

ntog 2021

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Themakatern Duurzaamheid

tweede editie 2021

Met in dit nummer

- De duurzame gynaecoloog
- Een levenscyclusanalyse van de partusset
- SAFE@Home: een studie naar digitale zorg en duurzaamheid
- Hoe duurzaam is jouw afdeling en ziekenhuis?
- Four is a crowd?!
- Overbevolking is niet het grootste probleem
- Mag dat nog, kinderen krijgen?
- Placenta-echografie in de Nederlandse obstetrische zorg; op zoek naar lacunes
- Twee patiënten met een bijzondere Lipschütz ulcus
- Alternatieve bekostigingsmodellen geboortezorg onder de loep genomen

PostNL - Port betaald



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

Colofon

REDACTIE

V. Mijatovic, hoofdredacteur (mijatovic@ntog.nl)
 J.W.M. Aarts, adjunct-hoofdredacteur
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 S.J. Tanahatoe, voorzitter deelredactie vpg
 F. Vernooij, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 R. van de Laar, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 F. Yarde, namens VAGO
 A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur UNO
 A.W. Kastelein, rubrieksredacteur UNO
 J. Lind, rubrieksredacteur Gynfeud
 M.J. Janssen, illustrator
 A.C.M. Louwes, communicatieadviseur NVOG

LEDEN DEELREDACTIES

O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige
 N.O. Alers, aios perinatologie
 R.L.M. Kurstjens, voortplantingsgeneeskundige
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige
 S.M. Mourad, gynaecoloog
 A.M. van Oers-Zandvliet, voortplantingsgeneeskundige
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog
 B.B. van Rijn, redacteur perinatologie
 W.A. Spaans, gynaecoloog
 F. Hinten, gynaecoloog
 W.B. de Vries, kinderarts-neonataloge
 W.A. Spaans, urogynaecoloog

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

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

Standaard € 201,-. Studenten € 88,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 88,00. Buitenland € 305,-. Studenten buitenland € 155,-.
 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

OPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1.850 ex., 8 x per jaar.
 NTOG vol.134#8 verschijnt 4 december 2021.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd 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

Overbevolking, Van Beek images

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Norgine | *Angusta*
 Gedeon Richter | *Health is our mission*
 Besins Healthcare | *Oestrogel + insert*
 Ferring Pharmaceuticals | *Rekovelle*
 Hologic | *Fluent*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Thema editorial

332 **Gynaecologenhumor** | dr. Annemijn Aarts

Bestuur NVOG

333 **De 13-wekenecho: even bijpraten**
 prof. dr. Christianne de Groot | dr. Monique Haak | prof. dr. Mireille Bekker *et al.*

Kort Nieuws

334 **Griepvaccinatie voor zwangere vrouwen vanaf 22 weken | Oplossingen voor capaciteitsprobleem verloskunde | BBC-kwartalbijeenkomst registratie- en declaratieregels | Kies Groene Gynaecoloog-AIOS (of vakgroep) 2021 | NVOG-activiteiten-agenda | De zorg kleurt groen | Verruiming coulancregeling herregistratie | Kwaliteitsvisities in 2021 nog digitaal | Gynfeud 8 | O wee**

Actueel

336 **ENTOG: nieuwe president & exchange in Griekenland**
 Ferry Boekhorst | Lisanne Martens

In Memoriam

337 **Prof. dr. Henk J. Huisjes**
 Gerard H.A. Visser

Concreto

340 **Wat is de invloed van de COVID-19-pandemie op de opleiding tot gynaecoloog?**
 drs. C. Vermeulen | dr. M. Braakhekke

Actueel

342 **Eerst kijken dan kunnen we altijd nog zien**
 drs. Mieke Kerkhof

Ingezonden

343 **Best practice uit het OOR-ZON: de clusterevaluaties**
 drs. Nienke Zwakman | dr. Loes Monen

Koepel Opleiding

346 **FMS-project Opleiden 2025: voor ons!**
 dr. Hein Brackel

Koepel Opleiding

348 **Hoe kunnen we simulatieonderwijs verder opnemen in LOGO?**
 dr. I. Scholten

Themanummer Duurzaamheid

350 **De duurzame gynaecoloog | Een levenscyclusanalyse van de partusset**

352 **SAFE@Home: een studie naar digitale zorg en duurzaamheid**

354 **Hoe duurzaam is jouw afdeling en ziekenhuis?**

356 **Four is a crowd?!**

357 **Overbevolking is niet het grootste probleem**

358 **Mag dat nog, kinderen krijgen?**

359 **Vanuit het NVOG-bestuur**

360 **Reactie VAGO-werkgroep Innovatie & Duurzaamheid**

Oorspronkelijke artikelen

362 **Placenta-echografie in de Nederlandse obstetrische zorg; op zoek naar lacunes**
 dr. V.M.M.M. Schiffer | A.J.M. Derickx | drs. M. van der Wiel *et al.*

368 **Twee patiënten met een bijzondere Lipschütz ulcus**
 drs. H.S. Zelisse | drs. K. Bergsma | drs. A.M.L.D. van Haften-de Jong

372 **Alternatieve bekostigingsmodellen geboortezorg onder de loep genomen**
 dr. E.F. de Vries | prof. dr. C.A. Baan | dr. J.N. Struijs

378 **(Retros)pectoscopie. Een interview met Jos van Roosmalen**
 prof. dr. Thomas van den Akker

Boekbespreking

383 **Lege Artis** | Ria Dubbeldam

Column

384 **'Ga nou eerst eens even zitt'n...'** | drs. Mieke Kerkhof

Hora Est

385 **Digital health in obstetric care** | Hans van den Heuvel
Antwoorden Gynfeud 8

OB GYN

386 **Florescentiegeleide debulking | Risico op miskraam na COVID-19-vaccinatie net voor of tijdens begin zwangerschap: geruststellende eerste observaties | Alle jonge vrouwen screenen op SOA?**
 dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar *redacteurs*

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. De NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepassing van kennis en kunde in de uitoefening van het specialisme Obstetrie en Gynaecologie te stimuleren en de maatschappelijke belangen van beoefenaars van het specialisme

Obstetrie en Gynaecologie en in het bijzonder van haar leden te behartigen. De vereniging wil dit doel bereiken door het houden van wetenschappelijke bijeenkomsten; het publiceren van wetenschappelijke artikelen; het houden van toezicht op de nascholing van opgeleide specialisten; het behartigen van de belangen van de specialisten, alsmede de beoefenaars van dit specialisme, en in het bijzonder de leden van de NVOG, bij daarvoor in aanmerking komende organen en instanties.



Gynaecologenhumor

dr. Annemijn Aarts *adjunct-hoofdredacteur NTOG*

Heel recent stond ik op een borrel met veel oud-collega's. Ja ja, we stonden weer live bij elkaar. Buiten dat het leuk was om met iedereen bij te praten, was er ook weer plaats voor goede gynaecologische borrelpraat. Een soort festival van verbale lkjes met grappige anekdotes over een patiënte op de vulvapati, een verwijzing van de huisarts vanwege 'vaginale onvrede' of een patiënte onder spinale anesthesie die voor het 'sluiten' nog een rondje van de zaak wilde geven.

'Een vrolijk hart bevordert de genezing, maar een verslagen geest doet het gebeente verdorren', aldus de Bijbel (Spreuken 17:22). Of lachen daadwerkelijk de gezondheid bevordert wordt betwist. In kleinschalige, methodologische zwakke, studies hebben onderzoekers gepoogd de gezondheidseffecten aan te tonen van lachen. Het cortisol en adrenaline van de proefpersonen daalden (minder stress) en de productie van groeihormonen en endorfinen stegen. Dit zou het immuunsysteem kunnen versterken. Een groot onderzoek onder drieduizend mensen in Nederland vond dit echter niet terug: humor als stressverlager zorgde er niet voor dat mensen minder verkouden werden of minder griep kregen.¹ Dat zou nog eens een middel tegen COVID-19 uit onverwachte hoek zijn geweest.

Humor neemt in de huidige maatschappij alsook de zorg een belangrijke rol in en kan verschillende functies hebben. Zoals op de eerdergenoemde gynaecologenborrel geeft het natuurlijk vermaak en ontspanning. Toch zijn er ook meer serieuze functies. Ten eerste kan het ons als zorgverleners de benodigde spreekwoordelijke lucht geven. Vooral in (corona)tijden met hoge werkdruk en emoties is humor soms onontbeerlijk. NTOG-columnist Mieke Kerkhof citeerde al eerder de Duitse filosoof Theodor Lipps: 'Humor en

tragiek zijn twee zusters die niet van elkaar te scheiden zijn'.¹ Ten tweede kan humor ook dienen als verpakking om precieze politieke thema's aan te halen. Voor wie het boek *This is going to hurt* van Adam Kay kent, de cabaretier en voormalig aios gynaecologie weet dat hij op humoristische maar daardoor scherpe wijze de tekortkomingen van de NHS in Engeland aan de kaak stelt. Ten derde kan humor ook een goede manier zijn om informatie toegankelijker en interessanter te maken voor een groot publiek. Op de laatste NVOG-thema ALV over social media vertelden de twee dames van de podcast *DAMN HONEY* hoe zij op grappige wijze 'vrouwenproblemen' uit het taboe trekken en hoe zij vrouwen informeren wat wel of niet 'normaal' is.

Humor gebruiken wij dokters ook vaak in de spreekkamer. Een recent onderzoek onder Nederlandse oncologen laat zien dat 97 procent van hen een grap niet uit de weg gaat.² Een simpel grapje om het ijs te breken kennen we vast allemaal wel. Patiënten uit dit zelfde onderzoek gaven aan dat humor het gemakkelijker maakt om moeilijke onderwerpen, zoals seks of de dood, te bespreken. Bovendien maakt humor in hun ogen het gesprek met de arts persoonlijker en menselijker. Patiënten worden meer therapietrouw en vrouwen met ovariumcarcinoom gaven aan dat een grapje met hun arts de angst en stress rondom de behandeling en de ziekte deed verminderen.³ Kortom, lachen maakt je misschien niet letterlijk gezond; het kan wel degelijk positieve effecten hebben. Uiteraard moet je als arts aftasten in hoeverre een patiënt humor waardeert, maar uit bovenstaande onderzoeken blijkt dat die waardering er vaker wel dan niet is.

Gynaecologenhumor is een groot goed binnen ons vak. Wie er attent op is, zal zien dat humor in de gynaecologenpraktijk in een klein hoekje zit. Wie het

herkennen en beschrijven daarvan tot een kunst heeft verheven is onze columnist Mieke Kerkhof. Dus gaat u nog eens goed zitten voor de laatste twee NTOG-edities van 2021, waarin Mieke voor het laatst in haar column uw lachspieren op de proef zal stellen.

Referenties

1. Ellen Visser. *Lachen met de dokter*. de Volkskrant 5 juli 2019.
2. Buiting et al. *Humour and laughing in patients with prolonged incurable cancer: an ethnographic study in a comprehensive cancer centre*. *Qual Life Res* 2020; 29: 2425.
3. Rose et al. *The use of humor in patients with recurrent ovarian cancer: a phenomenological study*. *Int J Gynecol Cancer* 2013; 23: 77.

De 13-wekenecho: even bijpraten

prof. dr. Christianne de Groot, dr. Monique Haak, prof. dr. Mireille Bekker en prof. dr. Eva Pajkrt



Vanaf 1 september j.l. hebben zwangeren in Nederland de keuze om bij dertien weken een echografisch onderzoek te laten verrichten om grove structurele afwijkingen in een vroegtijdig stadium te detecteren.¹ Deze vroege eerste trimester SEO (ETSEO) vindt plaats in het kader van wetenschappelijk onderzoek: de IMITAS-studie.

Het aanbod om een 20-wekenecho (SEO) en de NIPT te laten verrichten blijft bestaan. Bij de 20-wekenecho kunnen meer details gezien worden zoals hart- en hersenafwijkingen.² De NIPT heeft als doel de detectie van chromosoomafwijkingen zoals down-, edwards- en patausyndroom. De 13-wekenecho is dus geen vervanging voor de 20-wekenecho of de NIPT. Naar verwachting zal ongeveer 5 procent van de zwangeren die een 13-wekenecho ondergaan, verwezen worden naar een centrum voor prenatale diagnostiek vanwege de verdenking op afwijkingen. Daar zullen de artsen bijhouden welke afwijkingen bij deze termijn gedetecteerd worden en hoe zeker de prognose is in deze fase van de zwangerschap. Ook zullen zij bijhouden hoeveel vervolgonderzoeken er plaatsvinden totdat een zekere prognose is vast te stellen. Dit is één van de belangrijkste uitkomsten die de IMITAS-studie bestudeert.

Waarom de 13-wekenecho in wetenschappelijk onderzoek? We weten niet of de potentiële voordelen zoals de vroege detectie van aangeboren afwijkingen en daarmee meer 'bedenktijd' en mogelijkheden voor meer onderzoek door zwangeren ervaren worden als voordelen. Voorts is onbekend of er nadelen zijn zoals stress en onzekerheid bij de zwangere en haar naasten. De implementatiefase duurt tot 2024. Op basis van de uitkomsten van de studie zal de minister een besluit nemen of de 13-wekenecho na 2024 in de reguliere prenatale screening zal worden aangeboden.¹



Wat is de eerste indruk? De 13-wekenecho is nagenoeg probleemloos van start gegaan. De centra voor prenatale diagnostiek zijn in afwachting van hoeveel zwangeren en met welke problematiek er verwezen worden. Op dit moment wordt nog geschaafd aan de verwijsindicaties, maar in ieder geval hoort de incomplete ETSEO (ofwel een echo met inconclusieve beeldvorming) daar niet bij. Mocht een incomplete ETSEO optreden dan wordt herhaling geadviseerd maar is geen reden voor verwijzing. Daarnaast zijn er problemen opgetreden met koppelingen tussen verschillende systemen. Er wordt hard aan gewerkt om dit op te lossen.

Referenties

1. www.rivm.nl/nieuws/vanaf-1-september-kunnen-zwangeren-kiezen-voor-13-wekenecho
2. www.pns.nl/13-wekenecho/veelgestelde-vragen

Griepvaccinatie voor zwangere vrouwen vanaf 22 weken

De Gezondheidsraad heeft op 20 september 2021 het advies uitgebracht aan het ministerie van VWS om onder andere alle zwangere vrouwen vanaf 22 weken toe te voegen aan het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG). Dit was reeds van toepassing op zwangere vrouwen met onderliggende ziekten, zoals diabetes of hart- en longziekten. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat de nieuwe doelgroepen in het advies, waaronder de zwangere vrouwen vanaf 22 weken, in 2021 kosteloos de griepvaccinatie mogen halen. Zij mogen hiervoor tussen 1 oktober en 1 november 2021 zelf een afspraak maken bij hun huisarts. Meer info: www.gezondheidsraad.nl
Bron: NVOG

Oplossingen voor capaciteitsprobleem verloskunde

Het capaciteitsprobleem in de verloskunde is voor iedereen voelbaar. Het is een langer bestaand probleem, met name in de zomermaanden, maar door een geboortegolf en waarschijnlijk meer ziekteverzuim lijkt het probleem groter dan ooit. Heb jij suggesties hoe we de capaciteitsproblemen zowel regionaal als landelijk het hoofd kunnen bieden? Laat het ons weten! Astrid Vollebregt, voorzitter NVOG-bestuur.
Bron: NVOG

BBC-kwartalbijeenkomst registratie- en declaratieregels

Op woensdag 8 december a.s. vindt er weer een BBC-kwartalbijeenkomst plaats. Hier zullen de wijzigingen in registratie- en declaratieregels voor 2022 worden besproken en een aantal actuele onderwerpen, waaronder het capaciteitsmodel en CTG in de eerste lijn. De bijeenkomst start om 19.00 uur, je kunt zowel fysiek als digitaal deelnemen. Bij fysieke deelname is de inloop, met broodjes, vanaf 18.30 uur in de Domus Medica. De BBC adviseert dat elke maatschap hier minimaal één ver-

tegenwoordiger naar toe stuurt. Aanmelden kan tot de dag van de bijeenkomst. Info: bbc@nvog.nl.
Bron: NVOG

Kies Groene Gynaecoloog-AIOS (of vakgroep) 2021

Ben je of ken je een gynaecoloog-aios (of vakgroep) met een duurzaam hart en een goed idee of initiatief om de zorg duurzamer te maken? Doe dan mee aan de verkiezing Groene Gynaecoloog-AIOS (of vakgroep) 2021. In tegenstelling tot eerder bericht doen we de verkiezing dit jaar voor gynaecologen, aios of vakgroepen tezamen. Zorgprofessionals hebben vaak goede ideeën over hoe de zorg duurzamer en 'groener' kan. Zowel nieuwe ideeën als bestaande initiatieven die bedacht zijn door een gynaecoloog, aios of vakgroep zijn welkom. U kunt zelf een idee insturen of iemand anders nomineren voor de prijs. Zie voor meer informatie:

www.nvog.nl/koepels-en-pijlers/koepel-gynaecoloog-maatschappij/project-groep-gynae-goes-green of mail naar duurzaamheid@nvog.nl. De deadline voor het insturen is verlengd tot 1 november a.s. De nominaties worden beoordeeld door de projectgroep Gynae Goes Green en een ludieke prijs wordt uitgereikt in de ALV tijdens het Gynaecologisch congres op 18 november a.s.
Bron: NVOG

NVOG-activiteiten-agenda

- 17, 18 en 19 november 58e Gynaecologisch congres
 - 26 november Themamiddag Koepel Opleiding (15.30 tot 17.30 uur)
 - 8 december BBC-kwartalbijeenkomst (19.00 uur)
 - 9-10 december 39e Landelijke Opleidingsdagen
- Zie voor meer informatie de NVOG-activiteitenagenda op het besloten ledenportaal.

Owee

IKJE

Geboorteplaats

Tijdens het stofzuigen van de bovenetage valt mijn oog op het bureautje van mijn bijna tienjarige zoon. Er ligt een document van de zeilschool. Kennelijk mocht hij zelf de personalia invullen. Ik lees:

Naam: Bob
Geboortedatum: 20-12-2011
Geboorteplaats: Mama's Bed

Jeroen van Dillen

NRC 7-10-21

IKJE

Bij kennis

De operatie is bijna voltooid. De patiënte in kwestie is een vitale 84-jarige kastelein, die nog steeds actief is in haar eigen kroeg. Ze heeft een lokale verdoving gekregen en is dus bij kennis. Zoals gebruikelijk licht ik, gynaecoloog, de anesthesist in over de voortgang van de ingreep. „We gaan sluiten”, zeg ik. Dan hoor ik een enthousiast stemmetje vanonder het laken zeggen: „Ho, ho, dokter, eerst nog even een laatste rondje voor de hele zaak!”

Anne van Altena

NRC 13-9-21

Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jibz.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.

De zorg kleurt groen

Op het congres Duurzame zorg 2021 georganiseerd door het ministerie van VWS lanceerde Ronnie van Diemen, directeur-generaal Curatieve Zorg, de nieuwe site vergroendezorg.nl met de woorden 'Het doet ertoe dat de zorg het goede voorbeeld geeft.' Het congres vloeit voort uit het programma Green Deal Duurzame Zorg van VWS met de bedoeling positieve verandering op het gebied van duurzaamheid aan te jagen. Zorgprofessionals zijn de schakel naar verduurzaming in de zorg en cruciaal voor het succesvol implementeren van duurzame innovaties. Alle afspraken hierin zijn gebaseerd op de vier basisdoelen: CO₂-uitstoot terugdringen met 49 procent in 2030, circulair en maatschappelijk verantwoord inkopen, minder medicijnresten in grondwater, sloten en rivieren, en een gezonde werk- en leefomgeving voor zorgpersoneel en patiënten.

Steeds meer zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorginstellingen werken mee aan een duurzame zorgsector. Zo ondersteunt het Kennisinstituut van de Federatie het initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) om in 2021 te starten met het ontwikkelen van een leidraad voor het opnemen van een duurzaamheidsparagraaf in de richtlijnen van de snijdende specialismen.

Bron: FMS

Verruiming coulancregeling herregistratie

Het College Geneeskundige Specialisten (CGS) heeft in samenwerking met de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) de coulancregeling herregistratie verruimd. Door de nieuwe regeling kunnen geneeskundig specialisten en profielartsen in aanmerking komen voor een vermindering van maximaal 66 uren deskundigheidsbevordering. Het gaat om een korting van 3 uur per maand over de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021. Zie ook: www.demedischspecialist.nl/nieuws/regelgeving-herregistratie-verder-verruimd.

Bron: NVOG

Kwaliteitsvisitaties in 2021 nog digitaal

Voorlopig zullen de kwaliteitsvisitaties die dit jaar gepland staan digitaal worden afgenomen. Het NVOG-bestuur en het dagelijks bestuur Kwaliteitsvisitaties volgt hiermee het advies van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Ook de opleidingsvisitaties zijn tot 1 januari 2022 digitaal. Gevisiteerde vakgroepen worden/zijn geïnformeerd.

Bron: NVOG

Gynfeud 8

G₂

1. Wat is juist?

- a. multicysteus
- b. polycysteus
- c. multikysteus
- d. policysteus

2. Hoe heet een zelfstandig vasculaire eenheid aan de maternale zijde van de placenta?

- a. contyledon
- b. cotylodon
- c. cotilydon
- d. cotyledon

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 385.

dr. J. Lind



ENTOG: nieuwe president & exchange in Griekenland

Ferry Boekhorst *president van ENTOG, aios gynaecologie, Groene Hart ziekenhuis, Gouda*

Lisanne Martens *aios gynaecologie, Radboudumc, Nijmegen*

Ferry: 'Mijn avontuur in ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) begon in 2019 tijdens mijn uitwisseling in Katowice (Polen). Tijdens de aansluitende bijeenkomst in Warschau werd ik verkozen tot algemeen bestuurslid van ENTOG. In de afgelopen twee jaar heb ik mij in internationaal gezelschap mogen inzetten voor opleiden in heel Europa. ENTOG heeft als doelstellingen het harmoniseren en verbeteren van kwaliteit van de opleiding tot gynaecoloog in heel Europa, het stimuleren van uitwisseling van ideeën, kennis en ervaring en het faciliteren van uitwisseling en interactie tussen aios van onze 35 lidstaten. ENTOG vertegenwoordigt de stem van alle Europese aios in EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) met wie ENTOG ook samenwerkt op het gebied van kwaliteitsverbetering en harmonisering in opleiding.

Tijdens mijn eerste termijn heb ik me, naast het bijwonen van meerdere vergaderingen in Brussel en visitaties, beziggehouden met het verbeteren van de online zichtbaarheid van ENTOG op social media. In die periode is ook ons onderzoek over de invloed van de pandemie op de opleiding van gynaecologen in Europa gepubliceerd en is de workshop Teach the Breech tijdens het FIGO-congres georganiseerd (binnenkort in oktober, wereldwijd online en live in Leiden). Ook heb ik me bezig gehouden met het doorontwikkelen van het One2One-exchange project. Na mijn recente verkiezing tot president tijdens de bijeenkomst in Athene, heb ik nu de eer om met ENTOG de Europese gynaecoloog in opleiding uit het dal van de pandemie te trekken. Met mijn team ga ik ervoor zorgen dat ENTOG exchange Noorwegen 2022 alsnog een groots succes wordt! Daarnaast hebben we ons One2One-

exchange project weer herstart en we gaan werken aan twee nieuwe projecten: er komen (online) netwerkactiviteiten en samen met WATOG en FIGO willen we een One World exchange organiseren in Parijs in 2023. Dit jaar deden we twee Nederlandse aios mee aan de ENTOG-exchange in Griekenland; wat was het fijn om eindelijk weer zoveel collega's te mogen ontmoeten! Lisanne vertelt hieronder over haar ervaringen in Larissa. Ik wil ook andere aios uitnodigen tot meer betrokkenheid bij ENTOG en onze activiteiten. Heb jij ideeën, voorstellen, interesse in activiteiten en/of vragen dan staan wij altijd klaar om je te antwoorden. Registreer je op onze website voor de nieuwsbrief of volg ons op social media. *Get involved!*

Lisanne: 'Gelukkig kon deze zomer de ENTOG-exchange doorgaan en was ik een van de gelukkige deelnemers. Samen met drie andere aios obstetrie en gynaecologie uit Litouwen, Roemenië en Slowakije nam ik deel aan de exchange in het universitaire ziekenhuis van Larissa in Griekenland. Hier heb ik meegekeken op de OK bij sectio's en abdominale uterusextirpaties. Er worden weinig laparoscopische en vaginale uterusextirpaties verricht. De aios in Griekenland starten direct na de geneeskundestudie met specialiseren. De specialisatie bestaat uit een jaar algemene chirurgie, gevolgd door vier jaar obstetrie en gynaecologie. Aios draaien ongeveer vijf tot zes 24-uurs diensten per maand. Het gezondheidssysteem in Griekenland maakt dat patiënten geen verwijzing nodig hebben voor de gynaecoloog. Dit geeft een grote verscheidenheid aan indicaties en veel mensen komen met een spoedindicatie. Het sectiepercentage (ongeveer 50-65 procent) is aanzienlijk hoger dan in



ENTOG executive 2021-2022, v.l.n.r.: Mei Yee Ng (Ierland), Manuel Gonçalves Henriques (Portugal), Ferry Boekhorst (Nederland), Hajra Khattak (UK), Sofia Tsiapakidou (Griekenland).

Nederland. Opvallend is dat partners niet aanwezig zijn bij de bevalling. Dit is wegens de coronapandemie. Natuurlijk was er naast de tijd in het ziekenhuis ruimte voor sociale activiteiten. Voor alle Europese aios obstetrie en gynaecologie (ongeveer vijftig), die verspreid door Griekenland waren voor de exchange, werd een borrel in Athene georganiseerd. Een leuke manier om Europese collega's te ontmoeten en ervaringen te delen. De dag erna startte het EBCOG-congres en vond de wetenschappelijke bijeenkomst van ENTOG plaats met onder andere een echo- en laparoscopietraining en de jaarlijkse ENTOG-vergadering waar Ferry als president is benoemd. 's Avonds hadden we een galadiner met zicht op de Acropolis. Ik heb ontzettend genoten en veel geleerd! Niet alleen over het Griekse medische systeem, maar ook over dat van andere Europese landen. Ik kan iedereen aanraden om deel te nemen aan de exchange. Het is onvergetelijk.'

Contact

ferryboekhorst@gmail.com
 executive@entog.eu
 l.martens@radboudumc.nl

Prof. dr. Henk J. Huisjes

Op 17 juli 2021 is Henk Huisjes op 84-jarige leeftijd overleden. In zijn jonge jaren behoorde hij tot een aanstormende generatie obstetrici die het vakgebied moderniseerden en van nieuwe wetenschappelijke inzichten voorzagen.

Henk werd geboren in Haren en studeerde, specialiseerde en promoveerde in Groningen. Vervolgens werd hij aldaar lector, hoofd van de afdeling Obstetrie, hoogleraar, opleider en ten slotte kliniekhoofd. Hij bracht een sabbatical door in Ann Arbor, USA, was lid van diverse gezondheidsraadscommissies en voorzitter van de NVOG. Toen hij op 52-jarige leeftijd de meeste taken in Groningen had overgedaan aan zijn discipelen en zich afvroeg wat hij als hoofd van de kliniek nog kon bijdragen, werd hij decaan van de Faculteit Geneeskunde, en bleef dat tot zijn emeritaat. Zijn vroege vertrek uit de kliniek werd alom betreurd, ook door de ambitieuze staf die hij achterliet en later ook wel door hemzelf.

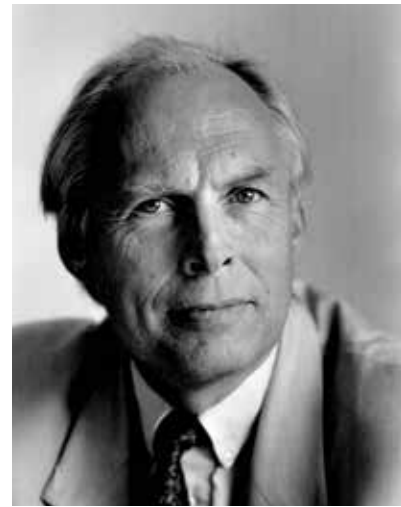
De jonge generatie waartoe Henk behoorde en die eind jaren 60 en begin jaren 70 van de vorige eeuw aantrad, veranderden de obstetrie wezenlijk. Ineens was de navelstreng niet meer altijd 50 centimeter lang en was een episiotomie niet altijd meer geïndiceerd (en hoefde ook niet meer na de geboorte gezet te worden, als dit voor die tijd vergeten was), om maar wat voorbeelden uit den lande aan te halen. Innovaties vielen samen met de ontwikkeling van nieuwe technologieën zoals CTG, microbloedonderzoek, prenatale diagnostiek en echoscopie.

Het adagium van Henk Huisjes was: zorg eerst dat de kliniek op orde is, organiseer daarna het onderwijs en vervolgens mag je beroemd worden in de wetenschap. Maar wel altijd in die volgorde. Latere decanen in den lande hebben mij weleens verteld dat dit nu achterhaald is, maar ik vraag mij af of zij zich niet vergissen. Zelf heeft Henk zich hier altijd strikt aan gehouden. Een strak geregelde patiëntenzorg, met een ochtendoverdracht die om exact 8 uur begon bij de eerste piepjes van

het 8 uur nieuws, patiëntenbesprekingen en grote visites; hij was er altijd. Het onderwijs innoveerde hij door in 1972 een onderwijscoördinator te benoemen in de Groninger Vrouwenkliniek, waarschijnlijk een van de eersten in het land. Het proefschrift van de eerste coördinator Herman van Rossum over probleemgeoriënteerd onderwijs in kleine groepen aan medische studenten verscheen in 1977 en werd door *Medisch Contact* als zeer opmerkelijk geduid: 'een proefschrift waarbij een medicus zich volledig op de belangen van de studenten had gericht en het de moeite waard had gevonden om het medisch onderwijs als onderwerp voor zijn dissertatie te kiezen!' (MC 1978;33:303-6). Het proefschrift van de volgende onderwijscoördinator, Rik van Lunsen, getiteld *Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek?* was al even spraakmakend.

Onderzoek doen met een universitaire verloskundige staf van één tot twee personen is moeilijk. Subsidies waren ook moeilijk te verkrijgen, hoewel dat in die tijd voor de Radboud Universiteit en de Amsterdamse VU wat gemakkelijker leek. Dus werden de assistenten aan het werk gezet. Zelf kreeg ik op dag twee van mijn opleiding te horen dat ik het CTG zou doen. Daar ben ik nooit meer vanaf gekomen.

Henk Huisjes had een duidelijke visie, was erudiet, enorm inspirerend en gaf zijn discipelen een grote vrijheid. Zelfzuchtig was hij nooit en ik herinner mij hoe hij een artikel van mij grondig corrigeerde en zijn eigen naam van de auteurslijst schrapte: 'Daar heb ik eigenlijk niets aan gedaan.' Dat werd dus een *single author* in de *AJOG*. Dat kom je nu niet vaak meer tegen, maar creëerde een enorme goodwill. Proefschriften verschenen onder andere over epilepsie, placentabedbiopsie in relatie tot pre-eclampsie, foetale oxygenatie, alpha-1-foetoproteïne, reologie, prolactine, inleiding van de baring, epidurale anesthesie, antenatale zorg en stuitligging. Er verschenen ook veel proefschriften vanuit het zogeheten Perinatale Project.



Dat laatste was Henks eigen troetelkind. In samenwerking met Bert Touwen van Ontwikkelingsneurologie werden twee cohorten van elk drieduizend kinderen, geboren in de jaren 70 langdurig gevolgd. Een uniek project, zeker in die tijd, dat naast de proefschriften resulteerde in ongeveer 37 publicaties in de internationale literatuur. Dit onderzoek is later voortgezet door Meina Hadders-Algra, een van zijn promovendi. En zo werd de afdeling Obstetrie in Groningen een swingende, inspirerende plaats, een 'Groningse School' met vele ambitieuze jonge klaren die graag hun carrière aan de universiteit wilden voortzetten. Dit had ook een positieve uitstraling op de andere subafdelingen, vooral op de oncologie.

In een overlijdensadvertentie in de *NRC* blikken zijn oud-assistenten, -promovendi, -stafleden en -secretarissen terug op Henk: 'Hij was afdelingshoofd en opleider, hield van strakke regels, maar aanvaardde beargumenteerd afwijken daarvan. Hij was erudiet, scherpzinnig, resultaatgericht. Als promotor gaf hij je de ruimte. Zelf keek hij op zijn klinische jaren terug als de beste in zijn professionele leven.' Dat waren waarschijnlijk ook voor Groningen de beste jaren. Ik wens zijn echtgenote Solrun en zijn kinderen Mariette, Hanno en Sander sterkte met het verwerken van dit verdriet.

Gerard H.A. Visser

Wat is de invloed van de COVID-19-pandemie op de opleiding tot gynaecoloog?

drs. C. Vermeulen en dr. M. Braakhekke namens het VAGO-bestuur

Het afgelopen anderhalf jaar heeft wereldwijd in het teken gestaan van de COVID-19-pandemie. Naast alle uitdagingen die dit heeft opgeworpen voor de maatschappij en patiëntenzorg, heeft dit ook een grote invloed gehad op de opleiding tot medisch specialist.

