

1889-2014 125 jaar
ntog

10
2015

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

De opleiding toen

De ENTOG-exchange

In- en uitstroom gynaecologen

Hypertensieve aandoeningen

Bezinnen op BOEG

Splitsing opleiding: droom of nachtmerrie?

THEMANUMMER | DE OPLEIDING

Colofon

V. Mijatovic, hoofdredacteur (e mijatovic@ntog.nl)
 W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
 J. van Eyck, voorzitter deelredactie perinatologie
 R.M.F. van der Weiden, voorzitter deelredactie voortplantingsgeneeskunde
 J.W. Nijkamp, namens de NVOG
 J.W.M. Aarts, namens VAGO, webredacteur
 S. Schoenmakers, namens VAGO, webredacteur
 A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

DEELREDACTIES

E.A. Boss, gynaecoloog
 J.J. Duvekot, perinatoloog
 J.W. Ganzevoort, perinatoloog
 B.B. van Rijn, perinatoloog
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog
 S.J. Tanahatoo, voortplantingsgeneeskunde
 W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog
 W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog
 F. Vernooij, gynaecoloog-epidemioloog
 R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog
 S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT
 M. Braakhekke, rubrieksredacteur UNO
 B. Koullali, rubrieksredacteur UNO
 G.H. de Wet, redigeren abstracts
 J. van 't Hooft, redacteur Crown Initiative

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 mw. Ria Dubbeldam (bureauredactie)
 t 0317 425880 e redactie@ntog.nl i www.ntog.nl

ABONNEMENTEN

Standaard € 195,- per jaar. Studenten € 86,50 per jaar.
 Buitenland € 295,- per jaar. Losse nummers € 26,-.
 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,
 t 070 3228437 i www.brickx.nl
 dhr. E.J. Velema m 06 4629 1428 e eelcojan@brickx.nl

OPLAGE & VERSCHIJNING

1700 exemplaren, 10 x per jaar.

VOLGENDE EDITIE

NTOG 2016 #1 verschijnt op 6 februari 2016.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd 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 i www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

Herfstannemoon (Anemone Honorine Jobert)
 Foto Wim van Hof (gaw)

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Astellas | *Betmiga*
 Ferring Pharmaceuticals | *Pabal*
 Ferring Pharmaceuticals | *Menopur*
 Memidis Pharma | *Evagynal*
 Gedeon Richter | *Esmya*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

- 484 Opleiding is verandering**
 dr. Annemijn Aarts & drs. Ellen Nijkamp *themaredactie*

Van het bestuur

- 485 You may say I'm a dreamer**
 prof. dr. S.G. Oei *voorzitter NVOG*

Opinie

- 486 IGZ legt gebruik van remifentanyl aan (te) strakke banden**
 drs. H.J. Lourens, dr. I. Krabbendam, drs. N.E. Janssen, dr. D.G. Snijdelaar

Actueel | In memoriam

- 489 Bart Fauser fellow Royal College | Dr Petra Biewenga 1971-2015**

Ingezonden

- 490 Rectumlaesie zonder sfincterletsels na een spontane baring**
 drs. H.G. ter Brugge & dr. H.H. de Haan

DE OPLEIDING

- 492 De opleiding toen**
 dr. H.P.C.M. Hoyncck van Papendrecht & dr. R.M.F. van der Weiden
- 496 De ENTOG-exchange in Nederland (+ commentaar)**
 Ervaringen van deelnemers Naomia Vink, Antoine Koch en Marit Vaiksalu
Opleiden tot gynaecoloog: een Europees perspectief
 dr A.J. Goverde, drs J. van der Aa, prof. dr. F Scheele
- 500 De in- en uitstroom van gynaecologen (+ commentaren)**
 dr. A.M. Musters, dr. R. Vermeij, dr. D.M.J. Oom, drs. L.N. Hofman, dr. M.R. Buist
 - **Ruimte voor jonge klaren**
 drs. M.Kramers namens De Jonge Specialist
 - **Wat vindt de Stichting BOLS**
 dr. Annemijn Aarts & drs. Ellen Nijkamp *themaredactie*
 - **Voorstel NVOG voor bandbreedte**
- 506 Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap**
 drs. Ellen Nijkamp & dr. Annemijn Aarts
- 514 Een bezinning op BOEG (+ commentaar)**
 K.A. van Loon MSc. & prof. F. Scheele
 - **Van HOOG naar BOEG en verder**
 dr. I.W.H. van Empel
- 519 Splitsing opleiding: nachtmerrie of toekomstdroom?**
 drs. F.J.G. Kusters

- 521 Honderd jaar opleiding in beeld: de schoenendoos omgekeerd**
 dr. Annemijn Aarts, drs. Ellen Nijkamp, dr. Velja Mijatovic

Column Mieke Kerkhof

- 524 If you don't go, you don't know**

PICO Bello

- 525 Zorgt oxytocine-injectie voor minder manuele placentaverwijderingen?**
 drs. H. Breet & drs. A. Hooker

- 531 Nederlands Onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften**
Bij genderdysforie: wens volledige geslachtsaanpassende behandeling niet vanzelfsprekend | Sacrospinale fixatie non-inferieur aan vaginale hysterectomie

Kort nieuws

- De lezersenquête | Jubileumboek | Rectificatie | Owee**

- 533 Op de pedalen met Make a memory**
 Hans Zondervan

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. Zij stelt zich als doel de leden van de NVOG en andere specialisten, die werkzaam zijn op het gebied van de gynaecologie, perinatologie en voortplantingskunde, op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op deze deelterreinen. Het NTOG probeert haar doel te bereiken door middel van vaste rubrieken, columns, commentaren, wetenschappelijke artikelen, congresverslagen en themanummers. De vereniging NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepas-

sing 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.



Opleiding is verandering

dr. Annemijn Aarts

drs. Ellen Nijkamp

Beiden lid redactie NTOG; samen de themaredactie

Plato, 's werelds eerste denker over opleiden, liet zijn leerlingen zeven jaar luisteren; daarna mochten ze pas vragen stellen. In die zeven jaar leidde hij zijn leerlingen 'de grot uit'. Het is dan ook niet verwonderlijk dat wij het begrip educatie ontleen aan het latijnse *educere* dat hiermee de betekenis krijgt van weggeleiden uit onwetendheid.

Volgens de bekendste parabel van Plato zit de menselijke ziel vast in een duistere grot. Om een heldere en ruimere kijk op de werkelijkheid te krijgen moet de mens opgeleid worden. De gang de grot uit kan metaforisch worden vergeleken met een geboortekanaal, waarbij de opleider analoog aan een vroedvrouw kan worden beschouwd. Zodra de opgeleide het einde van de gang bereikt, dient hij om te keren om anderen te helpen bij hetzelfde proces. Zo wordt de opgeleide opleider.^{1,2} De kern van opleiding volgens Plato is gelegen in de juiste vorming, waarin de leerling zich reeds in zijn oefening voorbereidt op datgene waarin hij of zij later de volledige bekwaamheid kan bezitten.

Een latere filosoof, Bernard Lonergan (1908-1984), ontwikkelde zijn zogeheten 'mensvisie', waarin hij stelt dat de mens een groeier is en in groei behoort te blijven. Het centrale idee is dat mensen op innerlijk vlak een onbeperkt groeiend vermogen hebben. Belangrijk hierbij zijn vijf domeinen die met elkaar verbonden zijn: aandacht, kennis, verstandig oordeel, verantwoordelijkheid en (com)passie. Als je dit vertaalt naar de huidige maatschappij schuilt er een gevaar in dat de kennissamenleving zich vaak beperkt tot aandacht en kennis, en in mindere mate tot de andere domeinen. Een goed opleidingssysteem dient er dus zorg voor te dragen dat mensen ook kunnen groeien in die laatste domeinen.

De manier waarop deze domeinen vormgegeven worden in een opleiding - ofwel het curriculum - kan variëren. Historie bewijst ook dat deze curricula aan verandering onderhevig zijn (denk aan de Mammoetwet en Tweede fase in het voortgezet onderwijs).

Ook onze opleiding is continu aan verandering onderhevig, ingegeven door ontwikkelingen van het vak, alsook maatschappelijke veranderingen. Dit uit zich ook in de onderwerpen van de verschillende artikelen in dit themanummer. We blikken terug op

het verleden, reflecteren op het huidige curriculum BOEG, maar kijken zeker ook vooruit. Opleiding is dus verandering. Maar wij willen er voor pleiten dat de domeinen, zoals bijvoorbeeld persoonlijke ontwikkeling, (maatschappelijke) verantwoordelijkheid en kennis, een stabiele basis zouden moeten vormen voor welk curriculum dan ook.

Nog even terug naar die mensvisie van Lonergan. Deze visie beperkt zich niet tot de opleiding en raakt aan de term *lifelong learning*. Dit omvat alle activiteiten die gedurende het hele leven ontplooid worden om kennis, vaardigheden en competenties vanuit een persoonlijk, maatschappelijk, sociaal en/of professioneel perspectief te verbeteren.³ Vertaald naar onze situatie: ook na het tekenen van het c-formulier gaat het leren door.

Bekend columnist van de New York Times en tevens chirurg, Atul Gawande, zet in zijn boek *Better* aan de hand van voorbeelden uiteen hoe we als artsen, zowel in opleiding als erna, kunnen blijven leren en onszelf daardoor verbeteren.⁴ In dit boek, dat ons heeft geïnspireerd, komen uiteraard kennis en kunde aan bod, maar juist ook thema's als (maatschappelijke) verantwoordelijkheid, professionaliteit en persoonlijke ontwikkeling. In het nawoord geeft hij een vijftal handvatten, waarvan de laatste is: verander. Zoek naar mogelijkheden om continu verder te leren en te veranderen. In zijn visie maakt dat je een betere dokter en een beter en gelukkiger mens. Samengevat zegt hij: "Vind iets nieuws om te proberen, iets om te veranderen. Tel hoe vaak het lukt en hoe vaak het niet lukt. Schrijf erover. Vraag mensen wat zij denken en kijk of je het gesprek gaande kunt houden".

We nodigen u uit om - ook na de opleiding - levenslang te blijven veranderen, te leren en te verbeteren.

Referenties

1. *Essays over vorming in het onderwijs*. Studie nr 20110113/973, maart 2011. Uitgave van de Onderwijsraad Den Haag.
2. www.mens-en-samenleving.info. Griekse filosofen: Plato.
3. Dellen, dr. T. van., *Lifelong learning in Nederland: wat is het en waarom?* Handboek Effectief opleiden, sept. 2011.
4. Gawande, A. *Better*. 2007. Metropolitan Books, New York.

You may say I'm a dreamer

prof. dr. S.G. Oei voorzitter NVOG



De problemen van de wereld zijn ook onze problemen. De conflicten zijn geen *Ver-van-mijn-bed-show* meer. Onze ogen sluiten voor de problematiek is geen optie. De vluchtelingenproblematiek en terreuraanslagen hebben de Westerse samenleving wakker geschud. We moeten op zoek naar een oplossing. Als we die nu niet vinden, wordt het probleem als maar groter en komt de wereld in een neerwaartse spiraal terecht. Een bijzonder moment van bezinning ontstond toen de Duitse pianist Davide Martello John LeNnon's *Imagine* speelde voor het Bataclantheater in Parijs.

U mag nu toch even de ogen sluiten en in gedachten luisteren naar dit lied. Wellicht biedt het inspiratie om te helpen om de wereldproblemen op te lossen. Ik ben ervan overtuigd dat wij vanuit onze eigen professie onze bescheiden bijdrage kunnen leveren. Laten we open staan voor de problemen van de wereld waar wij kunnen helpen om een oplossing te vinden.

Het probleem van de gezondheid van de vrouw en haar positie in met name de derde wereld is namelijk nog steeds zeer somber. De acht millenniumdoelstellingen die in 1990 door de Verenigde Naties werden geformuleerd, moeten in 2015 gehaald worden. VN-secretaris-generaal Ban Ki-Moon stelt dat veel *millennium goals* bereikt zijn. Zo is de extreme armoede in de wereld meer dan gehalveerd, daalde het aantal kinderen dat niet naar school gaat aanzienlijk en is er meer gendergelijkheid in het basisonderwijs. Ook is de sterfte door aids gedaald. Toch is er geen reden tot juichen. De beoogde daling van kindersterfte en moedersterfte zullen bij lange na niet gehaald worden. Er overlijden jaarlijks nog steeds zes miljoen kinderen en meer dan 200.000 moeders. De Verenigde Naties heeft daarom nieuwe doelstellingen geformuleerd. Deze zogenaamde *sustainable development goals* moeten in 2030 gehaald worden. Het streven is dat de maternale mortaliteit wereldwijd met tweederde daalt naar 70.000 sterfgevallen. De neonatale sterfte moet afnemen naar 12 per 1000 levendgeborenen.¹

Op het F.I.G.O.-congres dat vorige maand in Vancouver gehouden werd, zijn deze nieuwe doelstellingen veelvuldig aan de orde gekomen. De Wereldgezond-

heidsorganisatie (WHO) was ook aanwezig en had mij uitgenodigd om mee te denken over een probleem dat zij ervaren met het implementeren van richtlijnen. De WHO maakt richtlijnen maar is tot de conclusie gekomen dat deze slechts moeizaam in de praktijk worden toegepast. Onze ervaring met het uitvoeren van de kwaliteitscirkel kwam daarbij van pas. Het was heel interessant om te zien hoe oplossingen die wij in ons kleine land gevonden hebben ook op wereldschaal een rol kunnen spelen. Het is op dit moment alleen niet zichtbaar voor de internationale organisaties. Dat bracht mij er toe dat het mooi zou zijn als we meer gebruik zouden kunnen maken van de vele internationale contacten, kennis en ervaring van onze leden. Door het oprichten van een Commissie Global Network kunnen we de krachten bundelen.

*I hope some day you'll join us and
the world will live as one.*



Referenties

<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

Pijnstilling tijdens de partus

IGZ legt gebruik van remifentanil aan (te) strakke banden

drs. H.J. Lourens *anaesthesioloog*

dr. I. Krabbendam *AIOS gynaecologie en obstetrie*

drs. N.E. Janssen *gynaecoloog*

dr. D.G. Snijdelaar *anaesthesioloog*

Allen Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Vorig jaar is de Standard Operating Procedure (SOP) voor het gebruik van remifentanil als pijnstilling tijdens de partus verschenen. Dit naar aanleiding van zorgen over de veiligheid. De nieuwe werkwijze beperkt in sterke mate de mogelijkheid om te kiezen voor remifentanil. Toediening wordt nu alleen aanbevolen bij contra-indicaties voor epidurale analgesie. Als al wordt gekozen voor remifentanil, leiden de gestelde eisen tot een hoge werkdruk op de verloskamers. De strikte voorwaarden stroken niet met onze ervaringen en data van gebruik van remifentanil tijdens de partus in ons ziekenhuis.

In Ziekenhuis Gelderse Vallei is in 2009 remifentanil ingevoerd als aanvulling op de bestaande mogelijkheden voor pijnstilling tijdens de partus. Sindsdien worden van elke vrouw die remifentanil krijgt, de maternale en foetale variabelen geregistreerd (bijv. saturatiedalingen en pH in de navelstreng). Over de jaren heen laten deze gegevens zien dat er geen belangrijke complicaties zijn opgetreden. In de dagelijkse praktijk bemerken wij dat de vrouwen die kiezen voor remifentanil dan wel voor epidurale analgesie van elkaar verschillen, in bijvoorbeeld pariteit en fase van de ontsluiting.

Wij betreuren het ten zeerste dat de SOP (te?) strikte voorwaarden stelt, zodat de drempel voor remifentanil nu erg hoog is en het gebruik in de afgelopen maanden drastisch is afgenomen. De barendende vrouw wordt hiermee een effectieve, en naar onze ervaring veilige methode van pijnstilling onthouden. In dit stuk willen wij een aantal aspecten benoemen die in de discussie onderbelicht blijven, maar ons inziens wel belangrijk zijn voor de plaatsbepaling van dit middel tijdens de partus.

Epidurale analgesie als eerste keus

In de SOP wordt gesteld dat epidurale analgesie het middel van eerste keus is bij pijnstillingswens

durante partu. Echter, hier kunnen enkele kanttekeningen bij geplaatst worden.

Hoewel meerdere studies tot de conclusie zijn gekomen dat epidurale analgesie een significant betere pijnstilling geeft dan remifentanil^{1,2,3} rijst de vraag of dit aansluit bij de behoefte in de dagelijkse praktijk. Het is onze ervaring dat veel vrouwen juist *niet* streven naar maximale onderdrukking van de pijn. Met name bij multipara is, vooral aan het eind van de ontsluitingsfase, vaak alleen behoefte aan *reductie* van pijn en niet aan *volledige onderdrukking* van de pijn. Een van de aspecten van epidurale analgesie tijdens de partus is dat de barendende zich een toeschouwer voelt en dat de beleving naar de achtergrond verdwijnt. Dit wordt als negatief ervaren.⁴

Ons inziens is in deze discussie daarom het percentage patiënten dat extreme pijn ervaart een veel betere maat om het effect te meten. Naar analogie van de meting van pijnscores (*NRS: Numeric Rating Scale*) bij postoperatieve patiënten, bepalen wij ook de NRS bij de barendende vrouw. Wij hebben gekeken in onze database naar het percentage vrouwen dat ernstige pijn ($NRS \geq 8$) pijn ervaart voor en na de start van remifentanil. Na het starten van remifentanil nam het aantal vrouwen met ernstige pijn af van 92% (782/849) naar 22% (157/723)⁵. Deze reductie verklaart ook de hoge tevredenheid bij de gebruikers van remifentanil.

Daarnaast blijft het inbrengen van epidurale analgesie een invasieve medische handeling, die niet zonder risico is. Een Cochranereview uit 2011 komt tot de conclusie dat epidurale analgesie geassocieerd is met een verhoogde kans op maternale hypotensie, koorts en motorische blokkades.⁶ Verder zijn er nog de, vaak ernstige, complicaties zoals accidentele intrathecale of intraveneuze injectie van epiduraal bedoelde medicatie, een te uitgebreid epiduraal blok, en epiduraal hematoom. De risico's, mogelijke complicaties en indicaties van het toepassen van epi-

durale analgesie in het algemeen worden op dit moment ook uitvoerig besproken in de anesthesiologische literatuur⁷.

Ondanks het feit dat epidurale analgesie niet zomaar 'een prikje in de rug' is, kunnen wij ons niet aan de indruk onttrekken dat dit in het verleden als oneigenlijk argument is gebruikt voor remifentanil. Namelijk: het niet kunnen bieden van epidurale analgesie in de avond/nacht en weekend uren en daarom de inzet van remifentanil. Remifentanil moet echter worden aangeboden als *alternatief* voor epiduraal (in kader van keuze vrijheid voor de vrouw) en zeker niet beschouwd worden als *vervanger* van de epidurale analgesie alleen omwille van logistieke redenen. In de richtlijn *Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling* uit 2008 wordt opgeroepen om op lokaal niveau afspraken te maken over de (24 uren) service voor het verlenen van epidurale analgesie tijdens de partus⁸. In ons ziekenhuis is de afspraak dat de tijd tussen de aanvraag en het daadwerkelijk inbrengen van de injectie, te allen tijde niet meer dan een uur bedraagt.

Monitoring

Bij het gebruik van remifentanil op onze verloskamers werd sinds 2011 gewerkt met *continue* zuurstoftoediening. Hierbij bleek bij 5,7% van onze patiënten een saturatiedaling van <94% op te treden (15/262). Bij onze oude werkwijze tussen 2009 en 2011, *zonder* continue zuurstoftoediening, bedroeg dit 34% (306/896). In nagenoeg alle gevallen kon steeds goed en adequaat worden gereageerd door de verantwoordelijk verpleegkundige, zonder tussenkomst van een arts. In onze database zagen wij geen effect van deze kortdurende saturatiedalingen op bijvoorbeeld het CTG of de pH uit de a.umbilicalis. In de nieuwe SOP is toediening van zuurstof alleen aangewezen bij een bewezen saturatiedaling, maar deze moet ook weer gestopt worden wanneer die boven de 95% komt. Onze data overziend, verbaast ons dit. Voor deze aanpak is het argument te bedenken dat zuurstoftoediening een maskerend effect zou kunnen hebben waardoor een ademhalingsdepressie verdoezeld wordt. De vraag is of dit argument opgaat. Het is namelijk wel de dagelijkse praktijk om op een verkoeverkamer iedereen die narcose heeft gehad extra zuurstof te geven om resteffecten van anesthetica op te vangen. Waarom dan niet bij een vrouw de remifentanil krijgt? Daarnaast blijft de vraag waarom een vrouw, die goed op kortdurende O₂-toediening reageert, na twee voorvallen minder remifentanil moet krijgen en eventueel helemaal moet stoppen, zoals de SOP voorschrijft.

Opvallend in deze discussie is ook de bevinding dat, wanneer *geen* analgesie wordt toegediend, saturatiedalingen tot 94% met enige regelmaat optreden bij vrouwen in partu, zonder consequenties^{9,10}.

Organisatie

De SOP schrijft nu voor dat er gedurende de eerste 30 minuten na start van de remifentanil een arts of klinisch verloskundige op de kamer van de patiënt moet zijn en daarna gedurende 1 uur een verloskundige of verpleegkundige. Deze eis trekt een grote wissel op de personele bezetting op de verloskamers, en afgelopen maanden is dan ook gebleken dat door deze eis, niet aan de wens van de patiënte voor remifentanil tegemoetgekomen kon worden. Van de verpleegkundige mag verwacht worden dat deze signalen van insufficiënte ademhaling, bradycardie en saturatiedaling kan oppikken. Van een betrokken arts en klinisch verloskundige wordt verwacht dat ze succesvolle ventilatie met een masker en ballon en zuurstof kunnen toepassen. Dat zijn vaardigheden die nodig zijn als gewerkt wordt met een dergelijk potent medicament. De vraag is wat de toegevoegde waarde is dat deze medewerkers op de kamer zelf aanwezig zijn, in plaats van direct beschikbaar vanuit een observatiepost op de afdeling.

Off-label gebruik van remifentanil

Een ander punt dat aan de orde komt in de SOP is het *off-label* gebruik van remifentanil. Remifentanil is niet geregistreerd voor pijnstilling tijdens de partus en wij zijn van mening dat het onwaarschijnlijk is dat deze registratie er ooit komt. Inmiddels wordt remifentanil wel sinds ongeveer tien jaar in Nederland voor deze indicatie gebruikt. Anders dan de direct specifieke opioïdgerelateerde bijwerkingen zijn er geen publicaties waarin negatieve langetermijneffecten beschreven worden.

Binnen de geneeskunde wordt regelmatig medicatie *off-label* gebruikt. Dit geldt ook voor de anesthesiologie en de obstetrie.^{11,12} Veelal is het *off-label* gebruik van deze middelen 'geaccepteerd' met het argument dat de voordelen opwegen tegen de risico's. Wij zijn van mening dat dit laatste ook geldt voor remifentanil.

Tenslotte

Onze ervaring in de afgelopen jaren is dat remifentanil een specifieke plaats inneemt in het palet van pijnbestrijding tijdens de partus. Als een barende reeds in een vroeg stadium van ontsluiting (1 tot 4 cm) veel pijn ervaart, is epidurale analgesie de aangewezen vorm van pijnbestrijding (ook in de nachtelijke uren). Remifentanil is dan niet geschikt, mede gezien het gewenningseffect (tachyfylixie) bij verwacht langdurig gebruik. Wanneer de ontsluiting gevorderd is (meer dan 6 cm), en een zwangere door de laatste fase van ontsluiting geholpen moet worden, kan naar onze ervaring remifentanil nog steeds een goede en veilige keuze zijn. De toediening dient wel te geschieden onder duidelijke voorwaarden, met daarbij continue registratie van foetale en maternale parameters, adequate scholing van betrok-

ken zorgverleners en goede jaarlijkse evaluatie hiervan om alert te blijven waar nodig.

Naar onze mening stelt de SOP nu (te) strikte voorwaarden die niet aansluiten bij de ervaring die inmiddels is opgedaan met het gebruik van remifentanil tijdens de partus.

Literatuur

1. Liu Z.Q., Chen X.B., Li H.B. et al. *Comparison of remifentanil parturient-controlled intravenous analgesia with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Anesth Analg*. 2014 Mar;118(3):598-603.
2. Douma M.R., Middeldorp J.M., Verwey R.A. et al. *A randomised comparison of intravenous remifentanil patient-controlled analgesia with epidural ropivacaine/sufentanil during labour*. *Int J Obstet Anesth*. 2011 Apr;20(2):118-23.
3. Freeman L.M., Bloemenkamp K.W., Franssen M.T. et al. *Patient controlled analgesia with remifentanil versus epidural analgesia in labour: randomised multicentre equivalence trial*. *BMJ*. 2015 Feb 23;350:h846.
4. Kannan S., Jamison R.N. en Datta S. *Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth*. *Reg Anesth Pain Med*. 2001 Sep-Oct;26(5):468-72.
5. Hakse J.A., Lourens H.J., Weinans M.J. et al. *Evaluatie van het gebruik van remifentanil tijdens de partus*. *Anesthesiologendagen* 2012.
6. Anim-Somuah M., Smyth R.M. en Jones L. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12.
7. Kooij F.O., Schlack W.S., Preckel B. et al. *Does Regional Analgesia for Major Surgery Improve Outcome?* *Anesth Analg* 2014; 119: 740 - 744
8. *Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling*. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. CBO richtlijn 2008.
9. Griffin R.P. & Reynolds F. *Maternal hypoxaemia during labour and delivery: the influence of analgesia and effect on neonatal outcome*. *Anaesthesia*. 1995 Feb;50(2):151-6.
10. Minnich M.E., Brown M., Clark R.B., Miller F.C. et al. *Oxygen desaturation in women in labor*. *J Reprod Med*. 1990 Jul;35(7):693-6.
11. Ditsch N., Kümper C., Summerer-Moustaki M. et al. *Off-Label use in Germany - a current appraisal of gynaecologic university departments*. *Eur J Med Res* 2011; 16: 7-12
12. Smith M.C., Williamson J., Yaster M. et al. *MD Off-Label Use of Medications in Children Undergoing Sedation and Anesthesia*. *Anesth Analg* 2012; 115: 1148-1154

Samenvatting

De nieuwe Standard Operating Procedure (SOP) voor het gebruik van remifentanil als pijnstilling tijdens de baring, beperkt sterk de keuzevrijheid voor de barendende vrouw en leidt tot hoge werkdruk op de verloskamers. De strikte voorwaarden stroken niet met onze ervaringen van afgelopen jaren. Wij merken dat vrouwen die kiezen voor remifentanil of voor epidurale analgesie tijdens de baring van elkaar verschillen. Vrouwen die kiezen voor remifentanil hebben vaak alleen behoefte aan reductie van pijn en niet aan complete pijnonderdrukking. Het percentage vrouwen dat ernstige pijn ervaart (Numeric Rating Scale ≥ 8) voor en na de start van remifentanil daalde van 92% naar 22%. De risico's van remifentanil moeten worden afgezet tegen die van het gebruik van epidurale analgesie.

Remifentanil kan naar onze mening nog steeds een goede en veilige keuze zijn. De toediening dient wel te geschieden onder duidelijke voorwaarden.

Trefwoorden

remifentanil, epidurale analgesie, partus, pijnstilling

Summary

The new Standard Operating Procedure (SOP) composed by the Dutch Health Care Inspectorate for the use of remifentanil to control labor pain, considerably restricts the freedom of choice for women in labor and leads to high work load in the delivery rooms. The strict conditions are not consistent with our experiences of the last years. We noticed that

women who choose for remifentanil differ from women who choose for epidural analgesia. In the women who opt for remifentanil, there is often only a need for pain relief and not abolition of pain. Measurement of pain by Numeric Rating Scale show that the percentage of women experiencing severe pain (NRS ≥ 8) before and after the start of remifentanil decreased from 92% to 22%.

