contactgegevens kunt u zich wenden tot www.sportengyn.nl



Kwaliteitslag in registraties: vooruit naar de oorsprong

drs. D. Berks *gynaecoloog Dijklander Ziekenhuis*

prof. dr. T. van den Akker *gynaecoloog LUMC*

dr. W.J. van Driel *gynaecoloog NKI-AVL*

dr. J.M. van der Ploeg *gynaecoloog Martini Ziekenhuis*

namens de NVOG Registratie Commissie Obstetrie & Gynaecologie (RCO&G)

Sinds de digitale revolutie is de beschikbaarheid van data over zorgprocessen enorm toegenomen. En toch staan we nog maar aan het begin van de ontdekkingstocht naar de mogelijkheden die deze data ons bieden. Uitdaging daarbij is om de steeds groter wordende berg aan big data te kneden tot daadwerkelijk bruikbare kennis en wijsheid.

Vanuit onze natuurlijke honger naar kennis is het verleidelijk om meer en meer informatie te verzamelen. Maar in deze informatiehysterie schuilt tegelijkertijd onze valkuil. Voordat we het goed en wel door hebben registreren we om het registreren en wordt de tijd die we aan échte patiëntenzorg besteden minder en minder. Met andere woorden: het is belangrijk om focus te houden op de oorsprong - en daarmee de essentie - van digitale zorginformatie.

Visie

De oorsprong van zorginformatie zit in het contact tussen de patiënt en de zorgverlener. Wat in dat contact wordt besproken, wordt als stukjes informatie aan de bron vastgelegd, samengebracht en geëvalueerd tot differentiële diagnoses. Die vormen zo de basis voor verder onderzoek en/of behandeling. Informatie die we essentieel vinden binnen deze context van het primaire proces wordt nauwelijks ervaren als administratieve last.

We beschouwen het simpelweg als onderdeel van onze dossiervoering. Vervolgens is het van belang op betrouwbare wijze deze informatie uit te wisselen. Dat is nodig, want zorg wordt in toenemende mate geleverd binnen netwerkzorg waarin we samenwerken met zorgverleners in een

andere organisatie. Ook spiegelen we de kwaliteit van de zorg in kwaliteits-evaluaties en worden uitkomsten gebruikt in het gesprek met de patiënt. Het op deze manier hergebruiken van informatie die eerder over patiënten is vastgelegd, zorgt ervoor dat we niet eindeloos gegevens over hoeven te typen. Hiervoor is het van belang dat gegevens op een gestructureerde wijze worden vastgelegd en dat de verschillende softwarepakketten dezelfde (digitale) taal spreken. Hetzelfde geldt natuurlijk voor het EPD en de software van kwaliteitsregistraties. Ter vergelijking, we hebben ooit het ABC en vervolgens woorden en grammatica ontwikkeld als basis om met elkaar te communiceren.

Een bijkomend voordeel van gebruik van digitale 'Eenheid van Taal' is dat juist omdat data worden hergebruikt, de administratieve last van (kwaliteits) registraties daalt. Het is hierbij uiteraard van belang om dit hergebruik van data te evalueren. De grootste verbetering in interne kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen zit tot op heden niet zozeer in het anders gaan werken, maar in het beter afleiden van de data. Ook dit is een proces van 'samenleren'. De eerste stap is vaak de lastigste: van onbewust onbetrouwbare data naar bewust onbetrouwbare data. En ook al voelt dat vaak als een stap terug in kwaliteit, het is in essentie de eerste stap vooruit (figuur).

Activiteiten

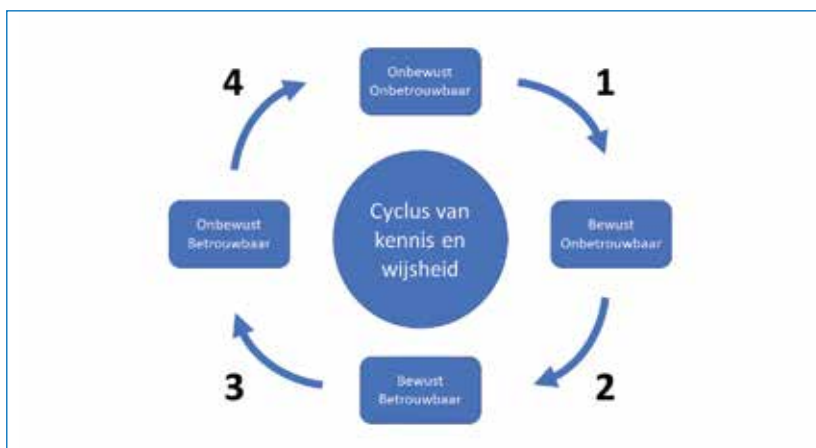
De Registratie Commissie Obstetrie & Gynaecologie (RCO&G) is in 2017 gestart als overkoepelende commissie van registraties binnen de obstetrie (Perined, NethOSS), gynaecologie (Nederlandse Gynaecologische Registratie (NGR), Landelijke Implantaten

Register (LIR)), oncogynaecologie (Dutch Gynaecological Oncology Audit-Dutch Institute for Clinical Auditing (DGOA-DICA)) en fertiliteit. Inmiddels is vanuit de behoefte naar het structureren van data en 'Eenheid van Taal' intensief contact met Babyconnect (Eenheid van Taal en interoperabiliteit binnen de geboortezorg), Dutch Hospital Data (DHD, beheerder van de Diagnose en Verrichtingen Thesaurus) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS, Verbeteren van diagnose informatie (diagnose en verrichtingen thesaurus)). Want deze ontwikkeling naar het structureren van data en 'Eenheid van Taal' is niet beperkt tot de gynaecologie en obstetrie, maar omvat de gehele zorg.

Eenzijds is het vooral een technisch verhaal over gebruik van (inter)nationale standaarden. Voorbeelden daarvan zijn het afsprakenstelsel van MedMij, gebruik van Zorg Informatie Bouwstenen (Zibs) en HL7V3 en FIHR als standaarden om data mee uit te wisselen. Anderzijds is de betrokkenheid van medisch specialisten noodzakelijk om met generieke Zibs een dataset te maken, waarin we de zorginformatie gestructureerd kunnen vastleggen. Die dataset kunnen softwareleveranciers vervolgens in het EPD inbouwen. Een voorbeeld daarvan is het Perinataal Woordenboek en Dataset (PWD), dat tot nu toe werd gebruikt om data aan Perined aan te leveren, en dat vanaf de aankomende versie ook gebruikt kan worden om data tussen zorgprofessionals uit te wisselen.

Tot slot participeert de RCO&G in projectaanvragen bij Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) die betrekking hebben op kwaliteitsre-

Figuur. De stappen in de cyclus van kennis en wijsheid vergaren.



gistraties en projectaanvragen die streven naar 'Eenheid van Taal'.

Toekomst

Naast deze landelijke ontwikkelingen zijn er vaak ook lokale en/of regionale initiatieven om te komen tot betrouwbare vastlegging, uitwisseling, afleiding en spiegeling van digitale zorgdata.

Deze initiatieven hebben als kracht dat ze kleinschaliger zijn en daardoor meer snelheid kunnen maken. De uitdaging is om niet op een eiland te belanden, maar om ook over de grenzen van het initiatief informatie uit te kunnen wisselen. Daarnaast staan ICT-bedrijven in de rij om oplossingen te verkopen, die voor de hele zorg interessant zijn. Dan

kan het lonen om niet lokaal/regionaal aan te besteden, maar landelijk. Dat biedt kansen voor de softwareleveranciers én voor de zorg. De RCO&G ziet het als haar rol om daar waar nodig en gewenst betrokkenheid bij deze initiatieven te hebben. Knelpunten en behoeften kunnen via de RCO&G op landelijke tafels belegd worden, zoals de Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR), een samenwerkingsplatform van kwaliteitsregistraties. Behoeften die zorgbreed leven en voorbeelden uit de praktijk zijn vele malen sterker dan gedachten van een enkelvoudig brein. Het verzamelen van best practices en elkaar inspireren maken dat we écht samen kunnen leren en verbeteren en niet steeds opnieuw het wiel aan het uitvinden zijn.

Vragen, ideeën? Neem gerust contact op met één van de leden van de RCO&G. Nieuwe commissieleden zijn ook altijd welkom.
Contact: kwaliteit@nvog.nl

Kwaliteitsverbetering epidurale analgesie door intermitterende toediening durante partu

J.M.A.C. van der Wilt-Schouten *physician assistant-klinisch verloskundige, LangeLand Ziekenhuis, Zoetermeer*

drs. S.W. de Wee *anesthesioloog, LangeLand Ziekenhuis, Zoetermeer*

drs. J.M.T. Roelofsen *gynaecoloog, LangeLand Ziekenhuis, Zoetermeer*

dr. A.N. Rosman *lector perinatale audit en registratie, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam*

Intermitterende toediening van epidurale analgesie is even effectief als continue toediening, maar zorgt voor lagere pijnscores tijdens de laatste twee uur van epidurale analgesie, voor afname van de hoeveelheid lokaal anestheticum en leidt tot minder motorische blokkade.

Baringspijn is een van de heftigste vormen van pijn die een vrouw in haar leven kan ervaren.¹ Het afgelopen decennium is het gebruik van epidurale analgesie tijdens de baring toegenomen. In 2009 werd bij 12% van de Nederlandse vrouwen tijdens de baring een epiduraal (EDA) toegepast, in 2018 was dit ruim 18%.² Met deze ontwikkeling in het achterhoofd kan worden gesteld dat de behoefte om de kwaliteit van epidurale analgesie te toetsen toeneemt. Een onderdeel dat de kwaliteit beïnvloedt is het onderhouden van de epidurale analgesie. Dat kan op twee manieren: door middel van intermitterende toediening (programmed intermittent epidural bolus, PIEB) of continue toediening (continuous epidural infusion, CEI).

Techniek

Geprogrammeerde intermitterende toediening levert vaste bolussen op geplande intervallen. Continue toediening levert doorlopend het lokale anestheticum met een ingestelde snelheid. Hogan et al. (2002) hebben aangetoond dat het lokaal anestheticum zich bij intermitterende toediening meer verspreidt in de epidurale ruimte dan bij continue toediening.³ Op fysiologische gronden zou hierdoor een gunstiger resultaat verwacht mogen worden bij intermitterende toediening. Andere studies laten zien dat intermitterende toediening mogelijk zorgt voor minder doorbraakpijn, een afname van het aantal extra toegediende bolussen (manuele bolussen), een afname van de totale hoeveelheid benodigd lokaal anestheticum en een hogere tevredenheid van de patiënt vergeleken met continue toediening. Ook zou intermitterende toediening zorgen voor minder motorische blokkade.^{4,5}

Richtlijn

In 2020 verscheen de herziene richtlijn *Pijnbehandeling tijdens de bevalling* van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA).⁶ De betrouwbaarheid van de in de richtlijn gebruikte literatuur wordt bepaald volgens de Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methodiek.⁷ De bewijskracht van de gebruikte studies in de herziene richtlijn is beoordeeld als laag tot zeer laag. Er is geen overtuigend bewijs dat intermitterende toediening betere uitkomsten geeft vergeleken met continue toediening. De richtlijn adviseert daarom dat ieder ziekenhuis zelf een modus kiest voor het onderhoud van epi-

durale analgesie tijdens de bevalling en deze beschrijft in een lokaal protocol.

Onderzoek

Vanaf 14 januari 2021 tot en met 30 november 2021 is in het LangeLand Ziekenhuis te Zoetermeer een onderzoek uitgevoerd naar de twee verschillende manieren voor het onderhouden van epidurale analgesie. Er is gekozen voor een kwantitatieve before-after-studie. De before-situatie was continue toediening en de after-situatie intermitterende toediening.

Materialen en methode

De primaire uitkomstmaat betrof de gemiddelde pijnscore gemeten door middel van een visueel analoge schaal (VAS). Voorafgaand aan het starten van de epiduraal werd aan elke deelnemer een VAS-score gevraagd. Een uur na het starten van de epiduraal werd opnieuw een VAS-score gevraagd. Het navragen van deze score werd daarna elk uur herhaald. Om de validiteit te verhogen werd de VAS-score visueel ondersteund door middel van een liniaal met verschillende pijnscores oplopend van nul tot tien. De secundaire uitkomstmaten waren de mate van motorisch blok, de totale hoeveelheid lokaal anestheticum, het aantal handmatig toegediende bolussen, maternale complicaties (hypotensie en koorts) en de patiënttevredenheid. Ook is gekeken naar de totale duur van de epiduraal, de duur vanaf het stoppen van de pomp tot het starten met persen en de uitdrijvingsduur. Patiënten werden geïnccludeerd indien er werd voldaan aan de volgende inclusiecriteria: eenlinggraviditeit, hoofdligging, amenorroe-duur vanaf 35 weken en een epiduraal verzoek (zowel primair als secundair). In de volgende gevallen werden patiënten geëxcludeerd: overgevoeligheid voor lokale anesthetica, lengte < 160 cm, binnen 30 minuten na plaatsing epiduraal behoefte aan bolus, pompstand afwijkend van onderzoeksprotocol of technische problemen met de pomp.

In beide onderzoeksgroepen werd er een concentratie gebruikt van 1 mg/ml bupivacaïne en 1 mcg/ml sufentanil. Doordat de lengte van een persoon een direct verband heeft met de lengte van de potentiële epidurale ruimte heeft dit invloed op de oppervlakte waarover het lokaal anestheticum verdeeld kan worden.⁸ Afhankelijk van de lengte van de vrouw werd er daarom gekozen voor een pompstand van 8 of 10 ml per uur:

- lengte vrouw 160-170 cm: oplaaddosis: 8 ml, pompstand 8 ml per uur
- lengte vrouw > 170 cm: oplaaddosis 10 ml, pompstand 10 ml per uur

In beide onderzoeksgroepen bestond de mogelijkheid om, in geval van doorbraakpijn, manueel een bolus toe te dienen van 4 ml met een minimaal interval van 20 minuten. Deze bolus mocht maximaal twee keer per uur worden toegediend op verzoek van de patiënt door een klinisch verloskundige of anesthesioloog. De dosering per uur werd hierdoor niet beïnvloed. Dat betekent dat beide groepen dezelfde hoeveelheid lokaal anestheticum per uur kregen en dezelfde beschikbaarheid wat betreft eventuele manuele bolussen. De epidurale pomp werd gestopt wanneer er sprake was van volledige ontsluiting en een caput op het derde vlak van Hodge.

Om de tevredenheid over de epidurale analgesie te beoordelen werd twee uur postpartum aan de patiënt een score gevraagd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de numeric rating scale (NRS-score). Om de mate van het motorisch blok te bepalen werd er elk uur de Bromage-score genoteerd. Met deze score wordt de intensiteit van het motorisch blok beoordeeld, aan de hand van het vermogen van de patiënt om hun onderste ledematen te bewegen. De bloeddruk werd gemeten en geregistreerd voor aanvang van de epidurale analgesie. Daarna werd de bloeddruk gedurende elk uur gemeten en geregistreerd.

Statische analyse

Voorafgaand aan het onderzoek is een poweranalyse verricht. Het benodigde aantal inclusies bij een power van 80% en een alpha van 0,05 was 64 deelnemers per groep. Alle data zijn geanalyseerd met het programma SPSS-versie 27. Multivariate regressieanalyse werd toegepast om te corrigeren voor mogelijke confounders. Statistische significantie werd beschouwd bij een p-waarde < 0,05.

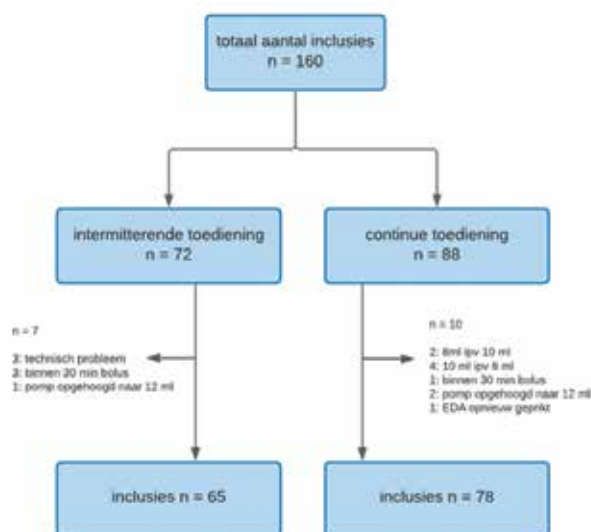
Resultaten

Tijdens de onderzoeksperiode zijn 160 vrouwen bevallen met epidurale analgesie die voldeden aan de inclusiecriteria. Van deze groep kregen 72 deelnemers intermitterende toediening. Zeven deelnemers werden geëxcludeerd vanwege technische problemen met de pomp, het binnen 30 minuten toedienen van een manuele bolus of omdat de hoeveelheid lokaal anestheticum van 10 ml was opgehoogd tot 12 ml per uur. Het totaal aantal vrouwen in de continue groep was 88. Tien deelnemers werden geëxcludeerd vanwege een verkeerde pompstand, het binnen 30 minuten toedienen van een manuele bolus na plaatsing van de epiduraal, het opheffen van de pompstand naar 12 ml per uur of omdat er vanwege onvoldoende effect een nieuwe epiduraal noodzakelijk was (figuur 1).

Er waren geen verschillen in de demografische gegevens van beide onderzoeksgroepen. Ook het aantal inleidingen, bijstimulaties, sectio's, kunstverlossingen en hypertensieve aandoeningen was in beide onderzoeksgroepen vergelijkbaar (tabel 1).

In dit onderzoek werd geen significant verschil gevonden tussen pijnscores voorafgaand aan de epiduraal, een uur na het starten van de epiduraal, de gemiddelde VAS-score en de VAS-score verminderd met de gemiddelde pijnscore tijdens de epiduraal. Wel waren er significant lagere VAS-scores

Figuur 1. Stroomdiagram inclusies



Tabel 1. Demografische gegevens en partuskenmerken

	intermitterende groep n = 65	continue groep n = 78	p-waarde
leeftijd (jaren)	29,52 ± 4,37	29,78 ± 4,65	0,73
BMI	30,12 ± 4,95	30,31 ± 4,95	0,82
geboortegewicht (gram)	3542,11 ± 481,65	3609,17 ± 453,74	0,40
amenorroeduur (dagen)	279 [274-286]]	283 [276-287]	0,90
ontsluiting bij aanvraag EDA (cm)	4 [3-4]	4 [3-5]	0,45
lengte categorie 1/ categorie 2	39 (60%)/26 (40%)	48 (61,5%)/30 (38,5%)	0,85
nullipara/multipara	53 (81,5%) /12 (18,5%)	59 (75,6%)/19 (24,4%)	0,39
inleiding	23 (35,4%)	30 (38,5%)	0,70
bijstimulatie	62 (95,4%)	70 (89,7%)	0,21
kunstverlossing	12 (18,5%)	12 (15,4%)	0,62
sectio caesarea	10 (15,4%)	9 (11,5%)	0,50
hypertensieve aandoening	2 (3,1%)	4 (5,1%)	0,69

tijdens de laatste twee uur van de epiduraal in de intermitterende groep (mediaan 2,0 [IQR 0,4-3,1]) vergeleken met de continue groep (mediaan 3,0 [IQR 0,8-5,6]), p = 0,04. Voor deze uitkomst werden alle deelnemers met een secundaire sectio en een totale epiduraal duur minder dan twee uur geëxcludeerd (tabel 2).

Met behulp van multivariate regressie is gekeken of er een relatie was tussen de hoeveelheid anestheticum per uur, BMI, pariteit en de VAS-scores tijdens de laatste twee uur van de epiduraal. In het multivariate model was geen van de geteste variabelen significant geassocieerd met de VAS-scores tijdens de laatste twee uur van de epiduraal

Tabel 2. Uitkomsten pijnscores (mediaan [IQR])

VAS-scores	groep	N=	intermitterende groep	continue groep	p-waarde
voorafgaand aan EDA	intermitterend	65	9,0 [8-10]	9,0 [8-9,5]	0,70
	continu	78			
1 uur na start EDA	intermitterend	65	1,0 [0-2,5]	1,0 [0-2,3]	0,71
	continu	77			
gemiddelde VAS-score	intermitterend	65	1,5 [0,3-3,0]	2,0 [0,7-3,6]	0,18
	continu	77			
gemiddelde VAS-score laatste 2 uur EDA	intermitterend	54	2,0 [0,4-3,1]	3,0 [0,8-5,6]	0,04
	continu	65			
VAS-score voorafgaand aan EDA minus score na een uur	intermitterend	65	7,0 [6,0-9,0]	8,0 [6-8,5]	0,72
	continu	77			
VAS-score voorafgaand aan EDA minus gemiddelde score	intermitterend	65	6,8 [5,3-8,6]	6,5 [3,9-8,0]	0,22
	continu	77			

($p = 0,989$). De mediaan voor de totale duur van de epiduraal betref in de intermitterende groep 339 minuten, vergeleken met 265 minuten in de continue groep ($p = 0,02$). Naar aanleiding van deze significante uitkomst is er een subgroep analyse verricht voor pariteit. In geval van nullipariteit werd geen significant verschil gezien in de duur van de epiduraal ($p = 0,06$). Ook bij multipariteit was geen sprake van een significant verschil in de totale epiduraal duur ($p = 0,15$). In de intermitterende groep werd meer lokaal anestheticum verbruikt, echter was dit verschil niet significant (56,1 ml versus 52,6 ml, $p = 0,38$). Wanneer de totale hoeveelheid anestheticum gecorrigeerd werd voor de duur van de epiduraal werd er wel een significant verschil gevonden voor de hoeveelheid lokaal anestheticum per uur (10,1 ml in de intermitterende groep versus 11,7 ml in de continue groep, $p < 0,001$). Voor de andere secundaire uitkomstmaten werden geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen, behoudens voor de Bromage score ($p = 0,04$) ten gunste van de PIEB-groep. Tevens is gekeken naar het optreden van maternale complicaties in de vorm van hypotensie en koorts. Voor de uitkomstmaat hypotensie werden alle deelnemers met pre-existente en zwangerschap geïnduceerde hypertensie geëxcludeerd. Er werden geen significante verschillen gevonden voor hypotensie ($p = 0,50$) en koorts ($p = 0,88$). In beide groepen was een vergelijkbare tevredenheidsscore twee uur post partum ($p = 0,70$).

Discussie

In dit onderzoek is gekeken of er verschil is in pijnbehandeling en pijnbeleving bij epidurale analgesie door middel van geprogrammeerde bolus toediening versus continue toedie-

ning. In beide groepen werd geen verschil gevonden in pijnscores, behoudens lagere pijnscores tijdens de laatste twee uur van de epidurale analgesie in de PIEB-groep. Secundair werd een significante vermindering gevonden in het verbruik van lokaal anestheticum per uur en een significant lagere Bromage score in de PIEB-groep ten opzichte van de CEI-groep. De uitkomsten wat pijnscores betreft zijn grotendeels in overeenstemming met de uitkomsten van eerdere studies.^{9,10,11,12} Een recente RCT van Fan et al. (2019) laat daartegenover wel een significant verschil zien in pijnscores ten gunste van PIEB.¹³

Een mogelijke verklaring voor het geringe verschil in pijnscores is het moment van navragen van de VAS-scores in de intermitterende groep. Op basis van de drukgolven van de intermitterende pomp lijkt het aannemelijk dat het effect van de ingestelde bolus per uur afneemt naarmate het uur vordert. In dit onderzoek werd een uur na het starten van de epiduraal een VAS-score gevraagd aan de deelnemers. Het navragen van deze score werd daarna elk uur herhaald. Dit moment viel echter samen met het toedienen van de standaard bolus per uur. Dit zou mogelijk als effect kunnen hebben dat deze pijnscores hoger uitvielen. Overeenkomstig kan in de bovengenoemde studies het moment van uitvragen van de VAS-score invloed hebben gehad op de uitkomsten. Het gevonden significante verschil in de laatste twee uur tijdens epidurale analgesie kan worden verklaard doordat bij intermitterende toediening het lokaal anestheticum zich meer verspreidt in de epiduraal ruimte vergeleken met continue toediening.³ Het lokaal anestheticum zal hierdoor ook meer verspreid worden in het sacrale component van de epidurale ruimte. Dit zorgt voor lagere pijnscores wanneer het kind dieper in het bekken komt. In bovenstaande onderzoeken wordt geen onderscheid gemaakt in pijnscores tijdens het laatste gedeelte van de baring. Morau et al. (2019) en Liu et al. (2016) tonen echter ook een significant verschil aan tussen de pijnscores bij volledige ontsluiting, ten gunste van PIEB.^{14,15}

De afname van de gebruikte hoeveelheid lokaal anestheticum kan worden verklaard door de grotere verspreiding van het lokaal anestheticum wanneer gebruik wordt gemaakt van bolussen in plaats van continue toediening.³ Door deze betere verspreiding is minder lokaal anestheticum nodig voor een vergelijkbare afname van pijn. Opvallend is wel, dat er geen verschil wordt gevonden in het aantal manueel toegediende extra bolussen. Meerdere onderzoeken laten een lager aantal manuele bolussen zien in de intermitterende groep vergeleken met de continue groep.^{9,13,16} Een meta-analyse van Sng et al. (2018) laat door middel van subgroep analyse zien dat dit verschil alleen is aan te tonen wanneer gebruik gemaakt wordt van patient controlled epidural analgesia (PCEA).⁴ Hieruit kan worden geconcludeerd dat, wanneer een patiënt zelf een bolus toe kan dienen, hier sneller gebruik van wordt gemaakt dan wanneer alleen een zorgverlener deze toe kan dienen.

Een ander significant verschil in dit onderzoek is de Bromage-score. Ondanks dat er in de mediaan en IQR geen verschil zichtbaar is, zijn er wel hogere en ongunstigere Bromage-scores behaald in de continue groep. Dit wordt inzicht-

telijk wanneer gekeken wordt naar de totale range van de verschillende scores. Dit resultaat komt overeen met eerdere onderzoeksresultaten.⁵

Een sterk punt van dit onderzoek is dat twee homogene groepen met elkaar werden vergeleken. Beide groepen kregen elk uur een gelijke dosering lokaal anestheticum toegediend en hadden dezelfde mogelijkheden voor het toedienen van een manuele bolus. Een ander sterk punt is dat het een prospectief onderzoek betrof. Dit zorgt voor een hoge kwaliteit van de onderzoeksgegevens en dat de onderzoeksgegevens passend zijn bij de vraagstelling van dit onderzoek. Door de opzet van het onderzoek is er lage kans op selectie-bias. Ook is de steekproefomvang van dit onderzoek voldoende voor het behalen van de vooraf berekende power-analyse. Tevens zijn de pijnscores en het verbruik van lokaal anestheticum gecorrigeerd voor de duur van de baring. Een zwak punt van dit onderzoek is dat het een niet-geblindeerd onderzoek betreft. Dit kan de validiteit van dit onderzoek beïnvloeden als gevolg van performance bias en detection bias. Een ander zwak punt van deze studie is het gebruik van pijnscores. Ondanks dat de VAS-score een valide meetinstrument is, blijft er sprake van subjectiviteit. Om de invloed van subjectiviteit te verminderen zijn de pijnscores voorafgaand aan de epiduraal verminderd met de gemiddelde pijnscore en de pijnscore na een uur als uitkomstmaten toegevoegd. Tevens wordt pijnbeleving beïnvloed door verschillende psychosociale factoren.¹⁷ De kwantitatieve opzet van dit onderzoek maakt het onhaalbaar om deze mogelijke factoren in kaart te brengen. De beïnvloeding van psychosociale factoren is daardoor niet meegenomen in dit onderzoek. Deze studie heeft onvoldoende power voor de subgroep analyses, vanwege de relatief kleine omvang en de praktijkgerichtheid. Ook was dit niet het primaire doel van deze studie.

Conclusie

Uit de resultaten van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat intermitterende toediening van epidurale analgesie vergelijkbare pijnscores geeft als continue toediening. Gedurende de laatste twee uur van de epidurale analgesie geeft intermitterende toediening lagere pijnscores. Intermitterende toediening zorgt tevens voor minder verbruik van het lokaal anestheticum wanneer gecorrigeerd wordt voor de totale duur van de epiduraal. De mate van motorisch blok is eveneens lager in de intermitterende groep, wat zorgt voor meer mobiliteit van de barendende. De uitkomsten van deze studie suggereren dat intermitterende toediening een techniek is die de voorkeur verdient boven continue toediening voor het onderhouden van epidurale analgesie tijdens de baring. Aanbevolen wordt om verder onderzoek uit te voeren naar het optimale lokaal anestheticum, de concentratie en dosering van het lokaal anestheticum en de rol van PCEA. Bij voorkeur worden deze onderzoeken uitgevoerd door middel van een RCT. Bovendien zou een kwalitatieve studie naar verwachtingsmanagement, psychosociale factoren en tevredenheid waardevol kunnen zijn. Bij een grotere studie wordt aanbevolen om voorafgaand een poweranalyse uit te voeren voor de subgroepen.

