

# ntog 09

2016  
sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Themanummer  
ter gelegenheid van het  
vijftigste Gynaecongres

# Gynaecongres



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

## Colofon

V. Mijatovic, hoofdredacteur (e mijatovic@ntog.nl)  
 W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie  
 B.B. van Rijn, voorzitter deelredactie perinatologie  
 R.M.F. van der Weiden, voorzitter deelredactie  
 voortplantingsgeneeskunde  
 S.J. Tanahatoe, redacteur voortplantingsgeneeskunde  
 J.W. Ganzevoort, redacteur perinatologie  
 F. Vernooij, gynaecoloog-epidemioloog, redactie BOBT  
 J.W. Nijkamp, namens de NVOG  
 J.W.M. Aarts, namens VAGO, webredacteur  
 S. Schoenmakers, namens VAGO, webredacteur  
 J. van 't Hooft, redacteur Crown Initiative  
 Judith Horenblas, rubrieksredacteur UNO  
 Chantal Diedrich, rubrieksredacteur UNO  
 A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

### DEELREDACTIES

E.A. Boss, rubrieksredacteur NOBT  
 S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT  
 J.J. Duvekot, perinatoloog  
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus  
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog  
 W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog  
 W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog  
 R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog  
 G.H. de Wet, redigeren abstracts

### 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

1800 exemplaren, 10 x per jaar.

### VOLGENDE EDITIE

NTOG 2016 # 10 verschijnt op 3 december 2016.

### AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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

### ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Astellas | *Betmiga*  
 Ferring Pharmaceuticals | *Lutrelve*  
 Omega Pharma | *Davitamon*  
 Erasmus Universiteit | *Gynaecoloog/oncoloog*  
 Gedeon Richter | *Esmya*

ISSN 0921-4011

## Inhoud

### Themakatern Vijftigste Gynaecongres

- 420 How far is the future?**  
 dr. Mark Hans Emanuel
- 421 Gynaecongres toi, toi, toi**  
 prof. dr. G Oei, *voorzitter NVOG*  
**De toekomst van de gezondheidszorg. Interviews met Jaap Maljers, Paul Frissen, Nicole Bouvy en Mark Post**  
 Anja Janssen, *wetenschapsjournalist*
- 431 Een beeld van het Gynaecongres**
- 432 Oud-voorzitters aan het woord**  
 Ank Louwes, *communicatiemedewerker NVOG*
- 434 Een perfecte combi van kennis en gezelligheid**  
 drs. D.M. Koppes en drs. M. Kleppe
- 436 Een kijkje achter de schermen**  
 Ank Louwes, *communicatiemedewerker NVOG*
- 439 Status Plus, al ruim twintig jaar de trotse partner van het Gynaecongres**  
 Oscar Rangel, *Status Plus*  
**NVOG-bestuur**
- 442 When you want something to be done: ask the busy woman**  
 drs. Y.A.J.M. Dabekausen, *secretaris bestuur*  
**Actueel**
- 443 Variatie in percentages sectio caesarea bij Nederlandse ziekenhuizen**  
 M.W. de Sonnaville Bsc., T.R. Zaat, Msc., B. van Gils, dr. M.G. van Pampus et al.  
**Uit de pijlers**
- 448 Pijlerdag Voortplantingsgeneeskunde groot succes!**  
 dr. C.L. van der Wijden, drs. D.K.E. van Dijken  
**Ingezonden**
- 451 Reactie op Neonatale hypothermie na GSC**  
 F.J. Korteweg, S. Posthuma, J.M. van der Ploeg, D.P. van der Ham  
**Kort nieuws**
- 453 MRI veilig; gebruik gadolinium niet | Zikavirusremmers | Evert Slager erelid VVOG | Blauwdruk voor verbeteren zorg kwetsbare zwangeren | Rectificatie**  
**Opinie**
- 455 Reform without change**  
 prof. dr. F.M. Helmerhorst, *em. hoogleraar voortplantingsgeneeskunde LUMC*  
**Column Mieke Kerkhof**
- 458 Met de papelepel**  
**Focus op historie**
- 459 De geschiedenis van het condoom**  
 prof. em. Jean-Jacques Amy, *Faculteit Geneeskunde en Farmacie, VU Brussel*  
**Oproep**
- 459 Hector Treub Prijs 2017**  
 prof. dr. S. Schrama, *Rijksuniversiteit Groningen*  
**PICO Bello**
- 463 Hoe vol moet de ballon?**  
 drs. M. van Londen, drs. M. Dijkstra, dr. M.S. Post *MCL, Leeuwarden*  
**NOBT**
- 466 Genitopelviene pijn/penetratie-stoornissen (GPPPS)**

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

Onder redactie van Yvonne Broer en Ank Louwes

Vijftigste Gynaecongres

## 'How far is the future?'

**dr. Mark Hans Emanuel** *UMC Utrecht*

In de aanloop naar het vijftigste Gynaecongres is voor dit nummer van het NTOG een themakatern gemaakt over deze mijlpaal.

We vroegen journaliste Anja Janssen om een interview te houden met de vier sprekers die een plenaire voordracht zullen houden in de ochtend van 17 november en met wie in de middag workshops zullen worden gehouden. De interviews met Jaap Maljers, Paul Frissen, Nicole Bouvy en Mark Post geven een wat dieper inzicht op hun kijk over hoe het verder moet met de gezondheidszorg.

Verder vindt u in dit nummer de gedachten die opkwamen bij de oud-voorzitters van de Stichting Gynaecongres toen hen daarnaar werd gevraagd. Een mengeling van herinneringen, gevoelens, wensen,

trots, verbondenheid, inspiratie etc. We hopen dat u er veel van herkent.

De uitvoering van het Gynaecongres is al jarenlang in handen van de medewerkers van het NVOG-bureau en congresorganisator Status Plus. Een verslag over het wel en wee van deze samenwerking mag niet ontbreken in dit kader.

Tenslotte komen het verleden en de lessen die we daaruit kunnen leren voor de toekomst aan het woord in een bijdrage van de assistenten (VAGO).

Ik wens u veel leesplezier in dit speciaal ter ere van het vijftigste Gynaecongres samengestelde themakatern.

## Het vijftigste Gynaecongres

# Gynaecongres toi, toi, toi

prof. dr. G. Oei *voorzitter Gynaecongres*



Het Gynaecongres is onlosmakelijk verbonden aan de NVOG. De Gynaecongressen zijn voor onze vereniging de twee hoogtepunten van het jaar waarop vóór en dóór leden kennis en informatie op doelmatige en effectieve wijze worden uitgewisseld in een prettige ambiance. De vijftig werkgroepen en commissies van de NVOG werken toe naar deze halfjaarlijkse hoogtepunten. In informatieve presentaties worden de leden meegenomen naar de actuele zaken die spelen op ons vakgebied. AIOS-en krijgen de kans om zich op flitsende wijze te presenteren aan het gynaecologisch publiek. Degens kunnen worden gekruist tijdens wetenschappelijke debatten. Gastsprekers belichten de maatschappij vanuit een ander perspectief. En leden krijgen de kans om tijdens de ALV het bestuur ter verantwoording te roepen voor het gevoerde beleid. Een algemeen recept voor een dynamisch congres. Maar elk Gynaecongres is uniek. Zo zal ieder van u een speciale herinnering hebben aan één van die vijftig congressen. Dat kan komen door een bepaald onderwerp, opvallende spreker, mooie locatie of spannende ontmoeting.

Aan drie congressen bewaar ik zelf bijzondere herinneringen. Van het allereerste Gynaecongres in Den Bosch kan ik mij nog de opening in het trappenhuis van het indrukwekkende provinciehuis herinneren door toenmalig NVOG-voorzitter Maarten Kloosterman, bij wie ik mijn eerste assistentschap had gedaan. Een inspirerend voorbeeld voor een jonge assistent. Het andere Gynaecongres dat mijn loopbaan beslissend beïnvloed heeft, vond ook in de jaren negentig plaats in Eindhoven. Ik was gevraagd om tijdens de feestavond op te treden met een circusact samen met mijn oude Leidse studiemaatje Bert Meershoek. Achter de coulissen van de statige Eindhovense schouwburg maakte ik kennis met mijn toekomstige maten Maarten Wiegerinck en Hans Brölmann. De 'toi-toi-toi' die wij elkaar toewensten toen het doek op ging, bleek bijzonder krachtig te zijn...

Het derde congres dat in mijn herinnering gegrift zal blijven staan, vond twee jaar geleden in Leeuwarden plaats. De ontmoeting met Barbara Nolens die toen nog in Oeganda werkte als gynaecoloog en vertelde over de honderd moeders die jaarlijks in haar ziekenhuis overleden, gaven een nieuw doel in mijn leven.

Ik wil de oud-voorzitters van het Gynaecongres danken voor hun inzet en creativiteit. Zij hebben iets neergezet dat niet meer weg te denken is uit het bestaan van de Nederlandse gynaecoloog. De formule van het Gynaecongres blijkt ijzersterk te zijn.

Gynaecongres toi-toi-toi!



De vier sprekers op het vijftigste Gynaecologisch Congres geven hun visie

# De toekomst van de gezondheidszorg



Zorgondernemer Jaap Maljers

## 'Geen fouten maken onhaalbaar? Vertel me waarom!'

Anja Janssen *wetenschapsjournalist*

**Hij streeft naar grote veranderingen in de gezondheidszorg. Een toekomst zonder de huidige compartimenten, zoals de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg. Waarin de sector zich reorganiseert op basis van verantwoordelijkheden en gewenste uitkomstwaarden, zoals geen perinatale sterfte.**

Jaap Maljers wordt nog boos als hij eraan denkt: die periode dat hij met het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein probeerde om de gynaecologen en verloskundigen onder één structuur te brengen. "Ik heb toen ontzettend mijn neus gestoten en me heel erg vergist in de weerstand en het gebrek aan patiëntgerichtheid in die discussie. De samenwerking in Nieuwegein was een uitzondering, maar elders ging het in die tijd - begin jaren 2000 - heel erg over het beroepsbelang. Ik wilde elk onderscheid tussen verloskunde en gynaecologie opheffen, want het gaat maar om één ding: vrouw en kind een veilige bevalling bezorgen. Dat speelde toen echter geen rol in de discussie. Dat is later wel weer teruggekomen, maar alleen onder druk van statistieken waaruit bleek dat Nederland beneden het niveau van Oost-Europa scoorde voor perinatale kindersterfte."

We zitten op het terras van het Koninklijke Instituut voor de Tropen in Amsterdam. In het statige gebouw huist ook INCISION, de zorgonderneming die Maljers mee oprichtte en waar hij werkt aan wereldwijde trainingsprogramma's en standaarden voor chirurgen. Aanleiding voor Maljers om zijn ervaringen in Nieuwegein op te halen, was de vraag of hij een link heeft met de gynaecologie en verloskunde. "Ik heb er dus ontzettend veel mee."

### **Gedeelde verantwoordelijkheid**

Anno 2016 is het volgens Maljers nog steeds heel belangrijk om de gynaecologie en verloskunde onder één verantwoordelijkheid te brengen. "Een vrouw heeft niet het ene moment baringsnood voor de

verloskundige en het volgende moment voor de gynaecoloog."

Maar hoe ziet zo'n gedeelde verantwoordelijkheid er dan uit? "Die heeft niet één organisatievorm", antwoordt hij. "In de binnenstad van Amsterdam ziet dat er heel anders uit dan op de Veluwe. En ik vind ook dat je respect moet hebben voor culturele verschillen. Je moet je dus eerst verdiepen in de lokale

### **Wie is Jaap Maljers?**

Drs. Jaap Maljers (1961) is al 25 jaar actief als ondernemer in de gezondheidszorg. Hij beschrijft zich zelf als sociaal bewogen ondernemer. Momenteel is Maljers onder meer directielid van Incision (wereldwijde training en accreditatie van chirurgen). Sinds 2015 zit hij in de Raad van Toezicht van CarePay (financiering gezondheidszorg). Ook is hij lid van een onafhankelijk extern adviesorgaan: de Centrale Plancommissie (CPC) van het Centraal Planbureau. Maljers is tevens aandeelhouder van Bergman Clinics (privéklinieken), mede-eigenaar van Performance (managementinformatie voor ziekenhuizen) en oprichter en aandeelhouder van ZorgDomein Nederland (gegevensuitwisseling zorgsector). Hij is voorzitter van Kika en mede-initiatiefnemer van het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie. Maljers studeerde af in de Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam (1985) en haalde vervolgens een MBA aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (1987).



omstandigheden: wat verwachten de vrouwen en families, hoe zit de organisatiestructuur er nu in elkaar, hoe dichtbij is het ziekenhuis, wat voor rol hebben huisartsen? Daarna ga je met elkaar afspraken maken en probeer je inhoudelijk afstemming te bereiken."