The risks of remifentanil should be compared with the risks of using epidural analgesia.

In our opinion, remifentanil is still a good and safe method to control labor pain.

Keywords

remifentanil, epidural analgesia, delivery, labor pain

Auteurs

drs. H.J. Lourens, *anesthesioloog*
dr. I. Krabbendam, *AIOS gynaecologie/obstetrie*
drs. N.E. Jansen, *gynaecoloog*
dr. D.G. Snijdelaar, *anesthesioloog*
allen Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Contactgegevens

dr. I. Krabbendam AIOS gynaecologie/obstetrie
Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
e gynaakrabbendami@zgv.nl

Belangenverstrengeling

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

Bart Fauser benoemd tot Fellow Royal College

In september werd professor Bart Fauser in London benoemd tot *Fellow of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, voor zijn belangrijke bijdrage aan de gynaecologie, in het bijzonder de reproductieve geneeskunde. Het College roemt professor Fauser voor zijn jarenlange inzet voor klinisch-translatieel onderzoek en opleiding: *"He inspired the next generation of researchers in reproductive medicine"*.

Fauser, aldus het Royal College "is grotendeels verantwoordelijk voor een aantal belangrijke ontwikkelingen in het gebied, waaronder:

- internationale consensus over de definitie van PCOS
- stimuleren van een wereldwijde trend naar mildere, minder belastende en veiliger IVF
- het bereiken van erkenning, aandacht en zorg voor onvervulde behoeften van vrouwen, door nationale en internationale beleidsmakers."

Professor Fauser's werk, zo vervolgt het college, wordt gekenmerkt door het constant bevragen van opgedane klinische kennis en de toename van het begrip van de fysiologie teneinde patiëntenzorg te verbeteren.

Met dit compliment voegt Bart Fauser zich bij een select en illustre gezelschap Nederlandse gynaecologen die de titel FRCOG mogen dragen, waaronder de hoogleraren Gerard Visser (2007), Johannes Evers (2002), Otto Bleker (1998), Jelte de Haan (1995), Henk Wallenburg (1992) en Ary Haspels (1984).

Dr. B.B. van Rijn, UMC Utrecht



Dr. Petra Biewenga (1971-2015)



Op 21 september j.l. is Petra Biewenga gynaecologisch oncoloog, op 44-jarige leeftijd overleden. Zij was sinds 2009 verbonden aan het Antoni van Leeuwenhoek nadat ze eerst als fellow in ons ziekenhuis het subspecialisme gynaecologische oncologie had voltooid. Vanaf het allereerste begin dat Petra bij ons kwam werken, nam zij een belangrijke plaats in binnen onze groep en was zij een duidelijke versterking van het team. Ze was kundig, had een grote chirurgische vaardigheid, was collegiaal en zeer proactief. Als vakgroep maakten wij zeer dankbaar gebruik van haar grote organisatietalent waardoor de continuïteit binnen de patiëntenzorg de grootste prioriteit had, maar waarbij er binnen de vakgroep ook ruimte werd gecreëerd om ons te richten op onderzoek en onderwijs.

Begin september 2014 werd Petra ziek en werd er een kwaadaardigheid van de galwegen vastgesteld. Een diagnose waarbij zij wist dat de vooruitzichten somber waren.

Met deze wetenschap is zij gestart met de behandeling waarbij zij steeds heel reëel is geweest over wat dit haar zou kunnen brengen. De behandeling heeft zij in het Antoni van Leeuwenhoek ondergaan en de zorg die zij heeft gekregen op de afdeling en van iedereen die hiermee te maken had, heeft zij als zeer prettig ervaren. Het was voor haar, ondanks alle ellende, heel fijn dat de behandeling in een voor haar vertrouwde omgeving kon plaatsvinden.

Wij hebben erg veel respect voor de manier waarop ze met haar ziekte is omgegaan. De eerste serie behandelingen sloeg aan zodat zij de tijd heeft gekregen om het wetenschappelijk onderzoek, waar zij veel jaren aan besteed had, af te kunnen ronden met een promotie op 23 mei 2015.

Daarnaast heeft ze nog veel energie kunnen steken in het afronden van de verhuizing naar het nieuwe huis dat het afgelopen jaar gebouwd is en heeft ze nog waardevolle tijd met haar gezin en familie kunnen doorbrengen.

Met het overlijden van Petra verliezen we een zeer gewaardeerde collega. Het zal moeilijk zal zijn om deze leegte op te vullen. Wij wensen haar familie heel veel sterkte bij het verwerken van dit verlies.

Willemien van Driel, namens de collega's van het Centrum voor Gynaecologische Oncologie Amsterdam

Reactie op artikel over *buttonhole*-laesie

Rectumlaesie zonder sfincterletsel na een spontane baring

drs. H.G. ter Brugge oncoloog Isala klinieken, Zwolle
dr. H.H. de Haan gynaecoloog Isala klinieken, Zwolle

Wij willen graag reageren op het artikel over *buttonhole-laesie* in het NTOG 2015-08 pp. 400-402. Wij hebben in onze kliniek met bijna vierduizend bevallingen ook de nodige ervaring met deze laesies. Zo kan het gebeuren dat bij een (stuit)bevalling een foetale extremitet door de anus steekt. Ook zonder duidelijke reden kan deze ruptuur ontstaan. Wij onderschrijven het belang van het rectaal *toucher* post partum, waarbij voldoende craniaal gevoeld dient te worden. Na lezen van uw *case report* was onze eerste reactie: 'consulteer geen chirurg'. Chirurgen hebben weinig ervaring met kraamvrouwen, een groep waarbij meestal sprake is van bijzonder goede genezing. Bij de *buttonhole*-laesies is het soms nodig de sfincter chirurgisch te klieven omdat de laesie doorloopt tot onder de sfincter. Belangrijk is de top en basis goed te sluiten. Wij doen dat in minimaal twee lagen met doorlopend pds 3-0/4-0. Problemen zagen we er niet van tot volgend jaar waarbij onder andere een *buttonhole*-laesie werd vastgesteld bij een patiënte met werkelijk extreem oedeem. De partus was gecompliceerd: twee keer een vacuümextractie (gemelli), een manuele placentaverwijdering en fluxus van drie liter. Vijf à zes dagen later postpartum kreeg patiënte koorts en verloor daarna *faeces per vaginam*. Nadat we in eerste instantie ook overlegden met de dienstdoende chirurg, die weer ging overleggen met een collega in een academisch centrum, werd een stoma voorgesteld. Hierbij werd al aangegeven dat er niet veel ervaring was bij dit soort laesies postpartum. Derhalve werd besloten het advies niet te volgen en patiënte weer opnieuw te hechten, het defect in zoveel mogelijk lagen spanningsloos sluiten onder antibioticum profylaxe, waarbij het extreme oedeem inmiddels verdwenen was en de gedachte was dat een stoma altijd nog kon worden aangelegd. De bloedkweek toonde een *E. coli*, gevoelig voor de toegediende antibiotica. Ze kreeg residu-arme voeding, een laxans en herstelde voorspoedig. Postoperatief was er uiteindelijk een

ongecompliceerd beloop en twee maanden postpartum een uitstekende sfincterspanning en volledige continentie, zelfs voor flatus.

Wij zijn ons er van bewust dat er hier sprake is van casuïstiek, maar willen slechts aangeven dat wat ons betreft er niet te snel een AP moet worden aangelegd.

Correspondentie
e h.g.ter.brugge@isala.nl

Naschrift auteurs

Wij willen collega's ter Brugge en de Haan van harte danken voor hun reactie op ons artikel over de *buttonhole*-laesie. Hierin bediscussiëren zij het feit dat er een chirurg werd geconsulteerd, terwijl de chirurg nauwelijks te maken krijgt met dit type laesies post partum. Wij zijn ons ervan bewust dat aanleg van een ontlastend stoma in deze casus niet direct geïndiceerd was. Met de kennis van nu hadden wij er voor gekozen de laesie primair in lagen te sluiten, bijvoorbeeld op de manier volgens Sultan. Hiermee was patiënte de aanleg van een stoma bespaard gebleven. Dit benadrukt wederom het belang van case reports in vakliteratuur.

drs. A.S. Bergman ANIOS gynaecologie, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
drs. A.M. van der Leeuw- van Beek gynaecoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
dr. A.L.M. Oei gynaecoloog, Ziekenhuis Bernhoven, Uden

De opleiding toen

dr. H.P.C.M. Hoyncx van Papendrecht *gynaecoloog en oud-opleider, opleider van de tweede auteur*

dr. R.M.F. van der Weiden *gynaecoloog en opleider*

Beiden Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Bij het afscheid in 1991 van de eerste auteur werd een kopie van een uit 1941 daterend document teruggevonden: de Instructie Assistent Geneesheer in het Sint Franciscus Gasthuis (zie kader). Dit document vormt de aanleiding voor een korte beschouwing over 'de opleiding toen'.

De aanvang van de opleiding tot gynaecoloog

Tussen 1860-1890 bracht de ontwikkeling van de geneeskunde enkelen, voornamelijk in de grote steden, tot specialisatie: de domeinspecialisten genees-, heel- en verloskunde. Wie specialist was bepaalde men zelf. Door de nog niet geformaliseerde structuur kon een specialist een individuele invulling geven aan de criteria waarop hij deze 'titel' baseerde. Zo wijdde Hector Treub de kerstvakantie van 1886 aan scholing in de verloskunde ter voorbereiding op het hoogleraarschap in Leiden. Hij werd daarbij begeleid door een familievriend, de huisarts in Voorschoten. Het arts-assistentschap van Treub betrof de heelkunde. In een latere fase stelde Treub dat de opleiding tot vrouwenarts diende te bestaan uit 'enkele tijd chirurgie', een jaar verloskunde en een jaar gynaecologie.

Er waren, sinds de oprichting van de plaatselijke specialistenverenigingen (vanaf 1905) ongeschreven regels. Daarin stond een klinisch en poliklinisch assistentschap centraal. Over de duur ervan was men het niet eens. Vermoedelijk kon het optreden als specialist in die tijd ook 'onbevoegd' zijn. Beroeps- genoten maakten zich indertijd niet bezorgd over dit niet-gereguleerde optreden van specialisten. Zij beoordeelden de 'opleiding' van hun collega's vanuit een nog vrij overzichtelijk circuit, bij voorbeeld via opleider, geneeskundige kring en vroegere studiegenoten.¹ Tot 1900 bedroeg de opleidingsduur voor een specialist één jaar. Uit 1908 dateren de eerste voorstellen om voor de gynaecologie-opleiding tot een regeling te komen.

In 1931 werd door de NMG (Nederlands Maatschappij voor Geneeskunst), voorloper van de KNMG, de SRC (Specialisten Registratie Commissie), opgericht, thans

RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten). Dit mede op instigatie van de NMG-voorzitter, de Groningse gynaecoloog en hoogleraar Gerard Nijhoff (1857-1932) die voorstelde om alleen diegenen in te schrijven die werkzaam waren geweest in een universiteitskliniek of op een ziekenhuisafdeling waar een behoorlijke gelegenheid tot opleiding bestond. De (algemene) opleidingsduur werd vastgesteld op drie jaar.

Deze zaken hadden geen hoge prioriteit voor de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, maar werden vooral in NMG-verband behandeld. In 1934 werd het advies van de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging over de opleiding aan de SRC vastgesteld. Dit advies bevatte acht artikelen, betrekking hebbend op het aantal bedden, bevallingen, kunstverlossingen en operatieve ingrepen. Ook werden genoemd de polikliniek, het consultatiebureau, de wetenschappelijke ontwikkeling, een chirurgische voor- of na-opleiding van een jaar en tot slot een verklaring van de opleider dat de opleiding voldoende zou zijn geweest.²

In de beginjaren waren er ook 'halfspecialisten' (huisarts en specialist) werkzaam en tot 1955 dubbel-specialisten, de zogeheten chirurg-gynaecologen: chirurgen met drie tot zes maanden extra opleiding gynaecologie en obstetrie.

De eis van drie jaren opleiding werd na 1945 door de SRC als onvoldoende kwaliteitswaarborg beschouwd. De recentere historische ontwikkelingen zijn terug te vinden in de dissertatie van Egmond over de opleiding tot vrouwenarts.³

De opleiding in het Sint Franciscus Gasthuis

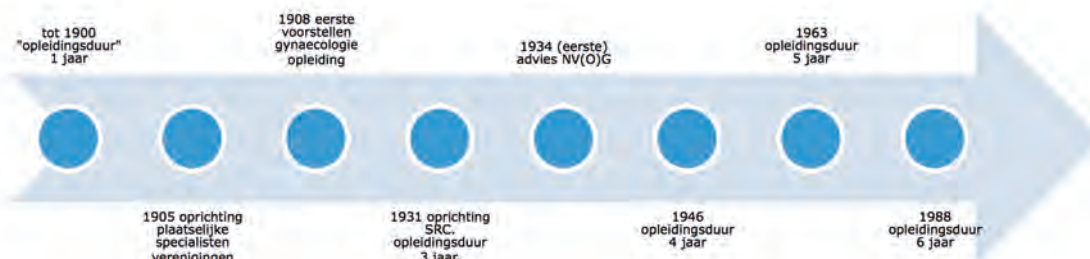
Het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) in Rotterdam werd opgericht in 1892 en de aanstelling van de eerste (algemeen) arts-assistent dateert van 1907. Opleidingsbevoegdheid voor het specialisme verloskunde en gynaecologie binnen het SFG werd in 1931 verleend aan dr. M.A. van Bouwdijk Bastiaanse (1886-1964). Vrijwel zeker werd er tussen 1921 en 1931 ook opgeleid op minder formele basis en vol-



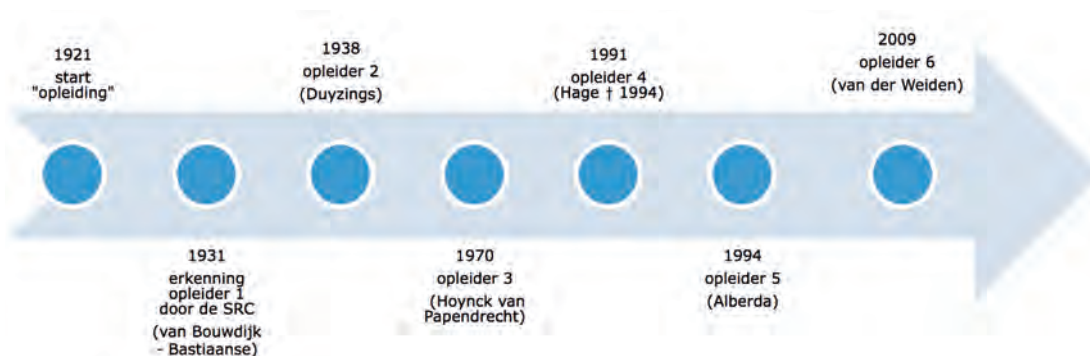
gens de eerder genoemde gebruiken. Van Bouwdijk Bastiaanse was na zijn opleiding een jaar assistent bij Friedrich Schauta in Wenen en vestigde zich kort nadien, in 1918 in Rotterdam. In 1921 trad hij toe tot de medische staf van het SFG, waar hij de afdeling verloskunde en gynaecologie tot bloei bracht. Na zijn benoeming in 1938 tot hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam werd van Bouwdijk Bastiaanse opgevolgd door dr. A.J.M. Duyzings (1905-1999). Uit de beginjaren van het opleiderschap van Duyzings dateert de instructie (zie kader), opgesteld en ondertekend door de geneesheer-directeur. De instructie voor alle arts-assistenten werd in grote lijnen gehandhaafd tot aan de verhuizing van het SFG van de Schiekade naar de Kleiweg in 1975. Het

document geeft de hiërarchische verhoudingen goed weer en zal geen unicum zijn geweest.

De volledige opleidingsduur voor het specialisme verloskunde en gynaecologie was in 1941 nog steeds drie jaar. Tot 1984, het jaar waarin de Rotterdamse Gynaecologen Opleidingscluster (RGOC) werd opgericht, had het SFG net als de universitaire klinieken een A-opleiding met een volledige opleidingsbevoegdheid voor het gehele specialisme. Er werd zeer intensief en persoonlijk opgeleid volgens het meester-gezelprincipe met een hoge mate van continuïteit en uiteraard zonder enige regulering van arbeidstijden. Aanvankelijk was er één arts-assistent verloskunde en gynaecologie. De arts-assistenten



Figuur 1. Ontwikkeling opleiding verloskunde & gynaecologie in hoofdlijnen



Figuur 2. Opleiders Sint Franciscus Gasthuis vanaf 1921

Instructie Assistent-Geneesheer In het St. Franciscus-Gasthuis (1941)

Art. 1

De ASSISTENT-GENEESHEER (A.G.) is werkzaam onder de verantwoordelijke leiding van het HOOFD ZIJNER AFDEELING (H.A.), wiens voorschriften hij nauwgezet heeft uit te voeren.

Art. 2

De A.G. maakt op zijn geheele afdeling een ochtendbezoek niet later dan negen uur en een avondbezoek niet later dan half acht, afgezien van meerdere bezoeken, indien de toestand van een patient dit vereischt. Hij geeft daarbij de noodige instructie's aan het verplegend personeel, overtuigt zich dat deze volledig worden uitgevoerd en teekent telkenmale het receptenboek af. Bij ernstige patiënten zorgt hij voor tijdige toediening der laatste H.H. Sacramenten en voor waarschuwing hunner familie. Bij verdenking of vaststelling eener besmettelijke ziekte op zijn afdeling geeft hij daarvan onmiddellijk kennis aan H.A.

Art. 3

De A.G. is verplicht de volledige ziektegeschiedenis van al zijn patiënten regelmatig bij te houden. De ziektegeschiedenissen mogen aan niemand ter inzage worden verstrekt zonder toestemming van H.A.; zij moeten ten allen tijde in het Gasthuis aanwezig blijven. Op de temperatuurlijsten mogen geen aantekeningen worden gemaakt bij wijze van ziektegeschiedenis. Bij vertrek of overplaatsing van den patiënt moet de ziektegeschiedenis minstens 24 uur te voren bij H.A. worden ingeleverd, bij overlijden van den patiënt idem binnen 24 uur daarna. In geval van obductie woont de A.G. deze bij en levert binnen 24 uur daarna een obductie verslag in bij H.A.

Art. 4

Alle aanvragen tot verrichtingen buiten het eigen laboratorium worden tot H.A. gericht. Eveneens alle aanvragen tot overplaatsing van een patient naar een andere afdeling of ziekeninrichting.

Art. 5

Aan het verzoek tot hulpverlening door of namens het zaalhoofd geeft de A.G. onmiddellijk gevolg, ook wanneer dit door het nachthoofd geschied. Indien nalatigheid in deze schade veroorzaakt voor een patient - een en ander ter beoordeeling van den Geneesheer-Directeur - kan onmiddellijke schorsing, c.q. ontslag het gevolg zijn.

Art. 6

De A.G. geeft geen enkele verklaring af aan of over patiënten behalve de officieele verklaring van overlijden. Mondelinge inlichtingen over patiënten worden door hem met inachtneming van het beroepsgeheim slechts aan de naaste betrekkingen gegeven (waaronder verstaan echtgenooten, ouders en kinderen); wanneer deze ontbreken dan aan broers of zusters. In geen geval worden inlichtingen gegeven aan verloofden; deze worden naar den patiënt of diens familie verwezen.

Art. 7

De A.G. is verplicht strikte zuinigheid te betrachten bij het voorschrijven van geneesmiddelen en het gebruik van verbandmiddelen en instrumenten.

Art. 8

De A.G. bevordert de orde en rust in het Gasthuis; voor al zijn doen en laten kan hij door den Geneesheer-Directeur ter verantwoording worden geroepen.

Art. 9

De A.G. heeft recht op één maand vacantie per jaar, te regelen met H.A., waarop toestemming van den Geneesheer-Directeur verkregen moet worden. Als regel wordt hem om de veertien dagen een week-end toegestaan vanaf Zaterdag 14 uur, - tot Zondagavond; hierover wordt telkenmalen overleg gepleegd met H.A.

Bij afwezigheid of ontstentenis vervangen de A.G. van de interne afdeling elkaar, evenzo die van de chirurgische afdeling. De A.G. van de kinder-afdeling wordt vervangen door den oudsten A.G. van de interne afdeling; de A.G. van de verloskundige-gynaecologische afdeling door een der A.G. van de chirurgische afdeling. Verblijf buiten de stad op andere dan genoemde dagen moet worden goedgekeurd door H.A.

Art. 10

De oudste A.G. in dienstjaren regelt maandelijks de wachtdienst, welke regeling minstens drie dagen vóór het einde der maand aan den Geneesheer-Directeur, aan alle A.G., en aan de portierster bekend gemaakt moet zijn. Bij ontstentenis wordt de wachtdienst door den in diensttijd volgende A.G. vastgesteld. De wachtdienst kan door één A.G. worden waargenomen met dien verstande, dat steeds minstens twee A.G. in het Gasthuis aanwezig moeten zijn, waarvan één van de chirurgische afdeling.

Art. 11

Voor de opname van een patiënt wordt de wachtassistent-geneesheer (W.A.G.) gewaarschuwd. Als regel worden de patiënten opgenomen op de

afdeeling door den behandelend geneesheer aangewezen met dien verstande, dat patiënten lijdende aan pyelitis gravidarum en hyperemesis gravidarum naar de gynaecologische afdeeling en patiënten lijdende aan ulcus ventriculi, cholelithiasis en nephrolithiasis naar de interne afdeeling worden gezonden; heeft echter het interne onderzoek reeds plaats gehad of worden zij ter operatie gezonden dan geschiedt de opname op de chirurgische afdeeling.

Bij twijfel aan een besmettelijke ziekte wordt de patiënt geïsoleerd.

Krankzinnigen mogen niet worden opgenomen.

Wanneer een lijk wordt binnengebracht mag geen verder vervoer plaats vinden alvorens de W.A.G., c.q. de Geneesheer-Directeur den dood geconstateerd heeft.

Art. 12

De eerste hulp bij ongelukken wordt zoo spoedig mogelijk verleend door den W.A.G., die daarvan in een register aantekening houdt. Indien de W.A.G. op medische gronden geen vervoer goorloofd

acht, wordt de getroffene terstond opgenomen en daarvan het H.A. zoo spoedig mogelijk in kennis gesteld. Deze laatste stelt zich in de daartoe vereischte gevallen in verbinding met den Gem. Gen. Dienst of dergelijke instantie's.

Art. 13

Bij ontstentenis door ziekte of anderszins geeft de A.G. hiervan terstond kennis aan zijn H.A.

Art. 14

Deze instructie kan ten allen tijde door het Bestuur van het Gasthuis gewijzigd worden.

Art. 15

De A.G. is verplicht door het plaatsen van zijn handteekening onder deze instructie en onder latere wijzigingen te bevestigen, dat hij van den inhoud kennis heeft genomen en zich daarnaar zal gedragen.

Aldus vastgesteld in het College van Regenten in zijn vergadering van 19 juni 1941.

chirurgie en gynaecologie werden ook ingezet voor het geven van narcose, samen met de religieuze zuster. Het aantal arts-assistenten werd tot aan de clustervorming in 1984 geleidelijk uitgebreid naar drie.

Dit was een periode waarin de spaarzame kritische opmerkingen van arts-assistenten werden gepareerd met de spreuk *Quod licet lovi non licet bovi* en waarin een arts-assistent die de aankondiging van zijn verloving aan de opleider had gestuurd te horen kreeg dat zijn ontslagvraag in goede orde was ontvangen (de daad werd niet bij het woord gevoegd). Ongehuwde arts-assistenten werden gehuisvest in één kamer, gehuwden (later) in meerdere kamers, in panden gelegen naast het Gasthuis aan de Schiekade. Arts-assistenten konden ook gebruik maken van de centraal in het Gasthuis gelegen dokterskamer. Dagelijks zorgde een zuster van de Orde der Augustinessen voor een keurig gedekte tafel met een ruim voorziene maaltijd, die op zon- en feestdagen werd verrijkt met een fles rode wijn.

Duyzings, de 'Verlosser van Rotterdam', werd in 1970 opgevolgd door Hoyneck van Papendrecht wiens memorabele opleiding onlangs in dit tijdschrift is beschreven⁴: "Na enkele gesprekken bij Duyzings thuis werd ik als *chef de clinique* in het Sint Franciscus Gasthuis aangesteld. Op Allerzielen 1963 verscheen ik om tien over acht in het Gasthuis en bleek dat

dokter Duyzings de hele dag afwezig was wegens een afspraak met zijn jachtvrienden. De oudste assistent leidde mij op summere wijze rond".

Niet alleen voor de arts-assistenten is er veel veranderd. Het geldt zeker ook voor de opleiders, in het Sint Franciscus Gasthuis sinds 1921 slechts zes in getal (zie figuur 2). Men bleef opleider tot het pensioen, overlijden of tot de aanvaarding van een nog eervollere functie. Elders zal het niet anders zijn geweest. Gezien de eisen die op dit moment aan opleiders worden gesteld, zal ook hierin zeker verandering optreden.

Literatuur

- 1) Juch, A. *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie 1890-1941*. Erasmus Publishing, Rotterdam, 1997.
- 2) Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 1933; 36: 322 en 1934; 37: 42, 43, 114, 115.
- 3) Egmond, W.G. *Opleiding tot vrouwenarts*. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht, 1979.
- 4) Kerkhof, M.H.H.M. *Meester-gezel-lig* NTOG 2015; 128: 416-417.

Dankwoord

De auteurs zijn dr. A.T.M. Verhoeven zeer erkentelijk voor het verstrekken van aanvullende historische informatie over de opleiding tot gynaecoloog.

Ervaringen van deelnemers

De ENTOG-exchange in Nederland

De ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) is in 1997 opgericht door en voor AIOS gynaecologie en obstetrie uit 29 Europese landen. De ENTOG faciliteert uitwisseling van AIOS en streeft naar verbetering van kennis, een vergelijkbaar niveau van de opleiding en het uitbreiden van het netwerk van en voor AIOS binnen Europa. De ENTOG werkt samen met de EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) aan o.a. kwaliteitsvisitaties door heel Europa.

De meest bekende ENTOG-activiteit is de jaarlijkse exchange. Deze exchange is een uitwisseling van Europese AIOS naar één van de Europese ENTOG-landen. Gedurende circa drie dagen komen AIOS uit heel Europa naar het desbetreffende gastland om mee te lopen met lokale AIOS uit het gastland om zo een kijkje in elkaars keuken te nemen. Elk jaar weer biedt deze exchange een podium voor de uitwisseling van kennis en ervaringen met de zorg en opleiding gynaecologie binnen Europa.

Afgelopen jaar had Nederland de eer om gastland te zijn. Maar liefst 48 Europese AIOS uit 21 verschillende landen werden gekoppeld aan Nederlandse AIOS uit alle acht opleidingsclusters, liepen mee in de eerste lijn en kregen skills en drills training. Het geheel eindigde in een succesvol ENTOG-symposium in Utrecht.

Eén van de lokale hosts was Naomi Vink voor cluster Rotterdam, waar zij onder andere de Franse Antoine Koch en Estse Marit Vaiksalu ontving. Zij delen hun ervaringen.

Naomi Vink (host): "Ervaringen van jewelste!"

De eerste keer dat ik van de ENTOG hoorde, was in 2010. Ik woonde op dat moment in Portugal, kwam net terug uit de tropen, en was me aan het oriënteren op de opleiding gynaecologie (in Nederland dan wel in Portugal). Via de ENTOG kwam ik aan het emailadres van de voorzitter van de Portugese VAGO, waarna het besluit snel was genomen (namelijk om het niet eens in Portugal te proberen). Dus toen in 2013 het verzoek van de VAGO kwam om mee te helpen bij de organisatie van de uitwisseling tussen AIOS-gynaecologie uit verschillende Europese landen, was ik meteen enthousiast.