Uit de periodieke enquête van *De Jonge Specialist* uit 2020 kwam naar voren dat 67 procent van de respondenten vindt dat de kwaliteit van de opleiding negatief is veranderd.¹ Tijdens de algemene ledenvergadering van de VAGO in november 2020 bleek via een mentimeter dat 61 procent van de aios zich zorgen maakt over de opleiding. We hebben de gevolgen van COVID-19 op de opleiding tot gynaecoloog in kaart gebracht door middel van een landelijke enquête, die in juni 2021 verspreid is onder aios gynaecologie.

Resultaten

De enquête is ingevuld door 158 aios, zie tabel 1 voor de verdeling over de regio's en opleidingsjaren. Op de vraag in hoeverre COVID-19 een negatieve invloed op de opleiding heeft gehad in een score van 0-10, is de mediaan een 7 (range 1-10). Deze negatieve invloed wordt vooral verklaard door minder OK-tijd (benoemd door 141 aios), minder intercollegiale interactie (n=120) en minder onderwijsmomenten (n=93). 22 procent van de aios heeft meer stress ervaren (n=34).

De positieve invloed van COVID-19 op de opleiding werd lager gescoord, met een mediaan van 4 (range 1-9). Respondenten benoemden wel enkele voordelen van COVID-19: meer tijd voor persoonlijke ontwikkeling (n=38), meer aanwezigheid bij onderwijsmomenten vanwege de digitalisering (n=34) en minder stress (20%, n=32). Ongeveer de helft van de aios heeft zich dankzij COVID-19 meer op discipline overstij-

Tabel 1. Verdeling van de respondenten aios gynaecologie over de regio's en opleidingsjaren

Verdeling respondenten naar cluster & opleidingsjaar		Aantal (%) n=158
Opleidingsregio	Maastricht	28 (18)
	Groningen	23 (15)
	Utrecht	20 (13)
	Nijmegen	20 (13)
	Amsterdam AMC	20 (13)
	Rotterdam	19 (12)
	Amsterdam VUMC	14 (9)
Leiden	14 (9)	
Opleidingsjaar	1	18 (11)
	2	28 (18)
	3	31 (20)
	4	33 (21)
	5	31 (20)
	6	17 (11)

gende activiteiten kunnen richten, waarvan wetenschap (n=34), intervisie (n=19) en klinisch leiderschap (n=18) de meest genoemde onderwerpen waren. De benigne gynaecologie en de urogynaecologie zijn de pijlers waar de meeste aios achterstand in hebben opgelopen. Voor 47 procent van de aios is dit reden om verlenging van de opleiding aan te vragen, met name om de verloren OK-tijd in te halen. Meer dan driekwart heeft er vertrouwen in dat de opgelopen achterstand is in te halen binnen drie tot zes maanden; 18 procent van de aios twijfelt daaraan. Om operationele vaardigheden te verbeteren wil 87 procent van de aios mee opereren in niet-opleidingsklinieken. Simulatietraining en oefenen op de laparoscopiebox wordt in het land al vaak aangeboden (78 procent). Hybride onderwijs en symposia (deels digitaal, deels fysiek) worden door driekwart van de aios toegejuicht. Het overige kwart is hier geen voorstander van; ofwel omdat dit de werk-privébalans niet ten goede komt ofwel omdat het sociale aspect dan te veel gemist wordt.

87 procent van de aios heeft binnen

het eigen vakgebied door kunnen werken tijdens de COVID-19-pandemie en slechts 13 procent is ingezet voor directe COVID-19-zorg. In de ziekenhuizen waar de aios werken, werden vanuit de gynaecologie voornamelijk anios ingezet voor de COVID-19-zorg, waarna stafleden en aios op gelijke voet volgden.

Voor 45 aios leverde de sluiting van de kinderopvang/scholen door COVID-19 problemen op. In veel gevallen was hier begrip voor vanuit de opleiders (64 procent), maar de overige 16 aios hebben geen steun ervaren.

Discussie

Om te beginnen willen we aandacht geven aan het feit dat de COVID-19-pandemie, hoe verschrikkelijk en uitdagend deze periode ook is, positieve effecten heeft. Het heeft geleid tot een stroomversnelling van het digitale tijdperk, waarbij onderwijsmomenten, symposia en themamiddagen toegankelijker zijn geworden voor aios. Ook de werkgroep Gynae Goes Green zal blij zijn met de afname van het aantal kilometers op de weg. Daarnaast hebben sommige aios de vrijgekomen

tijd goed kunnen benutten voor hun persoonlijke ontwikkeling; een eis die aan alle aios gesteld wordt, maar waar soms in de hectische klinische praktijk geen ruimte voor is. Tijdens de themamiddagen van de koepel Opleiding zijn er *best practices* ten aanzien van persoonlijke ontwikkeling gedeeld vanuit het hele land (onder andere over intervisie), wat veel oplevert voor ons allemaal.

Daarnaast zal het niet verbazen dat de zorgen over het gebrek aan opleidingsmomenten op de OK in deze periode waarin alle electieve zorg stilgelegd is, zijn toegenomen. We hebben vanuit onze enquête geen concrete cijfers over het behalen van de BOEG-opleidingseisen ten tijde van de pandemie, maar dat er leermomenten verloren zijn gegaan staat vast.

De RGS heeft de mogelijkheid gegeven tot verlenging van de opleiding. De vraag is in hoeverre dit de oplossing is voor het probleem. Als een groot deel van de aios verlenging aanvraagt, wordt het probleem dan niet doorgeschoven? De jongerejaars die geen OK-tijd krijgt omdat de ouderejaars langer blijft om het in te halen? In zie-

kenhuizen waar de OK-tijd verdeeld moet worden over een grote groep aios, zal drie maanden extra opleiding wellicht tot vijf à tien extra OK-dagen leiden. Is daarmee de achterstand dan voldoende ingehaald? En wat betekent dit voor de rest van de groep?

Wellicht is er meer te bereiken door skillstraining op te nemen als vast onderdeel van de opleiding. Skillstraining door middel van laparoscopieboxen, simulatieonderwijs en virtual reality zijn de laatste jaren in opkomst en bewezen zinvol in het trainen van arts-assistenten.² Door dit als vast onderdeel op te nemen in de roosters, in reguliere werktijd, kan ook hiermee een leercurve worden bereikt. Dit is ook één van de speerpunten van LOGO, het nieuwe opleidingsplan. Een andere oplossing die de laatste tijd regelmatig wordt aangehaald is het mee-opereren in niet-opleidingsinstellingen. Door samenwerkingsovereenkomsten is dit in enkele centra mogelijk. Helaas is het niet makkelijk om dit ad hoc te realiseren, aangezien alle instellingen in het samenwerkingsverband aan de opleidingsaccreditatie van

het RGS moeten voldoen. Regionaal opleiden kan ook bijdragen aan het optimaal benutten van de leermomenten op de OK.

Tot slot willen wij graag de verbondenheid benadrukken die we allemaal digitaal gevoeld, maar fysiek gemist hebben. Uit onze enquête blijkt dat 60 procent van de aios meer sociaal contact met collegae had gewild. Ze noemen voorbeelden als een digitale pubquiz, in kleine groepjes afspreken, een wandeling maken en digitale intervisie. Put hier inspiratie uit en zorg dat we allemaal fysiek, mentaal en sociaal gezond blijven!

Referenties

1. De Jonge Specialist, 2020. *Nationale a(n) ios-enquête 2020. Gezond en veilig werken*. <https://dejongespecialist.nl/wp-content/uploads/2020/12/rapport-gezonden-veilig-werken-2020-def-website.pdf>
2. Papanikolaou IG, Haidopoulos D, Paschopoulos M, Chatzipapas I, Loutradis D, Vlahos NF. *Changing the way we train surgeons in the 21st century: A narrative comparative review focused on box trainers and virtual reality simulators*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Apr;235:13-18.

Commentaar op 'Wat is de invloed van de COVID-19-pandemie op de opleiding tot gynaecoloog?'

dr. N. Smeets *namens het Concilium*

Wat ben ik trots op onze aios! Ontzettend mooi te zien hoe bevlogen er tewerk wordt gegaan. De COVID-19-pandemie lijkt langzaam enigszins onder controle, meteen wordt er een enquête onder de aios uitgezet en uitgewerkt, waardoor iedereen de kans krijgt zijn mening te uiten en te bezien welke kansen en zorgen er zijn.

Het was/is een ellendige tijd met veel minder, met name praktische, opleidingsmomenten. Het siert eenieder die er toch het beste van heeft gemaakt en de kansen die er wel waren heeft aan-

gegrepen om te groeien waar kan. Naast dat de opleiding tot gynaecoloog zoveel meer competenties omvat dan de operatieve vaardigheden, zijn de zorgen over het verwerven van de benodigde operatieve vaardigheden van alle tijden. Velen zijn lang bezorgd of ze aan het einde van de opleiding wel bekwaam genoeg zijn. In deze tijd van minder beschikbare verrichtingen zijn deze zorgen nog eens zo sterk aanwezig. Vanuit het Concilium waren er tijdens de uitvraag nog geen berichten dat de eindtermen massaal niet worden gehaald.

Nu is het meer dan eens van belang alle beschikbare verrichtingen zo optimaal mogelijk te benutten. Dat kan onder andere door zorgvuldige voorbereiding van de aios (anatomische kennis, procedurele kennis, praktisch oefenen vooraf). Hiervoor zijn inmiddels vele technische innovaties/cursussen en er valt nog het een en ander te verwachten (bijvoorbeeld VR). Verder valt te denken aan oudste/jongste-bezetting, vooraf concrete leerdoelen met de opleider doornemen, aandacht voor het leren rondom de operatie zoals bijvoorbeeld beschreven in het



artikel van Patrick Nieboer en Mike Huiskes in de april-editie van het NTOG van dit jaar. Daarnaast komt het aan op de juiste aios bij het juiste programma en eventueel een wisseling gedurende de dag. Momenteel is de verdere regionalisering van de opleiding in volle gang. Dit zal nog meer kansen bieden om de juiste aios op de

juiste operatiekamer te krijgen, zodat er geen leermomenten verloren gaan. Ik verwacht dat wij als proactieve vereniging hierin ook weer vooraan in de innovatie staan. Met deze insteek is het aantal COVID-19-gerelateerde verleningen zoveel mogelijk te beperken. In het Concilium wordt het gemis van de fysieke interactie gedeeld, mooi dat

we binnenkort weer op locatie mogen zijn. Gelukkig straalt het artikel van de VAGO uit dat het glas nog halfvol is. Er vooral wordt gekeken naar wat deze pandemie ons heeft gebracht en hoe we er samen voor kunnen zorgen dat onze aios aan het einde van de opleiding toch goed voorbereid zijn op de toekomst.

ntog 21/7 ACTUEEL

NTOG-columns van Mieke Kerkhof nu gebundeld in een boek Eerst kijken dan kunnen we altijd nog zien

'Rake en heerlijke columns. Mieke Kerkhof zet aan tot denken, lachen en even stil zijn.'

Arthur Japin

'Je denkt: dit was haar beste column. En dan lees je haar volgende: ontroerd en met een glimlach. Altijd op zoek naar het bijzondere in

het alledaagse.'

Velja Mijatovic,

Hoofdredacteur NTOG

'Mieke geeft ons een eerlijk inkijkje in het gynacologenvak en verweeft in haar columns soepel persoonlijke anekdotes met gebeurtenissen uit de dagelijkse praktijk als arts. Warm, ontroerend en ontzettend geestig.'

Katinka Polderman,

Cabaretier



MIEKE KERKHOF is gynaecoloog, columnist en schrijver met een speciale antenne voor trivialiteiten. Zij publiceerde haar anekdotes in drie eerder verschenen boeken en schreef tientallen lkjes in *nrc Handelsblad*.

twitter mieke_kerkhof

'Mieke Kerkhof is de Simon Carmiggelt van de medische wereld.'

Brigitte Kaandorp, cabaretier



'O, je bent gynaecoloog, da's een vrolijk vak!', horen gynaecologen dikwijls. Toch is dit beroep veel meer dan het assisteren bij blijde gebeurtenissen. En dat moet niet onopgemerkt blijven, vindt Mieke Kerkhof. Vanaf 2013 schrijft zij columns in het *NTOG*, *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*. Veel van wat in haar dagelijkse praktijk passeert, schrijft ze op en plaatst zij in interessante contexten. Diverse aspecten van het leven komen voorbij, gearbeid met de juiste dosis humor en aangevuld met geminer. Op zoek naar de zin van het leven? Dit lichtvoetige en vrolijkstemmende boek helpt u verder.

Eerder verschenen:



€ 15,- • 978 90 468 1 648 6
Paperback

- met een voorwoord van Sylvia Witteman
- van *Even ontspannen, mevrouw...* werden meer dan 10.000 ex verkocht

EERST KIJKEN, DAN KUNNEN WE ALTIJD NOG ZIEN | GEDACHTEN VAN EEN GEDREVEN GYNAECOLOGE
MIEKE KERKHOF | FORMAAT 12,5 X 20 CM | OMVANG 144 BLZ. | paperback | PRIJS € 15,-
VERSCHIJNT november 2021 | NUR 320, 860 | EBOOK ISBN 978 94 6404 108 8
ISBN 978 94 6404 078 4

33

Het boek is een bundel met 52 columns die eerder in het NTOG zijn verschenen. Het voorwoord is van Sylvia Witteman. Op 9 november zal cabaretier Katinka Polderman het eerste exemplaar in ontvangst nemen.

Mieke Kerkhof is sinds de tweede editie van het NTOG in 2015 columnist. Helaas gaat ze eind dit jaar stoppen. We zijn daarom op zoek naar een nieuwe kandidaat voor de column in het NTOG. Heb je belangstelling of een voorstel? Mail dan je suggestie naar AnkLouwes@nvog.nl.

Best practice uit het OOR-ZON: de clusterevaluaties

drs. Nienke Zwakman aios Máxima MC Veldhoven

dr. Loes Monen gynaecoloog Máxima MC Veldhoven, destijds aios Zuyderland MC Heerlen

In samenwerking met dr. Nicole Alers, drs. Anique van Oudheusden, drs. Elke Thijs, drs. Anneke Teunissen en drs. Albertine Vroom, allen aios en lid van de commissie Clustersymposium 2021 regio OOR-ZON

Op 26 maart vond de 16e editie van het clustersymposium van de regio OOR-ZON plaats. Dit jaar in digitale vorm wegens de COVID-19-pandemie. Centraal stonden de clusterevaluaties, waarbij we actuele thema's bespreekbaar maken en met elkaar discussiëren over de zaken die we moeten behouden of verbeteren. Dit jaar: de COVID-pandemie en het nieuwe regionale opleidingsplan. Hier bespreken we een best practice uit ons cluster.

Het symposium

Al zestien jaar op rij is het clustersymposium een begrip in het zuidelijkste opleidingscluster van Nederland, bestaande uit opleidingsziekenhuizen Maastricht UMC+, Máxima MC, VieCuri MC en Zuyderland MC. In het regionale opleidingsplan is het symposium opgenomen als verplicht onderwijsmoment, waar alle aios uit het cluster aan deelnemen. Naast opleiders en stafleden van de verschillende vakgroepen Obstetrie en Gynaecologie worden ook alumni uitgenodigd. Met jaarlijks tussen de zeventig en tachtig deelnemers is het GAIA-geaccrediteerde clustersymposium inhoudelijk interessant, maar betekent het ook een weerzien van (oud) collega's.

Het symposium start met clusterevaluaties; een vast, terugkerend onderdeel (tabel 1). Voorafgaand aan het symposium is een enquête verstuurd naar de aios in het cluster om twee actuele thema's bespreekbaar te maken. De thema's kunnen te maken hebben met een regionale of landelijke verandering binnen de opleiding of juist meer inzicht geven in hetgeen de aios bezighoudt. Na de clusterevaluaties worden de nieuwe aios van het cluster voorgesteld, gepromoveerde collega's in het

zonnetje gezet en de jonge klaren uitgezwaard nadat ze hun certificaat hebben ondertekend. De 16e editie van het clustersymposium bood een palet van presentaties door collega's uit het land. Prof. dr. Guid Oei (MMC) presenteerde de ontwikkelingen op het gebied van de 'artificial womb', dr. Erica Werner (MUMC+) vertelde hoe big data en de biobank kunnen bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek, dr. Martine Hollander (RUMC) gaf een spoedcursus over verloskundige zorg buiten de richtlijn en prof. dr. Ruud Bekkers (CZE) wist iedereen te overtuigen van het nut van HPV-vaccinaties.

De clusterevaluaties van het afgelopen jaar willen wij graag met u bespreken. De resultaten van deze evaluaties zijn ook op het clustersymposium met elkaar gedeeld. Dit leidt niet alleen tijdens het symposium tot interessante inzichten en discussies, maar de bediscussieerde punten kunnen zo ook worden meegenomen naar de volgende clustervergaderingen. Zo kunnen, indien nodig, verbeterlagen worden gerealiseerd.

COVID-19-pandemie

Dit jaar hebben we tijdens de clusterevaluaties als eerste teruggeblikt op het jaar waarin de COVID-19-pandemie uitbrak. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) pleitte na de eerste golf

voor heldere afspraken en een goede voorbereiding voor een mogelijke volgende piek, om ervoor te zorgen dat de aios hun opleidingen zo goed mogelijk konden voortzetten. Hoe hebben aios in de regio OOR-ZON de periode van deze eerste golf ervaren? Graag presenteren we de resultaten van deze enquête die door 36 van de 43 aios is ingevuld (84 procent).

Het blijkt dat 6 procent van de aios op een andere afdeling heeft gewerkt, zoals op een IC of cohort-afdeling. In totaal geeft 84 procent van de aios aan dat de COVID-19-pandemie invloed heeft (gehad) op de opleiding, waarbij 50 procent van de respondenten zegt de opgestelde leerdoelen niet te kunnen behalen. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) heeft besloten dat de aios in een medisch specialisme hun opleiding met maximaal zes maanden kunnen verlengen als dat als gevolg van de COVID-19-pandemie nodig is. In ons cluster heeft 17 procent van de aios verlenging aangevraagd. Slechts 25 procent van de aios die verlenging heeft aangevraagd, zegt dit te hebben gedaan omdat de jaareisen van het opleidingsplan niet gehaald zijn. Dit punt werd verder in kleine groepen bediscussieerd in break-out-rooms. De additionele informatie die hieruit naar voren kwam is dat er met name een gevoel heerst dat de opgestelde leerdoelen

Tabel 1. Een overzicht van de thema's van de clusterevaluaties van de afgelopen vijf jaar.

2021	COVID pandemie	Regionale opleidingsplan
2019	Talentontwikkeling en neventaken	Vitaliteit van de aios
2018	Individualiseren van de opleiding	EPA's
2017	Ijkkunten BOEG	Sollicitatieprocedure voor de opleiding
2016	Verrichtingen en bekwaamheden	Differentiatiestages

niet of onvoldoende gehaald zijn, terwijl de jaareisen uit het regionale opleidingsplan wel gehaald worden. Daarnaast hebben we de aios gevraagd naar de mentale en sociale gevolgen van COVID-19-pandemie. Hierbij geeft 11 procent aan wel of misschien behoefte te hebben aan mentale of psychische support ten gevolge van de pandemie. De tweemaandelijks intervisiegroepen hebben op basis van deze uitkomst dit jaar daarom extra aandacht besteed aan behoefte van de betreffende aios op dit thema. Een vrolijke kanttekening is dat 64 procent van de respondenten vindt dat het teamgevoel positief is veranderd in de pandemie; iets wat we hopen te behouden! Zo hebben de aios aan het begin van de pandemie clusterbreed (extra) digitaal onderwijs opgezet, gegeven voor en door aios, waarbij het teamwork en teamgevoel groot waren. Tijdens het symposium werd gediscussieerd over welke veranderingen na de pandemie wel en niet gecontinueerd zouden moeten worden. De belangrijkste verandering is het kunnen volgen van digitale bijeenkomsten. Het merendeel vindt het prettig ook digitaal aanwezig te kunnen zijn bij overdrachten en onderwijsmomenten, zodat ze meer van deze bijeenkomsten kunnen volgen. Omwille van de factor tijd - we wonen immers in het zuidelijkste puntje van Nederland - is het niet altijd haalbaar om landelijke bijeenkomsten bij te wonen. Door de digitale optie bleken er meer aios aan te (kunnen) sluiten bij bijvoorbeeld de thema-ALV's over het nieuwe opleidingsplan LOGO. Tegelijkertijd vindt een groot deel van de groep ook het sociale aspect van de bijeenkomsten belangrijk en wordt dit door de digitale overdrachten en onderwijsmomenten gemist. Een opdracht voor de opleiders en aios is dan ook om met elkaar de juiste balans tussen fysieke en digitale aanwezigheid te waarborgen.

Regionaal opleidingsplan

Als gynaecologen (in opleiding) zijn wij continu in ontwikkeling, zo ook de opleiding. Landelijk wordt er gewerkt aan het nieuwe opleidingsplan LOGO en in het cluster OOR-ZON is in 2020 het regionaal opleidingsplan Obstetrie

en Gynaecologie vernieuwd. De cluster-evaluatie heeft de nadruk gelegd op de opbouw van de opleiding, het persoonlijk opleidingsplan en de werkbaarheid van het recent regionaal ontwikkelde EPA-document. De basisopleiding wordt in regio OOR-ZON gevormd door een perifere stage in het eerste en vierde opleidingsjaar en een academische stage in het tweede en derde opleidingsjaar. De ijkpunten uit EPASS lopen daarom niet gelijk met de stages in ons cluster. Het regionale EPA-document geeft aan welke ijkpunten wanneer gehaald moeten zijn, en geeft aan wat de minimumvereisten per EPA zijn voordat een bekwaamheidsniveau wordt toegekend. De beslissing of een bekwaamheidsniveau is gehaald of niet, wordt door de lokale opleidingsgroep gemaakt in de Oordeel Opleiders Groep (OOG) bespreking. Nu de vereisten per EPA clusterbreed zijn vastgelegd, is de overgang voor de aios van de periferie naar de academie en weer terug makkelijker geworden. Het is niet noodzakelijk om opnieuw verantwoordelijk af te leggen voor behaalde bekwaamheden. Om de overgang bij een kliniekwissel nog beter te laten verlopen, is er tegenwoordig een warme overdracht met de betreffende de aios, de opleider uit de periferie en de opleider uit de academie. Tijdens de cluster-evaluatie zijn de aios over deze onderwerpen bevraagd. 36 van de 43 aios hebben de enquête ingevuld (84 procent), dit is dezelfde groep als in de cluster-evaluatie over de COVID-19-pandemie. De interessantste discussiepunten kwamen voort uit de vragen over het EPA-document en de clusterbreed geformuleerde ijkpunten. Zo vroegen wij of het EPA-document helpt bij het aanvragen van een nieuw bekwaamheidsniveau voor een EPA: 62 procent van de aios vindt het EPA-document behulpzaam, 12 procent vindt dit niet en 26 procent heeft geen mening. De aios die het niet behulpzaam vinden, vinden dit met name omdat het EPA-document te laat in de opleiding is gekomen. Zij waren al met de differentiatiestage bezig. Voor deze aios is dit ook de reden dat zij niet hebben stilgestaan bij de regionale ijkpunten die zijn gemaakt. Kijkend naar deze ijkpunten geeft 55 procent van de

aios aan dat er ijkpunten zijn die ze niet hebben gehaald in de tijd die hiervoor stond. Het gaat dan met name over ijkpunten op operatief gebied. Tijdens de discussie op het clustersymposium werden twee suggesties gedaan, waarom operatieve ijkpunten niet zijn gehaald. Allereerst is de enquête afgenomen ten tijde van de COVID-19-pandemie. In deze periode was er in de meeste ziekenhuizen sprake van een grote reductie op de operatiekamers, wat kan hebben geleid tot het niet behalen van de ijkpunten. Anderzijds hebben we in 2017 een cluster-evaluatie gehad over de ijkpunten van BOEG, waaruit bleek dat een nagenoeg gelijk percentage ook moeite had met het behalen van de operatieve ijkpunten. Nu vragen wij ons af of we daarmee de conclusie kunnen trekken dat het in de huidige tijd nog moeilijker is om de vooropgestelde ijkpunten te halen. Als dit in andere clusters ook speelt, kan dit iets zeggen over de manier waarop de eisen aan de opleiding zijn gesteld. Dit lijkt ons iets om landelijk uit te zoeken en te bediscussiëren als dit in meerdere clusters geldt. Van alle aios in ons cluster vindt 67 procent in ieder geval dat de meeste ijkpunten goed zijn gekozen, 33 procent vindt dat alle ijkpunten goed zijn gekozen. Hier gaat het opnieuw voornamelijk over de operatieve ijkpunten.

Conclusie

Al met al zijn wij erg trots op dit reeds zestien jaar bestaande clustersymposium voor en door aios. Behalve de interessante sprekers en het sociale programma gelden de cluster-evaluaties als 'best practice'. Ook voor de andere clusters is het interessant om te onderzoeken wat bij de aios leeft en met elkaar te bekijken of er verbeterpunten zijn. Wij willen dan ook de opleiders en aios-vertegenwoordigers uit de andere opleidingsclusters van harte uitnodigen voor ons volgende clustersymposium op vrijdag 25 maart 2022.

Contact

Nienke.Zwakman@mmc.nl



FMS-project Opleiden 2025: voor ons!

dr. Hein Brackel *bestuurslid FMS en voorzitter van de Raad Opleiding en het project Opleiden 2025*

De Koepel Opleiding wijdde op 9 april 2021 een themamiddag aan het FMS-project Opleiden 2025. Opleiders, aios gynaecologie en obstetrie, en leden van het project spraken over interprofessioneel leren en de benodigde ondersteunende opleidingsstructuur.

Opleidingen zijn nooit af. De maatschappij verandert voortdurend en stelt steeds nieuwe en extra eisen aan de zorg. En daarmee aan geneeskundig specialisten. Dat vraagt dus ook om opleidingen die continu kunnen meebewegen. Alle opleiders en wetenschappelijke verenigingen zijn daarom uitgenodigd om 'uit de silo's' te komen en gezamenlijk door te bouwen. Er is de laatste jaren een stevig fundament neergelegd. De uitdaging is om dat niet ieder voor zich, maar vooral samen te doen.

Opleiden 2025 is het project van de Federatie Medisch Specialisten die de opleiders, aios en wetenschappelijke verenigingen de continue ontwikkeling van de medische vervolgopleiding ondersteunt. Nieuwe thema's worden via interprofessioneel opleiden in de vervolgopleidingen geïntegreerd. Op deze manier krijgt netwerkgeneeskunde een plek in de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Opleiden 2025 bestaat uit vier nauwsamenhangende deelprojecten met zo'n 120 werkgroepleden.

Deelproject Nieuwe thema's (voorzitter Marijke van Dijk, patholoog) ontwikkelt de inhoudelijk handvatten voor de integratie van samen beslissen, innovatie en e-health en preventie in de opleiding. In deelproject Structureel doorontwikkelen (voorzitter Jan van Lith, gynaecoloog) werken we samen met wetenschappelijke verenigingen aan het online brengen van toetsen en lan-



delijk onderwijs, en hoe dat blijvend te bekostigen is.

Paetrick Netten, internist en voorzitter van deelproject Opleidingsstructuur, geeft een toelichting op de aanpak om te komen tot een advies over het herijken van de opleidingsstructuur van de dertig medische vervolgopleidingen. Via consultatierondes en interviews met experts en betrokkenen zijn er veertien ontwikkelingen in de zorg en opleiding geïdentificeerd. Dit zijn ont-

wikkelingen in vakinhoud en werkwijzen, maar ook nieuwe rolinvullingen die in het beroepsprofiel van de medisch specialist van na 2025 een plek kunnen krijgen. De werkgroep schrijft aan een contourenschets die gezamenlijk opleiden stimuleert en de aios voorbereidt om interprofessionaliteit en adaptiviteit te ontwikkelen.

In de breakout room Opleidingsstructuur:

Paetrick Nettens vraagt aan de opleiders gynaecologie 'Wat moet in de huidige structuur van de opleiding blijven en wat moet anders?' kwam in eerste instantie wat abstract over. In de discussie werd echter een groot aantal na te streven ambities voor de opleiding gynaecologie gedeeld:

- De beroepsgroep moet zelf de regie houden over de inhoud en de organisatie van de opleiding.
- Regelgeving die de gewenste flexibiliteit in de weg staat, zoals een beperking van het aantal opleidingsplekken die een aios mag hebben, mag weg.
- Meer regionale en landelijke samenwerking in het overnemen van elkaars goede opleidingsactiviteiten, wordt door de aios aangedragen.
- Het leren van het vak en het vinden van je rol binnen de netwerkeneeskunde kosten beide tijd. In het laatste geval zelfs 'suddertijd'. Een nieuwe balans tussen specialisme en generalisme moet worden gezocht.
- Opleiders moeten zich gesteund voelen in het creëren van 'suddertijd'.
- De introductie van modulair denken in de opleidingsstructuur maakt samenwerken makkelijker, maar versnippering is niet wenselijk. De beschrijving van EPA's moet complementair zijn. Dat kan het samenstellen van een 'basiscurriculum' met inhoud voor verschillende opleidingen mogelijk maken.

Fedde Scheele, gynaecoloog en voorzitter van het deelproject Interprofessioneel samenwerken en opleiden, geeft aan dat er experimenten met interprofessioneel leren op de werkvloer worden voorbereid. In vier verschillende settings (in de kliniek, met de eerste lijn, met de publieke zorg en met de GGZ) gaan zestien instellingen in duo's aan de slag om duurzaam interprofessioneel opleiden in te richten. De lessen worden gedeeld via

een toolbox interprofessioneel opleiden en via de website van Opleiden 2025, waar al meer dan twintig interprofessionele opleidingsinitiatieven te vinden zijn. Een oproep aan alle opleiders: deel je lopende interprofessionele initiatieven met elkaar en met Opleiden 2025!

In de breakout room Interprofessioneel leren:

Fedde Scheele vroeg de opleiders om op te scheppen over de interprofessionele initiatieven die er al zijn. Onder het motto 'Minder braaf zijn' bleek er al veel om op aan te sluiten. Er zijn:

- diverse inter- en intraprofessionele poli's, zoals de POP-poli, endometriose-poli, bekkenbodempoli en een dermatologie/vulva-poli, 1,5^e lijns-poli's;
- MDO's;
- gedeelde opleidingsactiviteiten, zoals CRM-trainingen, uitwisselingsstages (onder andere bij VWS), bij-elkaar-in-de-keuken-kijkenstages en de IPE-units waarin de doelgroep zoals huisartsen, eerstelijnsverloskundigen, verpleegkundigen, ok-teams en verschillende medisch specialisten samen leren.

Ook werden er verbeteringen en oplossingen voorgedragen:

- Uitwisseling voor opleidingsdoel-einden is niet altijd mogelijk omdat de betreffende kliniek geen opleidingskennig heeft.
--> Oplossing: gewoon doen (belang en rechtspositie aios wel goed borgen) of regelen via een samenwerkingsovereenkomst bestuurlijke opleidingseenheid.
- Roostervraagstukken. Vooral in de differentiatiefase de aios boventalig roosteren. Dat geeft weliswaar spanning, maar de inhoud moet leidend zijn.
--> Oplossing: het spanningsveld blijft, daarom 'gewoon keihard inroosteren' en routinematige handelingen bij de aios weg organiseren.
- Uitwisseling is niet altijd even

makkelijk omdat de leerdoelen en roosters van de betrokken aios niet altijd parallel lopen.

--> Oplossing: via de patiënt het gezamenlijk doel vinden.

Contact

hein.brackel@catharinaziekenhuis.nl



Hoe kunnen we simulatieonderwijs verder opnemen in LOGO?

dr. I. Scholten *gynaecoloog Deventer Ziekenhuis en DB-lid Koepel Opleiding*

De themamiddag van de Koepel Opleiding van 4 juni had als onderwerp simulatieonderwijs. Dit alles in het licht van LOGO, het nieuwe opleidingsplan. De middag begon direct met goed nieuws: in de vergadering van de Koepel Opleiding diezelfde middag is LOGO goedgekeurd en is een positief advies uitgebracht naar het NVOG-bestuur!

Op 7 juli heeft het NVOG-bestuur het advies ter harte genomen en is het opleidingsplan goedgekeurd om het formele traject richting College Geneeskundige Specialismen en het ministerie van VWS te doorlopen. Dat betekent dat de implementatie van LOGO nu echt kan beginnen en we in 2022 zullen overstappen op het nieuwe opleidingsplan en een nieuw e-portfolio (ReConcept), op maat gemaakt voor LOGO. Meer hierover op de ALV, in de nieuwsbrieven en op de volgende themamiddagen.