### Egootjes

Op de vraag wat hem opvalt aan het verleden van de gezondheidszorg noemt Maljers de "zeer problematische institutionalisering". "Een vreselijk woord, maar ik heb niks anders. Ik bedoel daarmee dat onder meer de ziekenhuiszorg, de verloskundigenzorg en de huisartsenzorg allemaal gecompartmenteerde delen van de gezondheidszorg zijn, die allemaal op een andere manier worden gefinancierd, hun eigen richtlijnen hebben en hun eigen egootjes."

In zijn ogen kon de gezondheidszorg op die manier functioneren omdat kennis relatief statisch was. "Toen ik geneeskunde studeerde, begin jaren 80, was de halfwaardetijd van kennis ongeveer twintig jaar. Op dit moment is die ongeveer vijf jaar en de verwachting is dat hij voor 2020 naar tweeënehalf jaar zakt. Dat betekent dat na tweeënehalf jaar de helft van wat je ooit hebt afgesproken, niet meer valide of *state of the art* is. Dan is er dus een permanente, forse druk om met elkaar te communiceren en af te stemmen op inhoudelijk niveau: wie doet wat en waarom, wat zijn de doelen die je bereikt, welke benchmark hanteer je over kwaliteit, wanneer spreek je van een complicatie, en wanneer van een fout?"

Als individuele arts continu blijven, is volgens Maljers echter onmogelijk. "Je moet daar niet eens naar streven. Wel moet je ernaar streven dat je in een omgeving zit waarin je continu toegang hebt tot die laatste kennis." De artsenopleidingen zouden daarom volgens hem veel korter kunnen worden. "Dat zijn dus de stappen van nu naar de toekomst: korter opleiden en van compartimentering naar fluïde organisatievormen, georganiseerd rond verantwoordelijkheden en uitkomstwaarden", vat hij samen.

### Geen perinatale sterfte?

Zo zouden gynaecologen en verloskundigen de uitkomstwaarde 'geen perinatale sterfte' kunnen afspreken. "Als organisatie zeg je dan: daar kun je ons op aanspreken. En de gynaecoloog kan niet meer wijzen naar de verloskundige en de verloskundige niet meer naar de gynaecoloog, want ze zijn er samen verantwoordelijk voor."

Maar helemaal geen perinatale sterfte, dat is toch onhaalbaar? "*Tell me why?*", werpt Maljers tegen. "Dat meen ik serieus. Waarom? Nou ja, je mag ook zeggen: we streven naar een perinatale sterfte die bij

de top één procent van de wereld hoort. Want ik vind dat wij als land dat moeten kunnen; dat we naar nul streven en zeggen: elk overleden kind is een fout en dat kun je ons aanrekenen. Dat is een andere mentaliteit dan nu. Dus niet meer: ach, we doen ons best, maar af en toe gaat er iets fout. *Not with me!*"

Dat zijn nogal wat veranderingen die hij opsomt. "Ja, dit is een totale aardverschuiving. Toch ben ik er redelijk van overtuigd dat we over tien, vijftien jaar terugkijken en denken: ging het ooit anders dan?" Maar vanwaar dit optimisme? "Omdat deze veranderingen zullen ontstaan door indirecte prikkels van buiten naar binnen. Een prachtig voorbeeld is de publieke verontwaardiging over de perinatale sterfte in Nederland. Ook het creëren van internationale *benchmarks* helpt. Als je bijvoorbeeld een internationale standaard hebt voor complicaties bij baarmoederhalsoperaties en die ligt een factor tien lager dan wat iemand hier in Nederland scoort, dan verandert het hier snel, heel erg snel."

Hoogleraar Bestuurskunde Paul Frissen

## 'Gezondheidsdenken ondermijnt de klassieke solidariteit'

Anja Janssen wetenschapsjournalist

**Als decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur en hoogleraar Bestuurskunde doet prof. dr. Paul Frissen regelmatig onderzoek in de gezondheidszorg en doceert hij hierover. Wat valt hem op en welke veranderingen zijn gewenst?**

Naarmate we een voor iedereen gelijk aanbod van zorg strenger handhaven, neemt de ongelijkheid juist toe, stelt bestuurskundige Paul Frissen. Ons gezondheidszorgstelsel wordt namelijk steeds succesvoller – qua technologie, farmacie en therapie – en dus duurder. “Maar als je dan wilt dat iedereen gelijke toegang heeft tot zorg en een gelijk aanbod krijgt, en als je tegelijkertijd de premie binnen de perken wilt houden, dan zijn er twee onvermijdelijke uitkomsten: vershraling en rantsoenering. Met als paradoxale gevolg dat mensen met geld en netwerken de zorg die ze niet kunnen krijgen in het collectieve deel, particulier gaan aanschaffen. Dat leidt de komende decennia tot een steeds pregnanter probleem”, verwacht Frissen.

Daarnaast ziet Frissen nog een opvallende tendens, namelijk de tanende bereidheid om mee te betalen voor mensen die ongezond leven. “Ongezond zijn en een lage sociaaleconomische positie hebben echter een hoge correlatie met elkaar. Maar als arm ook ongezond is, en we niet meer solidair willen zijn met ongezond, dan zijn we dus ook niet meer solidair met arm. Zo wordt de klassieke solidariteit – die mensen eigenlijk wel willen opbrengen – ondermijnd. Het zal een hele grote maatschappelijke vraag worden hoe we daarmee omgaan.”

Als voorbeeld geeft Frissen het denken over overgewicht. “Dat heeft zich de afgelopen tien jaar tot een bijna collectieve obsessie ontwikkeld. We denken niet alleen ‘dik zijn, is ongezond’, maar ook ‘dik zijn, is lelijk’, ‘dik zijn, hoort niet’, en ‘dik zijn, moeten we

bestrijden’. Maar hoe denk je dat dat overkomt op mensen die overgewicht hebben? Dat is puur stigmatiserend. Daarmee draag je alleen maar bij aan de tweedeling die je zegt te bestrijden.”

### Burgerinitiatief

Gevraagd naar oplossingen voor de dreigende ongelijkheid, zegt Frissen: “Daar kun je alleen maar iets aan doen als je enerzijds accepteert dat er meer verschil ontstaat, en het anderzijds mogelijk maakt dat er nieuwe arrangementen voor solidariteit ontwikkeld worden. Blijf je echter die collectiviteit en gelijkheid voorop stellen, dan moet je accepteren dat de bureaucratische controle die nodig is om dat te garanderen en te regelen, heel groot blijft, en dat het

### Wie is Paul Frissen?

Dr. Paul Frissen (1955) is decaan en bestuursvoorzitter van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) in Den Haag en hoogleraar Bestuurskunde aan de Universiteit van Tilburg. Bij de NSOB heeft Frissen samen met prof. dr. Pauline Meurs



van de Erasmus Universiteit Rotterdam de programmaleiding voor de opleiding Waarden van zorg, voor bestuurders in de gezondheidszorg. Frissen is tevens auteur van diverse boeken over openbaar bestuur: *De Staat van Verschil. Een kritiek van de gelijkheid* (2007), *Gevaar verplicht. Over de noodzaak van aristocratische politiek* (2009), *De fatale staat. Over de politiek noodzakelijke verzoening met tragiek* (2013) en *Het geheim van de laatste staat. Kritiek van de transparantie* (2016).



stelsel vele malen duurder wordt. Willen we de premie niet laten stijgen, dan zal iedereen evenveel, maar minder krijgen."

Met die 'nieuwe arrangementen' bedoelt Frissen allerlei vormen van burgerinitiatief waarin persoonlijkere manieren om elkaar bij te staan in het vergoeden van ziektekosten, worden uitgevonden, zoals zorgcoöperaties. "Als we erin slagen om verzekeraars, aanbieders van zorg en dit type burgerinitiatieven meer met elkaar te verbinden, bestaat daar een mogelijkheid tot nieuwe vormen van solidariteit", verwacht hij.

Hij heeft daarbij niet één ideaalbeeld. Integendeel. "De enige manier om verstandig met dit soort kwesties om te gaan, is heel incrementeel, zonder grote blauwdrukken. Waar ik wel diep van overtuigd ben, is dat de samenleving in het algemeen vele malen slimmer is dan enkele beleidsmakers en bestuurders. Dus veel meer ruimte voor die samenleving is wel gewenst, en dan kunnen de politiek en het bestuur zich meer bezighouden met de rechtstatelijke kant van het geheel: de *checks and balances*, het beter opletten op mensen die tussen de raderen vallen, en het voorkomen van al te negatieve uitkomsten. Maar daarbinnen kunnen duizend bloemen bloeien."

Dat geldt wat Frissen betreft ook voor de invulling van de geboortezorg: "Laat ook daar duizend bloemen bloeien." Als het niet allemaal collectief wordt geregeld in het basispakket, komt er meer variëteit en hebben vrouwen (en mannen) meer keuzevrijheid, aldus Frissen. De focus op kostenbeheersing en collectiviteit leidt hier nu echter tot een verdeelvraagstuk. "De strijd tussen gynaecologen en verloskundigen wordt gevoerd op grond van geld", constateert hij.

### Diep verlangen

Beleidsmakers en bestuurders hebben volgens Frissen een "diep verlangen naar rationale planning en logische samenhang". "In de gezondheidszorg is dat verlangen, heb ik gemerkt - onder andere door een aantal onderzoeken die ik heb gedaan - nog extremer. Volgens mij omdat het medisch domein een natuurwetenschappelijke achtergrond heeft."

Dat verlangen ziet hij bijvoorbeeld terug in de wens van verzekeraars om via inkoopstrategieën te sturen op kwaliteit. Daaronder zit volgens de bestuurskundige echter de onuitgesproken opvatting dat je schaal nodig hebt om specifieke kwaliteit te realiseren. Maar dat gaat alleen op voor routinematige handelingen.

Frissen: "Voor veel operaties en medische handelingen is dat inderdaad het geval en dan is het heel ver-

standig om die te concentreren. Maar ingewikkelder is het bij een aanbod en voorzieningen die niet routinematig van aard zijn of waarvoor hoogwaardige innovatie nodig is: daar gelden heel andere sturingsprincipes om kwaliteit te bevorderen. Daar is juist competitie verstandig en moet je dus meer gedistribueerd organiseren."

### Grootste probleem

Wat Frissen ook opvalt, is de afwezigheid van artsen in het bestuur van ziekenhuizen. "Ik vind dat dokters zich iets te veel het eigenaarschap van het ziekenhuis hebben laten afnemen - dat hebben ze overigens met grote vrijwilligheid gedaan, het is niet van ze afgepakt. Maar de afstand tussen het ziekenhuis als facilitair bedrijf en de medische staf is nu veel te groot. Er komt tenslotte bijna niemand naar het ziekenhuis voor de bestuurder. Vrijwel iedereen komt naar het ziekenhuis voor de dokter."

De consequentie van die grote afstand is volgens Frissen dat bestuurders de neiging hebben om de dokter als grootste probleem van het ziekenhuis te zien. "Dat is een heel ongezonde bestuurlijke verhouding. En dokters nemen te weinig verantwoordelijkheid voor de verdeling van schaarste in het ziekenhuis."

De arts niet alleen als vakman, maar ook als bestuurder: dat levert in de ogen van Frissen een gezondere verhouding. Wat ook betekent dat in de opleiding aandacht moet zijn voor bestuur. Frissen: "Je hebt dan professionals nodig met een breder perspectief dan hun vak. Topprofessionals die ook weten dat dat vak wordt uitgeoefend met andere professionals, in een buitengewoon ingewikkelde bestuurlijke en facilitaire context. En die zich daar mede verantwoordelijk voor weten."

Bijzonder hoogleraar Innovatieve Medische Technieken Nicole Bouvy

## ‘Preventie wordt belangrijkste taak van artsen’

Anja Janssen wetenschapsjournalist

**Ze wijdde haar promotieonderzoek en een groot deel van haar medische carrière aan de laparoscopie. Maar prof. dr. Nicole Bouvy is niet bang om over haar eigen specialisme heen te kijken om te ontdekken hoe de chirurgie in de toekomst niet meer nodig zal zijn.**

In de ideale toekomst van Nicole Bouvy is ze overbodig als chirurg. De preventieve geneeskunde en vroegdetectie zijn dan zo ver gevorderd dat niemand meer ziek wordt. Tumoren bijvoorbeeld worden op een CT-scan in een heel vroeg stadium ontdekt. Niet door een radioloog, maar door een intelligente computer die is gevoed met ‘big data’ van tienduizenden scans. In diezelfde toekomst repareren nanorobots DNA-schade, zodat aandoeningen al op dat niveau worden aangepakt. Zo zouden ook zaken als ‘het verouderingsproces’ kunnen worden vertraagd.