Referenties

- Jung, H., & Kwak, K. H. (2013). Neuraxial analgesia: a review of its effects on the outcome and duration of labor. *Korean Journal of Anesthesiology*, 65(5), 379. <https://doi.org/10.4097/kjae.2013.65.5.379>
- Perined. (2020). <https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/peristat-nl1>
- Hogan, Q. (2002). Distribution of solution in the epidural space: Examination by cryomicrotome section. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 27(2), 150-156. <https://doi.org/10.1053/rapm.2002.29748>
- Sng, B. L., Zeng, Y., De Souza, N. N. A., Leong, W. L., Oh, T. T., Siddiqui, F. J., Assam, P. N., Han, N. L. R., Chan, E. S., & Sia, A. T. (2018). Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenance of epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011344.pub2>
- George, R. B., Allen, T. K., & Habib, A. S. (2013). Intermittent Epidural Bolus Compared with Continuous Epidural Infusions for Labor Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 116(1), 133-144. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3182713b26>
- NVA. (2020). Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring. Geraadpleegd op 3 september 2021, van https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/pijnbehandeling_tijdens_de_bevalling/startpagina_pijnbehandeling_tijdens_de_bevalling.html
- Schünemann, H., Broek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). GRADE handbook. GRADE handbook. Geraadpleegd op 2 november 2021, van <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
- Higuchi, H., Adachi, Y., & Kazama, T. (2004). Factors Affecting the Spread and Duration of Epidural Anesthesia with Ropivacaine. *Anesthesiology*, 101(2), 451-460. <https://doi.org/10.1097/00000542-200408000-00027>
- Fidkowski, C. W., Shah, S., & Alsaden, M. R. (2019). Programmed intermittent epidural bolus as compared to continuous epidural infusion for the maintenance of labor analgesia: a prospective randomized single-blinded controlled trial. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(5), 472-478. <https://doi.org/10.4097/kja.19156>
- Nunes, J., Nunes, S., Veiga, M., Cortez, M., & Seifert, I. (2016). A prospective, randomized, blinded-endpoint, controlled study - continuous epidural infusion versus programmed intermittent epidural bolus in labor analgesia. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 66(5), 439-444. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.12.006>
- Ojo, O., Mehdiratta, J., Gamez, B., Hunting, J., & Habib, A. (2020). Comparison of Programmed Intermittent Epidural Boluses With Continuous Epidural Infusion for the Maintenance of Labor Analgesia: A Randomized, Controlled, Double-Blind Study. *Obstetric Anesthesia Digest*, 40(3), 156-158. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000693824.27116.1f>
- Ferrer, L. E., Romero, D. J., Vásquez, O. I., Matute, E. C., & Van de Velde, M. (2017). Effect of programmed intermittent epidural boluses and continuous epidural infusion on labor analgesia and obstetric outcomes: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296(5), 915-922. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4510-x>
- Fan, Y., Hou, W., Feng, S., Mao, P., Wang, X., Jiang, J., Yuan, H., Shen, X., Feng, S., & Li, P. (2019). Programmed intermittent epidural bolus decreases the incidence of intra-partum fever for labor analgesia in primiparous women: a randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(6), 1551-1557. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05354-y>
- Morau, E., Jaillet, M., Storme, B., Nogue, E., Bonnin, M., Chassard, D., Benhamou, D., Nagot, N., & Dadure, C. (2019). Does programmed intermittent epidural bolus improve childbirth conditions of nulliparous women compared with patient-controlled epidural analgesia? *European Journal of Anaesthesiology*, 36(10), 755-762. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000001053>
- Liu, J., Lin, Y., Li, Q., Liu, J., & Yang, R. (2016). Comparison of continuous epidural infusion and programmed intermittent epidural bolus in labor analgesia. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, Volume 12, 1107-1112. <https://doi.org/10.2147/tcrm.s106021>

16. McKenzie, C., Cobb, B., Riley, E., & Carvalho, B. (2016). Programmed intermittent epidural boluses for maintenance of labor analgesia: an impact study. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 26, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.11.005>
17. Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700-711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>

Samenvatting

Epidurale analgesie durante partu kan onderhouden worden door middel van intermitterende of continue toediening. Het is onduidelijk is welke invloed de methode van onderhoud heeft op de kwaliteit van epidurale analgesie. Om de vraagstelling te beantwoorden is gekozen voor een kwantitatieve before-after-studie. De primaire uitkomstmaat betrof de gemiddelde pijnscore. De secundaire uitkomstmaten waren de mate van motorisch blok, de totale hoeveelheid lokaal anestheticum, het aantal handmatig toegediende bolussen, de duur van de epidurale analgesie, de uitdrijvingsduur, maternale complicaties en de patiënt tevredenheid. In totaal werden 160 deelnemers geïncludeerd. Er waren significant lagere pijnscores tijdens de laatste twee uur van de epidurale analgesie in de intermitterende groep vergeleken met de continue groep. Wanneer de totale hoeveelheid anestheticum gecorrigeerd werd voor de duur van de epiduraal werd er significant minder lokaal anestheticum per uur gebruikt in de intermitterende groep vergeleken met de continue groep. Tevens was de mate van motorisch blok lager in de intermitterende groep.

Trefwoorden

pijnbehandeling, epidurale analgesie, onderhoudsmethode, intermitterende toediening, continue toediening.

Summary

Epidural analgesia during labor can be maintained by inter-

mittent or continuous administration. It is unclear what influence the method of maintenance has on the quality of epidural analgesia. A quantitative before-after study was chosen to answer this question. The primary outcome measure was the mean pain score. The secondary outcome measures were the extent of motor block, the total amount of local anaesthetic, the number of manually administered boluses, the duration of epidural analgesia, the duration of expulsion, maternal complications and patient satisfaction. A total of 160 participants were included. There were significantly lower pain scores during the last two hours of epidural analgesia in the intermittent group compared to the continuous group. When the total amount of anaesthetic was corrected for the duration of the epidural, significantly less local anaesthetic was used per hour in the intermittent group compared with the continuous group. The degree of motor block was also lower in the intermittent group.

Keywords

pain relief, epidural analgesia, maintenance method, continuous epidural infusion, programmed intermittent epidural bolus.

Contact

J.M.A.C. van der Wilt-Schouten, j.vanderwilt@llz.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Cliëntervaringen geboortezorg gerelateerd aan interventies en vroeggeboorte: wat zegt dit over de kwaliteit van zorg?

N.C.A Rossenaar *student Master Medical Informatics, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam*

prof. Dr. M.A. Oudijk *gynaecoloog-perinatoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam*

dr. N.T.L. van Duijnhoven *onderzoeker, afdeling Verloskunde & Gynaecologie, Radboudumc, Nijmegen*

L. Broeders *onderzoeker, Perined, Utrecht*

dr. A.C.J Ravelli *epidemioloog, afdeling Klinische Informatiekunde/Verloskunde & Gynaecologie, Amsterdam UMC, Amsterdam*

De ervaring van cliënten over de zorg, ook wel patiënt reported experience measure (PREM) genoemd, wordt beschouwd als een belangrijke onafhankelijke indicator voor het meten van de kwaliteit van de gezondheidszorg.^{1,2} Met openbare kwaliteitsinformatie kunnen cliënten ondersteuning krijgen bij het kiezen van een zorgverlener en kunnen cliëntervaringen bijdragen aan betere prestaties in de geboortezorg. Er is echter nog weinig inzicht in wat er gedaan wordt met de ontvangen cliëntervaringen en hoe de ervaringen van cliënten samenhangen met welke aspecten van de geleverde verloskundige zorg. In deze studie is onderzocht of het mogelijk is om cliëntgroepen te definiëren die meer of minder tevreden zijn over de verloskundige zorg. Dit is gedaan door middel van een koppeling tussen een cliëntervaringsvragenlijst van het Consortium Geboortezorg Oost en klinische zorgpaden of uitkomsten, gebaseerd op data uit de landelijke perinatale registratie.

Cliënttevredenheid is een onderwerp dat in de actualiteit staat. Ook in de Nederlandse geboortezorg heeft de cliëntgerichte zorg geleid tot meer aandacht voor de tevredenheid, preferenties en ervaringen van zwangere en/of pas bevallen vrouwen.¹ Elk verloskundig samenwerkingsverband (VSV) is sinds 2017 verplicht om in de regio op twee manieren cliëntervaringen te meten. Ten eerste wordt bij elke cliënt de tevredenheid gemeten middels de Net Promotor Score (NPS+) en ten tweede dient elk VSV jaarlijks systematisch cliëntervaringen te verzamelen met een erkende cliëntervaringsvragenlijst naar keuze. Gebruikte cliëntervaringsvragenlijsten binnen de geboortezorg zijn de PCQ, ReproQ, Lady-X en ICHOM Zwangerschap en Geboorte vragenlijsten.² Ondanks dat sommige cliëntervaringsvragenlijsten vrij uitgebreid zijn, is er weinig informatie beschikbaar over wat de daadwerkelijke uitkomsten van de vragenlijst zijn en wat deze kunnen betekenen voor de kwaliteit van de verloskundige zorg.

Methode

Literatuuronderzoek en interviews

Om meer inzicht te krijgen in het gebruik van de uitkomsten van cliëntervaringsvragenlijsten in de geboortezorg, is literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarnaast zijn er interviews afgenomen met stakeholders van verschillende VSV's die gebruik maken van verschillende gevalideerde vragenlijsten om cliëntervaringen te meten. De interviews met stakeholders omvat

ten onderwerpen over het bevestigingsproces, de ervaring met de vragenlijst, de uitkomstverwerking en inventarisatie naar een mogelijke koppeling van de cliëntervaringsvragenlijst met de bij Perined geregistreerde perinatale registratiedata.

Dataverzameling

Voor dit onderzoek zijn cliëntervaringen van recent bevallen vrouwen van het registratiejaar 2019 gebruikt, verzameld middels de Kwaliteitsregistratie Consortium Geboortezorg Oost (KCGO) vragenlijst (figuur 1). De KCGO-vragenlijst bestaat uit elf vragen met gesloten antwoordopties. De negen ervaringsvragen zijn te verdelen in de volgende categorieën:

- ervaren problemen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd (ja/nee);
- tevredenheid over de geleverde zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraamtijd (cijfer 1 t/m 10);
- NPS⁺-vragen: aanbeveling van verloskundigenpraktijk, ziekenhuis en kraamzorgorganisatie aan andere zwangere vrouwen (ja/nee/geen mening/n.v.t.).

Tot slot is er gevraagd waar de bevalling heeft plaatsgevonden; indien deze thuis was, is gevraagd welk ziekenhuis de voorkeur zou hebben gehad voor de bevalling.

Koppeling

Om van de cliënten die de vragenlijst hebben ingevuld de klinische zorgpaden en uitkomsten te achterhalen, is gebruik gemaakt van de landelijke perinatale registratie van Perined (www.perined.nl). Deze registratie omvat gegevens van zwangerschappen, bevallingen en na de geboorte opgenomen kinderen in Nederland.

Voor de cliënten die hiervoor toestemming hebben gegeven is er een koppeling gemaakt tussen hun cliëntervaringen en hun gegevens over zwangerschap en baring die zijn geregistreerd bij Perined. Er zijn drie variabelen gebruikt om deze koppeling te maken: de geboortedatum van de moeder, de viercijferige postcode en de geboortedatum van het kind. Meerlingen zijn in dit onderzoek uitgesloten.

Data-analyse

Na de koppeling van de KCGO-vragenlijst en Perined is er allereerst een vergelijking gemaakt van de gekoppelde en niet gekoppelde records. De statusscores op het viercijferige postcodeniveau zijn gebruikt om de sociaaleconomische status (SES) van de cliënten te bepalen. De economische status is ingedeeld in drie categorieën (laag, midden en hoog). Daar-

Figuur 1. Vragenlijst Kwaliteitsregistratie Consortium Geboortezorg Oost (KCGO)

Als u denkt aan uw laatst geboren kind, ...

- ... is de zwangerschap volgens u zonder problemen verlopen? JA/NEE
 ... is de bevalling volgens u zonder problemen verlopen? JA/NEE
 ... is de kraamtijd volgens u zonder problemen verlopen? JA/NEE

Als u denkt aan uw laatst geboren kind, hoe tevreden bent u over de begeleiding/zorg ...

- ...tijdens de zwangerschap 0 t/m 10
 ...tijdens de bevalling 0 t/m 10
 ...tijdens de kraamtijd 0 t/m 10

Zou u de verloskundigenpraktijk waarvan u zorg heeft ontvangen aanbevelen bij andere vrouwen die zwanger zijn?

- Ja
- Nee
- Geen mening
- Ik heb geen zorg ontvangen van een verloskundigenpraktijk

Zou u het ziekenhuis waarvan u zorg heeft ontvangen aanbevelen bij andere vrouwen die zwanger zijn?

- Ja
- Nee
- Geen mening
- Ik heb geen zorg ontvangen van een ziekenhuis

Zou u de kraamzorgorganisatie waarvan u zorg heeft ontvangen aanbevelen bij andere vrouwen die zwanger zijn?

- Ja
- Nee
- Geen mening
- Ik heb geen zorg ontvangen van een kraamzorgorganisatie

Waar bent u bevallen?

- Thuis
 - o Als u in een ziekenhuis had moeten bevallen, welk ziekenhuis zou dan uw voorkeur hebben gehad?
- Geboortecentrum
 - o In welk geboortecentrum bent u bevallen?
- Ziekenhuis - poliklinisch (1e lijn)
 - o In welk ziekenhuis bent u bevallen?
- Ziekenhuis - klinisch (2e lijn)
 - o In welk ziekenhuis bent u bevallen?
- Overig

De resultaten van deze vragenlijsten worden op een algemeen niveau ontvangen door uw zorgverlener(s). Deze ontvangen alleen percentages van gegeven antwoorden, niet de antwoorden die uzelf heeft gegeven. Deze percentages worden gebruikt om de kwaliteit van de gegeven zorg te verbeteren.

Om deze kwaliteit nog verder te verbeteren, willen uw zorgverleners de gegevens uit deze vragenlijst graag verbinden met andere zorggegevens bij Perined. Daarom wordt u hieronder gevraagd om toestemming voor het opnemen van uw gegevens bij Perined. Perined maakt het mogelijk dat verder onderzoek wordt verricht om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Hierbij worden uw gegevens vertrouwelijk verwerkt en wordt alle relevante wet- en regelgeving in acht genomen.

Als er toestemming wordt gegeven voor het opslaan en onderling verbinden van de gegevens, ook uit deze vragenlijst, bij Perined

- Mijn eigen geboortedatum (dd-mm-yyyy)
- De geboortedatum van mijn kind (dd-mm-yyyy)
- Mijn postcode

Door op 'Opslaan' te klikken kunt u uw antwoorden definitief maken. Hierna kunt u uw antwoorden niet meer wijzigen.

naast is er een vergelijking gemaakt met de leeftijd van de vrouw. Met de gekoppelde records is vervolgens onderzocht of er associaties bestaan tussen de uitkomstmaten van de KCGO-vragenlijst en de zorggegevens van de vrouw. Hierbij is gebruik gemaakt van Kruskal Wallis testen voor gemiddelde waarden en Chi-square testen voor categoriale variabelen. Voor de dichotome uitkomstmaat voor het wel/niet ervaren van problemen tijdens het zorgtraject is een logistische regressie uitgevoerd. Hiervoor zijn de cliëntverings-

metingen van de periodes zwangerschap, bevalling en kraamtijd samengevoegd om een totaalbeeld van de ervaren problemen te creëren. Vanwege het lage percentage missende waarden is er enkelvoudige imputatie met de meest voorkomende waarde toegepast. Variabelen met categorieën met minder dan vijf cliënten zijn samengevoegd. De data zijn geanalyseerd in SPSS Statistics (IBM, Version 26.0).

Tabel 1. Vergelijking van gekoppelde versus niet gekoppelde cliënten van de KCGO-vragenlijst (n=357)

	Gekoppeld	Niet gekoppeld	Totaal	P
Gemiddelde leeftijd (SD)	31,3 (4,0)	31,2 (4,2)	31,1 (4,0)	0,94
SES (sociaaleconomische status)				0,07
Laag, n (%)	61 (19%)	8 (24%)	69 (19%)	
Midden, n (%)	214 (66%)	15 (46%)	229 (64%)	
Hoog, n (%)	48 (15%)	9 (27%)	57 (16%)	
Missend, n (%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	2 (1%)	
Totaal, n (%)	324 (91%)	33 (9%)	357 (100%)	

Resultaten

Uit de interviews met de vijf stakeholders die gebruikmaken van verschillende cliëntervaringsvragenlijsten in de geboortezorg, kwam naar voren dat er weinig vervolgcacties worden ondernomen aan de hand van resultaten van deze vragenlijsten. Een mogelijke oorzaak die genoemd werd was dat het gebruik van de vragenlijst nog in een beginstadium is of dat de vragenlijst niet optimaal gebruikt kan worden door verschillende informatiesystemen binnen een VSV. Daarentegen beschouwden stakeholders een koppeling tussen cliëntervaringen en zorggegevens over het algemeen als positief.

In dit onderzoek hebben 359 vrouwen de KCGO-vragenlijst ingevuld en toestemming gegeven voor de koppeling. Hiervan is bij 357 vrouwen een geboortedatum van het kind geregistreerd en is 90,7% (n=324) gekoppeld met de Perined databank. De niet gekoppelde records waren qua gemiddelde leeftijd (31,2 vs. 31,3 jaren, P = 0,94) en sociaaleconomische status niet significant verschillend van de gekoppelde records (tabel 1).

De overall cliënttevredenheid scoorde een 8,9 (SD 1,1) (tabel 2). De vrouwen waren het meest tevreden over de zwangerschap en de bevalling, en iets minder tevreden over het kraambed. 3,1% (n=10 vrouwen) gaf een tevredenheidscijfer lager dan 7 op minstens één van de drie perioden (zwangerschap, bevalling en kraambed). Dit percentage was iets hoger tijdens de kraamtijd dan tijdens de zwangerschap (5,3% versus 2,2%).

Op de NPS+-vragen over het aanbevelen van de zorgorganisaties was de overgrote meerderheid positief. 5% van de cliënten zou de kraamzorgorganisatie niet aan andere vrouwen aanbevelen. Voor het ziekenhuis en de verloskundigenpraktijk was dit percentage respectievelijk 3,8% en 0,6% (tabel 3). De cliëntuitkomstmaat 'ervaren problemen tijdens het zorgtraject' gaf het meeste inzicht in de cliëntervaring van vrouwen. Door de koppeling met de zorggegevens konden de belangrijkste predictoren worden geïdentificeerd. Uit tabel 4 is op te maken dat de kans op ervaren problemen het grootste is bij cliënten die te maken hadden met een vroeggeboorte (zwangerschapsduur < 37 weken), (odds ratio (OR) = 4,3 95% [1,10-16,40]). Daarnaast zijn er ook meer problemen ervaren bij cliënten na een inleiding en bevallingen die eindigden in een kunstverlossing en/of secundaire sectio (OR=4,8 95% [2,08-10,96], OR=8,0 95% [2,09-30,62]). Dit was soms met overdracht van de eerste naar de tweede lijn. Vrouwen die in de eerste lijn bevelen ervoeren minder problemen in vergelijking met vrouwen die bevelen in de

Tabel 2. De tevredenheid naar periode van zorg (n=324)

	Gemiddelde (SD)	Mediaan (IQR)	Min - Max	% lager dan 7 gescoord
Zwangerschap	8,9 (1,1)	9,0 (8,0-10,0)	0-10	2%
Bevalling	8,9 (1,4)	9,0 (8,0-10,0)	0-10	5%
Kraamtijd	8,8 (1,2)	9,0 (8,0-10,0)	4-10	5%
Overall tevredenheid	8,9 (1,0)	9,0 (8,0-10,0)	3-10	3%

Tabel 3. Overzicht aanbeveling van de zorgorganisaties (NPS+-vragen)

	Geen zorg gekregen van instelling	Geen mening	Ja	Nee
Verloskundigenpraktijk, n (%)	3	4 (1%)	348 (98%)	2 (1%)
Ziekenhuis, n (%)	67	11 (4%)	268 (92%)	11 (4%)
Kraamzorgorganisatie, n (%)	8	11 (3%)	322 (92%)	16 (5%)

tweede lijn (OR=0,3 95% [0,1-0,7]). Bovendien werden er ook minder problemen ervaren door multiparae vrouwen dan bij nulliparae vrouwen (OR=0,42 95% [0,26-0,67]).

Discussie en conclusie

Er worden verschillende cliëntervaringsvragenlijsten gebruikt in de geboortezorg in Nederland. Het meten van cliëntervaringen is van belang voor VSV's om de tevredenheid van cliënten te meten. De vragenlijsten geven ook inzicht in welke cliënten minder tevreden zijn over de geboortezorg in Nederland. Dit inzicht kan vergroot worden door cliëntervaringsvragenlijsten af te nemen en indien er toestemming is gegeven, deze te koppelen aan zorggegevens van cliënten in de landelijke perinatale registratie. Dit onderzoek heeft aangetoond dat cliënten die te maken kregen met een interventie bij de start (inleiding), tijdens de baring (kunstverlossing of secundaire sectio) en/of als uitkomst een vroeggeboorte, iets meer problemen hebben ervaren tijdens het zorgtraject. Deze resultaten corresponderen met eerdere onderzoeken naar cliëntervaringen in de geboortezorg. Studies in Neder-

Tabel 4. Univariate associatie tussen zorg predictoren en ervaren problemen van de cliënten

Predictoren	% n	Gemiddelde	Uitkomstmaat: cliënt problemen			
			Ongecorrigeerd		Gecorrigeerd*	
			OR	95% BI	OR	95% BI
Zwangerschapsduur (weken)						
< 37	4	8,3 (0,88)	4,6	1,21 - 17,30	4,3	1,10 - 16,40
37 - 39	45	8,8 (1,11)	REF		REF	
>=40	51	9,0 (0,88)	0,7	0,42 - 1,07	0,7	0,42 - 1,07
Wijze baring: begin + eind						
Spontaan + spontaan	66	9,0 (0,93)	REF		REF	
Spontaan + kunst/SC	10	8,87 (0,96)	4,9	2,23 - 10,65	4,8	2,08 - 10,96
Inleiding + spontaan	12	8,68 (0,94)	3,0	1,49 - 6,09	2,9	1,42 - 5,92
Inleiding + kunst/SC	5	8,69 (0,87)	8,9	2,41 - 33,11	8,0	2,09 - 30,62
Primaire sectio	7	8,44 (1,66)	0,97	0,36 - 2,63	1,1	0,40 - 2,97
Totaal	324					

*Gecorrigeerd voor leeftijd moeder, pariteit en etniciteit

Afkortingen: OR = odds ratio; BI = betrouwbaarheidsinterval; kunst/SC = kunstverlossing/sectio; REF = referentiecategorie

land hebben gemeld dat obstetrische factoren, met name ongeplande interventies, zoals een kunstverlossing of secundaire sectio, worden geassocieerd met een negatieve herinnering aan een bevalling in vergelijking met een spontane partus. De rol van andere potentieel beïnvloedende factoren zoals een partner hebben, zwangerschapsplanning en -nazorg, zal in de toekomst nog verder kunnen worden onderzocht indien deze gegevens beschikbaar zijn in de registratie of in de cliëntvernavingsvragenlijst.

Bevallen van een premature baby heeft impact op het welzijn van de moeder en het gezin. Deze vrouwen hebben een verhoogde kans op een verslechtering van de gezondheid, zoals vermoeidheid en negatieve gevoelens voor hun baby in de eerste maanden na de geboorte. Deze gevoelens gaan soms gepaard met angst en bezorgdheid.^{3,4}

Eerder onderzoek heeft ook aangetoond dat verwijzing van de eerste naar de tweede lijn tijdens de zwangerschap kan leiden tot een lagere tevredenheid over de bevalling, omdat vrouwen vaak niet verwachten om verwezen te worden.

Voorlichting en het bespreken van verwachtingen zouden hierbij kunnen ondersteunen. Continuïteit van zorg wordt door vrouwen als een belangrijke factor gezien, zowel op emotioneel vlak als voor informatievoorziening en adviezen.⁵⁻⁸ Naast een negatieve ervaring kan ook de baringswijze impact hebben op de emoties van de vrouw, zoals angst en emoties tijdens de eerste momenten met de baby.⁸⁻¹²

De vraag blijft echter of deze negatieve ervaringen de oorzaak zijn van de geleverde zorg of dat het iets zegt over de vrouwen zelf. Negatieve of onvoorzien geboorte-ervaringen kunnen namelijk geassocieerd worden met gevoelens van falen, verlies en verdriet.^{12,13} Het is dus van belang het gesprek aan te gaan over de bruikbaarheid van deze bevindingen ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

Een sterk punt van deze studie is dat het een recent cohort van het registratiejaar 2019 betreft en een hoog percentage van de cliënten toestemming heeft gegeven en daadwerkelijk gekoppeld kon worden. In Nederland is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van het koppelen van cliëntervaringen met zorggegevens uit de perinatale regis-

tratie. Een beperking is echter het beperkt aantal cases uit één regio. Dit onderzoek vormt een goede basis voor verder onderzoek om uit de ervaringen van cliënten in de geboortezorg en door de koppeling van deze gegevens met de landelijke perinatale registratie beter inzicht te krijgen waar deze ervaringen mogelijk mee samenhangen.

Concluderend blijkt de algehele cliënttevredenheid in de geboortezorg hoog en scoren vrouwen die tijdens de zwangerschap of geboorte een ongeplande/onverwachte gebeurtenis treffen iets lager.

Referenties

- Wiegiers T. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9: 18.
- College Perinatale Zorg. Cliëntervaringen opvragen en gebruiken. Beschikbaar via: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/kwaliteit/stap-2-implementatie-zig/basingredienten/clientervaringen-opvragen-en-gebruiken/>. Geraadpleegd op 27 Februari 2020.
- Henderson J., Carson C. & Redshaw M. Impact of preterm birth on maternal well-being and women's perceptions of their baby: a population-based survey. *BMJ Open* 2016; 6(10): e012676.
- Tooten A., Hoffenkamp H.N., Hall R.A.S., Braeken J. Vingerhoets A.J.J.M., Van Bakel H.J.A. Parental Perceptions and Experiences after Childbirth: A Comparison between Mothers and Fathers of Term and Preterm Infants. *Birth* 2013; 40(3):164-71.
- Hodnett E.D., Gates S, Hofmeyr G.J. & Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18: CD003766.
- Rowe R.E., Kurinczuk J.J., Locock L. & Fitzpatrick R. Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:129.
- Christiaens W., Gouwy A. & Bracke P. Does referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-sectional comparison. *BMC Health Services Research* 2007; 7:109.
- Rijnders M., Baston H., Schönbeck Y., Van der Pal K., Prins M. et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008, 35(2): 107-116
- Blomquist J.L., Quiroz L.H., Macmillan D., McCullough A. & Handa V.L. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *AM J Perinatol* 2011, 28(5): 383-388.
- Baas C.I., Wiegiers T.A., De Cock T. P., Erwich J.J.H.M., Spelten E.R.

- et al. Client-Related Factors Associated with a "Less than Good" Experience of Midwifery Care during Childbirth in the Netherlands. *Birth* 2017; 44(1): 58-67.
11. Guittier M., Cedraschi C., Jamei N., Boulvain M. & Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:254.
12. Kjerulff K.H., Brubaker L.H. New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. *Birth*. 2018; 45(1):19-27
13. Schneider DA. Birthing Failures: Childbirth as a Female Fault Line. *J Perinat Educ.* 2018; 27(1):20-31.

Samenvatting

Het meten van cliëntervaringen is één van de belangrijke indicatoren om de kwaliteit van verloskundige zorg te meten. Deze ervaringen worden gemeten aan de hand van erkende cliëntervaringsvragenlijsten. Er is echter weinig inzicht in wat antwoorden op deze vragenlijsten kunnen betekenen voor de kwaliteit van zorg van verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's). In dit onderzoek is er een koppeling gemaakt tussen cliëntervaringen en zorg uitkomsten die zijn geregistreerd bij Perined. De algehele tevredenheid was zeer hoog (9). Het percentage minder tevreden vrouwen was iets hoger in het kraambed. Vrouwen die te maken hadden met een onverwachte complicatie zoals vroeggeboorte of een bevalling middels een inleiding, kunstverlossing of secundaire sectio ervoeren iets meer problemen tijdens het zorgtraject

Trefwoorden

cliëntervaring, zorggegevens, perinatale registratie, koppeling, vroeggeboorte, sectio

Summary

Monitoring client experiences is an important indicator to measure the quality of obstetric care. These experiences are measured by means of recognised client experience questionnaires. However, there is little insight into how answers to these questionnaires can affect the quality of care of obstetric partnerships. In this study a link has been

made between client experiences and clinical outcomes registered by Perined. The overall satisfaction was very high (9). The percentage of less satisfied women was slightly higher in the postpartum period. Women who had a preterm birth, or who gave birth by means of an unplanned caesarean section or assisted vaginal birth, experienced slightly more problems during the care process.

Keywords

client experience, care data, perinatal registration, linking, premature birth, section

Contact

N.C.A. Rossenaar, n.c.rossenaar@amsterdamumc.nl
L. Broeders, l.broeders@perined.nl
dr. A.C.J. Ravelli, a.c.ravelli@amsterdamumc.nl

Dankwoord

Dank gaat uit naar Perined, in het bijzonder Mieke Stam en Ger de Winter, voor het begeleiden en mogelijk maken van dit onderzoek. Daarnaast het Consortium Geboortezorg Oost voor het beschikbaar stellen van de KCGO-clientervaringsvragenlijst.