Terug naar de themamiddag simulatieonderwijs. Met 48 deelnemende opleiders en aios was het een goed bezochte digitale middag. Bart Groen, fellow oncologie in het LUMC en projectgroep lid van LOGO, gaf een ope-

ningspresentatie over de zin en onzin van simulatieonderwijs. Vervolgens waren er presentaties uit de clusters Groningen, Nijmegen, Maastricht en Amsterdam. Vanuit deze clusters werd aangegeven wat er al wordt gedaan op het gebied van simulatieonderwijs. In alle clusters bleek reeds veel aandacht te zijn voor simulatieonderwijs, zowel in de obstetrie als in de gynaecologie. Het betrof voornamelijk communicatietrainingen, teamtrainingen, fantoomonderwijs en diverse box-trainingen. Er bleken wel verschillen in hoe dit exact opgezet was en zo kon iedereen ideeën van elkaar opdoen onder het mom 'beter goed gejat dan slecht verzonnen'.

Vervolgens was het tijd om in breakout rooms op zoek te gaan naar hoe simulatieonderwijs verder op te nemen in LOGO. Moet het blijven bij lokale of regionale initiatieven of is er ook een rol weggelegd voor de Koepel Opleiding? Hoe vrijblijvend is (deelname aan) simulatieonderwijs? Bij de terugkoppeling uit de groepen bleek dat er wel behoefte is aan een centrale faciliterende rol vanuit de NVOG, met name om kaders aan te geven en ook ideeën te faciliteren. De precieze invulling kan regionaal en lokaal vastgelegd

worden. Er werd gediscussieerd over de wenselijkheid om te toetsen aan de hand van simulatie. Voor een laparoscopiebox kan dit een goed middel zijn om door te mogen in de praktijk, maar voor teamtrainingen moet veiligheid voorop staan. Daarnaast werd geconcludeerd dat je pas echt wat leert van simulatie als er ook gesuperviseerd wordt. Aan de hand van bovenstaande conclusies zal de alinea met betrekking tot simulatieonderwijs zoals opgenomen in LOGO uitgebreid worden.

Kortom: we kijken terug op een geslaagde themamiddag. Wilt u de thema middag zelf ook terugkijken, dat kan via de weblink geplaatst in de activiteitenagenda van de ledenwebsite dd. 4 juni 2021. Onderaan vindt u dan de link. De volgende themamiddagen vinden plaats op:

- vrijdag 24 september: Thema Beschikbaarheidsbijdrage opleiding onder de loep, wat betekent dit voor u? (online van 16.00 uur tot 17.30 uur)
- vrijdag 26 november: Teach the teacher Workshop gebruik nieuw e-portfolio (fysiek van 13.00 tot 17.00 uur)

Redactie
Projectgroep Gynae Goes Green



Gynae
Goes
Green

Bijdragen van:

M.M. van den Tweel *aios gynaecologie, namens Gynae Goes Green*

dr. F. van Zanten *aios gynaecologie, UMC Utrecht*

S. Tensen *senior milieukundige, UMC Utrecht*

L. Snijder *CE Delft*

dr. M. Broeren *CE Delft*

dr. A. Kwee *gynaecoloog, UMC Utrecht*

drs. S. Moes *arts-onderzoeker verloskunde, UMC Utrecht*

dr. H. van den Heuvel *aios gynaecologie, ETZ, Tilburg*

dr. M. Depmann *gynaecoloog, UMC Utrecht*

dr. T. Lely *gynaecoloog, UMC Utrecht*

prof. dr. M. Bekker *gynaecoloog, UMC Utrecht*

dr. H. van Meurs *aios gynaecologie OLVG*

dr. N. Weiss *aios gynaecologie OLVG*

dr. W. Hehenkamp *gynaecoloog Amsterdam UMC*

dr. A. Timmermans *gynaecoloog Amsterdam UMC*

dr. T. Steenstra Toussaint *gynaecoloog Women's Healthcare Center Namens de werkgroep Gynae Goes Green*

dr. A. Timmermans *gynaecoloog, namens Gynae Goes Green*

drs. J. Klumper *arts-onderzoeker en aios, Amsterdam UMC dr. A.T. Lely gynaecoloog-perinatoloog, UMC Utrecht*

dr. S.M. van der Kooij *gynaecoloog Noordwest Ziekenhuisgroep, Den Helder, werkgroep Gynaecoloog en maatschappij*

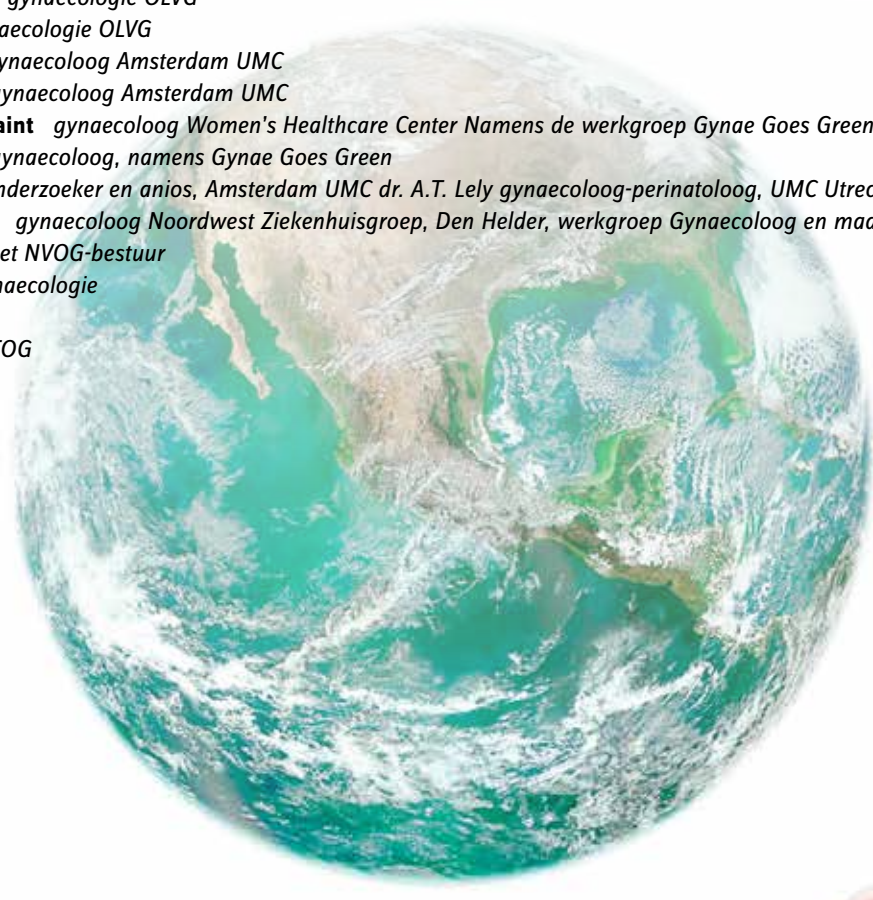
dr. V. Dietz *namens het NVOG-bestuur*

J. Nieuwstad *aios gynaecologie*

Namens de redactie NTOG

dr. A. Aarts

prof. dr. V. Mijatovic



ntog

thema nummer

Duurzaamheid

De duurzame gynaecoloog

M.M. van den Tweel *aios gynaecologie, namens Gynae Goes Green*

Met trots presenteren we het tweede NTOG-themakatern van de Gynae Goes Green. Het eerste editie stond vol artikelen over de groene OK. Dit katern behandelt vooral de verloskunde. Als gynaecologen staan wij dagelijks aan de wieg van nieuw leven. De volgende generatie willen we een goede start geven en een leefbare wereld nalaten. In dit nummer snijden we hiermee het lastige onderwerp overbevolking aan en wegen het af tegen leefstijlverandering. Het NVOG-bestuur en de VAGO geven hierop een reactie. Ook bespreken we de wegwerppartusset en de footprint van de thuismonitoring. Gynaecologen moeten hun steentje gaan bijdragen aan het beperken van de klimaatverandering. Het recente alarmerende klimaatrapport van het IPCC laat zien dat er een drastische verandering nodig is. Binnen tien jaar wordt de 1,5 graad opwarming wereldwijd al bereikt, en alleen met grootschalige maatregelen kan de totale opwarming onder de 2 graden Celcius worden gehouden. Met Gynae Goes Green hebben we al veel awareness bereikt door de webinars, de columns, de wist-je-datjes in de nieuwsbrieven en inhoudelijke bijdragen in dit tijdschrift.

Maar nu is het tijd voor concrete veranderingen die de CO₂-emissie daadwerkelijk terugbrengen, ook in ons vakgebied. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden. Keuzes in gebruik van materiaal, maar ook in wat zinnige zorg is. Deze keuzes kunnen ook onderwerp van gesprek zijn in de spreekkamer. Tijdens het Gynaecongres, op de pijlerdag van de Gynaecologie op 17 november, laten we zien hoe dit mogelijk is. Laat 2021 niet alleen het jaar van de duurzaamheid zijn, maar ook de start van nog vele jaren van verduurzaming met groene pijlers en een groene visie voor de gynaecoloog (van 2025)!

Hoe nu verder? Graag zien we jullie reacties tegemoet, bij veel input kunnen we een selectie in een volgende NTOG plaatsen. In het nieuwe jaar gaan we weer een webinar organiseren, waar we de reacties zullen meenemen. Wil je ons alleen maar persoonlijk iets laten weten/vragen? Dat kan ook. Mail in alle gevallen naar duurzaamheid@nvog.nl.

Wegwerpen of hergebruiken?

Een levenscyclusanalyse van de partusset

dr. F. van Zanten *aios gynaecologie, UMC Utrecht*

S. Tensen *senior milieukundige, UMC Utrecht*

L. Snijder *CE Delft*

dr. M. Broeren *CE Delft*

dr. A. Kwee *gynaecoloog, UMC Utrecht*

Plastic rietjes zijn van de baan, en blikjes krijgen statiegeld. Waarom zouden we dan nog eenmalig een partusset gebruiken? Het UMC Utrecht produceert jaarlijks 2,4 miljoen kilo afval waarvan 40 procent gerecycled wordt. Circulair werken is een van de speerpunten van de Green Deal Duurzame Zorg en kan bijdragen aan het voorkomen van schaarste aan grondstoffen, CO₂ en afval. Ironisch genoeg hebben wegwerp-producten de afgelopen tien tot twintig jaar ook een ware revolutie doorgemaakt. Zo zijn op onze verloskamers de herbruikbare partus- en hechtsets vervangen door wegwerpsets. Is dat in de huidige tijd nog wel een verantwoorde keuze? In samenwerking met het onderzoeks- en adviesbureau CE Delft voerde het UMC Utrecht een milieuanalyse uit waarin de herbruikbare partusset met de wegwerpvariant werd vergeleken.

Methoden

Dit onderzoek maakt gebruik van een levenscyclusanalyse (LCA)¹; een methode die de impact op het milieu van alle

relevante processen zoals grondstoffen, productie, distributie, gebruik en afvalverwerking inzichtelijk maakt. De impact op het klimaat wordt uitgedrukt in kilo CO₂-equivalenten (eq.). De invloed van verschillende milieu-effecten op de menselijke gezondheid zoals uitstoot van fijnstof of toxische stoffen wordt uitgedrukt in DALY, ofwel Disability-Adjusted Life Years. DALY geeft een indicatie hoeveel levensjaren er verloren gaan door ziekte en verminderde kwaliteit van leven die verband houden met de milieu-impact.

Herbruikbare partusset

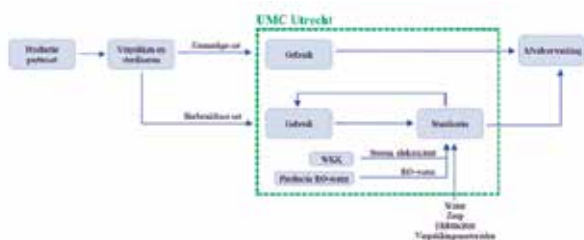
De partussets worden in Pakistan gefabriceerd en vervoerd naar het UMC Utrecht. De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) reinigt en steriliseert de set nogmaals voorafgaand aan het gebruik bij een bevalling. De herbruikbare sets gaan minstens vijfhonderd geboortes mee (op basis van gegevens van de CSA). Onscherpe instrumenten worden geslepen en onbruikbare instrumenten weggegooid.

Wegwerpset

De wegwerpset wordt ook in Pakistan geproduceerd en naar het UMC Utrecht vervoerd. Na gebruik worden de instrumenten (specifiek ziekenhuisafval) en hun verpakkingen (niet-specifiek ziekenhuisafval) weggegooid. 96 procent van de metalen wordt vervolgens gebruikt als ruwijzer.

Beide sets bevatten drie kochers, een schaar, mandje, inpak- en omverpakking. De herbruikbare partusset bevat aanvullend een episiotomieschaar, in de wegwerpbare set is de episiotomieschaar apart verpakt (gebruik bij circa 20 procent van de partussen). We berekenen een 'break even point' voor de twee typen partusset. Hierin wordt de productie (grondstofwinning en het maken van chirurgisch staal/verpakkingen), de sterilisatie (onder andere grondstofwinning, productie en gebruik van elektriciteit, water, zeep, stoom, zuiveren van afvalwater bij het CSA-proces) en de afvalverwerking in meegenomen (zowel van de verpakkingen als van de partusset zelf). Figuur 1 geeft de levenscyclus van een eenmalige en herbruikbare partusset weer.

Figuur 1. Levenscyclus eenmalige en herbruikbare partusset



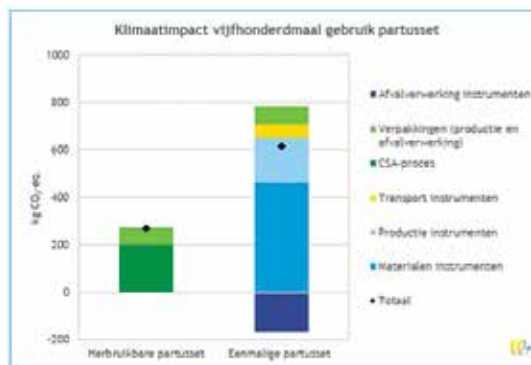
Afkortingen: WKK = warmtekrachtcentrale; RO = reversed osmosis (gedemineraliseerd water).

Resultaten

De productie van de herbruikbare partusset heeft een iets hogere klimaatimpact dan de eenmalige partusset. Het verschil in de klimaatimpact voor twee bevallingen bedraagt 0,331 kilo CO₂-eq. Het omslagpunt waarbij de herbruikbare set beter is, ligt bij drie keer gebruik. Bij het scenario 'vijfhonderd keer hergebruik' wordt het CSA-proces 50x meegenomen bij de herbruikbare partusset. Voor de eenmalige set wordt 500x een nieuwe set aangeschaft. De impact van het CSA-proces wordt groter, echter de productie en het gebruik van materialen weegt vele malen zwaarder met als gevolg een veel hogere klimaatimpact bij de eenmalige partusset (figuur 2). De analyse gaat ervan uit dat de impact van de materialen voor de twee sets gelijk is, alhoewel de herbruikbare partusset gemaakt is van hoogwaardiger chirurgisch staal. Zelfs als de impact van de productie van de herbruikbare set 50 procent hoger is (berekend middels een gevoeligheidsanalyse), blijft de conclusie hetzelfde en kunnen we concluderen dat de invloed hiervan minimaal is op de resultaten van de analyse.

Zoals beschreven gaat een herbruikbare partusset minstens vijfhonderd keer mee. Aangezien er ongeveer 2300 bevallingen per jaar plaatsvinden in het UMC Utrecht, zijn er per jaar 4,6 herbruikbare partussets nodig. Omgerekend komt dat neer op een totale impact van 1.250 kilo CO₂-eq. per jaar versus 2.828 kg CO₂-eq indien een eenmalige set gebruikt wordt. De herbruik-

Figuur 2. Klimaatimpact vijfhonderdmaal gebruik partusset



bare partusset levert een besparing op van 1.578 kg CO₂-eq per jaar, overeenkomend met het rijden van 8103 kilometer in een gemiddelde auto.² DALY berekent het aantal verloren levensjaren als gevolg van de productie van de partussets. Het jaarlijkse gebruik van de herbruikbare partusset door UMC Utrecht kost 0,002 DALY's. Wanneer men kiest voor de eenmalige partusset gaan er 0,022 DALY's verloren. Het gebruik van de eenmalige partusset heeft dus tien keer zoveel geschatte impact op menselijke gezondheid dan het gebruik van de herbruikbare set.

Conclusie

We concluderen dat de herbruikbare partusset beter is voor het klimaat (CO₂-eq.) en de menselijke gezondheid (DALY) over de hele levenscyclus. De reden dat de klimaatimpact van de eenmalige variant hoger is, komt door de grotere hoeveelheid productie en het transport en de verwerking van de instrumenten. Alleen in het geval dat de herbruikbare partusset minder dan drie keer wordt hergebruikt, is de eenmalige variant voor zowel de CO₂-eq. impact als de DALY's beter. Echter blijkt uit de cijfers dat de herbruikbare sets bij het UMC Utrecht nu gemiddeld al 500x meegaan, en nog niet zijn weggegooid. Minder dan drie keer gebruik van de herbruikbare partusset is om deze reden geen realistisch scenario. Met de keuze voor de herbruikbare partusset in plaats van de eenmalige variant kan het UMC Utrecht de uitstoot van 1.580 kg CO₂-eq. per jaar voorkomen.

De partusset is niet de enige wergwerpset in het ziekenhuis. Je kunt je voorstellen dat in het geval van hechtssets, gezien deze sets een vergelijkbare inhoud hebben, de impact van vergelijkbare waarde zal zijn. Daarnaast kan de herbruikbare set verder verduurzaamd worden door bijvoorbeeld het vermijden van overbodige verpakkingen, duizenden kilometers vervoer en het apart verpakken van de epischaar. Andere factoren zullen zijn om kosten, gebruiksvriendelijkheid en patiënt tevredenheid mee te nemen in het gehele proces. In het UMC Utrecht gaan we nu terug naar de herbruikbare sets en beoordelen we hoe we deze verder kunnen verduurzamen.

Het totale rapport is te vinden op www.ce.nl/publicaties/eenmalig-of-herbruikbare-partusset/

Referenties

1. www.ce.nl/method/lca-levencyclusanalyse/
2. www.co2emissiefactoren.nl/lijst-emissiefactoren/

SAFE@Home: een studie naar digitale zorg en duurzaamheid

drs. Shinta Moes arts-onderzoeker verloskunde, UMC Utrecht

dr. Hans van den Heuvel aios gynaecologie, ETZ, Tilburg

dr. Martine Depmann gynaecoloog, UMC Utrecht

dr. Titia Lely gynaecoloog, UMC Utrecht

prof. dr. Mireille Bekker gynaecoloog, UMC Utrecht

In het zesde rapport van de Intergovernmental Panel on Climate Change worden verontrustende klimaatscenario's gepresenteerd. De opwarming in West-Europa gaat sneller gaat in de rest van de wereld. In Nederland is de temperatuur al met ruim twee graden Celsius gestegen ten opzichte van 1900, zo blijkt uit de metingen van het KNMI.^{1,2} De gezondheidszorg draagt door de uitstoot van koolstofdioxide (CO₂) fors bij aan de versnelde opwarming van de aarde. De zorg is verantwoordelijk voor 7 procent van de totale CO₂-uitstoot in Nederland. De grootste bronnen zijn het energieverbruik van gebouwen (38 procent) en het transport van medewerkers en patiënten naar het ziekenhuis (18 procent).³ Het is nu belangrijker dan ooit dat zorgverleners de verantwoordelijkheid nemen om groenere keuzes te maken bij het leveren van zorg, om zo de carbon footprint te verkleinen. Reductie van het patiëntverkeer is een belangrijke en voor de hand liggende manier om CO₂-uitstoot te reduceren.

Monitoring op afstand, om de opwarming op afstand te houden

De verwachting is dat 46 procent van de zorg thuis of dichtbij huis kan plaatsvinden.^{4,5} Digitale zorg en telemonitoring spelen een belangrijke rol bij het verwezenlijken van deze transitie. Zwangere vrouwen zijn een zeer geschikte doelgroep als het gaat om het gebruik van digitale zorg. Deze jonge groep vrouwen lijkt hun leven graag digitaal in te richten, gezien het frequente gebruik van smartphones, apps

en het internet, en heeft een sterke behoefte aan autonomie. Binnen de obstetrische zorg zijn er de afgelopen jaren steeds meer ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg en telemonitoring ontstaan.⁶

Een voorbeeld van telemonitoring is het SAFE@Home-platform, ontwikkeld door prof. dr. Mireille Bekker van het UMC Utrecht en haar onderzoeksteam in samenwerking met Luscii (Nederland). Met SAFE@Home kunnen zwangeren met een hoog risico op hypertensieve aandoeningen dagelijks hun bloeddruk en een klachtenvragenlijst doorsturen naar het ziekenhuis. Bij het SAFE@Home-platform hoort een nieuw zorgpad met een gereduceerd aantal poliklinische bezoeken (figuur 1). De obstetrisch verpleegkundige krijgt alleen meldingen van patiënten met een afwijkende bloeddruk of symptomen binnen in de vorm van een alarm. Volgens een vast protocol wordt er besloten welke actie er moet volgen op een bepaald alarm. Na een succesvolle pilotfase van de SAFE@Home-studie is recent de multicenter vervolgstudie, de SAFE@HOME II, gestart.⁷

Binnen de groep hoogerisicozwangeren die het SAFE@Home-platform gebruikt heeft in de pilotstudie, bleek het aantal antenatale bezoeken significant lager te liggen in vergelijking met de controlegroep, met een mediaan aantal bezoeken van 13,7 tegenover respectievelijk 16. Ook het aantal antenatale opnames voor hypertensie of verdenking op pre-eclampsie en het aantal echo-onderzoeken was significant lager in de SAFE@Home-groep.⁸ In deze studie werden de eerste 103 patiënten die het SAFE@Home-platform gebruikten geanaly-

Figuur 1. Antenataal zorgpad SAFE@Home platform



Afkortingen: AD, Ammenorroe duur (in weken); VK, verloskundig; AIOS, arts in opleiding tot specialist; CRL, crown-rump length, PNS, prenatale screening; NT, nekplooi; SEO, structureel echoonderzoek; GUO, geavanceerd ultrasonisch onderzoek; pp, postpartum.

seerd. Inmiddels zien we in de vervolgstudie in het UMC Utrecht dat zorgprofessionals meer gewend zijn geraakt aan het werken met SAFE@Home en dat de bijbehorende reductie van de poliklinische bezoeken mogelijk nog hoger ligt. Het thuismeten van de bloeddruk met SAFE@Home werd positief beoordeeld wat betreft patiënttevredenheid. Daarnaast voldeed het aan de verwachtingen van de zwangeren: 96 procent van de 51 ondervraagde zwangeren voelde zich comfortabel met het gebruik van het platform.⁹ Ook zou het nog zo kunnen zijn dat dit type zorg eerder zwangerschapscomplicaties opspoort door frequentere bloeddrukmetingen. Uit een kostenanalyse bleek dat er een gemiddelde kostenbesparing in antenatale zorg was van 19,7 procent (€3616 vs. €4504) in de SAFE@Home-groep (n=97) in vergelijking met de controlegroep (n=133) die het normale zorgpad volgde zonder thuismonitoring. Ook maatschappelijke kosten zoals het werkverzuim en de reiskosten werden in deze groep geanalyseerd, waaruit bleek dat zowel de reiskosten als de kosten voor werkverzuim lager waren in de SAFE@Home-groep, €245 versus €280 en €3565 versus €4329.¹⁰ De CO₂-uitstootanalyse is nog niet verricht, maar de CO₂-uitstoot ligt naar verwachting lager, gezien er sprake is van minder reisverkeer en een vermindering van de zorgconsumptie. Voor deze berekening is er enkel rekening gehouden met het vervoer middels een personenauto van de patiënt naar de polikliniek. Bijkomende reductie in CO₂-uitstoot van bijvoorbeeld de reisafstand van een oppas of uitstoot door het openbaar vervoer is niet meegenomen. Daarnaast zal voor een volledige analyse ook het energieverbruik voor externe dataopslag en extra logistieke benodigdheden meegenomen moeten worden.¹³

Door de vermindering van poliklinische bezoeken werd binnen de SAFE@Home-studie ook de diagnostiek teruggedrongen, wat kan bijdragen aan groenere zorg. De hypothese hierachter is dat er minder gebruik is van plastic (verpakkingen), materialen en verbruik van elektriciteit door een echo-apparaat en/of laboratoriumapparatuur. Ook de aangetoonde vermindering van hypertensie-gerelateerde opnamen zou kunnen resulteren in energiebesparing door vermindering van onder andere hoge energiekosten die gepaard gaan bij deze opnamen. Een ander duurzaam voordeel van SAFE@Home is dat de bloeddrukmeters die thuis gebruikt worden, in bruikleen aan de zwangeren worden gegeven en dus na reiniging kunnen worden hergebruikt.

Kan digitale zorg een bijdrage leveren om in de toekomst ons hoofd boven water te houden?

Op dit moment loopt de SAFE@Home II-studie, waarbij de opschaling van het thuismonitoren van de bloeddruk bij hoogrisicozwangeren middels het SAFE@Home-platform wordt onderzocht. Hierbij worden zowel de klinische uitkomsten als de implementatie onderzocht. Door de succesfactoren en barrières van het invoeren van deze digitale zorginnovatie te identificeren, hopen we met deze uitkomsten generieke lessen te leren voor toekomstige digitale oplossingen binnen de zorg. Ook hopen we een beter inzicht te krijgen in de kosten en baten van het platform door toepassing op grotere schaal. Een bijkomend voordeel van SAFE@Home is

een potentiële bijdrage aan de duurzaamheid van de obstetrische zorg in Nederland.

Om in 2050 CO₂-neutrale zorg te kunnen leveren, moeten we vanaf nu groenere keuzes maken op het gebied van onze zorgverlening. Binnen de obstetrie dragen wij door begeleiding van de zwangerschap en de partus op korte termijn bij aan het op de wereld zetten van zo gezond mogelijke kinderen. Laten we een transitie maken om naast effectiviteit, veiligheid en kosten ook duurzaamheid mee te nemen in de overwegingen van de organisatie van de zorg. En ernaar streven dat de kinderen die nu geboren worden, in de toekomst op een gezonde wereld leven, waar zij het hoofd boven water kunnen houden.

Referenties

1. Intergovernmental Panel on Climate Change. IPCC AR6 WGI Headline Statements [Internet]. 2021. Available from: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wgi/downloads/report/IPCC_AR6_WGI_Headline_Statements.pdf
2. KNMI. *Nederland warmt ruim 2 keer zo snel op als de wereldgemiddelde temperatuur*. 2021; Available from: <https://www.knmi.nl/over-het-knmi/nieuws/nederland-warmt-ruim-2-keer-zo-snel-op-als-de-rest-van-de-wereld>
3. Gupta Strategists. *Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg*. 2019;33. Available from: <https://gupta-strategists.nl/studies/een-stuur-voor-de-transitie-naar-duurzame-gezondheidszorg>
4. Gupta Strategists. *No Place Like home: An analysis of the growing movement away from hospitals towards providing medical care to patients in their own homes*. 2016.
5. Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M, de Groot J, Lamain A, et al. *Samen aan zet! eHealth-monitor 2019*. 2019;
6. van den Heuvel JF, Groenhof TK, Veerbeek JH, van Solinge WW, Lely AT, Franx A, et al. *eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature*. J Med Internet Res [Internet]. 2018 Jun 5;20(6):e202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29871855>
7. van den Heuvel JFM, Teunis CJ, Franx A, Crombag NMTH, Bekker MN. *Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: a qualitative study on women's experiences*. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Feb;20(1):77.
8. van den Heuvel JFM, Lely AT, Huisman JJ, Trappenburg JCA, Franx A, Bekker MN. *SAFE@HOME: Digital health platform facilitating a new care path for women at increased risk of preeclampsia - A case-control study*. Pregnancy Hypertens. 2020 Oct;22:30-6.
9. Jongsma KR, van den Heuvel JFM, Rake J, Bredenoord AL, Bekker MN. *User Experiences With and Recommendations for Mobile Health Technology for Hypertensive Disorders of Pregnancy: Mixed Methods Study*. JMIR mHealth uHealth. 2020 Aug;8(8):e17271.
10. van den Heuvel JFM, van Lieshout C, Franx A, Frederix G, Bekker MN. *SAFE@HOME: Cost analysis of a new care pathway including a digital health platform for women at increased risk of preeclampsia*. Pregnancy Hypertens. 2021 Jun;24:118-23.
11. UMC Utrecht. *Jaardocument UMC Utrecht 2017*. 2018;165. Available from: <https://www.umcutrecht.nl/getmedia/164598fc-fd76-4f7a-9de0-5b7024d701ec/UMC-Utrecht-Jaardocument-2017-V10-7.pdf.aspx>
12. EEA. *No improvements on average CO₂ emissions from new cars in 2017* [Internet]. 2018. Available from: <https://www.eea.europa.eu/highlights/no-improvements-on-average-co2>
13. Thompson M. *The Environmental Impacts of Digital Health*. Digit Heal [Internet]. 2021 Jan 1;7:20552076211033420. Available from: <https://doi.org/10.1177/20552076211033420>

Hoe duurzaam is jouw afdeling en ziekenhuis?

dr. Hannah van Meurs *aios gynaecologie OLVG*

dr. Nienke Weiss *aios gynaecologie OLVG*

dr. Wouter Hehenkamp *gynaecoloog Amsterdam UMC*

dr. Anne Timmermans *gynaecoloog Amsterdam UMC*

dr. Tamara Steenstra Toussaint *gynaecoloog Women's Healthcare Center Namens de werkgroep Gynae Goes Green*

Het jaar 2021 is door de NVOG uitgeroepen tot het jaar van de duurzaamheid. Recent kwam het Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) van de Verenigde Naties met een heel zorgelijk rapport wat evident aantoonde dat het niet goed gaat met de klimaatbeheersing wereldwijd.¹ Niet alleen in ons dagelijks leven, maar ook op ons werk speelt duurzaamheid hierdoor een steeds grotere rol. Begin dit jaar is er vanuit Gynae Goes Green een netwerk van duurzaamheidsambassadeurs opgericht. Dit netwerk bestaat uit enthousiaste gynaecologen, één uit (bijna!) elk ziekenhuis in Nederland, met allemaal een groen hart. Enkele maanden geleden hebben we via een enquête een nulmeting onder deze ambassadeurs verricht: hoe duurzaam is gynaecologisch Nederland eigenlijk?

We hebben een enquête met 27 vragen verstuurd. We stelden vragen over hoe duurzaam de respondenten hun eigen vakgroep en hun ziekenhuis vonden. Thema's waren onder andere vervoer, energie, afval, recyclen, roken en medicatie. De vragen waren meerkeuze met ruimte voor eigen commentaar. Er waren 51 respondenten (51/54), allen gynaecoloog en elk uit een ander ziekenhuis in Nederland. Gemiddeld gaven de gynaecologen hun eigen afdeling een heel lage score voor duurzaamheid: een 2 op een schaal van 1 tot en met 5. Maar liefst veertien respondenten gaven hun afdeling 1 punt. Slechts één respondent gaf zijn afdeling een score van 4 of 5. Het gehele ziekenhuis kreeg een gemiddelde score van 2,1.

Vervoer

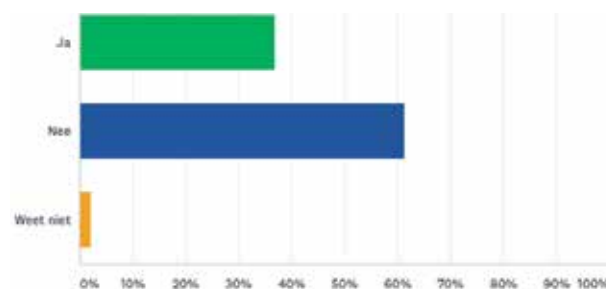
In de meeste ziekenhuizen (35/51) worden gelukkig wel al duurzame opties geboden voor het woon-werkverkeer of worden mensen gestimuleerd om duurzaam van en naar het werk te reizen. Hierbij valt te denken aan een fietsenplan, beschikbare e-bikes vanuit het ziekenhuis, een jaarlijkse 'kom-op-de-fiets-dag' en elektrische laadpalen.

Energie

Helaas geeft bijna twee derde van de respondenten aan dat er niet op wordt gelet of in de overdrachtsruimte, stafkamer en aios-kamer de lichten en/of computers altijd aan het einde van de dag worden uitgezet. Hierbij wordt opgemerkt dat computers vaak dag en nacht aan blijven staan. In sommige ziekenhuizen heeft men stickers op de lichtknop-

pen geplakt om elkaar eraan te herinneren ze uit te zetten. Soms gebeurt dit door de beveiliging of doet een groene gynaecoloog dit zelf.

Wordt er bij jullie op gelet dat in de overdrachtsruimte, stafkamer en aios-kamer de lichten en/of computers altijd worden uitgezet aan het einde van de dag?