“Ik verwacht dat ik nog tot mijn zeventigste door moet, dus ik hoop dit nog in mijn werkzame leven mee te maken”, lacht de hoogleraar in haar werkkamer van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. “Ik ben helemaal wars van alle complicaties die operaties met zich meebrengen. Als we die kunnen voorkomen door niemand meer te hoeven opereren, ben ik tevreden.”

### Nieuwe robotplatforms

Voorzien van diverse piepers heeft Bouvy drie kwartier om te praten over de gezondheidszorg en haar vakgebied, de minimaal invasieve chirurgie. Die laparoscopie gaat een nieuwe fase in met het aflopen van de patenten voor de Da Vinci-robot (sinds 2000 in gebruik). “Er staan al vijf nieuwe robotplatforms klaar, waardoor robotica - die nu nog erg duur is - voor iedereen betaalbaar wordt”, verwacht Bouvy. “Daarmee zal er meer minimaal invasief geopereerd kunnen worden, bijvoorbeeld door de gynaecologie in het kleine bekken.”

Het instrumentarium dat de laatste decennia is ontwikkeld voor kijkoperaties, zoals handjes, paktangestjes, grijpers, bipolaire en ultrasone *devices* en nietmachines, is zeer uitgebreid. In 2008 kwam daarbij de *single-port*-laparoscopie, in 2010 gevolgd door de NOTES (*Natural orifice transluminal endoscopic surgery*) - waarbij de drie grootste natuurlijke lichaamsopeningen worden gebruikt om naar binnen te gaan. “Met name het opereren in de uterus heeft ervoor gezorgd dat er tegenwoordig veel minder vrouwen een uterus extirpatie krijgen”, geeft Bouvy als voorbeeld van NOTES voor de gynaecologie.

Robotica heeft praktische voordelen voor kijkoperaties in heel kleine gebieden. “Gewoon laparoscopia

### Wie is Nicole Bouvy?

Prof. dr. Nicole D. Bouvy (1969) is sinds september 2014 bijzonder hoogleraar Innovatieve Medische Technieken aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Ze heeft zich onder meer gespecialiseerd in de toepassing van innovatieve hulpmiddelen om obese patiënten te laten afvallen, zoals de EndoBarrier en de Barosense. En verder in de preventie van naadlekkage en adhesies en in de ontwikkeling van chirurgische matten.



Bouvy studeerde in 1993 cum laude af in de Geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ook haar proefschrift over metabole en oncologische consequenties van laparoscopische chirurgie kreeg het predicaat cum laude.

pisch opereren, is technisch een beetje lastig”, legt Bouvy uit, “want beweeg je het instrument buiten de buik naar rechts, dan gaat het in de buik naar links, en voor niet iedere arts is het even gemakkelijk om die ‘knop’ om te zetten. Met een robot lukt dat wel: dan is links gewoon links, en rechts is rechts, terwijl je ook nog volledig ondersteund in een console zit, en niet op een plat scherm kijkt, maar in een 3D-ruimte.”

De laparoscopie heeft dus een enorme vlucht genomen, maar gynaecologen stonden ooit aan de basis van deze techniek, kijkt Bouvy terug. “Voor 1990 waren zij de enigen die al af en toe kijkoperaties uitvoerden, bijvoorbeeld voor sterilisaties. De apparatuur schoot nog een beetje tekort, maar zij waren wel de eersten die bijvoorbeeld een insufflator hebben ontwikkeld. Wij zijn hen daar heel dankbaar voor.”

### Operatieve skills

Voor gynaecologen - die volgens Bouvy te weinig chirurgische *exposure* in de opleiding hebben - is de operatie-robot een uitkomst, aldus de hoogleraar. Tegelijk pleit ze ervoor om meer chirurgie in het opleidingsprogramma van gynaecologie te verweven. “Waarom dat nodig is? Bijvoorbeeld ovariumcarcinomen en endometriose kunnen zich in elke hoek van de buik nestelen en dan is momenteel nog zeer uitgebreide chirurgische interventie noodzakelijk, dus daarvoor zijn operatieve *skills* erg belangrijk.”

Gevraagd naar de noodzaak om bepaalde uitkomstwaarden af te stemmen onder chirurgen - waar onder meer Jaap Maljers aan werkt (zie p. 429) - stelt ze dat de beroepsgroep daar niet meer omheen kan. Daarbij zijn 25 operaties per jaar voor een bepaalde ingreep volgens Bouvy een minimum om als team goed ingewerkt te zijn. “Met name voor het vroeg signaleren en oplossen van complicaties. Daarom denk ik dat de centralisatie van bepaalde zorg absoluut nodig is.”

En het met elkaar afspreken dat je geen fouten accepteert, zoals Maljers bepleit, is dat haalbaar? “Je kunt het zeker nastreven”, vindt Bouvy. “maar het blijft mensenwerk. Er zullen technische fouten gemaakt worden, vrees ik. En je hebt ermee te maken dat ieder individu anders is. We weten bijvoorbeeld dat bepaalde patiënten een grotere kans hebben op naadlekkage na een operatie doordat ze roken of kampen met overgewicht.”

### Big data

Maar dat soort complicaties treden in de ideale toekomst van Bouvy dus niet meer op, door optimale preventie. Van erfelijke aandoeningen bijvoorbeeld. “Je kunt nu al voor 160 euro je hele genetische materiaal laten checken (www.23andme.com). Als we met

een hele populatie daaraan meedoen, dan komen we heel snel met big data erachter waar ziektes zitten. En als je dat weet, kun je heel vroeg gaan screenen, waarna genetische afwijkingen eventueel met een nanorobot kunnen worden gerepareerd.” Grootste problemen hierbij op dit moment zijn de onbetrouwbaarheid van de genetische tests en het feit dat het nog niet lukt om nanorobots de celkern binnen te loodsen; over het DNA kunnen ze wel al autonoom lopen.

Op de kortere termijn heeft Bouvy hoge verwachtingen van de elektronische neus. “Door een patiënt vijf minuten in een apparaat te laten blazen, kun je nu al met een sensitiviteit van 95 procent zien of iemand een coloncarcinoom heeft. En voor allerlei gynaecologische afwijkingen zal dat ook een rol gaan spelen, bijvoorbeeld de vroegdetectie van ovariumcarcinoom en endometriose.”

Hoe dan ook zal de arts zich meer en meer moeten specialiseren in preventie en vroegdetectie, is haar overtuiging. “We moeten meebewegen met die technieken. Waarschijnlijk wordt straks het allerbelangrijkste dat je een heel goede communicatie houdt met de patiënt en die preventie heel goed uitlegt. Al vanaf de geboorte probeer je dan mensen te binden, niet meer aan het ziekenhuis - want die naam klopt dan niet meer - maar aan het preventiehuis of gezondheidshuis.”

Hoogleraar Vasculaire Fysiologie Mark Post

## 'Supercomputer gaat veel taken arts overnemen'

Anja Janssen wetenschapsjournalist

**Het wordt al jaren geroepen, maar in de nabije toekomst kunnen we er volgens prof. dr. Mark Post niet meer om heen: supercomputers en robots gaan artsen veel werk uit handen nemen. Daarbij kon het vermogen tot empathie wel eens het bestaansrecht worden van artsen.**

"Veel te weinig", verzucht Mark Post op de vraag wat hij de afgelopen decennia heeft zien veranderen in de gezondheidszorg. "Het is een tamelijk traditionele sector. Die natuurlijk wel technologie omarmt: we hebben op het gebied van beeldvorming, diagnostiek en therapie technologische ontwikkelingen gezien die er dertig jaar geleden niet waren. Ook is bestaande technologie enorm verbeterd. Maar waarom is het bijvoorbeeld zo moeilijk geweest om een elektronisch patiëntendossier te introduceren, terwijl het technisch al lang kon. Dit soort vernieuwing wordt, denk ik, tegengehouden op emotionele gronden."

Daarnaast is het volgens Post lastig voor artsen - maar dat geldt voor elke beroepsgroep - om bepaalde nieuwe technieken te omarmen als daarmee hun vak dreigt te verdwijnen. "Als je net zeven jaar opleiding achter de rug hebt en je gesetteld hebt in je nieuwe praktijk, is het heel moeilijk om te zeggen: dit moeten we vervangen door technologieën die net zo effectief zijn, maar minder duur en minder belastend voor de patiënt."

Er zijn toch zeker genoeg artsen die wel zo denken, zoals Nicole Bouvy duidelijk maakte in het interview met haar (zie p. 433)? "Ja, natuurlijk zijn die er. Net zoals ongetwijfeld ook flink wat artsen voorstander waren van een elektronisch patiëntendossier. Maar uiteindelijk beweegt de meerderheid toch traag. En soms op grond van louter niet-rationele argumenten."

Post heeft zijn punt gemaakt. De hoogleraar Vasculaire Fysiologie aan de Universiteit Maastricht verkiest de rationele benadering. Daarom werkt hij ook mee in de *Singularity University* - geen echte universiteit overigens - die de invloed van zogeheten exponentiële technologieën onderzoekt. Dat zijn technologieën die zich in exponentieel tempo ontwikkelen, zoals kunstmatige intelligentie en robot-, gen- en nanotechnologie.

### Kweekovaria

Maar eerst iets over Posts vakgebied aan de Universiteit Maastricht: de vasculaire fysiologie en engineering van bloedvaten en skeletspieren. Dat laatste ter

#### Wie is Mark Post?

Dr. Mark Post (1957) is als hoogleraar Vasculaire Fysiologie verbonden aan de Universiteit Maastricht, maar de meeste mensen kennen hem als de 'vlees-professor'. In 2013 was Post wereldnieuws toen hij de eerste hamburger van kweekvlees presenteerde.

Dat onderzoek domineert nu zijn werkterrein, waar hij eerder vooral werkte aan de tissue-engineering van bloedvaten. Naast het onderzoek geeft Post fysiologie-onderwijs aan artsen in opleiding aan de Universiteit Maastricht. Verder is hij bezig met de commercialisatie van kweekvlees en kweekleer.

Post studeerde Geneeskunde en promoveerde op dat terrein aan de Universiteit Utrecht. Ook was hij werkzaam als hoogleraar Angiogenese en Tissue-engineering aan de TU Eindhoven.



rein nam de afgelopen jaren een enorme vlucht, sinds Post wereldwijd de publiciteit haalde met in het lab gekweekte hamburgers. Hij is dus in staat bloedvaten te construeren en spiercellen te kweken, maar heeft deze technologie de gynaecologie ook iets te bieden? Kunnen vrouwen met een kinderwens die bijvoorbeeld geen uterus of ovaria meer hebben straks geholpen worden met gekweekte geslachtsorganen?

De hoogleraar ziet kweekovaria en kweekuterus technisch gezien inderdaad als mogelijkheid, al kent hij niemand die hier al mee bezig is. "De eicel is natuurlijk een bijzondere cel, omdat hij maar de helft van het aantal chromosomen heeft. Nu kunnen we al een soort van embryonale stamcellen maken, dus ik zie niet in waarom we niet op een gegeven ogenblik in staat zijn om monoploïde embryonale stamcellen te maken. En verder hebben ovaria een tamelijk eenvoudige structuur, zonder specifieke zenuwtoevoer, wat het voor *tissue-engineers* gemakkelijker maakt."

Natuurlijk is er nog wel het vraagstuk van de hormoonproductie, maar ook dat is volgens Post oplosbaar. Hij vergelijkt het met insulineproducerende cellen in eilandjes van Langerhans: "Die zijn in proefdieren de meest succesvolle vorm van functionele celtherapie. De meeste getransplanteerde eilandjes houden er nog wel na een jaar mee op om redenen die wij niet goed begrijpen. Maar het feit dat ze al een jaar werken, geeft aan dat het een kwestie van tijd is voordat we dat langduriger voor elkaar krijgen."

### Geen kinderen?

De vraag over de orgaankweek is voor Post in eerste instantie echter niet zo zeer óf je ovaria en uterus kunt kweken, als wel waarom je dat zou willen. Zijn er geen eenvoudigere alternatieven voor vrouwen die infertiel zijn, vraagt hij zich af, zoals draagmoederschap en adoptie. "Het gaat erom hoe je het beste voldoet aan de wens van echtparen. En of die wens hetzelfde blijft in de komende dertig jaar. Misschien zijn we op een gegeven moment een soort die voortplanting niet meer zo interessant vindt?"