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Vaginale specula van metaal, plastic of biobased plastic

Wat prefereren patiënten en zijn zij bereid concessies te doen aan comfort in het belang van duurzaamheid?

A.A.A. ten Buuren *masterstudent geneeskunde, Universiteit Utrecht*

drs. T.B. Poolman *anios gynaecologie, UMC Utrecht*

dr. L.M. Bullens *gynaecoloog, Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk*

drs. B.A. Dalebout *aios gynaecologie, St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein en Utrecht*

drs. S.J. Dedden *destijds aios gynaecologie, Máxima Medisch Centrum Veldhoven, thans gynaecoloog, Amphia Ziekenhuis, Breda*

dr. N. van Hanegem *gynaecoloog, UMC Utrecht*

dr. A. Timmermans *gynaecoloog, Amsterdam UMC*

dr. N.P.A. Zuithoff *statisticus, UMC Utrecht*

dr. A. Kwee *gynaecoloog, UMC Utrecht*

Zorginstellingen kunnen verduurzamen door instrumentaria opnieuw te gebruiken. De laatste jaren zijn ziekenhuizen echter massaal overgegaan op eenmalig te gebruiken plastic specula. Om te bestuderen of en hoe dit anders kan, is een patiënttevredenheidsenquête uitgevoerd waarin gevraagd werd naar verschillende aspecten van het gynaecologisch onderzoek met een metalen, plastic of biobased plastic speculum. Ook is gevraagd of patiënten concessies willen doen aan comfort in het belang van een duurzamer gezondheidszorgsysteem.

In september 2021 deden meer dan tweehonderd medische tijdschriften een oproep aan wereldleiders om meer en sneller op te treden tegen klimaatverandering. De WHO heeft de klimaatcrisis uitgeroepen tot de grootste gezondheidsbedreiging waar de mensheid mee geconfronteerd wordt.^{1,2,3} De broeikasgasemissies van de Nederlandse zorg bedragen momenteel ongeveer 11 megaton, wat neerkomt op 7% van de totale Nederlandse CO₂-voetafdruk.⁴ Om klimaatactie te intensiveren, hebben de ondertekenaars van de Green Deal Zorg zichzelf ten doel gesteld om de CO₂-uitstoot van de zorg in 2030 met 49% te verminderen ten opzichte van 1990. Tevens beogen zij dat alle Nederlandse zorgorganisaties in 2050 klimaatneutraal zullen zijn.^{5,6} Zorginstellingen kunnen onder andere verduurzamen door circulair te werken en instrumentarium opnieuw te gebruiken, om zo de schaarste aan grondstoffen te beperken en minder afval te creëren. In de gynaecologische praktijk worden dagelijks vele vaginale specula gebruikt. De laatste jaren zijn ziekenhuizen massaal overgegaan op plastic specula, die na eenmalig gebruik eindigen in de verbrandingsoven. In het kader van de doelen van de Green Deal is in het UMC Utrecht een kwaliteitsverbeteringsproject gestart om naar verschillende aspecten te kijken van het vaginale speculum, met als doel een goed beargumenteerde keuze te kunnen maken voor een bepaald type speculum. Naast een levenscyclusanalyse waarbij de herbruikbare (metalen) en eenmalige specula (plastic en biobased plastic op basis van suikerriet) zijn vergeleken, is ook de patiënttevredenheid en de bereidheid van de patiënt om concessies te doen aan comfort wanneer een bepaald type speculum een duurzamer alternatief blijkt te zijn, onderzocht.

Er zijn naar ons weten geen gegevens beschikbaar over de tevredenheid per speculumtype, maar over het algemeen vinden de meeste patiënten vaginaal onderzoek onaangenaam.⁷ Daarom is het belangrijk dat een speculum zo comfortabel mogelijk is, waardoor de barrière om met klachten naar de huisarts of gynaecoloog te gaan of aan de oproep voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker gehoor te geven, zo laag mogelijk is.

Voor dit patiënttevredenheidsonderzoek zijn drie soorten specula vergeleken: de herbruikbare metalen variant, de eenmalige plastic variant en de eenmalige biobased plastic variant van Bridea Medical®.

Methoden

Studieopzet

Van oktober tot en met december 2021 is een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd in vijf ziekenhuizen. In elk ziekenhuis participeerden twee gynaecologen (i.o.). Patiënten werden geïncludeerd tijdens algemene gynaecologiespreken. De intentie was dat elke gynaecoloog (i.o.) tien patiënten zou onderzoeken met een metalen speculum (M), vervolgens tien patiënten met plastic (P) en daarna tien patiënten met een biobased plastic (B) speculum of in een andere volgorde. De desbetreffende gynaecoloog (i.o.) bleef hetzelfde speculumtype gebruiken tot er tien inclusies waren, waarna hij/zij verder ging met het volgende type om te voorkomen dat selectiebias zou optreden. Op de enquête werd door de arts een M, P of B genoteerd.

Na het gynaecologisch onderzoek werden de patiënten geïnformeerd over deze patiënttevredenheidsenquête en uitgenodigd om deel te nemen. Na akkoord werd de vragenlijst anoniem ingevuld. De primaire uitkomst van het onderzoek is comfort op een schaal van 1-10. Onze hypothese was dat een plastic en biobased plastic speculum comfortabeler zijn dan een metalen speculum. Een verschil van >1 punt op de 10-puntsschaal werd door de onderzoeksgroep als klinisch relevant beschouwd.

Enquête

De vragenlijst bestond uit elf vragen: twee over demografische kenmerken van de vrouw, vier over comfort en vijf over

duurzaamheid en zorg. Omdat comfort uit meerdere aspecten bestaat zijn naast de algemene comfortscorevraag (schaal 1-10) drie vragen ontwikkeld om te toetsen hoe deze verschillende kenmerken – temperatuur, grootte en gemak van inbrengen – hieraan bijdragen. De algemene comfortscorevraag werd gescoord van 1 tot 10 op een continue schaal; 1 is oncomfortabel en 10 is comfortabel. De specificerende comfortvragen werden gescoord als categorische variabelen in een meerkeuzevraag; te koud/aangenaam/te warm, te groot/passend en moeizaam, stroef/makkelijk, soepel. Om weer te geven hoe patiënten denken over duurzaamheid en de gezondheidszorg zijn vier stellingen toegevoegd, die beantwoord konden worden met 'helemaal eens', 'oneens', 'geen mening', 'eens' of 'helemaal eens'. Als laatste was er een prioriteringsvraag over hoe de zorg volgens patiënten verbeterd kan worden door meer in te zetten op comfortabel onderzoek, beter betaalbare gezondheidszorg of vermindering van de afvalproductie.

Sample size

Omdat er geen klinische rapporten over dit onderwerp zijn, zijn de eerste dertig vragenlijsten bij onderzoek met het metaalspeculum gebruikt om het gemiddelde en de standaarddeviatie te bepalen. Deze gegevens zijn gebruikt om de steekproefomvang te berekenen. Op basis van een gemiddelde van 7,38 met een standaarddeviatie van 2 bleken 177 deelnemers nodig om een verschil in comfort van > 1 punt te detecteren, dus 59 patiënten per speculumtype. Voor deze berekening is gebruikgemaakt van het programma SAS.

Statistische analyse

De papieren enquêtes zijn verzameld en de gegevens zijn ingevoerd in IBM SPSS 26,0. Voor alle variabelen worden beschrijvende statistieken gepresenteerd. De tienpuntcomfortschaal is gerapporteerd als gemiddelde met standaarddeviatie (SD). Voor categorische variabelen is de frequentie en proportie beschreven. De chi-kwadraattest is gebruikt om statistische significantie tussen groepen te bepalen voor categorische parameters en de Kruskal-Wallis en Mann-Whitney U-test voor de comfortscore. De verschillen werden statistisch significant bevonden als de $p \leq 0,05$ was.

Tabel 1. Deelnemer karakteristieken

Karakteristieken	Metaal (n=61)	Plastic (n=67)	Biobased plastic (n=68)
<i>Leeftijd</i>			
<30 jaar	10 (16,4%)	6 (9%)	13 (19,1%)
30-50 jaar	21 (34,4%)	32 (47,8%)	33 (48,5%)
50-70 jaar	24 (39,3%)	21 (31,3%)	18 (26,5%)
>70 jaar	5 (8,2%)	5 (7,5%)	3 (4,4%)
Missende waarden	1	3	1
<i>Aantal eerdere speculumonderzoeken</i>			
0 keer	2 (3,3%)	2 (3%)	5 (7,4%)
1-5 keer	22 (36,1%)	25 (37,4%)	22 (32,4%)
>5 keer	30 (49,2%)	29 (43,3%)	32 (47,1%)
Missende waarden	7	11	9

Ethische goedkeuring

Deze enquête maakt deel uit van een groter kwaliteitsverbeteringsproject. Omdat er geen extra medische handelingen werden uitgevoerd, was toetsing door de Medisch Ethische Commissie niet nodig.

Resultaten

Tijdens de onderzoeksperiode zijn in totaal 196 vragenlijsten ingevuld: 61 metaal, 67 plastic en 68 biobased plastic. Tabel 1 toont de baseline en klinische kenmerken van de patiënten per speculumtype. Er zijn geen verschillen tussen de drie groepen voor wat betreft leeftijd en aantal keer eerder ondergane speculumonderzoeken.

Comfortscores

Het gemiddelde en SD op comfort per speculumtype zijn weergegeven in tabel 2. De biobased plastic versie scoorde het hoogste op comfort met een gemiddelde van $8,03 \pm 1,65$, tegenover een gemiddelde van $7,26 \pm 1,51$ voor het metaal speculum en $7,69 \pm 1,67$ voor het plastic speculum. Figuur 1 representeert de comfortscores als boxplots.

De vergelijking tussen de drie speculumtypes liet een significant verschil zien op de comfortscore ($p < 0,006$). Uit de vervolgttoetsen blijkt een significant verschil in comfort tussen patiënten die vaginaal onderzoek ondergingen met een metaal vaginaspeculum versus een biobased plastic speculum ($p = 0,001$). Middels een lineaire regressieanalyse bleek dat leeftijd en eerder speculumonderzoek geen invloed

Tabel 2. Gemiddelde en SD van de comfortscore

Karakteristieken	Metaal (n=61)	Plastic (n=67)	Biobased plastic (n=68)
Gemiddelde comfort \pm SD	$7,26 \pm 1,51$	$7,69 \pm 1,67$	$8,03 \pm 1,65$
Score <6	8 (14%)	4 (6,25%)	6 (9%)
Missende waarden	4	3	2

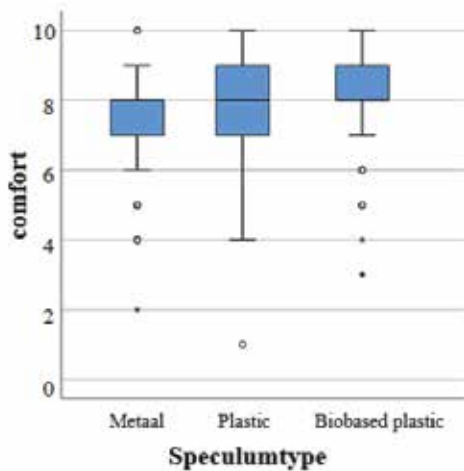
P-waarde: metaal versus plastic = 0,111; metaal versus biobased plastic = 0,001; plastic versus biobased plastic = 0,118.

Tabel 3. Frequenties en verhoudingen van temperatuur, grootte en gemak van inbrengen

Karakteristieken	Metaal (n=61)	Plastic (n=67)	Biobased plastic (n=68)
<i>Temperatuur</i>			
Te koud	8 (13,1%)	4 (6%)	1 (1,5%)
Aangenaam	50 (82%)	61 (91%)	67 (98,5%)
Te warm	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Missende waarden	3	2	0
<i>Grootte</i>			
Te groot	2 (3,3%)	3 (4,5%)	2 (2,9%)
Passend	57 (93,4%)	63 (94%)	66 (97,1%)
Missende waarden	2	1	0
<i>Gemak van inbrengen</i>			
Moeizaam, stroef	4 (6,6%)	3 (4,5%)	0 (0%)
Makkelijk, soepel	57 (93,4%)	63 (94%)	67 (98,5%)
Missende waarden	0	1	1

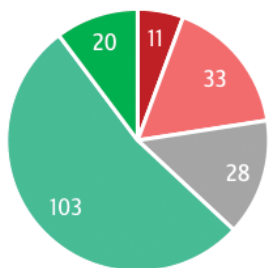
hadden op de verschillen in comfortscore. De resultaten van de specificerende comfortvragen uit de enquête zijn weergegeven in tabel 3. Groepsverschillen zijn getest met de chi-kwadraattest. Er is alleen een significant verschil in temperatuur tussen het metalen en niet-metalen speculum ($p = 0,011$) en tussen het biobased plastic en niet-biobased plastic speculum ($p = 0,029$), waarbij de temperatuur van het biobased plastic speculum als meest aangenaam en het metalen speculum als minst aangenaam wordt beschouwd. Er is geen statistisch significant verschil voor grootte en gemak van inbrengen tussen een van de drie soorten specula.

Figuur 1. Boxplot van comfortscores

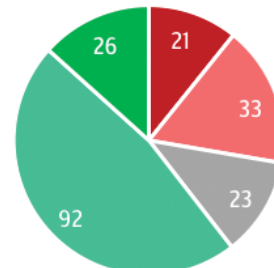


Figuur 2. Stellingen over duurzaamheid en zorg

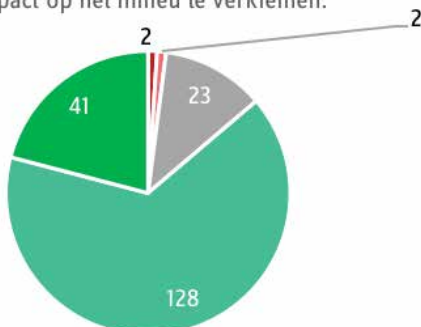
Ik ben bereid concessies te doen aan comfort als een bepaald type speculum een duurzamer alternatief is.



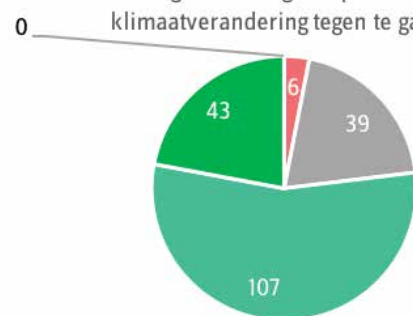
Ik sta open voor hergebruik van oorspronkelijk voor eenmalig gebruik bedoelde hulpmiddelen.



In mijn persoonlijke leven ben ik bezig mijn impact op het milieu te verkleinen.



Ik vind het belangrijk dat de gezondheidszorg een grotere rol gaat spelen om klimaatverandering tegen te gaan.



■ helemaal oneens ■ oneens ■ geen mening ■ eens ■ helemaal eens

Groene gezondheidszorg

Vier stellingen (A t/m D) geven weer hoe patiënten denken over duurzaamheid en de gezondheidszorg. Alle 196 patiënten hebben stelling C ingevuld, bij één enquête zijn stelling A, B en D opengelaten. 123 patiënten (63%) zijn bereid concessies te doen aan comfort als een bepaald type speculum een duurzamer alternatief is, terwijl 44 patiënten (23%) hiertoe niet bereid zijn. 118 patiënten (61%) staan open voor hergebruik van hulpmiddelen die oorspronkelijk bedoeld zijn voor eenmalig gebruik, terwijl 54 patiënten (28%) dat niet zijn. 169 patiënten (86%) proberen hun impact op het milieu in hun persoonlijke leven te verminderen, terwijl 4 patiënten (2%) dat niet doen. 150 patiënten (77%) vinden het belangrijk dat de gezondheidszorg een grotere rol speelt in het tegengaan van klimaatverandering, terwijl 6 patiënten (3%) het hier niet mee eens zijn (figuur 2).

Wat als wel en niet belangrijk verbeterpunt voor de zorg wordt gezien is weergegeven in figuur 3. Deze rangschikingsvraag is echter niet door alle patiënten als zodanig ingevuld. Er is daarom gekozen de antwoorden weer te geven als valide percentage, een percentage wanneer de ontbrekende gegevens uitgesloten zijn van de berekening. 99 van de 195 patiënten (53,2%) vinden comfortabel onderzoek het belangrijkste verbeterpunt in de zorg. Vermindering van de afvalproductie wordt door 60 patiënten (48,8%) het minst belangrijk gevonden.

Figuur 3. Staafdiagrammen over verbeterpunten in de zorg (valide percent)

Discussie

Onze resultaten laten zien dat het biobased plastic speculum significant hoger scoort op comfort dan het metalen speculum. Het verschil in comfort tussen de specula is echter minder dan 1 punt, wat door de onderzoeksgroep van tevoren als een niet klinisch relevant verschil werd geacht. Opvallend is dat voor alle speculumtypes de comfortscores verrassend hoog zijn voor een onderzoek dat over het algemeen als oncomfortabel wordt gezien.^{7,8,9} Minder dan 15% van de onderzochte patiënten geeft het gebruikte speculum een onvoldoende (<6) op de comfortschaal. We hebben geen duidelijke oorzaak waarom vrouwen het onderzoek een lage comfortscore geven, maar aangezien dit deels gebaseerd is op het te koud ervaren van het metalen speculum is hier waarschijnlijk nog verbetering mogelijk door bijvoorbeeld het gebruik van een warmtekast. In drie van de vijf deelnemende ziekenhuizen wordt sinds de invoering van het plastic speculum geen warmtekast meer gebruikt. De drie soorten specula vertonen geen statistisch significant verschil voor grootte of gemak van inbrengen.

De meerderheid van de patiënten is bereid concessies te doen aan comfort of staat open voor hergebruik van wegwerpinstrumenten om bij te dragen aan een duurzamere gezondheidszorg. Tevens roept de meerderheid van de patiënten (77%) zorgorganisaties op om klimaatverandering tegen te gaan.

Voor zover bij ons bekend is er één artikel dat een enquête beschrijft naar ervaringen met betrekking tot vaginaal onderzoek onder 32 vrouwen, gerekruteerd via Facebook. Van de zeventien vrouwen die zowel ervaring met een metalen als een plastic speculum hebben, hadden er zeven (41%) geen voorkeur en zeven een voorkeur voor het plastic speculum. Van degenen die voorkeur hadden voor plastic antwoordden er zes dat koudheid van het metalen speculum de reden was.¹⁰ Naast dit kleine onderzoek is onze enquête de enige studie die de contemplatie van patiënten over duurzaamheid en gezondheidszorg op de gynaecologische afdeling onderzoekt. Een ander sterk punt van ons onderzoek is dat het een nieuw inzicht geeft in het comfort van gynaecologisch onderzoek, namelijk door onderscheid te maken tussen de speculumtypes en door de comfortvraag op te splitsen in subcategorieën.

Er zijn echter ook beperkingen aan dit onderzoek. Omdat deze enquête onderdeel was van een groter project, is besloten de vragenlijst zo kort mogelijk te houden en te kiezen voor een eenvoudige opzet. Echter, hierdoor missen gegevens over bijvoorbeeld etniciteit, sociaaleconomische status, de indicatie van het gynaecologisch onderzoek, de pariteit van de vrouw en het exacte type en de grootte van het metalen speculum. Hierdoor kan bias zijn opgetreden. Een extra lineaire regressieanalyse liet zien dat leeftijd en eerder vaginaal onderzoek geen invloed had op de resultaten. Daarnaast is voor het opstellen van de vragenlijst niet actief om patiënten-input gevraagd en is niet met hen besproken wat zij een klinisch relevant verschil zouden vinden. Tevens is de vragenlijst niet gevalideerd. Door de COVID-19-pandemie zijn veel poli-afspraken geannuleerd, waardoor niet alle gynaecologen tien enquêtes per speculumtype hebben kunnen afnemen. Wel heeft elke gynaecoloog een vergelijkbaar aantal enquêtes per type speculum afgenomen, waardoor geen bias door verschil in ervaring van de gynaecoloog (i.o) is opgetreden. Over het algemeen waren patiënten bereid de enquête in te vullen. Er zijn enkele patiënten geweest die niet gevraagd zijn om de enquête in te vullen, namelijk als een virgo-speculum geïndiceerd was, patiënten klachten hadden van bekkenbodempertonee of vaginisme of omdat zij op voorhand verzochten om een plastic speculum. Dit hebben we niet bijgehouden en kan selectiebias in de onderzoekspopulatie hebben gegeven. De enquêtes zijn afgenomen op algemene gynaecologiespreekuren, waardoor de resultaten mogelijk niet generaliseerbaar zijn voor enerzijds de huisartspraktijk en anderzijds de specialistische gynaecologiespreekuren. Ten slotte zijn alleen Nederlandssprekende patiënten opgenomen in deze studie, omdat er alleen een Nederlandse versie van de vragenlijst beschikbaar was. Concluderend laat dit onderzoek zien dat het speculum van biobased plastic de hoogste comfortscore heeft, maar dat de verschillen in comfort tussen het metalen, plastic en biobased plastic speculum niet klinisch relevant lijken. Tevens toont het aan dat patiënten geneigd zijn om compromissen te sluiten op het type speculum in belang van duurzaamheid. Samen met de resultaten van de levenscyclusanalyse¹¹ en het medenemen van het kostenaspect kan straks in samenspraak met patiënten een weloverwogen keuze gemaakt

worden voor een bepaald type speculum, waarbij in het huidige tijdperk alles op alles gezet moet worden om klimaatverandering tegen te gaan en duurzaamheid dan ook een belangrijke factor is.

Wij bedanken prof. dr. Marlies Bongers, drs. Saskia Klein Meuleman, dr. Wenche Klerkx, Josée Kramer, dr. Yadira Roggeveen, drs. Aleid van der Wal en dr. Gerbrand Zoet voor hun waardevolle bijdrage aan het onderzoek.

Referenties

- Atwoli L, H Baqui A, Benfield T, Bosurgi R, Godlee F, Hancocks S, et al. Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity and protect health: Wealthy nations must do much more, much faster. *Gen Psychiatr.* 2021 Sep 5; 34(5):e100645. doi: 10.1136/gpsych-2021-100645.
- www.bmj.com/content/full-list-authors-and-signatories-climate-emergency-editorial-september-2021
- www.who.int/publications/i/item/cop26-special-report
- Gupta Strategists. Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg Kwantificering van de CO₂-uitstoot en maatregelen voor verduurzaming. [Internet]. 2019. Available from: gupta-strategists.nl/storage/files/1920_Studie_Duurzame_Gezondheidszorg_DIGITAL_DEF.pdf [Accessed 13th October 2021].
- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/duurzame-zorg/meer-duurzaamheid-in-de-zorg
- www.government.nl/documents/reports/2019/06/28/climate-agreement
- Reddy DM, Wasserman SA. Patient anxiety during gynecologic examinations. Behavioral indicators. *J Reprod Med.* 1997 Oct;42(10):631-6.
- Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ.* 2006 Jul 22; 333(7560):171. doi: 10.1136/bmj.38888.588519.55
- Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all.... Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* 1997 Apr; 14(2):148-52. doi: 10.1093/fampra/14.2.148.
- Taylor GA, McDonagh D, Hansen MJ. Improving the Pelvic Exam Experience: A Human-Centered Design Study, *The Design Journal*, 2017: 20:sup1, S2348- S2362, DOI: 10.1080/14606925.2017.1352750 et *Gynecologica Scandinavica* 2010, 89:1263-1269.
- CE Delft. Klimaatimpact herbruikbare en eenmalige specula: Screening LCA voor het UMC Utrecht. [Internet]. 2022. Available from: https://ce.nl/wp-content/uploads/2022/11/CE_Delft_210358_Klimaatimpact_herbruikbare_en_eenmalige_specula_DEF.pdf [Accessed 27th November 2022].

Samenvatting

Dit onderzoek vergelijkt de tevredenheid van patiënten na gynaecologisch onderzoek met metalen, plastic en biobased plastic specula en onderzoekt of patiënten geneigd zijn concessies te doen aan comfort voor een duurzamer gezondheidszorgsysteem. Voor dit cross-sectionele onderzoek is een vragenlijst uitgedeeld aan patiënten op de gynaecologische afdeling van vijf Nederlandse ziekenhuizen. We hebben 196 patiënten geïncludeerd; 61 metaal, 67 plastic en 68 biobased plastic specula. Biobased plastic specula (gemiddelde comfortscore = 8,03/10) scores significant hoger op comfort dan de metalen (gemiddelde comfortscore = 7,26/10). Het biobased plastic speculum is significant ($p < 0,029$) het meest comfortabel op temperatuur en het metalen speculum het minst ($p < 0,011$). De meeste patiënten zijn bereid concessies te doen aan comfort en staan open voor hergebruik van eenmalige specula om bij te dragen aan een duurzamere zorg. De meerderheid van de patiënten roept zorgorganisaties op om klimaatverandering tegen te gaan. Ecologische duurzaamheid zou een meewegende factor moeten zijn bij de selectie van het speculum.

Trefwoorden

gynaecologisch onderzoek, vaginaal speculum, duurzaamheid in de gezondheidszorg, klimaatverandering; medisch afval

Summary

This study compares patients' satisfaction after gynaecological examination with metal, plastic and biobased plastic speculums and investigates whether women are inclined to compromise on comfort for a more sustainable healthcare system. For this cross-sectional study, a questionnaire was distributed to patients at the gynaecological department in five hospitals in The Netherlands. We

included 196 questionnaires; 61 metal, 67 plastic and 68 on biobased plastic speculums. Biobased plastic speculums (mean comfort score = 8.03/10) score significantly higher on comfort than the metal ones (mean comfort score = 7.26/10). The biobased plastic speculum is significantly ($p < 0.029$) the most comfortable on temperature and the metal one the least ($p < 0.011$). Most women are willing to compromise on comfort and are open to the reuse of disposables to contribute to a more sustainable healthcare. The majority of women urge healthcare organizations to combat climate change. It can be argued that environmental sustainability should be a contributing factor in speculum selection.

Keywords

gynaecological examination, vaginal speculum, healthcare sustainability, climate change; medical waste

Contact

dr. Anneke Kwee, gynaecoloog UMC Utrecht, a.kwee@umcutrecht.nl

Dankwoord

Graag danken wij prof. dr. Marlies Bongers, drs. Saskia Klein Meuleman, dr. Wenche Klerkx, Josée Kramer, dr. Yadira Roggeveen, drs. Aleid van der Wal en dr. Gerbrand Zoet voor hun waardevolle bijdrage aan deze studie.

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling. Bridea heeft de biobased plastic specula al eerder gratis op proef uitgedeeld, waarna een aantal nogmaals gratis geleverd is. Bridea heeft geen directe instemming gegeven met deze publicatie.

Redactie themakatern Opleiden
drs. Joost Nieuwstad *aios en bestuurslid VAGO*
dr. Evelien Sandberg *aios en bestuurslid VAGO*

Vanuit de NTOG-redactie
drs. Annemijn Ruigh *aios*
drs. Noor Simons *aios*
dr. Arnoud Kastelein *aios*
dr. Charlotte Jansen *aios*
drs. Malou Lugthart *aios*
dr. Annemijn Aarts *gynaecoloog, hoofdredacteur NTOG*



ntog themakatern OPLEIDEN

De voortgangstoets in beweging

dr. E. Paternotte *aios gynaecologie, ETZ, Tilburg*

drs. E. Spierenburg *onderwijskundige, Erasmus MC, Rotterdam*

dr. I.A. Brussé *gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam*

prof. dr. F. Scheele *gynaecoloog, OLVG Amsterdam en hoogleraar VU*

De rol van toetsing in de opleiding tot gynaecoloog is onderhevig aan een continu proces van ontwikkeling en verbetering. Het blijkt dat de huidige beoordeling van een aios door een team van experts (opleidingsgroep) slechter dan een algoritme gebaseerd op geselecteerde toetsbare parameters.¹ Eén van die toetsbare parameters kan de voortgangstoets (VGT) zijn.

De VGT van de NVOG is stevig verankerd in de opleiding tot gynaecoloog. Het doel van de VGT is om parate kennis te toetsen (summatief) en de aiossen te laten zien waar kennishiaten en mogelijke leerdoelen liggen (formatief). De commissie VGT bestaat uit een wisselend team van gynaecologen en aiossen die in samenwerking met onderwijskundigen hebben gezorgd voor een robuust product met een goede betrouwbaarheid en validiteit. Het huidige format van meerkeuzevragen over medisch inhoudelijke inzichten, maatschappelijke kwesties, protocollen en wetenschappelijke literatuur is al jaren in gebruik zonder dat dit tot grote kritiek heeft geleid. De commissie gebruikt sinds een jaar nieuwe software die meer variatie in vraagvormen mogelijk maakt. Hierdoor is de aantrekkelijkheid van de toets toegenomen zonder dat het heeft afgedaan aan de summatieve en formatieve kracht van de VGT.