Ik zal aan de hand van het programma, dat collega Babette Prick en ik in Rotterdam georganiseerd hebben, commentaar geven over de verschillen tussen diverse landen. Wij kregen uiteindelijk zes gasten, uit Frankrijk, Estonia, Slowakije, Slovenië, Turkije en Roemenië. Twee van de gasten hebben we geplaatst in het Erasmus MC, twee in het Ikazia Ziekenhuis, één in het Albert Schweitzer Ziekenhuis en één in het Maasstad Ziekenhuis. Aan elke gast werd een *buddy* gekoppeld (een 'lokale' AIOS).

Alle gasten kwamen aan op zondag 7 juni, de één nog vroeger dan de ander. Met de *buddy's* hebben we de gasten opgehaald op CS, waarna we in mijn grote gedeelde tuin een Portugese maaltijd genoten. De sfeer moest er nog een beetje inkomen...

Op maandagmorgen hadden we een gezamenlijk introductieprogramma. Na de normale overdracht, deden we eerst een kennismakingsspel. Kaartjes van het spel Life Game werden rondgedeeld onder de groep Rotterdamse en gast-AIOS, met vragen uit de categorie 'leven' en 'ontspanning'. Conclusie: onze gasten hebben veel langere werkweken, parttime werken is nergens mogelijk, er worden in verschillende landen diensten gedraaid van dertig uur achter elkaar. Sommige gasten namen het idee van een dienstblok, zoals de meeste Nederlandse ziekenhuizen dat kennen, mee naar hun eigen land. Ook een groot verschil is de duur van het zwangerschapsverlof. In Estonia kun je tot twee jaar verlof opnemen!

Na dit spel werden er presentaties gegeven rondom thema's die 'typisch Nederlands' zijn. De volgende onderwerpen kwamen aan de orde: MRSA-beleid, euthanasiebeleid, verloskundig systeem in Nederland, competentiegericht opleiden, en als laatste ver-



Zelfs het boren van een botnaald in een ei was een topervaring!

telde Melek Roussian hoe zij haar opleiding combineert met onderzoek doen. We konden we zelfs de I-space bezoeken! De discussies kwamen vooral los bij het onderwerp euthanasie en ons verloskundig systeem. Ongelooflijk dat je als arts iemand zou kunnen helpen bij het sterven en ongelooflijk dat verloskundigen partussen begeleiden zonder CTG-begeleiding. Van de CANMEDS en Epass had uiteraard ook niemand gehoord. Vooral de OSATS en KPBs werden erg positief ontvangen. In de meeste landen moet je alleen je aantal verrichtingen bijhouden en wordt er geen persoonlijk commentaar gegeven over je handelen. Ook dit namen sommige gasten mee naar huis. Na dit introductieprogramma zijn de gasten naar de host-ziekenhuizen gegaan. Uitgebereid heb ik heb de AIOS uit Slowakije en Slovenië rondgeleid in het Erasmus MC, waarbij we eindigden bij de Simendo. Dit was ook een leuke ervaring en zij hebben mijn prestaties verbeterd! Hierna zijn we met elkaar naar een MDO prenatale diagnostiek geweest. De AIOS keken hun ogen uit toen ze zoveel mensen bij elkaar zagen en waren verbaasd dat er tien minuten gepraat kon worden over één casus en dat er met elkaar een plan wordt gemaakt...

's Avonds hadden we met alle AIOS en opleiders een gezellige bijeenkomst bij onze opleider Marianne ten Kate. Ook de open sfeer met je 'baas' was een nieuwe ervaring voor sommige gast-AIOS.

Alle gast-AIOS hebben nog meegekeken met de verloskundigen uit de eerste lijn. Een ervaring van jewelste! Een partus zonder CTG vonden ze na meegelopen te hebben, nog steeds gek. Maar ze zagen dat ons verloskundig systeem degelijk onderbouwd is met korte lijnen naar de tweede lijn. In de avond hebben we onze gasten *Rotterdam by bike* laten zien. Pinar uit Turkije kon toch niet zo goed fietsen als ze

beweerde (nog een cultuur verschil?).

Op de laatste meeloopdag hebben de gasten in het Erasmus MC meegedaan met de mini-MOET-training. De resuscitatie van een neonaat, een stuitbevalling en zelfs het boren van een botnaald in een ei waren topervaringen!

Bij deze wil ik alsnog alle mensen die geholpen hebben in het Rotterdamse cluster bedanken: Babette Prick, Dagmar Besselink, Melek Roussian, Mattieu van der Vlist, Albert Tjalsma, Rachel van Eersel, Emilie Herzog, alle opleiders van bovenstaande ziekenhuizen en onze opleider Marianne ten Kate.

Antoine Koch (resident in Straatsburg): "Most amazing is your home delivery"

This exchange program, organized by the ENTOG, was a great experience. I met very interesting people and I received high quality training sessions.

Moreover, I discovered another health system and another type of internship in gynaecology. France and the Netherlands have many similarities, but some differences: the epidural rate is much higher in France (over 80%), which surprised many Dutch doctors, and the first trimester ultrasound is mandatory. The most amazing thing is your home delivery! Everything seems very controlled, but I'm not sure I'll let my wife give birth at home... What I really liked is that residents are supervised and that their progress is tracked. I think it's very important for the quality of training. However, medical studies are longer than in France (eleven years, to become a gynaecologist).



Het advies was om naar Amsterdam te gaan om daarna te ontdekken dat Rotterdam nóg mooier is

**Marit Vaiksalu (resident in Estland):
"Impressed by the postpartum care system"**

I had a great opportunity to take part in the ENTOG exchange programme in the Netherlands this June.

I really enjoyed meeting friendly Dutch people and also other people from different parts all over Europe. During all the five days I spent in the Netherlands, I was not once bored. It was really interesting to discuss all the differences we have in different countries (e.g., the use of epidural analgesia - rarely in the Netherlands, almost 95% in France; the length of parental leave - differs from the three months in the Netherlands to 18 months in Estonia and even longer in Romania).

I remember especially brightly our Rotterdam bike tour (*what is it with Dutch people and bikes? I have to say that whatever it is, I like it! We were shown a huge underground bicycle parking facility near Rotterdam Central - I have never seen so many bikes in one place! And I have to say, I admire car drivers' patience for cyclists on the streets*) and the ENTOG Scientific Meeting we had in Utrecht, in which my favorite parts were the seminar "Traumatic events at work" and simulation training MOET (Management of Obstetric Emergencies and Trauma).

I like the fact that Dutch society is open-minded and multicultural and that for Dutch people things like giving birth at home or euthanasia are common, while in so many other countries it may almost be a taboo. That kind of openness is very refreshing, even if you do not support all the views one hundred percent.

I also liked the general supportive attitude to encourage young people to take part in science projects (you can get days off from work for your science pro-

jects, preference in becoming a trainee, etc.). The Erasmus Medical Centre in Rotterdam was really impressive in its capabilities.

At the same time, however, it was pleasing to note that the treatment of patients did not differ significantly from the approach used in Estonia.

I was particularly impressed, though, by the Netherlands postpartum care system - all mothers are entitled to a professional maternity nurse for a week! This is something worth taking over.

I am truly satisfied that I had the opportunity to take part in the ENTOG exchange programme and I am especially pleased that it took place in the Netherlands! Thank you, ENTOG, thank you Dutch people, for the nice experience!

Opleiden tot gynaecoloog: een Europees perspectief

dr A.J. Goverde UMC, Utrecht; lid Executive Committee EBCOG; voorzitter EBCOG standing committee for Training and Assessment

drs J. van der Aa Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, locatie West, Amsterdam

prof. dr. F Scheele Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, locatie West, Amsterdam; VUmc en Athena instituut Vrije Universiteit Amsterdam; lid EBCOG standing committee for Training and Assessment



Met het curriculum BOEG heeft de Nederlandse opleiding tot gynaecoloog goede handvatten gekregen om competentiegericht op te leiden. Formatieve feedback is een belangrijke component van het hedendaags opleiden in Nederland en de vordering wordt vastgelegd aan de hand van gestructureerde formulieren in een elektronisch portfolio (ePASS®). Hoe verhoudt de opleiding tot gynaecoloog in Nederland zich tot die in andere landen in Europa? Immers, binnen de EU is vrij professioneel verkeer gewaarborgd, hetgeen betekent dat de Nederlandse gynaecoloog zich in willekeurig welk land van de EU zou kunnen vestigen. Is de Nederlandse gynaecoloog hiervoor voldoende toegerust? Wij spiegelen onze opleiding kort met de opleidingsafspraken in Europees verband en besluiten met een vooruitblik.

Binnen Europa zijn de verschillen in opleiding tot gynaecoloog groot. De verschillen bestaan in de wijze waarop het opleidingsprogramma wordt beschreven, tot welke eindpunten wordt opgeleid, hoe de opleiding wordt afgerond (afsluitend examen), en op welke wijze de kwaliteit van de opleiding wordt bewaakt. Deze verschillen zijn deels terug te voeren op de nationale context en de wijze waarop de gezondheidszorg in ieder land is georganiseerd. Als voorbeeld noemen wij de *office gynaecology* die bestaat naast de in de ziekenhuizen, privaat of van staatswege geïnstitutionaliseerde verloskunde/gynaecologie, wat in sommige landen samenhangt met een afwezige of niet sterke eerste lijn.

Naast de wijze waarop ons opleidingscurriculum is beschreven, onderscheidt Nederland zich vooral in het bewaken van de kwaliteit van de opleiding en de grote betrokkenheid van de AIOS bij zowel de ontwikkeling van het curriculum en de opleidingsvisities, maar ook door de aanname dat de Nederlandse AIOS zelf door een actieve houding de eigen opleiding mede bepaalt. Door dit alles wordt Nederland wel gezien als een van de gidslanden binnen Europa voor de opleiding tot gynaecoloog.

Met de waarborging van vrij professioneel verkeer door de EU in het achterhoofd heeft de *European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)* in 1995 de eerste blauwdruk voor de opleiding geschreven, die door de Council, het hoogste beslisorgaan van EBCOG, werd bekrachtigd. Het betreft een summier opsomming van kennisgebieden zonder duidelijk beschreven eindtermen. In de loop van de jaren zijn toevoegingen gedaan (zoals een logboek om de voortgang door de opleiding vast

te leggen), zijn voor een aantal procedures minimale aantallen ter verrichting genoemd, en werd het aantal kennisdomeinen uitgebreid en communicatieve vaardigheden nadrukkelijk benoemd. Ook heeft EBCOG een eigen kwaliteitsvisiting ingesteld, waarbij de aanwezigheid van AIOS inmiddels buiten discussie staat, en is een *Training the Trainers*-programma begonnen. Alhoewel een aantal landen vanuit de EBCOG programma's zelf is gestart met opleidingsvisiting en docentprofessionalisering, blijkt dit voor een groot aantal landen momenteel nog niet haalbaar.

Net zoals bij de NVOG werd binnen EBCOG de noodzaak gevoeld om het opleidingscurriculum te herzien en aan te passen aan de huidige eisen die de maatschappij, waar ook in Europa, aan de medisch specialist van vandaag en morgen stelt. Bovendien is er de sterke wens dat een dergelijk opleidingscurriculum beter wordt geïmplementeerd dan het huidige. Vanuit deze standpunten is door ondergetekenden, zitting hebbende in de EBCOG-commissie voor Training en Assessment, een succesvolle subsidieaanvraag ingediend bij Erasmus Plus, een Europese fondsstrekker voor vernieuwende multinationale onderwijsprojecten. Voor de duur van drie jaar wordt een programma uitgerold dat voorziet in de ontwikkeling van een breed in Europa gedragen opleidingscurriculum, dat uitgaat van competentiegericht opleiden aan de hand van duidelijk vastgelegde eindtermen, de introductie van moderne beoordelingsinstrumenten, integratie van de diverse *Canmeds*-rollen en invulling vanuit de maatschappelijke context. Voor het medisch domein wordt uitgegaan van een kerncurriculum dat wordt aangevuld met electieve modules afhankelijk van nationale, regionale of persoonlijke wensen. Daarnaast wordt een programma voor *assessment* ontwikkeld, en wordt de maatschappelijke context met de relevante partners verder ingevuld. Om te bereiken dat het curriculum daadwerkelijk wordt geïmplementeerd, zal een sterkte-zwakke analyse worden uitgevoerd op diverse locaties om eventuele barrières tot implementatie beter in kaart te brengen.

Het EBCOG *Project for Achieving Consensus in Training (EBCOG-PACT)*, is een ambitieus project waarin Nederland in samenwerking met vele partners de standaard voor hedendaags opleiden zal bepalen. Gezien de voortrekkersrol die de NVOG in Nederland reeds heeft, is de stap naar Europa een logisch vervolg.

Cijfers over de periode 2015-2020

De in- en uitstroom van gynaecologen

dr. A.M. Musters* AIOS obstetrie en gynaecologie

dr. R. Vermeij* AIOS obstetrie en gynaecologie

dr. D.M.J. Oom AIOS obstetrie en gynaecologie

drs. L.N. Hofman gynaecoloog

dr. M.R. Buist gynaecologisch oncoloog

Allen lid van de Commissie In- en Uitstroom. *) Gezamenlijk eerste auteur en tevens lid VAGO-bestuur

Inleiding

De Commissie In- en Uitstroom van de NVOG geeft advies over de gewenste instroom van gynaecologen in opleiding en registreert de in- en uitstroom via de clusters en de vacatures op de NVOG-website. Het capaciteitsorgaan adviseert de minister over het aantal AIOS dat mag starten met de opleiding. In 2015 werd er een instroom binnen de bandbreedte van 58 en 66 plaatsen geadviseerd. Deze bandbreedte wordt berekend op basis van veranderingen in de zorgvraag met ontwikkelingen op demografisch, epidemiologisch en sociaal-cultureel gebied. Ook wordt rekening gehouden met veranderingen op het gebied van werkprocessen, arbeidstijdverandering en taakherschikking. In 2009 heeft het NIVEL een behoefte-raming uitgevoerd, waarbij ook rekening is gehouden met bovengenoemde ontwikkelingen, die toonde dat 48-56 instroomplaatsen AIOS per jaar nodig zijn om tot 2027 een evenwicht te houden¹.

Op advies van het capaciteitsorgaan heeft de minister van VWS de instroom verhoogd naar 62 AIOS obstetrie en gynaecologie in 2015. Deze verhoging van de instroom is gebaseerd op een voorziene toename van de behoefte aan gynaecologen ten gevolge van de mogelijke veranderingen binnen de verloskundige organisatie in Nederland. Gezien de discrepantie tussen de huidige instroom en de behoefte-raming van het NIVEL houdt de Commissie In- en Uitstroom de arbeidsmarkt voor 'jonge klaren' scherp in de gaten. Tevens wordt geïnventariseerd of de introductie van het nieuwe opleidingscurriculum volgens BOEG gevolgen heeft op de arbeidsmarkt. Om deze redenen is er een enquête gehouden onder alle vakgroepen en AIOS Obstetrie en Gynaecologie. In dit artikel worden de uitkomsten van deze enquêtes beschreven.

Doel van de enquêtes

Het doel van de enquêtes was antwoord krijgen op de volgende vragen:

1. Aan welke subspecialisten is behoefte binnen de vakgroepen tussen 2015 en 2020?
2. Sluit het aantal en de soort differentianten aan bij de vraag binnen de vakgroepen?
3. Sluit de instroom van jonge klaren aan bij de uitstroom van gynaecologen?

Resultaten enquête gynaecologen

Methoden

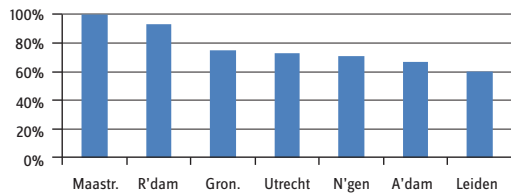
In maart 2015 is een enquête gestuurd aan alle vakgroepen obstetrie en gynaecologie in Nederland. Hierin worden diverse vragen gesteld over de verwachte uitstroom van gynaecologen in de komende vijf jaar en het aantal te verwachten vacatures in de komende vijf jaar.

Respons

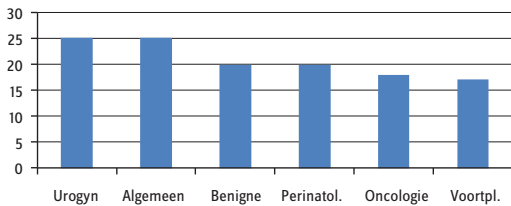
In totaal hebben 76 vakgroepen obstetrie en gynaecologie van de 100 vakgroepen (76%) de enquête ingevuld. Deze 76 vakgroepen representeren 794 gynaecologen. Per opleidingsregio verschilt de respons: in regio Maastricht hebben 9 van de 9 vakgroepen gereageerd (100%), regio Rotterdam hebben 14 van de 15 (93%), in Groningen hebben 15 van de 20 (75%), in Utrecht hebben 8 van de 11 vakgroepen (73%), in Nijmegen hebben 10 van de 14 (71%), in Amsterdam (AMC/VUMC) hebben 14 van de 21 (67%) en in Leiden hebben 6 van de 9 vakgroepen gereageerd (60%) (zie figuur 1).

Verwachte uitstroom gynaecologen 2015-2020

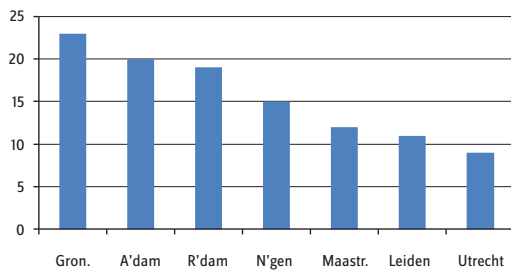
Volgens de 76 responderende vakgroepen zullen er in de komende vijf jaar (2015-2020) in totaal 109 gynaecologen uitstromen. Deze 109 gynaecologen zijn in totaal gespecialiseerd in 125 subspecialisaties, aangezien sommige gynaecologen twee subspecialisaties uitoefenen. Volgens de vakgroepen zullen in de komende vijf jaar met name de gynaecologisch georiënteerde gynaecologen uitstromen. Dit betreft 25 algemene gynaecologen (20%), 25 gynaecologen met aandachtsgebied urogynaecologie (20%) en 20



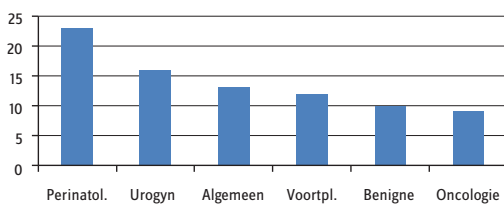
Figuur 1. Respons per cluster



Figuur 2. Verwachte uitstroom 2015-2020 per subspecialisatie



Figuur 3. Verwachte uitstroom 2015-2020 per cluster



Figuur 4. Verwachte vacatures 2015-2020 per subspecialisatie

gynaecologen met aandachtsgebied benigne gynaecologie (16%). In totaal zullen er 20 gynaecologen met aandachtsgebied perinatologie uitstromen (16%), 18 gynaecologen met aandachtsgebied oncologie (14%) en 17 gynaecologen met aandachtsgebied voortplantingsgeneeskunde (14%) (zie figuur 2).

In cluster Groningen zullen volgens de 76 responderende vakgroepen de meeste (n=23, 21%) gynaecologen uitstromen in de komende vijf jaar. Gevolgd door cluster Amsterdam waar 20 gynaecologen zullen uit-

stromen (19%), daarna cluster Rotterdam met 19 (17%), cluster Nijmegen met 15 (14%), cluster Maastricht met 12 (11%), cluster Leiden met 11 (10%) en cluster Utrecht waar 9 gynaecologen zullen uitstromen (8%) (zie figuur 3).

Verwachte vacatures 2015-2020

Volgens de 76 responderende vakgroepen zullen er in de periode van 2015-2020 in totaal tussen de 72 en 83 vacatures in 47 vakgroepen ontstaan. De vacatures variëren van 0,6 tot 1,0 fte. Volgens de respondenten is de vraag het grootst naar gynaecologen met aandachtsgebied perinatologie, met 23 (28%) verwachte vacatures in de komende vijf jaar. Andere verwachte vacatures betreffen 16 (19%) gynaecologen met aandachtsgebied urogynaecologie, 13 (16%) algemene gynaecologen, 12 (14%) gynaecologen met aandachtsgebied voortplantingsgeneeskunde, 10 (12%) met aandachtsgebied benigne gynaecologie en 9 (11%) gynaecologen met aandachtsgebied oncologie (zie figuur 4).

In cluster Amsterdam zullen volgens de vakgroepen de meeste (18-19) vacatures vrijkomen in de komende vijf jaar. Gevolgd door cluster Groningen (16-19), cluster Rotterdam (9-15), cluster Nijmegen (9), cluster Maastricht (8-9) vacatures, cluster Leiden (7) vacatures, en tenslotte cluster Utrecht (5).

Resultaten differentiatie-enquête AIOS

In maart 2015 is een enquête verspreid onder alle AIOS-gynaecologie van Nederland. In het BOEG-curriculum is ruimte voor een differentiatie in één of meer aandachtsgebieden. In de enquête wordt de AIOS diverse vragen gesteld over deze differentiatie. Op het moment van invullen zijn er 358 AIOS, en hiervan hebben er 319 (89,1%) de enquête ingevuld. De opleidingsregio's zijn evenredig verdeeld. Ook het jaar van aanvang van de opleiding is gelijkmatig verdeeld.

Differentiatie status

De AIOS werd gevraagd naar de fase waarin hun keuze voor een differentiatie zich bevond. Van de 319 AIOS geven er 55 (17%) aan met een differentiatie gestart te zijn. Dit betreft met name ouderejaars AIOS die met de opleiding gestart zijn tussen 2006 en 2010 (2006 n=1 (50%), 2008 n=4 (67%), 2009 n=20 (69%), 2010 n=23 (56%)). Daarnaast geeft een deel van de ouderejaars AIOS aan dat ze nog niet begonnen zijn met de differentiatie, maar deze al wel geregeld hebben (aanvang opleiding 2006 n=1 (50%), 2008 n=1 (17%), 2009 n=5 (17%), 2010 n=9 (22%), 2011 n=12 (29%), 2012 n=3 (5%)). Van de AIOS die in 2011 zijn gestart met hun opleiding zijn er respectievelijk 7 (17%) reeds begonnen met hun differentiatie. De AIOS die na 2011 (n=200) begonnen zijn met hun opleiding zijn geen van allen met een differentiatie

gestart. Meer dan de helft van de AIOS (166 (52%)) geeft aan dat ze nog in de oriënterende fase van hun differentiatie zitten. Dit wordt aangegeven door AIOS die met hun opleiding zijn begonnen in 2008 tot en met 2015. Echter het zwaartepunt van deze groep AIOS ligt in het instroomjaar 2012 (n=57 (95%)) en 2013 (n=41 (71%)). Er zijn jongerejaars die hebben aangegeven nog niet over een differentiatie te hebben nagedacht (n=59 (18,5%)). Dit betreft grotendeels de AIOS die hun opleiding gestart zijn in 2013 (n=17 (29%)), 2014 (n=26 (45%)), en 15 (63%) in 2015. Er zijn 5 (2%) ouderejaars AIOS die hebben aangegeven van een differentiatie af te zien (zie figuur 5).

Cluster verschillen differentiatie status

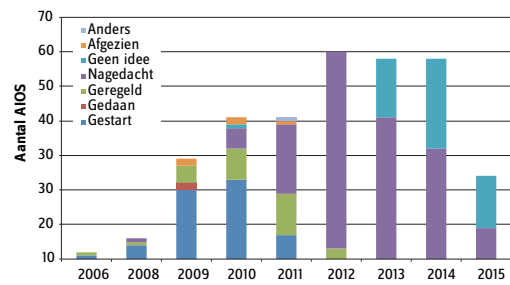
Wanneer je de 'differentiatie status' van de AIOS binnen de clusters vergelijkt, komt er een aantal verschillen naar voren. Deze verschillen bestaan ondanks het feit dat het jaar van aanvang van de opleiding gelijk over de clusters is verdeeld. In cluster Maastricht, Rotterdam en Nijmegen zijn de meeste AIOS reeds met een differentiatie gestart (Maastricht n=13 (33%), Rotterdam n=12 (26%), en Nijmegen n=11 (28%)). Minder AIOS zijn met hun differentiatie gestart in cluster Groningen (n=3 (6%)), AMC (n=2 (6%)) en Utrecht (n=3 (8%)). De meeste AIOS die in de oriënterende fase van hun differentiatie zitten, komen uit cluster Groningen (n=30 (61%)), Utrecht (n=23 (61%)), en VU (n=24 (60%)). In cluster Leiden en Maastricht geven de minste AIOS aan nog over een differentiatie na te denken (Leiden n=10 (29,4%), Maastricht n=16 (40,0%)).

Een ander opvallend verschil tussen de clusters is het aantal AIOS die aangegeven nog geen idee te hebben wat voor differentiatie ze willen doen. In cluster Leiden en AMC geven respectievelijk n=14 (41%) en n=8 (25%) AIOS dit aan, terwijl in cluster Rotterdam en Utrecht dit aangegeven wordt door slechts n=4 AIOS (respectievelijk 9% en 11%) (zie figuur 6).

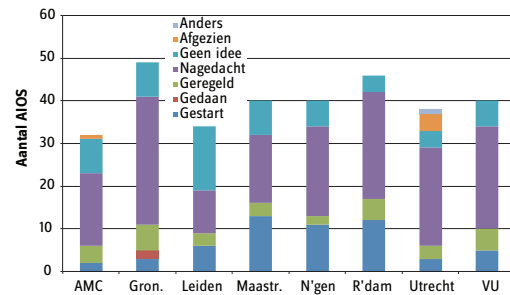
Aantal differentiaties

De jongerejaars AIOS die hebben aangegeven nog niet over een differentiatie te hebben nagedacht, hebben de overige vragen van de enquête niet in kunnen vullen. Een groep van 258 (81%) AIOS heeft het resterende deel van de enquête echter wel ingevuld. Deze AIOS werd gevraagd welke differentiatie ze graag zouden willen doen. Hierbij was er de mogelijkheid om meerdere differentiaties te kiezen. Door ongeveer de helft van de AIOS die deze vraag heeft beantwoord, is gekozen voor één differentiatie (n=125 (48%)). 100 AIOS (39%) kozen voor twee differentiaties. Een selecte groep van n=33 (13%) AIOS heeft drie differentiaties gekozen.

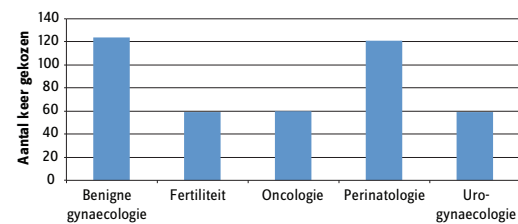
Per cluster lijken er verschillen te bestaan. In cluster Utrecht en Leiden kiezen de meeste AIOS één differentiatie, in cluster Utrecht kiezen 23 van de 34 AIOS (68%) voor één differentiatie, en in Leiden 12 van de



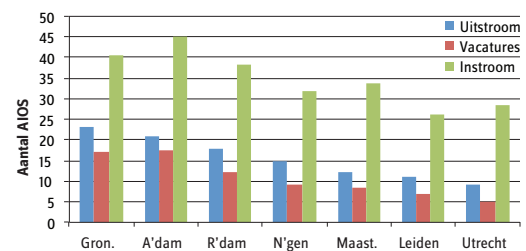
Figuur 5. Differentiatiestatus per jaar start opleiding



Figuur 6. Differentiatiestatus per cluster opleiding



Figuur 7. Aantal keer gekozen differentiatie



Figuur 8. Verwachte uitstroom gynaecologen, (gemiddeld aantal) vacatures en instroom jonge klaren 2015-2020

19 (63%). Daarentegen worden er in clusters Maastricht en Nijmegen voornamelijk voor twee differentiaties gekozen (Maastricht n=22 (69%) en Nijmegen n=21 (62%)).