Post refereert aan de teruglopende geboorteaantallen in economisch ontwikkelde samenlevingen. "Niemand weet waar dat eindigt. Een herkenbare stroming van mensen wil bewust geen kinderen, omdat ze het een investering vinden die niet de moeite waard is. En naarmate wij alsmaar decadenter worden en meer technologisch georiënteerd, komen we verder af te staan van oerinstincten als voortplanting."

### Watson

Een andere ontwikkeling in die technologische samenwerking is dat kunstmatige intelligentie en robots de rol van artsen radicaal gaan veranderen, verwacht Post. "Ik denk dat expertsystemen een grote rol gaan spelen en dat een groot deel van het afnemen van anamneses, het diagnostische werk, het beeldvormende werk en het analyserwerk overgenomen wordt door computers." Nu werd dat dertig jaar geleden ook al beweerd, geeft Post toe. "Toen ik geneeskunde studeerde, werd al geroepen: jullie werk kan uiteindelijk door computers gedaan worden. Maar toen was het Watson-project er nog niet", refereert hij aan de supercomputer die IBM heeft ontwikkeld.

De tot nu toe matige creativiteit van slimme computers in vergelijking met mensen, acht de hoogleraar geen belemmering. "Want hoeveel creativiteit zit in het dagelijkse medische vak? De tendensen naar *evidence-based medicine* en protocollering staan juist haaks op creativiteit."

De vraag is wat dan de rol van de beroepsgroep wordt. Een vraag die Post moeilijk te beantwoorden vindt. "Het antwoord zal afhangen van de sociale factor: mensen gaan misschien toch liever naar een persoon, dan naar een computer of robot, omdat ze empathie zoeken. En het is een grote misvatting om dan als arts te denken: daar ben ik niet voor. Want ik verwacht dat dat uiteindelijk hun bestaansrecht is in de toekomst."

Daarom vermoedt Post dat - als veel van het werk van dokters inderdaad wordt overgenomen door robots en expertsystemen - de obstetrie een van de laatste menselijke bastions zal zijn. "Omdat een bevalling nu eenmaal een heel emotionele gebeurtenis is voor iedereen. Een robot kan bijvoorbeeld prima op grond van de progressie beslissingen nemen, maar de meerwaarde van de mens is de empathie, en niets anders."

ntog 16/09

# Een beeld van het Gynaecongres



Het vijftigste Gynaecongres

## Oud-voorzitters aan het woord

Ank Louwes *communicatiemedewerker NVOG*

**Met de oud-voorzitters van de Commissie Gynaecongres gezamenlijk het vijftigste Gynaecongres vormgeven, wat een prachtig idee! Maar ook, we worden oud: veel van de oud-voorzitters waren erbij toen de oude bijeenkomsten op zaterdag (overal in het land) werden vervangen door twee keer per jaar een Gynaecongres, een hele nieuwe opzet. De oud-voorzitters Maarten Wiegerinck, Mark Hans Emanuel, Jan Nijhuis, Herman Oosterbaan en Piet Scholten kijken achterom en vooruit.**

Het was begin 1992. De leden van de 'Stichting Gynaecologie 's-Hertogenbosch en Ommelanden' onder voorzitterschap van dr. Bert Broeders, waren in vergadering bijeen en hadden het programma voor de Buitendagen van de NVOG zo goed als rond. "Op dat moment stormde een groepje *angry young men* de vergaderzaal binnen. Het waren Maarten Wiegerinck, Maarten Kloosterman, veelbelovend VAGO-lid Mark Hans Emanuel en Renee van der Maesen de Sombreff destijds van het NVOG-bureau, die ons congres even om wilden gooien. Het lijkt wel gisteren. Na enige aarzeling en onder de indruk van hun enthousiasme stemden wij in: het Gynaecongres was geboren", vertelt Herman Oosterbaan. "We hadden ook geen keuze", vult Mark Hans Emanuel aan. "De vergaderingen van de NVOG daarvoor, zoals ik deze heb meegemaakt, in Nieuwegein, Amersfoort en Rotterdam werden slecht bezocht, waren slaapverwekkend en zeker niet inspirerend voor de leden, misschien met uitzondering van het eeuwfeest in 1987. Er moest iets gebeuren!"

"Met bewonderenswaardige wendbaarheid gingen de Bossche bollebozen akkoord. Een groot succes tot aan het laatste slokje in 't Pumpke", valt Maarten Wiegerinck bij.

### Vast format

In mei 1992 werd in Den Bosch het format van het voorjaarscongres uitgerold. De eerste dag geheel

ingevuld door de ontvangende groep en de tweede dag door de NVOG. Het idee werd al snel overgenomen door andere Wetenschappelijke verenigingen.

Met het Gynaecongres bruiste de vereniging weer en iedereen wilde erbij zijn.

In het begin werd twee keer per jaar met het Gynaecongres feestelijk uitgepakt, maar na een aantal keren werd gekozen voor een wat soberder najaarscongres op de nieuwe 'thuisbasis' Papendal.

De 47 congressen die volgden zijn nooit meer slecht bezocht. Zonder twijfel is dat mede de verdienste van de geoliede machine die de organisatie van het congres is geworden. Wat fijn dat ook Yvonne Broer van het NVOG-bureau de touwtjes nog steeds in handen heeft en wat jammer dat Robert Von Hinke Kessler, medeoprichter van Status Plus, die er vanaf het eerste congres met de VVOG in Brugge bij was, veel te jong is overleden.

Het Gynaecongres is de ontmoetingsplek geworden voor alle leden van de NVOG waarbij meer dan voldoende te beleven is, zowel wetenschappelijk als sociaal en vaak ook sportief.

### Weemoed

Weemoed is er ook bij het terugdenken aan de organisatie van het Gynaecongres: prachtige programma's bedenken, prachtige locaties vinden, overleg met sponsors, maar vooral ook weer samenwerken met collega's uit het hele land. "En wat is er leuker dan uitstijgen boven je eigen afdeling of maatschap en met een team mensen het leukste congres van Nederland maken", blikt Nijhuis terug. Oosterbaan vult aan: "Wat een heerlijke taak was dit en wat werd het je makkelijk gemaakt door een goed ingespeeld team van medewerkers van het NVOG-bureau en de inmiddels vaste partner Status Plus."

### Toekomst

Dit jubileum Gynaecongres staat in het teken van veranderingen en hoe daar mee om te gaan.

We kunnen verwachten dat de verschuiving in informatiedeling door bijvoorbeeld de komst van social media ongeëvenaard zal zijn. In deze tijd van grote vakgroepen, aandachtsgebieden en differentiatie heeft een algemeen congres waarin vele onderwerpen plenair worden besproken misschien wel zijn langste tijd gehad. Of moeten we ons juist richten op de ontwikkelingen die er gaande zijn rond de algemeen gynaecoloog die een beetje aan het verdwijnen is?

Er wordt hard nagedacht over een nieuwe formule, zowel qua vorm als qua inhoud. Combineren met pijlerdagen? Voor elk wat wils, wel of niet plenair?

Een fascinerende uitdaging, wel toevertrouwd aan gynaecologen die vaak koploper zijn in de medische wereld.

### **Wat moet je vasthouden?**

In elk geval heeft het Gynaecongres het NVOG-verenigingsleven veel goeds gebracht en dat is enorm veel waard. Zo zijn de onderlinge contacten, de gesprekken in de wandelgangen en uiteraard de algemene ledenvergaderingen tijdens het congres onmisbaar geworden als discussieplatform voor de gedachtenvorming betreffende onderwerpen die ons als gynaecologen allen aangaan. Dat is een steun in de rug van het bestuur en daar kunnen we trots op zijn met z'n allen; immers op velerlei gebied wordt er door wetenschappelijke verenigingen en door de Federatie Medisch Specialisten gekeken naar het reilen en zeilen van de NVOG. Dat moeten we vooral zo houden.

Ook verbondenheid wordt genoemd. Het Gynaecongres heeft een constant groot aantal deelnemers gemobiliseerd en daarmee haar aantrekkelijkheid bewezen. Wiegierink: "Ik denk in belangrijke mate door het bijeen zijn, de onderlinge gesprekken, het weerzien, de nieuwtjes, het zien van de sprekers van jonge en oude garde, het verwelkomen van de aspirant leden, het in memoriam voor de overleden leden, de gedachtenwisseling met het NVOG-bestuur over alle vragen en voorstellen hoe gynaecologen het beste kunnen opkomen voor hun patiënten in een complexe wereld en ook denk ik aan de spetterende en vooral gezellige avondprogramma's. Dat geeft je een gevoel van verbondenheid, vak-eigenheid en inspiratie die moeilijk bereikbaar zal zijn in virtual reality."

En natuurlijk een boodschap uitdragen, voorop lopen, als NVOG! Nijhuis: "Ik heb al eerder betoogd dat we als NVOG 'liever leidend voorop moeten gaan, dan lijdend volgen'.

De NVOG en het Gynaecongres zijn op een geweldige manier met elkaar verbonden, daar ben ik trots op en ik hoop veel (aspirant-)leden met mij."

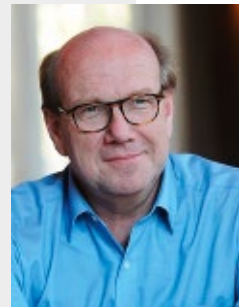
*NVOG, koester verbondenheid als fundament om zelf vorm te geven aan de toekomst.*

Maarten Wiegierink



*Ik hoop dat de komende vijftig congressen evenveel bij zullen dragen als de vorige vijftig.*

Mark Hans Emanuel



*Proficiat dus iedereen met ons vijftigste congres en op naar de honderd!*

Jan Nijhuis



*Het Gynaecongres is het platform voor presentaties vanuit de vereniging en vormt het sociale kader van de NVOG. Daar mogen we trots op zijn!*

Herman Oosterbaan



*Als je houdt van grote bestuurlijke klussen, is het Gynaecongres toch wel het neusje van de zalm.*

Piet Scholten





Gynaecongres door de ogen van AIOS:

## Een perfecte combi van kennis en gezelligheid?

**drs. D.M. Koppes** *AIOS, clustervertegenwoordiger Maastricht VAGO-bestuur*

**drs. M. Kleppe** *oud-clustervertegenwoordiger Maastricht (2012-2015), thans AIOS cluster Groningen*

**Als huidig en oud-clustervertegenwoordiger van Maastricht werden we vanuit de VAGO gevraagd een stukje te schrijven over de AIOS en het Gynaecongres. Het liefst met aspecten van vroeger, nu en de toekomst. Daar de VAGO staat voor de AIOS van nu werd voor ervaringen van vroeger een beroep gedaan op hen die ooit AIOS waren binnen ons cluster.**

Hierbij vielen twee dingen op. Het feest op de donderdag werd steevast als hoogtepunt genoemd. Dit is vast niet de bedoeling geweest van de organisatie, maar voor de bezoekers duidelijk het meest memorabel. Als tweede werd frequent de wisselende wetenschappelijke inhoud genoemd. Waarbij de relatie van de inhoud met het feest niet achterwege kon blijven. Zo zijn velen van mening dat de beste kennis op het slechtste moment (lees: vrijdagmorgen) van het congres wordt gedeeld.

Maar het Gynaecongres is meer dan het feest en de wisselende kennisoverdracht. Zo heeft het Gynaecongres iets magisch als je ANIOS bent. Als ANIOS merkte je het direct in de kliniek als er een Gynaecongres aan kwam. Carpoolclubjes en indelingen voor de hotelkamers werden ver van tevoren gemaakt. Door de achtergebleven ANIOS en stafleden werd de kliniek draaiende gehouden. Met als beloning dat, wanneer de AIOS en stafleden weer terugkeerden van het Gynaecongres, zij een schat aan nieuwe kennis (en enkele *juicy* details van het feest) mee terug brachten.

Het Gynaecongres heeft ook iets angstigs als je eerstejaars AIOS bent en je tijdens de Algemene Ledenvergadering wordt voorgesteld aan alle leden. Lang ben je nerveus over hoe dat precies gaat zijn. Een grote zaal vol gynaecologen, moet je iets zeggen, moet je zwaaien of alleen maar opstaan en vriendelijk lachen? Eenmaal daar blijkt dat gynaecologen gelukkig ook gewoon mensen zijn en zo'n presentatie

van de nieuwe AIOS voor het NVOG-bestuur nog best een opgave is. AIOS in verkeerde clusters of vergeten. Dan viel de taak van even opstaan en zwaaien toch nog best mee.