Voorspellende waarde expertmeningen

Vanaf de jaren 50 hebben de psychologen Meehl¹ en later Kahneman^{2,3} baanbrekend werk verricht op het gebied van voorspellende waarde van expertmeningen, in ons geval de beoordeling van aiossen door gynaecologen.¹ In vele studies heeft Meehl aangetoond dat een kwantitatief samengesteld oordeel, gebaseerd op een algoritme van door experts geselecteerde toetsbare parameters, toekomstig functioneren beter voorspelt dan een expertoordeel. Het is vergelijkbaar met het Hunault predictiemodel in de fertiliteit. Daar voorspelt het algoritme beter dan een expert of een patiënt baat heeft bij een behandeling met intrauteriene inseminatie.⁴ In de opleiding zou zo'n score mogelijk een betere beoordeling en voorspelling opleveren over het toekomstig functioneren dan de mening van de opleider of het opleidingsteam. Uit het werk van Meehl en anderen blijkt dat niet-toetsbare factoren minder interessant voor de voorspelling zijn. Deze kennis is contra-intuïtief en wordt in onze huidige toetspraktijk veelal genegeerd.

Bewijsvoering

In tegenstelling tot de mening van psychometristen, zijn wij sterk beïnvloed door een, niet met data ondersteunde stroming uit de medisch onderwijskunde, die zegt dat beoorde-

ling 'holistisch van aard' moet zijn en dus een weergave moet zijn van het integrale functioneren van de aiossen. Voor de huidige beoordeling van de aiossen zijn we ervan overtuigd dat dit alleen door een expert of liever een groep van experts beoordeeld kan worden. De expertmeningen over bijvoorbeeld die niet-toetsbare factoren zijn doorspekt met bias. In Nederland bestaat een weerstand tegen gebruik van cijfers als het over studenten of leerlingen gaat. Ouders die de CITO-score niet geloven en opleiders die ervan overtuigd zijn dat het tussen de regels lezen bij een holistische beoordeling van grote waarde is, en dat algoritmes ons niet wezenlijk verder helpen, vergeten de wetenschap en kwantitatieve bewijsvoering. Niet alleen kan de expertmening leiden tot het bestendigen van bias maar het vergroot ook het risico op een te homogene beroepsgroep waarin diversiteit bij een beoordeling wordt bestempeld als een probleem.²

Opdracht

Er ligt hier een mooie opdracht voor de NVOG: In samenwerking met psychometristen komen tot een algoritme dat beter die voorspellende beoordeling doet dan louter de huidige besprekingen in de vakgroep. Dit is een project waarbij we kwantitatief onderzoek op onze opleidingsresultaten nodig hebben om vast te stellen wat voldoende is. Een voorbeeld kan zijn stationstoetsing in vaardigheidslaboratoria en portfolio-beoordeling door onbevooroordeelde assessors. De uitwerking hiervan dient verder ontwikkeld te worden. Fijn dat er al een toepasbaar onderdeel bestaat voor het algoritme: de VGT.

Referenties

1. Dawes RM, Faust D, Meehl PE. Clinical versus actuarial judgement. *Science*, 1989;243 : 1668-1674.
2. Kahneman D, Sibony O, Sunstein CR. *Noise, a flaw in human judgement*. 2021. HarperCollins Publishers, UK.
3. Kahneman D. *Thinking fast and slow*. 2012. Penguin Books, UK.
4. Hunault CC, Eijkemans MJC, Pieters MHEC, te Velde ER, Dik F. Fertility and Sterility 2002;77,725-32.

Goud waard

Al snel in de opleiding ontdek je dat er vaak meer dan één manier is om iets te doen. Eerst vond ik dat lastig (zeg me nou gewoon precies hoe het moet!), maar daarna zag ik het voordeel van het samenstellen van een aanpak die voor mij goed werkt. Zo ook wat betreft life hacks voor gynaecologen. Ondanks verschillende tips ging er behoorlijk wat edelmetaal verloren, voordat ik de gouden tip kreeg die voor mij goed werkt: je moet je sieraden in je sok stoppen als je naar OK gaat!

Marit de Vos, derdejaars aios, cluster Leiden

Het cursusaanbod in LOGO: hoe gaan we het anders doen?

dr. R.A. de Leeuw *gynaecoloog, Amsterdam UMC*

dr. I.A. Brussé *gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam*

In maart 2022 is de evaluatie van het huidige cursusaanbod beschreven in het NTOG. Hieruit kwam naar voren dat aiossen niet volledig tevreden waren over de verdeling van verplicht en aanbevolen cursussen en dat de cursusorganisaties behoefte hebben aan herstructurering met professionele ondersteuning vanuit de NVOG en gebruik maken van één digitale leeromgeving.

In dezelfde periode hebben er twee andere belangrijke veranderingen plaatsgevonden. Namelijk de introductie van LOGO en het aanbieden van een Digitale LeerOmgeving (DLO) vanuit de Federatie van Medisch Specialisten. Deze DLO heeft als doel om alle Nederlandse wetenschappelijke verenigingen één platform te bieden om gezamenlijk en discipline overkoepelend onderwijs te kunnen verzorgen. Een ideaal moment dus om opnieuw te kijken naar het cursusaanbod. Binnen LOGO worden de cursussen benoemd, met als doel om uitgangspunten en kaders te schetsen. Daarom hebben de commissies curriculum en onderwijs samen een nieuw standpunt *Cursusaanbod voor gynaecologen in opleiding* geschreven.

Huidige indeling

De huidige indeling van cursussen in de categorieën verplicht, aanbevolen en facultatief heeft verschillende gevolgen, waarvan er vijf met nadruk in acht zijn genomen. Dit zijn:

- Financiële middelen: er zijn klinieken waar een verplichte cursus *wel* en een aanbevolen cursus *niet* compleet vergoed wordt uit het opleidingsbudget.
- Gegarandeerde afname: een verplichte cursus heeft zekere afname en daarmee minder financieel risico en ruimer budget voor de organisatie.
- Tijdsbesteding: er zijn klinieken waar een aanbevolen cursus in 'eigen' tijd moet worden gevolgd.
- Kwaliteitsbevordering: het zijn met name de verplichte cursussen die gevisiteerd worden door de Cie Onderwijs.
- Locoregionale initiatieven: een verplichte cursus wordt over het algemeen een landelijke cursus, waardoor er minder ruimte is voor locoregionale initiatieven over hetzelfde onderwerp.

Nieuw standpunt

Deze punten zijn zorgvuldig overwogen in het nieuwe standpunt, waarin onder andere de volgende kernboodschappen zijn geformuleerd:

1. Alles wat binnen het individuele opleidingsplan van een aios past, wordt verplicht vergoed.

2. Een lijst van door de NVOG Cie Onderwijs geëvalueerde cursussen zal blijven bestaan, die relevant zijn voor de basis EPA's binnen LOGO.
3. Om een EPA te behalen binnen de ijkpunten van LOGO zullen de bijbehorende leerdoelen van de cursussen benoemd in die EPA behaald moeten worden. Deze cursussen zijn daarmee de facto verplicht, tenzij de leerdoelen gemotiveerd al op een andere manier zijn behaald.

Complexe vraagstukken

Hiernaast lopen er nog een aantal complexe vraagstukken. Het streven is om te komen tot een inschatting van een redelijk budget voor cursussen voor aiossen. Hierbij is het ook het doel om rekening te houden met de indexering van kosten en het professionaliseren van de cursussen. Er wordt gekeken of de NVOG het onderwijs kan ondersteunen met een Onderwijsbureau en toegang tot het nieuwe DLO. Een DLO zal deze vorm van just-in-time learning faciliteren. Hierbij blijft de Cie Onderwijs een kwaliteit beoordelende rol houden.

De toekomst biedt straks professioneel, digitaal ondersteund onderwijs waar zo nodig discipline overkoepelend geleerd kan worden. Het wel of niet deelnemen aan dit onderwijs wordt bepaald door de leerdoelen binnen een individueel opleidingsplan en niet meer door een vooropgestelde lijst verplichte cursussen. Hiermee wordt het cursusaanbod professioneler, individueel inzetbaar en kwalitatief elk jaar een stukje beter.

Doseren kun je leren

Als onervaren aios lukte een vacuümextractie nog niet zo goed. Ik kreeg van de supervisor de tip om nóg wat harder te trekken. Zodoende trof ik vervolgens een ielige kleine patiënte in de beensteunen aan. Helemaal klaar om het probleem van de niet-vorderende baring door mij te laten oplossen. Ik plaats de cup, en geef vervolgens ontzettende lél aan het handvat waarmee ik helaas niet de baby maar wel de patiënte uit het verlosbed extraheerde. De gouden tip die ik kreeg terwijl ik de geschrokken patiënte terug in bed legde was, dat ik goed had geluisterd naar de feedback maar dat ik mijn kracht en enthousiasme óók moest aanpassen aan het postuur van de patiënte.

Ghislaïne Dekeunink, vijfdejaars aios, cluster Maastricht

Een logisch vervolg op BOEG: LOGO in 2022

dr. R.A. de Leeuw *gynaecoloog, Amsterdam UMC*

dr. E.M. Sandberg *aios gynaecologie, cluster Leiden*

drs. C.A.T. Kanne *beleidsadviseur NVOG*

prof. dr. P.W. Teunissen *gynaecoloog, MUMC*

allen lid van de Commissie Curriculum

Op 24 maart 2022 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingestemd met het Besluit Obstetrie en gynaecologie van 12 januari 2022. Hiermee is het Landelijke Opleidingsplan Obstetrie & Gynaecologie, ofwel LOGO, goedgekeurd. Sinds 1 juli 2022 kunnen wij met trots dus zeggen dat LOGO officieel ons nieuwe curriculum is. Het is een vooruitstrevend plan waar voor het eerst naar een holistische opleiding wordt gekeken, in plaats van de focus op aantallen en vaardigheden. Het vorige curriculum, BOEG, was al een belangrijke stap naar competentiegericht opleiden, maar met de thema's binnen LOGO kan de opleiding ook naar de mens achter de gynaecoloog kijken.

Verandering brengt ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Onzekerheid om dingen los te laten en vragen over hoe invulling te geven aan de voorheen niet gebruikte thema's. Er is bij BOEG en de implementatie van het eerste elektronische portfolio EPASS veel geleerd, en deze lessen zijn meegenomen bij de implementatie van LOGO. Er zijn drie belangrijke instrumenten om de implementatie te ondersteunen, uniek aan LOGO. Om te beginnen is er een Commissie Curriculum binnen de NVOG opgezet. Deze bestaat momenteel voornamelijk uit leden van de LOGO en portfoliowerkgroepen. Het doel van deze commissie is het implementeren, monitoren, inventariseren en actualiseren van het landelijke opleidingsplan. Het is voor het eerst dat er een commissie is die niet alleen de implementatie ondersteunt, maar ook een continue rol ter actualisatie van het opleidingsplan heeft. Ten tweede zijn er regioteams opgezet. Elke opleidingsregio heeft een aantal afgevaardigde opleiders, aiossen en stafleden die de brug zijn tussen de commissie en de implementatie van LOGO in de regio. Deze regioteams komen (digitaal) samen om best practices te delen, zorgen en problemen te bespreken en te delen hoe de vertaalslag van LOGO naar regionale en lokale opleidingsplannen wordt gemaakt. Ten derde is er de website www.nvog-logo.nl waar presentaties, video's en ideeën gedeeld worden. Nauwe samenwerking met de VAGO heeft geleid tot een forum voor zowel LOGO als de VAGO, waar op een directe manier gecommuniceerd kan worden met iedereen die interesse heeft in de opleiding.

Start activiteiten van de commissie

Op 30 november 2021 heeft de Commissie Curriculum formeel voor het eerst vergaderd over de implementatie van LOGO. Daarna is via verschillende kanalen de inhoud van de nieuwe EPA's en thema's gecommuniceerd, denk aan NVOG-ledenvergaderingen, het Gynaecologisch congres van november 2021,

themasmiddagen en referereavonden in verschillende regio's. Een prachtige inspanning van de commissieleden en de regioteams om de inhoud en implicaties van LOGO zo veel mogelijk te verspreiden. Daarnaast zijn er twee digitale regioteam-overleggen geweest om binnen deze groepen ervaringen te delen. Ook zijn verschillende artikelen in het NTOG gewijd aan de feedback-cultuur, het digitale portfolio en LOGO.

Tabel 1. Inventarisatie van de positieve effecten van LOGO per cluster op de opleiding tot nu toe, verkregen via de clustervertegenwoordigers van de VAGO

Cluster	Positieve effecten van LOGO
Amsterdam	<ul style="list-style-type: none"> - De introductie van de thema's en dus meer focus op de ontwikkeling van aiossen op andere vlakken - Reconcept als vervanging van Epass - Personalisering opleiding/portfolio doordat je makkelijk leerdoelen kan toevoegen - Door de introductie van LOGO weer een moment om allemaal weer eens kritisch te kijken naar onze opleiding en waar we nu staan
Groningen	<ul style="list-style-type: none"> - Met LOGO is er meer aandacht voor 'neventaken', met name via de thema's - Reconcept werkt fijner dan EPASS
Leiden	<ul style="list-style-type: none"> - LOGO geeft de bevestiging en de ruimte dat wij al ver zijn in het individuele opleiden - LOGO geeft een extra impuls voor meer een persoonlijke invulling
Maastricht	<ul style="list-style-type: none"> - Meer aandacht voor alle facetten van het specialist worden, en minder focus op alleen maar vinken van verrichtingen, wat maar een klein stukje van het vak is
Nijmegen	<ul style="list-style-type: none"> - Een mooi nieuw portfolio met een handige app - Kans om het lokale én vooral regionale opleidingsplan weer eens volledig een opfrisbeurt te geven - Impuls om ook buiten de gebaande paden te ontwikkelen en bijvoorbeeld je eigen differentiatie EPA in te richten
Rotterdam	<ul style="list-style-type: none"> - Positief ervaren wordt de invoer van Reconcept met een mobiele applicatie. - Het voelt met LOGO nog niet zo veel anders, maar is wel de hoop dat de stage-indeling meer geïndividualiseerd gaat worden en als leerdoelen behaald zijn er ruimte is voor andere (extra-curriculaire) activiteiten - Er wordt ook gehoopt dat met LOGO er meer acceptatie is voor bijvoorbeeld onderzoek in andere clusters of andere verdieping
Utrecht	<ul style="list-style-type: none"> - De invoering van intervisie met LOGO en het stimuleren van wederzijdse feedback - De drie zelfstandigheidsniveaus zijn overzichtelijker dan de eerdere vijf zelfstandigheidsniveaus - Er is meer ruimte voor individuele leerdoelen/individuele opleidingsplannen

Parallel hieraan zijn leden van de commissie aan de slag gegaan met de ontwikkeling van een vernieuwd digitaal portfolio. Ook hier is zo transparant mogelijk een selectieproces doorlopen. Uiteindelijk is besloten om naar een nieuwe portfolioaanbieder over te stappen: Reconcept. Het portfolio moest ruimte bieden aan het personaliseren van de verrichtingen en EPA's, invulling van de thema's en uiteraard een smartphone-applicatie. We zijn van 154 verrichtingen in EPASS naar 51 in Reconcept gegaan. Dat is aanzienlijk minder vinken.

Verloop implementatie

Inmiddels bereiken we het einde van 2022 en hoe is dit jaar de implementatie dan verlopen? Er lijkt onder aiossen en opleiders een goede bewustwording te zijn wat LOGO inhoudt. Dat is een goede eerste stap. Via de clustervertegenwoordigers van de VAGO is in elk cluster gevraagd welke positieve effecten zij hebben ervaren bij het invoeren van LOGO. Tabel 1 geeft een overzicht van de bevindingen. Een enkele regio heeft zelfs al een regionaal opleidingsplan afgerond en vele regio's zijn hier al fanatiek mee aan de slag. Ten tijde van dit schrijven hebben bijna alle opleidingsklinieken in Nederland een Reconcept-portfolioaccount voor opleiders. Dat betekent dat bijna elke gynaecoloog in Neder-

land die aiossen beoordeelt, dit met zijn eigen account via een smartphone-app kan doen. Er zijn bijna 300 actieve aios-accounts gemaakt van de 350 die we verwachten over te gaan stappen (een deel van de aiossen aan het einde van de opleiding zullen niet overstappen). Het portfolio is het gezicht van LOGO, dat betekent dat naast het gebruik van als portfolio, je ook toegang hebt tot de inhoud van LOGO. Bij de overgang van EPASS naar Reconcept (het zogeheten "onboarding") moesten de vele items uit het oude portfolio op de juiste plek gezet worden in het Reconcept-portfolio. Het overzetten kostte meer tijd dan men had verwacht en dit was dan ook gelijk het meest gehoorde probleem van de overgang. Het voordeel is dat men, tenminste eenmalig, secuur door alle EPA's en thema's van LOGO is gegaan.

Wij zijn trots dat LOGO een warm onthaal heeft mogen ontvangen. Een nieuw portfolio is wennen, maar het wordt als veel gebruiksvriendelijker dan EPASS ervaren. Een smartphone-applicatie is anno 2022 een noodzaak. De Commissie Curriculum, de regioteams en de website zijn sterke instrumenten om de verdere implementatie en straks optimalisatie te ondersteunen. Hopelijk kan iedereen het forum op www.nvog-logo.nl vinden om samen LOGO verder te laten groeien.

ntog 22/8

Opleiding: de stand van zaken over de grens

drs. Ferry Boekhorst *voorzitter European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG), gynaecoloog Groene Hart Ziekenhuis, Gouda*

'Vrij kunnen bewegen binnen de Europese arbeidsmarkt' is een doelstelling van de Europese Unie die helaas voor medisch specialisten nog niet in alle vakgebieden een sinecure is. De reden dat een gynaecoloog uit Bulgarije niet zomaar in Nederland aan de slag kan, is onder andere dat er andere eisen worden gesteld aan de opleiding tot gynaecoloog. Want ondanks dat ons continent relatief klein is en we uiteindelijk allemaal 'dezelfde' gynaecoloog worden, is er grote variatie en duur van opleiding en in de manier van opleiden.

De duur van de opleiding varieert in Europa van vier tot negen jaar. Het Europese curriculum EBCOG-PACT (Project for Achieving Consensus in Training, 2018)¹ stelt vijf jaar als minimale duur en binnenkort voldoen - op Spanje en Turkije na, waar de opleiding vier jaar duurt - bijna alle EBCOG/ENTOG-lidstaten daaraan. In Estland en Litouwen hebben de verantwoordelijke ministeries onder druk vanuit Europa

recent besloten de duur te verlengen tot vijf jaar. De te korte duur van de opleiding leidt ertoe dat jonge klaren zich nog niet klaar voelen en ook na de opleiding nog een zekere mate van opleiding behoeven. De duur van de opleiding in alle bovengenoemde landen heeft tevens geleid tot bovengemiddeld veel problemen voor aiossen tijdens de COVID-pandemie. Ongeacht de opleidingsduur heeft overigens vrijwel elke aios in Europa daar problemen door ondervonden (95%). Twee op de drie aiossen maakten zich zorgen over de opleiding, met name vanwege een tekort aan blootstelling aan chirurgische vaardigheden, waarvoor niet in alle Europese landen een goede oplossing werd gezocht.²

Variatie tussen opleidingen

Tinhoudelijk en organisatorisch is er veel variatie tussen opleidingen. Zo zijn toelatingseisen en -procedures niet overeenkomstig tussen landen, bijvoorbeeld: Belgische, Duitse en Letse aiossen starten direct na de studie geneeskunde aan

hun opleiding tot gynaecoloog zonder enige klinische ervaring, dit in tegenstelling tot Nederland waar vrijwel elke aios met de nodige ervaring aan de opleiding begint. Ook regionaal opleiden is lang niet overal vanzelfsprekend. In Italië wordt hard gewerkt aan regionaal opleiden, maar in veel andere Europese landen volgen aiossen hun hele opleiding in één ziekenhuis, variërend van universitair tot klein perifeer. Hierdoor komt niet elke aios evenredig in aanraking met alle (vereiste) problematiek binnen het vakgebied. Een ander opvallend verschil tussen landen is de aandacht voor en exposure aan bepaalde verloskundige vaardigheden en operationele skills. Sommige aiossen draaien na enkele opleidingsjaren hun hand niet meer om voor een debulking, maar hebben tegelijkertijd nog nooit een vaginale hysterectomie uitgevoerd of een prolaps geopereerd. En in een land met een sectio percentage van 15% (Noorwegen) zal het (uiteindelijk) behaalde competentie niveau anders zijn dan in een land waar 53% van de patiënte bevalt middels sectio (Turkije³).

Eindtermen

Daarnaast lijken de eindtermen van de opleiding gynaecologie te verschillen binnen Europa. Daar waar in de Nederlandse opleiding wordt toe gewerkt naar zelfstandig functioneren, wordt in andere landen een slechts een basis gelegd voor vaardigheden, waarbij pas na de opleiding jonge klaren hun zelfstandigheid verder ontwikkelen. En soms wordt er vooral toegewerkt naar het behalen van het landelijk, RCOG- of EBCOG-eindexamen. Maar is het doel dan het behalen van een examen of het worden van een goede gynaecoloog? Aandacht voor discipline-overstijgende competenties, verschillen in hiërarchie en cultuur leiden tot een grote variatie in (pro-) actieve bemoeienis met de kwaliteitsverbetering binnen de eigen opleiding.

EBCOG-PACT curriculum

Uit de voorlopige resultaten van het onderzoek van prof. dr. McAuliffe et al. (nog niet gepubliceerde data*) blijkt dat introductie van het EBCOG-PACT curriculum leidt tot een toename van het bewustzijn over het belang van opleiden in het algemeen, maar ook het belang van een gedegen opleidingsstructuur, standaarden en gestructureerde feedbackstructuur. Vijf jaar na publicatie van het EBCOG-PACT curri-

culum, is de manier van opleiden volgens dit curriculum in meer dan de helft van Europa nog niet of slechts ten dele ingevoerd. Hiervoor worden onder meer '(lokale) cultuur', 'beperkte interesse' en 'politieke issues' als redenen genoemd. Soft skills, zoals in PACT beschreven, zijn eveneens in minder dan de helft van Europa in de opleidingsprogramma's opgenomen. Er is dus nog werk aan de winkel voor ENTOG en EBCOG om de 'beperkte interesse' om te buigen en verdere harmonisatie van de opleiding tot Europees gynaecoloog te bewerkstelligen. Daarom brengt ENTOG aiossen uit 35 Europese landen samen om de jonge generatie gynaecologen in aanraking te laten komen met elkaar, met de opleiding van de ander en het belang te laten zien van het veranderen en/of verbeteren van het eigen programma. ENTOG stimuleert uitwisseling van kennis, ervaring en ideeën tussen alle Europese aiossen. Recent kon Noorwegen haar opleiding etaleren voor Europese aiossen en in 2023 vinden uitwisselingen plaats in Krakow (Polen), het Verenigd Koninkrijk en in Parijs. Nederlandse aiossen worden natuurlijk van harte uitgenodigd om hieraan actief deel te nemen in het belang van onze collega's over de grens.

More in common

Ik sluit af met een positieve noot. In Noorwegen zat ik namelijk aan de eettafel met een IJslander, een Brit, een Ier, een Pool en een Noor en na een tijdje over onze opleidingen te hebben gesproken was gelukkig de hoopvolle eindconclusie: 'After all, we have more in common, than there are differences.' We worden toch uiteindelijk allemaal gynaecoloog.

*) Voorlopige data van de PACT Implementation Study (geleid door prof. dr. Mc Auliffe), gedeeld met toestemming van dr. Karen Rose (voorzitter van EBCOG Standing Committee of Training and Assessment).

Referenties

1. <https://ebcog.eu/pact/>
2. Boekhorst F, Khattak H, Topçu G, Horala A, Goncalves Henriques M. The influence of the COVID-19 outbreak on European trainees in Obstetrics and Gynaecology: a survey of the impact on training and trainee. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2021; 261:52-8.
3. <https://stats.oecd.org/>

Vertrouwen

Tijdens mijn allereerste avonddienst in de academie besluiten wij tot een sectio bij een acuut septische barende vrouw van 26 weken. Terwijl de anesthesiologen er alles aan doen om patiënte te stabiliseren, merk ik dat ik zo onder de indruk ben van haar snelle achteruitgang dat ik mij met moeite kan concentreren op het opereren. Ik vraag aan de bijna gepensioneerde gynaecoloog waarmee ik aan tafel sta of hij het kind wil ontwikkelen. 'Ik heb nog nooit zo'n kleintje eruit gehaald en dit lijkt mij niet de situatie om te gaan oefenen', zeg ik. 'Ga maar gewoon verder, ik heb al bij eerdere sectio's gezien dat jij dit kan.' Zijn opmerking geeft vertrouwen in deze spoedsituatie, en terwijl ik een dochtertje van 700 gram uit de buik haal, realiseer ik dat ik nog nooit met hem op OK heb gestaan!

Evelien Sandberg, vijfdejaars aios, cluster Leiden

Feedback: 'van dominante toetscultuur naar begeleidende feedbackcultuur'

prof. dr. F. Scheele gynaecoloog, OLVG Amsterdam en hoogleraar VU

prof. dr. P.L.P. Brand hoogleraar klinisch onderwijs, UMC Groningen en hoofd medisch opleidingsbeleid Isala Academie, Zwolle

Aiossen hebben de middelbare school en de geneeskunde-studie met succes doorlopen, en hun kennis is grondig getoetst. Vaak zijn ze nog door meer beoordelingshoepels gesprongen als anios of als promovendus. Als ze gemotiveerd zijn en actief leerervaringen opzoeken, doorlopen aiossen, op een enkele uitzondering na, succesvol hun medische vervolgopleiding. Toetsing of ze wel goed genoeg zijn om medisch specialist te worden is dus nauwelijks nodig. Daarom kiezen we in LOGO voor een mini-male hoeveelheid toetsing die nodig is om de aiossen gedurende de opleiding op steeds meer terreinen veilig bekwaam te kunnen verklaren.

We steken de energie liever in begeleiding dan in beoordeling van de aiossen en investeren meer in feedback en een veilige opleidingscultuur dan in summatieve beoordelingen. Het is namelijk aannemelijk dat meer dan 90% van de aiossen helemaal niet beter zal worden van toetsing. De 5% van de aiossen die onvoldoende functioneert is het beste te detecteren door het gebruik van objectieve parameters zoals de kennistoets (voortgangstoets), de beheersing van klinische vaardigheden op het vaardighedenlab en op OK, een goed met praktische leerervaringen en cursussen gevuld portfolio, en 360 graden observaties.^{1,2}

Aiossen doen leerervaringen op door te oefenen en gestructureerd feedback te krijgen, en werken zo aan toenemende zelfstandigheid. Daarna vragen ze beoordelingen van verschillende supervisors aan om bekwaam verklaard te worden. Op deze manier wordt toetsing doelmatig gebruikt. Maar als elke observatie door een supervisor gebruikt wordt als beoordeling of de aios het wel goed doet, dan komt de aios in een positie waarin deze steeds moet laten zien het erg goed te doen. Dat leidt af van leren en het feedback vragen bij lastige casuïstiek.

Growth versus fixed mindset

De psycholoog Dweck heeft het onderscheid beschreven tussen de *growth* (lerende) *mindset* en de *fixed* (op prestatie gerichte) *mindset*.³ Voor maximaal leren moet je een *growth mindset* hebben. Die *growth mindset* vraagt om een veilige leeromgeving waarin je fouten mag maken, je kwetsbaarheid op bepaalde terreinen kunt bespreken en om feedback vraagt waar je de grenzen van je kunnen bereikt. De *fixed mindset* past bij mensen die vooral willen laten zien hoe goed ze het al kunnen, die kwetsbaarheid verbergen en vooral niet willen laten zien waar de grenzen van hun kunnen liggen. Die *fixed mindset* wordt aangewakkerd door continu te toetsen en alle feedback vast te leggen in een

portfolio. Al tijdens coschappen worden onze jonge collega's blootgesteld aan dagelijkse toetsing en documentatie. En omdat men als anios graag een goede indruk wil maken (de meeste anios ambiëren tenslotte een opleidingsplaats) zie je ze nogal eens hun onbekwaamheid en onzekerheid angstvallig verbergen. Zo lijkt het erop dat onze huidige toetsgerichte manier van opleiden de *growth mindset* wegdrukt⁴, terwijl we die *growth mindset* nodig hebben om het leereffect van de opleiding te maximaliseren. We moeten af van die dominante toetscultuur en investeren in een feedbackcultuur!

Optimaal op leren gerichte feedback heeft een aantal eigenschappen die al in 2012 specifiek voor onze gynaecologische beroepsgroep werden beschreven in een In Vivo-richtlijn⁵ en met nieuwe kennis aangevuld in een recent NTVG-artikel.⁴ We vatten samen wat we in de afgelopen tien jaar hebben bijgeleerd over feedback en het creëren van een feedbackcultuur.

Wat leerden we in 2012 van onze richtlijn?

In de In Vivo-richtlijn werd uiteengezet dat feedback op verschillende niveaus gegeven kan worden: het taakniveau ('een schaar houd je het beste op deze manier vast'), het onder de taak liggende procesniveau ('Uit literatuur is bekend dat een tweedegraads ruptuur te verkiezen is boven een epi, dus wees zuinig met die schaar'), het zelfregulatie niveau ('Ik zie dat je sinds de laatste feedback veel minder epi's hebt gezet') en het persoonsniveau (met uitlatingen over de persoon, zoals te bescheiden, te weinig empathisch, onvoldoende energiek, et cetera). Feedback op de eerste drie niveaus kan onder voorwaarden effectief gegeven worden, maar feedback op het persoonsniveau valt vaak verkeerd uit en heeft doorgaans een averechts effect.