Keuze differentiatie

Van de 258 AIOS die de keuze voor hun differentiatie(s) hebben ingevuld, gaven er 121 (47%) aan een differentiatie perinatologie te willen doen. Van deze 121 AIOS hebben er 57 (47%) dit als enige differentiatie gekozen. Een andere meerderheid van het totaal van 258 AIOS heeft aangegeven geïnteresseerd te zijn in een differentiatie benigne gynaecologie (n=124 (48%)). Van deze groep zijn er 24 (19%) AIOS die enkel voor deze differentiatie hebben gekozen. Daarentegen heeft het overgrote deel van de AIOS die aangegeven heeft twee differentiaties te willen doen (n=100) gekozen voor benigne gynaecologie (n=72 (72,0%)). Voor de differentiaties fertilititeit, urogynaecologie en oncologie is gemiddeld door 23% van de 258 AIOS gekozen (respectievelijk, 2 maal n=59, en n=60). Respectievelijk 10 (17%), 11 (19%) en 21 (35%) AIOS hebben uitsluitend voor één van deze differentiaties gekozen (zie figuur 7).

Motivatie keuze differentiatie

Wanneer de AIOS gevraagd wordt wat hen motiveert om voor een bepaalde differentiatie te kiezen geeft de ruime meerderheid van de 258 AIOS aan (n=194 (77%)) dat dit uit pure interesse is. Een kleine groep (n=<1%) geeft aan volledig uit strategische overwegingen te hebben gekozen. Ongeveer een kwart van de AIOS geeft aan dat hun keuze gestoeld is op zowel interesse als strategische overwegingen (n=57 (23%)).

Locatie differentiatie

De AIOS werd gevraagd in wat voor soort kliniek ze hun differentiatie wilden doen. De helft (n=108 (51%)) gaf aan dit zowel universitair als niet-universitair te willen. Een kwart gaf aan voor een niet-universitaire kliniek te kiezen (n=56 (27%)) en 22% (n=46) van de AIOS gaf aan hun differentiatie in een universitair centrum te willen doen.

Keuze kliniek

Gevraagd naar de motivatie om voor een bepaalde kliniek te kiezen worden uiteenlopende antwoorden gegeven. Het merendeel (n=28 (32%)) geeft aan dat de keuze voor een bepaalde kliniek gebaseerd is op de mogelijkheid om daar specifieke vaardigheden te kunnen leren. Ook als een kliniek goed bekend staat, is dat voor AIOS een reden om daar een differentiatie te willen doen (n=25 (29%)). De mogelijkheid op een *fellor*-plek of baan als jonge klare maakte ook dat AIOS voor een specifieke kliniek hebben gekozen (n=10 (12%)). Door hetzelfde aantal AIOS werd aangegeven dat de logistiek handigste locatie met betrekking tot de privésituatie de doorslag gaf in de keuze voor een kliniek.

Verder in vakgebied als jonge klare

Meer dan de helft (n=121 (68%)) van de 258 AIOS geeft aan ook in het vakgebied waarin de differentia-

tie is gevolgd als jonge klare aan de slag te willen gaan. Een totaal van 56 AIOS (31%) twijfelt hier nog over. Twee AIOS (1%) geven aan niet verder te willen in het vakgebied waarin de differentiatie gekozen is.

Vacatures, uit- en instroom 2015-2020

Wanneer de verwachte uitstroom van gynaecologen, verwachte vacatures en de instroom van jonge klaren in de periode 2015-2020 naast elkaar wordt gezet bestaat er een verschil tussen de uitstroom en vacatures versus instroom van jonge klaren. In cluster Groningen en Rotterdam lijkt het verschil het minst groot te zijn, daar in Groningen 1,7 keer zoveel jonge klaren als uitstromende gynaecologen zijn en in Rotterdam dit verschil 2 keer zo groot is. In cluster Utrecht en Maastricht zijn de verschillen groter, aangezien er in Utrecht 3,1 keer meer AIOS zijn die hun opleiding afronden als gynaecologen die hun werkzaamheden neerleggen en in Maastricht is dit verschil 2,8 (zie figuur 8).

Conclusie enquêtes

Het doel van de enquêtes is bereikt aangezien alle drie de vooraf geformuleerde vragen zijn te beantwoorden. De responderende vakgroepen verwachten dat de komende vijf jaar de uitstroom van gynaecologisch gespecialiseerde gynaecologen (algemeen, urogynaecologie en benigne gynaecologie) het grootst is, met 70 (56%) verwachte uitstromende gynaecologen. Terwijl de grootste vraag is naar gynaecologen met aandachtsgebied perinatologie, met 23 (28%) verwachte vacatures in de komende vijf jaar.

Het merendeel van de AIOS kiest voor een differentiatie perinatologie en/of benigne gynaecologie, met respectievelijk 121 (47%) AIOS die een differentiatie perinatologie en 124 (48%) AIOS die een differentiatie benigne gynaecologie willen doen. Deze keuze is met name uit interesse. Aan de vraag naar perinatologen in de periode 2015-2020 lijkt dus ruimschoots door de beschikbare jonge klaren te kunnen worden voldaan.

De verwachte instroom van jonge klaren in de periode 2015-2020 is hoger dan de uitstroom van gynaecologen en het aantal beschikbare vacatures. Doordat de in- en uitstroom niet op elkaar aansluit is er een kans dat er in de toekomst werkeloze gynaecologen zullen zijn.

Discussie

De enquête, gehouden onder de vakgroepen obstetrie en gynaecologie, heeft een tweetal discussiepunten. Het eerste discussiepunt is dat niet alle vakgroepen gerepsondeerd hebben. Daarom zijn de verwachte uitstroom en verwachte vacatures zoals in dit artikel beschreven mogelijk een onderschatting van de werkelijkheid. Het tweede punt is dat de cijfers beschreven in dit artikel vervaardigd zijn door middel van een enquête. Dit betekent dat het een

momentopname betreft en dat het de mening van de vakgroepen vertegenwoordigd. De daadwerkelijke aantallen met betrekking tot uitstroom en vacatures kunnen in de komende vijf jaar door bijvoorbeeld economische ontwikkelingen anders zijn.

Bij de enquête gehouden onder de AIOS obstetrie en gynaecologie over hun differentiatie zijn kanttekeningen te maken. Aangezien een deel van de jongerejaars nog niet over een differentiatie heeft nagedacht, heeft deze groep het grootste deel van de enquête niet in kunnen vullen. Daarmee zijn de conclusies met de betrekking tot de keuzes van de differentiatie vooral de mening van de ouderejaars AIOS. Een ander discussiepunt is de verklaring van de verschillen tussen de clusters met betrekking tot de status van hun differentiatie. Een mogelijke verklaring kan de implementatie van BOEG zijn, omdat dit in de afgelopen jaren per cluster op een andere wijze is opgepakt en ingevuld. De verwachting is dat de komende jaren deze verschillen zullen verkleinen, omdat dan alle AIOS in hun eerste jaar van de opleiding in BOEG zijn ingestroomd.

Gezien het feit dat 76% van de vakgroepen heeft gereageerd, is te beredeneren dat de verwachte uitstroom en vacatures met 24% verhoogd kunnen worden. Met deze berekening zullen 136 gynaecologen uitstromen en tussen de 89 en 103 vacatures ontstaan. Aan de andere kant zal de instroom van jonge klaren mogelijk 10-15% minder zijn aangezien een gedeelte van de AIOS stopt met hun opleiding en naar het buitenland vertrekt. Daarmee zal het verwachte aantal AIOS dat de opleiding afrondt in de periode 2015-2020 ongeveer 207 zijn. Na deze berekeningen lijken de verwachte uitstroom en hoeveelheid vacatures echter persisterend lager te zijn dan de instroom van jonge klaren.

Advies Commissie In- en Uitstroom NVOG

Gezien de verwachting dat het voor toekomstige gynaecologen lastig wordt om een baan te vinden, is het advies van de Commissie In- en Uitstroom om de instroom van gynaecologen in opleiding te verlagen. Daarnaast zal de commissie de evaluatie van de verwachte in- en uitstroom, vacatures en differentiatie wensen en mogelijkheden binnen BOEG continueren. Vooralsnog is het advies aan de AIOS om te kiezen voor de differentiatie waar men belangstelling voor heeft. De enquête zal herhaald worden zodat de veranderingen en wensen op het gebied van werkprocessen, arbeidstijdverandering en taakherschikking goed kunnen worden geëvalueerd.

De Commissie In- en Uitstroom wil alle respondenten graag bedanken voor hun inbreng.

Literatuur

1. De arbeidsmarkt voor gynaecologen in Nederland. Stand van zaken in 2009, met een behoefteprognose voor 2027. M. Van Greuning et al. 2010. www.nivel.nl

Reactie van De Jonge Specialist Ruimte voor jonge klaren!

drs. M. Kremers *bestuurslid DJS, portefeuille Jonge Klaren*

De Jonge Specialist voerde in mei 2014 haar laatste enquête uit ten aanzien van landelijke werkloosheid onder jonge klaren. Daaruit bleek dat op dat moment 5% van de respondenten werkloos was en 5% naar het buitenland vertrok (waarvan het gros ongewild). De Jonge Specialist vond en vindt deze cijfers zorgelijk; jonge klaren lopen de kans hun registratie te verliezen en kennis dreigt naar het buitenland weg te lekken, terwijl de maatschappij ongeveer één miljoen euro in de opleiding van een medisch specialist heeft geïnvesteerd.

Derhalve heeft DJS bij het capaciteitsorgaan aandrongen op beperken van de instroom van het totaal aantal AIOS. Deze maatregel heeft echter pas over vijf tot zes jaar effect. Het blijft van groot belang continue ramingen uit te voeren en zo nodig het aantal opleidingsplaatsen aan te passen.

De cijfers verkregen door de NVOG naar aanleiding van hun enquête zijn herkenbaar; in meerdere specialismen wordt de komende jaren een groot overschot aan jonge klaren verwacht – waarbij het effect van taakherschikking met de inzet van Nurse Practitioners/Physician Assistants op dit overschot nog niet geheel te overzien is –. De onduidelijkheid omtrent de financiering van zorg en herinrichting van maatschappijen lijkt ook een rem gezet te hebben op het aantal vacatures voor jonge klaren. Vanwege deze actuele problematiek is er ook behoefte aan kortetermijnoplossingen en kan niet worden volstaan met het beperken van het aantal opleidingsplaatsen.

De Jonge Specialist is van mening dat er ook een taak ligt voor de zittende medisch-specialisten ten aanzien van de werkgelegenheid voor jonge klaren en doet een beroep op hun solidariteit. Wellicht liggen er kansen om ruimte te creëren voor collega jonge klaren door part-time te werken, de vakgroep toch uit te breiden of na te denken over vervroegd pensioen. Andere creatieve oplossingen horen we graag. Dit onderwerp verdient in ieder geval een plaats op ieders agenda!



Vraag om commentaar Wat vindt Stichting BOLS?

dr. Annemijn Aarts & drs. Ellen Nijkamp
themaredactie

Bij de toewijzing van de opleidingsplaatsen zijn twee instanties nauw betrokken, namelijk Stichting BOLS en het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan, gesubsidieerd door het ministerie van VWS, stelt ramingen op voor de opleidingscapaciteit van de medische vervolgoopleidingen uitgaande van de te verwachte zorgbehoefte. Ieder jaar stelt de minister van VWS een aantal instroomplaatsen beschikbaar op geleide van de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Deze instroomplaatsen worden door Stichting BOLS in concept verdeeld en door het ministerie van VWS in een verdeelplan gezet. Stichting BOLS is opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de federatie van Medisch Specialisten (de Federatie) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Op basis van dit verdeelplan kent de NZa een beschikbaarheidsbijdrage toe aan ziekenhuizen die opleiden. De toewijzing van opleidingsplaatsen gebeurt in twee stappen. BOLS stelt een concept toewijzingvoorstel op voor de verdeling van de opleidingsplaatsen over de opleidingsregio's. Zowel wetenschappelijke verenigingen als deze opleidingsregio's mogen vervolgens een advies uit brengen over de gewenste verdeling. BOLS weegt alle argumenten en stelt vervolgens een definitief toewijzingsvoorstel op. Hierna wordt in iedere opleidingsregio een voorstel gemaakt voor de verdeling van de opleidingsplaatsen over opleidingsinstellingen binnen de regio. Indien er geen consensus wordt bereikt, zal BOLS zo nodig een definitief besluit nemen over de verdeling.

De redactie NTOG vroeg, naar aanleiding van het onderzoek uitgevoerd door de Commissie In- en Uitstroom, Stichting BOLS om inhoudelijk commentaar aan de hand van de resultaten van het onderzoek. Stichting BOLS heeft ons verzoek in overweging genomen en naar de onderzoeksresultaten gekeken. De Stichting schreef een brief met hierin verschillende inhoudelijke op- en aanmerkingen met name gericht op de toegepaste methodologie, met enkele suggesties voor vervolgonderzoek. Stichting BOLS doet verder geen uitspraak over de mogelijke problemen die op de korte termijn kunnen ontstaan op de arbeidsmarkt. Helaas liet het bestuur ook weten dat het niet in de lijn van de Stichting BOLS ligt om een commentaar te schrijven en heeft ons dan ook nadrukkelijk verzocht om de op- en aanmerkingen niet te publiceren. De redactie zal ervoor zorgen dat de inhoud van deze brief gedeeld wordt met de Commissie In- en Uitstroom, zodat deze de overwegingen kunnen meenemen.

Bandbreedte Voorstel NVOG



Het bestuur van de NVOG "stelt voor de bandbreedte voor de instroom van AIOS Obstetrie & Gynaecologie voor de komende periode vast te stellen op 52-58".

Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap

drs. Ellen Nijkamp AIOS cluster Groningen

dr. Annemijn Aarts AIOS cluster Nijmegen

In de rubriek 'Praktijkvariatie in beeld' wordt aan de hand van een veelvoorkomend ziektebeeld, gekeken naar verschillen en overeenkomsten tussen diverse lokale en regionale protocollen in vergelijking met de landelijke richtlijn. Er wordt gebruik gemaakt van een steekproef van protocollen van zowel universitaire als niet universitaire opleidingsklinieken, geografisch verspreid over Nederland. Deze rubriek wordt geschreven door een wisselend duo van twee AIOS. Het achterliggende doel is om een discussie op gang te brengen welke mogelijk kan bijdragen tot meer consensus in regionale protocollen voortvloeiend uit landelijke richtlijnen.

In deze tweede protocolbespreking is gekozen voor de diagnose en behandeling van hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap waarbij de focus ligt op zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en pre-eclampsie. De diagnose en behandeling van pre-existente hypertensie en complicaties ten gevolge van hypertensie en pre-eclampsie tijdens de zwangerschap (zoals eclampsie en HELLP-syndroom) zijn buiten beschouwing gelaten.

Landelijke richtlijnen

Vanuit de NVOG zijn er momenteel twee parallelle richtlijnen toegankelijk die zich richten op de diagnose en behandeling van hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap. De monodisciplinaire richtlijn *Hypertensieve aandoeningen* opgesteld door de werkgroep Otterlo geeft een overzicht van beschikbare kennis waarbij o.a. classificatie, epidemiologie, etiologie, diagnostiek en behandeling van hypertensieve aandoeningen aan de orde komen.¹ Aanvullend hierop is in 2011 op initiatief van de NVOG de multidisciplinaire richtlijn *Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap* ontwikkeld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Nederlandsche Internisten Vereniging en Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie om te streven naar multidisciplinaire afspraken voor de

dagelijkse praktijkvoering. De focus ligt hierbij op multidisciplinaire knelpunten.² Belangrijkste onderwerpen die in deze richtlijn naar voren komen zijn: het gebruik van antihypertensiva, magnesiumsulfaat, corticosteroiden ter bevordering van de foetale longrijping en de counseling met betrekking tot de neonatale prognose in het geval van een mogelijke vroeggeboorte door maternale hypertensie

Zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en pre-eclampsie

Zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en pre-eclampsie treden op in 10% van de zwangerschappen (20.000 zwangeren per jaar) en kunnen gepaard gaan met ernstige complicaties zoals eclampsie, abruptio placentae, vroeggeboorte, HELLP-syndroom en uiteindelijk zelfs maternale of neonatale sterfte.² Protocolering van de behandeling is noodzakelijk aangezien ernstige complicaties relatief zeldzaam zijn en vaak acuut ontstaan.¹

In beide richtlijnen wordt uitgegaan van de definities die aanbevolen worden door de International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy.³ Zwangerschapshypertensie wordt gedefinieerd als: 'systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg (Korotkoff V) na twintig weken zwangerschapsduur, tweemaal gemeten, bij een vrouw die voordien een normale bloeddruk had. De bloeddruk hoort drie maanden na de bevalling weer normaal te zijn ($<140/90$ mmHg).' Pre-eclampsie is gedefinieerd als 'de combinatie van zwangerschapshypertensie met proteïnurie (≥ 300 mg/24 uur).'

Algemene indruk van de protocollen

Naast het feit dat protocollen praktisch en werkzaam moeten zijn voor de dagelijkse klinische praktijk, kan er bij de beoordeling van de algemene kwaliteit van de protocollen gelet worden op een aantal zaken:

1. Is de beoogde (risico)populatie op wie het protocol betrekking heeft duidelijk en compleet?
2. Zijn de adviezen voor diagnostiek, behandeling en

follow-up eenduidig? Dat wil zeggen: niet sterk onderhevig aan individuele interpretatie of vrije invulling?

3. Komen de gegeven adviezen zoveel mogelijk overeen met de best beschikbare *evidence* en/of de landelijke richtlijn? Is er een bronvermelding?
4. Hebben de protocollen alleen betrekking op de kliniek of betreft het een regionaal of transmuraal protocol?

Gelet op bovenstaande punten, zijn er enkele belangrijke verschillen op te merken (zie tabel). De protocollen zijn eigenlijk in te delen in twee groepen. In de eerste groep protocollen is ervoor gekozen om een uitgebreide beschrijving te geven van de hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap waarbij zowel etiologie, risicofactoren, classificatie als diagnostiek en behandeling aan de orde komen. In de tweede groep protocollen ligt de focus vooral op diagnostiek en behandeling waardoor de protocollen wat summier overkomen in vergelijking met de eerste groep. In alle protocollen wordt uitgebreid aandacht besteed aan de farmacologische behandeling van hypertensieve aandoeningen. Opvallend is het feit dat in maar ongeveer de helft van de protocollen gebruik gemaakt wordt van een bronvermelding waarbij, verrassend, in deze bronvermelding in enkele gevallen geen verwijzing wordt gemaakt naar de bestaande NVOG-richtlijnen. De meeste protocollen richten zich alleen op de betreffende kliniek en geen enkel protocol is multidisciplinair opgesteld.

Diagnostiek

De definitie voor zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie wordt in ieder afzonderlijk protocol eenduidig beschreven met bijhorende bloeddrukwaarden conform de landelijke richtlijnen. De classificatie van pre-eclampsie wordt echter wisselend weergegeven in de protocollen, waarbij niet altijd het verschil wordt gemaakt tussen matige en ernstige pre-eclampsie. In veel protocollen wordt daarnaast gebruik gemaakt van de term 'klinische verschijnselen', terwijl maar enkele protocollen daadwerkelijk benoemen welke klinische verschijnselen passen bij een ernstige pre-eclampsie. In alle protocollen wordt duidelijk aangegeven hoe de diagnostiek naar proteïnurie moet worden verricht. De meeste geven het advies om een eiwitbepaling te verrichten in een 24-uurs-urine. In een viertal protocollen wordt gebruik gemaakt van de eiwit-kreatinineratio (EKR) in een urineportie waarbij 0,3 gram/10 mmol als grenswaarde wordt aangehouden. In twee protocollen wordt daarnaast ook nog de albuminestick of dipstick benoemd als diagnosticum. In de landelijke richtlijn wordt een eiwit bepaling in een 24-uurs-urine beschreven als 'de gouden standaard' voor het vaststellen van proteïnurie. De teststrook (vaak albuminestick of dipstick genaamd) moet gezien worden

als een eerste snelle screeningstest waarbij 1+ of meer een sensitiviteit van 55% en een specificiteit van 84% heeft voor het aantonen van een proteïnurie van >0,3 gram/24 uur.⁴ De EKR heeft aan betere voorspellende waarde, bij een afkapwaarde van 30 mg/mmol kan een matige proteïnurie (>0,3 gram/24 uur) worden aangetoond met een sensitiviteit van 93% en een specificiteit van 92%.⁵ De literatuur is niet zo consistent als de richtlijn uit 2005 doet lijken. In 2014 is een addendum verschenen bij de richtlijn *Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap* uit 2011, waarin de uitgangsvraag: 'Hoe moet significante proteïnurie worden gedefinieerd tijdens een zwangerschap gecompliceerd door hypertensie'.⁶ De werkgroep geeft in haar addendum aan dat zij ervoor kiest om de definitie van significante proteïnurie (>300 mg/24 uur) te handhaven omdat er op basis van de (beperkte) literatuur geen reden is om van deze grens af te wijken. Gebaseerd op de evidence uit beide richtlijnen, lijken alle beschreven diagnostische middelen voor het vaststellen van proteïnurie in eerste instantie adequaat.

Etiologie, epidemiologie en risicofactoren

In ongeveer de helft van de protocollen wordt geen of nauwelijks aanvullende achtergrondinformatie gegeven over het ziektebeeld. In deze groep protocollen worden risicofactoren voor het ontwikkelen van hypertensieve aandoeningen niet benoemd, hierdoor kan mogelijk de waakzaamheid in het identificeren van potentieel risicovolle vrouwen verlaagd zijn. Als er risicofactoren beschreven zijn, zijn die in de meeste gevallen in overeenstemming met de richtlijn en de bestaande literatuur. In één van de protocollen wordt een maternale leeftijd >37 jaar genoemd als risicofactor, terwijl andere protocollen en de landelijke richtlijn een leeftijd van >40 jaar aanhouden.

Start behandeling en streefwaarden

De meeste protocollen beschrijven duidelijk bij welke bloeddrukwaarden er gestart moet worden met de behandeling van hypertensie en welke streefwaarden vervolgens moeten worden aangehouden. Uit de onderlinge vergelijking van de protocollen blijkt dat er op dit moment twee naast elkaar bestaande landelijke richtlijnen zijn die gevolgd kunnen worden. De bloeddrukwaarden die gelden als behandelindicatie zijn niet gelijk in deze richtlijnen, zoals is terug te zien in de protocollen. Slechts één van de protocollen (NU 4) wijkt af van beide richtlijnen. Interessant zijn de beschreven verschillen in streefwaarden van de bloeddruk na het starten van de behandeling. Grofweg kan onderscheid gemaakt worden tussen het streven naar 'strikte' versus 'milde' instelling van de bloeddruk na het starten van de behandeling. In een recente RCT gepubliceerd in de *New England Journal of Medicine* is gekeken naar het effect van 'strikte' versus 'minder strikte'

| | NVOG (2005) | NVOG (2011) | U1 | U2 | U3 | U4 |
|--|--|---|--|--|--|--|
| Definitie PIH matig ernstig | Matig: systolisch ≥ 140 en < 170 mmHg of diastolisch ≥ 90 en < 110 mmHg | Matig: systolische bloeddruk 140-159 mmHg of diastolisch 90-109 mmHg. Ernstig: systolische bloeddruk ≥ 160 mmHg of diastolisch ≥ 110 mmHg. | Matig: systolisch $\times 140$ en/of diastolisch $\times 90$ mmHg Ernstig: systolisch > 160 en/of diastolisch > 110 mmHg | RR $\geq 160/\geq 110$ mmHg | RRsyst > 140 mmHg en/of RRdiast ≥ 90 mmHg | RR ≥ 90 mmHg diastolisch of diastolische stijging van ≥ 15 mmHg tweemaal gemeten met interval van min. 6 uur of systolisch ≥ 140 mmHg |
| Definitie PE matig ernstig | Matig: bloeddruk systolisch ≥ 140 en < 170 mmHg of diastolisch ≥ 90 en < 110 mmHg, met proteinurie, zonder klinische verschijnselen Ernstig: Nno | Matig: systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg en een diastolische bloeddruk < 110 mmHg in afwezigheid van klinische verschijnselen Ernstig: systolische bloeddruk ≥ 160 mmHg of een diastolische bloeddruk ≥ 110 mmHg, of indien pre-eclampsische klachten/verschijnselen (hoofdpijn, bovenbuikpijn, nausea, malaise) bestaan, of indien de proteinurie > 5 g/24 u. is. NB. Proteinurie kan soms (nog) ontbreken ondanks ernstige klinische verschijnselen. In dat geval dient de patiënte toch behandeld te worden als onder ernstige pre-eclampsie vermeld. | Ernstig: PE waarbij ernstige hypertensie en/of ernstige proteinurie (> 5.0 gr/10 mmol) | Mild: PIH met proteinurie EK-ratio $\geq 0,3$ gram/ 10mmol of 0,3 gram eiwit in 24-uurs urine Ernstig: PE en één van de volgende symptomen of labafwijkingen: - Systolisch > 160 mmHg en/of diastolische bloeddruk > 110 mmHg. - Proteinurie > 5 gram/24 u. Hierbij kunnen de volgende klinische verschijnselen optreden: - Nierfunctiestoornis: oligurie, verhoogd kreatinine. - Leverstoornis: Pijn rechts boven in de buik/epigastrio, verhoogde transaminasen. - Neurologische afwijkingen: Convulsies, ernstige hoofdpijn, visusstoornis, hyperreflexie. - Hematologische afwijkingen: trombocytopenie, intravasale stolling, hemolyse. | Matig: milde hypertensie RRsyst $\times 140$ mmHg en/of RRdiast ≥ 90 mmHg en RRsyst < 160 mmHg en RRdiast < 110 mmHg, zonder klinische verschijnselen en proteinurie. Ernstig: ernstige hypertensie RRsyst ≥ 160 mmHg en/of RRdiast ≥ 110 mmHg en/of aanwezigheid van klinische verschijnselen en/of proteinurie > 5 gram/24 u. Pre-eclampsie < 32 weken | Zwangerschapshypertensie met proteinurie (> 300 mg/24 u.) |
| Bepaling proteinurie | ≥ 300 mg/24 u. | ≥ 300 mg/24 u. | Eiwit in urine $\times 0.3$ g/ 24 u., of eiwit/kreatinine ratio (EKR) $\times 0.3$ g/ 10 mmol Ernstig: > 5.0 g.10 mmol | EK-ratio $\geq 0,3$ gram/ 10mmol of 0,3 gram eiwit in 24-uurs urine | ≥ 300 mg/24 u. | ≥ 300 mg/24 u. |
| Risicofactoren PIH/PE | - Meerling en molazwangerschap - Aantal chromosomale afwijkingen - Chronische hypertensie - Chronische vaat- en nieraandoeningen - Dislipidemie - SLE - Antifosfolipidensyndroom - Diabetes - Adipositas - Leefijd > 40 jaar - Nullipara - Positieve familie-anamnese - Sub-Sahara-Afrikaanse herkomst | Nno | Nno | Nno | Nno | - Diabetes mellitus - Vaat-/nierziekten - sommige auto-immuunziekten - preëxistente hypertensie - PE / HELLP vorige zwangerschap - Na eiceldonatie vermoedelijk verhoogd risico door: - leeftijd - erfelijke factoren, raciale verschillen (negroiden meer kans) - primi-graviditeit en primi-paterniteit - meerling-zwangerschap |
| Start anti-hypertensiva bij | Systolisch > 170 mmHg en/of diastolisch > 100 mmHg | Systolisch ≥ 160 mmHg of diastolisch ≥ 110 mmHg Er is onvoldoende bewijs om bloeddrukverlagende behandeling te adviseren bij matige hypertensie in de zwangerschap (systolisch 140-159 mmHg of diastolisch 90-109 mmHg). | Nno | RR $> 160/110$ mmHg | RRsyst ≥ 170 mmHg en RRdiast ≥ 110 mmHg | Systolisch > 160 mmHg en/of Diastolisch > 100 mmHg |
| Streefwaarden | Systolisch 140-160 mmHg Diastolisch 90-105 mmHg | 'Op basis van de literatuur geen consensus, advies om NVOG richtlijn 2005 te volgen': systolisch 140-160 mmHg diastolisch 90-105 mmHg. | PE: Systolisch 135 +/- 10 mmHg Diastolisch 85 +/- 10 mmHg HELLP: Systolisch 130 +/- 10 mmHg Diastolisch 80 +/- 10 mmHg | Systolisch: 130-160 mmHg Diastolisch: 90-100 mmHg | RRsyst 160-140 mmHg en RRdiast 95-105mmHg | Nno |
| Type anti-hypertensiva bij de novo instelling | 'Op basis van de literatuur kan niet aangegeven worden dat een bepaald medicament te verkiezen is' | 'Op basis van de beschikbare literatuur kan niet aangegeven worden dat een bepaald medicament te verkiezen is'. Middelen die de voorkeur verdienen zijn Methyldopa, Labetalol en Nifedipine. ACE-remmers, Angiotensine-receptorblokkers (ARB's) en directe renineremmers behoren in de zwangerschap niet gebruikt te worden. | Orale antihypertensiva: 1e keus: Methyldopa 2dd 250 - 3dd 1000 mg 2e keus: Adalat oros (Nifedipine) 1dd 30 mg - 2dd 60 mg 3e keus: Labetalol Bij ernstige PE 1e keus: Nicardipine i.v. 2e keus: Labetalol i.v. Stel in op duo-therapie • als (maximale dosering) monotherapie faalt ≥ 20 wk • 1e keus: Methyldopa + Adalat oros • andere medicatie alleen in overleg staflied/behandelend internist | Orale medicatie, geen voorkeur beschreven: Labetalol, Methyldopa, Nifedipine i.v. medicatie: 1e keus Labetalol 2e keus Dihydralazine | Asymptomatisch: orale antihypertensiva: Labetalol, Nifedipine, Methyldopa. bij preeclampsie/HELLP: Ketanserin, Labetalol, Adalat®. 1e keus bij HELLP Ketanserin | 1e keus: Methyldopa 2e keus: indien 3dd 500 mg niet volstaat, combitherapie (Methyldopa + Labetalol of Nifedipine) 2e keus: i.v. medicatie bij > 100 mmHg diastolisch bij hh |
| Start MgSO₄ | Bij ernstige PE Nno | Bij ernstige PE Bij matige PE kan behandeling met magnesiumsulfaat overwogen worden. | Bij ernstige PE | Bij ernstige PE met visusstoornissen en/of ernstige hoofdpijn | • Bij persisterende preeclampsische klachten • Bij zeer hoge bloeddrukken RRsyst ≥ 200 mmHg en/of RRdiast ≥ 120 mmHg ook zonder klachten | Bij ernstige PE (Nno) |
| Start corticosteroiden | Indien verwacht wordt dat geboorte voor 34 weken zal plaatsvinden. | Wanneer de geboorte voor 34 weken op korte termijn (binnen 2-10 dagen) verwacht wordt. | | Corticosteroiden overwegen bij AD 24-34 weken. | | |