Voor de AIOS in alle jaargangen is het Gynaecongres een plek om bij te kletsen en ervaringen uit te wisselen onder het genot van sushi van de farmaceut, een goede stroopwafel van de Mirena-stand of een lekkere espresso met truffel. Ook is het een plek om te netwerken, zeker in de tijd van de differentiaties en het credo 'maak je eigen opleiding'. Nog even een praatje met die interessante spreker, van gedachten wisselen met een vooraanstaand gynaecoloog op zijn of haar vakgebied, even polsen bij die ene opleider of je misschien daar terecht kan voor een differentiatie.

Het Gynaecongres is ook inspirerend. Na een sessie Talent in Onderzoek krijg je spontaan weer energie om onopgehelderde klinische vraagstukken uit te zoeken en in Nieuws van eigen bodem worden vaak nieuwe inzichten gegeven voor de dagelijkse praktijk.

Als AIOS denken we bij het Gynaecongres natuurlijk ook aan onze eigen ALV. Het enige wat wellicht in de loop van de jaren wel aan verandering onderhevig is geweest. De zaal is nog steeds vaak te klein en de tijdsduur te kort. Maar waar vroeger sprake was van een passief toehoorderschap, waarbij het broodje misschien wel interessanter was dan de vergadering, zien we nu dat er vaak een actieve discussie ontstaat. En daar zijn we best wel trots op. We zien dat de AIOS steeds meer betrokken raken bij alle aspecten van de opleiding. Dat zij zich verantwoordelijk voelen en meedenken over wat zij willen.

Bij de vraag wat de AIOS in de toekomst zou willen van het Gynaecongres bleef het toch lang stil. Is het Gynaecongres dan misschien toch gewoon perfect zoals het is?



Organisatie vijfzigste Gynaecongres

## Een kijkje achter de schermen

Ank Louwes *communicatiemedewerker NVOG*

**Een Gynaecongres bestaat voor de NVOG-leden over het algemeen uit het gedurende een of twee dagen volgen van interessante lezingen en/of workshops, het bijpraten met (oud)collega's en sponsors en voor een steeds grotere groep een goed feest op donderdagavond. Maar hoe komt zo'n congres eigenlijk tot stand? Een kijkje achter de schermen van het vijfzigste Gynaecongres.**

Op 28 mei 2015 halen Yvonne Broer en Mark Hans Emanuel tijdens de feestavond van het 47e Gynaecongres in de Mariënhof te Amersfoort herinneringen op aan voorgaande Gynaecongressen. 'Volgend jaar alweer het vijfzigste Gynaecongres', zegt Yvonne. 'Doen jullie daar nog wat mee?', vraagt Mark Hans. Yvonne: 'Nog niet over nagedacht, maar heb je zin om te helpen of is het een idee om alle oud-voorzitters te vragen?' Mark Hans wordt enthousiast en schiet Herman Oosterbaan aan. Na een al even enthousiaste reactie van zijn kant, wordt de huidige voorzitter, Guid Oei, ook even gepolst. Waarna begin juni 2015 het eerste mailtje naar de andere oud-voorzitters, Maarten Wiegerinck, Jan Nijhuis en Piet Scholten, wordt verstuurd en een eerste vergaderdatum geprikt.

### Brainstormsessie

Samen met de commissie Gynaecongres en de oud-voorzitters wordt begin september 2015 gebrainstormd over de congresaccommodatie, het wetenschappelijke programma (moeten we vasthouden aan ons vaste stramien of toch niet?), de feestlocatie, een eventueel thema enz., met in ons achterhoofd een strakke begroting.

Veel ideeën komen op tafel, met hier en daar een levendige discussie tot gevolg. Aan het eind van de avond is een eerste opzet van het wetenschappelijk programma gemaakt en zijn de taken verdeeld.

Iedereen gaat met een uitgebreide actielijst naar huis en de eerste contacten met mogelijke sprekers en congreslocaties volgen. Houden we het in Papendal of De Flint in Amersfoort of toch een andere locatie?

Die vraag lost zichzelf op. Piet Scholten had namelijk via via, gehoord dat theatergroep 'De Verleiders' - die in 2015 nog volle zalen trekt met een voorstelling over de bankensector - eind 2016 met een nieuwe voorstelling komt over de farmaceutische industrie. Een dergelijke voorstelling aan onze leden aanbieden, zou wel uniek zijn. Het management wordt benaderd en het toeval wil dat 'De Verleiders' op vrijdagavond 18 november in De Flint in Amersfoort een voorstelling geven en dat we die middag een exclusieve voorstelling voor onze leden en gasten kunnen uitkopen. Het wordt dus De Flint!

Een uitdaging hierbij zijn nog wel de sponsors/standhouders. Tijdens het 47e congres in De Flint waren zij niet helemaal tevreden met de indeling van de expositie en aandacht van de congresbezoekers. De commissie Gynaecongres neemt dit soort signalen zeer serieus en tijdens een stakeholdersmiddag in het voorjaar van 2016 worden de sponsors uitgenodigd in De Flint en bijgepraat over de ideeën rond dit congres en wordt de indeling van de expositie in samenspraak met hen aangepast.

### Mailverkeer, vergaderingen en bezoeken

Gedurende de laatste maanden van 2015 volgen vele mailwisselingen en vergaderingen: *fine tuning*.

Oktober 2015 worden de eerste sprekers benaderd en blijkt al meteen dat niet iedereen kan. Nieuwe namen volgen en ook zij worden benaderd.

In oktober en november krijgt het 48e Gynaecongres in Papendal bij Yvonne en Ank net iets meer aandacht dan het vijfzigste congres, maar daarna wordt ook hier weer vaart gemaakt.



In februari 2016 worden door een afvaardiging van de commissie Gynaecongres, oud-voorzitters, Daphne Kaaijk van Status Plus, Yvonne en Ank op één dag vier verschillende feestlocaties rondom Amersfoort bezocht. Het is leuk om te zien hoeveel fantasie gynaecologen hebben om van een op het eerste oog minder geschikte locatie ook een feest te maken. Aan het eind van de dag is de voorlopige keuze gemaakt: de nog in aanbouw zijnde *Jardin d'Hiverre* in Baarn. Spannend wordt nog of het op tijd klaar is, maar dat is van latere zorg.

En die zorg wordt eind mei bewaarheid: dat lukt niet. Qua feestlocatie zijn we dus weer terug bij af. Yvonne en Ank trekken alle registers open en mailen nieuwe mogelijke locaties voor een offerte. Twee ervan worden uiteindelijk bezocht. Waarna het Dierenpark Amersfoort er als beste locatie voor het feest dat we in gedachten hebben, uitkomt.

### De laatste maanden tot het congres

Nadat in de eerste maanden van 2016 de focus vooral op het 49e Gynaecongres in Eindhoven heeft gelegen, wordt er vanaf eind mei weer vol gas gegeven op het jubileumcongres.

Alle mogelijke sponsors worden aangeschreven om een stand in de exoruimte in te richten en ook voor de patiëntenverenigingen is er in De Flint weer een mooie ruimte beschikbaar. De eerste reacties komen vaak snel binnen, maar daarbij ook de vragen om begrotingen e.d. Vanwege de geldende CGR-regeling moeten sponsors en ook wij ons aan steeds strengere eisen houden. Niet altijd even begrijpelijk, maar

vaak wel heel veel werk opleverend. Yvonne ploert zich er moedig door heen, met David Casalod van Status Plus als raadgever op de achterhand.

Alle sprekers worden benaderd om hun teksten aan te leveren voor het programmaboekje en in een latere fase hun abstracts en presentaties. Ook alle wensen rond de presentaties (speciale apparatuur e.d.) worden in kaart gebracht en kortgesloten met de Flint.

Er is dit keer weliswaar maar één buitenlandse spreker, maar die komt wel uit de Verenigde Staten. De juiste vluchten, de taxi en hotelovernachtingen worden geregeld.

De binnengekomen *abstracts* van AIOS en ANIOS worden door leden van de Koepel Wetenschap gerevied. En ook dit keer komen daar discussiepunten uit, die tijdens een telefonisch overleg worden beslecht.

Het programmaboekje krijgt langzaam vorm. Maar niet alleen het programmaboekje, ook de GynaecongresApp wordt met dezelfde informatie gevuld en dit keer voor het eerst de nieuwe website van het Gynaecongres ([www.gynaecongres.nl](http://www.gynaecongres.nl)). Dit is een nauw samenspel tussen Yvonne en Ank en Daphne, David, Martijn en Angelo van Status Plus. Eind september is de website klaar en kan de mail er naar de leden uit om zich in te schrijven voor het vijftigste Gynaecongres.



De teller kan gaan lopen. Hebben we ook dit keer het aantal bezoekers van de eerste en de tweede dag van het congres goed ingeschat? Is de animo voor de feestavond inderdaad zo groot als we hadden gehoopt of komen er meer mensen en moeten we de aantallen bij De Flint of bij de diertuin ophogen? Kortom, klopt de realiteit met de begroting of niet?

### De congresdagen

Een beschrijving van het vijftigste congres kunnen we uiteraard nog niet geven, maar wel hoe de gang van zaken tijdens de congressen eruit ziet.

Yvonne en Ank gaan op woensdag al vroeg naar de congreslocatie om de standruimte per stand uit te lijnen en de opbouw van de stands te begeleiden. Veel ad hoc problemen en vragen. Passen de stands op hun plek? Heeft iedereen de tafels, stoelen, elektra e.d. die zijn opgegeven? Moet er iets bij? Het wordt allemaal ter plaatse opgelost. Het is vaak een rommelige, maar gezellige dag met oude bekenden.

Begin van de middag arriveren Daphne en Martijn van Status Plus om de previewruimte en registratiebalie e.d. in te richten en vindt er een eerste gezamenlijke draaiboekbespreking plaats met de techniek, catering en eventmanager en worden alle puntjes op de i gezet. Aansluitend gaan Yvonne of Ank met Daphne nog een laatste check doen in de feestlocatie voor de donderdagavond. Eind van de middag sluiten de collega's van het NVOG-bureau en van Status Plus aan bij een laatste draaiboekbespreking en instructies met de congreslocatie en wordt

de dag afgesloten met een gezamenlijk etentje met het NVOG-bestuur en de commissie Gynaecongres.

De donderdagochtend - de meest hectische ochtend van het congres - start om half acht met het inrichten van de inschrijfbalie, de laatste check van alle zalen en de exporuimte en komen de eerste gasten binnen-druppelen. Zij worden bij de registratiebalie hartelijk ontvangen door medewerkers van Status Plus al dan niet aangevuld met collega's van het NVOG-bureau. De sprekers en moderatoren worden door Ank ontvangen en naar de previewruimte verwezen, waar een collega van Status Plus hen verder helpt met de presentaties. Alle vragen over de GynaecongresApp en website worden door Status Plus beantwoord en onze collega's van het NVOG-bureau zorgen ervoor dat alles vlekkeloos verloopt in de zalen. Zijn er onverhoopt toch problemen, dan lossen ze die op of worden de zogeheten 'vliegende keeps', Yvonne en Ank, om hulp gevraagd.

Na een lange dag, volgt de feestavond en is het op vrijdag weer vroeg op voor een herhaling van zetten. Aan het eind van de vrijdag krijgen we de meeste voldoening als de congresdeelnemers aangeven dat alles zo 'vlekkeloos verliep' en 'geweldig was georganiseerd', niet wetende hoe hard het soms lopen is. Maar als dat de gasten niet is opgevallen, hebben wij ons werk weer goed gedaan.

# Status Plus: al ruim twintig jaar de trotse partner van het Gynaecongres!

Oscar Rangel, *Status Plus, Wormerveer*

Al sinds 1994 is Status Plus betrokken bij de organisatie van het Gynaecongres. Ooit gestart in Amsterdam als bureau voor inkomend toerisme voor de Nederlandse markt is Status Plus inmiddels uitgegroeid tot een globaal opererend erkend bureau voor congres- en verenigingsmanagement gevestigd in Zaanstad en sinds 2013 ook met een kantoor in Lakeville nabij Minneapolis in de VS. De sterke band met het Gynaecongres en de jarenlange nationale en internationale ervaring in zowel het verenigingsmanagement als de congresorganisatie maakt Status Plus tot de ideale organisatiepartner voor de Stichting Gynaecongres.