Verder kwam naar voren dat feedback met uitleg in verhandelende vorm is veel leerzamer dan een cijfer, en hoe onervarener de feedbackontvanger en hoe complexer de taak, hoe zinniger het kan zijn om feedback meer directief te laten zijn. Voor het optimaal leren van feedback is de *growth mindset* nodig en de ontvanger moet de feedback als geloofwaardig, authentiek en empathisch ervaren met ruimte voor wederzijdse dialoog.

Wat heeft onderzoek naar feedback in de medische opleidingen in de afgelopen tien jaar ons geleerd?

Een feedbackcultuur creëer je door onderling als opleiders af te spreken wat je goede feedback vindt (richt je op coachende feedback), te zorgen dat iedereen getraind is in het geven van effectieve constructieve feedback en dat de oplei-

ders van elkaar blijven leren, bijvoorbeeld door het volgen van intervisie over feedback. Bovendien is het essentieel te investeren in een open cultuur waarin respect, een open mind en de mogelijkheid tot speak up zonder hiërarchische hindernissen hoog in het vaandel staan.⁶ In zo'n open cultuur bestaat er psychologische veiligheid en is de feedback wederkerig: de aios geeft de opleiders ook feedback op de werkvloer. De open cultuur maakt het voor de aiossen en opleiders mogelijk om hun kwetsbaarheden met elkaar te delen en er coachend naar elkaar mee om te gaan. De aiossen en opleiders zijn continu met elkaar in gesprek over de geleverde zorg en zoeken in gezamenlijke verantwoordelijkheid naar professionele groei.

Voortdurend beoordelen ondergraaft dus zo'n open en veilige feedbackcultuur, en kan zelfs tot een angstcultuur leiden. Het NTVG-artikel adviseert de noodzakelijke toetsing (voor bekwaamverklaring) te scheiden van de veelvuldige, niet-gedocumenteerde, wederzijds coachende feedbackgesprekken tussen aiossen en opleiders (begeleiding).⁴ Tenslotte is er voor de acroniemiëlfhebbers het R2C2 model: Rapport (maak contact en creëer veiligheid) Receptivity (staat de aios open om feedback te ontvangen en zijn de voorwaarden geschapen voor een optimaal leergesprek?) Content (wat zou professionele groei betekenen in deze casus?) en Coaching (hoe kan de aios de feedback gaan toevoeren).⁷

We hebben in de afgelopen tien jaar veel geleerd over het geven en ontvangen van effectieve feedback. Wij bevelen dringend aan om de noodzakelijke bekwaamheidstoetsing te beperken tot een minimum, en om deze zorgvuldig te schei-

den van de dagelijkse begeleiding van de aiossen in een open feedbackcultuur die gericht is op groei en ontwikkeling. Een goed in feedback en coaching getrainde groep opleiders is daarvoor een voorwaarde. Werk aan de winkel!

Referenties

1. Meehl, P. E. (1954). Empirical comparisons of clinical and actuarial prediction. Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
2. Meijer, R. R., Niessen, A. S. M., & Neumann, M. (2022). Psychological and educational testing and decision making: The lack of knowledge dissemination in textbooks and test guidelines. In L. A. van de Ark, W. H. M. Emons, & R. R. Meijer (Eds.), *Essays on contemporary psychometrics*.
3. Dweck C. (2017) *Mindset - updated edition*. UK, Little Brown Book Group.
4. Brand PLP, Scheele F. Feedback in de medische opleiding [Feedback in medical education - separate coaching for improvement from summative assessment]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2022 Jun 30;166:D6708. Dutch. PMID: 35899738.
5. Boor, K., Teunissen, P. & Brand, P. Richtlijn feedback in de medische vervolgopleiding. *TS MEDISCH ONDERWIJS* 30 (Suppl 2), 37-42 (2011). <https://doi.org/10.1007/s12507-011-0033-9>
6. Malik RF, Buljac-Samardžić M, Amajjar I, Hilders CGJM, Scheele F. Open organisational culture: what does it entail? Healthcare stakeholders reaching consensus by means of a Delphi technique. *BMJ Open*. 2021 Sep 14;11(9):e045515. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045515. PMID: 34521658; PMCID: PMC8442051.
7. Sargeant J, Lockyer JM, Mann K, et al. The R2C2 model in residency education: how does it foster coaching and promote feedback use? *Acad Med*. 2018;93:1055-63. doi:10.1097/ACM.0000000000002131. Medline

ntog 22/8

De opleiding gezien vanuit de opleider

drs. J.D. Nieuwstad aios, cluster Rotterdam

dr. C.H.J.R. Jansen aios, cluster Amsterdam

dr. E.M. Sandberg aios, cluster Leiden

Opleider zijn is tegenwoordig niet meer 'een taakje' wat je erbij doet, het is een echte baan. Wij interviewden twee opleiders over opleiden: Roy Kruitwagen (RK), gynaecoloog-oncoloog en oud-opleider in het Maastricht UMC+ en Maaïke Oonk (MO), gynaecoloog oncoloog en opleider in het UMC Groningen.

1. Wat voor een aios was u?

RK: Ik denk te mogen zeggen dat ik een hardwerkende aios was die in de periode van de opleiding ook onderzoek deed. Dit resulteerde in het tegelijkertijd promoveren en

afroeden van de toen nog vijfjarige opleiding. Ondanks de destijds eveneens hoge werkdruk was het een uiterst gezellige tijd, waar ik nog altijd met veel plezier op terugkijk.

MO: Ik was een aios die heel veel plezier haalde uit de opleiding. Het was voor mij al snel duidelijk dat ik richting de gynaecologische oncologie wilde, en ik werd erg blij als ik mocht opereren. Ondanks dat dat in mijn eerste vier jaar weinig aan bod is gekomen, heb ik dit in de laatste twee jaar goed in kunnen halen. Wat dat betreft zijn de discussies over exposure aan operatieve vaardigheden niet anders

dan vijftien jaar geleden. Ik heb altijd veel gestudeerd en verdieping gezocht, en mijn opleiding gecombineerd met een promotietraject. Ik denk ook altijd met veel plezier terug aan onze 'Firm': met een groepje van vijf aiossen kwamen we regelmatig bijeen om (zonder stafleden) case reports te schrijven van bijzondere casussen die we zelf hadden meegemaakt. Dat waren heel leerzame en gezellige avonden.

2. Hoe is de opleiding en de opleidingscultuur veranderd ten opzichte van toen u zelf aios was?

RK: De verhouding man/vrouw is enorm veranderd. Tegenwoordig is de inbreng en betrokkenheid van de aiossen bij de organisatie van de opleiding vele malen groter. Tijdens mijn opleiding waren er zeker ook onderwijsmomenten, maar het werken in de kliniek was de hoofdzaak. Interdisciplinaire, discipline-overstijgend onderwijs en rolspecialisatie waren onbekende terreinen. De weg naar zelfstandig werken neemt tegenwoordig beduidend meer tijd in beslag. Deels is dat het gevolg van het gegeven dat er minder tijd besteed wordt aan directe patiëntenzorg, maar toch ook omdat de voorwaarden zijn aangescherpt en de aios vaak zelf ook terughoudender is.

De verschillende generaties op de werkvloer (van generatie X naar Y, en Z is aanstaande) zijn uiteraard herkenbaar en dat heeft zijn weerslag op de opleiding en opleidingscultuur. Maar het werken in teamverband is en blijft een van de belangrijkste elementen voor een goede opleidingscultuur.

MO: Er is veel meer geformaliseerd. Mijn portfolio bestond uit een mapje waar ik zo nu en dan een verfrommeld briefje in stopte met een OSATS, omdat het moest. Al doende leerde ik, en ik ging ervanuit dat ik het wel hoorde als het niet goed ging. De focus lag nog veel meer op aantallen dan op bekwaamheid. In de opleidingscultuur neemt feedback tegenwoordig een veel grotere plek in. Er is ook veel meer aandacht voor welzijn van aiossen.

3. Wat vindt u het lastigste van opleiden?

RK: Dat je op bepaalde momenten ook kritisch en zakelijk moet zijn. Doe je dat niet, dan werkt dat later averechts voor zowel de aios als de opleider.

MO: Wanneer het minder goed gaat met een aios is dat nooit leuk, maar dat is ook wel weer een uitdaging. Wij hebben met een groepje opleiders in het UMCG intervisie waarin we lastige opleidingsituaties bespreken en samen kijken hoe een dergelijke situatie het best aangepakt zou kunnen worden. Soms helpt dit enorm, en het is ook fijn om te horen dat je niet de enige bent die tegen bepaalde problemen aan loopt.

4. Wat vindt u het leukste aan opleiden?

RK: Het woord 'leuk' is hier misschien minder goed gekozen, maar ik haal voldoening uit die momenten waarbij ik de aiossen vertrouwd kan maken met die onderdelen van het vak, die de nodige spanning met zich meebrengen (bijvoorbeeld een complexe operatie, een slechtnieuwsgesprek).

MO: Voor mij is dat toch het persoonlijke: weten wat er bij aiossen speelt, en hierop kunnen inspelen.

5. Wat is uw mooiste opleidingsmoment als opleider?

RK: Poeh, dat is een moeilijke vraag. Los van die momenten zoals ik heb benoemd bij de vorige vraag, zijn voor mij toch de mooiste momenten wanneer er weer een groepje aiossen de opleiding afrondt en als gynaecoloog aan de slag gaat.

MO: Aiossen die met mooie plannen komen en daar samen goed invulling aan kunnen geven. Ik vind het een uitdaging om passende, geïndividualiseerde opleidingsplannen te maken met de aiossen, en geniet ervan wanneer dat een succes wordt. Ik vind het tekenen van het c-formulier ook altijd een mooi moment: samen terugkijken op de opleiding, wat er goed en wat er minder goed ging. Ik ben altijd blij als iemand het gevoel heeft gehad het maximale uit de opleidingstijd te hebben gehaald en als diegene met het mooie cv dat diegene in de opleiding heeft opgebouwd een fijne plek als gynaecoloog heeft gevonden.

6. Wat geeft u de huidige aiossen mee?

RK: In mijn tijd als aios en jonge klare sprak ik met mezelf af dat ik later nooit zou zeggen: 'Maar vroeger deden we ..., vroeger was het'. En nu ik zover gekomen ben, moet ik mijzelf daar regelmatig aan herinneren om dat inderdaad niet te doen. Blijf leergierig tijdens je gehele carrière, doe mee met nieuwe ontwikkelingen, en heb misschien toch ook begrip voor de oudere generatie wanneer zij zo af en toe eens terugdenken aan vroeger.

MO: Vraag feedback en geef feedback. Normaliseer het om met elkaar te evalueren hoe een dag is gegaan. Dat hoeft echt niet allemaal formeel in je portfolio, maar ga het gesprek met elkaar aan. En als je klaar bent met de opleiding, denk dan aan wat jij prettig vond aan je opleiders en wat juist niet, en neem dat mee in hoe jij de co-assistenten/ aniossen/aiossen opleidt.

Inspiratie

Toen ik na een reeks van zeven nachten 's ochtends nog even samen ging zitten met een gynaecoloog (dit was toevallig de opleider) om een beoordeling voor een vacuüm in te vullen, liep het gesprek uit op iets heel moois. Het was voor mij een relatief nieuwe werkplek en ik kende haar nog niet zo goed. Maar ze nam de tijd voor mij en we hebben uitgebreid nabsproken. Uiteindelijk liep het gesprek uit op talenten en ambities, waarna ik super geïnspireerd de auto in stapte naar huis. Ze had een bepaald vuurtje aangewakkerd bij mij om veel meer de managementkant op te gaan. Dat moment heeft me heel veel gebracht in wie ik ben geworden als dokter, en welke kwaliteiten ik heb kunnen ontwikkelen tijdens de opleiding!

Carolien Vermeulen, vijfdejaars aios gynaecologie, cluster Maastricht

Better together: teamtraining middels simulatie

dr. A.F. Fransen gynaecoloog *fellow perinatologie, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven*

Wie traint er met zijn verloskundige teams in multidisciplinair verband de acute scenario's en middels simulatie-gebaseerd onderwijs? Wat mij betreft traint elke afdeling Obstetrie en Gynaecologie op regelmatige basis met elkaar. In mijn opleiding tot basisarts had ik er nog amper van gehoord: 'simulatie-gebaseerde teamtraining'. Totdat ik startte als zesdejaars studente aan een stage, wat uiteindelijk zou resulteren in mijn PhD 'Technology-enhanced team training in obstetrics: design and evaluation'. Sindsdien ben ik bevlogen geraakt. Nu probeer ik mijn directe en indirecte collega's bewuster te maken van het belang van samen trainen.

De aanleiding

Uiteraard is ons doel om optimale zorg te verlenen. Helaas loopt het wel eens anders dan we voor ogen hadden. Probleematische communicatie en samenwerking blijken een belangrijke rol te spelen in het geval van suboptimale (obstetrische) zorg.¹⁻⁴ Het lijkt zo vanzelfsprekend: communiceren en samenwerken, we doen het immers elke dag. Het zijn echter erkende niet medisch-technische vaardigheden, die zich niet beperken tot de medische sector. En gelukkig kunnen we deze vaardigheden leren. Simulatie-gebaseerde teamtraining wordt hiervoor geadviseerd vanwege de effectiviteit van het type onderwijs.⁵

De kracht van simulatie

De kracht van simulatie ligt in het ervaringsgericht leren zonder dat de patiënt de dupe is van onze leercurve. Ervaringsgericht leren kent volgens de leeracyclus van David Kolb vier stappen: a) concrete ervaring, b) reflectie, c) abstracte conceptualisering, en d) actief experimenteren met het geleerde.⁶ Het gebruik van Kolbs leeracyclus geeft ruimte aan verschillende leerstijlen. Een ander voordeel van simulatie-gebaseerd onderwijs is de mogelijkheid van *deliberate practice*. Dit betekent dat je doelbewust oefent, gericht op het ontwikkelen van een bepaald niveau van expertise.⁷ Hierbij is herhaling en feedback cruciaal. Maar je kan je afvragen, leidt simulatie-gebaseerd onderwijs ook tot betere medische vaardigheden van teams en hoe vertaalt zich dat op uitkomsten van de patiënt?

Bewijslast van simulatie-gebaseerde team training

Om het leereffect van simulatie-gebaseerde team training te toetsen worden Kirkpatrick niveaus gebruikt. Dit varieert van ervaring van deelnemers (niveau 1) tot het effect op uitkomsten van de patiënt (niveau 4).⁸ Uit deze evaluaties blijkt dat simulatie-gebaseerde teamtraining leidt tot het verbeteren van vaardigheden op de werkvloer en mogelijk ook tot betere patiëntuitkomsten.⁹ Maar gelden deze verbeteringen ook voor obstetrische teams? Het antwoord is: ja. Obstetrische simulatie-gebaseerde teamtraining heeft een positief

effect op kennis, praktische vaardigheden, communicatie en teamworkprestaties.¹⁰⁻¹² Samen komen gerandomiseerde studies uit op een lage bewijslast voor de meeste van de onderzochte patiëntuitkomsten. Er wordt weinig tot geen effect gezien op gecombineerde uitkomstmaten, maar er zou mogelijk wel een effect kunnen zijn op specifieke uitkomstmaten, zoals schade na schouderdystocie, aantal sectio's en neonatale sterfte.¹¹

Op alle niveaus van Kirkpatrick wordt er dus in meer of mindere mate een positief effect gezien. Maar waarom gebeurt het trainen dan niet standaard? Zijn de kosten misschien een struikelblok? Mijn inziens is niet het prijskaartje, maar de kosteneffectiviteit van belang. Simulatie-gebaseerde teamtraining in een simulatiecentrum is kosteneffectief als er lokale herhalingen plaatsvinden.¹³ Deze herhalingen zijn belangrijk vanwege de afname van vaardigheden over tijd. Het hoort mijns inziens zeker bij alle initiatieven om optimale en veilige zorg voor onze patiënten te bieden. Dus de vraag is: gaat u het doen? En hoe pakt u dit dan aan?

Welk advies kan ik u geven?

Een simulatie-gebaseerde teamtraining kunt u in een simulatiecentrum of lokaal organiseren. Er zijn ook tussenvormen mogelijk, zoals op eigen locatie onder begeleiding van een simulatiecentrum. Mocht u de kans krijgen om zelf een training op te zetten, dan biedt de ID-SIM een houvast voor het ontwerp van de training.¹⁴ Dit bestaat uit een vragenlijst die gebaseerd is op de tien meest belangrijke items van effectief simulatie-gebaseerd onderwijs. Verder is mijn advies om te zorgen voor voldoende draagvlak. Doe het niet alleen, maar laat je omringen door de betrokken beroepsgroepen. En aarzel niet om eens contact op te nemen met mij of met andere mensen die ervaring hiermee hebben.

Toekomstvisie voor simulatie

Simulatie is meer dan teamtraining. Het is een vrij breed begrip waarbij er een nabootsing van de realiteit is. Onderwijskundig wordt het naast teamtraining ook gebruikt voor individuele vaardigheden, toetsing en fundamenteel onderzoek naar teamwork en lokale werkprocessen. Maar het biedt nog veel meer. Ik zie een toekomst voor me waarbij simulatie gebruikt wordt voor het creëren van living labs, waar zorginnovaties en behandelingen veilig getest kunnen worden. Maar voordat we daar zijn, hebben we hopelijk allemaal simulatie-gebaseerde teamtraining op onze afdeling geïmplementeerd.

Referenties

1. Martijn L, Jacobs A, Amelink-Verburg M, Wentzel R, Buitendijk S, Wensing M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in the Netherlands: A case series analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:219.
2. Lewis G, Drife J. Why mothers die 2000-2002. The sixth report of the

- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. London: RCOG Press; 2004.
3. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The Eight Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG. 2011;118(Suppl.1):1-203.
 4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human; building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press; 2000.
 5. Cook DA, Hatala R, Brydges R, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2011;306:978-988.
 6. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
 7. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med. 2004;79:S70-81.
 8. Kirkpatrick DH. Evaluating training programs: The four levels. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers; 1994.
 9. Boet S, Bould M, Fung L, Qosa H, Perrier L, Tavares W, Reeves S, Tricco AC. Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: a systematic review. Can J Anesth. 2014;61:571-82.
 10. Meriën AER, Ven VD, Mol BW, Houterman S, Oei SG. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: A systematic review. Obstet Gynecol. 2010;115:1021-1031.
 11. Fransen AF, van de Ven J, Banga FR, Mol BWJ, Oei SG. Multi-professional simulation-based team training in obstetric emergencies for improving patient outcomes and trainees' performance. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;12:CD011545.
 12. Ameh CA, Mdegela M, White S, van den Broek N. The effectiveness of training in emergency obstetric care: a systematic literature review. Health Policy and Planning. 2019;34:257-70.
 13. van de Ven J, van Baaren GJ, Fransen AF, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Cost-effectiveness of simulation-based team training in obstetric emergencies (TOSTI study). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;216:130-137.
 14. Fransen AF, van der Hout-van der Jagt MB, Gardner R, Capelle M, Oei SP, van Runnard Heimel PJ, Oei SG. Assessment tool for the instructional design of simulation-based team training courses: the ID-SIM. BMJ Stel. 2017;0:1-6.

ntog 22/8

Diversiteit in de medische vervolgoopleidingen: noodzakelijk voor toekomstbestendige zorg

dr. A.A.M. Zandbergen *opleider Interne geneeskunde Erasmus MC, Rotterdam*

De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen, nu en in de toekomst. Om deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden en aan het roer te kunnen blijven staan in het snel veranderende zorglandschap hebben we de verantwoordelijkheid om toekomstbestendige medisch specialisten op te leiden.¹ Deze groep medisch specialisten kenmerkt zich door meer diversiteit, in de breedste zin van het woord, waaronder meer diversiteit in discipline overstijgende profielen en met betrekking tot demografische factoren.

Bij veel medische vervolgoopleidingen wordt bij het selecteren van een arts-assistent in opleiding tot specialist (aios) nog steeds veel nadruk gelegd op een promotietraject. Ook bij de sollicitaties van net afgestudeerde medisch specialisten bij een vakgroep of maatschap is een afgeronde promotie belangrijk. Wetenschappelijke verdieping is uiteraard voor elke arts relevant; daarnaast is er een groep die intrinsiek gemotiveerd is voor een wetenschappelijk profiel, promotie en een wetenschappelijke carrière. Echter, voor een deel van de promovendi is het promotietraject meer een middel om in opleiding te komen.² Dit komt de kwaliteit van het onderzoek niet altijd ten goede³, en kan zorgen voor veel

druk bij de promovendus.^{4,5} Bovendien blijkt ruim de helft van de gepromoveerde medisch specialisten na afronding van de promotie niet of nauwelijks meer te publiceren.⁶

Discipline-overstijgende profielen

We hebben voor het veranderende zorglandschap niet alleen zorgprofessionals nodig die toegerust zijn voor hoogwaardige patiëntenzorg en toonaangevende wetenschap, maar ook voor andere discipline-overstijgende profielen, zoals klinisch leiderschap en management, kwaliteitszorg, opleiding en onderwijs, en innovatie, technologie en implementatiestrategieën. Binnen enkele medische vervolgoopleidingen, zoals gynaecologie en interne geneeskunde, hebben deze profielen inmiddels een plek verworven in het landelijk opleidingsplan als facultatief onderdeel van de opleiding en met een grote mate van persoonlijke invulling.^{7,8} De toenemende individualisering en regionalisering van de opleidingen bevorderen deze ontwikkeling.

In toenemende mate leven we in een zeer multiculturele samenleving waardoor ook de diversiteit binnen de patiëntenpopulatie groeit. Diversiteit omvat verschillende facetten, onder meer culturele achtergrond/etniciteit, gender, sociaal-economische status, seksuele geaardheid en een zichtbare of

onzichtbare beperking. Uit onderzoek blijkt dat zowel de gezondheid van, als de kwaliteit van zorg voor minderheids-groeperingen achterblijven; de redenen hiervoor zijn multifactorieel.^{9,10} Om de kwaliteit en effectiviteit van zorg voor alle patiënten te verbeteren zijn kennis, vaardigheden en sensitiviteit ten aanzien van diversiteit essentieel. Een adequate afspiegeling van de maatschappelijke diversiteit onder de zorgprofessionals zou hieraan bijdragen.^{11,12} Diversiteit in organisaties en teams bevordert daarnaast creativiteit, innovatie, werkplezier, welbevinden en dus het functioneren en het duurzaam inzetbaar zijn.¹¹

Medisch specialisten uit minderheidsgroeperingen

Tot op heden zijn er nauwelijks exacte cijfers bekend over het aandeel van medisch specialisten afkomstig uit een of meer van de minderheidsgroeperingen, zoals het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond. Voor deze specifieke groep is het echter evident dat de doorstroom van de studenten naar uiteindelijk medisch specialist achterblijft. De laatste jaren is het percentage eerstejaars studenten met een niet-westerse migratieachtergrond bij de studie geneeskunde in Rotterdam gestegen naar zo'n 35%.¹³ Er lijkt hierbij geen (grote) rol te zijn voor zelfselectie, waarbij bepaalde groepen op voorhand zelf besluiten dat ze geen kans maken bij de selectie en zich dus niet aanmelden.¹⁴ Hoe groot de rol is van het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond bij de toelating tot de geneeskunde studie bij verschillende minderheidsgroeperingen is nog onderwerp van onderzoek.^{14,15}

Binnen de medische vervolgoopleidingen zijn aiossen met een niet-westerse migratieachtergrond ondervertegenwoordigd; echter, ook hiervan ontbreken de cijfers grotendeels. Bij retrospectief onderzoek (2017-2020) naar het aannamebeleid voor de opleiding Interne geneeskunde in de regio Rotterdam (waar het percentage geneeskunde studenten met niet-westerse migratieachtergrond 35% is) had 21% van de genodigden een niet-westerse migratieachtergrond. De acceptatiegraad voor kandidaten met een niet-westerse migratieachtergrond was 32% tegenover een acceptatiegraad van 80% voor overige kandidaten. Voor alle kandidaten gold dat een promotietraject de kans op aanname aanzienlijk vergrootte. De kans op aanname voor zowel gepromoveerde als niet-gepromoveerde kandidaten met migratieachtergrond lag lager dan die voor gepromoveerde respectievelijk niet-gepromoveerde kandidaten zonder migratieachtergrond (60% versus 93% indien gepromoveerd en 8% versus 67% indien niet gepromoveerd).¹³ Vervolgonderzoek richt zich op verdere inventarisatie van de doorstroom van basisartsen naar de verschillende medisch-specialistische vervolgoopleidingen, alsmede op factoren die hierbij een rol spelen.

Kansengelijkheid

Om toegerust te zijn voor de grote uitdagingen in de gezondheidszorg, nu en in de toekomst, én om kansengelijkheid te bevorderen voor alle studenten, moeten we medisch specialisten opleiden die zich kenmerken door meer diversiteit in de breedste zin van het woord. Zij moeten een adequate afspiegeling zijn van de maatschappelijke diversiteit met tevens grotere verscheidenheid in discipline overstijgende profielen.

Referenties

1. Federatie Medisch Specialisten. 2017. Visiedocument Medisch Specialist 2025. <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/medisch-specialist-2025>
2. Ghedri A, Bontje W, Abdelmoumen A. 2018. Promoveren of profileren? De Geneeskundestudent.
3. Collyer T.A. 2019. 'Salami slicing' helps careers but harms science. *Nat Hum Behav* 3, 1005-1006.
4. The mental health of PhD researchers demands urgent attention. 2019. *Nature*. Editorial 575:257-8.
5. Leveque K, Anseel F, De Beuckelaer A, Van der Heyden J, Gisle L. 2017. Work organization and mental health problems in PhD students. *Elsevier*. 46(4):868-879.
6. Wolters FJ. 2020. Academische carrière perspectieven van gepromoveerde dokters - Een landelijk cohortonderzoek in de periode 1992-2018. *Ned Tijdschr Geneesk*. 164:D5300.
7. NVOG. 2021. Landelijk opleidingsplan Gynaecologie en Obstetrie. <https://nvog-logo.nl/>
8. NIV. 2019. Landelijk opleidingsplan Interne geneeskunde 2019: De internist: cruciale schakel in de zorg Landelijk opleidingsplan IG 2019 Deel 1 (def_v09)_1.pdf (internisten.nl)
9. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. 2003. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Rep*. Jul-Aug;118(4):293-302.
10. Kolb B, Wallace AM, Hil D, Royce M. 2006. Disparities in Cancer Care Among Racial and Ethnic Minorities. *Oncology*, Vol 20 No 10.
11. Gomez LE, Bernet P. 2019. Diversity improves performance and outcomes. *Journal of the National Medical Association* Volume 111, Issue 4, August 2019, Pages 383-392.
12. Clayborne EP, Martin DR, Goett RR, Chandrasekaran EB, McGreevy J. 2021. Diversity pipelines: the rationale to recruit and support minority physicians. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2(1):e12343.
13. Salih M, Stegers-Jager KM, Zandbergen AA. 2021. Culturele diversiteit in de medische vervolgoopleiding. *Interne Geneeskunde, magazine voor de internist* 12e jaargang, nummer 1.
14. Stegers-Jager KM, Steyerberg EW, Lucieer SM & Themmen APN. 2015. Ethnic and social disparities in performance on medical school selection criteria. *Med Educ*. 2015;49(1):124-33.
15. Mulder L, Wouters A, Twisk JW, Koster AS, Akwiwu EU, Ravesloot JH, Croiset G, Rashmi A, Kusrurkar RA. 2022. Selection for health professions education leads to increased inequality of opportunity and decreased student diversity in The Netherlands, but lottery is no solution: A retrospective multi-cohort study. *Medical teacher*, vol 44, no. 7, 790-799.

#lifelonglearning

Als oudste aios in de nacht zelfstandig een repeat sectio doen en wat moeite hebben de buik in te komen, waarop toch de gynaecoloog gebeld om te helpen, en dan als antwoord krijgen: 'De oudste assistent een sectiootje leren, altijd leuk.' #lifelonglearning
Joost Velzel, gynaecoloog, Noordwest ziekenhuisgroep, Alkmaar

Innovatie en artificial intelligence

dr. M.C. Braakhekke *aios, cluster Amsterdam*

dr. J.F.M. van den Heuvel *aios, cluster Utrecht*

namens de VAGO-werkgroep Innovatie en Duurzaamheid

Hoe staat de huidige opleiding gynaecologie en obstetrie ervoor? Waar liggen de kansen? Vanuit de VAGO-werkgroep Innovatie en Duurzaamheid proberen we aiossen te stimuleren tot innovatieve projecten. Ook geven we aandacht aan de ontwikkeling van artificial intelligence en het gebruik van en big data en e-health in ons vakgebied én in onze opleiding.

Artificial intelligence (AI) neemt een steeds grotere plek in binnen onze maatschappij. Ook in de zorg zijn er vele toepassingsvormen te noemen, mede omdat er in EPD's veel datapunten worden vastgelegd. Toch is de zorg ook nog terughoudend met het verkennen, toepassen en implementeren van AI. Mogelijk is een van de barrières het feit dat wij (clinici) er te weinig van weten, en dat we simpelweg niet kunnen bedenken wat we kunnen vragen. Een relevante AI-oplossing start met een goed gekozen doel. Klinische problemen kunnen hiermee worden aangepakt, monitoring tijdens de zwangerschap via Safe@Home is hiervan een voorbeeld. Maar ook de zo veel beklagde regeldruk is sterk te verlagen door snelle en ruime beschikbaarheid van data. Om een stap te zetten richting de bredere toepassing van AI en e-health delen we een overzicht van interessante e-learning en cursussen, variërend van een basiscursus AI tot meerdaagse masterclasses en internationale conferences.