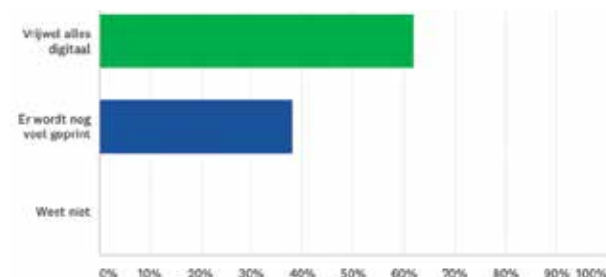


Een bescheiden deel van de gynaecologen (14/51) geeft aan dat in hun ziekenhuis de luchtzuivering op OK wordt uitgezet wanneer er niet wordt geopereerd (tussen 17:00 uur en 08:00 uur). Meestal blijft dan wel één OK beschikbaar voor acute zorg. In bijna de helft van alle ziekenhuizen die de enquête invulden is een 'green team OK' samengesteld, vaak zeer recent.

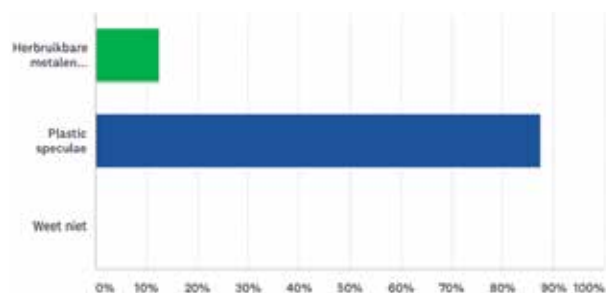
Afval

In ruim een derde van alle ziekenhuizen wordt er door de afdeling gynaecologie nog veel op papier geprint. De meeste afdelingen zijn wel bezig met digitaliseren. De overige ziekenhuizen geven aan voor verwijsbrieven, recepten, patiëntfolders en intercollegiale consulten digitaal te werken. In bijna 90 procent van de ziekenhuizen van de respondenten worden plastic specula gebruikt. Een aantal gynaecologen gaf hierbij aan dat zij het veel vrouwriendelijker vinden

Wordt er nog veel geprint of gaan de meeste patiëntencontacten en overdrachten digitaal?



Gebruiken jullie wegwerp plastic speculae of herbruikbare speculae?



en nooit meer wensen terug te gaan naar het herbruikbare metalen speculum. Ook vroegen enkelen zich af of het plastic speculum niet gerecycled zou kunnen worden. In drie vierde van de ziekenhuizen wordt afval nog steeds niet gescheiden (in algemene ruimtes zoals restaurant, wachtruimtes et cetera). Soms wordt papier al wel apart verzameld, soms ook plastic. In enkele ziekenhuizen werkt de OK aan afvalscheiding.

Recyclen

Het vaginaal toucher tijdens de partus wordt in ruim een vijfde van de ziekenhuizen met steriele handschoenen gedaan indien de vliezen intact zijn; het vaginaal toucher bij gebroken vliezen wordt zelfs in ruim de helft van de ziekenhuizen met steriele handschoenen gedaan. Soms worden steriele handschoenen alleen bij invasief onderzoek gebruikt (schedelelektrode plaatsen, amniotomie, MBO).

In slechts vier van de ziekenhuizen zijn de steriele OK-jassen herbruikbaar. Geen enkel ziekenhuis binnen ons netwerk gebruikt herbruikbaar afdek materiaal. Een kwart van de afdelingen gynaecologie gebruikt wegwerppartus- en hechtsets.

Roken

Tabaksontmoediging draagt bij aan duurzame ontwikkeling. Vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland zijn rookvrij (48/50). Er worden soms zelfs cursussen gegeven voor rokende medewerkers om hen te helpen met het stoppen met roken.

Medicatie

Acht gynaecologen gaven aan dat hun ziekenhuis actief werkt aan het tegengaan van medicijnverspilling. Hierbij noemden ze bijvoorbeeld dat er een strikte uitgifte wordt nagestreefd, waarbij er maar weinig voorraad is op de afdeling. Als nadeel van deze handelwijze werd genoemd dat patiënten daardoor soms lang moeten wachten bij ontslag. Ook werd genoemd dat het voorschrijfgedrag van de dokter is aangepast. In absolute aantallen wordt er minder medicatie voorgeschreven. Bovendien werd opgemerkt dat patiënten in het ziekenhuis vaker hun eigen thuismedicatie innemen, in plaats van apart voorgeschreven medicatie van de arts in het ziekenhuis.

Het anestheticum Desfluraan, een zeer potent broeikasgas, wordt gelukkig nog slechts in drie van de ondervraagde ziekenhuizen gebruikt.

Conclusie

Al met al kunnen we concluderen dat, hoewel er zeker de nodige groene initiatieven genomen worden, er werk aan de winkel is voor gynaecologisch Nederland op het gebied van duurzaamheid. Over een niet al te lange tijd hopen we dat we op dezelfde vragen duurzamer antwoorden krijgen vanuit alle ziekenhuizen. Het uitgebreide netwerk van groene gynaecologen – onze duurzaamheidsambassadeurs – lijkt hiervoor in elk geval enorm gemotiveerd. De ambassadeurs ontvangen met regelmaat duurzaamheidstips vanuit Gynae Goes Green, waarmee de ziekenhuizen worden ondersteund om duurzame aanpassingen te maken.

Op het door respondenten veelgenoemde vraagstuk met betrekking tot het plastic speculum versus het herbruikbare metalen speculum zal uitgebreid worden ingegaan tijdens de Pijlerdag Gynaecologie op 17 november. De pijlerdag zal geheel in het licht van het thema duurzaamheid staan. We hopen velen van u daar te ontmoeten!

Referentie

1. *Sixth Assessment Report* – IPCC: <https://www.ipcc.ch/assessment-report/ar6/>



Four is a crowd?!

dr. A. Timmermans *gynaecoloog, namens Gynae Goes Green*

Dinsdagavond 19:17 uur. Het Jeugdjournaal is net afgelopen en om 19:30 uur start de zoom-vergadering van de club duurzame gynaecologen. Mijn gedachten dwalen af van de onderwerpen in het Jeugdjournaal terwijl ik naar mijn twee oudste kinderen kijk en weet dat de andere op bed liggen. Het 6^e IPCC-rapport over klimaatverandering is uitgekomen en het is de duidelijk dat het de invloed van de mens is die heeft geleid tot de opwarming van de aarde. Ook komt er nu vanuit de medische wereld, onze wereld, de oproep aan de politiek om duurzaamheid en klimaatverandering aan te pakken.

In de projectgroep Gynae Goes Green hebben we eigenlijk vanaf oprichting discussie over de vraag: moeten wij als gynaecologen iets zeggen en vinden van het aantal personen op deze planeet? Is het aantal mensen een probleem of ligt het probleem elders? Als moeder van vier kinderen en zelf opgegroeid in een even groot gezin, heb ik mezelf die vraag ook regelmatig gesteld. Ja, het zijn er echt vier en in dit opzicht is ons gezin geen voorbeeld voor duurzaamheid. Al doen we ons best door de auto niet voor woon-werkverkeer of kleine ritjes binnen en rondom de stad te gebruiken, en überhaupt maar één auto te hebben. We beperken vlees eten tot één keer per week en proberen te kijken hoe we plastic kunnen besparen door onder andere met stoffen broodzakken naar de bakker te gaan. Er liggen zonnepanelen op het dak en we zetten de thermostaat een graadje lager. Maar is dat nu genoeg? Of ben ik bezig met *green washing*? Is het individuele gedrag dat wij als gezin proberen te vertonen voldoende om te compenseren voor het feit dat wij hebben bijgedragen aan meer wereldburgers? Is het aantal mensen op deze aarde het probleem of is het consumptiegedrag van die bevolking waar het probleem zit? Wie naar ons gezin kijkt, ziet ook meer monden om te voeden en meer mensen die de planeet kunnen vervuilen op een aarde die toch al overbelast is. Dus wie ben ik om te gaan praten over duurzaamheid? Die vraag heb ik me ook gesteld, toen ik (in 2019) de oproep zag om een duurzaamheidsprojectgroep binnen de NVOG te starten. En toch voelde ik me geroepen om die groep mede op te richten en vorm te geven. Juist vanwege die kinderen en hun toekomst.

Worsteling

In onze projectgroep worstelen we ook met dit thema. De teller van onze wereldbevolking staat op ruim 7,8 miljard (of waarschijnlijk alweer meer als dit stuk geprint is), ruim twee keer zoveel dan vijftig jaar geleden. Op diverse plekken waar geschreven wordt over maatregelen die duurzaamheid zouden bevorderen, zie je regelmatig de maatregel 'minder mensen op deze planeet' terugkomen, alsof de wereldbevolking zonder maximum ongebreideld door zou blijven groeien. Ook alsof het mogelijk zou zijn om de wereldbevolking te maximeren of te verkleinen. Daarnaast, wie moet straks ons verzorgen als wij zorg nodig hebben, wie werkt straks om onze pensioenen te betalen? De vergrijzing baart ons ook zorgen. De belangrijkste wetenschappers op dit

gebied laten in modellen zien dat het bevolkingsaantal in deze eeuw zal stabiliseren, simpelweg omdat er de komende decennia per vrouw minder kinderen geboren zullen worden.¹ Er wordt gehypothetiseerd dat dit is toe te schrijven aan betere scholing van vrouwen en toegang tot voorbehoedsmiddelen, beide het gevolg van verhoging van de welvaart. Tegelijk zien we ook publicaties verschijnen die rapporteren dat de vruchtbaarheid van koppels afneemt ten gevolge van chemicaliën en (micro)plastics in ons milieu.²

Bijdragen van gynaecologen

Hoe dragen wij gynaecologen hieraan bij? Wij zijn als beroepsgroep betrokken bij het vermijden van (ongewenste) zwangerschappen en tegelijk bij het helpen zwanger worden. Inmiddels is in Nederland de aangenomen motie om anticonceptie weer in het basispakket terug te krijgen, doorgestuurd naar een volgend kabinet. Wereldwijd worden jaarlijks nog steeds vele miljoenen vrouwen onbedoeld zwanger, waaruit miljoenen kinderen geboren worden, die feitelijk niet direct gewenst waren. Daar alleen al ligt een kans voor open doel. Alleen dat is niet het enige. Het gaat uit van de theorie dat de overbevolkte aarde het probleem is en van de theorie dat we het aantal mensen kunnen maximeren of zelfs verminderen. We zien de invloed van vervuiling op vroeggeboortes en tegelijk is in de afgelopen jaren de termijn van 'actief opvangbeleid' bij vroeggeboortes steeds lager komen te liggen. Moeten we ons als beroepsgroep richten op het individu en het individuele gedrag? Of zijn wij medeverantwoordelijk dat het systeem moet veranderen, dat het op grote schaal anders moet? Moeten wij dat doen of is dat de taak van de overheid en de 'grote vervuulende industrie'? Ik geloof sterk in het aangaan van het gesprek, de dialoog starten en het grote proberen te bereiken maar het kleine niet na te laten en te doen. Het systeem moet anders, en tegelijk kunnen wij ook op individueel niveau niet door blijven gaan met consumeren, vervuilen en weggoeien zoals in ons systeem ingeslopen lijkt te zijn. Kortom, ook wij als individu en als beroepsgroep zullen kritisch ons eigen gedrag en het overconsumptie deel daarvan moeten bekijken en durven aanpassen.

Inmiddels is het 19:30 uur. De kinderen krijgen een kus en gaan naar bed. Ik heb er vertrouwen in dat wij ze leren om hun CO₂-voetafdruk niet groot te laten zijn, door te consumeren in plaats van te consumeren. De laptop gaat open en ik log in op Zoom. Met veel enthousiasme en vol goede moed gaan wij, Gynae Goes Green, weer aan de slag om ons steentje bij te dragen, op grotere en kleinere schaal, om de wereld wat groener te maken.

Referenties

1. Vollset et al., 'Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study', Lancet 2020
2. 'Shanna Swan: 'Most couples may have to use assisted reproduction by 2045', The Guardian, maart 2021

Overbevolking is niet het grootste probleem

drs. J. Klumper *arts-onderzoeker en anios, Amsterdam UMC*
dr. A.T. Lely *gynaecoloog-perinatoloog, UMC Utrecht*

Als je een leek vraagt wat specifiek een gynaecoloog kan betekenen om klimaatverandering tegen te gaan, zal je wellicht horen dat wij een rol hebben in geboortebepaling. Want minder mensen op de aarde betekent toch minder vervuiling? En wij zijn de dokters die gaan over kinderen krijgen, en over géén kinderen krijgen.

Overbevolking wordt tegenwoordig steeds vaker aangehaald als dé oorzaak voor ons huidige klimaatprobleem. Prominente tv-biologen als David Attenborough en Jane Goodall propaganderen dat *overpopulation* hét onderliggende probleem is. De Nederlandse hoogleraar paleontologie Jelle Reumer concludeert in zijn essay *Teveel* dat pandemieën als corona, klimaatverandering en drastische afname van biodiversiteit rechtstreeks te herleiden zijn tot dat ene: overbevolking.¹ En het zijn dan vooral de landen met explosieve geboortecijfers die het moeten ontgelden, grotendeels in sub-Sahara Afrika en Azië. Het grote voordeel van deze argumentatie is dat we niet naar ons eigen handelen hoeven te kijken, maar met de vinger naar een ander kunnen wijzen. Iedereen is het erover eens dat een grotere wereldbevolking grote uitdagingen met zich meebrengt op het gebied van biodiversiteit, voedselvoorziening en beschikbare grond. Maar is het ook de grootste boosdoener in het opwarmen van de aarde? Het is onjuist en onethisch om overbevolking als grootste oorzaak te noemen van klimaatverandering. Dit wordt helder uitgelegd in een artikel van Thomas Oudman, bioloog en journalist van de Correspondent.² Het argument is fundamenteel gebrekkig, want het veronderstelt dat ieder persoon op aarde een gelijke uitstoot heeft. Onderzoeken laten echter keer op keer laten zien dat westerse bevolkingen per capita veel meer CO₂ uitstoten dan welke andere bevolking dan ook. De rijkste 10 procent van de wereldbevolking veroorzaakt 50 procent van uitstoot, tegenover de armste 50 procent die slechts 10 procent van de uitstoot voor zijn rekening neemt. Of zoals Oxfam Novib uitrekende: de rijkste één procent stoot twee keer zo veel CO₂ uit als de complete armste helft van de wereldbevolking! Een volwassen Amerikaan heeft een dertig keer zo hoge milieudruk als een volwassen inwoner van Bangladesh. In hoeverre helpt het dan als een inwoner van Bangladesh minder kinderen krijgt?

Het werkelijke probleem

We moeten dus voorzichtig zijn om overbevolking de schuld te geven van klimaatverandering. Het werkelijke probleem is niet het totaal aantal mensen, maar de toegenomen voetafdruk per persoon door toenemende energie-, grondstoffen en voedselconsumptie per inwoner. Rekenmodellen van klimaatwetenschappers onderbouwen dit ook: Climate Interactive heeft een openbaar toegankelijke simulator (En-ROADS) die laat zien wat het effect van verschillende factoren is op

de opwarming van de aarde. Dit model simuleert de netto emissies tot 2100 met daarin energievoorradenenergie-efficiënte, elektrificatie, economische groei, populatie, ontbossing, CO₂-verwijdering en methaanproductie (dieren).³ Ter illustratie: als de populatie niet doorgroeit naar 11 miljard maar naar 9 miljard dan scheelt dit slechts 0,1 graad. Het model toont dat brede welvaart stimuleren en beprijsen van CO₂ (bijvoorbeeld een wereldwijde CO₂-taks) veel effectievere methoden zijn om verdere opwarming tegen te gaan, maar er zal op veel verschillende domeinen moeten worden ingezet willen de Parijs-doelen gehaald worden.

Wereldbevolking

Laten we ook eens kijken naar de voorspellingen over de wereldbevolking. Een recente publicatie in *The Lancet* stelt dat in 2064 de wereldbevolking uit 9,7 miljard zal mensen bestaan en daarna in 2100 zelfs zal afnemen tot 8,8 miljard.⁴ Deze nieuwe schatting valt 2 miljard lager uit dan eerdere voorspellingen uit de VS.⁵ De grootste toename van het aantal mensen valt de komende decennia vooral te verwachten in Sub-Sahara Afrika, waar het fertiliteitsgetal – het gemiddeld aantal geboren kinderen per vrouw – nu nog hoog is, maar waar tegelijkertijd een afname in de bevolkingsgroei verwacht wordt. Als belangrijkste oorzaak voor een terugloop in de fertiliteitscijfers noemen de onderzoekers de verbeterde toegang tot onderwijs voor meisjes en vrouwen, en een verhoogde beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen. Als we de Sustainable Development Goals van de Verenigde Naties behalen, waarin onderwijs en toegang tot voorbehoedsmiddelen speerpunten zijn, dan voorspellen de modellen een wereldbevolking van 6,8 miljard mensen in 2100 (1 miljard afname ten opzichte van nu).⁶ Daarnaast is het zo dat we het effect op klimaatverandering het komende decennium al nodig hebben, we zitten namelijk nú in een klimaatcrisis. Een lager fertiliteitsgetal heeft pas effect op de langere termijn. Bijna alle mensen die de komende vijftien à twintig jaar kinderen krijgen, zijn nu al geboren (ook wel het populatiemomentum genoemd). Met de urgentie die het redden van het klimaat en biodiversiteit nodig hebben, gaan we de Parijs-doelen niet halen door in te zetten op het remmen van de bevolkingsgroei. In de westerse wereld is het daarom vooral het van belang om zo snel mogelijk de uitstoot per inwoner te verminderen, naast het investeren in de zeventien Sustainable Development Goals van de VN.

Rol van de gynaecoloog

Wat kunnen we dan wel doen als gynaecoloog? We kunnen bijdragen leveren aan de reductie van overconsumptie en reductie van het woon-werk- en patiëntverkeer (niet meer met de auto naar het werk, uitbreiding van e-consulten). We kunnen de duurzaamheidsanalyse meenemen bij het vergelijken van medische behandelingen en de life-cycle-analyse

van medische productie (zie ook eerdere NTOG-duurzaamheidskatern met mooie voorbeelden).

Concluderend, het aantal mensen op aarde is niet evenredig aan de CO₂-uitstoot. Het grootste probleem is niet overbevolking, maar het huidige systeem van economische groei en overconsumptie in rijke landen. Het leidt af van het echte probleem, namelijk onze westerse levensstijl, en wijst de schuldige vinger in de verkeerde richting. Daar is niemand mee geholpen.

Referenties

1. Reumer J (2020). *Teveel*. Utrecht: Lias Uitgeverij
2. www.decorrespondent.nl/11786/overbevolking-put-de-aarde-niet-uit-overconsumptie-doet-dat/944287012680-a245b0d0
3. Climate Interactive, www.len-roads.climateinteractive.org
4. Vollset SE, Goren E, Yuan C-W, Cao J, Smith AE, Hsiao T, e.a. *Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study*. *Lancet*. 17 oktober 2020;396(10258):1285-306.
5. www.scientias.nl/wereldbevolking-groeit-tot-2064-en-neemt-daarnaaf/
6. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/internationale-afspraken-ontwikkelingssamenwerking/global-goals-werelddoelen-voor-duurzame-ontwikkeling

De rol van de gynaecoloog in het maatschappelijk debat

Mag dat nog, kinderen krijgen?

dr. S.M. van der Kooij *gynaecoloog Noordwest Ziekenhuisgroep, Den Helder, werkgroep Gynaecoloog en maatschappij*

Een aantal jaar geleden begon de beweging van Birth Strikers, vrouwen en mannen die bewust geen kinderen krijgen om een statement te maken. Het idee dat het krijgen van een kind naar verhouding veel uitstoot veroorzaakt, kreeg in 2017 vleugels na Zweeds onderzoek naar wat burgers voor het klimaat kunnen doen.¹ Een kind op de wereld zetten kwam als grootste vervuiler uit de bus. Die daad zou 60 ton CO₂ per jaar de lucht in blazen. Dat vermijden zou gigantisch veel meer opleveren dan de auto de deur uit doen, vegetarisch gaan eten of minder gaan vliegen; ieder goed voor hooguit een paar ton besparing.

In het artikel hiernaast hebt u kunnen lezen dat door de focus op de overbevolking te leggen, deze niet ligt bij het werkelijke probleem: de zeer onevenredige CO₂-uitstoot als gevolg van de onevenredige verdeling van de welvaart. Eén Nederlander stoot net zoveel uit als 198 Somaliërs.² Bovendien, wanneer meisjes wereldwijd toegang hebben tot anticonceptie en onderwijs zal het geboortecijfer vanzelf afnemen.

Is het dan niet juist zo dat bewust minder kinderen krijgen in westerse welvarende overconsumerende landen wél bijdraagt aan vermindering van CO₂-uitstoot? En wat is de rol van de gynaecoloog hierin? Als gynaecoloog hebben we er bijna dagelijks mee te maken in anticonceptiegesprekken en aan de andere kant gesprekken over de wens om juist méér kinderen te krijgen. Je vindt als ouders van een samengesteld gezin met inmiddels zes kinderen met de wens voor een liefdesbaby bij wijze van spreken gemakkelijk een gynaecoloog die een IVF-traject start. Maar ben je 26 jaar en heb je een sterilisatiewens omdat je heel zeker weet dat je géén kinderen wilt, en alle andere vormen van anticonceptie al hebt geprobeerd, vind dan maar een gynaecoloog om een sterilisatie uit te voeren. Je wordt eerst bij een psycholoog langsges-

stuurd om uit te diepen waar dat vandaan komt, de wens om geen kinderen te krijgen. Ben je ongewenst zwanger, dan ben je gedwongen je te begeven naar een abortuskliniek waar je wordt opgewacht door groeperingen die willen proberen je op andere gedachten te brengen.

Verwachtingen van de maatschappij

Hieruit blijkt dat we als maatschappij nog steeds verwachten dat vrouwen kinderen krijgen. Dat is de standaard. Ook binnen de gynaecologie. De rode loper ligt uit naar het fertilitieitscentrum. De andere kant van het spectrum; sterilisatie op jonge leeftijd en het afbreken van zwangerschappen, daarop zit ook binnen ons vakgebied nog een taboe. Terwijl, is het niet heel verstandig om juist in deze tijd, waarin we steeds urgenter te maken hebben met het klimaatprobleem, ook die andere kant van het spectrum de ruimte te geven? Vrouwen meer vrijheid te geven in hun keuze om géén kinderen te krijgen?

Geboortebeperving is geen oplossing en kan tot extreme uitwassen leiden. De overheid noch een gynaecoloog heeft iets te zeggen over de hoeveelheid kinderen die een vrouw wil krijgen. Baas in eigen buik. En tóch kunnen we hier als gynaecologen in Nederland op een bepaalde manier aan bijdragen. Het gesprek hierover voeren met de patiënt, over hoeveel kinderen ze wil en het onderwerp klimaatprobleem daarin meenemen, is dat een taboe? Zolang het maar een gesprek is zonder oordelen, waarbij het doel is bewustwording te creëren. Zo begon Aletta Jacobs, als eerste vrouwelijke arts in Nederland, de eerste feministische golf. Zij opende in 1884 de eerste openbare anticonceptiekliniek die de wereld ooit heeft gekend!³ Ze begon met gesprekken voeren waarin ze de anatomie van de voortplanting uitlegde en vrouwen indien gewenst voorzag van een pessarium als anticonceptiemiddel. In Nederland kwam de ooievaar in veel

gevallen enkel nog langs op uitnodiging, en veel minder onaangekondigd. Dit werd een wereldwijd beroemd verschijnsel, Nederland liep voorop wat betreft de geboortepanning.

Niet conservatief zijn

Laten wij dan ook niet zo conservatief zijn als het gaat over sterilisatie op jonge leeftijd. Het is niet aan de gynaecoloog zich verantwoordelijk te voelen voor de mogelijkheid dat de vrouw in kwestie spijt zou krijgen en vast zou zitten aan IVF. Een vrouw van 25 jaar mag besluiten dat ze op dat moment een sterilisatie wil, en als ze spijt krijgt is dat haar eigen verantwoordelijkheid. Ook dat is baas in eigen buik. Ten derde is het óók aan ons gynaecologen om een veel fermere statement te maken over abortus. Om abortus in meer ziekenhuizen mogelijk te maken in plaats van het weg te stoppen in aparte klinieken. We denken dat Nederland progressief is op het gebied van abortus, maar dat is in feite niet zo. Dat abortus nog is opgenomen in het *Wetboek van Strafrecht* zorgt ervoor dat er nog een taboe omheen hangt. Door die wet af te schaffen zal abortus uit de taboesfeer komen en kan abortus een gewone medische behandeling worden. Ten vierde is het ook aan ons als gynaecologen om te pleiten voor gratis anticonceptie voor alle vrouwen in Nederland. Anticonceptie is een fundamenteel reproductief recht. Het maatschappelijke, economische en individuele gewin van anticonceptie weegt makkelijk op tegen de kosten hiervan op de begroting van de overheid.⁴

En ja, Nederland en andere welvarende landen zijn reeds aan het vergrijzen. In Nederland is het geboortecijfer 1,59 geboorten per vrouw. Toch zal de bevolking in Nederland groeien, met name door migratie. En dat is onvermijdelijk, omdat niet alleen door oorlog maar juist ook door klimaatproblemen en overbevolking in de nabije toekomst mensen hun land zullen ontvluchten en hun heil ergens anders zullen gaan zoeken. Klimaatproblemen die nota bene grotendeels zijn veroorzaakt door de welvarende landen. En deze onvermijdelijke migratie kan deels een oplossing zijn voor de vergrijzing.

Kortom, het verbeteren van vrouwenrechten is ontzettend belangrijk. Door wereldwijd in te zetten op onderwijs voor



meisjes, betere medische zorg en toegang tot anticonceptie zal het geboortecijfer vanzelf dalen. Door de taboes op sterilisatie en abortus te doorbreken en door gratis anticonceptie zal Nederland weer vooroplopen in de baas-in-eigen-buikbeweging. Geen geboortebepanking maar klimaatbewuste familieplanning en vrouwen die ervoor kiezen geen kinderen te willen geen strobreed in de weg leggen.

Referenties

1. *The climate mitigation gap: education and government recommendations miss the most effective individual actions: Seth Wynes and Kimberly A Nicholas 2017 Environ. Res. Lett. 12 074024.*
2. nos.nl/nieuwsuur/artikel/2277432-deze-vrouwen-willen-geen-kinderen-op-de-wereld-zetten-vanwege-klimaatverandering
3. www.prod-cdn.atria.nl/wp-content/uploads/2018/09/14103242/keeping-the-stork-in-his-place-eleanor-kinsella-mcdonnell.pdf
4. www.clara-wichmann.nl/nieuws/gratis-anticonceptie-een-zaak-voor-iedereen

Vanuit het NVOG-bestuur

dr. V. Dietz namens het NVOG-bestuur

De commissie duurzaamheid heeft ons het afgelopen jaar continu gevoed met belangrijke informatie: we kunnen zelf echt meer bijdragen aan het behalen van de klimaatdoelstellingen dan we denken. Dat we in beweging moeten komen is helder, maar de manier waarop staat open voor discussie. In deze twee artikelen wordt het tegengaan van de overbevolking genoemd. Het hoogste geboortecijfer zien we in sub-Sahara Afrika en Azië, maar de CO₂-voetprint is daar juist laag.



Logisch om dan extra kritisch te zijn op het geboortebepankingbeleid in de meer ontwikkelde landen. Daar is immers het meeste effect te verwachten. Terecht stellen de auteurs dat wij als gynaecologen (i.o.) daar een belangrijke rol in kunnen spelen. We dringen al jaren aan op het gratis beschikbaar stellen van anticonceptie voor alle vrouwen in Nederland en het pleidooi in deze artikelen zet dat nog eens extra kracht bij. Wij zullen ons, met onze leden, moeten blijven inzetten.

Reactie VAGO-werkgroep Innovatie & Duurzaamheid

Joost Nieuwstad *aios gynaecologie*

Het vraagstuk of de gynaecoloog zich actief moet bezighouden met geboortebeperving in het kader van de klimaatverandering is voor een groot deel een politiek issue. Over de afweging tussen gevolgen voor het klimaat en het recht hebben op voortplanting kan een arts zich beter terughoudend opstellen. Het ventileren van je eigen, politieke en maatschappelijke mening over dit probleem kan sturend zijn en paternalisme ligt hierbij op de loer. Maar wat als een patiënt zelf dit dilemma voorlegt en vraagt om advies? Het NVOG-visiedocument *Gynaecoloog 2025* zet de toekomstige medisch specialist als adviseur in de spreekkamer. Het advies voor geboortebeperving zal de klimaatcrisis op

wereldschaal weinig helpen. De levensstijl in de westerse samenleving heeft wel grote invloed op het klimaat. Het is aan de maatschappelijk georiënteerd gynaecoloog de patiënt zo goed mogelijk in te lichten over deze feiten.

Anderzijds kan de gynaecoloog een rol spelen in de emancipatie van de vrouw. Een open gesprek over het krijgen van kinderen, anticonceptie en het doorbreken van het taboe op abortus zijn hierin krachtige tools om de vrouw baas te laten zijn in eigen buik. Om de patiënt, *empowered* de spreekkamer te laten verlaten en zelf tot een afgewogen keuze te laten komen.

Placenta-echografie in de Nederlandse obstetrische zorg; op zoek naar lacunes

dr. V.M.M.M. Schiffer *anios gynaecologie en obstetrie, MUMC+ en arts-onderzoeker, GROW, Maastricht University*

A.J.M. Derickx *student arts-klinisch onderzoeker, Maastricht University*

drs. M. van der Wiel *student arts-klinisch onderzoeker, Maastricht University*

dr. S.M.J. van Kuijk *epidemioloog, afdeling Clinical Epidemiology and Medical Technology Assessment, MUMC+*

dr. A. Coumans *gynaecoloog, MUMC+*

prof. dr. M.E.A. Spaanderman *gynaecoloog, MUMC+*

dr. S. Al-Nasiry *gynaecoloog, MUMC+*

Ondanks haar belangrijke functie wordt de placenta tijdens een reguliere obstetrische echo vaak incompleet beoordeeld. De mate waarin de placenta echografisch wordt onderzocht lijkt af te hangen van de tijd die er voor beschikbaar is, de klinische relevantie die men eraan geeft en de professionele achtergrond van degene die de echo maakt. De beoordeling op de aanwezigheid van holtes in de placenta en calcificaties in relatie tot de zwangerschapsduur kan aanvullende waarde hebben.

Achtergrondinformatie

Tijdens de zwangerschap vervult de placenta een negen maanden durende cruciale rol in de fysiologische ontwikkeling en groei van de foetus.^{1,2} Na gedane arbeid wordt de placenta doorgaans, na marginale inspectie, weggegooid. Toch verdient dit bijzondere orgaan, met voor humane begrippen een extreem korte levensduur, meer aandacht. De placenta ontstaat wanneer de blastocyst aan het endometrium hecht; de buitenste laag van de blastocyst (syncytiotrofoblast) komt in verbinding te staan met de endometriumklieren en de maternale bloedvaten, waardoor er lacunaire netwerken ontstaan.³ Deze netwerken zijn zuurstofarme voorstadia van de intervillieuze ruimte. Vanaf tien weken zwangerschap ontstaat er een open connectie tussen moeder en placenta, waardoor er een continue uitwisseling van zuurstof, voedingsstoffen en afvalstoffen plaatsvindt.² De placenta is echografisch te zien als een echogene rand die de vruchtzak volledig omgeeft.³ In de weken daaropvolgend wordt de placenta zichtbaar als een maanvormig, echodens orgaan aan de anterieure, posterieure of laterale zijde van de uterus. Vanaf vijftien weken zwangerschap is ook de retroplacentaire, echolucente zone tussen de decidua en het myometrium zichtbaar.³ Behoudens de leidraad voor gecertificeerde echoscopisten tijdens de twintig-wekenecho, is er geen advies of richtlijn ten aanzien van de placentabeoordeling tijdens een reguliere echo in de zwangerschap.⁴ Het is dan ook niet opmerkelijk dat dit 'wegwerporgaan' in de praktijk relatief weinig aandacht krijgt.¹

De essentiële rol van de placenta wordt met name benadrukt op het moment dat er sprake is van placentaire insufficiëntie en wanneer er complicaties als pre-eclampsie en/of groeivertraging optreden. Het antepartum monitoren van de placentaire functie door middel van echografie zou kunnen bijdra-

gen aan een vroege detectie van groeiende foetale en maternale bedreiging, waarmee een passende surveillance de risico's voor zowel moeder als kind mogelijk kan reduceren.⁵⁻⁸ Om deze reden was het doel van dit onderzoek inzicht te krijgen in de huidige mate van 1) placentabeoordeling en 2) kennis van placentabevindingen tijdens reguliere echografische onderzoeken.

Methoden

Studie van de populatie

Deze studie werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het MUMC+ (METC 15-4-026). De enquête werd ingevuld door gynaecologen, echoscopisten, klinisch verloskundigen, arts-assistenten (niet in opleiding die werkzaam waren in opleidingsklinieken in Zuidoost-Nederland (Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Zuyderland Medisch Centrum Heerlen/Sittard en het Máxima Medisch Centrum Veldhoven (MMC)). De vragenlijst is tweemaal verstuurd, de eerste keer in maart 2018 (42 participanten) en de tweede keer in februari 2020 (20 participanten). De participanten beheersten allen de Nederlandse taal en namen vrijwillig deel. De enquêtes die voor <10% waren ingevuld werden geëxcludeerd. Omdat niet iedereen de enquête volledig had ingevuld, werden de antwoorden per vraag geanalyseerd.