## Vereende krachten

David Casalod, de huidige directeur van Status Plus, is van jongs af aan betrokken bij de Gynaecongresen. "Tijdens mijn studententijd werkte ik als vaste congresmedewerker bij Status Plus, dat toentertijd nog onder de bezielende leiding van Robert Kessler stond. Ik herinner mij dan ook mijn eerste Gynaecongres in 1995 in het Nationaal Congrescentrum (nu World Forum) in Den Haag nog goed. Net als nu was het hard werken, maar van de huidige mogelijkheden op het vlak van automatisering en digitalisering was nog weinig sprake. Rondrennende 'runners' die met dia-carroussels van sprekers van zaal naar zaal gingen, rijen ordners met papieren congresdos-



David Casalod in gesprek met Yvonne Broer

siers achter de congresbalie, en tijdrovende on-site registratieprocedures. In Den Haag werden we bovendien door de locatie 'getrakteerd' op een aantal logistieke uitdagingen die rechtstreeks verband hielden met de verbouwing van het congrescentrum. Niet alleen weken de vooraf doorgenomen looproutes voor de congresdeelnemers door de verbouwing onverwachts af, maar bleek het binnen ook onnodig warm te zijn doordat de kachels waren aangezet, terwijl het buiten 25°C was. Met extra bewegwijzering en flesjes water voor de deelnemers ter verkoeling, hebben wij de ongemakken wat proberen weg te nemen. Er was en is altijd wel wat te beleven zowel voor als achter de schermen van het Gynaecongres, maar met vereende krachten is er niets onoplosbaar."

### Regelgeving en sponsormogelijkheden

Naast het verzorgen van de vele administratieve en logistieke congreswerkzaamheden rondom het Gynaecongres is Status Plus ook altijd aanwezig bij de diverse vergaderingen van de Commissie Gynaecongres. Casalod, tevens directeur van een aantal internationale medische beroepsverenigingen waaronder sinds kort de internationale vereniging voor urogynaecologie (IUGA), schuift daarbij ook zelf regelmatig aan: "Daar waar nodig en gevraagd, geef ik advies en ondersteuning aan het stichtingsbestuur, de commissieleden en de medewerkers van het NVOG-bureau op het gebied van bijvoorbeeld de regelgeving rondom congressen en toegestane sponsormogelijkheden. Vanuit onze kennis en ervaring brengen we ideeën en innovatieve oplossingen aan ten aanzien van de steeds weer veranderende uitdagingen en wensen rondom medische congressen. Het feit dat onze aanbevelingen door het bestuur vaak worden meegenomen in de totstandkoming van hun besluitvorming geeft aan dat we bij deze vergaderingen van belangrijke toegevoegde waarde zijn."

### Status Plus abstract-systeem

In de afgelopen jaren heeft Status Plus speciaal voor het Gynaecongres een exposantensysteem ontwikkeld en de wetenschappelijke commissie van de NVOG verzamelt en analyseert al jaren de ingediende abstracts via het abstract-systeem van Status Plus. Daphne Kaaijk, inmiddels al enkele jaren als vaste congresmanager betrokken bij het Gynaecongres: "Ik heb gedurende het hele jaar nauw contact met Yvonne Broer en Ank Louwes over allerlei organisatorische zaken. We zijn al jarenlang partners en daardoor zeer goed op elkaar ingespeeld. Wij denken graag mee met de organisatie en sluiten altijd aan bij inspecties van de diverse locaties. Onze opgedane ervaring bij andere verenigingen en verenigingscongressen komen daarbij vanzelfsprekend goed van pas."

### GynaecongresApp

Op initiatief van Status Plus is er sinds 2012 ook een mobiele CongresApp in gebruik tijdens het Gynaecongres. Kaaijk: "Status Plus vierde dat jaar het 20-jarig jubileum en als jubilaris vonden wij het leuk om de NVOG een CongresApp cadeau te doen. Inmiddels is de GynaecongresApp niet meer weg te denken en wordt door de congresdeelnemers steeds vaker en intensiever gebruikt. Als gevolg daarvan hebben wij dit jaar een nieuwe GynaecongresApp gelanceerd met meer mogelijkheden tot interactie. Deelnemers kunnen via de App onder andere met elkaar communiceren, maar ook stemmen en sessies evalueren. Naast de App zullen we dit najaar in nauwe samenwerking met de NVOG ook nog een aparte Gynaecongres-website lanceren om de communicatie rondom het congres nog verder te optimaliseren. Kortom, stilzitten doen we zeker niet!"

Het Gynaecongres neemt een belangrijke plaats in bij Status Plus. Casalod is er dan ook van overtuigd dat het partnerschap nog lang zal worden voortgezet. "Ik heb door de jaren heen zeer goede banden opgebouwd met de vele bestuursleden, stafleden en andere NVOG-leden die ik via de Gynaecongressen heb ontmoet en ik beleef enorm veel plezier aan deze persoonlijke contacten. Natuurlijk blijven we ook de komende jaren samen streven naar verdere optimalisatie en innovativiteit van het Gynaecongres, maar nu eerst het aankomende feestelijke vijftigste Gynaecongres. Namens ons hele team bedank ik en feliciteer ik bij deze een ieder die het Gynaecongres een warm hart toedraagt en graag weer tot ziens in Amersfoort!"



David Casalod, Veronique van Dooren en Daphne Kaaijk in overleg bij de registratiebalie

# When you want something to be done: ask the busy woman

drs. Y.A.J.M. Dabekausen *secretaris bestuur*



Elke gynaecoloog denkt nu: 'Dat gaat over mij'. En dat zou ook best kunnen. De NVOG is een actieve vereniging. Er zijn gelukkig veel collegae die een hoop enthousiasme, tijd en energie in de vereniging steken. Maar toch gaat deze column niet over de gynaecologen. Dit stukje gaat over het bureau van de NVOG; in het bijzonder de mensen die er werken.

Het bureau is fysiek gevestigd in de Domus en wordt bemand, of liever 'bevrouwd' door negen medewerkers. Deze dames hebben een ondersteunende functie voor de koepels, pijlers, werkgroepen en het bestuur. Hoewel, het woord ondersteunend is een onderdrijving. Vaak lijkt het meer een dragende functie. Er wordt veel werk verzet, goed meegedacht en uitgedacht. Ook de betrokkenheid en het enthousiasme zijn bijna weldadig. Mails en app-jes in de avonduren en in het weekend zijn niet ongebruikelijk. In eigen tijd namens de NVOG activiteiten bezoeken komt ook voor. Ze verdienen het om op deze plek zinnebeeldig in het zonnetje te worden gezet.

Niet alle gynaecologen kennen het bureau en niet iedereen heeft de site van onze vereniging compleet bestudeerd. Daarom volgen nu hun namen en aandachtgebieden. Het zijn echt net gynaecologen...

De directeur van het bureau, Veronique van Dooren, is verantwoordelijk voor de algemene ondersteuning van het bestuur, het financieel beleid, de organisatie rondom de SKMS (Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten)-gelden. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor het opbouwen en onderhouden van een relevant extern netwerk (VWS, Federatie, andere WV-en, CPZ, etc.). Zij krijgt daarin ondersteuning van Wiesje van Boxtel, de bestuursondersteuner. Wiesje is onder meer verantwoordelijk voor de ondersteuning van de bestuursvergaderingen, de (Thema-) Algemene Ledenvergaderingen en de consultaties met het bestuur. Daarnaast ondersteunt zij de Commissie Voortgangstoets, de Werkgroep Klinische Verloskunde en de Pijler Gynaecologie.

Sinds vorig jaar is het team uitgebreid met een bureaumanager, Femke Schweitzer, die verantwoordelijk is voor personeel & organisatie van het bureau en het aanbod en beheer van producten en diensten van het bureau aan de leden.

## Koepel- en beleidsondersteuning

De drie koepels krijgen ondersteuning van de beleidsondersteuners Esther van Wissen (Koepel Kwaliteit, met Activiteit Kwaliteitsdocumenten, de

commissie Accreditatie, de commissie Collegiale Ondersteuning, de commissie Complicatieregistratie en de Auditcommissie Maternale Sterfte en Morbiditeit alsmede ondersteuning van SKMS-projecten en de Kwaliteitscirkel), Carolien Kanne (Koepel Opleiding, met onder meer het Concilium, College Vervolgopleidingen Gynaecologie, Commissie Onderwijs en In- en Uitstroom en sinds kort ook de Visitatiecommissie) en Karin van 't Wout (Koepel Wetenschap en de Kwaliteitscirkel en de Koepel Gynaecoloog en Maatschappij met de BBC, de Commissie EPD, LZA alsmede de administratie van de SKMS-gelden). Samen zijn zij tevens verantwoordelijk voor het verloop van de kwaliteits- en opleidingsvisitaties.

Liesbet Hekkers versterkt sinds medio 2012 de gelegingen van de koepelondersteuners en is nauw betrokken bij de nieuwe manier van visiteren voor de kwaliteitsvisitaties, bij de accreditatieverlening van de NVOG en verantwoordelijk voor de ledenadministratie.

## Gynaecongres en communicatie

Yvonne Broer is sinds jaar en dag verantwoordelijk voor het Gynaecongres, maar ook voor de financiële administratie van zowel de NVOG als het Gynaecongres. Ank Louwes heeft de taak om de communicatie met de leden (digitale nieuwsbrief, website, mass-mails), externe partijen en de pers te stroomlijnen, ondersteunt de NTOG-redactie, doet de patiëntenvoorlichting en organiseert mede het Gynaecongres.

## Toekomst

Het NVOG-bestuur heeft aangegeven dat om als professionele organisatie te kunnen opereren, haar werk moet verschuiven van operationeel naar strategisch niveau. Dit betekent ook een verschuiving van de rol van het bureau. Het bureau moet de spil zijn tussen het bestuur en de koepels en pijlers en daarmee de samenhang tussen deze verschillende eenheden van de vereniging versterken.

Bestuur en bureau kijken op dit moment naar de werk- en taakverdeling van de medewerkers. Wie ondersteunen zij (welke koepels, pijlers, commissies, werkgroepen) en moet dat in de toekomst ook zo blijven of moeten er verschuivingen plaatsvinden?

Wat kunnen de koepel-, pijler-, werkgroepbesturen en commissies zelf en waar kan de toegevoegde waarde van het bureau het beste worden ingezet?

Samenvattend, het bestuur is blij met het bureau; laten we hen koesteren.



Veronique



Wiesje



Yvonne



Liesbet



Carolien



Ank



Femke



Esther



Karin



# Variatie in percentages sectio caesarea tussen Nederlandse ziekenhuizen

**C.M.W. de Sonnaville** coassistent, Rijksuniversiteit Groningen

**T.R. Zaat** ANIOS gynaecologie en verloskunde, OLVG Oost Amsterdam

**B. van Gils** klinisch verloskundige en datamanager, OLVG Oost Amsterdam

**dr. M.G. van Pampus** gynaecoloog-perinatoloog, OLVG Oost Amsterdam

**dr. C.W.P.M. Hukkelhoven** epidemioloog Perined

**De grote variatie in verloskundig handelen tussen Nederlandse ziekenhuizen is een punt van aandacht waarbij er ruimte lijkt te zijn voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Door verloskundige cijfers per ziekenhuis te analyseren en te spiegelen aan nationale cijfers kunnen gepaste interventies worden bedacht om de onnodige praktijkvariatie te verkleinen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. 'Value Based Healthcare' kan hierin een rol spelen.**

De laatste jaren wordt er in Nederland veel aandacht besteed aan het ontwikkelen en gebruiken van uitkomstindicatoren ter verbetering van de kwaliteit en de transparantie van zorg. Hierin speelt 'Value Based Healthcare' een centrale rol. *Value Based Healthcare* is een overkoepelende term voor de organisatie van de zorg rondom 'waarde', gedefinieerd als voor de patiënt relevante gezondheidsuitkomsten van zorg afgezet tegen de kosten voor het bereiken van deze uitkomsten. Een lopend ZonMW-onderzoeksproject richt zich op de vraag of en hoe het inzicht in uitkomsten van zorg op systematische wijze gebruikt kan worden om verbeteringen in de zorg te realiseren en wat daarvan het effect is op de zorgkosten.<sup>1</sup>

Het *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) is een non-profit organisatie welke als doel heeft om wereldwijd *Value Based Healthcare* toe te passen in de gezondheidszorg. Dit wordt bereikt door gestandaardiseerde meetsets voor uitkomstmaten per medische aandoening te definiëren, met het oog op wereldwijde vergelijking en daarmee de mogelijkheid tot aanpassing en verbetering van de zorg.<sup>2</sup>

Een beschouwing van de Landelijke Verloskundige Registratie tweede lijn (LVR 2) gegevens van 2008 tot en met 2010 laat een grote variatie zien bij tweede-lijns verloskundige praktijken voor verschillende ver-

loskundige interventies, zoals sectio caesarea en kunstverlossingen.<sup>3</sup> Uit het oogpunt van zowel doelmatigheid als veiligheid is onnodige praktijkvariatie niet wenselijk.