| | NVOG (2005) | NVOG (2011) | U1 | U2 | U3 | U4 |
|---|--|-------------|---|---|--|---------------------------------------|
| Opname indicatie | Nno | Nno | Geïndividualiseerd | Nno | <ul style="list-style-type: none"> Milde PIH met klinische verschijnselen: persistente hoofdpijn, bovenbuikpijn, ernstige hyperreflexie, laboratoriumafwijkingen Hypertensie RR syst \geq 160 mmHg en RR diast \geq 100 mmHg met of zonder klinische verschijnselen Bij verdenking IUGR/ anhydramnion/afwijkende Dopplers | RR diastolisch > 100 Pre-eclampsie |
| Inductie partus | Nno | Nno | PE tussen 28 en 34 wk. Als géén ernstige PE: • Streven naar verlengen zwangerschap, tot max 37 wk Als ernstige PE: • In principe zwangerschap termineren >48 uur na start corticosteroiden • In uitzonderlijke gevallen individualiseren obv totale beeld (streven naar verlengen zwangerschapsduur, tot max. 34/7 wk PE tussen 34 en 37 wk Als géén ernstige PE: • Streven naar verlengen zwangerschap (tot max 37 wk) Als ernstige PE: • Termineren zwangerschap PE \times 37 wk Overweeg inductie, zeker als cervix rijp | Te overwegen bij ernstige PE Bij milde PIH bij AD >37 weken | Nno | Nno |
| Beleid PP | Verdient de aanbeveling lagere RR na te streven dan voor de bevalling. | Nno | Zet bestaande medicatie zo mogelijk voort tot 48 uur post partum | Klinische observatie gedurende minimaal 48 uur bij PE, 24 u. bij hypertensie. Streven naar RR systolisch <140 mmHg en diastolisch <90mmHg. Trombofilie-onderzoek bij ernstige PE voor AD 32 weken (minimaal 3 maand postpartum) | Streeftensie systolisch \leq 150 mmHg en diastolisch \leq 95 mmHg. | Nno |
| Beleid volgende zwangerschap | Acetylsalicylzuur mogelijk een gering preventief effect heeft bij vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie | Nno | Besprek met betrekking tot eventuele volgende zwangerschap wenselijkheid acetylsalicylzuur 1dd 80mg, van 12-36 wk | Bij ernstige PE en partus <34 weken: Acetylsalicylzuur 80 mg/dag in volgende graviditeit van AD 12-36 weken. Tweedelijnscontroles volgende graviditeit afhankelijk van ernst PE. | Nno | Nno |
| Follow up op cardiovasculaire aandoeningen | <ul style="list-style-type: none"> Standaardonderzoek naar hereditaire stollingsdeficiënties of antifosfolipide-antistoffen is, alleen te adviseren in onderzoekverband. Verhoogde kans op hypertensie op oudere leeftijd en een verhoogde kans op cardiovasculaire sterfte, met name indien de bevalling preterm plaatsvond | Nno | Wenselijkheid na onderzoek ter nadere precisering of predictie herhalingskans • >6 maanden post partum, zonder OAC, aspirine of antistolling • metingen: lengte, gewicht, automatische bloeddrukmeting (30 min) • bepalingen bloed (nuchter): Hb, trombocyten, kreat, ureum, ALAT, ASAT, lipidenprofiel (cholesterol, triglyceriden, HDL, LDL), vit-B6, vit-B12, foliumzuur, TSH, FT4, glucose, insuline, HbA1c, anticardiolipine (IgM, IgG), trombofilie-onderzoek (proteïne C, proteïne S, antitrombine, factor II-mutatie, factor V Leiden mutatie, factor VIII, lupus anticoagulans), homocysteïne | Nno | Nno | Nno |

Alle protocollen definiëren zwangerschapshypertensie als volgt: gemeten na twintig weken, voorheen normotensief en binnen drie maanden postpartum weer normotensief. Bovendien op twee momenten gemeten. Protocollen zijn willekeurig en verspreid over Nederland gekozen.

Afkortingen: MgSO₄ = magnesiumsulfaat; Nno = niet nader omschreven; NU = niet-universitaire opleidingskliniek; PE = pre-eclampsie; PIH = pregnancy induced hypertension; PP = postpartum; RR = bloeddruk; U = universitaire opleidingskliniek.

behandeling van pre-existente hypertensie of zwangerschapsgéïnduceerde hypertensie.⁷ In de 'strikte' behandeling werd gestreefd naar een diastolische bloeddruk \leq 85 mmHg, in de 'minder strikte' behandeling \leq 100 mmHg. In totaal werden 987 vrouwen geanalyseerd en blijkt er geen verschil te zijn tussen de groepen voor ernstige zwangerschapsuitkomsten (miskraam, EUG, zwangerschapsafbreking, perinatale sterfte), neonatale opnames op de NICU en ernstige maternale complicaties (o.a. sterfte, eclampsie, longoedeem, onbehandelbare hypertensie, leverfalen, nierfalen, myocardinfarct). Na een 'minder strikte'

behandeling bleek zich echter wel significant vaker een ernstige hypertensie te ontwikkelen in vergelijking met de 'strikte' behandeling. De NVOG-richtlijn, ontwikkeld voor publicatie van deze studie, geeft geen specifiek advies uit over deze streefwaarden en ook de auteurs brengen geen advies uit over naar welke streefwaarden hun voorkeur uitgaat.

Farmacologie

In de richtlijnen wordt expliciet gesteld dat er op basis van de huidige literatuur geen voorkeur uitgesproken kan worden voor een bepaald bloeddrukver-

| | NU1 | NU2 | NU3 | NU4 | NU5 |
|---|---|---|--|--|--|
| Definitie PIH matig ernstig | Systolisch > 140; diastolisch > 90 Ernstig of matig Nno | Matig: Systolisch \geq 140 mmHg en < 160 mmHg of diastolisch \geq 90 mmHg en < 110 mmHg. Ernstig: systolische \geq 160 mmHg of diastolisch \geq 110 mmHg. | Matig: systolisch 140-159 mmHg of diastolisch 90-109 mmHg. Ernstig: systolische bloeddruk = 160 mmHg of diastolisch = 110 mmHg. | Diastolisch > 90 mmHg en/of systolisch > 140 mmHg Ernstig of matig Nno | Diastolische tensie bij ten minste 2 metingen > 90 mmHg Diastolische tensie bij ten minste 1 meting > 110 mmHg Systolische tensie bij ten minste 1 meting > 140 mmHg |
| Definitie PE matig ernstig | Matig: diastolische RR kleiner of gelijk 110 mmHg in afwezigheid van klinische verschijnselen van PE Ernstig: diastolische RR groter of gelijk 110 mmHg met klinische verschijnselen van PE | Matig: systolische bloeddruk \geq 140 mmHg en/of diastolisch < 110 mmHg in afwezigheid van klinische verschijnselen Ernstig: systolische \geq 160 mmHg of diastolisch \geq 110 mmHg, of bij lagere bloeddruk waarden indien pre-eclampsische klachten of proteïnurie > 5 g/24 u. of kreatinine > 106 μ mol/l, tenzij eerder verhoogd of HELLP-syndroom | Alleen protocol over hypertensie. PE zal in ander protocol staan? | Zwangerschapshypertensie met proteïnurie Ernstig: PE met een van de volgende kenmerken: - Diastolische bloeddruk \geq 110mmHg of systolische bloeddruk \geq 160mmHg - Combinatie van hypertensie met proteïnurie van \geq 5gr/24uur - Oligourie \leq 500ml/24uur, of <25 ml/uur gedurende 3 uur - Cerebrale of visuele stoornissen - Longoedeem of cyanose - Pijn in epigastrio of rechter bovenbuik - Gestoorde leverenzym waarden - Trombocytopenie - Foetale groeivertraging | Matig: bij een diastolische bloeddruk < 110 mmHg in afwezigheid van klinische verschijnselen Ernstig: bij een diastolische bloeddruk \geq 110 mmHg, of indien klinische verschijnselen bestaan. |
| Bepaling proteïnurie | Proteïnurie: 300 mg / 24 u. urine \geq 500 mg/l of een teststrook 1+ of hoger (= 300mg/l) in portie urine | > 300 mg/24 u. of \geq albumin 2+ of eiwit/kreatinine ratio \geq 30 mg/mmol | \geq 300 mg/24 u. | \geq 300 mg/24 u. of \geq 2+ proteïnurie in dipstick EKR \geq 30 mg/mmol is suggestief voor significante proteïnurie | \geq 300 mg/24 u. |
| Risicofactoren | - Meerling- en molazwangerschap - Aantal chromosomale afwijkingen - Chronische hypertensie - Chronische vaat- en nieraandoeningen - Dislipidemie - SLE - Antifosfolipidensyndroom - Diabetes - Adipositas - Leeftijd > 40 jaar - Nullipara - Positieve familieanamnese - Sub-Sahara-Afrikaanse herkomst | - Nullipariteit - PE in vorige zwangerschap - Meerling/mola/chromosomale afw - Chronische hypertensie - Pre-existente vaat/nierziekten - Pre-existente D.M. - Adipositas - > 37 jaar - Hyperhomocysteinemie - Trombofilie - FA met PE en eclampsie | Nno | Nno | - Meerling- en molazwangerschap en een aantal chromosomale afwijkingen (met name triploidie). - Afwijkingen op cardiovasculair gebied: chronische hypertensie, chronische vaat- en nieraandoeningen, dislipidemie, SLE, antifosfolipidensyndroom, diabetes, adipositas, leeftijd > 40 jaar, en mogelijk een aantal aandoeningen die worden gekenmerkt door trombofilie. - Nullipariteit - Vrouwen met een zuster of moeder die pre-eclampsie heeft doorgemaakt, - Vrouwen van sub-Sahara-Afrikaanse herkomst |
| Start anti-hypertensiva bij | Systolisch > 170 mmHg Diastolisch > 110 mmHg | Systolisch > 160 mmHg Diastolisch > 100 mmHg | Nno | diastole \geq 100mmHg en/of systole \geq 150mmHg bij herhaling gemeten met minimaal interval 4 uur. | Diastole > 110 mmHg, tenzij bij chronische/essentiele hypertensie (90mmHg) of lab-afwijkingen/pre-eclampsie |
| Streefwaarden | Systolisch: 140 - 160 Diastolisch: 90 - 105 | Systolisch <160 mmHg Diastolisch 90 - 100 mmHg | Nno | Systolisch \leq 140mmHg Diastolisch \leq 90mmHg | Nno |
| Type antihypertensiva bij de novo instelling (onderscheid i.v. en oraal) | 1e keus: Methylodopa, max 3dd 750 2e keus: Adalat Indien acute daling vereist of RR diastolisch > 120 mmHg: labetalol of ketanserin i.v. | 1e keus: methylodopa, max 3dd 500 2e keus: adalat oros of retard 3e keus: labetalol oraal, max 3dd 600 Spoedbehandeling: Nifedipine 10 mg (1) labetalol iv (2) nicardipine iv | Nno | 1e keus: Labetalol (Trandate) 2e keus: Methylodopa (Aldomet) 3e keus: Nifedipine (Adalat OROS) Indien maximale dosis van eerste keuze middel bereikt dan pas overgaan op 2e adjuvante antihypertensivum. i.v. therapie: 1e keus: labetalol 2e keus: Nicardipine (op 1C) | Bij hypertensie, orale medicatie: 1e keus: methylodopa 2e keus: labetalol of nifedipine i.v. medicatie 1e keus: labetalol 2e keus: nicardipine 3e keus: ketanserin |
| Start MgSO₄ | Bij ernstige preeclampsie* | - hyperreflexie met clonus - insult - Combinatie lab afwijkingen en/of ernstige hoofdpijn en/of hyperreflexie en/of zeer ernstige hypertensie | Nno | Bij ernstige pre-eclampsische klachten of een diastolische bloeddruk \geq 110mmHg en/of systolische bloeddruk \geq 160mmHg | Preventie en behandeling eclampsie, Nno |
| Opname indicatie | Nno | Maternaal - RR > diastolisch 100 mmHg of systolisch > 160 mmHg - (Pre-)eclampsische klachten - Afwijkende lever- en/ of nierfuncties (H)ELLP syndroom Foetaal - Alleen bij actief beleid - Absent en reversed end-diastolic flow van de arteria umbilicalis - Afwijkend CTG - Afwijkende Doppler ductus venosus | Nno | Nno | Klinische opname indien diastolische tensie >105 mmHg of proteïnurie |
| Inductie partus | Nno | Vanaf 37 weken nastreven | Nno | - Bij zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie \geq 37 weken: inleiding - Bij ernstige pre-eclampsie \geq 34 weken: inleiding - Bij ernstige pre-eclampsie \geq 32 en <34 weken: corticosteroiden toedienen, stabiliseren en afhankelijk van maternale conditie inleiding of prim SC na 48h | Bij PIH vanaf AD 37 weken streven naar termineren zwangerschap |

| | NU1 | NU2 | NU3 | NU4 | NU5 |
|--|-----------------------------------|--|-------------------------|---|--|
| Beleid postpartum | 24 u. postpartum klinische opname | Nno | 24 u. postpartum opname | Streefwaarde bloeddruk <140/90, bij diabetes <130/85. Bij zwangerschapshypertensie: minimaal 24 u. klinische observatie. Bij pre-eclampsie: minimaal 48 uur klinische observatie. | 48 uur klinische opname |
| Beleid volgende zwangerschap | Nno | Indien ernstige pre-eclampsie e.c.i.< 34 weken in de anamnese, dan kan vanaf positieve hartactie profylaxe met Ascal 80-100 mg per dag tot en met 36 weken overwogen worden. | Nno | Nno | Nno |
| Follow up op cardio-vasculaire aandoeningen | Nno | Nno | Nno | Nno | Overweeg verwijzen naar universitair medisch centrum voor vasculair onderzoek Wijs vrouwen en hun huisarts op: - Associatie hypertensieve aandoeningen zwangerschap met hypertensie & complicaties op latere leeftijd. - Geen proteïnurie en geen hypertensie, verhoogd risico nieraandoening, echter absoluut risico laag, dus geen indicatie controle. - Advies 1x/jaar RR-meting bij huisarts |

Alle protocollen definiëren zwangerschapshypertensie als volgt: gemeten na twintig weken, voorheen normotensief en binnen drie maanden postpartum weer normotensief. Bovendien op twee momenten gemeten. Protocollen zijn willekeurig en verspreid over Nederland gekozen.

Afkortingen: MgSO₄ = magnesiumsulfaat; Nno = niet nader omschreven; NU = niet-universitaire opleidingskliniek; PE = pre-eclampsie; PIH = pregnancy induced hypertension; PP = postpartum; RR = bloeddruk; U = universitaire opleidingskliniek.

lagend medicament. Dit komt ook duidelijk naar voren in de protocollen. Voorkeuren zijn overwegend gebaseerd op eigen ervaringen en logistieke overwegingen. De gebruikte medicamenten zijn alle in overeenstemming met de opties die worden genoemd in de richtlijnen. Zoals eerder genoemd, is er slechts één transmuraal protocol en zijn de andere protocollen alleen opgesteld voor de betreffende kliniek. Hierin schuilt een potentieel gevaar. Het lijkt ons wenselijk dat er regionale afspraken worden gemaakt over het gebruik van (intraveneuze) bloeddrukverlagende medicijnen. Dit lijkt vooral belangrijk voor patiënten met een ernstige hypertensie of pre-eclampsie, voor wie overplaatsing naar een tertiair centrum geïndiceerd is, opdat er geen situaties ontstaan waarbij patiënten worden overgeplaatst naar een kliniek waar onvoldoende ervaring is met de reeds ingestelde (intraveneuze) therapie.

Inductie van de baring

Het is opvallend dat slechts in een aantal protocollen een beleid wordt geformuleerd ten aanzien van inductie van de baring. Ook in beide landelijke richtlijnen wordt hier geen advies over gegeven. In de afgelopen jaren zijn er twee belangrijke Nederlandse studies verschenen over dit onderwerp. De HYPITAT-I-trial toont aan dat inleiding van vrouwen met zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en matige pre-eclampsie in de à terme periode (>37 weken) gepaard gaat met minder progressieve ziekte naar ernstige hypertensie, terwijl de kans op een (spontaan) vaginale partus ongeveer gelijk blijft.⁸ De HYPITAT-II-trial laat zien dat bij een zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en matige pre-eclampsie er tussen de 34 en 37 weken zwangerschapsduur, indien de klinische conditie het toelaat, het beste een expectatief beleid kan worden gevolgd gezien het toegenomen risico op

neonatale complicaties, met name neonataal respiratoir distress-syndroom.⁹ Uit ervaringen van AIOS uit de praktijk blijkt echter dat resultaten van de HYPITAT-I-trial wisselend worden geïnterpreteerd en toegepast. Dit wordt ondersteund door een evaluatiestudie waaruit blijkt dat landelijk het aantal inleidingen bij hypertensie of milde pre-eclampsie na 36 weken is gestegen van 58,3% naar 67,1%.¹⁰ In de praktijk betekent dit dus dat een patiënt in ziekenhuis A wel ingeleid zal worden vanaf 37 weken, waarbij in ziekenhuis B eerst nog een expectatief beleid zal worden gevoerd.

Postpartumbeleid en volgende zwangerschap

In totaal hebben zeven van de negen protocollen een postpartumbeleid geformuleerd in hun protocol. De focus hierbij ligt op de opnameduur postpartum en de streefwaarden voor bloeddrukbehandeling. De opnameduur postpartum varieert van 24 tot 48 uur. Slechts drie protocollen geven een advies over het te voeren beleid in de volgende zwangerschap, dit terwijl er in de landelijke richtlijn wel een duidelijk advies wordt gegeven over de mogelijkheid tot gebruik van acetylsalicylzuur na een ernstige pre-eclampsie. In onze ogen behoort er in een protocol voor hypertensieve aandoeningen een duidelijk postpartumbeleid en advies voor een volgende zwangerschap te staan. Niet alleen om er voor te zorgen dat de zorg in deze periode effectief en veilig verloopt, maar ook zodat patiënten hier eenduidige informatie over krijgen.

Follow-up op cardiovasculaire risicofactoren

In 2013 is op initiatief van de NVOG een multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement

na een reproductieve aandoening ontwikkeld in samenwerking met de huisartsen, cardiologen, internisten, neurologen en radiologen.¹¹ Voor vrouwen met een zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie is het relatieve risico op hart- en vaatziekten weliswaar toegenomen, maar lijkt dit risico beperkt.¹² Er wordt dan ook geen aanvullende *follow-up* en diagnostiek geadviseerd voor vrouwen met zwangerschapshypertensie. Voor vrouwen met een doorgemaakte pre-eclampsie is duidelijk een toegenomen relatief en absoluut langetermijnrisico op hart- en vaatziekten.¹² Voor deze groep vrouwen is er een aantal adviezen geformuleerd. Allereerst wordt geadviseerd frequente bloeddrukcontroles postpartum te verrichten, tot de patiënte weer normotensief is. Verder wordt geadviseerd om patiënten na pre-eclampsie te *counselen* om een optimale cardiovasculaire gezondheid na te streven door adviezen te geven met betrekking tot een gezonde leefstijl. Uitgangspunten zijn: stoppen met roken, gezonde voeding, voldoende beweging en een optimaal gewicht nastreven. Tot slot wordt aanbevolen om bij deze vrouwen op 50-jarige leeftijd een risicoprofiel volgens de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement op te laten stellen. In principe zal zij hiervoor worden opgeroepen door haar behandelend huisarts. Het lijkt geen twijfel dat deze vrouwen bovenstaande informatie en leefstijladviezen moeten krijgen van hun behandelend gynaecoloog bij ontslag, zodat zij ook hier zelf initiatieven in kunnen nemen. Uit eigen ervaring weten wij dat in veel klinieken nog te weinig aandacht wordt besteed aan de *follow-up* op cardiovasculaire risicofactoren. Op dit moment heeft slechts één van de huidige protocollen deze kennis daadwerkelijk vertaald naar beleidsadviezen voor de langetermijn-*follow-up* gericht op cardiovasculair risicomanagement.

Slotconclusie

In alle klinieken lijkt de acute zorg voor hypertensieve aandoeningen goed georganiseerd en is een duidelijk lokaal beleid geformuleerd ten aanzien van diagnostiek en behandeling. Voor de medicamenteuze behandeling zijn wel verschillen op te merken per kliniek, maar zijn de overwegingen doorgaans goed vastgelegd. Wij verwachten dan ook geen problemen voor bijvoorbeeld een dienstdoende AIOS die wisselt van kliniek tijdens de opleiding. Het beleid ten aanzien van inductie van de baring ten opzichte van expectatief beleid bij zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie à terme wordt niet eenduidig geformuleerd. In de verschillende protocollen is er ook nog weinig aandacht voor risicofactoren, beleid in volgende zwangerschap en langetermijn-*follow-up* voor cardiovasculaire ziekten. Bij het verder ontwikkelen van de protocollen zou ons advies zijn om deze punten mee te nemen zodat er ook in de niet-acute setting een eenduidig beleid gevolgd kan

worden. Niet in de laatste plaats om onze patiënten van juiste informatie te voorzien. Bij voorkeur dienen deze protocollen een multidisciplinair, transmuraal en regionaal karakter te krijgen. Als laatste is het ons opgevallen dat het beleid rondom hypertensieve aandoeningen in en na de zwangerschap verwoord zijn in twee verschillende landelijke richtlijnen met daarbij nog een addendum. Het lijkt ons wenselijk dat dit in de toekomst wordt samengevoegd of dat er duidelijk wordt verwezen naar de aanvullende informatie die in elke richtlijn te vinden is.

Literatuur

1. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Richtlijn Hypertensieve aandoeningen*. Datum goedkeuring 2005-05-20, verantwoording NVOG, versie 2.0.
2. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Richtlijn Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap*. Datum goedkeuring: 2012-03-07, verantwoording NVOG, versie: 1.0.
3. Brown MA, Lindheimer MD, Swiet M de, et al. *The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)*. *Hypertens Pregnancy* 2001; 20: IX-XIV.
4. Waugh JJ, Clark TJ, Divakaran TG, et al. *Accuracy of urinalysis dipstick techniques in predicting significant proteinuria in pregnancy*. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 769-77.
5. Robert M, Sepandj F, Liston RM, Dooley KC. *Random protein-creatinine ratio for the quantitation of proteinuria in pregnancy*. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 893-5.
6. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Addendum bij multidisciplinaire richtlijn Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap uit 2011*. Datum goedkeuring: 2014-05-22. Verantwoording NVOG.
7. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, et al. *Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy*. *N Engl J Med* 2015;372:407-417
8. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H et al. *Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomized controlled trial*. *Lancet* 2009; 374(9694):979-88.
9. Broekhuijsen K, van Baaren GJ, van Pampus MG et al. *Immediate delivery versus expectant monitoring for hypertensive disorders of pregnancy between 34 and 37 weeks of gestation (HYPITAT-II): an open-label, randomised controlled trial*. *Lancet* 2015; 385(9986):2492-501.
10. van der Tuuk K, Koopmans CM, Groen H et al. *Impact of the HYPITAT trial on doctors' behavior and prevalence of eclampsia in the Netherlands*. *BJOG* 2011; 118(13):1658-60.
11. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Richtlijn cardiovasculair risicomanagement na een reproductieve aandoening*. Datum goedkeuring 2014-11-13, verantwoording NVOG, versie 1.0.
12. Wilson BJ, Watson MS, Prescott GJ, Sunderland S, Campbell DM, Hannaford P, et al. *Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study*. *BMJ* 2003; 326: 845.

De vervolgopleiding geëvalueerd

Een bezinning op BOEG

K.A. van Loon MSc. *onderwijskundige KNMG & MUMC+, onderzoeker VUmc, Amsterdam*
 prof. F. Scheele *gynaecoloog OLVG West, Amsterdam*

De opleiding gynaecologie en obstetrie was de eerste medische vervolgopleiding in Nederland met een volledig uitgeschreven opleidingsplan op landelijk niveau. Het opleidingsplan HOOG werd in 2005 gepubliceerd en vastgesteld door het College Geneeskundig Specialisme van de KNMG en was daarmee voorloper in Nederland als het gaat om modern opleiden.¹ In de afgelopen tien jaar hebben de ontwikkelingen rondom opleiden niet stil gestaan en is de eerste herziening van het landelijk opleidingsplan gerealiseerd, om op die manier aan te blijven sluiten bij de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van medische vervolgoopleidingen.² Dit heeft geresulteerd in een **Bezinning Op de Eindtermen voor Gynaecologen**, beter bekend als BOEG.³ Na de officiële invoering van BOEG in 2014 is het inmiddels doorgedrongen tot alle opleidingsklinieken. Hoog tijd voor een eerste evaluatie en een verdere bezinning, besloten het NVOG bestuur, het concilium en de VAGO.