Enquête

De enquête bestond uit 36 vragen, opgesteld met behulp van Qualtrics online software (Qualtrics Labs Inc., Provo, UT). Een link naar deze enquête werd via e-mail verspreid. Het invullen van de enquête gebeurde anoniem, duurde ongeveer 5 minuten en diende in één keer voltooid te worden. De enquête startte met vier algemene vragen betreffende professionele achtergrond, het ziekenhuis waarin de respondent werkzaam is, het gemiddeld aantal obstetrische echo's per week en het aantal jaar professionele ervaring. Vervolgens waren er vragen om 1) inzicht te krijgen in de huidige (subjectieve) mate van placentabeoordeling door verschillende professionals en 2) inzicht te krijgen in de huidige (objectieve) mate van kennis van placentabevindingen tijdens reguliere echografische onderzoeken.

Om inzicht te krijgen in hoeverre participanten de locatie, dikte, vorm, navelstrenginsertie, aanwezigheid van *placenta*

Tabel 1. De enquêtevragen over beoordeling van placenta's

1.	Heeft u deze vragenlijst al eerder ingevuld?
2.	Wat is uw beroep?
3.	In welk ziekenhuis bent u werkzaam?
4.	Wat is het aantal jaar dat u ervaring heeft met het maken van obstetrische echo's?
5.	Wat is het geschatte aantal obstetrische echo's dat u gemiddeld per week maakt?
Stellingen	
6.	Ik beoordeel de locatie van de placenta ten opzichte van de cervix tijdens het maken van reguliere echo's
7.	Ik beoordeel de structuur van de placenta tijdens het maken van reguliere echo's (met structuur wordt bedoeld: echodensiteit)
8.	Ik beoordeel de vorm van de placenta tijdens het maken van reguliere echo's (met vorm wordt bedoeld: aantal lobben en hechting van de vliezen aan de placenta).
9.	Ik beoordeel de insertie van de navelstreng in de placenta tijdens het maken van reguliere echo's
10.	Ik beoordeel de dikte van de placenta tijdens het maken van reguliere echo's
11.	Ik weet wat placental lakes zijn
12.	Ik beoordeel de placenta op aanwezigheid van placental lakes tijdens het maken van reguliere echo's
13.	Ik weet wat het Grannum gradiëring-systeem voor placenta-calcificaties is
14.	Ik beoordeel de placenta op aanwezigheid van calcificaties
15.	Ik noteer de locatie van de placenta ten opzichte van de cervix tijdens het maken van reguliere echo's
16.	A. Behoudens de locatie van de placenta noteer in andere bevindingen van de placenta tijdens het maken van reguliere echo's B. Bij oneens: Wat is de reden dat u het hier niet (volledig) mee eens bent?
17.	Een afwijkende structuur van de placenta neem ik mee in het vormen van mijn diagnose en/of beleid
18.	Afwijkende echografische bevindingen van de placenta kunnen een predictie vormen voor het ontwikkelen van zwangerschapscomplicaties
19.	Het zien van structurele afwijkingen van de placenta zou duidelijk moeten worden genoteerd in het systeem
20.	Ik zou een training willen krijgen in het beoordelen van de placenta middels echografie
21.	Bij vasculaire zwangerschapscomplicaties zijn structurele afwijkingen te zien middels echografie in de placenta
22.	De placenta zou meer aandacht moeten krijgen tijdens een reguliere echo
23.	Tijd is een belangrijke factor in het al dan niet echografisch beoordelen van de placenta
24.	A. Ik vind het belangrijk dat het placenta-uiteerlijk beoordeeld wordt tijdens het maken van reguliere echo's B. Bij oneens: Wat is de reden dat u het hier niet (volledig) mee eens bent?
Echografische afbeelding * zie afbeelding 1	
25.	A. Deze placenta is naar mijn mening afwijkend B. Bij onzeker: Wat is de reden dat u 'onzeker' heeft ingevuld?
26.	A. Op deze opname zijn calcificaties te zien B. Als 'Ja' is ingevuld: De mate van calcificaties die gezien wordt komt overeen met Grannum: Graad I, Graad II, Graad III, Onzeker
27.	A. Op deze opname zijn 'placental lakes' te zien B. Als 'Ja' is ingevuld: Het type 'placental lake' dat hier gezien is, betreft een: Intraparenchymale lake, Subchorionale lake, Echogenic cystic lesion, Onzeker
28.	Stel: Het gaat hier om een G1P0, AD 40+3 weken 'serotiniteitscontrole'. Maakt het zien van deze placenta dat u meer neigt een kant op te counselen ten aanzien van afwachten versus inleiden?
29.	Stel het gaat hier om een gezonde G1P0, AD 32+0 weken. Maakt het zien van deze placenta dat u meer neigt een kant op te counselen ten aanzien van afwachten versus intensievere controles?
Echografische afbeelding * zie afbeelding 2	
30.	A. Deze placenta is naar mijn mening afwijkend B. Bij onzeker: Wat is de reden dat u 'onzeker' heeft ingevuld?
31.	A. Op deze opname zijn calcificaties te zien B. Als 'Ja' is ingevuld: De mate van calcificaties die gezien wordt komt overeen met Grannum: Graad I, Graad III, Graad III, Onzeker
32.	A. Op deze opname zijn 'placental lakes' te zien B. Als 'Ja' is ingevuld: Het type 'placental lake' dat hier gezien is, betreft een: Intraparenchymale lake, Subchorionale lake, Echogenic cystic lesion, Onzeker
Echografische afbeelding * zie afbeelding 3	
33.	A. Deze placenta is naar mijn mening afwijkend B. Bij onzeker: Wat is de reden dat u 'onzeker' heeft ingevuld?
34.	A. Op deze opname zijn calcificaties te zien B. Als 'Ja' is ingevuld: De mate van calcificaties die gezien wordt komt overeen met Grannum: Graad I, Graad II, Graad III, Onzeker
35.	A. Op deze opname zijn 'placental lakes' te zien B. Als 'Ja' is ingevuld: Het type 'placental lake' dat hier gezien is, betreft een: Intraparenchymale lake, Subchorionale lake, Echogenic cystic lesion, Onzeker
36.	Stel: Het gaat hier om een G1P0, 28+5 weken, met oplopende tensies en hoofdpijnklachten. Je ziet bovenstaande placenta beeld middels echografie. Welke factor draagt het meest bij aan het inzetten van verdere diagnostiek bij deze patiënt? De termijn waarbij er klachten optreden, het soort klachten, het echografisch placenta beeld, anders

Foto 1. Te beoordelen placenta-beelden

Links: afwijkend placenta-echobeeld; Grannum-graad III en intraparenchymale placenta lakes. Midden: echobeeld zonder afwijkingen, Grannum-graad I. Rechts: afwijkend placenta-echobeeld; Grannum-graad III en echogenic cystic lesion.

lakes en calcificaties beoordeelden tijdens een reguliere echo, werd een vijfpuntschaal gebruikt (nooit/bijna nooit/soms/regelmatig/altijd). De locatie van de placenta werd beschreven als de aanhechting van de placenta aan de uteruswand, te weten aan de anterieure, posterieure of laterale zijde van de uterus. De dikte van de placenta werd beschreven als het aantal millimeter placenta-weefsel, gemeten in een transversaal vlak, ter hoogte van de navelstrenginsertie. De navelstrenginsertie was de plaats waar de navelstreng aanhecht aan de placenta en werd beschreven als centraal, paracentraal, marginaal of velamenteus. De vorm van de placenta werd beschreven als het aantal placentalobben en de hechting van de vliezen aan de placenta. Placenta lakes werden beschreven als homogene, sonolucente, avilleuze vasculaire ruimtes.⁹ Placentacalcificaties werden beschreven als echogene foci in de placenta, die volgens de Grannum-gradering beoordeeld kunnen worden (graad 0-3) en vaak voorkomen tijdens het einde van de zwangerschap.⁷ In de analyse werd de gemiddelde placenta-beoordelingscore per onderdeel (dikte, locatie, calcificaties et cetera) benoemd en de algemene placentascore; de gemiddelde score van alle onderdelen samen. Als laatste werden drie normale en afwijkende placenta-echo-beelden met stellingen (eens /onzeker/ oneens) en bijbehorende vragen gepresenteerd om objectief de kennis betreffende normale en afwijkende echografische placenta-bevindingen te onderzoeken (tabel 1, foto 1).

Statistische analyse

De gegevens werden gedownload van Qualtrics, geïmporteerd in Excel en gecodeerd naar numerieke waarden. Het Excel-bestand werd vervolgens voor analyse geïmporteerd in IBM SPSS Statistics 26,0. De vijfpuntschalen zijn voor de analyse als continu beschouwd, waarna ze beschreven zijn als gemiddelde en standaarddeviatie, aantallen en percentages.¹⁰ De verschillen tussen de groepen werden getoetst met de Kruskal Wallis test en de Mann-Whitney U-test. Een p-waarde $\leq 0,05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

In totaal vulden 69 participanten de enquête in, waarvan 60 participanten (87%) alle vragen beantwoordden en 2 participanten (3%) niet. Er werden 7 deelnemers (10%) geëxcludeerd, omdat zij de enquête $\leq 10\%$ hadden voltooid. In totaal vulden 9 participanten (15%) de vragenlijst twee keer in.

Beoordeling van de placenta

De locatie van de placenta werd regelmatig beoordeeld tijdens een reguliere echo (gemiddelde score: $4,0 \pm 1,2$). Soms werd de aanwezigheid van placenta lakes en calcificaties bekeken (respectievelijk $3,4 \pm 1,3$ en $2,9 \pm 1,3$). De placentadikte, vorm en navelstrenginsertie werden bijna nooit beoordeeld door de deelnemers (respectievelijk $2,3 \pm 1,2$, $2,2 \pm 1,3$ en $2,1 \pm 1,2$). De gemiddelde algemene placentascore van alle deelnemers was $2,8 \pm 0,9$.

Beroep

Bijna de helft van de respondenten waren aios ($n=29$, 47%), gevolgd door gynaecologen ($n=9$, 15%), verloskundigen ($n=9$, 15%), anios ($n=8$, 13%) en echoscopisten ($n=7$, 11%). In totaal was 82% werkzaam in het MUMC+, 8% in het Zuyderland, 3% in het MMC en van 7% was onbekend in welk ziekenhuis zij werkzaam waren. De algemene placentascore werd per professionele achtergrond berekend; de echoscopisten beoordeelden de placenta het meest compleet, met een gemiddelde placentascore van $4,1 \pm 0,9$, gevolgd door de gynaecologen ($3,4 \pm 0,9$), de verloskundigen ($2,5 \pm 1,0$), de anios ($2,5 \pm 0,7$) en tot slot de aios ($2,5 \pm 0,6$), zie tabel 2. Het gemiddeld aantal echo's per week was het hoogst bij de echoscopisten (24 ± 9), gevolgd door de aios (11 ± 8), de anios (11 ± 7), de gynaecologen (10 ± 9) en de verloskundigen (7 ± 3).

Klinische relevantie

In totaal gaf 61% ($n=34$) van de participanten aan dat ze het beoordelen van de placenta klinisch relevant vonden, 28% ($n=16$) was hierin neutraal en 11% ($n=6$) was het oneens met deze stelling. Ongeveer de helft van de participanten ($n=27$, 48%) gaf aan dat zij het belangrijk vinden om de placenta te beoordelen, 38% ($n=21$) was hierin neutraal en 14% ($n=8$) was het oneens met deze stelling. De algemene placentascore liet een trend zien tussen de participanten die het eens waren met de stelling en de participanten die neutraal of oneens stemden ($3,1 \pm 1,0$, $2,8 \pm 0,9$, $2,1 \pm 0,9$ respectievelijk, $p=0,064$).

Tijd

Meer dan de helft ($n=29$, 59%) van de participanten gaf aan dat tijd een belangrijke factor is in het al dan niet (compleet) echografisch beoordelen van de placenta, 18% ($n=9$) stemde neutraal en 23% ($n=11$) vond tijd geen belangrijke factor. De

algemene placentascore liet een trend zien tussen de participanten die het eens waren met de stelling en de participanten die neutraal of oneens stemden ($3,1 \pm 0,9$, $2,6 \pm 1,1$, $2,5 \pm 1,0$ respectievelijk, $p=0,066$).

Casuïstiek

Twee van de drie casus (casus 1 en 3) toonde afwijkende placentaecho-beelden. Bij casus 1 gaf 39% van de respondenten ($n=22$) aan deze afwijkend te beoordelen, bij casus 3 gaf 80% ($n=43$) dit aan. Casus 2 werd door 56% ($n=30$) geduid als niet afwijkend. Op alle drie de echo's waren calcificaties zichtbaar, echter in verschillende graderingen. Op echobeeld 1 herkenden 93% ($n=52$) van de participanten de calcificaties, op echobeeld 2 15% ($n=8$) en op echobeeld 3 68% ($n=37$).

Van de respondenten die aangaven dat er calcificaties te zien waren, was 12% ($n=6$) in staat om bij casus 1 het Grannum-stadium te benoemen, 25% ($n=2$) kon dit bij casus 2 en geen enkele participant kon dit bij echobeeld 3 ($n=37$).

Placenta lakes waren aanwezig in casus 1 en 2. Bij casus 1 herkenden 63% ($n=35$) de placenta lakes, 93% ($n=50$) zag dit bij casus 3. Bij casus 2, die geen placenta lakes bevatte, gaf iets meer dan de helft (56%, $n=30$) dit ook aan. Van de participanten die de aanwezigheid van placenta lakes herkenden, was 14% ($n=5$) in staat om het type placenta lake bij casus 1 te benoemen. Bij casus 3 kon 4% ($n=2$) het type placenta lake benoemen.

Training

In totaal gaf 88% ($n=49$) van de participanten aan dat zij behoefte hebben aan een extra training in het beoordelen van de placenta middels echografie, 9% ($n=5$) was hier neutraal in en 4% ($n=2$) had hier geen behoefte aan. Het merendeel van de participanten die het eens waren met de stelling werd vertegenwoordigd door aios (49%) en alle echoscopisten die de enquête invulden waren het eens met deze stelling. Er zat geen verschil in algemene placentabeoordeling tussen de participanten die het eens en oneens waren met deze stelling ($p=0,343$).

Discussie

Eigenschappen van normale placentaontwikkeling kunnen gedurende de zwangerschap door echografie non-invasief worden beoordeeld en gecontroleerd. Een afwijkende placenta-functie, ook wel placentaire insufficiëntie genoemd, is geassocieerd met het optreden van zwangerschapscomplicaties en slechte uitkomsten voor het kind.^{6,8-11} Uit onze studie blijkt dat tijdens een reguliere obstetrische echo de placenta niet vaak wordt beoordeeld en dat de kennis over placenta lakes en calcificaties beperkt is.

In de jaren '60 was de locatie van de placenta een van de eerste vraagstukken binnen de obstetrie waarvoor echografie gebruikt werd.¹² In onze enquête gaven de participanten aan de locatie van de placenta regelmatig te beoordelen. Gezien de klinische relevantie van een placenta praevia, waarmee een vaginale partus is uitgesloten, zijn de meeste klinici alert op een placenta dichtbij of over het interne ostium. Indien er geen sprake is van een placenta praevia, lijkt de exacte

Tabel 2. Algemene placentascore per beroep

Beroep	Aantal participanten (n)	Algemene placenta-beoordeling (\pm SD)
aios	29	2,5 \pm 0,6
verloskundige	9	2,5 \pm 1,0
anios	8	2,5 \pm 0,7
gynaecoloog	9	3,4 \pm 0,9
echoscopist	7	4,1 \pm 0,9

Tabel 3. Voorbeeld checklist placentabeoordeling

Placentaonderdeel	Uitleg
Locatie	Beoordeel locatie placenta aan uteruswand (anterior, posterior of lateraal) en ten opzichte van ostium internum (fundaal, midden, praevia (marginalis/totalis)).
Dikte	Zorg voor een transversale doorsnede door de uterus en meet de dikte van de placenta ter hoogte van de navelstrenginsertie.
Navelstrenginsertie	Beschrijf de plek waar de navelstreng aanhecht op de foetale zijde van de placenta als centraal, paracentraal, marginaal of velamenteus.
Vorm	Beoordeel de vorm en het aantal lobben van de placenta (bilobata/circumvallata).
Placenta lakes	Beoordeel de aanwezigheid en grootte van placental lakes (= sonolucente, homogene, avilleuze ruimtes). Beoordeel het type lake als subchorionaal, intraparenchymaal, lacunae of echogenic cystic lesion.
Calcificaties	Beoordeel de aanwezigheid van calcificaties (= echogene foci) volgens de Grannum-classificatie (graad 0-3).

locatie (anterior, posterior of lateraal) over het algemeen niet als klinisch relevant beschouwd te worden, hoewel dit bij een sectio wel degelijk van belang kan zijn.¹ De placentadikte, insertie van de navelstreng en de placentaire vorm werden door de participanten het minst beoordeeld. Eerdere studies concludeerden dat placentadikte niet als diagnostisch middel gebruikt kan worden voor het aantonen van specifieke aandoeningen, maar dat een placentadikte van >4 cm geassocieerd kan zijn met een hydrops foetalis, maternelle diabetes, diabetes mellitus of gravidarum, risico op abruptio placenta (OR 2,9, 95% CI 1,1-8,1), neonatale intensivecareopname (OR 4,6, 95% CI 3,1-6,9), lage APGAR scores (OR 6,7, 95% CI 4,0-11,3) en perinatale mortaliteit (OR 13,1, 95% CI 8,3-20,8) (13-15). Het beoordelen van de navelstrenginsertie is van belang ter uitsluiting van een velamenteuze insertie, waarbij de foetale vaten onbeschermd door de membranen lopen alvorens zij de placenta bereiken en er een hoog risico op foetale mortaliteit is indien deze vaten scheuren. Ook het beoordelen van de placentavorm zou kunnen bijdragen aan vroege detectie van foetale bedreiging, waarmee passende surveillance de risico's mogelijk kan reduceren. Een vaak voorkomend type van abnormale placentavorm is placenta circumvallata, waarin de randen van de placenta "opgerold" lijken in de sagittale doorsnede, of een echodense "band" boven de placenta lijken te vormen in

de dwarse doorsnede. Placenta circumvallata is meestal zonder klinische consequenties, hoewel het volgens sommige studies geassocieerd kan zijn met abruptio placenta en een verhoogde foetale morbiditeit en mortaliteit.³ Het is van belang onderscheid te maken tussen een placenta circumvallata en andere soorten van afwijkende placentavorm, e.g. placenta circummarginalis, aangezien deze laatste bevinding minder klinisch relevant is.¹

Uit onze resultaten blijkt er een verband te zijn tussen de mate van placentabeoordeling en de professionele functie, het aantal jaren ervaring, het aantal obstetrische echo's per week en het klinische belang dat men hecht aan placentabeoordeling. De echoscopisten scoorden significant hoger op de algemene placentabeoordeling in vergelijking met de andere groepen, terwijl de klinisch verloskundigen significant lager scoorden ten opzichte van de anderen. Meer exposure aan echografische placenta-afwijkingen en expertise met de mogelijke gevolgen van geassocieerde complicaties, zou kunnen leiden tot een verhoging van de klinische relevantie die de participant geeft aan het beoordelen van de placenta.

Ondanks dat er talloze wetenschappelijke studies gepubliceerd zijn die de klinische gevolgen van placentaire afwijkingen voor zowel moeder als kind beschrijven, gaf maar iets meer dan de helft van de participanten aan dat ze het beoordelen van de placenta klinische relevant vinden. Een tweetal placentaire afwijkingen is veelbesproken in de literatuur en relatief makkelijk te beoordelen; de aanwezigheid van placenta lakes en calcificaties. Hills et al. toonde reeds in 1984 aan dat placentalcalcificaties een maat zijn voor placental maturatie en dat de aanwezigheid van overtollige calcificaties geassocieerd was met intra-uteriene groeivertraging.¹⁶ Een meer recente review en meta-analyse van Mirza et al. concludeerde dat de aanwezigheid van Grannum III-calcificaties relateren aan een hogere kans op meconium houdend vruchtwater (OR 1,68 95% CI 1,17-2,39), een laag geboortegewicht (OR 1,63, 95% CI 1,19-2,22) en perinatale sterfte (OR 7,41 95% CI 4,94-11,09) en in de praktijk een vijfvoudig hoger risico gaf op inleiding van de baring.¹¹ Omdat het "verkalen" van de placenta een fysiologisch proces is dat zich voordoet in het derde trimester, is het van belang om de vastgestelde Grannum-gradiering te corrigeren voor de zwangerschapsduur op dat moment.¹⁷ Het lijkt dat men met name de placentalcalcificaties herkend indien er echodense tussenschotten tussen de cotyledonen zichtbaar waren (= Grannum III), maar meer dan driekwart van de participanten was niet in staat om het Grannum-stadium te benoemen.

De klinische relevantie van placenta lakes staat nog altijd ter discussie. Tevens is er een brede variatie in prevalentie van placenta lakes, ook wel *placenta hypoechogenic lesions* genoemd, mogelijk als gevolg van verschillende definities en hoog-risico populaties in eerder onderzoek. Cooley et al. vond dat in een laag-risico populatie de aanwezigheid van placenta lakes tijdens het eerste trimester geassocieerd was met vaginaal bloedverlies (22,4% t.o.v. 12,5% bij vrouwen die geen placental lakes hadden).¹⁸ De aanwezigheid van een groot lake (afkappunten tussen de 2-5 centimeter) is geassocieerd met groeivertraging (OR 5,7 (95% CI 1,20-27,28) en

preeclampsie (OR 14,3, 95%CI 1,28-259).¹⁹ Daarnaast wordt bij 65% van de placenta met lakes met een echodense, irregulaire rand (*echogenic cystic lesion*) postpartum de histologische diagnose "inter-villeuze trombose" vastgesteld.²⁰ Placenta lakes komen ook voor bij placenta accreta, hoewel er dan vaak gebruik wordt gemaakt van de term "lacuna". De aanwezigheid van een retroplacentaire placenta lake kan wijzen op een bloeding, welke soms asymptomatisch en zelf-limiterend is, maar ook op een abruptio. Subchorionale lakes bevindingen zich aan de foetale zijde en zijn van weinig klinisch belang.¹ Het lijkt dat men met name de grote, intraparenchymale lakes herkent en de placenta lakes vaak als fout-positief aanwezig beschouwt. Daarnaast was het merendeel van de participanten niet in staat om het type placenta lake te benoemen.

Conclusie en aanbeveling

Ondanks dat deze belangrijke informatie letterlijk binnen handbereik ligt, is de beoordeling van en de kennis over placenta lakes en calcificaties beperkt. Op basis van onze vragenlijsten concluderen we dat de mate waarin de placenta echografisch wordt onderzocht lijkt af te hangen van de tijd die er voor beschikbaar is, de klinische relevantie die men eraan geeft en de professionele achtergrond van degene die de echo maakt.

Om een leidraad te bieden in het structureel beoordelen van de placenta zou men een checklist kunnen gebruiken (tabel 3). Tevens zou placentabeoordeling een onderdeel kunnen vormen van landelijke of regionale trainingen in het curriculum tot gynaecoloog of verloskundige met daarin de meest klinisch relevante placentabevindingen tijdens een echo.

Referenties

1. Abramowicz JS, Sheiner E. *Ultrasound of the placenta: a systematic approach*. Part I: Imaging. Placenta. 2008;29(3):225-40.
2. Gude NM, Roberts CT, Kalionis B, King RG. *Growth and function of the normal human placenta*. Thrombosis research. 2004;114(5-6):397-407.
3. Fadl S, Moshiri M, Fligner CL, Katz DS, Dighe M. *Placental Imaging: Normal Appearance with Review of Pathologic Findings*. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2017;37(3):979-98.
4. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie. *Leidraad Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) versie 3.0*. 2019.
5. Abramowicz JS, Sheiner E. *In utero imaging of the placenta: importance for diseases of pregnancy*. Placenta. 2007;28 Suppl A:S14-22.
6. Harris RD, Cho C, Wells WA. *Sonography of the placenta with emphasis on pathological correlation*. Seminars in ultrasound, CT, and MR. 1996;17(1):66-89.
7. Kanne JP, Lalani TA, Fligner CL. *The placenta revisited: radiologic-pathologic correlation*. Current problems in diagnostic radiology. 2005;34(6):238-55.
8. Jauniaux E, Campbell S. *Ultrasonographic assessment of placental abnormalities*. American journal of obstetrics and gynecology. 1990;163(5 Pt 1):1650-8.
9. Thompson MO, Vines SK, Aquilina J, Wathen NC, Harrington K. *Are placental lakes of any clinical significance?* Placenta. 2002;23(8-9):685-90.
10. Sullivan GM, Artino AR, Jr. *Analyzing and interpreting data from likert-type scales*. Journal of graduate medical education. 2013;5(4):541-2.
11. Mirza FG, Ghulmiyyah LM, Tamim H, Makki M, Jeha D, Nassar A. *To ignore or not to ignore placental calcifications on prenatal ultra-*

sound: a systematic review and meta-analysis. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2018;31(6):797-804.

12. Campbell S, Kohorn EI. *Placental localization by ultrasonic compound scanning.* The Journal of obstetrics and gynaecology of the British Commonwealth. 1968;75(10):1007-13.
13. Jauniaux E, Ramsay B, Campbell S. *Ultrasonographic investigation of placental morphologic characteristics and size during the second trimester of pregnancy.* American journal of obstetrics and gynecology. 1994;170(1 Pt 1):130-7.
14. Dombrowski MP, Wolfe HM, Saleh A, Evans MI, O'Brien J. *The sonographically thick placenta: a predictor of increased perinatal morbidity and mortality.* Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 1992;2(4):252-5.
15. Nagpal K, Mittal P, Grover SB. *Role of Ultrasonographic Placental Thickness in Prediction of Fetal Outcome: A Prospective Indian Study.* Journal of obstetrics and gynaecology of India. 2018;68(5):349-54.
16. Hills D, Irwin GA, Tuck S, Baim R. *Distribution of placental grade in high-risk gravidas.* AJR American journal of roentgenology. 1984;143(5):1011-3.
17. Meyers ML, Brown BP. *Placental magnetic resonance imaging Part I: the normal placenta.* Pediatric radiology. 2020;50(2):264-74.
18. Cooley SM, Donnelly JC, Walsh T, McMahon C, Gillan J, Geary MP. *The impact of ultrasonographic placental architecture on antenatal course, labor and delivery in a low-risk primigravid population.* The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2011;24(3):493-7.
19. Kofinas A, Kofinas G, Sutija V. *The role of second trimester ultrasound in the diagnosis of placental hypoechoic lesions leading to poor pregnancy outcome.* The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2007;20(12):859-66.
20. Proctor LK, Whittle WL, Keating S, Viero S, Kingdom JC. *Pathologic basis of echogenic cystic lesions in the human placenta: role of ultrasound-guided wire localization.* Placenta. 2010;31(12):1111-5.

Samenvatting

Een afwijkende placentafunctie, ook wel placentaire insufficiëntie genoemd, is geassocieerd met het optreden van zwangerschapscomplicaties en slechte uitkomsten voor het kind. Placentakaracteristieken kunnen middels echografie non-invasief worden beoordeeld en kunnen bijdragen aan een vroege detectie van foetale bedreiging, waarmee passende surveillance de risico's mogelijk kan reduceren. Dit onderzoek laat zien dat de beoordeling van en de kennis over *placenta lakes* en calcificaties beperkt is. De mate waarin de placenta echografisch wordt onderzocht lijkt af te hangen van de tijd die er voor beschikbaar is, de klinische relevantie die eraan men eraan geeft en de professionele achtergrond van degene die de echo maakt. De beoordeling van en de kennis over placenta lakes en calcificaties lijkt beperkt en zou vergroot kunnen worden middels extra trainingen of door het gebruik van een placentachecklist.

Trefwoorden

placenta, echografie, placental lakes, calcificaties, training

Summary

An abnormal placental function, also known as placental insufficiency, is associated with adverse pregnancy and neonatal outcomes. Placental characteristics can be assessed non-invasively using ultrasonography and could provide information on fetal risks in an early stage of pregnancy. This study concludes that the placenta is not frequently assessed during a regular ultrasound scan. Available scanning time, clinical relevance of the observed placental findings and profession of the investigator are determinants that may have an influence on the examination of the placenta. Knowledge on (the presence of) placental lakes and - calcifications is limited and extra training or the use of a structured placenta checklist may increase the awareness to assess the placenta in a correct way.

Keywords

placenta, ultrasound, placental lakes, calcifications, training

Contact

Veronique Schiffer, 043-3874144

Dankwoord

Graag danken we alle participanten voor hun bijdrage aan deze studie.

Verklaring belangenverstrengeling

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

Twee patiënten met een bijzondere Lipschütz ulcus

drs. H.S. Zelisse *destijds semi-arts gynaecologie en obstetrie HagaZiekenhuis, thans arts-onderzoeker Amsterdam UMC*

drs. K. Bergsma *destijds chef de clinique gynaecologie en obstetrie HagaZiekenhuis, thans gynaecoloog Groene Hart Ziekenhuis*

drs. A.M.L.D. van Haften-de Jong *gynaecoloog HagaZiekenhuis*

Een Lipschütz ulcus is een zeldzame aandoening waarbij één of meerdere ulceraties op de vulva ontstaan. De ziekte komt voornamelijk voor bij jonge, seksueel inactieve vrouwen. Het ontstaan ervan is geassocieerd met virale en bacteriële infecties, alhoewel vaak geen onderliggende oorzaak wordt gevonden. In dit artikel beschrijven wij twee patiënten met een Lipschütz ulcus, waarvan één met een zeer zeldzame veroorzaker: *Salmonella typhi*.

Achtergrond

Een Lipschütz ulcus, ook wel acute genitale ulceratie of ulcus vulvae acutum genoemd, is een zeldzame aandoening die wordt gekenmerkt door snel ontstane, enkele of meerdere pijnlijke vulvaire ulceraties, meestal op de labia minora.^{1,2,3} De aanwezigheid van bilaterale, symmetrische ulcera, oftewel *kissing lesions*, is kenmerkend voor deze ziekte.^{1,3,4} De ulcera zijn in het algemeen diep en groter dan één centimeter.¹⁻⁴ Ze hebben vaak een verheven en scherp afgrensbare rand, een necrotisch centrum en een grijs-zwarte korst of exsudaat (pseudomembraan).^{1,3} De meeste patiënten hebben ook systemische symptomen zoals koorts, algehele malaise en hoofdpijn.^{1,2,4} De ziekte komt voornamelijk voor bij seksueel inactieve adolescenten of jongvolwassen vrouwen.^{3,4} De precieze etiologie is onbekend, alhoewel het ontstaan ervan geassocieerd is met Epstein-Barr-virus en andere virale en bacteriële infecties.^{1,3,4} De diagnose Lipschütz ulcus kan pas gesteld worden nadat andere oorzaken van genitale ulcera, zoals een systeemziekte of een seksueel overdraagbare aandoening, zijn uitgesloten.^{1,3} De behandeling is symptomatisch van aard in de vorm van pijnbestrijding; in het geval van een gevonden onderliggende oorzaak dient deze behandeld te worden.^{1,3}

Casus A

Anamnese

Een 17-jarige Nederlandse virgo van Marokkaanse afkomst werd op de polikliniek gynaecologie gezien vanwege een pijnlijk, gezwollen linker labium majus. De klachten waren een week eerder begonnen met algehele vulvaire jeuk en roodheid. Zij was op dat moment al ruim een week in Marokko op familiebezoek. Twee dagen na de start van de klachten ontstond een zwelling van het linker labium majus. Eén dag vóór haar poliklinische bezoek had zich een wondje met debris gevormd op het linker labium minus en was de afwijking zeer pijnlijk geworden. Tevens was er sindsdien sprake van algehele malaise. In Marokko had zij niet in zoet

water gezwommen en waren er geen andere personen ziek geworden. Zij had een blanco medische voorgeschiedenis; ze had met name nooit eerder huidafwijkingen, oogklachten, gewrichtsklachten of aften gehad.

Lichamelijk onderzoek

Tijdens lichamelijk onderzoek zagen we een matig zieke patiënte die tijdens onderzoek van de vulva zeer pijnlijk was. Ze had een lichaamstemperatuur van 38,3 °C. Er werd een rood, gezwollen, warm linker labium minus gezien met een ulceratie van 1,5 x 1 centimeter met debris. Onder de ulceratie zat een verharding maar geen fluctuatie. Bij echoscopie werd geen vocht onder de laesie waargenomen. Op het rechter labium minus was sprake van een ulcus kleiner dan één centimeter, de zogenaamde *kissing lesion*. Er waren geen blaasjes zichtbaar rondom de vulva. Ze had geen andere huidafwijkingen of aften en haar conjunctivae waren wit.

Differentiaaldiagnose

De differentiaaldiagnose bestond uit een herpesinfectie (alhoewel niet typisch), ziekte van Behçet (alhoewel geen andere, eerdere symptomen en geen aften in de mond) en een Lipschütz ulcus.