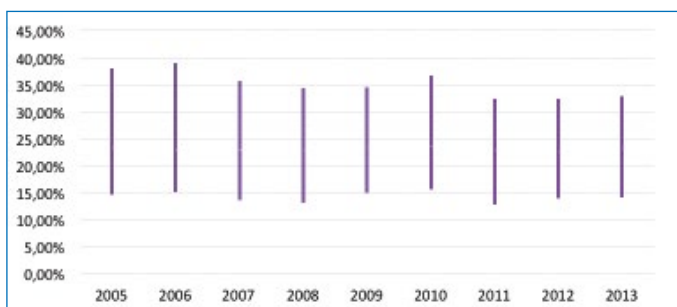
In verschillende landen in Europa zijn de afgelopen jaren interventies toegepast om relatief hoge sectio-percentages te reduceren. In het universitaire ziekenhuis van Linköping (Zweden) werd gezien dat het sectiopercentage aanzienlijk daalde na implementatie van interventies met betrekking tot transparantie in de zorg. Tevens zijn soortgelijke interventies succesvol toegepast in Portugal en Italië.<sup>4,5</sup> Dit zal verderop in dit artikel besproken worden.

Met dit artikel beogen wij meer inzicht te krijgen in variatie in de sectio-percentages bij ziekenhuizen in Nederland. Dit is de eerste stap naar het minimaliseren van onnodige variatie in verloskundig handelen. Het is van belang om dit inzicht te verkrijgen om in de toekomst zo nodig gepaste aanbevelingen te kunnen doen en interventies toe te kunnen passen met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren.

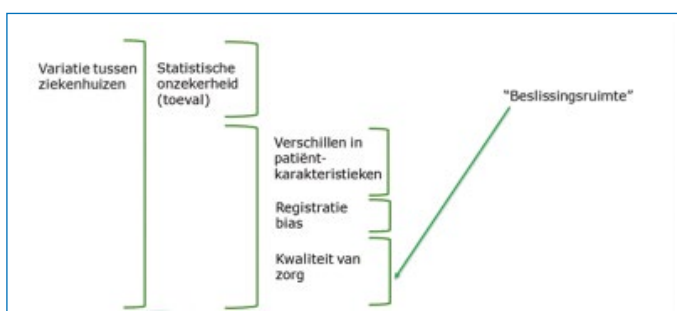
## Methode

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van Perined, de landelijke organisatie die is ontstaan uit de fusie van Perinatale Audit Nederland (PAN) en Perinatale Registratie Nederland (PRN). Ruim één miljoen in het ziekenhuis geboren kinderen in de periode 2005 tot en met 2013 met een amenoroe duur van 22.0 weken of meer zijn geselecteerd. In eerste instantie is niet geselecteerd op pariteit of omvang van de zwangerschap, dus zowel eenling- als meerlingzwangerschappen werden geïncludeerd. Vervolgens zijn verschillende subgroepen bestudeerd:

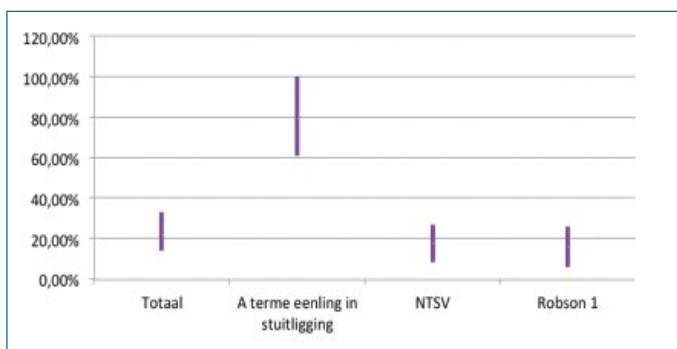
A. À terme eenlingen in stuitligging. Vier procent van de kinderen die in de tweede lijn worden geboren,



Figuur 1: Spreiding in totaal sectiopercentage tussen ziekenhuizen



Figuur 2: Hoe ontstaat variatie?7



Figuur 3: Spreiding in totaal sectiopercentage en subgroepen in Nederland, jaar 2013

behoort tot deze subgroep. Het percentage sectio's is hoog in deze groep.

- B. Een laagrisicogroep die gedefinieerd is als primiparae met een eenling in hoofdligging en een à terme zwangerschapsduur. Deze groep staat in de internationale literatuur bekend als NTSV, *nulliparae, a term, singleton, vertex*. Van de in het ziekenhuis geboren kinderen behoort 37% tot deze groep. Deze patiënten zijn ofwel gestart in de eerste lijn en daarna overgedragen aan de tweede lijn, of wel vanaf het begin in de tweede lijn onder zorg.
- C. De relatief ongecompliceerde groep, gedefinieerd als de spontaan in partu gekomen primiparae met een eenling in hoofdligging en een à terme zwangerschapsduur. Deze groep is een onderdeel van de NTSV0groep en staat in de internationale literatuur bekend als de Robson-1-groep.<sup>6</sup> Circa 30% van alle in het ziekenhuis geboren kinderen behoort tot deze groep.

## Resultaten

### 1. Analyse sectiopercentage

Het totale percentage sectio caesarea in Nederland is 23% van alle in het ziekenhuis geboren kinderen tussen 2005 en 2013. Dit percentage is de som van 10,5% primaire en 12,5% secundaire sectio caesarea. Deze percentages zijn door de jaren heen min of meer gelijk gebleven. De variatie in sectiopercentage bij de ziekenhuizen is echter aanzienlijk. In 2013 varieerde het totale sectiopercentage tussen 14 tot 33%. Hierbij is er een spreiding van 19% bij de verschillende centra, veroorzaakt door variatie in zowel primaire als secundaire sectiopercentages. Vanwege onder andere fusies van ziekenhuizen daalde de spreiding van het totale percentage sectio's licht van 23% in 2005 naar 19% in 2013 (fig. 1).

De variatie bij ziekenhuizen kan verschillende oorzaken hebben.<sup>7</sup> Voor een deel zou het verklaard kunnen worden door toeval, ook wel 'statistische onzekerheid'. Daarnaast zijn er verschillen in karakteristieken van patiënten die variatie veroorzaken. Als een ziekenhuis moeilijkere patiënten behandelt, kunnen de uitkomsten slechter uitvallen. Verschillen in karakteristieken kunnen worden onderverdeeld in *case-mix*, waarbij de karakteristieken bekend en gemeten zijn, en *residual confounding*, waarbij de verschillen in karakteristieken van patiënten niet bekend of gemeten zijn. Een andere factor die een mogelijke rol speelt in de verklaring voor variatie is 'registratiebias'. Hierbij verschilt de manier van registreren van gegevens bij instellingen, bijvoorbeeld door interne afspraken. Het overige gedeelte van de variatie heeft betrekking op de kwaliteit van zorg. Dit is de 'beslissingsruimte', een factor die kan worden beïnvloed door hulpverleners zelf. In figuur 2 staat schematisch weergegeven hoe variatie bij ziekenhuizen ontstaat. Het lijkt alsof de kwaliteit van zorg maar een klein deel van de variatie betreft, dit hoeft echter niet het geval te zijn. (fig. 2)

### 2. Subgroep analyse

Zoals eerder beschreven, varieert in 2013 het totale sectiopercentage van ziekenhuizen tussen 14% en 33%. Als de sectiopercentages van de verschillende ziekenhuizen van laag naar hoog worden gesorteerd, zien we geen duidelijke uitschieters; het verloop is heel geleidelijk. De grote spreiding wordt dus niet veroorzaakt door één of enkele ziekenhuizen. Om meer inzicht te krijgen in deze variatie zijn subgroepen geanalyseerd. Bij de à terme eenlingen in stuitligging varieert het totale sectiopercentage van 60 tot 100% in 2013. Er zijn dus ziekenhuizen die geen vaginale stuitbevallingen meer doen. Ook hier zijn er geen uitschieters met een relatief heel hoog of relatief heel laag sectiopercentage; de grote spreiding wordt dus niet veroorzaakt door één of enkele ziekenhuizen. De grote spreiding is aanwezig bij zowel het primaire als het secundaire sectiopercentage.

Ook in de laagrisicogroep van primiparae met een à terme eenling in hoofdligging (NTSV), wordt een aanzienlijke variatie gezien in totaal sectiopercentage van 8 tot 27% in 2013. Dit is in deze groep vooral te wijten aan verschillen in het secundairesectiopercentage van 8 tot 25%. Na selectie van alleen de spontaan in partu gekomen zwangerschappen, ook bekend als de subgroep Robson 1, blijft dit percentage secundaire sectio's bij ziekenhuizen variëren van 6 tot 26% (fig. 3). Hier zijn wel een klein aantal uitschieters te zien van 26%. Echter bij het merendeel van de ziekenhuizen varieert het percentage secundaire sectio tussen 6% en 20%, wat nog altijd meer dan een factor 3 verschilt. Zo op het eerste gezicht lijkt er geen verband te bestaan tussen het sectiopercentage en de neonatale uitkomst, waarbij is gekeken naar vijf minuten Apgarscore < 7. Echter, om verder inzicht te krijgen in het verband tussen het sectiopercentage en de neonatale uitkomst dient meer onderzoek te worden verricht. Gezien de laatste twee subgroepen, te weten de NTSV en de Robson 1, laagrisicogroepen betreffen, is het opmerkelijk dat de spreiding van deze groepen even groot is als de spreiding in de totale groep. Wellicht ligt hier een kans op verbetering van de kwaliteit van zorg.

### Internationale norm

Een gedeelte van de variatie in sectiopercentages bij ziekenhuizen kan worden verklaard door verschillen in karakteristieken van patiënten, registratiebias en toeval (statistische onzekerheid). Alhoewel binnen de NTSV-groep en de Robson-1-groep al is geselecteerd op een aantal belangrijke risicofactoren voor een sectio caesarea, zouden andere karakteristieken - zoals leeftijd moeder of *body mass index* (BMI) - de gevonden variatie verder kunnen verklaren. Echter, binnen Perined Insight - waarin voor de indicatoren 'primaire sectio bij voldragen eenlingen' en 'secundaire sectio bij voldragen eenlingen' nader is gecorrigeerd voor aangeboren aandoeningen, ligging kind bij geboorte, geboortegewicht, zwangerschapsduur in weken, pariteit en leeftijd moeder - blijven de verschillen tussen ziekenhuizen statistisch significant. Voor BMI kon niet worden gecorrigeerd. Ook internationale studies vinden, met correctie voor veel *case-mix* factoren waaronder sociaaleconomische status die gerelateerd is aan BMI, significante verschillen in sectiopercentages tussen ziekenhuizen<sup>8,9</sup>. Daarom veronderstellen wij dat de gevonden variatie, met een factor 3 verschil tussen het ziekenhuis met het laagste en het ziekenhuis met het hoogste sectiopercentage binnen de Robson-1-subgroep, groter is dan klinisch kan worden verwacht.

Kan er überhaupt een norm worden gesteld en zo ja wat is een 'goede' norm? Een te hoog sectiopercentage is onwenselijk, maar een te laag sectiopercentage kan ook effect hebben op maternale en neonatale uitkomsten. Volgens de WHO zijn sectio-

percentages hoger dan 10 tot 15% van het totaal aantal eerste- en tweedelijnsbevallingen niet geassocieerd met een reductie van maternale en perinatale sterfte<sup>10</sup>. Omgerekend resulteert dit in een sectiopercentage van 15 tot 23% van alle ziekenhuisbevallingen. Ondanks dat Nederland een relatief laag sectiopercentage heeft vergeleken met andere landen, zit in 2013 circa 40% van de ziekenhuizen boven deze norm van 23%.<sup>11</sup>

### Europese strategieën om het sectiopercentage te verlagen

In een aantal Europese landen werden de afgelopen jaren diverse interventies toegepast met als doel het verminderen van relatief hoge sectiopercentages.

In het Universitaire ziekenhuis van Linköping in Zweden werd een norm gesteld van minder dan 5% secundaire sectio's voor de ongecompliceerde groep, de Robson 1: de spontaan in partu gekomen primiparae met een eenling in hoofdligging en een à terme zwangerschapsduur. Dit werd bereikt door maandelijks verloskundige data te publiceren op de werkvloer, zichtbaar voor zowel patiënten als personeel. Daarnaast werd dagelijks de geleverde zorg geëvalueerd binnen het verloskundig team. Dit leidde tot een sterke daling van het secundair sectiopercentage in deze subgroep tot onder de norm van 5%.