Basis

Sinds mei 2021 is de Nationale AI-Zorg cursus beschikbaar, ontwikkeld door de Nederlandse AI-coalitie in samenwerking met Health Holland en Topsector Life Sciences & Health.

De cursus bestaat uit dertien korte modules van 6 tot 15 minuten die je in je eigen tijd kunt volgen. De modules bestaan uit een afwisseling van lesstof, video's en interactieve elementen.

Wie behoefte heeft aan meer algemene basis-kennis over AI kan via dezelfde organisatie de cursus *The Elements of AI* volgen. Deze cursus bestaat uit zes hoofdstukken en behandelt verschillende basisaspecten van AI, waaronder basisdefinities, neural networks en machine learning.

In 2020/2021 hebben de SKMS en de FMS een serie webinars gepresenteerd over 'dokters in de digitale wereld'. Deze zijn terug te zien via YouTube.

De FMS heeft de handreiking e-consulten in de medisch-specialistische zorg, opgesteld. Hierin staan handvatten en prak-

tische tips voor het uitvoeren van e-consulten.

Advanced

ICT&health is het officiële en grootse zorginnovatie kennisplatform in Nederland. Het biedt on- en offline-informatie over de nieuwste ontwikkelingen en implementatie hiervan. Op 30 januari 2023 vindt het jaarlijkse congres plaats in het circustheater in Den Haag over de nieuwste ontwikkelingen, slimme innovaties en technologieën. Inschrijven kan nog!

Het bedrijf Smarthealth organiseert een tweedaagse masterclass AI voor de zorg en tevens een masterclass eHealth.

Een symposium AI combineren met een leuke vakantie? Surf dan naar SAIL (Symposium on Artificial Intelligence for Learning Health Systems)! In mei 2023 vindt een 4-daagse symposium plaats in Puerto Rico. Via de website zijn tevens de presentaties van 2022 te zien.

Vanuit Stanford, Center for Artificial Intelligence in Medicine & Imaging, worden online conferences georganiseerd. Dit centrum is opgericht in 2018 met als primaire doel klinische problemen in de zorg op te lossen met behulp van AI.

Bezoek de website van Healthcare Information and Management Systems Society (HIMMS), de grootste organisatie ter wereld die zich richt op zorgtechnologie. Op de website staat een groot aanbod aan (online) events en geeft voorbeelden van de implementatie van AI in de zorg.

Wil je direct stappen ondernemen? Dat kan! Via Co-Start kan je in contact komen met een AI start-up die een oplossing zoekt voor jouw vraagstuk. Daarmee help je deze start-up eveneens om meer inzicht te krijgen in de zorg, waardoor hun producten in de toekomst beter aansluiten bij de praktijk. Tot slot: in april 2023 wordt tijdens het VAGO-symposium de tweede VAGO Innovatieprijs uitgereikt. Ben jij aios en betrokken bij een innovatief project op het gebied van (kwaliteit van) medische zorg, onderwijs of organisatie, meld je dan aan! Meer informatie volgt binnenkort.



Van aios tot advocaat, welke uitdagingen spelen in beide vakgebieden?

mr. G. Raap *advocaat-mediator familierecht, Cleerdin & Hamer Advocaten; hoofddocent Leerpraktijk Familierecht; advocaat-trainer beroepsopleiding van advocaten*

mr. F.F. van Dalsen *beleidsmedewerker NVOG*

drs. J.D. Nieuwstad *aios gynaecologie, cluster Rotterdam; voorzitter VAGO-bestuur*

Als je vroeger aan iemand vroeg wat hij/zij wilde worden, dan stond het beroep advocaat of arts hoog op het lijstje. Beide beroepen gaan gepaard met een flinke opleiding, en kennis en kwaliteit staan bij beide beroepsgroepen op één. Maar de jongere generatie kijkt anders naar opleiden, werk(druk) en werk-privébalans, en dat heeft invloed op de invulling van (de opleiding in) beide vakgebieden. We bespreken de raakvlakken van deze twee tot de verbeelding sprekende beroepsgroepen.

Overeenkomsten 'meester-gezel'

Het artsambacht wordt sinds heugenis overgedragen volgens het meester-gezelprincipe. Dit principe komt neer op leren door te doen. Onder supervisie van een meester vergaart de gezel steeds meer kennis en vaardigheden tot hij of zij zelf op het niveau van de meester staat en op zijn beurt weer een jongere generatie het vak kan leren. Dit opleidingsprincipe geldt ook sinds jaar en dag binnen de advocatuur. Een jurist solliciteert bij één van de 11.573 advocatenkantoren die Nederland rijk is en wordt dan in drie jaar begeleid en opgeleid door een advocaat (patroon) die werkzaam is op dat kantoor. Een (dan nog) jurist wordt vóór de start van de beroepsopleiding door de rechtbank beëdigd en staat op dat moment ingeschreven als 'advocaat-stagiair'. Na drie jaar goed doorlopen van de beroepsopleiding en het voldoen aan de andere vereisten van de Nederlandse orde van advocaten (NOvA), volgt een onvoorwaardelijke inschrijving van de advocaat op het tableau.

Opleiding

De Beroepsopleiding Advocaten is onlangs aangepast en vernieuwd. Het curriculum heeft vergelijkbare aspecten met het eveneens vernieuwde curriculum LOGO: De advocaat-stagiair heeft ook een persoonlijk portfolio, een digitale leeromgeving en fysieke opleidingsdagen waarbij inhoud en vaardigheden elkaar afwisselen. Daarnaast is er ook binnen de advocatenopleiding aandacht voor persoonlijke en professionele ontwikkeling. Zo is er (evenals binnen LOGO) een persoonlijk ontwikkelplan, waarin de advocaat-stagiair tijdens de opleiding de ontwikkelingen en leerdoelen monitort en bespreekt met zijn/haar mentor vanuit de opleiding.^{1,2,3} Los van de duur en inhoud van de opleidingen, kunnen we wel stellen dat de grondbeginselen van beide opleidingen vergelijkbaar zijn: bevlogen en passievolle opleidingsplannen die inspelen op maatschappelijke veranderingen om ons heen, waar persoonlijke en professionele ontwikkeling belangrijke aspecten vormen.

Een veranderende tijdgeest

'De oude garde ademt hiërarchie', schrijft Najima Khan, columnist van *Het Advocatenblad*. 'De meerwaarde van een advocaat zit straks niet alleen in kennis van wetten en literatuur, maar vooral in strategisch inzicht, creativiteit en empathie.⁴ Ook de enquête 'bevlogen zijn bevlogen blijven' van de VAGO geeft inzicht in de uitdagingen van aios in hun ontwikkeling naar duurzaam inzetbare gynaecologen.⁵ Hier zien we in beide vakgebieden een veranderende tijdgeest.

De nieuwe generatie advocaten heeft vaak een heel andere kijk op werk, andere prioriteiten en andere wensen. Dit kan zorgen voor een mismatch binnen de advocatuur.⁶ Deze (jongere) generatie zoekt een werkplek met ontwikkelmogelijkheden, betekenis van het werk, een goede werksfeer, autonomie, snelle feedback, directe communicatie, mensgericht leiderschap en een betere werk-privébalans. Daarnaast wil deze generatie niet altijd meer fulltime werken, en willen zij de mogelijkheid hebben tot het opnemen van ouderschapsverlof of een sabbatical.⁷ Maar de traditionele advocatenkantoren spelen daar nog lang niet altijd voldoende op in. Jonge advocaten zien partner zijn van een kantoor lang niet altijd meer als het ultieme doel, of overwegen zelfs een vertrek uit de advocatuur.⁸ Dit terwijl het werk inhoudelijk als interessant wordt ervaren.⁶ In deze krappe arbeidsmarkt is het in de advocatuur een serieuze uitdaging om medewerkers te behouden. De focus zou moeten liggen op de mens achter de medewerker en het verbeteren van de traditionele werkcultuur, aldus Lara van Vliet, die cultuurverandertrajecten binnen de advocatuur begeleidt.

Ook in de medische wereld zien we dit terug. De tweejaarlijkse enquête onder aiossen van De Jonge Specialist (DJS) laat zien dat de bevlogenheid ongenaakbaar hoog is, 97% is trots op zijn of haar vak.⁹ Echter, de hoge werkdruk, geen goede werk-privébalans en de cultuur binnen het vak zorgt ook onder aiossen dat een kwart serieus heeft overwogen te stoppen met de opleiding.⁹ Ook onder de aiossen gynaecologie zien we dezelfde thema's en getallen terugkomen.⁵ Vanuit DJS, de VAGO en andere gremia is er veel aandacht voor gezond en veilig werken. Desondanks dit is het aantal aiossen met burn-outklachten fors gestegen.^{9,10,11}

Toekomstbestendig opleiden

Het nieuwe opleidingsplan LOGO geeft de aios kansen om het vak gezond en bevlogen uit te oefenen. Met het thema 'bevlogen zijn en bevlogen blijven', coaching, intervisie en initiatieven vanuit de VAGO zoals 'de digitale dag' heeft de aios meer autonomie en ruimte om zijn of haar opleiding in

te vullen.^{12,13} Tevens zijn er in de advocatuur ook al positieve veranderingen ingezet met betrekking tot deze thema's. Iedere advocaat moet jaarlijks acht uur besteden aan interview dan wel peer review of intercollegiaal overleg. Daarnaast worden er vaker coaches betrokken bij de begeleiding van advocaten. Tot slot wordt de patroon de afgelopen jaren steeds actiever betrokken bij de beroepsopleiding en moeten zij verplicht een cursus volgen alvorens ze als patroon (opleider) mogen fungeren.

'Op de toekomst'

De roep vanuit de jongere generatie is groot. Of het nu een aios of advocaat is, het meester-gezelprincipe zal de hoeksteen van beide opleidingen blijven, maar het veranderen van bepaalde gewoonten en gebruiken die al decennialang overheersen, is in beide sectoren niet van de één op de andere dag geregeld. Mede door de hiërarchie en de traditionele cultuur is het voor zowel aiossen als jonge advocaten niet altijd makkelijk om zich uit te spreken. Dit is een aandachtspunt, want de jongere generatie heeft een andere kijk op werkcultuur en werk-privébalans. Met deze vernieuwde opleidingsplannen blijven beide beroepsgroepen constant in beweging, passend bij de ontwikkelingen van de toekomstige medisch specialist en advocaat.

Referenties

1. www.advocatenorde.nl/document/vastgesteld-curriculum-ba2020-04052020
2. www.knmg.nl/web/file?uuid=9020b3c8-af6e-4fd3-951d-ee213682775b&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=87653
3. nvog-logo.nl/
4. www.advocatenblad.nl/2019/10/02/jonge-advocaat
5. Boterenbrood D, Eggink FA, Habets S, Sandberg EM, Vago enquête bevolgen zijn bevolgen blijven – NTOG Vol 135 maart 2022
6. www.mr-online.nl/de-mismatch-tussen-advocatenkantoren-en-de-jonge-generatie
7. fd.nl/achtergrond/1380241/jonge-advocaat-wil-ook-leven-naast-het-werk-10j2cabUCmro
8. www.mr-online.nl/wie-wil-er-nog-partner-worden-bij-een-advocatenkantoor/
9. dejongespecialist.nl/wp-content/uploads/2022/10/rapport-nationale-anios-enquete-gezond-en-veilig-werken-2022.pdf
10. nos.nl/artikel/2446913-enquete-kwart-jonge-artsen-heeft-burn-out-klachten
11. www.medischcontact.nl/arts-in-spe/nieuws/ais-artikel/jonge-artsen-gooien-het-over-een-andere-boeg.htm
12. Van der Lee N, Paternotte E, Yarde F. LOGO: een logisch vervolg op BOEG. NTOG vol 10. 133, blz 400-401, 2020
13. Sandberg EM, van Meurs HS. Aandacht in opleiding voor persoonlijke ontwikkeling NTOG vol 132, blz 268-269, 2019.

ntog 22/8

Leidraad opleiderswissel

dr. M.J. Kagie *gynaecoloog en opleider Haaglanden Medisch centrum*

dr. E.M. Sandberg *aios gynaecologie, cluster Leiden*

drs. J. Bustraan *onderwijskundige Leidse Opleidingscluster Obstetrie en Gynaecologie en OOR, Leiden*

In een tijd waarin de opleidingen steeds meer professionaliseren verbazen wij ons over het niet structureel betrekken van aiossen tijdens het proces van een opleiderswissel en dat niet overal een profiel wordt opgesteld waaraan een (plaatsvervangend) opleider zou moeten voldoen. Dit heeft ons gestimuleerd om een speciale leidraad Opleiderswissel op te stellen. Het is bewust een leidraad, zodat er ruimte blijft voor verdere ontwikkeling en individualisering voor elke specifieke situatie. Met behulp van deze leidraad hopen wij het proces rondom een opleiderswissel zo eerlijk en transparant mogelijk te maken, net als bij de selectie van aiossen.

Velen hebben meegedacht en geschaafd aan deze leidraad. Discussie hierover vond plaats in de LOCOG-vergaderingen (de regionale vergaderingen met opleiders en aios-vertegenwoordigers van alle opleidingsziekenhuizen uit cluster

Leiden) en tegelijkertijd in de Centrale opleidingscommissie (COC) van het HMC. Opleiders, aiossen, leerhuismanagers, onderwijskundigen en opleidingsondersteuners hebben allen een actieve rol gehad in de totstandkoming van deze leidraad. Inmiddels is de leidraad door zowel de COC, HMC als de LOCOG aangenomen als de aanbevolen procedure.

Profiel en rol aios

Allereerst is het belangrijk om een profiel op te stellen (algemeen profiel op te vragen bij auteurs van dit artikel). Het algemeen profiel van de (plaatsvervangend) opleider is niet alleen bruikbaar in het proces rond de opleiderswissel, maar kan ook worden gebruikt als inspiratiebron en ijkpunt voor potentiële kandidaten. In het algemene profiel staat onder andere dat de opleider bewezen affiniteit heeft met het opleiden, de belangenbehartiger van de aiossen is en laagdrempelig toegankelijk is. Daarnaast vertegenwoordigt hij/

zij de opleiding in de regio, met het oog voor regionale belangen. Als richtsnoer moet hij/zij ten minste drie jaar medisch specialist zijn. Het advies is om elke vijf jaar een evaluatie te laten plaatsvinden door de aiossen (geen maximale termijn).

Daarnaast doet het expliciet opnemen en beschrijven van de rol van aios recht aan het streven dat inspraak van én draagvlak bij aiossen voor de uiteindelijke keuze belangrijk is. Het is aan de COC van het desbetreffende ziekenhuis om te bewaken dat de stem van aiossen gehoord en meegenomen wordt in de uiteindelijke keuze. Aangezien we regionaal opleiden, is het noodzakelijk om zowel de lokale COC als de regio te betrekken.

In zowel LOCOG als in HMC is deze leidraad al meerdere malen gevolgd en op basis van ervaringen aangepast, bijvoorbeeld door op verzoek een stappenplan toe te voegen (zie kader). Een opleiderswissel komt immers niet heel frequent voor, waardoor het niet vers in het geheugen ligt welke volgorde van stappen de juiste is.

Samenvattend: Stel bij opleiderswissel een profiel op en geef de aiossen een duidelijke stem in de opvolging.

Time-out

Ik ben de eerste maand terug van mijn zwangerschapsverlof, hele dag OK met een vast team, mooi programma. De tweede helft van de dag verexcuseer ik me tussen twee ingrepen in om te kolven, waardoor ik hoogstwaarschijnlijk de time-out van de volgende patiënt mis. Akkoord van iedereen op dat moment aanwezig – geen favoriete bezigheid en 7 minuten lopen enkele reis naar de kolfruimte, maar oké. Bij mijn terugkeer ligt de patiënt geëntubeerd en in de beensteunen klaar voor de ingreep, als de anesthesioloog (kennelijk niet aanwezig toen ik het meldde) vraagt: 'Wie ben jij? Je was niet bij de time-out dus ik neem aan dat je niet mee aan tafel gaat.' Ehm, huh? Ik stamel geloof ik nog wat. Mijn supervisor: 'Natuurlijk gaat zij wel mee aan tafel, wij zorgen immers goed voor onze jonge collegae en daar hoort in dit geval kolftijd bij.' Hell yeah, dat is nog eens een respons. OK-assistente, na een paar tellen in totale stilte...: 'maat 6,5 toch?'

Sanne Stegwee, tweedejaars aios gynaecologie, cluster Rotterdam

Stappenplan voor (plaatsvervangend) opleiders bij een opleiderswissel

1. De (plaatsvervangende) opleider informeert de COC z.s.m. zodra bekend is dat er een opleiderswissel komt.
2. Inventariseer binnen de vakgroep/staf of er geïnteresseerden zijn die de rol van (plaatsvervangend) opleider willen vervullen.
3. Betrek alle aiossen verbonden aan het ziekenhuis en oud-aiossen bij de opleiderswissel. Dit kan op verschillende manieren. Een voorbeeld is om hen vertrouwelijk een top-3 van hun voorkeur te laten maken, nadat zij van de vakgroep een lijst geïnteresseerden hebben ontvangen.
4. De aiossen rapporteren hun voorkeurslijst/kandidaten aan de vakgroepsvoorzitter/afdelingshoofd.
5. De vakgroepsvoorzitter/afdelingshoofd communiceert de uitkomsten van de aiossen met de kandidaten.
6. De vakgroepsvoorzitter/afdelingshoofd toetst aan de hand van het gesuggereerde profiel in de 'best practice opleiderswissel' of de betreffende specialist beschikt over de competenties en kenmerken.
7. De kandidaten worden besproken in de vakgroepsvergadering. De vakgroep kiest de kandidaat uit de voorkeurslijst van de aiossen.
8. De (plaatsvervangende) opleider informeert de COC over de beoogde kandidaat en de gevolgde werkwijze.
9. De COC toetst of de procedure verlopen is conform de best practice opleiderswissel.
10. De LOCOG toetst of de aiossen betrokken zijn geweest bij een (plaatsvervangende) opleiderswissel. Zo ja, dan is dat afdoende.
11. De COC geeft in een schriftelijk bericht aan de RvB het advies om tot steun voor benoeming bij RGS over te gaan. De opleider kan dit schriftelijke bericht meesturen met het verzoek aan de RvB om een handtekening voor akkoord voor de opleiderswissel.

Het belangrijkste

Het is de eerste keer dat ik een sectio mag gaan doen. Ik geef dit van tevoren aan bij de superviserende gynaecoloog. 'Ah kijk. Er is één ding heel belangrijk als je een sectio doet. Snelheid.'

Melanie Baas, tweedejaars aios, cluster Groningen

De ontdekking van de besmettelijkheid van kraamvrouwenkoorts; Semmelweis revisited

prof. dr. M.E. Vierhout em. hoogleraar algemene gynaecologie, in het bijzonder bekkenbodempatiënt, Radboud UMC, Nijmegen

Kraamvrouwenkoorts was in de 18^e en 19^e eeuw niet alleen de schrik van alle barende vrouwen maar ook van alle obstetrick. Het kwam met name voor in kraamklinieken waar vrouwen dicht op elkaar werden verpleegd.

Zwangeren en bevallende vrouwen lagen vaak door elkaar; soms zelfs bij bedden in één bed! Bij kraamvrouwenkoorts kreeg de vrouw enkele dagen na de bevalling koorts en ontwikkelde zich een endometritis en sepsis die in groot aantal gevallen tot de dood leidde. Het kwam vaak in epidemieën en bij zo'n epidemie kwam sterfte tot 25% van alle barende vrouwen voor! Het leidde geregeld tot, al dan niet tijdelijke, sluiting van een kliniek vaak ook ingegeven door de weigering van zwangeren om nog in zo'n doodshol te gaan bevallen.

Miasma

Hoewel het beeld van de kraamvrouwenkoorts al lang bekend was, Hippocrates schreef er al over, werd het pas in de tweede helft 18^e eeuw een ernstig

probleem, doordat toen de kraamklinieken opkwamen met alle risico's van dien. Deze kraamklinieken waren met name bedoeld voor de allerarmsten en voor zover mogelijk beviel men over het algemeen gewoon thuis. Thuis was het kraamvrouwenkoortsprobleem veel kleiner, hoewel zich daar ook wel eens kleine epidemieën voordeden, vaak verbonden aan één enkele obstetricus. Over de oorzaak tastte men nog in het duister; bacteriën waren nog niet ontdekt en het denkpatroon was in feite nog middeleeuws. De gangbare theorie was die van het 'miasma', een onzichtbaar iets wat in de lucht zweefde maar waarvan het totaal duister was wat het concreet inhield. Door uitroken en verbranden van linnengoed en als belangrijkste maatregel sluiting van een kliniek probeerde men de epidemie te beteugelen.

Semmelweis

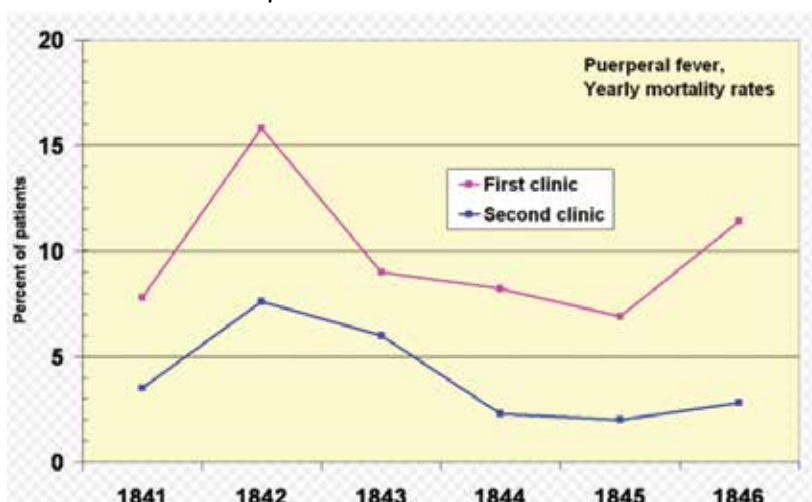
Al voor de ontdekking van de streptokok door Louis Pasteur in 1873 hadden sommigen in de gaten dat de gevreesde ziekte meestal werd overgebracht door de hulpverleners, veelal de artsen, die de ziekte van de ene naar de andere

Figuur 1. Ignaz Semmelweis



patiënt bracht. Over het algemeen wordt Ignaz Semmelweis (figuur 1) als ontdekker van de besmettelijkheid van kraamvrouwenkoorts gezien.¹ Semmelweis was een Hongaars gynaecoloog die in de universiteitskliniek van Wenen werkte. In deze kliniek waren twee kraamafdelingen namelijk de eerste en de tweede kliniek. In de eerste kliniek werden artsen opgeleid en in de tweede kliniek vroedvrouwen. De sterfte aan kraamvrouwenkoorts in de eerste kliniek was vele malen hoger dan in de tweede, 10% versus 2,5% (figuur 2.) Semmelweis ontdekte in 1847 dat dat kwam doordat de studenten, en overigens de staf ook, veelal van een obductie direct naar de verloskamers gingen zonder hun handen gedegen te wassen. In de tweede kliniek woonden de vroedvrouwen geen of nauwelijks obducties bij. Semmelweis vermoedde dat een giftige stof, hij noemde het lijkengif, de ziekte via de handen van de studenten veroorzaakte en voerde in dat het verplicht was om bij het betreden van de kraamafdeling de handen te wassen in chloorkalkwater. De sterfte aan kraamvrouwenkoorts daalde spectaculair en

Figuur 2. Kraamvrouwensterfte in de universiteitskliniek van Wenen op de eerste en tweede kliniek, 1841-1846



Figuur 3

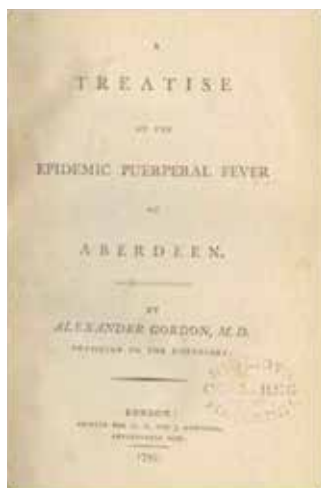


direct naar hetzelfde percentage als bij de vroedvrouwenopleiding, zo'n 2%. Een megaontdekking dus en het einde van de kraamvrouwenkoorts? Het zou echter anders lopen.

Alexander Gordon

Hoewel dus de naam Semmelweis wereldberoemd is geworden als de 'saviour of mothers' blijkt dat op zijn 'ontdekking' wel wat is af te dingen. Het was namelijk de Schotse gynaecoloog Alexander Gordon (1752-1799) (figuur 3) die de besmettelijkheid en de overdracht van patiënt op patiënt door de hulpverlener al aanzienlijk eerder ontdekte.^{2,3} Hij werd in 1789 en 1792 geconfronteerd met een heftige epidemie van kraamvrouwenkoorts in Aberdeen en analyseerde de data en kwam tot de volgende conclusie: 'The midwife who delivered no 1 carried the infection to no 2' en 'The midwife who delivered nr 3 delivered the infection to no 4 and successively to every woman she delivered' en 'The same is true for many others, too tedious to be enumerated'. Ook adviseerde hij al het

Figuur 4



wassen van de handen als profylaxe 'and the nurses and physicians who attended patients with puerperal fever ought to carefully wash themselves'. Gordon publiceerde zijn bevindingen in 1795 in *The treatise of the epidemic of puerperal fever of Aberdeen* (figuur 4), dus ruim vijftig jaar voor Semmelweis zijn ontdekking deed! Zijn ontdekking werd hem echter niet in dank afgenomen en met name de vroedvrouwen protesteerden fel tegen het idee dat zij de overbrengers waren van de gevreesde ziekte. Gordon spaarde zichzelf overigens niet en stelde 'It is a disagreeable declaration for me to mention that I myself was the means to carry the infection to a great number of women'.

Al met al waren de reacties voor Gordon echter zo negatief dat hij besloot zijn carrière in Aberdeen niet voort te zetten en hij ging terug naar de marine. Met het onderwerp kraamvrouwenkoorts heeft hij zich, voor zover bekend, niet meer bemoeid en zijn bevindingen zijn ook niet door anderen breed uitgedragen.

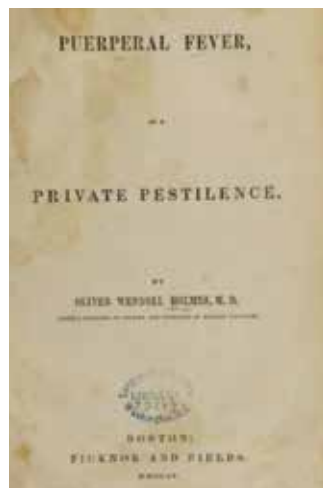
Per Gustaf Cederschiöld

In Zweden in 1826 deed de Zweedse gynaecoloog Cederschiöld vergelijkbare ontdekkingen en isoleerde hij de kraamvrouwen met koorts en voerde profylaxe met chloorwater in.⁴

Oliver Holmes

Er is nog een derde arts die, relatief kort voor de ontdekking van Semmelweis, vergelijkbare bevindingen had

Figuur 5



gedaan, namelijk de Amerikaanse obstetricus Oliver Wendell Holmes (1800-1894). Hij publiceerde in 1843 zijn werk *The contagiousness of puerperal fever*, waarin hij aan de hand van een groot aantal gevallen de besmettelijkheid van de ziekte en de rol van de hulpverleners daarin met stelligheid bracht. Hij erkende overigens ook al de rol van Gordon als voorloper hierin. Ook hem viel veel scepsis ten deel. Na enkele jaren heeft hij nog een tweede monografie geschreven *Puerperal fever, the private pestilence* (figuur 5) met vergelijkbare conclusies als zijn eerste werk, maar nog wat aangezet. Hierna heeft hij er niet meer over gepubliceerd. Holmes was behalve gynaecoloog ook dichter en legde zich hierna veel meer op de dichtkunst toe. Hij wordt, ook heden ten dage nog, als een belangrijke Angelsaksische dichter beschouwd.

Semmelweis heeft nooit het werk van zijn voorgangers aangehaald en het is de vraag of hij hiervan op de hoogte is geweest. Immers beide publicaties waren niet in het Duits en hebben niet tot grote internationale discussies geleid.

Wenen 1847

Hoe verging het Semmelweis na zijn ontdekking? Vanaf het begin werden ook zijn bevindingen door grote groepen niet geloofd en de verspreiding van deze kennis werd bemoeilijkt door het feit dat Semmelweis een angst had om in het openbaar te spreken. Hij communiceerde echter wel zijn bevindingen met enkele beroemde Weense collegae zoals onder andere de hoogleraar Rokitansky die namens hem voordrachten hield maar niet voldoende in de materie was ingevoerd om alle kritiek van de *non believers* te weerleggen. Ook zijn directe baas in het ziekenhuis, het hoofd van de afdeling professor Klein, was een fervente tegenstander van zijn theorie en Semmelweis werd ontslagen. Hij heeft in deze periode zijn bevindingen ook niet gepubliceerd. Terneergeslagen door zoveel tegenwerking vertrok hij, zonder zelfs zijn medestanders in te lichten, in 1850 naar Budapest. Hier voerde hij zijn profylactisch beleid ook in en bereikte

Figuur 6



wederom dezelfde goede resultaten. Pas in 1861, dus veertien jaar na zijn ontdekking, publiceerde hij zijn grote werk *Die aetiologie, der begriff und die prophylaxis der Kindbettfiebers* (figuur 6) gevolgd door een *Offener brief* (figuur 7) die aan alle hoogleraren verloskunde in Europa was gericht.