Diagnostiek

In de vaginakweek werd een *Staphylococcus aureus* vastgesteld. De testen voor Epstein-Barr-virus, herpes simplexvirus, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* en hiv waren allemaal negatief. Er werd geen banale bloedkweek afgenomen. Het biopt liet een subacute, niet-specifieke ulcererende ontsteking zien.

Beloop

In overleg met de dermatoloog werd gestart met Augmentin oraal; dit werd na de positieve vaginakweek gecontinueerd. Initieel verslechterde de conditie van patiënte: het ulcus groeide tot 1,5 x 3 centimeter en patiënte werd kortdurend opgenomen wegens algehele malaise. Twee weken na het initiële contact liet vulvoscopie echter een aanzienlijke verbetering zien. De inflammatie was nagenoeg verdwenen en de huid op de voormalige plek van het ulcus was dicht en aan het regenereren. Daarnaast was de pijn nagenoeg verdwenen en was haar algehele conditie sterk verbeterd. Vijf dagen na de vulvoscopie werd patiënte echter opnieuw op de polikliniek gezien, ditmaal vanwege een zeer pijnlijk rechter labium minus. Bij vulvoscopie werd een ulcus van

1 x 1 centimeter met wit debris gezien; het linker labium minus was onveranderd. In overleg met de dermatoloog werd gestart met Flucloxacilline oraal. Desalniettemin kwam ze een week later retour in verband met overgeven, buikpijn, diarree en koorts tot 40 °C. De ulceratie op het rechter labium minus was op dat moment nauwelijks verbeterd. Ze werd opgenomen, bloedkweken werden afgenomen en de Flucloxacilline werd gecontinueerd. De uitslag van de bloedkweken toonde een *Salmonella typhi*-bacterie, waarop de antibiotica werd omgezet naar Ceftriaxon intraveneus. Na een week was patiënte dusdanig opgeknapt dat zij het ziekenhuis kon verlaten; de Ceftriaxon werd omgezet naar Ciprofloxacine oraal voor in totaal twee weken. Een maand later waren beide labia minora compleet genezen en was zij klinisch volledig hersteld.

Conclusie

Gedurende het behandeltraject werd de diagnose Lipschütz ulcus gesteld. Ten eerste paste het klinisch beeld, zowel de symptomen als de ulceraties inclusief kissing lesion, bij deze diagnose. Bovendien was patiënte virgo. Daarnaast werden andere oorzaken, zoals een herpesinfectie en de ziekte van Behçet, uitgesloten.

Casus B

Anamnese

Op de polikliniek gynaecologie werd een 16-jarige virgo gezien vanwege een sinds één dag bestaande afwijking op de vulva. Deze afwijking was gevoelig maar niet pijnlijk en belemmerde de mictie niet. Tevens had de patiënte sinds enkele dagen koorts tot 41,0 °C met daarbij een niet-productieve hoest. Zij had geen gastro-intestinale klachten, was niet in het buitenland geweest en er waren geen zieken in de omgeving. Haar voorgeschiedenis vermeldde geen bijzonderheden.

Lichamelijk onderzoek

De patiënte was niet acuut ziek of pijnlijk. Haar lichaamstemperatuur was 38,6 °C. Op de binnenzijde van het linker labium minus werd een oppervlakkig, donker verkleurd ulcus met debris gezien. Op het rechter labium minus was er sprake van een kissing lesion. De laesies reikten niet tot de introïtus. De labia majora waren iets oedemateus maar niet fluctuerend (figuur 1).

Figuur 1. De afwijking van patiënte B tijdens de eerste presentatie



Differentiaaldiagnose

De werkd Diagnose betrof een Lipschütz ulcus mogelijk veroorzaakt door een viraal infect. Differentiaal diagnostisch werd ook nog gedacht aan een infectie met het herpes simplexvirus.

Aanvullend onderzoek

De bloedkweken waren negatief, evenals de testen op herpes simplexvirus, *Treponema pallidum*, hiv en cytomegalovirus. Er is niet getest op *Neisseria gonorrhoeae* en *Chlamydia trachomatis*. Het serologisch onderzoek toonde een doorge maakte Epstein-Barr-virusinfectie aan (IgG positief en IgM negatief).

Beloop

In overleg met de patiënte ging zij naar huis met duidelijk instructies. Drie dagen later werd de patiënte opgenomen voor pijnstilling en katheterisatie aangezien mictie dusdanig pijnlijk was geworden dat zij bewust niet meer dronk om mictie te voorkomen. Zij was de afgelopen 24 uur koortsvrij geweest. Wel waren de ulcera beiderzijds iets toegenomen in grootte en diepte (figuur 2). De ulcera waren pijnlijk bij aanraking. Ten tijde van opname toonde de vaginakweek een *Staphylococcus aureus*-infectie aan. Dit werd geduid als secundair infect. Hierop werd gestart met Flucloxacilline oraal gedurende tien dagen. De patiënte werd naar huis ontslagen met een katheter à demeure. Anderhalve week later werd deze verwijderd; patiënte was toen pijnvrij. De ulcera waren genezen en de labia majora waren weer symmetrisch (figuur 3).

Figuur 2. De afwijking van patiënte B tijdens de opname



Figuur 3. De afwijking van patiënte B tijdens de laatste controle



Conclusie

Reeds bij het initiële contact was de werkdiagnose een Lipschütz ulcus. Gedurende het behandeltraject zijn andere oorzaken uitgesloten, waardoor de diagnose Lipschütz ulcus bevestigd kon worden. Het feit dat er sprake was van een kissing lesion ondersteunt de diagnose. Echter, er is geen onderliggende oorzaak voor het ontstaan van de ulceraties gevonden.

Discussie

Het Lipschütz ulcus kent een uitgebreide differentiaaldiagnose, zoals eerder beschreven door Van Bommen en Rijnders (tabel 1).⁵ Het Lipschütz ulcus is een klinische diagnose waarbij in de meeste gevallen de veroorzaker niet gevonden kan worden.^{3,4,5} De literatuur beschrijft een sterke associatie met een actieve infectie van het Epstein-Barr-virus (EBV).^{1,3,4} Bij patiënte B was echter sprake van een reeds doorge- maakte EBV-infectie, aangezien de IgM-antistoffen negatief waren bij positieve IgG-antistoffen.⁶ Differentiaal diagnostisch werd bij patiënte B gedacht aan een onderliggend viraal effect, maar hier is geen diagnostiek voor ingezet. Uiteindelijk kon bij patiënte B dus geen onderliggende oorzaak van het Lipschütz ulcus vastgesteld worden.

Naast EBV worden ook andere virale en bacteriële oorzaken beschreven.^{1,2,4} Echter, *Salmonella typhi* als veroorzaker van het Lipschütz ulcus, zoals bij patiënte A, is zeer zeldzaam. In de afgelopen jaren zijn hier slechts enkele casus van beschreven.^{7,8,9}

Tabel 1. Differentiaaldiagnose van het Lipschütz ulcus**Seksueel overdraagbare aandoeningen**

herpes simplexvirus

syfilis

hiv

lymfogranuloma venereum

Niet-seksueel overdraagbare aandoeningen

(myco)bacteriën

gisten

virussen

- Epstein-Barr-virus

- cytomegalovirus

- influenza A en B

- adenovirus

- mazelen

- paratyfoïde koorts

Auto-immuunziekten

ziekte van Behçet

ziekte van Crohn

lichen sclerosus

lichen planus

pyoderma gangrenosum

bulleus pemfigoïd

pemphigus vulgaris

Maligne oorzaken

leukemie

lymfoom

extramammaire ziekte van Paget

basaalcelcarcinoom

plaveiselcelcarcinoom

Complexe aftose

idiopathisch

secundair

Hormonale oorzaken

progesterondermatitis

oestrogene hypersensitiviteit

Medicamenteuze oorzaken

NSAID-geïnduceerde eruptie

Steven-Johnsonsyndroom

toxisch epidermale necrolyse

Externe factoren

traumatische mutilatie

seksueel misbruik

contactallergie

Tabel van Van Bommen en Rijnders⁵, overgenomen met toestemming.

Het is zeer waarschijnlijk dat patiënte A bij het eerste poliklinische contact al besmet was door de *Salmonella typhi*-bacterie, ondanks dat er toen geen bloedkweek is afgenomen. Ten eerste kan de bacterie in Marokko opgelopen worden door het nuttigen van gecontamineerd voedsel of water.¹⁰ Daarnaast kreeg de patiënte klachten na ruim een week in Marokko verbleven te hebben. Dit komt overeen met de gemiddelde incubatietijd van *Salmonella typhi* van één tot twee weken.¹¹ Het herstel na de initiële behandeling kan verklaard worden door het feit dat in 5-10% van de patiënten die besmet zijn met *Salmonella typhi* een terugval voor kan komen, ongeveer één tot drie weken na het herstel van de eerste ziekte-episode.¹¹ Bovendien kan een *Salmonella typhi*-infectie die niet (adequaat) wordt behandeld weken tot maanden duren.¹¹

Het onderliggende mechanisme waardoor *Salmonella typhi* een ulcus vormt is onbekend. Theorieën behelzen directe inoculatie bij feces of urine, via een bacteriële embolus of als gevolg van endotoxineproductie.^{7,8,12}

Bij beide patiënten kwam *Staphylococcus aureus* uit de vaginakweek. Het is echter zeer onwaarschijnlijk dat dat de oorzaak was van de Lipschütz ulcera. Ten eerste is *Staphylococcus aureus* nooit eerder beschreven als veroorzaker van genitale ulcera bij vrouwen. Bij mannen is alleen meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) beschreven als veroorzaker van genitale/scrotale ulcera.¹³ Daarnaast is *Staphylococcus aureus* vaak onderdeel van de vaginale kolonisatie zonder dat dat symptomen geeft: het komt voor in 9,2% van alle gezonde vrouwen.¹⁴

Concluderend kent een Lipschütz ulcus een groot scala aan veroorzakers, waaronder *Salmonella typhi*. Men dient bij genitale ulceraties dus bedacht te zijn op zeldzame veroorzakers, zeker indien een patiënte op reis is geweest. Derhalve bepleiten wij dat, in tegenstelling tot bij casus A, altijd bloedkweken afgenomen dienen te worden indien een patiënte zich presenteert met één of meerdere genitale ulceraties in combinatie met koorts.

Referenties

- Huppert J.S. *Lipschutz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women*. *Dermatol Ther*. 2010;23(5):533-40.
- Halvorsen J.A., Brevig T., Aas T., Skar A.G. & Slevolden E.M. et al. *Genital ulcers as initial manifestation of Epstein-Barr virus infection: two new cases and a review of the literature*. *Acta Derm Venereol*. 2006;86(5):439-42. Erratum in: *Acta Derm Venereol*. 2006;86(6):482.
- Sadoghi B., Stary G., Wolf P. & Komericki P. *Ulcus vulvae acutum Lipschutz: a systematic literature review and a diagnostic and therapeutic algorithm*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(7):1432-1439.
- Farhi D., Wendling J., Molinari E., Raynal J. & Carcelain G. et al. *Non-sexually related acute genital ulcers in 13 pubertal girls: a clinical and microbiological study*. *Arch Dermatol*. 2009;145(1):38-45.
- Van Bommel M.H.D. & Rijnders R.J.P. *Acute vulvaire ulcera bij een jonge vrouw*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2019;163:D3814. Tabel overgenomen met toestemming.
- Luzuriaga K. & Sullivan J.L. *Infectious mononucleosis*. *N Engl J Med*. 2010;362(21):1993-2000. Erratum in: *N Engl J Med*. 2010;363(15):1486.
- Mustapha O., Kanj S., Araj G., Mroueh S. & Dbeibo G. et al. *Genital ulceration associated with typhoid fever*. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(5):e6-7.
- Buchman M.I. *A typhoid ulcer of the external genitals*. *Am J Obstet Gynecol*. 1955;70(2):435-7.
- Atkinson V. & Swartz E. *Case 1: Fever and a genital ulcer in a recent immigrant*. *Paediatr Child Health*. 2011;16(2):75-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Morocco Traveler View*. Beschikbaar via: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/traveler/none/morocco> [Geraadpleegd op 21-11-2020].
- Crump J.A., Sjölund-Karlsson M., Gordon M.A. & Parry C.M. *Epidemiology, Clinical Presentation, Laboratory Diagnosis, Antimicrobial Resistance, and Antimicrobial Management of Invasive Salmonella Infections*. *Clin Microbiol Rev*. 2015;28(4):901-37.
- Pelletier F., Aubin F., Puzinat E., Deprez P. & Blanc D. et al. *Lipschutz genital ulceration: a rare manifestation of paratyphoid fever*. *Eur J Dermatol*. 2003;13(3):297-8.
- Dosekun O. & White J. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus as a cause of genital ulcer-adenopathy syndrome*. *Int J STD AIDS*. 2012;23(7):524-6.
- Guinan M.E., Dan B.B., Guidotti R.J., Reingold A.L. & Schmid G.P. et al. *Vaginal colonization with Staphylococcus aureus in healthy women: a review of four studies*. *Ann Intern Med*. 1982;96(6 Pt 2):944-7.

Samenvatting

Het Lipschutz ulcus is een zeldzame aandoening waarbij sprake is van één of meerdere pijnlijke ulceraties op de vulva, meestal op de labia minora. De meeste patiënten hebben ook systemische symptomen zoals koorts, algehele malaise en hoofdpijn. Het ontstaan van een Lipschutz ulcus is geassocieerd met virale en bacteriële infecties, maar vaak wordt geen onderliggende oorzaak gevonden. In dit casereport beschrijven wij twee patiënten met een Lipschutz ulcus. Bij één patiënte werd inderdaad geen onderliggende oorzaak gevonden. Bij de andere patiënte bleek het Lipschutz ulcus echter door *Salmonella typhi* veroorzaakt te zijn. Deze onderliggende oorzaak is slechts enkele keren beschreven. Omdat de onderliggende oorzaak van een Lipschutz ulcus dus ook een zeer zeldzame bacteriële verwekker kan zijn, pleiten wij voor het afnemen van bloedkweken indien een patiënte zich presenteert met één of meerdere genitale ulceratie(s) in combinatie met koorts.

Trefwoorden

Lipschutz ulcus, genitale ulceratie, *Salmonella typhi*

Summary

A Lipschutz ulcer is a rare condition in which one or more painful ulcerations on the vulva develop, usually on the labia minora. Most patients also suffer from systemic symptoms like fever, general malaise and headache. The development of a Lipschutz ulcer is associated with viral and bacterial infections, but often an underlying cause cannot be found. In this case report we describe two patients with a Lipschutz ulcer. In one patient, indeed no underlying cause could be found. However, in the other patient *Salmonella Typhi* turned out to have caused the Lipschutz ulcer. This underlying cause has been described only a few times. Since the underlying cause of a Lipschutz ulcer can thus also be a very rare bacterial agent, we plead for getting blood cultures when a patient presents with one or more genital ulceration(s) in combination with fever.

Keywords

Lipschutz ulcer, genital ulceration, *Salmonella typhi*

Contact

drs. H.S. Zelisse, h.s.zelisse@amsterdamumc.nl

Toestemming van patiënten voor publicatie

Beide patiënten hebben toestemming gegeven voor de publicatie van de casus en de tekst akkoord bevonden. Patiënte B heeft tevens toestemming gegeven voor publicatie van de foto's.

Verklaring belangenverstrengeling

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

Alternatieve bekostigingsmodellen geboortezorg onder de loep genomen

dr. E.F. de Vries onderzoeker, RIVM

prof. dr. C.A. Baan Tranzo, Tilburg University

dr. J.N. Struijs associate professor, LUMC, Campus Den Haag en senior onderzoeker, RIVM

Vanaf 1 januari 2017 is het mogelijk om een integraal bekostigingscontract voor geboortezorg af te sluiten met de zorgverzekeraar. Maar wat is integrale bekostiging nu precies, en zijn er ook andere manieren van bekostigen? Aan de hand van internationale initiatieven en wetenschappelijke literatuur bespreken we in dit artikel 1) hoe de verschillende bekostigingsmodellen zijn vormgegeven, 2) hoe alternatieve bekostigingsmodellen in theorie werken, en 3) welk empirisch bewijs er op dit moment bestaat voor effecten op gezondheid en zorguitgaven. Op basis van de resultaten worden inzichten besproken die relevant kunnen zijn voor de Nederlandse situatie.

Sinds 1 januari 2017 is het in Nederland mogelijk voor zorgaanbieders in de geboortezorg om integrale bekostigingscontracten af te sluiten met zorgverzekeraars. Integrale bekostiging biedt de mogelijkheid om alle geboortezorg, inclusief de activiteiten die nodig zijn om de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te bevorderen, te contracteren tegen één integraal tarief (ondverdeeld in een prenatale, natale, postnatale fase en kraamzorg). De zorgaanbieders die het contract sluiten nemen de financiële verantwoordelijkheid op zich voor de hoeveelheid zorg en de gemiddelde kosten per cliënt. De verwachting is dat door de gezamenlijke verantwoordelijkheid een stimulans ontstaat tot een verbeterde samenwerking. Uiteindelijk is het doel van integrale bekostiging om via een verbeterde samenwerking tussen zorgaanbieders, betere gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind en een doelmatiger verdeling van de zorgtaken te realiseren.¹

Om dergelijke contracten af te kunnen sluiten stellen zorgverzekeraars als voorwaarde dat een integrale geboortezorgorganisatie (igo) wordt opgericht. Een igo is een organisatie met een rechtspersoonlijkheid waarin verschillende typen zorgaanbieders zijn verenigd, zoals eerstelijnsverloskundigen, gynaecologen, ziekenhuis en kraamzorg. De igo maakt met zorgverzekeraar(s) afspraken over de tarieven en minimale kwaliteitseisen van de zorg voor de gehele zwangerschaps- en kraamperiode (zorginkoopmarkt 1) (figuur 1). Daarnaast is de igo verantwoordelijk voor het coördineren en leveren van geboortezorg aan zwangere vrouwen in een regio. De igo sluit, in plaats van de zorgverzekeraar, overeenkomsten met individuele zorgaanbieders of instellingen voor de levering van de gecontracteerde zorg (zorginkoopmarkt 2). De igo heeft meer informatie tot haar beschikking over de populatie en de benodigde zorg dan een zorgverzekeraar, waardoor zij beter in staat is om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren.

Momenteel wordt in acht Nederlandse regio's geëxperimenteerd met integrale bekostiging van de geboortezorg.²⁻⁴

In september 2020 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een bekostigingsadvies over integrale bekostiging aan het ministerie van VWS opgeleverd waarin wordt voorgesteld om vanaf 2022 integrale bekostiging in te voeren naast de bestaande monodisciplinaire bekostiging.⁵ Verder adviseert de NZa dat vanaf 2028 de monodisciplinaire bekostiging niet meer mogelijk zou moeten zijn, wat impliceert dat alle zorgaanbieders dan moeten zijn overgestapt naar integrale bekostiging. Naar aanleiding van een motie van de Tweede Kamer heeft de demissionair minister het besluit over de toekomst van integrale bekostiging uitgesteld naar eind 2021 en de experimenteerperiode verlengd tot eind 2022. De mogelijkheid voor een ander passend bekostigingsmodel wordt hierbij opengehouden.

Figuur 1: Schematische weergave van de integrale geboortezorgorganisatie⁴



Integrale bekostiging is een zogenaamd *alternatief bekostigingsmodel*.⁶ Er bestaan meerdere typen alternatieve bekostigingsmodellen. Algemeen kenmerk van deze alternatieve modellen is dat het traditionele betalen per verrichting wordt losgelaten en dat de financiële verantwoordelijkheid van zorgverzekeraar(s) verschuift naar (groepen van) zorgaanbieders. Door de (gezamenlijke) verantwoordelijkheid ontstaat er een stimulans voor een betere samenwerking, die kan leiden tot kwaliteitsverbeteringen en meer doelmatigheid. Niet alleen in Nederland, maar ook in het buitenland wordt geëxperimenteerd met alternatieve bekostigingsmodellen in

de geboortezorg, waaronder in de Verenigde Staten en in Engeland.^{7,8} Onderliggend artikel geeft aan de hand van de volgende vragen inzicht in alternatieve bekostigingsmodellen: hoe werken alternatieve bekostigingsmodellen in theorie, hoe zien verschillende alternatieve bekostigingsmodellen er in de praktijk uit, en wat zijn empirische effecten op gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven? Vervolgens bediscussiëren we een aantal inzichten die voor de Nederlandse situatie relevant kunnen zijn.

Verschillende alternatieve bekostigingsmodellen

In de internationale literatuur hebben wij praktijkvoorbeelden van drie typen alternatieve bekostigingsmodellen gevonden: *pay-for-performance*, *shared savings* en *integrale bekostiging*.^{7,8} Een gedetailleerde beschrijving van alle (zestien) praktijkvoorbeelden staat in De Vries et al. (2021).⁷ Aan de hand van deze voorbeelden bespreken wij hieronder de belangrijkste kenmerken van de drie typen alternatieve bekostigingsmodellen.

Pay-for-performance

In *pay-for-performance* wordt er bovenop de bestaande reguliere betaling per verrichting een bonus of malus uitgekeerd als er aan een bepaalde voorwaarde wordt voldaan. Een voorbeeld van een *pay-for-performance*-model met bonus is het Engelse Commissioning for Quality and Innovation, Payment Framework (CQUIN), waarbij een beloning wordt uitgekeerd wanneer voldaan wordt aan zelfgekozen kwaliteitsindicatoren.⁹ Het Texaanse Medicaid Program is een voorbeeld waarbij een malus wordt toegepast; er geldt een boete voor niet-medisch noodzakelijke inductions of sectio's vóór 37 weken.^{10,11} In *pay-for-performance* is de stimulans tot kwaliteitsverbeteringen beperkt tot de gekozen kwaliteitsindicator(en). De financiële verantwoordelijkheid wordt namelijk niet verhoogd via meer taken in het tarief; het model is immers gebaseerd op het traditionele betalen per verrichten. Wel wordt een deel van het inkomen van een zorgaanbieder afhankelijk gemaakt van de score op een of meer (zelfgekozen) indicator(s).

Shared savings

In *shared-savings*-modellen wordt vooraf een virtueel tarief afgesproken, veelal op basis van historische data of in vergelijking met een landelijke of regionale benchmark. De optelsom van alle betalingen per verrichting wordt hiermee vergeleken.¹² De gerealiseerde besparingen of overschrijdingen – ten opzichte van de benchmark – worden gedeeld tussen de zorgaanbieders en de verzekeraar. Het is mogelijk om af te spreken dat alleen in het geval van gerealiseerde besparingen worden gedeeld, en dat de verzekeraar de overschrijdingen voor zijn rekening neemt. Dit wordt ook wel een eenzijdig *shared-savings*-model genoemd. Voorbeelden zijn Baby+ Company en Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.^{10,13} Het is ook mogelijk om een tweezijdig model af te spreken, waarbij zowel besparingen als overschrijdingen worden gedeeld tussen aanbieder en zorgverzekeraar, zoals bij Community Health Choice en New York Value Based Payment Arrangement.¹³⁻¹⁵

Bij *shared savings* dragen zorgaanbieders samen de verantwoordelijkheid voor de hoeveelheid zorg en de gemiddelde kosten per cliënt. Dit stimuleert tot kwaliteitsverbeteringen, het vermijden van onnodige zorg en meer kostenbewust gedrag via een verbeterde samenwerking. De verbeterde samenwerking kan zich bijvoorbeeld uiten in substitutie, taakherschikking of betere onderlinge afstemming en overdracht. Verder worden vaak in het contract kwaliteitsafspraken gemaakt. Er werd bijvoorbeeld in het model uit Ohio afgesproken dat er alleen besparingen werden gedeeld als de aanbieder in het hoogste kwartiel van vooraf afgesproken kwaliteitsindicatoren scoorde ten opzichte van zijn concurrenten. Een andere afspraak was dat bij eventuele verliezen een gedeelte werd kwijtgescholden als er aan kwaliteitsindicatoren werd voldaan.

Integrale bekostiging

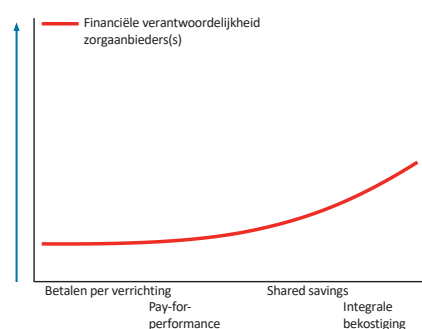
Bij integrale bekostiging wordt in tegenstelling tot bij *shared-savings*-besparingen of -verliezen niet gedeeld met de zorgverzekeraar. De verschillen met de benchmark vallen bij integrale bekostiging geheel ten deel aan de zorgaanbieders. Binnen de verschillende integrale bekostigingsmodellen kunnen variaties bestaan in welke zorg er in de bundel valt en het moment van betalen (vooraf aan de zorgverlening of juist achteraf). Zo wordt in Maternity Pathway Bundled Payment, Providence Health and Services, Geisinger Health System en Lead Maternity Care Model vooraf het tarief vergoed aan de zorgaanbieders.^{13,16,17} In Minnesota Birth-Bundle wordt juist achteraf betaald. In dit model wordt er wel vooraf een virtueel tarief afgesproken, maar alle zorg in eerste instantie per verrichting betaald. Achteraf wordt het gemiddelde van de optelsom van alle zorg per verrichting per zwangerschap vergeleken met het virtuele tarief. Eventuele gerealiseerde besparingen worden overgemaakt aan de zorgaanbieders en eventuele verliezen werden door de zorgaanbieders terugbetaald aan de zorgverzekeraar. In de meeste gevallen wordt een tarief afgesproken voor de gehele zwangerschap, bevalling en kraamperiode, al dan niet opgedeeld in verschillende fases. Maar in twee initiatieven (Pacific Business Group on Health: Blended Case Rate en de Minnesota Blended Payment) is de omvang van de zorgactiviteiten binnen de bundel beperkt en bevatten alleen een tarief voor de natale fase.^{13,18} Het tarief geldt ongeacht type bevalling (sectio of vaginaal). Bij integrale bekostiging wordt niet expliciet in het contract beschreven op welke manier kwaliteit van zorg wordt gestimuleerd via het bekostigingsmodel. Net als bij *shared savings* is er theoretisch een intrinsieke prikkel tot goede kwaliteit van zorg, omdat de zorgaanbieders samen de verantwoordelijkheid voor de hoeveelheid zorg en de gemiddelde kosten per cliënt dragen. Zij moeten het immers samen eens worden over de verdeling van de taken en het geld. Daarnaast wordt, voor zover de bundel strekt, de consequenties van een minder goede kwaliteit gedragen door de zorgaanbieders zelf, omdat zij ook verantwoordelijk zijn voor de complicaties. Om dezelfde reden is er, binnen het contract, een prikkel tot coördinatie van zorg en het reduceren van onder- en overgebruik van zorg. Daarnaast kan een

gebrek aan kwaliteit van zorg leiden tot een slechtere onderhandelingspositie voor de zorgaanbieder bij nieuwe onderhandelingen.

Werking van alternatieve bekostigingsmodellen

In de wetenschappelijke literatuur worden mogelijke effecten van alternatieve bekostiging veelal op basis van de (gezondheids)economische theorie afgezet tegen de nadelen van het traditionele model van betalen per verrichting.²⁻⁴ Het traditionele model van betalen per verrichting stimuleert zorgaanbieders om een hoger volume te realiseren. De financiële verantwoordelijkheid ligt vooral bij de zorgverzekeraar. Omdat bij alternatieve bekostigingsmodellen de financiële verantwoordelijkheid van zorgverzekeraar(s) naar (groepen van) zorgaanbieders verschuift, wordt de stimulans tot samenwerking verhoogd. Dat komt omdat zorgaanbieders het nu samen eens moeten worden over de verdeling van de zorgtaken en het bijbehorende geld. Figuur 2 van Frakt en Mayes illustreert de verschuiving in financiële verantwoordelijkheid bij het aanpassen van de bekostigingsvorm.¹⁹ Van links naar rechts zien we dat er meer financiële verantwoordelijkheid naar de zorgaanbieder wordt verschoven naarmate verder wordt afgestapt van het traditionele model van betalen per verrichting. Daarom is er bij integrale bekostiging meer financiële verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieders dan bij shared savings. En is de financiële verantwoordelijkheid groter bij een shared-savings-model dan bij pay-for-performance. Naarmate meer financiële verantwoordelijkheid wordt gedragen door meer zorgaanbieders samen, ontstaat er een grotere stimulans tot meer coördinatie, afstemming en doelmatige verdeling van zorgtaken, en daarmee meer prikkel tot een betere kwaliteit van zorg. Idealiter verschuift alleen de verantwoordelijkheid die de zorgaanbieders daadwerkelijk kunnen beïnvloeden (*provider risk*) en niet de verantwoordelijkheid voor zorgvolume of zwaarte van de populatie die zij niet kunnen beïnvloeden (*insurer risk*).²⁰ Indien er toch verantwoordelijkheid wordt verschoven naar zorgaanbieders geen invloed op hebben en zij een onvoldoende grote populatie bedienen om deze verantwoordelijkheid op te vangen, zullen zij als gevolg hiervan risicomijdend gedrag gaan vertonen en/of hogere tarieven willen afsluiten om deze grotere financiële verantwoordelijkheid te kunnen dragen.²¹

Figuur 2. Financiële verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders per bekostigingsmethode (aanpassing van auteurs op basis van Frakt en Mayes)¹⁹



Empirisch bewijs voor het effect van alternatieve bekostigingsmodellen

Het uiteindelijke doel van alternatieve bekostigingsmodellen is een verbetering van gezondheidsuitkomsten en doelmatigheid. Van de zestien internationale praktijkvoorbeelden met een alternatief bekostigingsmodel in de geboortezorg zijn er tot nu toe vier geëvalueerd (op verschillende indicatoren) in wetenschappelijke tijdschriften (tabel 1).

Tabel 1. Effecten van alternatieve bekostigingsmodellen op gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven

Type	Naam initiatief	Gezondheidsuitkomsten	Zorguitgaven
Pay-for-performance	Texas Medicaid Program ¹¹	+ Verhoging van zwangerschapsduur en het geboortegewicht	n.v.t.
Shared savings – tweezijdig	Arkansas Payment Improvement Initiative ²²	n.v.t.	+ Daling van uitgaven aan geboortezorg
Integrale bekostiging*	Minnesota Blended Payment ¹⁸	+/- Geen verschillen in morbiditeit moeder	+ Daling in zorguitgaven van ziekenhuisbevallingen
Integrale bekostiging	Geisinger Health System ²³	+ Daling in opnamen op NICU	n.v.t.

In twee evaluaties werd een positief effect op de gezondheidsuitkomsten gevonden.^{11,23} In een pay-for-performance-model (Texas Medicaid Program¹¹) werd een toename gevonden van de gemiddelde zwangerschapsduur en het geboortegewicht. Mogelijk werd dit veroorzaakt door een afname in het aantal electieve inducies en sectio's. In de studie naar de effecten van integrale bekostiging (Amerikaanse Geisinger Health System²³) werd een afname gevonden van 25% opnames op de neonatale intensive care unit (NICU). Daarnaast liet de studie zien dat er vaker preventieve activiteiten, zoals hulp bij stoppen met roken, werden uitgevoerd en was het aantal sectio's met 26% gedaald. Kwaliteitsindicatoren die werden meegenomen waren talrijk en varieerden van geboortegewicht en zwangerschapsduur tot het percentage secundaire sectio's en maternale morbiditeit tot een score op een set van 103 indicatoren – waaronder NICU-opname, preventieactiviteiten zoals hulp bij stoppen met roken en prenatale screening. In een andere studie naar integrale bekostiging werd geen verbetering, maar ook geen verslechtering van de gezondheidsuitkomsten gevonden.¹⁸ Twee onderzoeken lieten een positief effect zien op de zorguitgaven.^{18,22} Dit betrof Minnesota Blended Payment (integrale bekostiging van de natale fase) met een daling in de zorguitgaven van ziekenhuiszorg als gevolg van een daling van het aantal sectio's en Arkansas Payment Improvement Initiative (shared savings) waar een afname van 3,8% van de uitgaven aan zorg rondom zwangerschap werd gerealiseerd. In de andere studies werden de zorguitgaven niet bekeken.

Samengevat: er is nog beperkt onderzoek gedaan naar de effecten van de alternatieve bekostigingsmodellen op gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven in de internationale wetenschappelijke literatuur. Bestaande studies richten zich op verschillende typen alternatieve bekostiging én op verschillende indicatoren, waardoor het vergelijken tussen de studies onderling wordt bemoeilijkt. Weliswaar zijn eerste resultaten voorzichtig positief, maar evaluaties op de langere termijn ontbreken nog.

Eerste inzichten effect van integrale bekostiging

Naast het empirisch onderzoek in de internationale wetenschappelijke literatuur zijn recentelijk ook de eerste resultaten gepubliceerd van het experiment met integrale bekostiging in Nederland.⁴ De eerste analyses met een beperkte follow-up-duur laten kleine effecten zien op het zorggebruik (follow-up-periode: acht kwartalen) en de zorguitgaven (follow-up-periode: zes kwartalen). Zo zijn er meer poliklinische bevallingen geweest en minder ziekenhuisbevallingen. Gemiddeld was het percentage primaire sectio's iets lager en het percentage secundaire sectio's iets hoger, maar dit verschil tussen de igo's onderling. Er zijn geen effecten gevonden op gezondheidsuitkomsten zoals geboortegewicht en vroeggeboorte.