Methode

Begin 2015 is er onder alle (plaatsvervangend) opleiders en AIOS gynaecologie in Nederland een enquête uitgezet die heeft geleid tot een respons van 59% bij de opleiders (n=54) en 60% bij de AIOS (n=220). Deze enquête is in het leven geroepen om de huidige stand van zaken rondom het opleiden te evalueren: wordt er in de praktijk daadwerkelijk 'BOEG' opgeleid? Is de implementatie van het nieuwe opleidingsplan goed verlopen? En is de kliniek klaar voor rol-specialisaties en flexibel opleiden? In dit artikel een eerste terugkoppeling van de meest opvallende resultaten en een visie op de toekomst van de opleiding.

Resultaten

Thema's

De grootste verandering in BOEG ten opzichte van HOOG zijn de thema's waaruit de opleiding is opgebouwd. De gehele opleiding is gevangen in vijftien thema's met daarnaast vijf differentiatiethema's. Elke AIOS dient voor elk thema bekwaam te worden verklaard. In BOEG worden ijkpunten gegeven wanneer een AIOS welk niveau van zelfstandigheid moet heb-

ben bereikt. Op twee thema's na lijkt er bij de geëncquêteerden weinig twijfel over te bestaan of de ijkpunten haalbaar zijn. Zowel over het thema 'seksuologie' (tabel 1) als 'kwetsbare ouderen' (tabel 2) lijkt veel onzekerheid te bestaan over de haalbaarheid van het ijkpunt. Het ijkpunt dat na vier jaar opleiding hiervoor wordt gegeven (niveau 4 = handelen zonder supervisie) wordt door een ruime meerderheid als niet reëel, dan wel onzeker beschouwd.

Tabel 1. Thema 'Seksuologie'. Is niveau 4 haalbaar na 4 jaar opleiding?

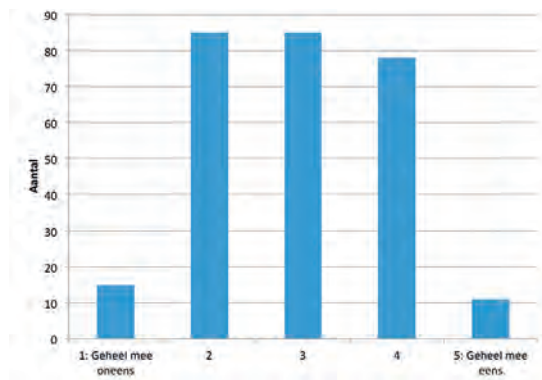
| Antwoord | Aantal | Procent |
|-----------------------|--------|---------|
| Ja | 114 | 41,8 |
| Nee | 75 | 27,5 |
| Weet niet/Geen mening | 84 | 30,8 |

Tabel 2. Thema 'Kwetsbare ouderen'. Is niveau 4 haalbaar na 4 jaar opleiding?

| Antwoord | Aantal | Procent |
|-----------------------|--------|---------|
| Ja | 111 | 40,7 |
| Nee | 48 | 17,6 |
| Weet niet/Geen mening | 114 | 41,8 |

Modern opleiden

Eén van de meest zichtbare veranderingen die de modernisering van de medische verolgeopleidingen met zich meebracht, is de implementatie van niet alleen medische, maar ook algemene competenties in de opleiding.^{4,5} De weerstand tegen deze *soft skills* zoals ze in de praktijk vaak worden genoemd, is langzaam afgenomen en dat medisch specialisten op meerdere gebieden competent moeten zijn dan alleen het medisch handelen is inmiddels algemeen geaccepteerd. Desondanks blijkt uit de enquête-resultaten dat er nog een groot gebrek wordt gevoeld aan handvatten die de algemene competenties kunnen toetsen en onderwijzen (figuur 1). De toetsinstrumenten die er wel zijn: KPB, OSATS, 360°-beoordeling en de CAT worden evenals zelfreflectie wel overwegend als zinvol betiteld.



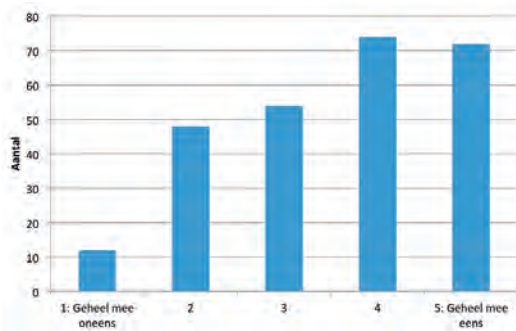
Figuur 1. De handvatten om de algemene competenties op een adequate wijze te onderwijzen en te toetsen ontbreken

Het CanBetter-project, dat onderdeel is van het landelijke MMV-project (Modernisering Medische Vervolgopleidingen), bepleit dat algemene competenties onderdeel zijn van bijna alle dagelijkse activiteiten van een AIOS en daardoor het best te leren zijn in bestaande activiteiten en niet als losse competenties.⁶ Dit lijkt binnen de meeste opleidingen nog niet te zijn aangeslagen. Slechts een paar deelnemers aan de enquête geven bijvoorbeeld aan dat AIOS bij maatschap vergaderingen aanwezig zijn en ook een activiteit als de VIM-bespreking (Veilig Incidenten Melden) wordt op veel plekken nog zonder AIOS uitgevoerd. Dit ondanks dat beide activiteiten bij uitstek geschikt zijn om aan niet medisch-inhoudelijke competenties te werken. Daarmee zijn de handvatten om de algemene competenties in de opleiding te brengen er wel, maar worden ze wellicht nog niet overal als dusdanig herkend en ingezet.⁷

Bekwaamheid

Meer dan 90% van de ondervraagden staat volledig achter het principe van geleidelijk bekwaamverklaren zoals in BOEG is opgenomen. Het enthousiasme hiervoor blijkt ook uit het gebruik. Een grote meerderheid geeft aan dat bekwaam verklaarde AIOS op niveau 4 (zonder supervisie) of 5 (zelf supervisie geven) ook daadwerkelijk zelfstandig mogen handelen in de praktijk. Uitzondering hierop is de diagnostische laparoscopie, waarbij veel deelnemers denken dat een bekwaam verklaarde AIOS deze activiteit ondanks het afgegeven vertrouwen toch niet volledig zelfstandig mag uitvoeren (figuur 2).

In verdere vragen naar de bekwaamheid en welke aspecten het meest worden meegenomen in de bekwaamverklaring denken geënquêteerden dat er vooral gekeken wordt naar eigen ervaring met de AIOS, het aantal gedane verrichtingen en de ervaringen van collega's (figuur 3). Factoren die aanzienlijk minder worden genoemd zijn de motivatie van de AIOS en het niveau van de AIOS op de algemene competenties.



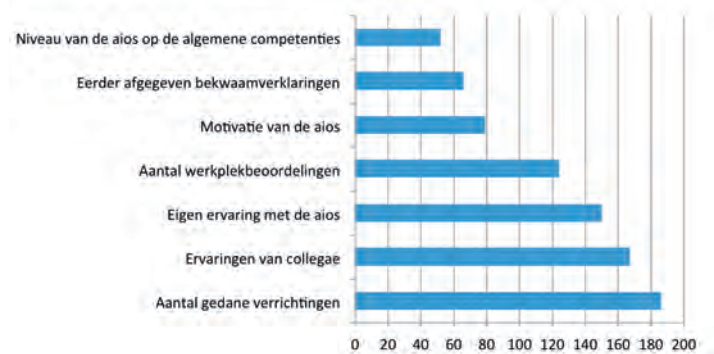
Figuur 2. In onze kliniek doen bekwaamverklarde AIOS op niveau 4 of 5 zelfstandig een diagnostische laparoscopie

Een laatste vraag naar bekwaamheid ging over wat de bekwaame gynaecoloog is: *Is een AIOS die voldoet aan alle bekwaamheidsniveaus voor verrichtingen zoals vastgesteld in BOEG een bekwaame gynaecoloog, met andere woorden is een gynaecoloog een 'optelsom van bekwaamheidsverklaringen'?*

De verdeeldheid in antwoorden bleek groot, waar 42% deze vraag bevestigend antwoordde was 58% het hiermee oneens. In een toelichting op deze vraag antwoordden de deelnemers dat de huidige bekwaamverklaringen voornamelijk gebaseerd zijn op verrichtingen en dat ze niet toereikend zijn voor het vak van gynaecoloog waar ook zaken als communicatie, samenwerking en professioneel handelen van groot belang zijn. Dit kan er op duiden dat deze eigenschappen voor sommigen niet als onderdeel van de huidige bekwaamheidsverklaringen wordt gezien en voor anderen wel. Om meer te kunnen zeggen over de achterliggende oorzaak van deze uitkomst wordt vervolgonderzoek gedaan.

Kwalitatieve reacties

Naast de gesloten vragen hadden deelnemers de mogelijkheid om in een open ruimte overige opmerkingen over BOEG te plaatsen. Een aantal terugkerende onderwerpen is gesignaleerd.



Figuur 3. Kunt u aangeven welke drie aspecten het belangrijkste voor u zijn in het afgeven van een bekwaamheidsverklaring?

Ervaring

Een onderwerp dat veelvuldig wordt aangestipt is de geringe ervaring die assistenten opdoen met zowel patiëntencontact als operatieve ingrepen. Een opleider verwoordt het als volgt: *'Ik zie BOEG als een kans om gericht en efficiënter op te leiden (...). Maar ik maak me wel zorgen over de toch geringe blootstelling aan daadwerkelijke patiëntencontacten. Ook al zijn de AIOS competent verklaard, bespeur ik nog vaak relatief weinig zelfvertrouwen.'*

Ook AIOS geven zelf aan dat de ervaring, of het gebrek daaraan, een zorg is in het opleiden. *'Mijn zorg is te weinig operatieve aantallen, er zijn teveel AIOS voor te weinig ingrepen.'* Een andere AIOS zegt: *'Ik was na vier jaar echt nog niet klaar om zelfstandig te opereren, zeker als je daarna twee jaar differentieert lijkt het me lastig om daarna die ingrepen zelfstandig te doen.'*

Sommigen AIOS geven aan dat het niet zozeer aan de mogelijkheid tot exposure ligt als wel hoe die mogelijke exposure verdeeld wordt over de AIOS: *'Iedereen vindt opereren leuk en wil daar tijd aan besteden. Nu gaat de regel op: wie het hardst schreeuwt wint.'*

Differentiatie

De laatste twee jaar van de opleiding waarin een differentiatie gekozen kan worden brengt ook enige zorgen met zich mee:

'De gynaecoloog aNno 2015 heeft een minder breed klinisch palet dan voorheen, differentiatie is prima voor academie, maar hoe zit dat in kleinere klinieken? Nu differentieert iedereen er op los, maar heeft geen idee of dit aansluit op de vraag van de arbeidsmarkt.'

De vraag of de opleiding wel voldoende aansluit bij de vraag uit de arbeidsmarkt is een vaak terugkomend onderwerp en onzekerheid hierover blijkt te overheersen bij de geënuquëerden.

Successen

Naast de zorgen zijn er ook successen die gedeeld worden: *'Door de bekwaamheidsverklaringen kunnen sommige AIOS veel eerder dingen zelf dan voorheen. Het is veel duidelijker. Dat is een grote verbetering!'* Ook over de differentiatie mogelijkheden zijn veel positieve reacties: *'Er wordt goed meegedacht om gepaste differentiatieplekken te vinden. Ook wordt er aandacht besteed aan opleiding minded werken (teach the teacher) en reflectie (interview).'*

Ondanks dat het BOEG-opleiden voor sommigen nog wel uitdagingen kent wordt de implementatie van het nieuwe opleidingsplan wel ruim voldoende gewaardeerd met een gemiddeld cijfer van 7,2 (sd=1,1) op een schaal van 1 tot 10 waarbij 10 het hoogst is. Grootste uitdaging die bij de implementatie werd benoemd, is de mix tussen HOOG en BOEG AIOS die tijdelijk is ontstaan.

Conclusie

Aan het begin van dit artikel stelden we drie centrale vragen waarop we aan de hand van de enquête resultaten antwoord proberen te geven. Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening worden gehouden dat de enquête vraagt naar de kijk van de geënuquëerde op de opleiding, daardoor kunnen de resultaten verschillen van de daadwerkelijke praktijk. Wel geven de resultaten een inzicht in hoe het veld tegen de op BOEG gebaseerde opleiding aankijkt. Door de nog enigszins beperkte groepsgrootte is er nog geen goed vergelijk mogelijk tussen de antwoorden van AIOS en opleiders. Dit zou voor de toekomst een interessante aanvulling kunnen zijn op de huidige analyse. Tussen de verschillende opleidingsregio's is geen significant verschil gevonden, de beperkte groepsgrootte per regio kan hierop van invloed zijn geweest.

Concluderend kan gesteld worden dat het opleiden volgens BOEG in alle opleidingsklinieken is doorgedrongen en dat de implementatie goed wordt gewaardeerd, afgezien van de logistieke uitdagingen die de mix van HOOG en BOEG AIOS soms met zich meebrengt.

Uit de enquête komt ook naar voren dat het bekwaam verklaren van AIOS een regulier onderdeel is geworden van de opleiding. Wel bestaan er nog grote verschillen in de onderdelen waarop iemand bekwaam verklaard wordt. Daar waar de één alleen lijkt te kijken naar de operatieve verrichtingen nemen andere ook de algemenere competenties mee in een bekwaamheidsverklaring. Dit verschil komt overeen met de onzekerheid die bij veel geënuquëerden leeft over het onderwijzen en toetsen van de algemene competenties. Vaak wordt aangegeven dat de algemene competenties moeilijk zijn in te brengen in de opleiding en dat bestaande situaties nauwelijks worden ingezet voor het opleiden in deze competenties. Een bekwaamheidsverklaring blijkt in de meeste gevallen wel gebruikt te worden waar die voor bedoeld is: zelfstandig werken. Uitzondering hierop is diagnostische laparoscopie. Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze activiteit als zeer moeilijk en risicovol wordt ingeschat, wat maakt dat de supervisor wil blijven meekijken.

De mogelijkheid tot differentiëren wordt gezien als een belangrijk onderdeel van BOEG en wordt positief beoordeeld. Wel bestaan er zorgen over of de eerste vier jaren voldoende zijn om alle basisvaardigheden op te doen en of de differentiaties wel aansluiten bij de vraag van de arbeidsmarkt.

Visie op de toekomst

Nu BOEG redelijk is geland, is er een aantal onderwerpen waarop doorontwikkeld moet worden.

Ten eerste de thema's seksuologie en ouderenzorg. We zullen de discussie moeten voeren hoe deze

vitale onderwerpen een beter beslag krijgen in de opleiding. Deze thema's leunen aan tegen een tweede onderwerp, de algemene competenties. Op dit moment is er een sterke beweging van AIOS naar meer aandacht op het gebied van management en leiderschap. Vele AIOS schrijven zich in voor *master-classes* op dat gebied. Die grotere aandacht voor de niet exclusief technische aspecten van het vak is bemoedigend, maar tegelijkertijd is duidelijk dat het werkplekleren die aandacht nog minder verankerd heeft. Opleidingsafdelingen moeten in de alledaagse routines en in de stevig verankerde structuren die aandacht voor algemene competenties een niet te omzeilen plek geven. Als er een pathologie bespreking is, waarom dan geen *shared decision making* (SDM) bespreking? Zo eenvoudig is SDM immers niet. Als er een complicatiebespreking is, waarom is die niet aan 'Veilig Incidenten Melden' en de bespreking daarvan koppelen? Waarom wordt er niet standaard kwaliteit van zorg gemeten om kosten-batenanalyses van het handelen te kunnen maken? Er is nog veel te doen aan de inbedding van de algemene competenties op de werkvloer. Het landelijke *Can-Better*-programma doet daar suggesties voor, maar de volgende stap zal nog veel meer diep in het dagelijkse werk gewortelde scholing zijn. Dat moeten we met elkaar ontwikkelen. Een essentiële tip daarbij is te bedenken dat zorgvernieuwing en opleiding hand in hand gaan en elkaar versterken. Een derde thema ligt op de versterking van het omgaan met bekwaam verklaringen. Die moeten niet over technische trucjes gaan, maar over zorg. Daar horen algemene competenties bij.

Uiteindelijk moeten onderwijsveld en pijlers aan de differentiaties werken. Differentiaties moeten beroeps-

normen volgen. Die ontwikkeling gaat steeds verder en in de komende jaren moeten er opleidingspaden rond de aandachtsgebieden worden uitgewerkt tot een niveau dat duidelijker is wat verwacht wordt van een opleiding tot aandachtsgebied houder.

Kortom, vanaf de BOEG zien we dat we goed op weg zijn, er is uitzicht op meer, maar er is nog wel een flinke inspanning te leveren.

Dankwoord

Zonder alle AIOS en specialisten die deze enquête hebben ingevuld, had deze evaluatie niet tot stand kunnen komen. Bij deze willen we iedereen zeer hartelijk bedanken voor zijn of haar bijdrage. In het bijzonder ook dank aan het VAGO-bestuur, dat zowel in de totstandkoming van de enquête als in het uitzetten er van onder de doelgroep een grote taak op zich heeft genomen.

Literatuur

1. *Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie (HOOG)*, NVOG 2005.
2. Frenk J., Bhutta Z.A., Chen L.C. et al. 2010. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world*. The Lancet: 376(9756):1923-1958.
3. *Bezinning Op Eindtermen Gynaecologen (BOEG)*, NVOG 2014
4. Frank J.R., Snell L.S., Cate O.T. et al. 2010. *Competency-based medical education: theory to practice*. Medical Teacher: 32(8):638-645.
5. Scheele F., Teunissen P., Van Luijk S. et al. 2008. *Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands*. Medical Teacher 30(3):248-253.
6. CanBetter project: www.knmg.nl/modernisering
7. Whitehead C.R., Kuper A., Hodges B. et al. 2015. *Conceptual and practical challenges in the assessment of physician competencies*. Medical Teacher 37(3):245-251.

Reactie

Van HOOG naar BOEG en verder

dr. I.W.H. van Empel AIOS cluster Nijmegen

De implementatie van het 'nieuwe' opleidingsplan is goed verlopen en er wordt inmiddels overal opgeleid volgens BOEG. Wel bleek de tijdelijke mix van HOOG en BOEG-AIOS een grote uitdaging. Dat concluderen Van Loon en Scheele op basis van de resultaten van de BOEG-enquête onder AIOS en opleiders. Herkenbare conclusies, zeker ook de laatste.

De overgangperiode

Toen ik in januari 2012 startte met de opleiding tot gynaecoloog (Cluster Nijmegen) viel ik officieel nog onder HOOG. Maar al tijdens mijn eerste jaar werd het opleidingsschema van mij (en dat van alle andere AIOS) omgezet naar BOEG volgens '2-2-2', ofwel: twee jaar basis perifeer, twee jaar basis academie en twee jaar differentiatie.



In de academie had dit tot gevolg dat het assistentenrooster grondig op de schop moest: dezelfde stages (zoals voortplantingsgeneeskunde) moesten nu in twee in plaats van tweeënehalf jaar tijd door alle AIOS worden afgerond. Dat paste niet, dus vond er herschikking en ook inkorting van de stages plaats. Daarnaast had men door de overgang van de oude '1,5-3-1,5-verdeling naar het nieuwe schema last van een tijdelijke leegloop in de academie: de jongerejaars AIOS bleven langer in de periferie, de ouderejaars AIOS gingen - als het even kon - eerder terug naar de periferie. Daar kon je immers veel opereren, iets waar zij in hun eerste jaren ook vaak weinig aan toegekomen waren.

In het CWZ, waar ik toen zat, werd het lokale opleidingsplan BOEG-*proof* gemaakt, Epass geïntroduceerd en werden de BOEG-bekwaamheidsniveaus standaard doorgenomen in de voortgangsgesprekken met de opleider. Al gauw - in april 2013 - startte de eerste differentiant, een vijfdejaars AIOS (officieel nog een HOOG-er), om zich te bekwamen in de operatieve behandeling binnen de 'benigne gynaecologie'. De prachtige verdeelsleutel die ik als toenmalig roosteraar had gemaakt om de OK-dagen zo eerlijk mogelijk te verdelen ging niet meer op. De jongerejaars maakten zich zorgen om hun operatieve *skills* en de differentiant wilde graag een goede differentiatie, zoals haar was toegezegd. Na een paar maanden 'aftasten' vonden we er allemaal onze weg in. Tussen de operaties door werd er soms van AIOS gewisseld en werden andere taken (zoals de VK-dienst) van elkaar overgenomen, zodat de marsupialisatie en sectio voor de jongerejaars waren en de laparoscopische hysterectomie voor de differentiant. Ook konden we, mits het rooster het toeliet, met twee AIOS opereren, wat voor beide partijen erg leerzaam en leuk bleek.

De differentiatie

De laatste HOOG-AIOS zijn bijna klaar en BOEG wordt steeds verder geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. Hoewel ik het soms jammer vind te moeten 'kiezen' om straks bepaalde dingen niet meer te doen (die AUE!), is het natuurlijk ook prachtig je al tijdens de opleiding verder te verdiepen en bekwamen in datgene wat je het meeste aanspreekt. Toch kiezen bij ons de meeste AIOS voor twee differentiaties, uit interesse, maar ook om breder inzetbaar te zijn voor de arbeidsmarkt. Of deze differentiaties daadwerkelijk aansluiten bij de huidige vraag van de arbeidsmarkt zal moeten blijken en komt elders in dit themanummer aan bod (enquête van de Commissie In- en Uitstroom).

Inmiddels krijgen differentiaties wel steeds meer vorm. Zo zijn in cluster Nijmegen reeds de 'eindtermen' en grove inhoud vastgelegd voor de belangrijkste differentiaties: iedereen die een bepaalde stage heeft gedaan beschikt dan over dezelfde basiskennis

en vaardigheden. Deze eindtermen worden gedragen door het gehele cluster.

Een voordeel hiervan is dat het duidelijkheid en richting geeft voor AIOS en opleiders en een soort kwaliteitsgarantie geeft voor aandachtsgebiedhouders. Een nadeel is dat het de creativiteit en flexibiliteit voor AIOS in de differentiatiefase mogelijk beperkt. Zo differentiëren de meeste AIOS, ook bij ons, nog steeds binnen het eigen cluster. Om praktische redenen, maar ook omdat het moeilijker inzichtelijk te krijgen is wat er 'extra te halen valt' in klinieken buiten het vertrouwde cluster.

BOEG: het moderne opleiden

Een voordeel van BOEG is, vind ik, dat het volop mogelijkheden biedt om je te ontwikkelen tot die medisch specialist die je graag wil zijn, in de breedste zin van het woord. Een pro-actieve houding van de AIOS en een meedenkende, flexibele opleider zijn wel belangrijke randvoorwaarden. Heb je bijvoorbeeld je bekwaamheden al sneller behaald, dan kun je toewerken naar niveau 5 of korting aanvragen en eerder starten met je differentiatie, maar je kunt die tijd ook op een andere manier nuttig besteden. Momenteel zitten we bijvoorbeeld met relatief veel AIOS in het Radboudumc. Daarom is er nu, als een AIOS daartoe verzoekt, soms ruimte voor ontwikkeling van andere competenties, zoals wetenschap of medisch leiderschap. Om me heen nemen steeds meer AIOS hierin ook de regie. Onze opleider is hierbij strikt waar het moet, maar flexibel waar het kan.

De toekomst

BOEG is zo slecht dus nog niet en raakt steeds beter geïmplementeerd in onze praktijk. Helaas blijkt de houdbaarheid van het gemiddelde opleidingsplan vaak beperkt. Mocht betere aansluiting op de dagelijkse praktijk nodig blijken, kan mijns inziens beter energie gestoken worden in finetuning tot 'BOEG 2.0' (de *iPhone-6S*-variant zeg maar), dan in weer een compleet nieuw opleidingsplan. Juist omdat de overgangperiode, vaak jarenlang, logistieke knelpunten geeft.

In BOEG 2.0 mag bijvoorbeeld de lijst met bekwaamheden worden gesimplificeerd (samenvoegen alle *level-2*-laparoscopieën) en meer aandacht zijn voor de beoordeling van algemene competenties, waarbij de AIOS zelf concrete plannen maakt hoe hij de afzonderlijke competenties wil laten toetsen (bijv. *professionaliteit* bij het afhandelen van een complicatie, of *samenwerking* tijdens een drukke verloskamerdienst). Tot slot pleit ik voor basis-eindtermen per differentiatie als kader, met volop ruimte voor verdere individualisatie, zoals een stage *intensive care* of een leergang medisch leiderschap.

Debat met Ruud Bekkers op algemene ledenvergadering VAGO Splitsing opleiding: nachtmerrie of toekomstdroom?

drs. F.J.G. Kusters *AIOS gynaecologie cluster Rotterdam en lid VAGO-bestuur*

Het zijn roerige tijden in opleidingsland. De maatschappij en patiënt verlangen steeds meer van medisch specialisten, zorgverzekeraars stellen meer eisen waarbij specialisten aantoonbaar ervaren en bekwaam moeten zijn en de overheid is op zoek naar kostenreductie door verkorting van de opleidingsduur. Een splitsing van obstetrie en gynaecologie in twee aparte opleidingen lijkt misschien wel eerder nabije dan verre toekomst. Aanleiding voor Ruud Bekkers om een ingezonden brief te plaatsen in het NTOG aan het begin van dit jaar.

Zo'n discussie doet uiteraard veel stof op waaien. Menig gynaecoloog ziet zichzelf nog als een echte *all-rounder*. Menig AIOS wordt gynaecoloog vanwege de enorme diversiteit in het vak. Reden voor het VAGO-bestuur om dr. Bekkers te vragen zijn opinie mondeling toe te lichten als afsluiting van de ledenvergadering op het Gynaecongres in Amersfoort dit voorjaar.

Een aantal pittige stellingen achter de hand ter eventuele prikkeling voor een discussie bleek alles behalve nodig. Na een korte en duidelijke toelichting van dr. Bekkers werd het debat met de zaal geopend. Het was aan de AIOS om te benoemen welke voors en tegens zij zagen: door ofwel de opleiding in zijn huidige vorm te verdedigen, danwel verder te bekritisseren. Hetgeen volgde was een uur durende, goed gestructureerde discussie, waarbij sporadisch emoties de boventoon voerden.

De meningen vanuit beide kanten blijken niet compleet op één lijn. Voorstanders van een vroege splitsing van de opleiding, of een mogelijke complete splitsing van gynaecoloog en obstetricus, zien net als dr. Bekkers de voordelen van een langer gedifferentieerde opleiding. Een gynaecoloog volgens de 'nieuwe' opleiding zou voordelen kunnen halen uit een vooropleiding heelkunde, terwijl de obstetricus een bredere opleiding geniet door bijvoorbeeld een jaar neonatologie in de opleiding te volgen. Verdieping leidt tot meer gespecialiseerde artsen en in lijn daarmee tot betere zorg in zijn eigen aandachtsgebied. Dit is overigens een scheiding die nu al in sommige academische centra gaande is. De perinatoloog heeft een gynaecologische achterwacht voor de laparoscopieën, de oncoloog belt de obstetricus in huis voor een vaginale stuitpartus.