Das mördern muss aufhören

Het leidde tot verhitte discussies, want het verloskundige establishment wilde er nog niet aan en het feit dat de arts, immers een weldoener, wel eens de oorzaak kon zijn van deze ziekte wilde men maar moeilijk aannemen. De in de USA werkende hoogleraar Charles Meigs stelde het fraai: *'Doctors are gentlemen and gentlemen don't have dirty hands.'*

Er waren ook klinieken die wel profylaxe toepasten, maar niet dezelfde fraaie resultaten als Semmelweis bereikten en dus niet diens conclusies deelden. Waarschijnlijk waren de resultaten niet van hetzelfde niveau doordat minder fanatiek op het handen wassen werd toegezien. Ook werd Semmelweis verweten niet te kunnen zeggen wat dan de stof was die van lijk naar patiënt (het 'lijkengif') werd overgebracht was en werden er ook persoonlijke vetes uitgevochten. De discussies waren niet altijd even *gentlemanlike* en er werden ook on- en halve waarheden ter tafel gebracht. Semmelweis was verbeterd in zijn discussies en maakte zijn collega's soms voor moordenaar uit, wat de acceptatie niet heeft bevorderd. Hij werd steeds monoma-

Figuur 7



ner en uiteindelijk door zijn familie vanuit Budapest naar een krankzinnigeninstituut, in Wenen nota bene, gebracht. Toen hij dat ontdekte probeerde hij te ontsnappen, maar raakte in een gevecht met bewakers gewond en overleed enkele dagen na dit incident aan een wondinfectie.

De Semmelweisreflex

De geschiedenis van Semmelweis en zijn strijd tegen het medische establishment zijn goed bekend en vele malen gepubliceerd in boeken en tijdschriften. Ook zijn er films over zijn leven gemaakt en ook heden ten dage zijn er op Youtube nog films hierover te zien. Het heeft zelfs geleid tot de term *Semmelweisreflex* waarmee wordt bedoeld een tendens om kennis die niet strookt met de op dat moment geldende wetenschap direct af te wijzen. Ook in de recente discussie over de COVID-19 pandemie is ook de term *Semmelweisreflex* vaak gevallen. Immers ook in deze discussies waren analoog aan de discussies over de profylaxe van de kraamvrouwenkoorts, halve en onwaarheden niet van de lucht. Een opmerkelijk verschil bij COVID-19 is dat hier in eerste instantie heel veel aandacht voor contactbesmettelijkheid was maar dat dat met verloop van tijd verschoof naar meer *airborne* besmettelijkheid, terwijl dit bij de kraamvrouwenkoorts precies andersom verliep.

Conclusies

Semmelweis mag bekend zijn als ontdekker, in het bijzonder de profylaxe,

van de kraamvrouwenkoorts, hij is zeker niet de eerste geweest die dit heeft beschreven. In het bijzonder de naam van Alexander Gordon verdient het om genoemd te worden. De strijd die Semmelweis, hoewel met vertraging, is aangegaan om zijn ontdekking geaccepteerd te krijgen en met het doel de levens van vele moeders te redden verdient zeker bewondering. Hij heeft hiervoor een hoge prijs betaald. Het heeft na de publiciteit, die er door Semmelweis aan is gegeven, nog een halve eeuw geduurd voordat de kennis van de profylaxe van kraamvrouwenkoorts in de praktijk breed werd geaccepteerd en ingevoerd.⁵ Ook in Nederland werd pas rond de eeuwwisseling het werk van Semmelweis overal overgenomen. Deze trage acceptatie heeft duizenden zo niet miljoenen jonge moeders het leven gekost. De huidige snelle en wereldwijde informatievoorziening is helaas geen garantie dat een dergelijke ramp zich niet nog eens kan voordoen. Het huidige probleem ligt niet zozeer in een gebrek aan maar veel meer in een overvloed aan informatie; elke week worden duizenden medische artikelen gepubliceerd. Hoe deze te blijven overzien. Gezien de recente pandemie kunnen we stellen dat de *Semmelweisreflex* nog volop aanwezig is. Er is zelfs een apart Wikipedia-lemma aan gewijd.

Dit artikel is een bewerking van een voordracht gegeven te Urk op 3 juni 2022 voor de Nederlandse Vereniging voor Medische Geschiedenis.

Referenties

1. Kadar N. Rediscovering Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865). *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220: 26-39
2. Dunn PM. Dr Alexander Gordon (1752-99) and contagious puerperal fever. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 1998,78:F232-233
3. Lowis GW. Epidemiology of puerperal fever: the contributions of Alexander Gordon. *Medical History* 1993;37:399-419
4. Wesselink DG. Een voorloper van Semmelweis. *Tijdschrift voor praktische verloskunde; hoofdzakelijk ten dienste van vroedvrouwen*.jrg 43, 1939-40
5. Pel M, Pel JZS, Boon J. Armoede en onkunde: kraamvrouwenkoorts in het Amsterdamse Binnengasthuis in 1845. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137:2649-2653.

Ghislaine Dekeunink is vijfdejaars aios in cluster Maastricht. Ze is lid van de NVOG-commissie patiëntcommunicatie en beheert onder andere de social-mediakanalen van degynaecoloog.nl. Ze heeft een passie voor woordgrapjes en in haar vrije tijd verkent ze te voet het Zuid-Limburgse land met hond Ollie aan haar zijde.



Ghislaine Dekeunink

Tienduizendklapper

Daar gaat er weer een. Een zeer gewaardeerde obstetrisch verpleegkundige op de verloskamers. Na 46 dienstjaren is het goed geweest. Naast haar persoonlijkheid die ze meebracht naar het werk, bracht ze ook jarenlange ervaring mee. Elke dag weer. Ze was iemand die nog altijd een beetje buikpijn kreeg van een patiënte met ernstige hypertensie die magnesiumsulfaat krijgt, omdat ze de patiënten vroeger nog écht stuipend zag binnenkomen. Maar die ook nog altijd even gelukkig was met, voor en door elk pasgeboren kindje en pasgebore ouders. Helaas is deze ervaring nu van onze verloskamers verdwenen. En ze is helaas niet de enige en ook niet de laatste. De komende jaren zal een bak aan ervaring de verloskamers verlaten. De verpleegkundigen die ons als jonge dokters allemaal hebben bijgestaan. We kennen ze allemaal.

De verpleegkundige van wie je weet dat, als ze belt, je ook écht moet komen. De verpleegkundige die heel subtiel aan de aanstaande ouders meldt dat de dokter nu gaat verdoven en extra ruimte beneden gaat maken, omdat de baby écht geboren moet worden (terwijl je zelf als jonge dokter dit misschien nog niet zo had bedacht). De verpleegkundige die precies weet wat er moet gebeuren als er een complicatie optreedt, je meeneemt met haar ervaring en zo jou als dokter ook het gevoel geeft dat je het goed gedaan hebt. De verpleegkundige die de jonge dokter troost als die het moeilijk heeft, omdat er nog zoveel gedaan moet worden/er een verdrietige casus was/er liefdesverdriet is, enzovoort.

Zij en vele anderen zijn ook de verpleegkundigen die me meermaals op een stoel hebben gezet in een bizar drukke dienst, mijn jas uit deden en mijn pas pakten om een schone jas te halen, terwijl ik ondertussen gedwongen werd om iets te eten. Dit alles terwijl een ander mijn bebloede klompen schoon maakte, 'want zo kun je niet over straat'.

Zij zijn de dames die de verloskamers maken zoals ze zijn, een plek waar leven en dood heel dicht bij elkaar kunnen liggen. Een plek waar ook alles mogelijk is, waar wanhoop wordt gevreesd, maar bovenal ook hoop wordt geboren. En door hun jarenlange ervaring kunnen ze precies laveren tussen de emoties die de (aanstaande) ouders nodig hebben. Een paar grijze haren en welvaartsrimpels helpen ook enorm bij het motiveren tijdens een baring en échte één op één zorg. Wanneer zij zeggen dat het pijn doet maar dat het zo voorbij is, worden ze nét wat meer geloofd dan wanneer dezelfde woorden uit de mond van een jong hertje komen. 'Ik voel een beetje druk...' 'Ach meid, dit is nog niks, we wachten op de tienduizendklapper.' Met wat meer ervaring in je rugzak kun je dit zeggen, als jong ding dat net komt kijken gaat dat niet, maar het is wél wat de moeders soms moeten horen.

Het punt dat ik wil maken in het kader van opleiden, is dat we niet moeten vergeten wie ons écht opleiden, naast uiteraard je collega-artsen, supervisors en formele opleiders. Je échte opleiders zijn misschien wel de vrouwen (en enkele heren natuurlijk), die dag en nacht naast je staan en elke micro-overwinning en elk kwetsbaar moment in een doktersleven met je meemaken en vieren. Die tegen je mopperen als je weer geknoeid hebt of wanneer het toch niet zo goed is gegaan. Zij zijn zo belangrijk binnen een goede opleiding tot medisch specialist, en worden mijns inziens niet genoeg gewaardeerd voor de rol die ze hebben binnen de opleiding. Namens mij, en waarschijnlijk ook namens vele andere dokters: bedankt. En mocht ik ooit gaan baren, dan zal ik braaf wachten op de tienduizendklapper.

Female fertility preservation: clinical challenges

Promovendus **Eva Balkenende** | promotoren **prof. dr. M. Goddijn, prof. dr. F. van der Veen** | copromotor **dr. T. Dahhan** | 10-05-2022, Universiteit van Amsterdam

Waar gaat je proefschrift over?

Mijn proefschrift gaat over de huidige klinische uitdagingen van fertiliteitspreservatie bij vrouwen. Allereerst geven we een overzicht van de verschillende indicaties waarbij van vrouwen die in het AMC eicellen hebben laten invriezen. Met een kwalitatieve studie hebben we onderzocht welke methode van fertiliteitspreservatie de voorkeur had voor vrouwen met leeftijdsgebonden afname van de vruchtbaarheid. We hebben een vervolgonderzoek gedaan naar vrouwen die eicellen hebben ingevroren voor fertiliteitspreservatie in het AMC om te kijken hoeveel vrouwen terugkomen om de ingevroren eicellen te gebruiken en om te achterhalen of zij in de tussentijd op een andere manier zwanger zijn geworden. Vervolgens geven we een handleiding en juridisch kader aan zorgverleners die verzoeken krijgen van moeder-dochter eiceldonatie. Ten slotte hebben we hebben een RCT verricht (STIM-trial) waarin we de effectiviteit van het toevoegen van tamoxifen en letrozol aan standaard ovariële stimulatie ten behoeve van fertiliteitspreservatie bij vrouwen met borstkanker hebben onderzocht.

Wat is de belangrijkste les uit je proefschrift voor de dagelijkse klinische praktijk van de Nederlandse gynaecoloog?

Wees bedacht op leeftijdsgebonden afname van de vruchtbaarheid en het effect van een medische behandeling op de vruchtbaarheid van vrouwen, ga hierover het gesprek aan met uw patiënten en verwijs naar een gespecialiseerd centrum voor fertiliteitspreservatie counseling indien er een kindwens is. Systematische follow-up van fertiliteitspreservatie is nodig om vrouwen in de toekomst beter te kunnen informeren over de effectiviteit en veiligheid van de verschillende behandelingen.

Wat is de meerwaarde van je onderzoek voor de individuele patiënt?

In mijn proefschrift hebben wij in de STIM-trial gekeken naar vrouwen die



eicellen of embryo's invriezen vanwege een behandeling tegen borstkanker. Hieruit is gebleken dat het toevoegen van tamoxifen of letrozol aan de ovariële stimulatie geen effect had op het aantal eicellen dat verkregen kon worden na de punctie en ook niet op het aantal eicellen of embryo's dat kon worden ingevroren. Daarnaast hebben we gekeken naar het aantal vrouwen dat terugkomt naar de kliniek om de eerder ingevroren eicellen te gebruiken. Uit dit onderzoek bleek dat de meeste vrouwen spontaan zwanger zijn geworden en dat maar een klein deel gebruik had gemaakt van de ingevroren eicellen. Een belangrijke kanttekening is dat de mediane follow-up tijd van 31 maanden relatief kort was en dat we daarom verwachten dat er bij een langere follow-up meer vrouwen gebruik zullen maken van de ingevroren eicellen.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Wat betreft de STIM-trial die in dit proefschrift wordt beschreven, ligt er nog een belangrijke vervolgvraag: namelijk of ovariële stimulatie veilig is voor vrouwen met borstkanker. Omdat borstkanker nog

na 20 jaar kan terugkeren is het belangrijk dat deze vrouwen nog een lange tijd worden vervolgd om te kijken of de ovariële stimulatie effect heeft op de kans op een recidief. Op dit moment zijn er alleen cohorten beschikbaar waarin deze vrouwen zijn gevolgd. Daarin wordt geen negatief effect gezien van ovariële stimulatie bij borstkanker. In de follow-up van de STIM-trial zullen we dit meenemen.

Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie en wat was je antwoord daarop?

Tijdens mijn verdediging vroeg een van de opponenten wat de ideale leeftijd is om fertiliteitspreservatie toe te passen bij vrouwen met leeftijdsgebonden afname van de vruchtbaarheid. Ik heb geantwoord dat mijn advies is om dit te doen rond de leeftijd van 33. In de literatuur is bekend dat de kansen op zwangerschap aanzienlijk groter zijn als eicellen zijn ingevroren bij vrouwen die jonger zijn dan 35 jaar op het moment van invriezen. Aan de andere kant moeten vrouwen ook voldoende tijd krijgen om zelf zwanger te kunnen worden. De opponent kon zich vinden in dit advies.

Jouw recent verdedigde proefschrift ook in deze rubriek? Mail naar de rubrieksredacteurs Annemijn Aarts en Rafli van de Laar via ntog@gaw.nl

Bijwerkingen door COVID-19-vaccinatie in de zwangerschap

dr. P. J. Woestenberg

drs. L. Vissers

beiden wetenschappelijk medewerkers Moeders van Morgen, Bijwerkingencentrum Lareb

De kans dat er opnieuw tegen COVID-19 gevaccineerd gaat worden is reëel. Kennis over de bijwerkingen na COVID-19-vaccinatie kan helpen om zwangere vrouwen die twifelen over vaccinatie beter te informeren. Wat is er bekend over COVID-19-vaccinatie tijdens de zwangerschap en de maternale bijwerkingen die kunnen optreden?

Wat zijn de huidige richtlijnen?

Het huidige advies van de NVOG en de overheid aan alle zwangere vrouwen is om zich te laten vaccineren tegen COVID-19. Dit advies geldt ook voor de boosterprik. Geadviseerd wordt om te vaccineren met een mRNA-vaccin, zoals die van BioNTech/Pfizer en Moderna. Vaccinatie kan gedurende de gehele zwangerschap.^{1,2}

Waarom vaccineren?

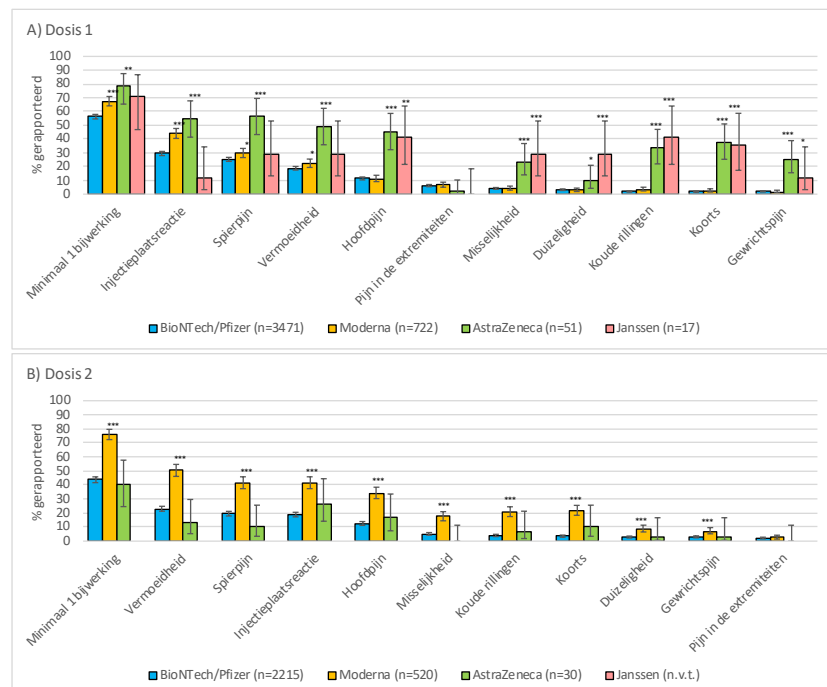
Hoewel het absolute risico op een ernstig beloop klein is, kan een SARS-CoV-2-infectie bij zwangere vrouwen ernstige gevolgen hebben. Zwangere vrouwen met een SARS-CoV-2-infectie hebben een hoger risico op een ernstig ziektebeloop dan niet zwangere vrouwen en een hoger risico op negatieve zwangerschapsuitkomsten (bijvoorbeeld vroeggeboorte of intra-uteriene vruchtdood) dan zwangere vrouwen zonder infectie.^{3,4} Vaccinatie zorgt bij zwangere vrouwen voor een goede immunrespons en de antistoffen komen via de placenta ook bij het kind terecht.⁵ Hierdoor is vaccinatie effectief in het beschermen tegen een SARS-CoV-2-infectie bij de moeder en het pasgeboren kind.^{6,7}

Welke bijwerkingen ervaren zwangere vrouwen?

In het zwangerschapsregister Moeders van Morgen werden de zelfervaren bijwerkingen na een COVID-19-vaccinatie

in de zwangerschap onderzocht.⁸ Moeders van Morgen is een prospectieve cohortstudie over geneesmiddelgebruik en vaccinaties rondom en tijdens de zwangerschap. Middels online vragenlijsten werd er onder andere gevraagd naar COVID-19-vaccinatie en ervaren bijwerkingen. Dankzij de aanbeveling om zwangere vrouwen te stimuleren om deel te nemen aan Moeders van Morgen en de inzet van velen die dit hebben gedaan, konden van 4348 vrouwen die hun eerste COVID-19-vaccinatie kregen in de zwangerschap de maternale bijwerkingen worden bestudeerd. Bijwerkingen die het vaakst werden genoemd waren injectieplaatsreacties, spierpijn, ver-

moeidheid en hoofdpijn (zie figuur). Vergeleken met de andere merken vaccins, werden de minste bijwerkingen (waaronder koorts) gerapporteerd na vaccinatie met BioNTech/Pfizer. Zo was het percentage dat koorts als bijwerking noemde 2-3% na BioNTech/Pfizer-vaccinatie. Er waren geen duidelijke verschillen in bijwerkingen tussen vaccinatie in verschillende trimesters van de zwangerschap. Na de eerste dosis varieerde het percentage vrouwen dat minimaal één bijwerking noemde van 57% in het eerste en derde trimester tot 61% in het tweede trimester. Na de tweede dosis varieerde dit percentage van 48% in het derde trimester tot 52% in het eerste trimester.



Figuur. Percentage (met 95% betrouwbaarheidsinterval) zwangere vrouwen dat bijwerkingen (minimaal 1 bijwerking en de 10 meest genoemde bijwerkingen) heeft gerapporteerd na vaccinatie naar merk vaccin, voor A) dosis 1 en B) dosis 2. Met univariabele logistische regressie werden de verschillen tussen BioNTech/Pfizer (referentie) en de andere merken vaccins getoetst, apart voor dosis 1 en 2. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

[Figuur is overgenomen van Woestenberg et al.⁸]

Het maternale bijwerkingenprofiel laat geen bijzondere of onverwachte bijwerkingen zien. Het bijwerkingenprofiel is vergelijkbaar met het bijwerkingenprofiel van de Nederlandse bevolking. Het percentage vrouwen dat koorts rapporteerde lijkt zelfs iets lager bij zwangere vrouwen.⁹ De bijwerkingen die werden gerapporteerd zijn veelal bekende bijwerkingen en de tien meest gerapporteerde bijwerkingen staan allemaal vermeld in de bijsluiters van de COVID-19-vaccins. Het volledige onderzoek met alle gerapporteerde bijwerkingen is te lezen in de publicatie van Woestenberget al.⁸

Welke effecten heeft vaccinatie op het verloop van de zwangerschap?

Internationale studies laten géén verhoogd risico zien op negatieve zwangerschapsuitkomsten, zoals miskramen of vroeggeboorte.⁶ Ook in Moeders van Morgen zijn hier tot nu toe geen aanwijzingen voor. Slechts een klein percentage zwangere vrouwen kreeg koorts na vaccinatie (2-3% na BioNTech/Pfizer-vaccinatie). Dit is een belangrijk gegeven omdat angst voor koorts en potentieel zwangerschapsverlies een reden kan zijn waarom zwangere vrouwen twifelen over vaccinatie. In een vervolgstudie zullen zwangerschapsuitkomsten uitgebreid worden geanalyseerd. Hiervoor blijft het belangrijk dat veel zwangere vrouwen gaan en blijven deelnemen aan Moeders van Morgen. Iedere zwangere vrouw kan deelnemen, ook als ze (nu) geen medicatie gebruikt of zich niet laat vaccineren.

Conclusie

Met de toegenomen kennis over de veiligheid en effectiviteit van vaccinatie tijdens de zwangerschap en betere zwangerschapsuitkomsten na vaccinatie dan na doorgemaakte COVID-19, luidt het huidige advies aan alle zwangere vrouwen om zich te laten vaccineren tegen COVID-19. Het maternale bijwerkingenprofiel laat geen bijzondere of onverwachte bijwerkingen zien. Zwangere vrouwen kunnen gewezen worden op Moeders van Morgen, zodat zij hun ervaringen kunnen delen en er meer informatie beschikbaar komt.

Referenties

1. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Vaccinatie tegen COVID-19 rondom kindervwens, zwangerschap en kraambed 6 januari 2022
2. Rijksoverheid. Zwangerschap en coronavaccinatie [Assessed 24-06-2022]. Available from: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/veiligheid-coronavaccinatie/zwangerschap-en-coronavaccinatie.
3. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr.* 2021;175:817-26.
4. Wei SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2021;193:E540-E8.
5. Beharier O, Plitman Mayo R, Raz T, Nahum Sacks K, Schreiber L, Suissa-Cohen Y, et al. Efficient maternal to neonatal transfer of antibodies against SARS-CoV-2 and BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *J Clin Invest.* 2021;131.
6. Prasad S, Kalafat E, Blakeway H, Townsend R, O'Brien P, Morris E, et al. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and perinatal outcomes of COVID-19 vaccination in pregnancy. *Nat Commun.* 2022;13:2414.
7. Carlsen EO, Magnus MC, Oakley L, Fell DB, Greve-Isdahl M, Kinge JM, et al. Association of COVID-19 Vaccination During Pregnancy With Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Infants. *JAMA Intern Med.* 2022.
8. Woestenberget al., Litjens C.H.C., Vissers L, Kant A, Berrens M, Vorstenbosch S. Maternale bijwerkingen na covid-19-vaccinatie in de zwangerschap. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde.* 2022 [In press]
9. Kant A, Jansen J, van Balveren L, van Hunsel F. Description of Frequencies of Reported Adverse Events Following Immunization Among Four Different COVID-19 Vaccine Brands. *Drug Saf.* 2022;45:319-31.

Wij willen iedereen hartelijk bedanken die heeft bijgedragen aan de dataverzameling van Moeders van Morgen en Liesbeth van Leeuwen voor het meelezen met een eerdere versie van het artikel.

Schaduwfamilie

dr. M.H. Mochtar *gynaecoloog, Centrum voor Voortplantingsgeneeskunde, AMC*

Dit boek is geschreven en samengesteld door twee donorkinderen die door een 'match' via een DNA-bank in de Verenigde Staten te weten zijn gekomen dat ze van dezelfde donor afkomstig zijn.

Donorkinderen hebben twee families, aldus de schrijvers, een wettige familie waarin je bent opgegroeid en een schaduwfamilie, namelijk die van de donovader en zijn gezin.

Het is een *must read* voor alle gynaecologen die spermadonatie aanbieden.

Het boek bestaat uit een bundel van zeer persoonlijke verhalen van inmiddels volwassen donorkinderen die schrijven over hun zoektocht naar hun afkomst en hun identiteit. De verhalen zijn mooi geschreven, fijn om te lezen maar geven vooral inzicht. Het onderwerp spermadonatie wordt van andere kanten belicht. Ook deskundigen komen ook aan het woord, zoals een familiefilosoof werkzaam bij Fiom

(Kennis instituut voor verwantschapsvragen) en een emeritus hoogleraar adoptie. Een mooi boek dat hopelijk veel gesprekken gaat opleveren tussen ouders en donorkinderen, zeker bij de gezinnen waar dit gesprek nog niet heeft plaatsgevonden.

Voor gynaecologen is het van belang wensouders aan te moedigen vooral open te zijn over spermadonatie en te helpen waar (wens)ouders terecht kunnen met vragen of begeleiding.

Op het landelijk informatiepunt spermadonatie kun je betrouwbare informatie vinden over sperma- en eiceldonatie, www.donorconceptie.nl

Schaduwfamilie

Linda Sprado en Vera de Lange

Prijs 20,00 euro

ISBN 9789463192392

Uitgeverij Scriptum



Is het B1?

Meer dan 2 miljoen Nederlanders hebben moeite met lezen. Er zijn zes taalniveaus: A1 (laagste) tot en met C2 (hoogste). Taalniveau B1 bestaat uit gemakkelijke woorden die veel voorkomen in de Nederlandse taal. Informatie voor patiënten zou moeten aansluiten op taalniveau B1. Hoe doen wij het in de spreekkamer, is ons taalgebruik B1? In deze rubriek bespreken wij iedere maand een veelgebruikt woord of veelgebruikte zin, met als vraag: Is het B1?

Vagina

Is dit B1? Ja! Het woord 'vagina' is B1. Iedere gynaecoloog zal herkennen dat de lijst van synoniemen die patiënten hebben voor dit lichaamsdeel oneindig lang is. Gynaecologen gebruiken regelmatig het woord schede. Dit is niet B1, beter is het dus om vagina te gebruiken.

Bron: www.ishetb1.nl

Correspondentieadres: m.twisk@bovenij.nl

Richtlijn Schouderdystocie

drs. A.A. de Ruigh *redacteur*
dr. A.W. Kastelein *redacteur*



In oktober 2022 verscheen een update van de richtlijn Schouderdystocie uit 2008. We bespreken hier (de achtergrond van) de belangrijkste wijzigingen van de zes modules, waaronder inleiden bij schouderdystocie, modus partus, baringshouding, deliver through-strategie en het belang van teamtraining. Voor de volledige richtlijn gaat u naar www.richtlijnenatabase.nl.

Er is sprake van een schouderdystocie wanneer er additionele obstetrische handelingen verricht moeten worden om de schouders van het kind geboren te laten worden. Schouderdystocie ontstaat wanneer de voorste schouder vastloopt op de symfyse of wanneer (zeldzamer) de achterste schouder vast komt te zitten achter het promontorium. In de literatuur varieert de incidentie van 0,2 tot 3% en het herhaalrisico wordt geschat op 5 tot 12%.^{1,2} De maternale (onder andere sfincterletsel) en neonatale gevolgen van een schouderdystocie (onder andere plexus brachialis letsel, fracturen, asfyxie) kunnen groot zijn, waardoor er veel aan gelegen is deze obstetrische complicatie te voorkomen. Een schouderdystocie is echter slecht voorspelbaar. Er bestaat weliswaar een relatie met het geboortegewicht, maar een schouderdystocie kan ook optreden zonder macrosomie en antenatale voorspelling van het geboortegewicht is niet nauwkeurig genoeg. Preventieve maatregelen en goede training van obstetrisch personeel kunnen wellicht de incidentie en zeker de potentieel negatieve gevolgen verkleinen.

Inleiden bij verdenking macrosomie

Daar waar de oude richtlijn een inleiding ter preventie van een schouderdystocie bij verdenking op foetale macrosomie niet zinvol achtte, geeft de huidige richtlijn aan dat inleiden een schouderdystocie mogelijk kan voorkomen. Er wordt dan ook geadviseerd om

met patiënten te *bespreken* dat de kans op schouderdystocie en complicaties daarvan *mogelijk* kleiner is bij inleiden vóór de à terme datum. Dit advies is voornamelijk gebaseerd op een systematische review uit 2016, waarin vier gerandomiseerde studies zijn geïnccludeerd. In deze studies is het effect van inleiden bij verwachte macrosomie tussen de 37 en 39 weken onderzocht bij 1190 vrouwen.³ In de vier geïnccludeerde studies werden vrouwen met diabetes (n=2 studies^{4,5}, Gonen, 1997; Tey, 1995) en vrouwen met gestational diabetes mellitus (GDM) met insuline (n=1 studie⁶) geëxcludeerd. De meta-analyse laat zien dat 24/590 (4,1%) kinderen met verwachte macrosomie een schouderdystocie hadden na inleiden versus 41/600 (6,8%) na expectatief beleid (relatieve risico (RR) 0,60; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,37 tot 0,98, *low GRADE*).³ Dit zorgde voor minder fracturen in de inleidingsgroep (0,3%) dan in de expectatieve groep (2%) (RR 0,20; 95% BI 0,05 tot 0,79, *low GRADE*), maar er werden geen verschillen gevonden voor de andere uitkomstmaten (mortaliteit, plexusletsel, lage apgarscore en pH, NICU-opnames en sectio's). Er wordt beschreven dat er bij kinderen ingeleid vóór de 38 weken vaker sprake was van hyperbilirubinemie waarvoor fotherapie nodig was (13% versus 7% in de controlegroep). Men dient tenslotte te beseffen dat inschatting van het gewicht van een kind à terme lastig blijft en veelal onbetrouwbaar is. Echoscopische gewichtsschatting heeft een foutmarge van ongeveer 15%, wat vergelijkbaar is met schatting na uitwendig onderzoek. De richtlijn adviseert bovenstaande en individuele factoren mee te nemen in het counselingsgesprek wanneer een eventuele inleiding wordt besproken.