Inzichten voor de Nederlandse situatie

Gezien de verschillen in typen en kenmerken van alternatieve bekostigingsmodellen in combinatie met de verschillen in gezondheidszorgsystemen waarin zij zijn ingevoerd kunnen de ervaringen niet zomaar worden overgenomen in de Nederlandse setting. Toch leveren de ervaringen in het buitenland wel een aantal relevante inzichten op voor de Nederlandse situatie in de geboortezorg.

Ten eerste: in theorie verschuiven alternatieve bekostigingsmodellen financiële verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars naar zorgaanbieders en wordt hiermee de samenwerking tussen zorgaanbieders gestimuleerd. Door deze beoogde verbeterde samenwerking worden mogelijk betere gezondheidsuitkomsten en doelmatigheid gerealiseerd. Of dat in de praktijk ook zo uitpakt is nog onvoldoende bekend. Empirisch bewijs op basis van buitenlandse voorbeelden is weliswaar op verschillende indicatoren van gezondheid en zorguitgaven (op de korte termijn) positief, maar geeft nog geen inzicht in de veronderstelde theoretische mechanismen van alternatieve bekostigingsmodellen. Meer kwalitatief onderzoek naar de werking van alternatieve bekostigingsmodellen in de praktijk is nodig om vast te stellen of, en zo ja, welke elementen van welke bekostigingsmodellen daadwerkelijk kunnen leiden tot een verbeterde samenwerking tussen zorgaanbieders en op welke wijze vervolgens verbeterde uitkomsten op de langere termijn kunnen worden gerealiseerd.

Ten tweede: de vertaling van de prikkels van een alternatief bekostigingsmodel naar concrete interventies in de praktijk verschilt per initiatief en is sterk afhankelijk van de lokale context. Uit de internationale literatuur blijkt dat bij eenzelfde type alternatief bekostigingsmodel verschillende initiatieven kiezen om aandacht te besteden aan het verschillende

activiteiten; de één richt zich bijvoorbeeld op het terugdringen van sectio's zonder medische noodzaak en de ander juist op preventie-activiteiten zoals stoppen met roken.^{11,23} In de Nederlandse igo's zien we ook lokale verschillen; sommige regio's kiezen ervoor om prioriteit te geven aan het invoeren van een geïntegreerd patiëntendossier, terwijl anderen inzetten op het in meer gevallen mogelijk maken van bevallingen onder leiding van een eerstelijnsverloskundige (bijvoorbeeld bij meconiumhoudend vruchtwater).⁴ Deze aanpassingen aan de lokale context is een centraal uitgangspunt van een alternatief bekostigingsmodel. Als gevolg hiervan is een one-size-fits-all-vertaling van alternatieve bekostigingsmodellen – en dus ook integrale bekostiging in Nederland – naar de praktijk, niet te verwachten en ook niet wenselijk.

Ten derde, en in het verlengde van het tweede inzicht, is het eenduidig meten van de effecten van alternatieve bekostigingsmodellen aan de hand van een gestandaardiseerde indicatorenset complex. De verschillende vertalingen van een bekostigingsmodel aan de lokale context leiden ertoe dat de toepassing van interventies (bijvoorbeeld stoppen-met-rokenprogramma, invoering van het integrale patiëntendossier, verplaatsing van zorg van tweede- naar eerstelijnszorg) varieert tussen regio's. Dit impliceert dat naast een generieke indicatorenset ook indicatoren voor de korte termijn vastgesteld moeten worden vastgesteld die aansluiten bij de specifieke interventies binnen de regio.

Tot slot: indien de minister in de komende jaren besluit om het NZa-advies over te nemen – waardoor het huidige (monodisciplinaire) bekostigingsmodel per 2028 komt te vervallen en alle regio's moeten zijn overgestapt naar integrale bekostiging van de geboortezorg – is het van belang om de ontwikkeling over de tijd van de effecten van integrale bekostiging op de systeemdoelen (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg) goed in beeld te brengen voor alle regio's. Daarnaast is het van groot belang om verder inzicht te krijgen in de meer kwalitatieve werking van integrale bekostiging en hoe deze werking kan variëren in de regionale context. Want door het verkregen inzicht kan het draagvlak onder zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars worden vergroot en alleen bij voldoende draagvlak onder alle betrokken partijen lijkt een succesvolle uitrol mogelijk.

Referenties

1. VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Tweede Kamer brief inzake voorhang integrale bekostiging geboortezorg (Kamerstuk 32 279, nr. 84)*. Den Haag: VWS, 2016.
2. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg*. Bilthoven: RIVM, 2016.
3. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Geboortezorg in beeld: een nulmeting en de eerste ervaringen*. Bilthoven: RIVM, 2018.
4. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: RIVM, 2020.
5. NZa, Nederlands Zorgautoriteit. *Advies toekomst bekostiging integrale bekostiging geboortezorg*. Utrecht: NZa, 2020. https://puc.overheid.nl/doc/PUC_319855_22
6. APM FPT, Alternative Payment Model Framework and Progress Trac-

- king. *Alternative Payment Model (APM) Framework: final white paper*, 2016: Health Care Payment & Learning Action Network.
7. De Vries, E.F., Scheefhals, Z.T.M., De Bruin-Kooistra, M., Baan, C.A., Struijs, J.N. *A scoping review of alternative payment models in maternity care: insights in key design elements and effects on health and spending*. International Journal of Integrated Care. 2021;21(2):6. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5535>
 8. RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Bekostigingshervormingen in de geboortezorg. Wat kunnen we leren van het buitenland?* 2017, RIVM: Bilthoven.
 9. Ertok, M., *Evaluation of a Pay for Performance Scheme in Maternity Care: The Commissioning Quality and Innovation Payment Framework in England*. Procedia Social and behavioral Sciences, 2015(195): p. 93-102
 10. Butcher, L., *Bundled Payment for Bundles of Joy*. Managed care (Langhorne, Pa.), 2018. 27(2): p.18-22.
 11. Dahlen, H.M., et al., *Texas Medicaid Payment Reform: Fewer Early Elective Deliveries And Increased Gestational Age And Birthweight*. Health Aff (Millwood), 2017. 36(3): p. 460-467.
 12. Struijs, J.N., Hayen, A.P., Van der Swaluw, K. *When designing bundled payments, don't ignore the lessons of behavioral economics*. Health Affairs Blog 2018; 10.1377/hblog20180420.640240
 13. Clinical Episode Payment (CEP) Working, *Accelerating and aligning clinical episode payment models: maternity care*. 2016, The MITRE Corporation.
 14. Jarlenski, M., et al., *Episode-Based Payment for Perinatal Care in Medicaid: Implications for Practice and Policy*. Obstet Gynecol, 2016. 127(6): p. 1080-4.
 15. Fish, D., *Introduction to Value Based Payments: Maternity Care in Measurement Year 2017*. 2017, New York Department of Health: New York.
 16. Henderson, J., *Maternity Pathway Bundled Payment*. *Maternity Pathway Bundled Payment*. 2016, Department of Health. Retrieved from <http://www.oecd.org/health/better-ways-to-pay-for-healthcare-9789264258211-en.htm>.
 17. Grigg, C.P., et al., *Evaluating Maternity Units: A prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand - Clinical outcomes*. BMJ Open, 2017. 7(8).
 18. Kozhimannil, K.B., et al., *Cesarean delivery rates and costs of child-birth in a state medicaid program after implementation of a blended payment policy*. Medical Care, 2018. 56(8): p. 658-664.
 19. Frakt, A.B. and R. Mayes, *Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear*. Health Aff (Millwood), 2012. 31(9): p. 1951-8.
 20. Miller, H.D. *From volume to value: better ways to pay for health care*. Health Aff (Millwood), 2009. 28(5): p. 1418-28.
 21. Eijkenaar, F. *Bekostiging van zorgaanbieders*. Ned Tijdsch Geneesk. 2020;164:D4624
 22. Carroll, C., et al., *Effects of episode-based payment on health care spending and utilization: Evidence from perinatal care in Arkansas*. Journal of Health Economics, 2018. 61: p. 47-62.
 23. Berry, S.A., et al., *ProvenCare perinatal: a model for delivering evidence/ guideline-based care for perinatal populations*. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2011. 37(5): p. 229-39.

Samenvatting

Vanaf 1 januari 2017 is het in Nederland mogelijk om een integraal bekostigingscontract voor geboortezorg af te sluiten met de zorgverzekeraar. Maar wat is integrale bekostiging precies, en wat zijn alternatieven? Aan de hand van internationale voorbeelden uit de geboortezorg-praktijk beschrijft dit artikel de kenmerken van drie soorten alternatieve bekostiging: 1) pay-for-performance, 2) shared savings en 3) integrale bekostiging. Daarnaast wordt uitgelegd hoe deze alternatieve bekostigingsmodellen in theorie werken en welke empirische effecten tot nu toe bekend zijn in de literatuur. Op basis daarvan worden vervolgens drie inzichten besproken die relevant kunnen zijn in de Nederlandse context.

Trefwoorden

integrale bekostiging, alternatieve bekostiging, integrale geboortezorg, samenwerken

Summary

As from January 2017, the Dutch Ministry of Health approved the experimental use of bundled payments in maternity care. But, what are bundled payments exactly? And what other alternative payment models are used in maternity care? Based on international examples, this article describes key elements of three types of alternative payment models: 1) pay-for-performance, 2) shared savings and 3) bundled payments. Furthermore, we explain how alternative payment models work in theory and which empirical effects on health and spending are currently known in literature. Based on these results we discuss three insights that are potentially relevant in the Dutch setting.

Contact

dr. Eline F. de Vries, Postbus 1 (Postvak G22.319), 3720 MA Bilthoven, eline.de.vries@rivm.nl, 030 2743861

Verklaring belangenverstrengeling

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

Commentaar op 'Alternatieve bekostigingsmodellen geboortezorg onder de loep genomen'



dr. J.H. Becker gynaecoloog, St. Antoniusziekenhuis
M.M. Goedhart aios gynaecologie (thans UMC Utrecht)

Jeroen Struijs en zijn collega(e) bieden een interessant overzicht van alternatieve bekostigingsmodellen die gebruikt kunnen worden in een hervorming van de bekostiging van de geboortezorg. Zij geven ons hiermee een update van hun eerdere rapport uit september 2017.¹

Zowel de KNOV als het CPZ kiezen ervoor om de term 'integrale bekostiging' zoveel mogelijk te vermijden en verkiezen de term 'passende bekostiging' wanneer het gaat om de toekomst van de geboortezorg en de financiering hiervan. Maar wat zou die 'passende bekostiging' kunnen behelzen? Zou het *pay for performance* of het *shared-savings*-model zoals beschreven door de auteurs hiervoor even geschikt zijn als de *integrale* bekostiging? Of misschien nog beter geschikt? De auteurs stellen dat de sleutel tot kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering ligt in het verschuiven van het financiële risico van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder, waarbij het grootste effect te verwachten is bij de integrale bekostiging. Bij risicoverschuiving zijn twee soorten risico's te onderscheiden: risico's waarover de zorgaanbieder controle heeft, zoals het uitvoeren van onnodige behandelingen die ook wel *performance risk* worden genoemd. Deze risico's worden idealiter zoveel mogelijk gedragen door de zorgaanbieder zelf. Financiële risico's die samenhangen met het voorkomen van gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld het aantal diabetes) of andere zorgbehoeften, worden ook wel *insurance risks* genoemd. Omdat de zorgaanbieder hier minder invloed op hebben kun je beargumenteren dat deze grotendeels gedragen zouden moeten worden door de zorgverzekeraars. Echter slaan we niet te ver door met deze risicoverschuiving? Is het wel voldoende mogelijk om *insurance* van *performance risk* te scheiden en belasten we de zorgaanbieder niet met te veel risico? Wanneer er te veel financiële risico's worden verschoven naar de zorgaanbieder, zullen zij als gevolg hiervan risicomijdend gedrag gaan vertonen en/of hogere tarieven willen afsluiten om de (te) grote financiële risico's te kunnen dragen. De potentiële nadelen van integrale bekostiging, zoals het risico op ondergebruik, risicoselectie, compensatiegedrag buiten de bundel (bundelbrekers)², zijn al geïdentificeerd. Alleen is het onduidelijk in welke mate deze invloed zullen hebben op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geboortezorg. Helaas worden er veel minder studies gepubliceerd over de bekostiging van de zorg dan over nieuwe medicijnen en behandelmethoden. De auteurs kunnen rapporteren over vier studies waarbij er één überhaupt niet heeft gekeken naar gezondheidsuitkomsten. De twee studies die een posi-

tief effect laten zien op gezondheidsuitkomsten zijn de studies die rapporteren over een *pay-for-performance*-model en over integrale bekostiging. De gezondheidsuitkomsten van één van de integrale bekostiging studies zijn hierbij ronduit spectaculair te noemen: 25 procent daling in NICU-opnames, 26 procent daling van het sectiopercentage én meer aandacht voor preventie, zoals stoppen met roken! Als deze resultaten in meerdere (kwalitatief goede) studies bevestigd kunnen worden, zouden we dan überhaupt nog een discussie voeren over de beste vorm van bekostiging? Waarschijnlijk wel, want verandering doet nu eenmaal pijn, kost tijd en overredingskracht. Verandering is ten slotte onlosmakelijk verbonden met afscheid van het bekende. Je weet wél wat je achterlaat, maar niet precies wat je ervoor terugkrijgt. Niet voor niets heeft het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik een lijst met meer dan honderd initiatieven gebundeld die bewezen ineffectief zijn, maar desondanks nog steeds toegepast worden.³

Helaas kunnen de auteurs ons geen eenduidigheid geven over de effecten van deze alternatieve bekostigingsmodellen in de Nederlandse situatie. Samenwerking, vrouwen en inzet zullen daarom bepalend zijn voor het succes van de implementatie van integrale bekostiging. Daarbij lijkt één ding steeds duidelijker: monodisciplinaire bekostiging is géén passende bekostiging. De wetenschap zal ons waarschijnlijk geen eenduidig antwoord geven en we zullen ons dus deels moeten baseren op theoretische modellen. En welke vorm de passende bekostiging ook krijgt: het zal altijd een beetje pijn doen: *partir, c'est mourir un peu*.*

Referenties

1. RIVM, 'Bekostigingshervormingen in de geboortezorg. Wat kunnen we leren van het buitenland?' (september 2017).
2. *Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg* J.N. Struijs, M. de Bruin-Kooistra, R. Heijink, C.A. Baan
3. 'Implementatieagenda gepast gebruik', z.d., <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/implementatieagenda/>.

* Edmont Haraucourt, Gedicht: Rondel de l'Adieu, 1891, 1891.

(Retrospect)ectoscopie. Een interview met Jos van Roosmalen

prof. dr. Thomas van den Akker *gynaecoloog-perinatoloog, LUMC en hoogleraar Global Maternal Health, Athena Instituut, VU*

Dit is het eerste interview van een reeks met als thema 'Safe Motherhood'. De geïnterviewde heeft voorafgaand aan het interview de eerste vraag voorgelegd gekregen die centraal zal staan in het gesprek.

Een jaar geleden interviewde ik emeritus-hoogleraar Jos van Roosmalen bij mij thuis in Den Haag. Tijdens de eerste coronagolf stapte hij binnen met een pakket paperassen: oude jaarverslagen uit de tropen. 'Het betere stencilwerk. Ik had een typemachine in Tanzania. En typex.' Het bandje terugluisterend valt me op dat hij en mijn vrouw elkaar 'gewoon' nog drie zoenen gaven toen zij halverwege het interview de kamer binnenstapte. De smakken klinken wat onwettelijk in de huidige tijd. Het gesprek had een aanleiding: ik wilde inspiratie opdoen voor mijn oratie, waarvan ik toen nog dacht dat die in de zomermaanden van 2020 zou plaatsvinden, maar die inmiddels gepland stond voor 4 juni 2021. Het plan was om thema's uit de interviews te verwerken in de rede, die daarmee mijn persoonlijke visie zal overstijgen. De reeks begint - voor mij vanzelfsprekend - bij mijn 'mentor' Jos, als vorige houder van de leerstoel.

Welke patiënt, welke situatie, welk verhaal heeft je kijk op het leven en je werk ingrijpend veranderd?

(Pakt de stapel papieren erbij.) 'Er zijn zoveel, té veel, verhalen. De begintijd in de tropen was moeilijk. De eerste maand maakten Mariette en ik vier moedersterftes mee. Er is een moment geweest waarop we dachten: "Mijn hemel, als dit zo doorgaat dan kunnen we misschien maar beter naar huis gaan." Het verhaal dat ik heb gekozen is uit die begintijd: Lugarawa, the middle of nowhere, Zuidwest-Tanzania. Ik had altijd dienst, zonder telefoon nog. Er werd op het raam geklopt. Eén vrouw is me in het bijzonder bijgebleven.'

Vertel...

'Ik noem haar mrs. X, ze was 20 jaar. Ze werd binnengebracht met een 'bush ambulance', een stoel op bamboestokken, met een man of twintig erbij die haar in ploegen de 40-50 kilometer naar het ziekenhuis droegen. Mrs. X was primigravida en volgens haar begeleider - ik meen haar vader - al acht dagen aan het bevallen. Een typisch geval van neglected obstructed labour, al zal dat voor een deel latente fase geweest zijn.'

Die bestond toch niet?' (TvdA, grijnst)

'Er is maar één dokter die beweert dat de latente fase niet bestaat. Dat is Paul Reuwer die in Tilburg werkte, maar die ken je vast niet want dat was toch voor jouw tijd.'

Curriculum vitae

Jos van Roosmalen (1946) werkte als tropenarts in Tanzania tussen 1976 en 1983. Daarna was hij 27 jaar lang werkzaam als gynaecoloog-obstetricus in het LUMC en van 2007 tot 2012 als bijzonder hoogleraar Nationale en internationale aspecten van Safe Motherhood bij het VUMC en later van 2014 tot 2016 op de leerstoel Safe Motherhood and Health Systems verbonden aan het Athena Instituut van de Vrije Universiteit. Hij is nog steeds betrokken bij wetenschappelijke projecten in Afrika, voornamelijk in zijn 'tweede thuisland' Tanzania. De interviewer Thomas van den Akker bezet zijn leerstoel aan het Athena Instituut, inmiddels getiteld Global Maternal Health sinds 2019.

Jawel, dat is toch die man van 'druk zegt geen fuck'?

'Precies. Overigens zijn de meeste obstructed labours die je tegenwoordig in de rapportages van tropenziekenhuizen tegenkomt helemaal geen obstructed labour. Die diagnose wordt veel te makkelijk gesteld om een keizersnee te doen. Maar dit was een échte. Toen ik haar zag was ze septisch, het kind al dood. Op basis van lichamelijk onderzoek dachten we aan een uterusruptuur; we hadden daar net twee vrouwen aan zien overlijden. Haar blaas was overvol, maar een katheter plaatsen via de urethra lukte niet. Uit de blaas puncteerde ik vooral lucht. Ik denk dat al sprake was van gasgangreen. Het werd een moeilijke sectio.'

'Terwijl ik van jou altijd geleerd heb dat ik - zeker in de tropen - in geval van een dood kind vooral geen sectio moest doen...'

'Dat heb ik ook zelden gedaan. En bij een patiënt als deze zou ik dat later ook zeker niet meer gedaan hebben. Als je een uterusruptuur kunt uitsluiten, met meer ervaring was dat mogelijk wel gelukt, moet je géén laparotomie doen. Het hoofd was diep ingedaald, er was volledige ontsluiting, een enorm caput succadaneum. Als we een craniotomie hadden gedaan - dat had overigens ook bij open buik nog gekund toen duidelijk werd er geen uterusruptuur was - had ze meer kans gehad. Ze is nooit meer aanspreekbaar geweest en overleed een dag later.'

Bij de epicrise schrijf je inderdaad: 'This patient should have had craniotomy.' Je was duidelijk kritisch over je eigen handelen. In feite deed je een soort audit.

'Al kenden we dat woord niet in de geneeskunde, denk ik.'

Voelde je je schuldig?

'Ja, die sterftes hakten er wel in. Die begintijd zorgde voor eelt op de ziel. Ik ben erdoor gehard. Nu, met meer ervaring, zou ik bij een primigravida niet zo snel meer aan een uterusruptuur denken.'

Jouw gebrek aan ervaring speelde een rol bij het overlijden van deze vrouw...

'Zeker. Ik had in Nederland een half jaar op de gynaecologie en op de chirurgie gewerkt. Bij vertrek had ik nog geen tien sectio's gedaan. De tropenopleiding leek nog in niets op de veel betere voorbereiding die de AIGTs (Artsen Internationale Gezondheidszorg en Tropische Geneeskunde, TvDA) nu krijgen. Ik heb me dat vaak gerealiseerd: wij waren relatief slecht voorbereid, maar konden overal naartoe. De huidige tropendokters zijn goed voorbereid, maar hebben moeite om een plek te vinden. Het is heel jammer dat mensen daardoor afhaken. Tot op de dag van vandaag ben ik nog bezig met mijn tijd in de tropen. Die vormt je, is ook waardevol voor de opleiding van Nederlandse dokters. Maar ja, politiek zijn tropenartsen niet meer interessant. We vinden nu dat landen alles zelf moeten oplossen. Solidariteit bestaat niet meer.'

Kun je wat meer vertellen over de context waarin dit verhaal plaatsvond?

'De Duitse missie waarin we werkten was vreselijk. Die nonnen en paters waren vooral met zichzelf en bekeren bezig. De regering wilde van ons ziekenhuis, net als van andere afgelegen klinieken, *designated district hospitals* maken, waar mensen gratis zorg konden krijgen in plaats van tegen een vergoeding zoals in missieziekenhuizen gebruikelijk. Maar de missie was tegen, want de regering was per definitie onbetrouwbaar.'

Wat was er zo vreselijk aan die missie?

'Veel. Mensen in het ziekenhuis die opmerkingen hadden over de slechte kwaliteit van de ugali (maïspap, het hoofdvoedsel in Tanzania, TvDA) kregen alleen te horen: "Ugali is überhaupt slecht voor je." Zó denigrerend. Van één van de paters heb ik het woord 'schimpfen' (schelden, TvDA) geleerd. Dat deed hij de hele dag, vooral op de preekstoel. Eén van de mooiste tekens van *empowerment* die ik gezien heb was dat na verloop van tijd, als hij ging preken, de mensen de kerk uit liepen en pas weer terug kwamen als de preek voorbij was. We deden wel moeite om de verhoudingen goed te houden. We gingen op zondagmiddag een biertje drinken bij de paters. Noemden we nietsvermoedend de slachtsessie die in het dorp gaande was. Wat bleek? Mocht niet op zondag. De betrokkenen werden vervolgens op het matje geroepen. Terwijl die paters de enigen waren met een ijskast. Die konden hun vlees wél bewaren tot zondag.'

Kleurde het je tijd negatief?

'Het was een fantastische plek met een vreselijke missie. Ik herinner me ook veel mooie dingen. De *rural medical aids* die we trainden, mensen met weinig opleiding die hard werkten. De continuïteit van zorg was in feite ongekend. Die

staat hier in Nederland onder druk, maar is naar mijn idee nog steeds best te regelen, ook in het ziekenhuis. Die hangt dan wel af van de houding van de dokters, en blijft toch een kwestie van inzet. Dokters die zorgen dat ze de patiënt zelf terugzien en volgen, noem ik ouderwetse dokters. Dat zijn voor mij de goeie.

Ook de missie was niet alleen maar slecht. Er was een pater die altijd lopend naar de buitenstations ging, vaak wel 20 kilometer lopen, een vriendelijke man van 80. Die kon echt gelukkig worden als hij op het sterfbed nog iemand de traditionele rituelen kon laten afzweren. Zijn geluk was in feite absurd, maar er zat geen greintje kwaad bij. Vooral toen het slecht met me ging, werd mij duidelijk dat je niet op de behulpzaamheid van de missie hoefde te rekenen. Toen ik knalgeel was en verging van de jeuk door hepatitis, heb ik gemerkt dat een valumpje wonderen doet. Ik ben een maand lang uit de running geweest, er kwam geen pater op bezoek... Wél een broeder. Een heel aardige broeder die af en toe een scheve schaats reed.'

Hoe bedoel je?

Drie keer raden.... En dan moest er daarna een abortus. Maar dat hoorde ik alleen via-via. Verder deed hij nuttig werk, zorgde voor stroom, bouwde wegen. Terwijl die broeders op het tweede plan stonden. Er waren twee eettafels: één voor de paters, een andere voor de broeders. Witte mensen mochten mee-eten, Afrikanen niet. Van sommigen van die paters heb ik gedacht: "Als die in de verkeerde tijd in Duitsland waren geweest, dan...."

Waren daar geen mensen bij die om die reden 'op missie' waren?

'Dat zou zomaar kunnen.... Maar de missie was wel de baas. Ik herinner me ook een aardige missiezuster die met verlof ging en de sleutel van de apotheek beheerde. Moest er voor haar een witte zuster van ver weg komen. Daar heb ik me enorm over opgewonden. Waarom konden we dat niet delegeren aan één van onze goeie Tanzaniaanse nurses? Het werd me niet in dank afgenomen.'

Hoe zat het met voorbehoedsmiddelen?

'Die konden we niet aanbieden. We deden op verzoek wel sterilisaties bij sectio's. Toen de verhouding met de missie minder soepel werd, hebben die paters en nonnen bij de lokale bestuurders geklaagd dat wij mensen gedwongen steriliseerden. En dat we abortussen uitvoerden, terwijl dat in die tijd nog niet zo was. Tijdens onze vakantie kwam er ter inspectie een team naar het dorp, met de RMO (Regional Medical Officer, TvDA). Die hebben toen veel mensen gesproken maar geen enkel bewijs gevonden dat we iets tegen de regels deden. Alle vrouwen die gesteriliseerd waren, vertelden erbij dat dat op hun eigen verzoek was gebeurd. Grappig genoeg werd diezelfde RMO later overgeplaatst naar Mbozi, de tweede plek waar we werkten. In die tijd deden we wél abortussen, terwijl het daar ook niet mocht. Diezelfde man stuurde ons een vrouw met het verzoek een abortus bij haar te doen. Dat heb ik toen geweigerd. Ik vertrouwde het niet. Het leek me een valstrik.'

Terug naar mrs. X. Waarom koos je nou juist haar verhaal?

'Haar verhaal was de laatste druppel waardoor we tegen elkaar zeiden: "We moeten het ziekenhuis uit. We moeten naar de kleinere klinieken om samen met degenen die dáár het werk doen te screenen en vrouwen met een hoog risico vóór de bevalling al naar het ziekenhuis te halen." Deze naar buiten gerichte benadering, die erin bestaat dat je verder kijkt dan alleen naar wat in het ziekenhuis gebeurt, werd later *obstetric ectoscopy* genoemd (door de Zweed Staffan Bergström, TvdA). Die term omschrijft de kern van mijn werk. Dit in contrast met de vaak naar binnen gerichte benadering van de medisch specialist, ook de gynaecoloog, gepresenteerd in de endoscopie.'

Je werd dus eigenlijk zelf een soort missionaris, die erop uitrok...?!

'Maar wij trokken er niet op uit om mensen te bekeren! We hadden een andere missie. We trainden het personeel tijdens *antenatal clinics* op locatie: échte on-the-jobtraining. Met telkens de vraag: kan die vrouw hier of moet ze in het ziekenhuis bevallen? Vrouwen met een *stillbirth* of sectio in de voorgeschiedenis adviseerden we naar het ziekenhuis te komen. Vaak ook kleine vrouwen met een lengte onder de anderhalve meter. In die kleine posten zaten de paters en broeders overigens wel met elkaar aan tafel. Daar was het veel vriendelijker.'

Kwamen die vrouwen dan ook echt naar het ziekenhuis?

'Een aantal wel. We hadden er een plek waar de vrouwen konden wachten op de bevalling. Een soort Maternity Waiting Home dus, al bestond die term nog niet. Maar je hebt een punt als je ons 'missionarissen' noemt. Vanuit misziekenhuizen, met name onder expat-dokters, bestond wel de behoefte erop uit te gaan, de dorpen in. Er waren natuurlijk wel wat middelen voor nodig: auto's, benzine... Dat werd allemaal minder toen de economie ineenstortte, nadat Tanzania in 1979 in oorlog raakte met Oeganda om Idi Amin te verdrijven. Er werd toen juist bezuinigd op dit soort zaken. Zwangere vrouwen en hun kinderen zijn dan altijd als eersten de dupe. De drie P's noemen we dat: poor, powerless, pregnant. De échte oorzaken van moedersterfte.'



Kleine vrouwen die een sectio caesarea kregen.

Thuisgekomen schreef je er een proefschrift over.

'Met het gebrek dat er geen apart hoofdstuk over moedersterfte in stond. Wel over perinatale sterfte. Het is nu lastig voor te stellen: van alle publicaties was ik de enige auteur. Je bedacht het eigenlijk allemaal maar op eigen houtje. Laat staan dat ergens ethische toestemming voor was. Wel hielden we met de consultancy (de huidige Working Party for International Safe Motherhood & Reproductive Health, opgericht door onder andere Jos, TvdA) een aantal verhalen over moedersterfte tijdens de gynaecologenvergadering (het huidige gynaecongres, TvdA). Daarvoor hebben we toen nog een prijs gewonnen, ik geloof zelfs van Organon!'

Zouden die verhalen nu nog steeds relevant zijn?

'Zeker, maar er is wel nog een heel groot probleem bijgekomen: die waanzinnige toename van de bevolking. In 1976 hadden Tanzania en Nederland allebei 16 miljoen inwoners. Wij hebben er nu 17,7, Tanzania 60 miljoen, voor elke regering een waanzinnige opgave. Uiteindelijk gaat het om 'geboorteregeling'. Moedersterfte gaat als proportie naar beneden, in absolute getallen niet of nauwelijks. En de verschillen blijven onacceptabel groot.'

Frustreert dat?

'Natuurlijk! Verloskunde is nu eenmaal onze tak van sport. Tegelijkertijd gaat het verbeteren van de situatie voor vrouwen over goed leiderschap en fatsoenlijke democratische verhoudingen. Om iedereen te laten meetellen, niet alleen de rijken. Zolang de dochter van Museveni (de president van Oeganda, TvdA) nog naar Duitsland vliegt om daar haar kind te krijgen, kan je niet verwachten dat het ineens allemaal veel beter gaat.'

Hoe was het voor je om terug te komen na je tijd in Tanzania?

'Een van de stellingen uit mijn proefschrift herinnert me aan die tijd: 'Geneeskunde doet soms denken aan het lift-fenomeen: drukt men op de knop om de deuren te doen sluiten, dan gaan deze inderdaad dicht. Zonder hierop te drukken gaan ze echter eveneens dicht, alleen ietsje later.' Ik werd altijd onrustig van die typische gynaecologen, die altijd meteen klaar staan om iets te dóen. Ik was altijd wat langza-



Alternatief voor bush ambulance? Weliswaar niet uit Tanzania, maar deze foto stond op de kaft van het proefschrift van Richard Kalisa uit Rwanda.

mer. Tegelijkertijd was dat ook mijn valkuil. Zoals iedereen die heeft. De meeste gynaecologen zitten aan de kant van *too much too soon*, ik wat meer van *too little too late*. Toch denk ik, naar analogie van de lift, dat je meestal best even kunt nadenken. In plaats van altijd maar opgewonden verhalen vertellen.'

Toch lijkt het verhaal van mrs. X te vertellen dat je in het begin ook wel eens too much too soon deed?

'Jawel, maar dat kwam vooral door een verkeerde diagnose. Al denk ik dat afwachten wel iets is dat ik gaandeweg meer ben gaan doen. Dat heeft ook te maken met een andere casus over een vrouw die lopend binnen kwam, met een extrauteriene graviditeit, vastgesteld met een Douglas-punctie. Ze was niet erg ziek, had wel een haemoperitoneum. Ik gaf haar autotransfusie, zoals gebruikelijk. En dat had ik nou juist in haar geval nooit moeten doen. Vijf minuten erna was ze dood, een transfusiereactie. En de verpleegkundige had nog gezegd: "Dokter, is dit bloed niet te donker?" Maar ik zei: "Gewoon geven." Eén van mijn doodzondes, wéér een kras op mijn ziel. Sindsdien heb ik altijd gedacht: drie keer nadenken kan geen kwaad.'

Toch is het probleem dat je ook te laat kunt zijn....

'Natuurlijk. Ik zal de eerste zijn die zegt dat een vaginale stuitbevalling soms lastig is, heb er ook kinderen door verloren in Tanzania. Je deed alleen secundaire sectio's als je een bevalling geprobeerd had. Dan belandde je soms in een situatie dat je niet meer terug kon. Dat is natuurlijk de andere kant. Maar over het algemeen is er veel teveel *too much too soon*: we grijpen te vaak in, richten te vaak schade aan. Al was dat interventieisme toen ik terugkwam uit de tropen nog niet zo erg. In de jaren '90 en kort na de eeuwwisseling is dat veranderd. Dat kwam onder andere door de Hannah-trial. Ik heb toen erg op de rem gestaan. Dat kwam voort uit een visie die in de tropen was ontstaan. Ik was primair bezig met gezondheid van de moeder. De nadruk in Nederland lag op het kind. Toen ik subsidie zocht voor de LEMMoN-studie was het enorm lastig die te krijgen, want die ging niet over kinderen. Via de zijdeur van de etniciteit lukte het uiteindelijk toch.'