Tegenstanders van een (vroege) splitsing benoemen juist de voordelen van een brede opleiding: door

steeds smaller te gaan denken worden obstetrische consequenties van gynaecologische pathologie straks niet meer herkend. Als je als perinatoloog een vitale fluxus op moet lossen met een B-Lynch of zelfs een hysterectomie, terwijl je nog nooit van het ligamentum rotundum hebt gehoord, leidt dat uiteindelijk tot slechtere patiëntenzorg. De superspecialist zit ver in zijn niche, waarmee hij de patiënt in zijn geheel uit het oog verliest.

Er is ook een veel zachter en eerder kort genoemd argument, dat veel werd gehoord tijdens de discussie. Menig AIOS kiest voor het specialisme obstetrie en gynaecologie omdat dit nou juist zo'n mooi en breed vak is. Het internistisch denken bij een zieke zwangere, de spoedeisende handelingen bij een vitale fluxus of schouderdystocie, de radiologie bij alle gynaecologische echo's, de operatieve vaardigheden van de gynaecologie. Het vrouwenarts zijn, van partus tot oncologie.

Van drastische maatregelen lijken de gevolgen vaak niet helemaal goed te overzien. Is de opleiding dan zo slecht zoals deze nu is? Zijn de opgeleide gynaecologen van nu zo veel minder goed getraind dan de gynaecoloog van 25 jaar geleden? Zijn dalende aantallen een bedreiging voor onze operatieve vaardigheden? Is het aanbod van patiënten nu niet veel groter waardoor er in minder opleidingsuren wel evenveel expositie is? Vragen die nauwelijks of niet goed te beantwoorden zijn. Als slot van de discussie werd aan de zaal gevraagd eens of oneens te stemmen op de stelling 'de opleiding obstetrie en gynaecologie zal over twintig jaar gescheiden zijn'.

Grofweg was 50% het met deze stelling eens, de andere helft duidelijk niet.

Recent kwam bovenstaande discussie ook aan bod tijdens een thema-ALV van de NVOG. Ook daar waren de meningen verdeeld. Is BOEG niet al een goede opmaat, die verder doorontwikkeld moet worden? Of hebben we over vijf tot tien jaar een basisdeel van twee jaar, waarna met kiest voor de gynaecologische of obstetrische kant van ons vak?

Duidelijk moge zijn dat ons vak binnen de huidige maatschappij aan verandering onderhevig is. Derhalve dient bovenstaande discussie over de toekomst van de opleiding obstetrie en gynaecologie verder gevoerd te worden. Een discussie waarin de VAGO graag participeert en wij nodigen u dan ook graag uit hierover met ons mee te denken!

Honderd jaar opleiding in beeld

De schoenendoos omgekeerd

dr. Annemijn Aarts
 drs. Ellen Nijkamp
 dr. Velja Mijatovic

In een themanummer over de opleiding verloskunde & gynaecologie kunnen natuurlijk geen foto's ontbreken. Beelden zeggen immers vaak meer dan woorden alleen. Middels een oproep in de NVOG-nieuwsbrief en in het NTOG zelf riepen we mensen op hun oude of niet zo oude (analoge of digitale) foto-albums in te duiken om foto's uit opleidingstijd met ons te delen. Het resultaat ziet u op de volgende twee pagina's, waarin we beelden hebben van 1920 tot 2015. Bijna 100 jaar opleiding in beeld dus! Van de ingezonden foto's hebben we een selectie

gemaakt die zo goed mogelijk opleidingsmomenten toen en nu weergeeft.

Behalve veranderende kledingstijl zien we dat het beeld van de opleiding is veranderd. In een aantal oudere foto's komt de meester-gezelconstructie goed naar voren. In meer recente foto's zien we meer (al dan niet alleen maar) vrouwelijke assistenten, zitten AIOS met elkaar in intervisiegroepen en zijn simulatietrainingen een vast onderdeel van de opleiding geworden.

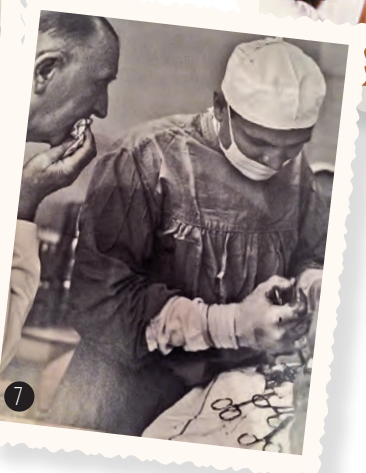
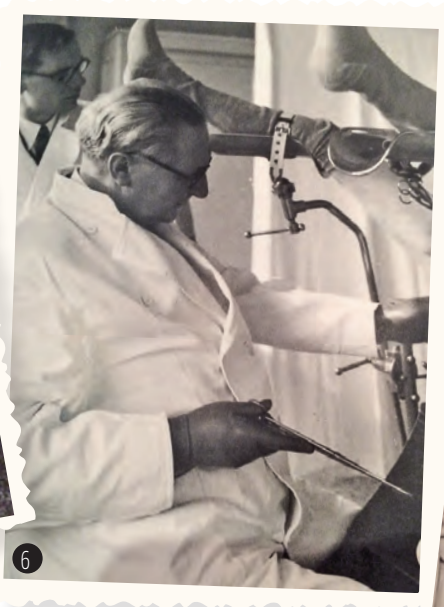
Dank aan alle inzenders!

- 1 Hector Treub met arts-assistenten, ca. 1910
- 2 Practicantenhuis - Kind in bed, feesten, 1929
- 3 Auscultatie foetale harttonen met stijve monaurale stethoscoop, ca. 1930
- 4 Prof. A.H.M.J. van Rooij, ca. 1930
- 5 Prof. A.H.M.J. van Rooij, ca. 1930
- 6 Prof. van Rooij bij vaginale ingreep, ca. 1930
- 7 Prof. van Bouwdijk Bastiaanse met AIO, ca. 1930
- 8 Practicantenhuis - Kind in Bed feesten, 1948
- 9 Grote visite, Wilhelmina Gasthuis, A'dam, 1970
- 10 Co-assistent: "Le héros est fatigué", 1978
- 11 Enthousiaste assistenten met forceps op fantoom, 1983
- 12 Abdominale hysterectomie, 1984
- 13 Arts-assistenten bij afscheid prof. Lammes, 1995
- 14 Arts-assistenten UMC St. Radboud, 2004
- 15 Simulatietraining, 2014
- 16 Simulatietraining, 2014
- 17 VUMC AIOS-onderwijs, 2015
- 18 Practicum, 2015
- 19 Europese AIOS oefenen obstetrische skills, 2015
- 20 Europese AIOS oefenen laparoscopie, 2015
- 21 Intervisie van AIOS, 2015
- 22 Fantoomonderwijs, 2015

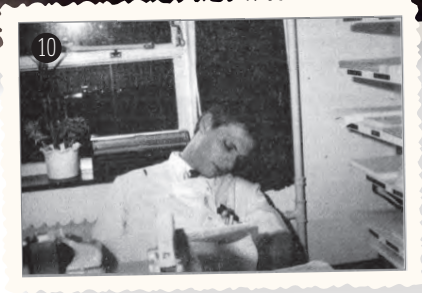
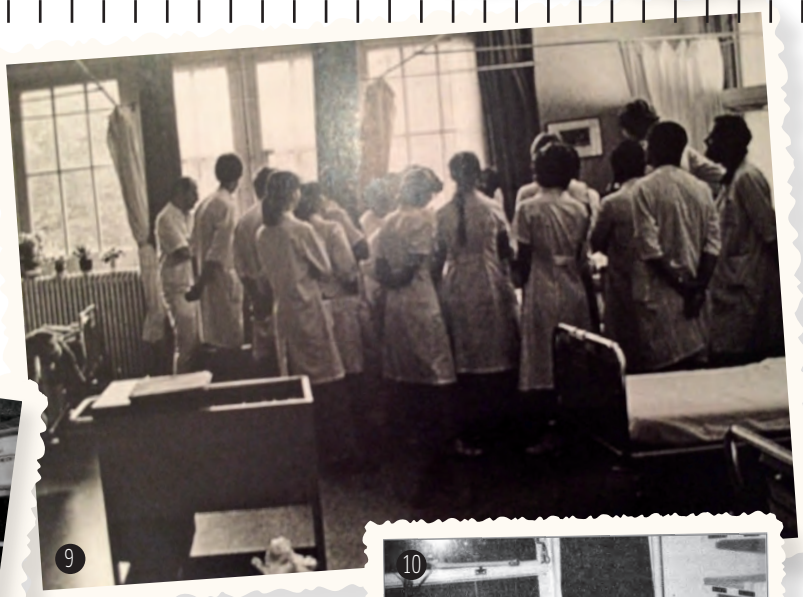
Bronnen: dr. V. Mijatovic (1, 6, 7, 9), Collectie Universiteitsmuseum Utrecht (2, 8), Em. prof. dr. Lammes (3, 12), Historische collectie M.J. van Lieburg (4, 5), dr. J.H.J.M. Meuwissen (10, 11), dr. R. Samlal (13), dr. M. Traas (14), drs. M. Berghuis (15, 16), drs. R. de Leeuw (17, 18, 22), drs. D. Koppes (21) en VAGO-bestuur (19, 20)



College, toen en nu



1915 1920 1925 1930 1935 1940 1945 1950 1955 1960



522



1965 1970 1975 1980 1985 1990 1995 2000 2005 2010 2015



column

If you don't go, you don't know

(Transportbedrijf Wim Bosman)



In het Comité van Aanbeveling van het Fonds Gezond Geboren zit ook multitalent Claudia de Breij, momenteel veelvuldig in het nieuws met haar boek *Neem een geit. Leven voor gevorderden*.*

Als ik co-assistenten begeleid, signaleer ik een groot verschil in levenswijsheid ten faveure van mijzelf (ahum, sorry dat ik zo opschep). Ik vraag me dikwijls af waarom ik al die jaren nodig heb gehad om te weten wat ik nu weet. Waarom word je door schade en schande wijs? Waarom niet even tijdens je adolescentie alles pikken van een oudere geest? In plaats van zelf in al die valkuilen te geraken?

Tijdens mijn opleiding tot gynaecoloog (1992) vreesde ik het ochtendrapport. Als er 's nachts in mijn dienst iets was misgegaan, dacht ik niet primair aan het leed van de vrouw, maar vooral: 'hoe ga ik dit vertellen om 8 uur'? Uitgeslapen koppen staken elkaar de loef af, de een nog slimmer dan de ander, en fileerden de vermoeide collega die de zon had zien opkomen. En denk maar niet dat de regels van fatsoenlijk feedback geven hierbij gehanteerd werden. En het eindverantwoordelijke staf lid schitterde meestal door afwezigheid. Maar nu, nu lust ik ze rauw.

Claudia de Breij en haar geliefde, journalist Jessica van Geel, hebben bekende Nederlanders tussen de 68 en de 80 jaar geïnterviewd en gevraagd of ze hun wijsheden wilden delen. Hoe leef je het leven? Geef ons eens wat tips, zodat wij niet zelf dat wiel hoeven uit te vinden. Bespaar ons het dwalen. Eindresultaat: een verrassend boek dat leest als een trein. De levenslessen die zijn opgetekend lenen zich uitstekend om het vak van gynaecoloog te verlichten. Vraag het boek voor onder de kerstboom en het leven wordt kinderlijk eenvoudig.

Bijvoorbeeld:

- *Neem de tijd om terug te kijken naar wat je hebt gedaan en doe dat met een zekere mildheid.* Deze wijsheid is van **René Gude**. Komt uitstekend van pas bij het likken van de wonden na een complicatie.
- *Zorg dat het thuis goed geregeld is. Soms krijgt het vak wel erg veel voorrang.* **Paul van Vliet**, inmiddels 80 jaar oud, wijst ons op het belang van een goed thuisfront en dat je daar wel eens wat zuiniger op mag zijn.
- **Geert Mak** komt met een mooie strafmaatregel. Staat iemand hem naar het leven dan geeft hij die 'innerlijke straf'. Gewoon even (minstens!) drie maanden, of zelfs één jaar niet aardig doen tegen deze persoon. Hilarisch vind ik het, maar ik geef in onze ziekenhuiswereld toch liever de voorkeur aan een goede mediator.
- *Act your age, not your shoe size, baby.* Een citaat van **Prince**. Wees oké met je leeftijd, doe niet je best om er jonger uit te zien. Dat laatste zal ons niet lukken na een 24-uursdienst.
- *Opvoeden is gewoon heel moeilijk* volgens de **moeder van Claudia** en datzelfde geldt in ons vak voor opleiden, dunkt mij.
- *Wees professioneel*, adviseren **Hans Wiegel** en **Anne-Wil Blankers**. Dat betekent niet je emoties uitschakelen, maar gewoon volle bak doen wat je vak op dat moment van je vraagt. Uitstekend toepasbaar op onze werkvloeren, zeker wanneer de medische ellende in hoog tempo over ons heen raast. Wiegel functioneerde, toen hij voor de tweede keer weduwnaar werd, als minister van Binnenlandse Zaken, niet als iemand met verdriet.
- *Zeg het gewoon.* Oftewel, onze SABAR-communicatie.
- *Je bent gebouwd op celdeling, vooruitgang, groei. En dat gaat allemaal naar de gossiemijne, een keer.* Zegt **Paul van Vliet**. Zolang het nog heel is, doe er iets mee.
- *Always sign your own cheques.* Ga ook zelf kijken naar een patiënte, in plaats van uitsluitend arts-assistenten superviseren.
- *Als het makkelijk was zou iedereen het doen.* Deze wijsheid komt tot ons via de **vader van Claudia de Breij**, maar is oorspronkelijk van **Baruch de Spinoza**. Dat geldt natuurlijk bij uitstek voor ons unieke vak. Laten we dus maar eens heel trots zijn op onszelf.



Als ik met enige regelmaat naar mijn oude vader in Twente rijd, zie ik vrachtwagens rollen met slogans erop. De titel van deze column las ik achterop zo'n truck. We moeten toch veel in het leven zelf ontdekken. Claudia helpt ons op weg met haar boek. Ook zij las iets op de achterkant van een auto: *Don't follow me, I'm lost too!*

Mieke Kerkhof

* *Neem een geit*, door Claudia de Breij, Lebowski publishers Amsterdam 2015, ISBN 978 90 488 2620 9.

In de vena umbilicalis bij retentio placentae

Zorgt oxytocine-injectie voor minder manuele placentaverwijderingen?

drs. H. Breet *co-assistent Zaans Medisch Centrum, thans AMC, Amsterdam*

drs. A. Hooker *gynaecoloog, Zaans Medisch Centrum, Zaandam*

Achtergrond

Retentio of vastzittende placentae wordt gedefinieerd als een conditie waarbij de placenta een uur of langer na de geboorte van het kind nog niet is geboren.^{1,2} Het specifieke proces dat leidt tot het loslaten en vervolgens de geboorte van de placenta na geboorte van het kind is nog niet geheel opgehelderd. Contracties van de uterus lijken een belangrijke rol te spelen bij het proces van loslating van de placenta.^{1,2} Oxytocine zorgt voor uteruscontracties en wordt veelvuldig gebruikt in het nageboortetijdperk om het bloedverlies te beperken en loslating van de placenta te bewerkstelligen.²⁻⁴

Een vastzittende placenta gaat gepaard met een hoog risico op maternale complicaties, vooral bloedverlies, en is in potentie een levensbedreigende situatie. De behandeling van een vastzittende placenta is het uitvoeren van een manuele placentaverwijdering (MPV). Bij één tot drie procent van de bevallingen wordt een MPV uitgevoerd.⁵ De ingreep op zichzelf gaat ook gepaard met complicaties; namelijk infectie en trauma aan de vagina, cervix en uterus.^{2,3}

In de loop der jaren is er gezocht naar simpele en non-invasieve technieken en interventies om het proces van placentaloslating te bevorderen om complicaties te voorkomen maar voornamelijk om de noodzaak tot het uitvoeren van een MPV te voorkomen. Injectie van NaCl in de vena umbilicalis bij vrouwen met een vastzittende placenta om loslating van de placenta te bewerkstelligen werd in 1826 voor het eerst beschreven door Asdurali en Mojon onafhankelijk van elkaar.^{6,7} Het werkingsmechanisme van injectie in de vena umbilicalis is nog onbekend maar berust waarschijnlijk op een lokale werking van het middel op de plek van de falende contractiliteit. Tevens zou het hydraulische effect van de geïnjecteerde vloeistof zorgen voor mechanische druk waardoor de placenta loslaat.⁸

In 1953 beschreef Senatore voor het eerst intraveneuze oxytocine injectie in de vena umbilicalis.⁹ De

gedachte is dat het toevoegen van oxytocine aan de oplossing, de effectiviteit van de interventie zou vergroten. Het doel van deze PICO is om vast te stellen of injectie van een oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis de noodzaak tot een MPV vermindert.

Vraagstelling

Vermindert injectie van oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis bij een vastzittende placenta de noodzaak tot een MPV ten opzichte van een afwachtend beleid? Secundair werd gekeken naar hoeveelheid bloedverlies, bloedtransfusie, infecties, secundaire chirurgische interventies en duur van ziekenhuisopname.

P: Vrouwen met een vastzittende placenta

I: Injectie van oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis

C: Afwachtend beleid

O: Noodzaak tot MPV

Zoekstrategie

Allereerst werd er in de *Cochrane Library* gezocht met de zoekterm 'umbilical vein oxytocin'. Hierbij werden twee resultaten gevonden. Vervolgens werd in *Pubmed* gezocht met de volgende zoekstrategie: ("Placenta, Retained"[Mesh] OR retained placenta*[tiab] OR manual removal*[tiab])) AND (((("Umbilical Veins"[Mesh] OR umbilical vein*[tiab])) AND (((("Oxytocin"[Mesh] OR oxytocin[tiab] OR ocytocin[tiab] OR syntocinon[tiab] OR pitocin[tiab])) OR ("Oxytocics"[Mesh] OR oxytocic[tiab] OR uterine stimulant*[tiab])) OR "Oxytocics" [Pharmacological Action])). Deze zoekstrategie leverde 42 resultaten op. De resultaten uit de *Cochrane Library* werden ook in *Pubmed search* gevonden.

Na selectie van alle artikelen op titel en abstract werden vijftien artikelen geëxcludeerd; het was duidelijk dat injectie van vloeistoffen in de vena umbilicalis bij een vastzittende placenta in deze artikelen niet werd

onderzocht. Van de resterende 27 artikelen werden er 21 geëxcludeerd omdat ze niet voldeden aan de PICO; ze onderzochten alleen de injectie van NaCl in de vena umbilicalis (n=2), hadden geen controle groep (n=4) of vergeleken oxytocine-injectie in de vena umbilicalis met een injectie van alleen NaCl (n=12), injectie van NaCl met prostaglandine (n=4), injectie van NaCl met ergometrine (n=3) of injectie met een plasma-expander, dextran (n=1). Vijf van deze studies onderzochten meerdere vergelijkingen, maar niet de vergelijking van onze PICO, namelijk injectie van oxytocine met expectatief beleid. Uiteindelijk werden er zes relevante artikelen geïnccludeerd, waaronder één *Cochrane review*. Vier relevante artikelen uit onze *search* zijn in deze *Cochrane review* opgenomen. Alle geïnccludeerde artikelen waren *randomized controlled trials* (RCTs).

Bespreking

De *Cochrane review* van Nardin et al., met als titel *Umbilical vein injection for management of retained placenta*, werd in 2011 gepubliceerd.² Vijf studies in de *Cochrane review* vergeleken het injecteren van oxytocine in NaCl-oplossing in de vena umbilicalis met een afwachtend beleid. Vier van deze studies kwamen als relevante studies uit onze zoekstrategie.⁹⁻¹² Het vijfde artikel uit de *Cochrane review* betrof een niet-gepubliceerde studie.¹³ De gegevens zijn uit de *review* overgenomen. Hiernaast voldeed nog een ander artikel, gepubliceerd na de *Cochrane review*, aan de PICO.¹⁴ Deze werd in onze analyse meegenomen.

Resultaten

In de zes studies werden in totaal 505 vrouwen geïnccludeerd, variërend van 32 tot 191 vrouwen per studie. De details van de geïnccludeerde studies zijn in tabel 1 samengevat. De studies van Carroli et al., (1998), Huber et al. (1991) en Lim et al. (2011) waren van hoge methodologische kwaliteit^{9,10,14}, terwijl de studies van Gazvani et al. (1998), Kristiansen et al. (1987) en Thiery et al. (1987)¹¹⁻¹³ van lage methodologische kwaliteit waren. De methodologische kwaliteit werd beoordeeld volgens de criteria van de *Handbook for Systematic Review of Interventions*.¹⁵

Om de tijdstip van de interventies uniform te kunnen rapporteren, werden alle tijdstippen berekend, vanaf de geboorte van het kind, dit was T=0. Het tijdstip waarop vrouwen werden geïnccludeerd varieerde in de studies: van T=15 tot T=30 minuten, zie tabel 1. In alle studies werden vrouwen direct na inclusie gerandomiseerd voor oxytocine-injectie in de vena umbilicalis of afwachtend beleid. De randomisatie procedure werd als geblindeerd beschreven in alle studies, behalve in de studie van Kristiansen et al. (1987); in deze studie werd dit niet vermeld.

Een afwachtend beleid was niet uniform gedefinieerd en gerapporteerd in de verschillende studies en

varieerde van handelen naar beoordeling door de clinicus, het herhaaldelijk uitvoeren van *controlled cord traction* (CCT) en het direct verrichten van een MPV. Het tijdstip van uitvoering van de MPV werd in vier studies beschreven; in twee studies 15 minuten na inclusie^{12,13} en in twee studies 30 minuten na inclusie.^{9,14} In de studie van Huber et al. (1991) werd het tijdstip van de MPV overgelaten aan de clinicus¹⁰ en in de studies van Kristiansen et al. (1987) werd het tijdstip van de MPV niet nader gespecificeerd.¹¹ In totaal kregen 264 vrouwen een oxytocine-oplossing in de navelstreng geïnjecteerd en zaten 241 vrouwen in de groep 'afwachten'. De gebruikte oxytocine-oplossing in de studies varieerden van 10IE in 10ml tot 100IE in 30ml NaCl, zie tabel 1. In de studie van Carroli et al. (2011) werd initieel 20IE in 20ml gebruikt wat later veranderd werd naar 20IE in 40ml NaCl.⁹

MPV en tijd tot geboorte placenta

De primaire uitkomstmaat, namelijk de hoeveelheid verrichte MPV werd in alle zes studies gerapporteerd. In totaal ondergingen 126 van de 264 vrouwen (47,7%) in de oxytocinegroep een MPV vergeleken met 144 van de 241 vrouwen (59,8%) in de afwachtgroep. Er ondergingen significant minder vrouwen in de oxytocinegroep een MPV, RR 0,81, 95% CI 0,69-0,95 (zie figuur 1).

De tijd tot geboorte van de placenta vanaf de interventie werd in twee studies vermeld. In de studie van Lim et al. (2011) was de mediane tijd tot geboorte 5 minuten (4-10) in de oxytocine groep en 15 minuten (10.75 - 21.75) in de afwacht-groep, het verschil was niet statistisch significant.¹⁴ In studie van Huber et al. (1991) respectievelijk 15 minuten in de oxytocine-groep en 18 minuten in de afwacht-groep, dit verschil was statistisch significant.¹⁰

Bloedverlies en bloedtransfusie

De hoeveelheid (gemeten) bloedverlies werd gemeld in drie studies (zie tabel 1). In de studie van Carroli et al. (1998) was het mediane bloedverlies in de oxytocinegroep 365ml, *interquartile range* (IQR) 300-700 en in de afwacht-groep 300ml (IQR 200-500).⁹ Huber et al. (1991) rapporteerde een mediaan bloedverlies van 800ml in de oxytocinegroep en 650ml in de afwacht-groep.¹⁰ In de studie van Lim et al. (2011) was het mediane bloedverlies in de oxytocinegroep 300ml (IQR 250-412.5) en 400ml (IQR 300-500) in de afwacht-groep.¹⁴ In de drie studies was het verschil tussen beide groepen niet statistisch significant. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het kleine groepen betrof.

De uitkomsten *meer dan 500ml* en *meer dan 1000ml* bloedverlies na inclusie werden apart vermeld. In drie studies hadden 32 van de 126 vrouwen (25,4%) in de oxytocinegroep meer dan 500ml bloedverlies na inclusie en 26 van de 120 vrouwen (21,7%) in de

afwacht-groep.^{9,12,14} In twee studies hadden 7 van de 100 vrouwen (7%) in de oxytocinegroep en 5 van 91 vrouwen (5,5%) in de afwacht-groep meer dan 1000 ml bloedverlies na inclusie.^{9,14} Het verschil was voor beide uitkomsten niet statistisch significant, RR 1,13 (95% CI 0,75-1,76) en RR 1,24 (95% CI 0,41-3,76).

Bloedtransfusie werd aan 20 van de 150 vrouwen (13,3%) in de oxytocinegroep gegeven in vergelijking met 22 van de 148 vrouwen (14,9%) in de afwacht-groep in drie studies.^{9,12,14} Het verschil was statistisch niet significant (RR 0,86, 95% CI 0,50-1,49).

Overige resultaten

In twee studies werd de hoeveelheid chirurgische ingrepen vanwege een placentarest gerapporteerd.^{9,14} Er werden bij 23 van de 124 vrouwen (18,5%) in de oxytocinegroep een ingreep verricht vergeleken met 32 van de 119 vrouwen (26,9%) in de afwacht-groep; het verschil was statistisch niet significant, RR 0,68 (95% CI 0,43-1,07). Atonie van de uterus werd in één studie onderzocht.¹¹ De incidentie was 1 op de 30 vrouwen (3,3%) in de oxytocinegroep tegenover 8 op de 31 vrouwen (25,8%) in de afwacht-groep. Er werd in de oxytocinegroep significant minder atonie van de uterus beschreven, RR 0,13 (95% CI 0,02-0,97). Er werden tevens significant minder uterotonica gebruikt in de oxytocinegroep, RR 0,52 (95% CI 0,29-0,97).

Er werden geen significante verschillen gevonden voor de uitkomsten hemoglobinewaarde (24-48 uur en 40-45 dagen post partum), infecties, ernstige maternale morbiditeit, maternale mortaliteit en verblijf in het ziekenhuis (meer dan twee dagen), alhoewel de uitkomsten in relatief weinig studies werden vermeld.

Discussie

Uit onze analyse blijkt dat er significant minder vrouwen met een vastzittende placenta een MPV ondergaan na injectie van een oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis in vergelijking met een expectatief beleid, de *number needed to treat (NNT)* is 8,3. Verder lijkt de tijd tot geboorte van de placenta korter te zijn in oxytocinegroep, echter het verschil was niet significant. Er werden geen verschillen gevonden in de meest voorkomende complicaties, alhoewel de meeste uitkomsten in relatief weinig studies werden vermeld. In de enige studie die uterusatonie als uitkomst rapporteert, werden er significant minder uterusatonie vermeld in de oxytocinegroep en minder uterotonica gebruikt, echter het gemeten bloedverlies en noodzaak tot bloedtransfusie was niet verschillend.

Injectie van een oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis is een simpele, makkelijke en goedkope interventie. Deze interventie zou kunnen worden ingezet in afwachting van een MPV, het liefst zonder tijdverlies aangezien er tijd nodig is om de ingreep te

regelen en uit te voeren. Het is niet geheel duidelijk tot welk tijdstip een effect van de oxytocine-injectie mag worden verwacht. Op basis van de studie van Lim et al. (2011), wordt het tijdstip van 10-15 minuten gepropageerd; de overgrote meerderheid van de vastzittende placenta's die geboren werden gebeurde binnen tien minuten na de interventie.¹⁴ Langer wachten zou kunnen leiden tot toename van bloedverlies.