Inleiden en modus partus bij schouderdystocie in de voorgeschiedenis

Tot op heden zijn er geen studies vericht die het effect van inleiden hebben

onderzocht in de groep patiënten met een schouderdystocie in de anamnese (en zonder verdenking macrosomie in de huidige graviditeit). Het lijkt echter aannemelijk dat inleiden ook bij deze groep kan zorgen voor gunstige effecten. Er zijn ook geen studies gedaan naar de voor- en nadelen van een vaginale baring versus een primaire sectio bij vrouwen met een schouderdystocie in de anamnese. Het blijft daarom maatwerk, waarbij de voor- en nadelen individueel afgewogen moeten worden en middels *shared decision making* tot een gedeeld besluit gekomen kan worden.

Samenvatting en wat is nieuw in de richtlijn Schouderdystocie

- Inleiden van de baring heeft mogelijk een gunstig effect op het voorkomen van schouderdystocie bij een verwachte foetale macrosomie.
- Bij patiënten met een schouderdystocie in de anamnese dient de modus partus besproken te worden, waarbij het inleiden van de baring een van de overwegingen is.
- Wacht na de geboorte van het hoofd op de volgende wee om de schouders te ontwikkelen. In vergelijking met de *deliver through*-strategie verkleint dit de kans op schouderdystocie, foetale fracturen en plexusletsel.
- Organiseer een teamtraining bij schouderdystocie: dit zorgt mogelijk voor betere uitkomsten en draagt bij aan de tevredenheid en het zelfvertrouwen van zorgprofessionals.
- Bespreek de verschillende baringshoudingen met de patiënte. Een *all-fours*-positie zorgt mogelijk voor minder schouderdystocie, vaker een gaaf perineum en minder spoedsectio's.

Baringshouding bij schouderdystocie

In theorie zou een *all-fours*-positie (op handen en knieën) ervoor kunnen zorgen dat de schouder van het kind minder kans heeft om boven de symfyse te blijven steken, waardoor een schouderdystocie voorkomen (of opgelost) kan worden. Er is echter geen groot vergelijkend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze positie voor de preventie van schouderdystocie. Er is slechts één gerandomiseerde studie uitgevoerd in China waarbij de *all-fours*-positie wordt vergeleken met rugligging, maar waarbij primair is gekeken naar (en dus gepoetst op) perineumletsel.⁷ Het optreden van schouderdystocie was een van de secundaire uitkomsten: in de rugligging-groep trad vier keer een schouderdystocie op (4/440, 0,9%), versus nul keer in de *all-fours*-groep (0/446, 0%). Dit was niet significant verschillend. In deze studie werden in de *all-fours*-groep overigens ook minder spoedsectio's verricht (0% versus 1,4%) en vaker een intact perineum gezien (33,2% versus 14,8%) (beide significante verschillen, maar *GRADE very low*).⁷ Er zijn op dit moment overigens geen studies die onderzocht hebben wat de optimale baringshouding is om een schouderdystocie op te heffen. Er kan dus geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van een *all-fours*-positie in vergelijking met rugligging bij het opheffen (behandeling) van een schouderdystocie. De richtlijn adviseert de verschillende baringshoudingen voorafgaand aan de partus met de patiënt te bespreken, waarbij in gedachten moet worden genomen dat de *all-fours*-positie als prettig maar ook als ongemakkelijke ervaren kan worden (voor zowel patiënt als zorgverlener).

Deliver through-strategie versus wachten op de volgende wee

Zodra het caput geboren wordt, zijn er twee mogelijke bevallingsstrategieën:

1. wachten op ten minste één volgende wee (*hands off*-strategie) en daarbij de schouder voldoende tijd geven om te roteren (en vervolgens in te dalen), of
2. zodra het caput geboren is, deze sacraalwaarts te bewegen totdat de

voorst schouder bij het ostium vaginae verschijnt (*deliver through*-strategie). De richtlijn adviseert om de *hands off*-strategie te gebruiken ter verkleining van de kans op schouderdystocie. De gedachte is dat indien niet gewacht wordt, het kan zijn dat de schouders (nog) niet gerooteerd zijn, en dat hierdoor de voorste schouder juist tegen de symfyse wordt getrokken.

Dit wordt ondersteund door de beschikbare literatuur: de *hands off*-strategie lijkt positieve effecten te hebben op het reduceren van schouderdystocie en foetale morbiditeit. Een meta-analyse uit India door Huang et al uit 2018 laat zien dat er minder claviculafracturen zijn (0,06% versus 0,3%, RR 0,19; 95% BI 0,07 tot 0,51) en minder plexusletsel optreedt (0% vs 0,09%, RR 0,20; 95%BI 0,04 tot 1,10, *GRADE low*).⁸ Een Chinese studie uit 2017 onderzocht het effect van de *hands off*-strategie versus de *deliver through*-strategie op de uitkomst schouderdystocie.⁹ Zij lieten zien dat een schouderdystocie in 0/364 (0%) vrouwen optrad bij een expectatief (*hands-off*) beleid, in vergelijking met in 4/257 (0,02%) vrouwen na de *deliver through*-strategie ($p=0,03$). Het interval tussen geboorte caput en schouder kan lang duren bij een *hands off*-strategie. In 96,7% van de gevallen duurde het hoofd-tot-schouderinterval maximaal 150 seconden; slechts bij 3,3% duurde dit interval langer dan 150 seconden. Een dergelijk hoofd-tot-schouderinterval is voor Nederlandse begrippen vrij langdurig, maar er zijn geen aanwijzingen dat dit nadelige (neonatale) effecten heeft.

Teamtraining bij schouderdystocie

Er is slechts beperkt onderzoek gedaan naar het effect van teamtraining op neonatale en maternale uitkomsten.¹⁰⁻¹² Drie pre-poststudies (studies die neonatale uitkomsten vergeleken voor en na implementatie van een trainingsprogramma gericht op schouderdystocie) laten alle drie positieve effecten zien van een teamtraining op het aantal fracturen (clavicula en humerus) en plexusletsel. Teamtraining lijkt daarnaast bij te dragen aan tevredenheid

Wat moet u weten voor de voortgangstoets?

Vraag: U ziet op het spreekuur een zwangere vrouw, AD 35+6, met in de voorgeschiedenis een schouderdystocie (partus bij AD 40+6, handelingen ingezet: McRoberts, supra-pubische impressie, enter manoeuvres (Woods, Rubin), uiteindelijk achterste arm afgehaald. Geboortegewicht 3980 gram. Er is geen sprake van neonataal restletsel). In de huidige graviditeit is er bij AD 35+6 sprake van een AC op P58 en EFW P42. Wat bespreekt u met patiënte over wel of niet eerder inleiden om een schouderdystocie te voorkomen in de huidige graviditeit?

Antwoord: Bespreek het herhaalrisico van een schouderdystocie (5-12%) en bespreek de verschillende manieren om te bevallen en bevalhoudingen (wel/niet op *all-fours*) en maak samen een bevalplan. Bespreek met vrouwen die een schouderdystocie in de voorgeschiedenis hebben, dat er geen onderzoek is over de optimale modus partus en timing van de bevalling in een volgende zwangerschap. Indien er sprake is van een verwachte macrosomie, wordt de kans op een schouderdystocie en complicaties daarvan mogelijk kleiner door inleiden voor de à terme datum (waarbij een termijn tussen de 37 en 39 weken overwogen kan worden).

en zelfvertrouwen van de zorgprofessional (*GRADE very low*). De lage bewijskracht wordt veroorzaakt door het studiedesign en dient hierbij in acht genomen te worden.

Referenties

1. Colombara DV, Soh JD, Menacho LA, Schiff MA, Reed SD. Birth injury in a subsequent vaginal delivery among women with a history of shoulder dystocia. *J Perinat Med* 2011; 39(6): 709-15.
2. Overland EA, Spydslaug A, Nielsen CS, Eskild A. Risk of shoulder dystocia in second delivery: does a history of shoulder dystocia matter? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(5): 506 e1-6.

3. Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (5): CD000938.
4. Gonen O, Rosen DJ, Dolfin Z, Tepper R, Markov S, Fejgin MD. Induction of labor versus expectant management in macrosomia: a randomized study. *Obstet Gynecol* 1997; 89(6): 913-7.
5. Tey A EN, Blanco JD. A prospective randomized trial of induction versus expectant management in nondiabetic pregnancies with fetal macrosomia [abstract]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;172:293.
6. Boulvain M, Senat MV, Perrotin F, et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 385(9987): 2600-5.
7. Zhang H, Huang S, Guo X, et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery* 2017; 50: 117-24.
8. Huang JH. Effects of improved natural delivery mode on the delivery outcome of primipara. *J Qilu Nurs* 2014;20:11-13
9. Zhang H, Zhao N, Lu Y, Chen M, Guo Z, Ling Y. Two-step shoulder delivery method reduces the incidence of shoulder dystocia. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2017; 44(3): 347-52.
10. Crofts JF, Lenguerrand E, Bentham GL, et al. Prevention of brachial plexus injury-12 years of shoulder dystocia training: an interrupted time-series study. *BJOG* 2016; 123(1): 111-8.
11. Dahlberg J, Nelson M, Dahlgren MA, Blomberg M. Ten years of simulation-based shoulder dystocia training- impact on obstetric outcome, clinical management, staff confidence, and the pedagogical practice - a time series study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18(1): 361.
12. van de Ven J, van Deursen FJ, van Runnard Heimeel PJ, Mol BW, Oei SG. Effectiveness of team training in managing shoulder dystocia: a retrospective study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29(19): 3167-71.

ntog 22/8 MARC-JAN JANSSEN

U ligt op mijn handdoek

'Onze cartoonist' Marc-Jan Janssen tekent over van alles. In 2020 verscheen zijn eerste cartoonbundel *Brommers kiek'n*, met daarin een verzameling van zijn beste tekeningen. Na de publicatie kwamen jaren die grotendeels gedomineerd lijken door corona. Ook tijdens de lockdowns is Janssen blijven tekenen, met als resultaat een nieuwe bundel. In *U ligt op mijn handdoek* vind je zeker een aantal prenten over corona, maar ook heel veel over alledaagse onderwerpen, zoals dating, lentekriebels, schurende relaties en opgroeiende pubers. Janssens werk wordt gepubliceerd in dagblad *de Stentor*, in meerdere tijdschriften en vakbladen zoals die van ons. Hij is vooral bekend van opinie-site jooop.nl van BNN/VARA, waarop zijn cartoons vrijwel dagelijks verschijnen en van zijn cartoons op Twitter die gepost worden onder de hashtag #DeCartoonVanMarc.

Vraag je Marc-Jan Janssen wanneer hij is gaan tekenen dan vertelt hij over de tijd dat hij als gynaecoloog oncoloog in London woonde en werkte. Zijn vrouw en twee dochters waren in Nederland gebleven. Om zijn kinderen

op de hoogte te houden, tekende hij dagelijks, in de bus van en naar zijn werk, een tekening. Na terugkeer in Nederland is hij blijven tekenen. Stel je dezelfde vraag aan zijn moeder, dan haalt ze een doos met school-schriftjes tevoorschijn. In geen van de schriftjes staan aantekeningen maar wel heel veel prenten, schetsen, kari-

katuren en cartoons. Kortom, hij tekent al zijn hele leven.

U ligt op mijn handdoek

Marc-Jan Janssen

€15,00

ISBN : 9789493245648

Uitgeverij: Palmstag





Ethiek doceren bij geneeskunde

drs. Marcel Zuiderland

Ik ben een modern verschijnsel. Althans, binnen de geneeskunde. Hoewel ethiek al zo oud is als de mensheid en medische ethiek zo oud als de geneeskunde, staan er pas sinds het einde van de twintigste eeuw docenten ethiek voor de klas bij de opleiding.

Sinds mensenheugenis worden we al ziek. Mensen braken botten, liepen infecties op, raakten gewond, hadden epileptische aanvallen, et cetera. Iedere samenleving had daarom een 'medisch specialist'. Dat was iemand met praktische kennis. Bijvoorbeeld om botten te zetten of om de geneeskraft van kruiden in te zetten. De specialist was ook altijd iemand met 'magische kennis'. Ziekte werd in de voor-industriële samenlevingen vaak begrepen als een invasie van kwade krachten of demonen. De medisch specialist kende 'magische technieken' om die uit te bannen. Maar naast dit scala aan praktische en magische kennis, hadden ze ook al elementaire ideeën over de arts-patiënt relatie.

Pas met Hippocrates (460-370 v. Chr.) ontstond een geneeskundige praktijk die voornamelijk natuurlijke oorzaken aanwendde ter verklaring van ziekte. Net als de magisch specialisten had Hippocrates ook zijn ideeën over de juiste omgang met patiënten. Zijn geschriften¹ kunnen we als de geboorte van de 'medische ethiek' zien. Een traditie die zich via een lange lijn van medisch specialisten tot ver in de twintigste eeuw heeft voortgezet.

Medische etiquette

Maar deze eeuwenlange traditie van medische ethiek kwam in de kern eigenlijk neer op 'medische etiquette': regels voor artsen, door artsen. Met 'filosofische ethiek' had het weinig van doen. Geneeskundige specialisten van destijds hadden daar ook geen behoefte aan. Van oudsher was de geneeskunde een redelijk gesloten genootschap. Buitenstaanders die geen verstand van medische zaken hadden,

werden stelselmatig geweerd. Hun bemoeizucht zou alleen maar verstoren. De meeste artsen waren overtuigd van hun integriteit en intelligentie om moeilijke morele problemen zelf op te kunnen lossen.

Barstjes in dat ongenaakbare harnas van zelfvertrouwen verschenen na een reeks van medische innovaties, halverwege de twintigste eeuw. Vóór die innovaties was het adagium 'save lives'. Het redden van levens was de 'heilige graal' van de geneeskunde. Maar vanwege die innovaties werden er steeds meer levens gered, waarvan men zich achteraf afvroeg of het wel zo goed was geweest om ze te redden. Een reeks aan tragische gevallen bracht de geneeskunde zichzelf in verlegenheid met haar nieuwe ongekende vermogen om levens te redden. De medische wereld was ook geschokt toen rond diezelfde tijd bekend werd dat er niet altijd even 'netjes' met proefpersonen bij medisch-wetenschappelijk onderzoek werd omgesprongen. Na de publicatie in 1966 van Henry Beecher in *NEJM*, waarin hij een aantal van dergelijke onderzoeken rapporteerde, besepte de geneeskunde dat ze ten onrechte had gedacht dat de Neurenberg-code uit 1947 alleen voor de Nazi's was opgesteld.

Geboorte bio-ethiek

Zo rond de jaren zeventig is het een, vooralsnog kleine, groep medici die specialisten buiten de geneeskunde uitnodigt om na te denken over de problemen waar de moderne geneeskunde mee geconfronteerd werd. Deze specialisten kwamen vooral uit de hoek van de filosofie en theologie.² Die uitnodiging kan worden gezien als de geboorte van 'bio-ethiek'. Sinds die geboorte is ethiek-onderwijs geleidelijk een vast onderdeel bij de opleiding geneeskunde geworden. Niet alleen door de ethici, maar ook inmiddels wordt ook door de meeste medici het belang erkend om artsen op te leiden die naast medisch bekwaam, tevens moreel competent en sensitief zijn.

Als ik nu kijk naar de lessen ethiek die ik geef in de bachelor van geneeskunde, dan vraag ik af en toe af of ik daarmee veel bijdraag aan de ontwikkeling van die 'morele competentie en sensitiviteit'. Ja, ik leer ze de uitgangspunten van de principe-ethiek: respect voor autonomie, welzijn, niet-schaden en rechtvaardigheid. Op tentamen reproduceren ze dat meestal uitstekend, indien ze het goed uit hun hoofd hebben geleerd. Maar hoe je in de praktijk nu 'autonomie' respecteert... bijvoorbeeld als je twijfels hebt bij de wilsbekwaamheid van een patiënt. Of hoe je om kunt gaan met botsende opvattingen over 'welzijn' en 'niet-schaden'... Dat zijn vragen waar artsen in de praktijk mee te maken krijgen, en die niet zijn op te lossen de vier principes af te vinken.

Moreel beraad

Nu klink ik misschien al te pessimistisch over mijn eigen onderwijs. Op het VUmc, waar ik les geef, maken studenten in de master ook kennis met het 'moreel beraad'. Een methode die meer recht doet aan de morele complexiteit van de geneeskundige praktijk. Via een moreel beraad leren studenten samen de 'morele ruimte' van een casus te exploreren. Met een gespreksleider gaan studenten samen op zoek naar de woorden die articuleren wat er 'op het spel staat' voor de stakeholders in de casus. In het samen verkennen van de 'morele horizon', het zoeken naar passende woorden voor het 'goede' en het 'juiste', ontwikkelen studenten hun morele sensitiviteit. Ze gaan begrijpen dat het goede niet naadloos uit de vier principes is af te leiden. Dat het iedere keer weer via dialoog en verkenning gestalte moet krijgen. En daar worden ze, na ieder moreel beraad, steeds beter in. Als het om het ontwikkelen van morele competentie gaat, dan biedt het 'moreel beraad' een goede didactische aanloop. Maar 'authentieke' morele ontwikkeling kan eigenlijk alleen maar via de deugdeethiek geschieden. Deug-



©marcjanjanssen.com

dethiek is echter moeilijk als een onderwijsvorm in te richten. Je kunt studenten weliswaar leren wat deugdethiek is door ze op Aristoteles te wijzen. Ze te vertellen dat het er voor Grieken minder toe deed hoe je 'juist' moest handelen, maar dat voor hen de vraag centraal stond 'hoe word je een goed mens'. Aristoteles vroeg zich af welke karakterkwalificaties een mens diende te ontwikkelen om het 'goede leven' te bereiken. Het 'goede handelen' werd afgemeten aan de mate waarin het bijdroeg aan het worden van een 'goed persoon'.

Aristoteles

Daarom is deugdethiek moeilijk als onderwijsvorm aan te bieden. Een eerlijk, waarachtig en moedig persoon, werd je volgens Aristoteles niet door uit de boeken te leren dat moed en waarachtigheid belangrijke deugden zijn, maar door lering te trekken uit het gedrag van moedige en waarachtige personen; door in hun nabijheid te verkeren, en te zien hoe moed en waarachtigheid in concrete situaties worden 'geleefd' door deze personen. Voor

iedere geneeskunde student zou het betere ethiek onderwijs bestaan uit meelopen met artsen die via de zorg voor hun patiënten en collega's het 'goede leven' leven. Misschien kan je ze 'Aristotelische Zorgverleners' noemen. Specialisten en verpleegkundigen die door iedereen als een 'goed persoon' worden herkend.

Zoals gezegd, het is moeilijk een onderwijsvorm te ontwerpen die studenten in de gelegenheid stelt zich door het karakter van de Aristotelische Zorgverlener te laten vormen. Maar we kunnen beginnen in de opleiding met het verzamelen van verhalen over zorgverleners wier persoon en handelen tot de morele verbeelding spreken. Die verhalen kunnen we samen met studenten bespreken. Als we daar mee beginnen in het ethiek onderwijs, dan gaan ze de principes op den duur vanzelf wel begrijpen.

Voetnoten

1. Het is overigens de vraag of het 'Corpus Hippocraticum' van zijn hand is. Men vermoedt dat het zijn naam draagt omdat hij de teksten heeft verzameld en gebundeld.

2. In tegenstelling tot de filosofie, die zich in die tijd voornamelijk met 'meta-ethische' vraagstukken bezighield, kende de theologie nog een levende en rijke traditie van 'praktische ethiek'.

De auteur

Marcel Zuiderland (zuijd.nl) is wetenschappelijk docent bij Amsterdam UMC, locatie VUMC, afdeling Ethiek, Recht & Humaniora. Hij schrijft geregeld voor NRC en Trouw. Voor het NTOG levert hij bijdragen op het vlak van bio- en medische ethiek.

De cartoonist

Marc-Jan Janssen (marcjanjanssen.com) is gynaecoloog-oncoloog en verbonden aan Medisch Spectrum Twente. Marc-Jan heeft altijd een potlood en een schetsboek bij zich. Heeft zichzelf tekenen geleerd. Zijn cartoons zijn te zien op de site van BNN/VARA www.joop.nl en in verschillende tijdschriften, waaronder het NTOG.



dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar
redacteurs

Seks en de sectio

'Save your love channel, have a caesarean.' Met deze toch al dubieuze slogan promootten Braziliaanse privé-klinieken ooit hun sectio's. Maar op basis van de resultaten van een grote Britse studie mag deze slogan nu definitief de prullenbak in.¹ In deze cohort-studie werden bij aanvang meer dan 10.000 vrouwen geïncludeerd. Zij werden tot 18 jaar na hun partus gevolgd via vragenlijsten over onder andere seks. Er bleek uit de vragenlijsten geen verschil in seksueel welbevinden of frequentie van seks tussen deze groepen.

Wel werd er elf jaar na de sectio vaker vaginale pijn tijdens de seks gerapporteerd (OR 1,74 (95%BI 1,46-2,08) dan na vaginale baring. Omdat het een observationele en geen gerandomiseerde studie was, is het de vraag of deze vrouwen meer pijn hadden door de sectio of dat ze juist een verhoogd risico op sectio hadden door de pijn (bij bijvoorbeeld vaginisme).

Hoe dan ook lijkt een sectio de seksuele functie niet te verbeteren. De auteurs geven aan dat hun resultaten juist een aanleiding kunnen zijn om met de patiënt het gesprek aan te gaan over dyspareunie na een sectio.

Referentie

1. Martin FZ, Madley-Dowd P, Ahlqvist VH, Jónsson-Bachmann E, Fraser A & Forbes H. Mode of delivery and maternal sexual wellbeing: A longitudinal study. BJOG. 2022;129:2010-2018

De toegevoegde waarde van p16 immunohistochemie bij de beoordeling van CIN

Het aantal verwijzingen voor colposcopische beoordeling is afgelopen jaren sterk gestegen ten gevolge van de invoering van high-risk humaan papillomavirus (HPV) screening binnen het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Hierdoor loopt een grotere groep vrouwen een verhoogd risico op overbehandeling van cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN). Cervixafwijkingen worden histologisch geclassificeerd middels het driegradige classificatiesysteem; CIN1, CIN2 en CIN3, waarbij CIN2 een

slecht reproduceerbare categorie is. Het te volgen beleid (behandeling of follow-up van CIN) is in hoge mate afhankelijk van juiste beoordeling van cervix biopoten door de patholoog. Voor morfologische beoordeling van dit weefsel wordt standaard gebruik gemaakt van een hematoxyline-eosinekleuring (HE). Deze beoordeling is subjectief en er is sprake van een hoge inter- en intra-observer variabiliteit, met name bij beoordeling van kleinere weefselfragmenten zoals een biopt. In toenemende mate wordt er daarom gebruikgemaakt van immunohistochemische kleuringen. Tumorsuppressoreiwit p16INK4a (p16) is een surrogaatmarker voor HPV-oncogene activiteit. In deze studie is gekeken naar de toegevoegde waarde van p16-immunohistochemie bij de beoordeling van CIN.²

HE-kleuringen van histologische samples van 326 high-risk HPV-positieve patiënten werden centraal gereviseerd en er werd een aanvullende p16-immunohistochemische kleuring op het histologische weefsel verricht. De patholoog beoordeelde de biopoten volgens het CIN classificatiesysteem. Daarnaast werd gekeken naar hoe zeker de patholoog was van zijn of haar diagnose.

Door toevoeging van een weefselcoupe met p16 immunohistochemie aan de reguliere beoordeling van de HE-kleuring, werd er in 27,3% van de casus (n=89) een andere diagnose gesteld in vergelijking met de beoordeling van alleen de HE-kleuring. Er werd een afname van CIN1 en CIN2 diagnoses gezien van 34,5% (n=18) en 22,7% (n=15). Daarnaast werd vaker vastgesteld dat er geen CIN aanwezig was, of dat er sprake was van een CIN3, met een toename van 18,3% (n=18) en 20,7% (n=19). De zekerheid waarmee een patholoog de diagnose stelde nam toen gevolg van de toevoeging van p16-immunohistochemie.

Door de toevoeging van p16-immunohistochemie aan de standaard HE-kleuring kan er een duidelijker verschil gemaakt worden tussen CIN-laesies die wel of geen behandeling behoeven, waardoor overbehandeling en onnodige follow-up kan worden verminderd. Ook maakt de toevoeging van p16-immunohistochemie de follow-up, in plaats van behandeling,

van CIN2 veiliger. Daarnaast ervaart de patholoog door toevoeging van p16-immunohistochemie meer zekerheid over een diagnose. Dit werd met name als voordeel gezien bij de beoordeling van kleine biopoten.

Referentie

2. Renee M.F. Ebisch et al. Adjunctive use of p16 immunohistochemistry for optimizing management of CIN lesions in a high-risk human papillomavirus-positive population. Acta Obstet Gynecol Scand. 2022;101:1328-1336.

Inductie van de baring bij onrijpe cervix: balloncatheter net zo veilig en effectief als vaginale prostaglandinen?

Steeds meer baringen worden ingeleid, ook bij een onrijpe cervix. De richtlijn, methoden van inductie van de baring 2.0 van de NVOG, doet de volgende aanbeveling bij een onrijpe cervix:

'Men dient het gebruik van mechanische methoden als veilig en effectief te beschouwen, waarbij de voorkeur uitgaat naar een Foley-katheter ingebracht door de cervix, gevuld met 30 ml. Men dient hierbij de mogelijke langere inductieduur af te wegen tegen het lagere risico op hyperstimulatie vergeleken met prostaglandines.' Deze aanbeveling is gebaseerd op evidence uit meerdere gerandomiseerde trials. Evidence op basis van individuele patiënten data ontbrak tot op heden.

Recent werd in *The Lancet* de individual participant data meta-analyse (PROSPERO, CRD42020179924) gepubliceerd. Deze IPD meta-analyse inclueerde gerandomiseerde studies die inductie met ballonkatheter vergeleken met inductie met vaginaal toegediende prostaglandinen (E1=misoprostol en E2=dinoprostol).³ Geëxcludeerd werden studies waar mechanische en hormonale cervicale rijping werden gecombineerd en waar hoge doseringen misoprostol (>50 microgram per 4 uur) werden gebruikt. Er werd niet geëxcludeerd op basis van pariteit dan wel het gebroken zijn van de vliezen. Primaire uitkomstmaten waren het percentage sectio's en perinatale en

maternale morbiditeit.

Er werden in totaal twaalf studies geïncludeerd met gegevens van 5460 patienten. Drie van de twaalf studies betroffen de Nederlandse Probaatstudies van Jozwiak et al. Het gebruik van ballonkatheters leidde niet tot een hoger percentage sectio's (12 trials, 5414 vrouwen; crude incidence 27,0%; adjusted OR [aOR] 1,09, 95% CI 0,95-1,24; $I^2=0\%$) dan wel maternale morbiditeit (tien trials, 4326 vrouwen, crude incidence 22,7%; aOR 1,02, 95% CI 0,89-1,18; $I^2=0\%$). Het gebruik van een ballonkatheter leidde wel tot minder perinatale morbiditeit (tien trials, 4452 neonaten, crude incidence 13,6%; aOR 0,80, 95% CI 0,70-0,92; $I^2=0\%$). Naar aanleiding van deze studie wordt de aanbeveling uit de Nederlandse richtlijn, waarbij de voorkeur uitgaat naar het gebruik van een Foley-katheter, gesteund.

RvdL

Referentie

3. Madeleine N Jones et al. Balloon catheters versus vaginal prostaglandins for labour induction (CPI Collaborative): an individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials. Lancet Vol 400, issue 10364, page 1681-1692, nov 12, 2022.

G₂

Antwoorden Gynfeud 17

Antwoord op vraag 1: a

Fac simile betekent in het Latijn: maak gelijk

Antwoord op vraag 2: c.

Het is de Latijnse benaming voor Den Haag, gesticht in de 13e eeuw (1248). Op deze kaart is op de plaats waar nu het Westeinde Ziekenhuis (het vroegere katholieke Johannes de Deo) staat, nog slechts weiland en een rond bos (links op de kaart). Het vroegere Zuidwal Ziekenhuis (later gemeenteziekenhuis Leyenburg/ Haga Ziekenhuis) stond bij de kerk helemaal links.