*Training in Mnero hospital, Tanzania, oktober 2019.
Links: nurse-midwife participant; rechts Jos van Roosmalen.*

Je zult soms met verbazing naar de huidige verloskunde kijken.

'Ja, en sommige beweringen die tegenwoordig gedaan worden zijn ook heel raar. Dan lees ik dat iemand roept dat vrouwen niet meer vaginaal zouden kunnen bevallen omdat ze in de loop van de evolutie rechttop zijn gaan lopen. Dan denk ik: vrouwen hebben altijd rechttop gelopen. Men praat alsof we aanvankelijk een soort viervoeters waren. En dat bevallen toen nog vanzelf ging.'

Volgens mij is de bewering dat we in vergelijking met andere dieren nauwere bekkens hebben. Dat dat evolutionaire voordelen heeft, waardoor wij mensen beter rechttop kunnen lopen.

'Ik denk niet dat de bekkens van vrouwen nou zoveel kleiner zijn geworden. De baby's zijn in de loop der tijden wel zwaarder geworden. Misschien dat we daar wat aan kunnen doen.'

Wat ik zelf vreemd vond in dat verhaal: vrouwen die overlijden aan cefhalopelvische disproportie omdat ze een te klein bekken - of te groot kind - hebben, die dragen toch niet bij aan de selectie van genetisch nauwere bekkens? Die gaan dood.

'Ook daarin zou je best gelijk kunnen hebben. Ik weet het niet. Ik weet alleen dat er tegenwoordig makkelijk van alles geroepen wordt, terwijl we toch vinden dat er evidence moet zijn voor onze beweringen!'

Maakte die visie die je meenam uit de tropen het moeilijk voor je hier?

'Natuurlijk wil je ook gezonde kinderen hebben. Maar niet ten koste van de moeder. Als je een sectio doet bij 26 weken met een heel dubieuze prognose voor het kind, dan betaalt de moeder daar een prijs voor.... Vorig jaar nog ben ik met de gevolgen van dit soort handelen, waar ik in Leiden ook vaak bij betrokken was, op een heel harde manier geconfronteerd.

Ik zit in de LUF-jury van de Leidse Universitaire scriptie-prijzen. De jongen die won ken ik inmiddels. Die is onvoorstelbaar slim en heeft vier masters - ik geloof driemaal cum laude -, en promoveert nu aan de rechtenfaculteit. Toen ik



Thuisbevalling. foto door Jos van Roosmalen.



Opbrengst van een uur werk. foto door Jos van Roosmalen.

zijn scriptie las, waarin ook een cv stond over zijn eigen vroeggeboorte door een keizersnee bij 28 weken, dacht ik:

"Dat medisch handelen is een waanzinnig succes geweest!" Aan de andere kant is hij onvoorstelbaar lichamelijk gehandicapt. Een goeie maand voor hem is als hij niet op de SEH is gekomen door een val. Hij is bijna blind en zijn zicht wordt steeds slechter. Dat zijn serieuze problemen. Dus dat waanzinnige succes, daar kan je best wat genuanceerder over nadenken. Hij ziet het zelf in ieder geval helemaal niet als een succes!

Ik nodigde hem uit tijdens een werkgroep. Alleen al daar geraken was een enorme opgave voor hem. Een derdejaars vroeg: "Als je nu naar jezelf kijkt en de beslissing van toen voor de keizersnede kon omdraaien, zou je dat gewild hebben?" Zowel zijn moeder als die jongen zelf zeiden: "Misschien wel." Dat grijpt me enorm aan. Natuurlijk gaat dit over neonatale zorg dertig jaar geleden, die is nu beter. Maar nu speelt dit soort dilemma's misschien bij 24 weken, die zijn nog steeds dezelfde.'

Binnenkort gaan we misschien zelfs over op actieve opvang vanaf 23 weken....

'Voor 28 weken, daar draaien jullie je hand natuurlijk niet meer voor om! En dan hebben we het over *shared decision making*, een verkooptruck. Kinderartsen zijn vaak optimistisch, gynaecologen staan vaker op de rem, hoop ik althans. Die zogenaamde counseling, die is helemaal niet objectief. Ik denk dan: "De dokter beslist in feite nog steeds, maar op slinkere wijze." We maken zo ouders mede-verantwoordelijk voor soms gruwelijke uitkomsten.'

Maar wat is het alternatief dan? Toen jij uit de tropen kwam besloot de dokter misschien nog vaker wat er gebeurde, maar dat zou nu niet meer geaccepteerd

worden. Men wil kunnen meebeslissen.

'Je kan toch mensen niet laten zeggen: "Ik wil dat mijn kind nu doodgaat." Ik vind dat heel hardvochtig. Ik denk: "Laat die dokters nou maar zeggen op grond van hun ervaring wat verstandig is en wat niet." Ik heb overigens alleen moeite met dat moedwillige besluit om bij zulke vroege termijnen een sectio te doen. Een spontane bevalling is de gemene natuur, daar heeft niemand een beslissing voor hoeven nemen, dat is heel anders.'

Zijn er nog dingen die niet onbesproken mogen blijven?

'Ook in de respectloze omgeving van verloskamers op veel plekken in de wereld kan je iets betekenen. Daar heb ik altijd mijn motivatie uit gehaald. Die vrouwen hebben verdomd goed in de gaten of er iemand bij hun bevalling is met compassie. Ik hoop alleen maar dat ze ook steeds vaker de kracht hebben om zélf recht op goede zorg op te eisen. Tegelijkertijd begrijp ik ook heel goed, dat het voor mensen die het werk daar moeten doen, in deplorabele omstandigheden, moeilijk is om gemotiveerd te blijven. Heel erg dat de leiders daar zelf geen last hebben van die omstandigheden.'

Was het uiteindelijk de moeite waard dat je dit werk 40-50 jaar gedaan hebt?

'Ja natuurlijk. En ik blijf optimistisch. Zonder optimisme kan je dit niet volhouden.'

Toch dreigde je in het begin, door mrs X, je optimisme wel te verliezen?

'Zeker, maar uiteindelijk waren en bleven we optimistisch. Het was een mooie tijd. Zoals mijn hele leven vooral mooi was.'

Wat was er nou uiteindelijk zo mooi aan?

'Hoe ouder ik word, hoe meer ik ben aangedaan door wat er gebeurt tijdens een bevalling. Daar raak ik nooit op uitgekeken. En dan heb ik het niet over de technische aspecten, maar gewoon over 'het gebeuren'. Ik ben een gezegend iemand, dat ik dit heb mogen meemaken.'

Zou je het vak nu weer kiezen?

'Absoluut.'

Wat zijn je verwachtingen voor de toekomst?

'Ik denk dat het nog heel lang gaat duren voor het op arme plekken in de wereld beter wordt. Zelfs bij jouw afscheid - dat ik niet zal meemaken wat ik jammer vind -, ben ik bang dat je nog steeds zal zeggen: daar moet nog een hoop gebeuren. Ik mag dat eigenlijk niet zeggen, want jij moet ook de motor gaande houden, maar ik ben bang dat het wel zo is.'

Dus soms moeten we dat soort gedachten maar parkeren om de motor gaande te houden?

'Absoluut.'

Wie zal ik hierna interviewen?

'Barbara Kwast.'

Lege Artis

Ria Dubbeldam *eindredacteur NTOG*

Telkens weer ziet de redactie van het NTOG uit naar de cartoon van collega-gynaecoloog Marc-Jan Janssen. Op welk actueel thema zou hij dit keer zijn inspiratie en gedachtenkronkels hebben losgelaten? Het is verbazingwekkend hoe hij in slechts een paar snelle lijnen zijn onderwerpen raak weet neer te zetten. Soms ontglipt er een lach bij het zien van zijn cartoon, soms zet zijn schets je aan tot denken. Het is vast zijn bedoeling.

We kunnen nu nog meer van de cartoons van Marc-Jan Janssen genieten. In augustus verscheen *Lege Artis*, een inspirerende verzameling medisch-wetenschappelijk bewezen gedichten en illustraties. Het boek is bedoeld voor iedereen die de mens verzorgt of geneest, of je nu werkzaam bent in het ziekenhuis of een (para)medisch beroep uitoefent. Allerlei ervaringen uit de wonderlijke wereld van de geneeskunde zijn in deze bundel verwoord en geïllustreerd, veelal op een manier die je zelden tegenkomt. Soms humoristisch. Soms tragisch. Vaak uitdagend. De stukjes roepen herkenning op, maar zijn ook bedoeld als aanzet tot denken of tot googelen.

Janssen maakte dit boek samen met creatieve allesdoener Bernard Leenstra: ondernemer in de zorg, huisarts (in opleiding), promovendus en initiatiefnemer van Prullenbakvaccin.nl. Leenstra ervaart, voelt en proeft in de wereld van de zorg. Deze gedichtenbundel is daarvan zijn 'reisverslag'. Als woorden een casus niet voldoende konden omschrijven kwam Janssen in actie.

Lege Artis

Bernard Leenstra en Marc-Jan Janssen

Prijs 14,95 euro

ISBN 9789036827089

Uitgave Bohn Stafleu van Loghum

Bestellen bsl.nl/shop



Subfertiliteit

De ooievaar met één vleugel
sloeg telkens linksaf
tot hij zich eindelijk
op de roze wolk begaf

C O L U M N



Mieke Kerkhof

'Ga nou eerst eens even zitt'n...'

Zeï mijn wijlen tante Annie, een Twentse boerin. Ik bezocht haar dikwijls op vrijdagavond als ik na een weekje studeren in de grote stad weer in mijn *hometown* Enter was. Ze nam met mij de week door.

Geen seks

Bert Alberda · 28 juni 2021
Leestijd 1 minuut



Als vaccinatiearts vroeg ik een stoere aantrekkelijke man die hielp op de vaccinatiestraat met het begeleiden van de bezoekers, of hij al gevaccineerd was. „Nee, ik ben te jong om erg ziek te worden.” Ik vertelde hem dat ik gehoord had dat binnenkort jonge vrouwen geen seks meer willen hebben met mannen die niet gevaccineerd zijn. Aan het einde van de middag kwam hij vragen of hij in aanmerking mocht komen voor eventueel overgebleven vaccin.

ik@nrc.nl

Kees van Katwijk · 15 februari 2012
Leestijd 1 minuut



In mijn spreekkamer, op de polikliniek gynaecologie, verschijnen een man en een vrouw, afkomstig uit het woonwagenveld. Hij houdt zijn bromfietshelm vast, als was het zijn kostbaarste bezit.

De reden van de komst is een uitblijvende zwangerschap. Ik kijk haar na en vraag aan de man of ik even de grootte van zijn testikels mag voelen. Hij laat het zonder morren toe. Vervolgens spreek ik laboratoriumonderzoek af en stel voor dat ook zijn zaad wordt nagekeken. Dan merkt hij aarzelen op: „Eh, dokter, even voor de duidelijkheid, ik ben niet haar man hoor, maar de enige in het kamp met een brommer.”

Frans

Frans Roumen · 8 juli 2021
Leestijd 1 minuut



Daar ligt ze dan gelukkig te stralen met de pasgeboren baby in haar armen. De zwangerschap had diverse problemen gekend, maar deze waren naar tevredenheid opgelost en de bevalling is voorspoedig verlopen. Het is haar vierde zoon in successie en een besluit over de naam is nog niet genomen. Met een blik vol dankbaarheid vraagt ze: „Dokter, wat is uw voor naam?” Ik antwoord verrast en helemaal vereerd: „Frans, mevrouw.” Waarop ze zich teleurgesteld tot haar man wendt: „Laten we hem dan toch maar Edwin noemen.”

Onder het genot van een kopje koffie en een beschuit met boerenmetworst (rare combi, denk ik nu). De ene na de andere anekdote vloog over de tafel. De tranen biggelden over onze wangen, van het lachen maar ook van ontroering. En zo is het gekomen, denk ik. Mijn dwang om ieder mooi verhaal in druk te krijgen. Sinds 2003 schrijf ik *Ikjes* in de *NRC*. Het *Ikje* is een stuk van 120 woorden op de achterpagina onder de column van Frits Abrahams. Daar was nog wat loze ruimte. De redactie ontvangt dagelijks vele inzendingen en kiest er slechts één voor publicatie. Dan heb je de hoofdprijs! De *citation index* is enorm. Alle studievrienden van vroeger gaan appen en willen weer afspreken, in de lift steekt de oude chirurg zijn duim op en ook patiënten hebben ervan genoten.

Overigens gaan alle niet gepubliceerde *Ikjes* naar het Meertens Instituut voor onderzoek en documentatie van de Nederlandse taal en cultuur. Het geschrevene schetst namelijk een mooi tijdsbeeld. Nog even enkele tips, als u van plan bent om dit genre te gaan beoefenen. Schrijf kort en bondig, in de directe rede, in de tegenwoordige tijd, verraad de clou niet en houd het netjes. 'De slijpsteen van de geest' houdt nu eenmaal niet van banaliteiten. Het allerbelangrijkste is dat u in het dagelijks leven de antenne maximaal uitschuift om de verhalen op te vangen. In de *NRC* zijn velen u reeds voorgedaan. Het gynaecologengilde is talentvol.

Nog even dit: met ingang van 1-1-2022 is mijn functie van NTOG-columnist vacant. Wees als tante Annie: ga even zitt'n en vertel uw collega's over de maand die achter u ligt. Ze hangen aan uw lippen! Meld u aan via AnkLouwes@nvog.nl.

Nachtkastje

Mieke Kerkhof · 23 januari 2020
Leestijd 1 minuut



Mijn 92-jarige vader krijgt 's nachts pijn op zijn borst. Hij ligt eenzaam in zijn bed en drukt op de alarmknop. De hielden van de thuiszorg zijn snel ter plaatse. Ze pakken een flesje met nitrospray van zijn nachtkastje, spuiten het onder de tong en weg zijn de klachten. Mijn pa vindt het een wondermiddel. „Waarom hebt u dat zelf niet even toegediend?” vraagt de verpleegkundige, waarop mijn vader antwoordt: „Ik wist niet meer dat het voor mijn hart was, ik poets er altijd mijn bril mee.”

Sommelier

Ingrid Gaugier-Senden · 8 november 2012
Leestijd 1 minuut



Onlangs dineerden mijn man en ik in een door culinaire bladen aanbevolen restaurant. We werden bediend door een keurige ober van Afrikaanse afkomst, die vrijwel accentloos Nederlands sprak.

We kozen een wijnnarrangement en werden door deze ober van passende wijn voorzien. Afkomst van de wijn, het wijnhuis en kwaliteiten als „fruitige afdronk” wist hij zonder blikken of blozen te benoemen. Enigszins verrast door zoveel deskundigheid vroeg ik hem: „bent u hier de sommelier?”

Hij antwoordde: „Nee, ik ben gewoon Somaliër.”

Mond

Herman Oosterbaan · 16 mei 2012
Leestijd 1 minuut



Al gedurende lange tijd leid ik arts-assistenten op tot gynaecoloog. Regelmatig superviseer ik hen terwijl zij patiënten onderzoeken. In de spreekkamer bevindt zich een echte Bossche vrouw met dito tongval.

Ze komt voor een nauwkeurige beoordeling vanwege een afwijkend uitstrijkje. De sfeer is ontspannen, wanneer de eendenbek door mijn pupil wordt ingebracht.

Ze vraagt: „Zeg eens, wat zien jullie nou eigenlijk, doar van binne?”

Ik antwoord: „Uw baarmoedermond, mevrouw.”

Waarop zij zegt: „Nou, kek mer uit dat die nie bijt!”

Benauwd

Anneke van der Leeuw · 26 februari 2021
Leestijd 1 minuut



Recent heb ik het beruchte virus gehad. Maar ik ben weer volledig hersteld en hoe! Vannacht tot 4 uur keihard gewerkt op een drukke verloskamerafdeling. Na enkele spannende bevallingen duik ik het bed in om nog een paar uur slaap te pakken. Een korte tijd later word ik Spaans benauwd wakker. Het zal toch zeker niet, hè, denk ik, heb ik nu een mutant onder de leden? Begint het weer opnieuw? Het mysterie is snel opgelost. Ik ontdek dat ik het nauw sluitende chirurgische mondkmasker nog op heb.

Digital health in obstetric care

Promovendus **Hans van den Heuvel** | promotoren **prof. dr. A. Franx** en **prof. dr. M.N. Bekker** | 22-6-2021, Universiteit Utrecht

Waar gaat je proefschrift c.q. onderzoek over?

Uit mijn promotieonderzoek blijkt dat het gebruik van digitale zorgtoepassingen kan bijdragen aan de verplaatsing van zorg naar thuis voor zwangeren met een verhoogd risico op hypertensie. Telemonitoring van bloeddruk en klachten, via een app, zorgt voor een reductie in het zorgverbruik (controles en opnames) zonder dat dit nadelige effecten heeft op de zwangerschap-suitkomsten. Bovendien geven de thuismetingen de zwangeren meer inzicht in het proces om mee te beslissen over de gewenste zorg.

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

Het is voor zorgverleners goed om te realiseren dat zwangeren in staat en bereid zijn om zelf thuis hun bloeddruk te meten of CTG's te maken. We zouden niet huiverig moeten zijn om hen die verantwoordelijkheid te geven. Daarnaast blijft de zorgverlener natuurlijk wel de expert om de thuisgemeten waarden te interpreteren en samen met de patiënt het zorgbeleid op te stellen.

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

Voor veel zwangeren met een hoog risico op pre-eclampsie betekende het gebruik van ons telemonitoringplatform (SAFE@Home) een afname van (on)nodige bezoeken. Daarnaast konden zij alle bloeddrukwaarden ook op een grafiek inzien en zo meekijken naar het verloop van hun eigen gezondheid/zwangerschap. Dit zorgt voor minder onzekerheid en afhankelijkheid, en daardoor voor een betere ervaring van de antenatale zorg.

Wat is de meerwaarde van je proefschrift voor de maatschappij?

Thuismetingen bieden de mogelijkheid om de zorg anders in te richten; zo zijn er minder geplande zwangerschapscontroles nodig. Pas bij een combinatie



van hypertensie en klachten wordt een extra (spoed)consult gepland. Deze vermindering van de zorg leidt tot een kostenreductie maar ook tot minder reisbewegingen (en dus ook CO₂-uitstoot), werkverzuim en minder belasting op ziekenhuiszorg, wat in tijden van COVID-19 extra interessant is.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Er liggen nog een aantal vragen open, waarop vervolgonderzoek antwoord zou kunnen geven. Zo zijn we benieuwd naar het effect van (extra) thuismetingen op het mogelijk eerder opsporen van pre-eclampsie en de interventies zoals inleidingen die daarmee gepaard gaan. Daarnaast loopt nu ook de SAFE@Home II-studie met als tweede vraag hoe deze strategie zo goed mogelijk op grote schaal is te implementeren. Want naast een nieuwe rol van de patiënt, vraagt werken met digitale zorg ook om een nieuwe rol van de zorgverlener. *Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie en wat was je antwoord daarop of had je achteraf willen antwoorden?*

Ons onderzoek richtte zich op vrouwen met een verhoogd risico op hypertensie. Een van de vragen van de opponenten ging over het gebruik van

apps en telemonitoring (en minder geplande bezoeken) in een laagrisico-populatie. Hij vroeg zelfs of de zwangerschapscontroles niet volledig digitaal of virtueel konden worden gedaan. Ik denk dat er digitaal veel mogelijk is, zoals videobellen, doorgeven van vragenlijsten, symptomen/klachten en PROMS en bijvoorbeeld bloeddruk- en glucosewaarden, maar dat een fysiek bezoek aan een verloskundige of arts altijd nog extra waarde zal hebben. Daar was hij het volgens mij wel met me over eens!

Lees meer over digitale zorgtoepassingen en SAFE@Home op pagina 352.

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

Antwoorden Gynfeud 8

G₂

1. Antwoord b. Het is regel om bij samengestelde woorden het geheel Grieks of Latijns te houden. Sinds 1995 is de schrijfwijze kyste officieel vervallen, het is cyste. Poly is een Grieks bijvoeglijk naamwoordwoord en betekent veel, meerdere. In het woord polikliniek is poli afgeleid van het Griekse woord polis (stad), polikliniek is dus eigenlijk stadskliniek. Poli in de betekenis van een afdeling van een polikliniek is tegenwoordig algemeen aanvaard jargon.

2. Antwoord d. De humane placenta heeft over het algemeen 15-25 cotyledonen. De placenta van schapen, geiten en ander vee vaak 70-125. Een placenta van een hert 4-6. Dit roept weer vragen op, maar dat voert te ver voor deze rubriek.

Fluorescentiegeleide debulking

De standaardtherapie voor epitheliaal ovariumcarcinoom bestaat uit een combinatie van chemotherapie en chirurgisch verwijderen van tumorweefsel (debulking). Het succes van debulking is van invloed op de overleving: hoe meer tumorweefsel wordt verwijderd, des te hoger wordt de overleving. Fluorescentiegeleide debulking is een nieuwe techniek die wordt gebruikt om beter onderscheid te kunnen maken tussen gezond en tumorweefsel. Bij deze techniek krijgt de patiënt fluorescente markers toegediend die zich specifiek binden aan tumorcellen, waardoor deze tijdens de operatie met speciale camerasystemen zichtbaar kunnen worden gemaakt. HER2 en FR zijn membraanreceptoren die respectievelijk bij 20 en 80 procent van de patiënten met epitheliaal ovariumcarcinoom op de tumor voorkomen. In een systematische review is onderzocht of HER2- en FR-getargete fluorescentiegeleide debulking bij vrouwen met epitheliaal ovariumcarcinoom haalbaar is.¹

In PubMed en Embase is gezocht naar trials die fluorescentiegeleide debulking, met FR en/of HER2 als targets, toepasten bij vrouwen met epitheliaal ovariumcarcinoom of diermodellen van dit ziektebeeld. Er werden dertien studies geïnccludeerd: vijf dierstudies voor HER2, drie dierstudies voor FR en zes clinical trials voor FR.

Alle dierstudies lieten zien dat fluorescentiegeleide detectie van tumorlaesies bij epitheliaal ovariumcarcinoom haalbaar is. Eén dierstudie vergeleek conventionele debulking met HER2-getargete fluorescentiegeleide debulking waarbij er significant minder residuele ziekte was na fluorescentiegeleide debulking. Ook uit clinical trials bleek dat fluorescentiegeleide debulking haalbaar is bij patiënten met epitheliaal ovariumcarcinoom. Van de fluorescente laesies die verwijderd werden, bleek 75 tot 77 procent inderdaad tumorcellen te bevatten. Het percentage fluorescente laesies dat gezond weefsel betrof verschilde van 10 tot 25 procent. Dit ging voornamelijk om lymfeklieren waarin een kruisreactie

optrad met de fluorescente marker. Dit suggereert dat met deze techniek geen onderscheid gemaakt kan worden tussen gezonde lymfeklieren en lymfekliermetastasen.

Voor de gebruikte fluorescente markers zijn milde bijwerkingen gemeld waaronder buikklachten, misselijkheid en overgevoeligheid. Fluorescente markers kunnen veel verschillende targets hebben, waardoor ze voor een individuele patiënt kunnen worden ontworpen afhankelijk van de tumorkarakteristieken. Op dit moment wordt fluorescentiegeleide debulking nog niet in de praktijk toegepast bij patiënten met epitheliaal ovariumcarcinoom. Gynaecologisch oncologen betrokken bij de geïnccludeerde studies vonden de techniek nuttig en deze stond de debulking niet in de weg. Het makkelijker detecteren van verspreid tumorweefsel in de buik kan mogelijk leiden tot kortere operatietijden en een betere debulking. De volgende stap is om het effect van fluorescentiegeleide debulking op de overleving van patiënten met epitheliaal ovariumcarcinoom te onderzoeken. *drs. Jelske de Jong, dr. Kees Gerestein*

Referentie

- de Jong JM, Hoogendam JP, Braat AJAT, Zweemer RP, Gerestein CG et al. *The feasibility of folate receptor alpha- and HER2-targeted intraoperative fluorescence-guided cytoreductive surgery in women with epithelial ovarian cancer: A systematic review.* Gynecol Oncol. 2021 Aug;162(2):517-525.

Risico op miskraam na COVID-19-vaccinatie net voor of tijdens begin zwangerschap: geruststellende eerste observaties

Zwangeren hebben na besmetting met het coronavirus (COVID-19) meer kans op een ernstig beloop van de infectie, en er lijkt een toegenomen risico op vroeggeboorte en andere maternale en neonatale morbiditeit. In juli heeft de NVOG de vijfde update van het *Standpunt Vaccinatie tegen COVID-19 rondom kindervens, zwangerschap en kraambed* gepubliceerd. In navolging van de gegeven adviezen door ACOG

en RCOG is het advies aan alle gezonde zwangere vrouwen om zich routinematig te laten vaccineren, met een mRNA-vaccin, wanneer ze volgens de landelijke vaccinatiestrategie daarvoor in aanmerking komen, zo ook in het eerste trimester. Daarnaast lijkt er geen bezwaar te zijn om vrouwen te vaccineren die een zwangerschap nastreven.

Een onderzoeksgroep uit de Verenigde Staten, Centers for Disease Control and Prevention, onderzocht het risico op een spontane miskraam (amenorroeduur zes-twintig weken) bij gevaccineerde vrouwen (tenminste een eerste vaccinatie met een mRNA-vaccin) in de periode van zes weken voor conceptie tot een amenorroeduur van twintig weken. De gegevens van 2456 zwangeren werden verzameld. De meeste vrouwen (77,3 procent) waren dertig jaar of ouder en 88,8 procent van hen werkte in de zorg. Iets meer dan de helft van de vrouwen (52,7 procent) werd gevaccineerd met het BNT162b2-vaccin (Pfizer-BioNTech). Het cumulatieve risico op een miskraam tussen een amenorroeduur van zes tot twintig weken was 14,1 procent (95 procent confidence interval [CI], 12,1 tot 16,1), zie tabel 1. Zoals verwacht nam het risico op een miskraam toe bij toename van de maternale leeftijd, zie tabel 2.

Tabel 2. Cumulative risk of spontaneous abortion among CDC v-safe COVID-19 Vaccine Pregnancy Registry participants by age group, December 14, 2020-July 19, 2021

Age group	Number at risk	Self-reported SAB*	Cumulative SAB risk (%; 95% CI)
20-29	432	23	9,8 (5,9-13,4)
30-34	1205	71	13,0 (10,2-15,8)
35-39	693	54	16,7 (12,6-20,6)
40+	126	17	28,8 (16,8-39,1)

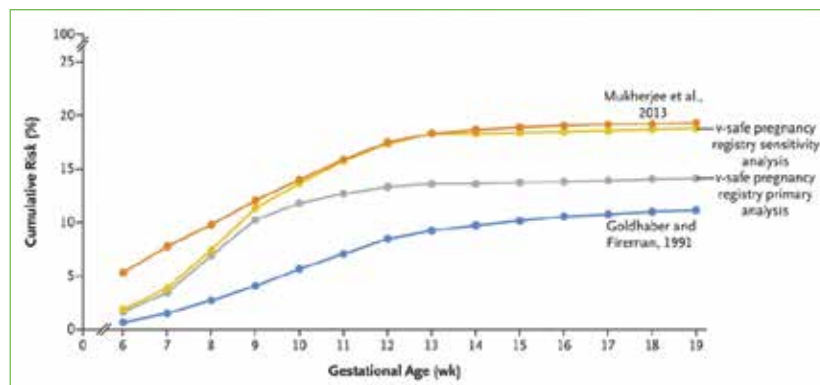
*SAB=spontaneous abortion

Het miskraamrisico is vergelijkbaar maar met het risico op een miskraam gerapporteerd in twee historische cohorten, zie figuur 1. Deze observationale studie heeft zeker

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

Tabel 1. Risk of spontaneous abortion among participants in the v-safe Covid-19 vaccine pregnancy registry, 14 dec 2020 - 19 July 2021

Gestational Age	Participants at Risk	Participants Who Reported Spontaneous Abortion		Week-Specific Risk	Cumulative Risk
		number of persons	percent		
6 to <7 weeks	904	15	1.7	1.7 (0.8-2.5)	
7 to <8 weeks	982	18	1.8	3.5 (2.3-4.6)	
8 to <9 weeks	1032	37	3.6	6.9 (5.4-8.5)	
9 to <10 weeks	1087	39	3.6	10.3 (8.4-12.0)	
10 to <11 weeks	1118	19	1.7	11.8 (9.9-13.7)	
11 to <12 weeks	1184	12	1.0	12.7 (10.7-14.6)	
12 to <13 weeks	1274	9	0.7	13.3 (11.3-15.2)	
13 to <14 weeks	1394	5	0.4	13.6 (11.6-15.6)	
14 to <15 weeks	1534	0	0	13.6 (11.6-15.6)	
15 to <16 weeks	1632	2	0.1	13.7 (11.7-15.7)	
16 to <17 weeks	1742	2	0.1	13.8 (11.8-15.8)	
17 to <18 weeks	1848	2	0.1	13.9 (11.9-15.9)	

Figure 1. Cumulative Risk of Spontaneous Abortion in the v-safe Covid-19 Vaccine Pregnancy Registry and in Two Historical Cohorts

een paar tekortkomingen: er was geen controlegroep van ongevaccineerde zwangeren, de onderzochte groep was vrij homogeen, deelname was vrijwillig en de rapportage van de uitkomstmaat werd door de zwangeren zelf gedaan. Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat deze studie de uitkomsten van eerder gepubliceerde data ondersteunt. De aanbeveling van de NVOG om ook vrouwen pre-conceptioneel en in het eerste trimester van de zwangerschap te vaccineren hoeft naar aanleiding van deze studie niet te worden bijgesteld.

RvdL

Referentie

- Lauren H. Zauche et al. *Receipt of mRNA Covid-19 Vaccines and Risk of Spontaneous Abortion*. N Engl J Med September 8, 2021, DOI: 10.1056/NEJMc2113516

Alle jonge vrouwen screenen op SOA?

Chlamydia en gonorrhoe zijn seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) die bij vrouwen meestal asymptomatisch verlopen, maar wel ernstige langetermijngevolgen kunnen hebben zoals ectopische zwangerschap, subfertiliteit of chronische buikpijn. Het Amerikaanse College of Obstetricians and Gynecologists adviseert daarom alle seksueel actieve vrouwen onder de 25 jaar jaarlijks te screenen op chlamydia en gonorrhoe. Vrouwen ouder dan 25 jaar worden gescreend bij risicofactoren.³

Deze aanbeveling volgt op een systematische review die recent in de JAMA is gepubliceerd.⁴ Zelftesten bleken even betrouwbaar als testen afgenomen door een professional. Verder werd in twee van de vier studies naar het effect van screening op de incidentie van Pelvic Inflammatory Disease (PID) een signifi-

cante reductie van PID gevonden. In een studie naar screening bij vrouwen met een verhoogd risico op SOA was het relatieve risico op PID 0,44 (95% BI 0,20-0,90) en in een andere grote studie in de algemene populatie op het platteland van Australië was het relatieve risico 0,6 (95%BI 0,4-1,0). De absolute daling was in deze laatste studie echter laag: van 0,38% naar 0,24%. Het aantal vrouwen dat in de algemene populatie gescreend moet worden om 1 PID te voorkomen zou dus heel hoog zijn. Er werden in de review geen studies beschreven die keken naar kosteneffectiviteit van screening of naar de langetermijngevolgen van chlamydia of gonorrhoe.

In Nederland wordt screening naar deze SOA's niet standaard aanbevolen. Een eerdere Nederlandse studie met zelftesten resulteerde in een lage respons en een minimale daling in de incidentie van chlamydia.⁵ In een vervolgstudie naar de langetermijngevolgen van chlamydia werd bovendien geconcludeerd dat het risico op negatieve langetermijngevolgen zo laag is, dat het advies luidt alleen vrouwen met een verhoogd risico op infectie te testen.⁶ De data van de recente Amerikaanse review overtuigen niet het Nederlandse beleid aan te passen. *FV*

Referenties

- US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ. *Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. JAMA. 2021 Sep 14;326(10):949-956.
- Cantor A, Dana T, Griffin JC, Nelson HD, et al. *Screening for Chlamydial and Gonococcal Infections: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. JAMA. 2021 Sep 14;326(10):957-966.
- van den Broek IV, van Bergen JE, Brouwers EE, et al. *Effectiveness of yearly, register based screening for chlamydia in the Netherlands: controlled trial with randomised stepped wedge implementation*. BMJ 2012;345:e4316.
- Hoenderboom BM, van Benthem BHB, van Bergen JEAM, et al. *Relation between Chlamydia trachomatis infection and pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and tubal factor infertility in a Dutch cohort of women previously tested for chlamydia in a chlamydia screening trial*. Sex Transm Infect. 2019 Jun;95(4):300-306.