Alhoewel er een significant verschil werd waargenomen ten gunste van de oxytocinegroep, zijn er belangrijke beperkingen. De belangrijkste is het kleine aantal gerandomiseerde studies (n=6) die voldeden aan de PICO. De studies hadden tussen de 32 en 191 deelnemers; in totaal werden maar 505 vrouwen geanalyseerd. Het gelimiteerde aantal studies met relatief weinig deelnemers beperkt het statistische vermogen om verschillen te kunnen detecteren. Het tijdstip waarop er werd gestart met de injectie in de vena umbilicalis verschilde in de studies: tussen 15 en 30 minuten na de geboorte van het kind. Er waren significante verschillen in de gebruikte oxytocinedoseringen en toegediende volumes: van 10IE in 10ml tot 100IE in 30ml. Een relatie tussen oxytocinedosering en toegediend volume op de gerapporteerde uitkomsten kan niet worden uitgesloten.

In de studies was afwachtend beleid niet eenduidig gedefinieerd en gerapporteerd; in sommige studies werd CCT herhaald uitgevoerd (om de 2-3 minuten) terwijl in andere studies geen definitie werd gegeven van expectatief beleid. Het was veelal onduidelijk welke acties er werden ondernomen en waarom en op basis van welke feiten en omstandigheden er tot een MPV werd besloten. Andere belangrijke en relevante uitkomsten, zoals hoeveelheid bloedverlies en noodzaak tot bloedtransfusie, werden nauwelijks gerapporteerd.

Andere interventies

In de *Cochrane review* van Nardin et al. (2011) werd naast de injectie van oxytocine in NaCl-oplossing in de vena umbilicalis versus afwachtend beleid, injectie in de vena umbilicalis met andere oplossingen met elkaar of expectatief beleid vergeleken (zie tabel 2).² Er werden geen significante verschillen gevonden voor de noodzaak tot MPV voor de vergelijkingen injectie van NaCl versus expectatief beleid, RR 0,99 (95% CI 0,84-1,16), injectie van oxytocine in NaCl-oplossing versus injectie van NaCl, RR 0,91 (95% CI 0,82-1,00) en injectie van oxytocine in NaCl-oplossing versus injectie van plasma-expander Dextran 70, RR 1,34 (95% CI 0,97-1,85).

Er werden significante verschillen gevonden in de noodzaak tot MPV voor de vergelijkingen injectie van prostaglandine in NaCl-oplossing versus injectie van NaCl (2 studies met 51 deelnemers), RR 0,42 (95% CI 0,22-0,82), en voor de vergelijking injectie van prostaglandine in NaCl-oplossing versus injectie van oxy-

Tabel 1. Geïnccludeerde studies die oxytocine injectie in de vena umbilicalis vergelijkingen met expectatief beleid bij vrouwen met

| Studie | Type | Interventie | Tijdstip toewijzing interventie (min)* | N |
|--------------------------------|-----------------|-------------------------|--|----|
| Carroli ⁹ 1998 | Multicenter RCT | 20IE oxytocine in 20ml | T=30 | 24 |
| | | 20IE oxytocine in 40ml | T=30 | 74 |
| | | Expectatief | T=30 | 93 |
| Gazvani ¹² 1998 | RCT | 20IE oxytocine in 20ml | T=30 | 26 |
| | | Expectatief | T=30 | 29 |
| Huber ¹⁰ 1991 | Multicenter RCT | 10IE oxytocine in 20ml | T=30 | 72 |
| | | MPV | T=30 | 59 |
| Kristiansen ¹¹ 1987 | RCT | 10IE oxytocine in 10ml | T=20 | 19 |
| | | MPV | T=20 | 16 |
| Thiery ¹³ 1987 | RCT | 10IE oxytocine in 20ml | T=15 | 19 |
| | | Expectatief | T=15 | 13 |
| Lim ¹⁴ 2011 | RCT | 100IE oxytocine in 30ml | T=20 | 30 |
| | | Expectatief | T=20 | 31 |

* Om de tijdstip van de interventies uniform te kunnen rapporteren, werden alle tijdstippen berekend vanaf de geboorte van het kind, dit was T=0.

tocine in NaCl-oplossing (2 studies met 62 deelnemers), RR 0,43 (95% CI 0,25-0,75). Voor de uitkomsten additionele uterotonica, bloedverlies, buikpijn en koorts werden geen verschillen gevonden in beide vergelijkingen. De huidige studies zijn klein en van lage methodologische kwaliteit.

Conclusie en aanbevelingen

Injectie van een oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis is een simpele, makkelijke en goedkope interventie. De huidige literatuur toont aanwijzingen dat injectie van een oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis een effectieve interventie is in het voorkomen van een MPV bij vrouwen met een retentio placenta, met een NNT van 8,3. Er waren geen verschillen in complicaties en er werden geen

bijwerkingen gerapporteerd, ondanks soms hoge doseringen tot 100IE oxytocine. Alles in acht nemend, zou oxytocine-injectie in de vena umbilicalis een plaats verdienen in de behandeling van vrouwen met een vastzittende placenta. De interventie zou kunnen worden ingezet in afwachting totdat een MPV uitgevoerd kan worden. Verder onderzoek is noodzakelijk om het juiste tijdstip en de juiste dosering en volume van oxytocine-injecties in de vena umbilicalis te bepalen en de kosteneffectiviteit van deze interventie. Er zijn aanwijzingen dat een injectie van prostaglandine in de vena umbilicalis de noodzaak tot het verrichten van een MPV vermindert in vergelijking met oxytocine-injectie. Verder onderzoek is noodzakelijk om de huidige resultaten op basis van zeer kleine studies te bevestigen.

Tabel 2. De kans op een uterusruptuur bij vrouwen na VBAC-2 vergeleken met VBAC-1.

| Studie/subgroep | Oxytocine-injectie | | Controle | | | Odds ratio (Non-event) M-H, fixed, 95% CI | Jaar | Risk ratio M-H, Fixed, 95% CI |
|------------------------|--------------------|------------|----------|------------|--------------|--|------|----------------------------------|
| | Events | Totaal | Events | Totaal | Gewicht | | | |
| Lim 2011 | 9 | 30 | 21 | 31 | 13,9 % | 0,44 (0,24; 0,81) | 2011 | |
| Gazvani 1998 | 14 | 26 | 26 | 29 | 16,6 % | 0,60 (0,41; 0,88) | 1998 | |
| Carroli 1998 | 57 | 98 | 59 | 93 | 40,8 % | 0,92 (0,73; 1,15) | 1998 | |
| Huber 1991 | 27 | 72 | 19 | 59 | 14,1 % | 1,16 (0,72; 1,87) | 1991 | |
| Thiery 1987 | 9 | 19 | 10 | 13 | 6,6 % | 0,62 (0,35; 1,08) | 1987 | |
| Kristiansen 1987 | 10 | 19 | 9 | 16 | | 0,94 (0,51; 1,72) | 1987 | |
| Totaal (95% CI) | | 264 | | 241 | 100 % | 0,81 (0,69; 0,95) | | |
| Totaal events | 126 | | 144 | | | | | |

Heterogeniteit: Chi²=10,85; df= 5, (P=0,05); I²= 54%
 Test voor overall effect: Z= 2,54 (P<0,01)

t een vastzittende placenta

| | Tijdstip MPV (min)* | MPV (%) | P | Mediaan bloedverlies (mL), (IQR) | P |
|--|----------------------|-------------|--------|----------------------------------|--------|
| | T=60 | 14/24 (58%) | P>0,05 | 365 (300-700) | P>0,05 |
| | T=60 | 43/74 (58%) | | | |
| | T=60 | 59/93 (63%) | | | |
| | T=45 | 14/26 (54%) | P>0,05 | - | - |
| | T=45 | 26/29 (90%) | | - | |
| | Beoordeling clinicus | 27/72 (38%) | P>0,05 | 800 | P>0,05 |
| | Beoordeling clinicus | 19/59 (32%) | | 650 | |
| | Niet genoemd | 10/19 (53%) | P>0,05 | - | - |
| | Niet genoemd | 9/16 (56%) | | - | |
| | T=30 | 9/19 (47%) | P>0,05 | - | - |
| | T=30 | 10/13 (77%) | | - | |
| | T=50 | 9/30 (30%) | P>0,01 | 300 (250-412.5) | P>0,05 |
| | T=50 | 21/31 (68%) | | 400 (300-500) | |

Tabel 3. Vergelijkingen in Cochrane review van Nardin et al. (2011)²

| |
|---|
| Injectie van NaCl versus afwachtend beleid |
| Injectie van oxytocine in NaCl-oplossing versus injectie van NaCl |
| Injectie van oxytocine in NaCl-oplossing versus injectie van plasma-expander |
| Injectie van prostaglandine in NaCl-oplossing versus injectie van NaCl |
| Injectie van prostaglandine in NaCl-oplossing versus injectie van oxytocine in NaCl-oplossing |

Literatuur

- World Health Organization. *The prevention and management of postpartum haemorrhage. Report of a technical working group. Geneva 3-6 July 1989.* Document WHO/MCM/90.7. Geneva: World Health Organization, 1990.
- Nardin, J.M., A. Weeks et al. *Umbilical vein injection for management of retained placenta.* Cochrane Database Syst Rev. 2011 1.
- WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta, 2009.
- Committee for Quality NVOG. *Guideline Hemorrhagia postpartum (HPP).* November 2013.
- Nankali, A., F. Keshavarzi et al. *Effect of intraumbilical vein oxytocin injection on third stage of labor.* Taiwan J Obstet Gynecol. 2013;52:57-60.
- Asdrubali, F., *Diario Piemontes.* June 3. 1826. Cited by Koerting W. El metodo de Mojon Gabaston en el tratamiento de las cornplicaciones del alumbramiento [in Spanish]. *Semana Medica* 1926; 33: 353.
- Mojon, B., *Storia di un caso di estrazione di placenta secondo il metodo racomandata dal [in Italian].* Ann di Med 1826; 51: 87. Cited by: Koerting W. El metodo de Mojon Gabaston en el tratamiento de las complicaciones del alumbramiento [in Spanish]. *Semana Medica* 1926; 33: 353.
- Mori, R., J.M. Nardin et al. *Umbilical vein injection for the routine management of third stage of labour.* Cochrane Database Syst Rev. 2012.
- Carroli, G., J.M. Belizan et al. *Intra-umbilical vein injection and retained placenta: evidence from a collaborative large randomized controlled trial.* Grupo Argentino de Estudio de Placenta Retenida. BJOG 1998;105:179-85.
- Huber, M.G.P., H.I.J. Wildschut et al. *Umbilical vein administration of oxytocin for the management of retained placenta: is it effective?* Am J Obstet Gynecol 1991;164:1216-9.
- Kristiansen, F.V., L. Frost et al. *The effect of oxytocin injection into the umbilical vein for the management of retained placenta.* Am J Obstet Gynecol 1987;156:979-80.
- Gazvani, M.R., M.J.M. Luckas et al. *Intraumbilical oxytocin for the management of retained placenta: a randomized controlled trial.* Obstet Gynecol 1998;91:203-7.
- Thiery, M., *Management of retained placenta with oxytocin injection into the umbilical vein.* 1987.
- Lim, P.S., S. Singh et al. *Umbilical vein oxytocin in the management of retained placenta: an alternative to manual removal of placenta?* Arch Gynecol Obstet. 2011;284:1073-9.
- Higgins, J.P.T. & S. Green, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [updated March 2011].* The Cochrane Collaboration, 2008. Available from www.cochrane-handbook.org.

Samenvatting

Volgens de huidige literatuur vermindert de injectie van een oxytocine-oplossing in de vena umbilicalis de noodzaak tot het uitvoeren van een manuele placentaverwijdering (MPV) bij vrouwen met een retentio placentae in vergelijking met een expectatief beleid, RR 0,81 (95% CI 0,69-0,95). Het aantal vrouwen dat met oxytocine behandeld dient te worden om één MPV te voorkomen is 8,3. Er werden geen significante verschillen gevonden voor de uitkomsten totaal gemeten bloedverlies, meer dan 500ml en 1000ml bloedverlies na inclusie, hemoglobine-waarde (24-48 uur en 40-45 dagen post partum), infecties, ernstige maternale morbiditeit, maternale mortaliteit, verblijf in het ziekenhuis (meer dan twee dagen) en chirurgische ingrepen vanwege placentarest, alhoewel de uitkomsten in relatief weinig studies werden vermeld. Een studie rapporteerde significant minder gevallen van uterusatonie (RR 0,13, 95% CI 0,02-0,97) en gebruik van uterotonica (RR 0,52, 95% CI 0,29-0,97) in de oxytocinegroep.

Alles overwegende, zou de oxytocine-injectie in de vena umbilicalis een plaats verdienen in de behandeling van vrouwen met een vastzittende placenta, mede gezien het feit dat het een simpele, goedkope en makkelijk uitvoerbare interventie is. De interventie zou kunnen worden ingezet in afwachting totdat een MPV uitgevoerd kan worden. Verder onderzoek is noodzakelijk om het juiste tijdstip en de juiste dosering en volume van oxytocine injecties in de vena umbilicalis te bepalen. Er zijn aanwijzingen dat ook een injectie van prostaglandine-oplossing in de vena umbilicalis een rol kan spelen bij de behandeling van een vastzittende placenta, echter verder onderzoek hiernaar is noodzakelijk.

Trefwoorden

Retentio placentae, navelstrenginjectie, oxytocine, manuele placentaverwijdering

Summary

According to the literature, injection of oxytocin solution in the umbilical vein reduces the need for a manual removal of the placenta (MRP) in women

with a retained placenta compared to expectant management, RR 0,81 (95% CI 0,69-0,95); the number needed to treat is 8,3. There were no significant differences in the following outcomes: blood loss (more than 500 ml or 1000 ml after entry), serious maternal morbidity, maternal mortality, stay at hospital for more than two days and surgical evacuation of retained products of conception, although the result were only reported in a minority of the studies. One study reported a lower incidence of uterine atony (RR 0,13, 95% CI 0,02-0,97) and less requirement of uterotonic agents (RR 0,52, 95% CI 0,29-0,97).

For this reason, and because of the fact that it is an inexpensive, simple and easy to perform intervention, injection of oxytocin solution should have a role in the management of women with a retained placenta. The intervention could be performed while awaiting MRP. Further research is needed to establish the best time to injection, concentration of oxytocin and volume. Injection of a prostaglandin solution in the umbilical vein may have a role in the management of a retained placenta. However, further research is necessary.

Keywords

Retained placenta, umbilical vein injection, oxytocin, manual removal of placenta

Correspondentie

drs. A. Hooker, *gynaecoloog*
Zaans Medisch Centrum (ZMC)
Koningin Julianaplein 58, P.O. Box 210,
1500 EE Zaandam, The Netherlands.
e hooker.a@zaansmc.nl
e a.b.hooker@hotmail.com.

Belangenverstrengeling

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

Bij genderdysfore gevoelens is de wens voor een volledige geslachtsaanpassende behandeling niet vanzelfsprekend

Tot voor kort kwamen alleen individuen met een cross-gender-identiteit die een volledige behandeling wensten te ondergaan in aanmerking voor een 'volledige geslachtsaanpassende' behandeling bestaande uit hormonale behandeling en diverse operatieve ingrepen, waaronder genitale chirurgie (*full treatment*). Op dit moment is het onduidelijk wat de motieven zijn die ten grondslag liggen aan het verzoek om niet een volledige behandeling te ondergaan maar een behandeling die zich beperkt tot of alleen hormoontherapie of alleen operatie of een combinatie van hormoontherapie en bijvoorbeeld alleen een mastectomie maar geen genitale chirurgie (*partial treatment*).

Doelstelling van deze studie was om de behandelverzoeken van de aanvragers bij een Nederlands *genderteam* in beeld te brengen en de motieven te onderzoeken voor zo'n *partial treatment*, alsmede de rol die een niet-binaire genderidentiteit daarbij speelt.

Informatie werd verzameld onder alle 386 volwassenen die zich in 2013 meldden bij het *Center of Expertise on Genderdysforie* van het VU Medisch Centrum in Amsterdam. Behandelverzoeken waren beschikbaar van 360 personen: 233 mannen (65%) en 127 vrouwen (35%). Individuen werden geclassificeerd al naar gelang de wens tot behandeling: een volledige of een gedeeltelijke behandeling. Zo ook werden de motieven voor een gedeeltelijke behandeling verzameld en gecategoriseerd. Ongeveer driekwart van de aanvragers kwam met het verzoek om een volledige behandeling. Degenen die een gedeeltelijke behandeling wensten te ondergaan (27%) gaven als motief hiervoor de risico's van de operatieve interventie en het resultaat ervan. Slechts bij een klein aantal in deze groep (4%) bestond de motivatie uit de wens om het lichaam in lijn te brengen met hun niet-binaire genderidentiteit.

Duidelijk is dat een substantieel aantal mensen met een cross-gender-identiteit de wens heeft om een gedeeltelijke behandeling te ondergaan. Resultaten laten zien hoe noodzakelijk het is om informatie te verstrekken over de medische mogelijkheden en beperkingen en om zorgvuldig om te gaan met invoering en evaluatie van niet-standaard behandelopties.

prof. dr. W.C.M. Weijmar Schultz
wcmws@ziggo.nl

*T.F. Beek, B.P.C. Kreukels,
P.T. Cohen-Kettenis en T.D. Steensma
JSM 2015,12(11):2201-2205*

Sacrospinale fixatie non-inferieur aan vaginale hysterectomie bij prolapschirurgie.

In deze multicenter gerandomiseerde studie werd bij vrouwen met een indicatie voor chirurgie i.v.m. een POP-Q-stadium-2 of meer van een uteriene prolaps gerandomiseerd tussen een sacrospinale fixatie (SSF) danwel vaginale uterusextirpatie (VUE). In totaal werden 208 vrouwen gerandomiseerd. De hypothese was dat SSF niet slechter is dan een VUE, met een non-inferieure marge van 7%. Primaire uitkomst was een recidief \geq POP-Q-stadium-2 van de uterus of vaginatop, in combinatie met verzakkingssymptomen of recidief chirurgie < 12 maanden na interventie. Secundaire uitkomstmaten waren anatomisch recidief, functionele uitkomst, complicaties, duur opname, postoperatief herstel en seksuele functie.

SSF was non-inferieur t.o.v. VUE. Er waren geen recidieven in de SSF-groep ten opzichte van vier in de VUE-groep (95% BI -8,6% tot 0,7%). Na twaalf maanden follow-up werden geen verschillen in secundaire uitkomsten gevonden.

De auteurs concluderen dat een sacrospinale fixatie een goed alternatief is voor een vaginale uterusextirpatie in het kader van prolapschirurgie.

dr. S.F.P.J. Coppus
s.coppus@obgyn.umcn.nl

*Detollenaere RJ, den Boon J, Stekelenburg J, IntHout J, Vierhout ME, Kluivers KB, van Eijndhoven HW.
BMJ 2015; 351: h3717.*



Hebt u de lezersenquête van NTOG al ingevuld?

Graag betrekken wij u als lezer bij de inhoud van het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG). Daarom nodigen wij alle NVOG-leden uit de NTOG-lezersenquête in te vullen. U hebt deze uitnodiging ontvangen via een zogeheten massmail. Mocht u die mail niet hebben ontvangen, graag een seintje aan info@nvog.nl.

Alvast hartelijk bedankt voor uw deelname,
Redactie NTOG

Voor ieder NVOG-lid een gratis jubileumboek

Voor ieder lid van de NVOG is een exemplaar van het jubileumboek 125 jaar Tijdschrift voor de Nederlandse Gynaecoloog beschikbaar. Wie geen exemplaar heeft kunnen ophalen tijdens een van de afgelopen Gynaecongressen kan nog altijd een gratis exemplaar aanvragen door storting van € 9,00 verpakkings- en verzendkosten aan NTOG, iban NL39RABO 0163 6306 90.

Let op: vermeld a.u.b. het verzendadres.

Rectificatie

Een oplettende lezer wees ons op enkele enkele onjuistheden in de bijdrage van dr. J. de Graaff over Raoul Palmer, getiteld '*Founding father van de laparoscopie?*' (NTOG vol. 128, 2015/09).

- Palmer is in 1985 overleden, niet in 1986;
 - Het is niet coeliascopie maar coelioscopie;
 - Niet Palmer maar Nordentoeft heeft als eerste in 1912 de Trendelenburgligging toegepast;
 - pneumoperitonem moet zijn pneumoperitoneum.
- Onze excuses voor deze omissies.

O wee

Koud

Tijdens een ochtendoverdracht laat de arts-assistente, die 's nachts gewerkt heeft, een afbeelding op haar iPhone aan ons zien. Er is die nacht een bijzondere placenta geboren en daar heeft zij foto's van gemaakt. Terwijl wij - twee dienstdoende gynaecologen - met belangstelling naar de vasa previa kijken op het scherm, komt er plots een whatsappje binnen: 'Hé schatje, mijn bed is koud, kom snel bij me, xxx'.

Mieke Kerkhof

Redactie Ank Louwes en Mieke Kerkhof. Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jhz.nl onder vermelding van O wee. Beperk u tot ongeveer 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.

Op de pedalen met *Make a memory*

Hans Zondervan

Make a Memory is een stichting met een netwerk van professionele fotografen, die als vrijwilligers op verzoek van de ouders foto's maken van ernstig zieke en overleden kinderen. Zij doen dat, als het nodig is ook 's nachts en in het weekend, zonder kosten te berekenen. In 90% van de gevallen gaat het om perinatale sterfte. Inmiddels is Make a Memory actief in het merendeel van de Nederlandse ziekenhuizen, maar nog niet overal. Het zijn foto's met een grote emotionele lading, die de ouders echt raken als een waardevolle blijvende herinnering.

De ouders krijgen deze foto's, vaak in zwart wit afgedrukt, in een vast vierkant format in een mapje. De ouders worden eigenaar van de beelden en ontvangen die ook op een CD. De fotograaf, en dat is ongebruikelijk, kan deze speciale foto's nooit gebruiken voor een publicatie of een fotowedstrijd.

Voordat je als professionele fotograaf aan het netwerk kunt deelnemen is er een speciale intake. Zowel professionele aspecten (je portfolio aan fotowerk) als persoonlijke aspecten (tact en voorkomen) en uiteraard de motivatie bepalen of je geschikt bent. Er zijn in Nederland nu ongeveer 150 vrijwilligers werkzaam voor *Make a Memory*. Daarom lukt het altijd iemand te vinden die onverwacht beschikbaar is om foto's te maken. De fotograaf krijgt van Stichting *Make a Memory* alleen een kilometervergoeding.

De werkwijze van *Make a Memory* verschilt flink van wat wij voorheen in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem zelf deden. Dienstdoende artsen maakten zelf foto's waarvan de kwaliteit veel te wensen over liet met een camera, die ooit ook op de afdeling werd gestolen. Bovendien was het archiveren daarvan in het elektronisch patiëntendossier niet goed mogelijk en waren de foto's niet altijd beschikbaar op het moment van de nacontrole. Kortom een haperend

systeem in alle opzichten, ondanks alle goede bedoelingen.

Make a Memory is voor de financiering van de onkosten (kilometervergoeding, afdrukken en opsturen van de foto's en het branden van de CD) geheel afhankelijk van sponsoring. *Op de Pedalen* organiseert jaarlijks een sponsortocht naar de top van de Mont Ventoux ten bate van *Make a Memory* waarbij elke deelnemer een bedrag aan sponsorgeld meebrengt. Deelnemers zijn vooral mensen die het werk van *Make a Memory* zelf hebben ervaren na het verlies van hun kind. Het fietsen naar de top van de Ventoux is voor hen een symbolische taak: ze volbrengen de klim ter speciale nagedachtenis aan hun overleden kind. Het is tegelijkertijd een zeer direct lotgenotencontact. Herkenning van gevoelens en delen van ervaringen gaan hand in hand met verhalen over het fietsen, over de voorbereiding en over het optimale verzet voor de beklimming. Naast de grote emoties, die ook vaak met tranen gepaard gaan, wordt er ook gelachen en plezier gemaakt.



Beklimming van de Mont Ventoux



Briefkaarsen in de kapel bovenop de Mont Ventoux

In het overleg met fonds *Gezond Geboren*, een officiële partner, had *Make a Memory* de behoefte aan deelname door een gynaecoloog aan deze tocht geuit. Dit jaar zijn Toon Toolenaar en ondergetekende mee geweest met deze bijzondere reis, die nu voor het zesde jaar werd georganiseerd.

Het ging de veertig deelnemers natuurlijk niet in de eerste plaats om het fietsen zelf, maar om de achterliggende reden waarom men naar de top fietste. Het was een bijzondere ervaring om aan deze tocht mee te doen. Op de eerste avond vond er een soort groepsgepraak plaats. Een persoonlijke kennismaking met alle deelnemers en hun motivatie om deel te nemen. Het was een indrukwekkende avond met alle oprechte en uiteenlopende verhalen over perinatale sterfte, zonder vals sentiment, maar wel met de begrijpelijke emotie. Zonder verwijten en dat vonden wij opvallend, passeerden de verhalen over GBS-sepsis enkele uren postpartum, de ernstige pre- en dysmaturiteit bij meerlingen, asfyxie durante partu, meconiumaspiratie, multiple congenitale afwijkingen bij de twintigwekenecho en stilgeboren kinderen. Niet een intra-uteriene vruchtdood of een doodgeboren kind, maar stilgeboren.

Treffend was het verhaal van een vader over een foto van zijn overleden pasgeboren dochter, die op het moment van de foto door zijn oudere dochter werd aangeraakt met ook zijn eigen hand in beeld. Dat moment was getroffen door de fotograaf. Wat ook zo opviel was dat veel deelnemers een soort team om zich heen hadden: een jonge vader werd vergezeld door twee vrienden, die met hem met alles hielpen: het aanschaffen van de racefiets, de gezamenlijke trainingen en de organisatie van de sponsoring. Ze reden met z'n drieën naar boven, een foto van het overleden jongetje op de zitbuis vlak voor het stuur van de fiets geplakt. Ook een moeder, die vertelde

dat het na de perinatale sterfte eigenlijk helemaal niet goed ging met haar, werd door twee vriendinnen aangespoord om mee te doen, geholpen met de voorbereiding en met het volbrengen de tocht. Nog een drietal reed met een A4-grote foto op de rug van het fietsshirt de berg op. Eén van hen was zelf verpleegkundige op een NICU.

Deze organisatie doet iets heel wezenlijks, direct voor de ouders. Het is zeer persoonlijk, kleinschalig en niet commercieel. Veel wordt door sponsors in natura ter beschikking gesteld. Het evenement wordt gedragen door vrijwilligers. Er valt ook niks te sjouwen met de bescheiden opbrengst.

De toegang van *Make a Memory* tot de verschillende ziekenhuizen in Nederland is altijd via 'de lijn' gelopen. Eigenlijk nooit via de gynaecologen. De initiatiefnemers hadden ook geen toegang tot onze vereniging, gek genoeg. Via ons fonds *Gezond Geboren* werden wij getipt voor deelname. De *Vereniging van Fietsende Gynaecologen Nederland* (VFGN) hebben we direct weten te enthousiasmeren: het is bijzonder de moeite waard dat er jaarlijks één of twee gynaecologen meefietsen.

In het ziekenhuis leef je natuurlijk mee met de ouders van een overleden kind, naast de professionele deskundigheid die van je wordt verlangd: hoe is het gekomen? Wat was er aan de hand? Kan het nog een keer gebeuren? Ieder van ons kent deze gesprekken. Het gaat over de inhoud. Na enkele nagesprekken zien wij de ouders pas weer bij een volgende zwangerschap. Maar meemaken wat het echt betekent voor de ouders, voor de rest van hun leven, dat zie je tijdens deze fietstocht.

www.makeamemory.nl

www.opdepedalen.nl