In Portugal werd een stijgende lijn gezien van het sectiopercentage van 27,9% in 2000 tot 36,6% in 2009 ( $p < 0,001$ ). In 2010 werd een nieuw beleid in het leven geroepen, gericht op vermindering van het percentage sectio caesarea door middel van het delen van informatie, trainingen van hulpverleners en een beloningsstelsel.<sup>4</sup> Een laag sectiopercentage is een criterium voor een hogere ziekenhuisfinanciering in Portugal. Dit heeft geresulteerd in een significante daling van het totaal percentage sectio caesarea, van 36,6% in 2009 naar 33,1% in 2014 ( $p < 0,001$ ). Ten opzichte van de periode voor 2010 is de perinatale mortaliteit tevens significant gereduceerd (van 6,2% in 2000 naar 3,4% in 2013;  $p < 0,001$ ), de maternale mortaliteit is vergelijkbaar gebleven.<sup>4</sup>

In vergelijking met andere Europese landen was ook in Italië het sectiopercentage van 38% (in 2010) hoog.<sup>11</sup> Dit percentage varieerde sterk per regio, tot 61% van alle in het ziekenhuis geboren kinderen in de regio Campania. In 2004 is er in het San Leonardo ziekenhuis in Castellammare di Stabia (Napels) een project gestart om dit percentage te reduceren.<sup>5</sup> Hierbij lag de focus op de herstructurering van de verloskamers, het aanpassen van de indicaties voor sectio caesarea in de richtlijnen en het vergroten van de *awareness* bij patiënten over de centrale rol van de vrouw tijdens de partus en het belang van de fysiologische partus. Dit heeft geresulteerd in een daling van het sectiopercentage in dit ziekenhuis van 52,7% in 2003 naar 17,5% in 2008.<sup>5</sup> In dit artikel wordt geen duidelijke beschrijving gegeven van de invloed

## Gegevens verkrijgen van de Robson-1-groep

1. Log in op [www.perined.nl](http://www.perined.nl) bij '**alleen voor zorgverleners**'
2. Voer praktijknummer in.
3. Klik op het tabblad '**Onderzoek**'.
4. Kies voor de optie: '**Analyse**'.
5. Klik op '**Alle casus van de PRN**' en kies optie: '**skip navolgende regels**'. Het veld in het kader is nu leeg.
6. Klik op '**Nieuw**' bij de optie: '**Voeg criterium toe**'.  
Er verschijnt een venster getiteld '**Rubrieken**'.
7. Selecteer de '**LVR2**'.  
Nu worden de kenmerken van de Robson 1 geselecteerd.
8. Klik op '**Moeder**' en selecteer '**Pariteit > 1**'
9. Klik wederom op '**Nieuw**' maar nu als optie: '**Zwangerschap > zwangerschapsduur (hele weken) > à terme**'.
10. Klik wederom op '**Nieuw**' maar nu als optie: '**Bevalling > aantal kinderen bij deze partus > 1**'.
11. Klik wederom op '**Nieuw**' maar nu als optie: '**Bevalling > begin van de baring > spontaan begin**'.
12. Klik wederom op '**Nieuw**' maar nu als optie: '**Kind > ligging bij geboorte > hoofdligging**'.
13. Nu is de Robson 1 groep geselecteerd.
14. De einde baring is te selecteren via: '**Nieuw**' en dan '**Bevalling > hulp bij de baring > secundaire sectio**' of '**Bevalling > hulp bij de baring > geen**'.
15. Na het selecteren: kies bovenin de taakbalk .
  - '**Karakter van de tabel > overview, trend of correlatie**'.
  - '**Focus > Land, VSV, praktijk, vergelijkend**'.
  - '**Eenheid > percentage (%), hoeveelheid in nummers (#)**'.

van deze daling op maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit.

### Discussie

De grote variatie in sectiopercentages tussen Nederlandse ziekenhuizen is een punt van aandacht waarbij er ruimte lijkt te zijn voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Op dit moment kunnen we speculeren over de mogelijke oorzaken van deze variatie maar zijn er geen harde gegevens waaruit wij conclusies kunnen trekken. Daarom is het in eerste instantie van belang om meer inzicht te krijgen in het verloskundig handelen in de Nederlandse tweede lijn. De eerste stap kan zijn dat elke vakgroep zijn jaarlijkse verloskundige cijfers analyseert en bespreekbaar maakt aan de hand van de nationale registratie (LVR 2). Dit kan via *Perined Insight*, een interactieve webapplicatie, waarmee ziekenhuizen hun eigen gegevens kunnen spiegelen aan onder andere landelijke cijfers.<sup>12</sup> Hierbij is intercollegiaal overleg, zowel intern als tussen ziekenhuizen, onmisbaar. Ook de subgroepen dienen nader geanalyseerd te worden, wat ook via *Perined Insight* mogelijk is. In het kader links staat beschreven hoe via *Perined* de gegevens van Robson-1-groep verkregen kunnen worden. Er dient rekening te worden gehouden met de verschillende gehanteerde definities van primaire en

secundaire sectio caesarea met als gevolg een verschil in registratie. Dit beïnvloedt mogelijk de resultaten van de subgroepen. Uit de praktijk blijkt dat een in opzet primaire sectio caesarea wordt gedefinieerd als een secundaire sectio caesarea indien deze verricht wordt nadat een patiënte spontaan in partu is gekomen. Echter, de definitie voor een secundaire sectio caesarea luidt: een in opzet vaginale baring die eindigt in een sectio caesarea. Indien er primair een sectio caesarea als modus partus is afgesproken is dit dus een primaire sectio caesarea ondanks dat een patiënte spontane contracties of een spontane vliesscheur krijgt. Als aanbeveling geven wij dan ook om landelijk eenduidig beleid te voeren met betrekking tot deze definitie.

Door de verloskundige cijfers te analyseren en te vergelijken met landelijke of regionale cijfers, kunnen gerichte interventies voor de praktijkvoering worden bedacht en geïmplementeerd met als doel de ongewenste praktijkvariatie tussen ziekenhuizen te verkleinen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. *Value Based Healthcare*, toename van transparantie in de zorg en evaluatie van geleverde kwaliteit van zorg, ook voor specifieke subgroepen, kunnen de pijlers vormen voor interventies om dit doel na te streven. Hierbij kunnen wij in Nederland mogelijk inspiratie halen uit interventies die in andere Europese landen zijn toegepast. In het kader van transparantie in de zorg is het als beroepsgroep te overwegen om de cijfers van verloskundig handelen per ziekenhuis openbaar te maken op een plek waar patiënten ook toegang tot hebben. Dit kan alleen met toestemming van de betrokken zorgverleners. Daarnaast kunnen we ons als gynaecologen afvragen of het zinvol is om individuele variaties tussen hulpverleners wat betreft sectiebeleid openbaar te maken. Om de variatie tussen verschillende centra in Nederland te verminderen zou er tevens nagedacht kunnen worden over de mogelijkheid tot het vaststellen van een sectiopercentage norm of range door de NVOG.

### Conclusie

De sectiopercentages van Nederlandse ziekenhuizen variëren sterk, ook in de laagrisicogroepen. De variatie is groter dan klinisch verwacht zou worden. Gezien de WHO-norm is het totale sectiopercentage van 15%-23% van alle in het ziekenhuis geboren kinderen op landelijk niveau acceptabel. Onnodige praktijkvariatie is niet wenselijk in het kader van veiligheid en doelmatigheid. Door verloskundige cijfers per ziekenhuis te analyseren en te vergelijken met de nationale cijfers kunnen eventuele interventies worden bedacht en geïmplementeerd om de onnodige praktijkvariatie te verkleinen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hierbij kan gedacht worden aan de principes van *Value Based Healthcare*, transparantie in de zorg en evaluatie van de verleende kwaliteit van zorg.

## Literatuur

- 1 Van der Nat, P.B., *Value-based healthcare - impact on quality and costs of healthcare*. ZonMw project 842001005. 2015 [www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/value-based-healthcare-impact-on-quality-and-costs-of-healthcare/samenvatting](http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/value-based-healthcare-impact-on-quality-and-costs-of-healthcare/samenvatting).
- 2 International Consortium for Health Outcomes Measurement [www.ichom.org](http://www.ichom.org)
- 3 Neef, T. de, A. Franx en M.G.A.J. Wouters, *Wat ons opvalt in de LVR2 - Vrijheid van handelen*. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie 2011; vol 124: 474-476.
- 4 Ayres-De-Campos, D., J. Cruz, C. Medeiros-Borges, C. Costa-Santos & L. Vicente. *Lowered nation al cesarean section rates after a concerted action*. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94: 391-398.
- 5 Guarino, C. & M. Sansone. *How to decrease the number of caesarean sections in Italy*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2011, 24 : sup1, 114-116.
- 6 Robson, M.S. *Can we reduce the caesarean section rate?* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001; 15: 179-94.
- 7 Lingsma, H. F., *Measuring quality of care - methods and applications to acute neurological diseases*. Alphen ad Rijn: Printforce, 2010.
- 8 Nippita et al., *Variation in hospital caesarean section rates and obstetric outcomes among nulliparae a term: a population based cohort study*. BJOG, 2015.
- 9 Sinnott et al., *National variation in caesarean section rates: a cross-sectional study in Ireland*, PLoS ONE 2016
- 10 World Health Organization Human Reproduction Programme, *WHO statement on caesarean section rates*. Reprod Health Matters 2015 May;23(45):149-50.
- 11 Europeristat. *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. European perinatal health Report 2010. [www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html](http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html)
- 12 Stichting Perinatale Registratie Nederland [www.perinatreg.nl](http://www.perinatreg.nl).

tion in obstetric management and improve quality of obstetric healthcare. 'Value-Based Health Care' can play a role in pursuing this goal.

### Keywords

value based health care, variation, caesarean section, obstetric management, Perined.

### Auteurs

C.M.W. de Sonnaville *Coassistent, Rijksuniversiteit Groningen*

T.R. Zaat *ANIOS gynaecologie, OLVG Oost*

B. van Gils *Klinisch verloskundige en datamanager OLVG Oost, Amsterdam*

dr. M.G. van Pampus *Gynaecoloog-perinatoloog OLVG Oost, Amsterdam*

dr. C.W.P.M. Hukkelhoven *Epidemioloog Perined*

### Contact

C.M.W. de Sonnaville, *Wetenschappelijke stage student OLVG Oost, Amsterdam*.

e [catherinedesonnville@hotmail.com](mailto:catherinedesonnville@hotmail.com)

### Belangenverstrengeling

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

## Samenvatting

Het sectiopercentage varieert sterk bij ziekenhuizen in Nederland, ook in laagrisicogroepen. Onnodige praktijkvariatie beïnvloedt de doelmatigheid en veiligheid van de zorg op een negatieve manier. Door verloskundige cijfers per ziekenhuis te analyseren en te vergelijken met de nationale cijfers kunnen zo nodig gepaste interventies worden bedacht met als doel de onwenselijke praktijkvariatie te verkleinen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. *Value Based Healthcare* kan hierin een rol spelen.

## Trefwoorden

value based health care, variatie, verloskundig handelen, section caesarea, Perined.

## Summary

We observed a wide range in the rate of caesarean sections between hospitals in the Netherlands, even in the low-risk group 'Robson 1'. This obstetric practice variation affects the effectiveness and safety of healthcare negatively. Analyzing and comparing obstetric data per hospital is important for inventing adequate interventions to reduce varia-

# Pijlerdag Voortplantingsgeneeskunde groot succes!

dr. C.L. van der Wijden  
drs. D.K.E. van Dijken

**Op 22 september werd de tweede Pijlerdag VPG gehouden. Deze keer georganiseerd door de SIG Anticonceptie (voorzitter Carla van der Wijden) en SIG Menopauze (voorzitter Dorenda van Dijken). Rond de 170 inschrijvingen maakten deze dag al numeriek tot een succes maar juist de deelname van vele verschillende beroepsgroepen (abortusartsen, AIO's, bedrijfsartsen, huisartsen, gynaecologen, menopauzeverpleegkundigen, seksuologen en verloskundigen) maakten het echt tot een multidisciplinaire Pijlerdag.**

Om de dag interactief te maken werd in het ochtenden middagprogramma een quiz gehouden voorafgaand aan de presentaties met waar/nietwaar-vragen zoals: 'in Nederland werden in 2015 2500 tieners zwanger' (nietwaar 1500!) en 'het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland is rond de 40.000 per jaar' (nietwaar, dat ligt rond de 30.000). In de ochtend was prof. dr. Didi Braat de winnares en in de middag dr. Femke Mol.

## Anticonceptie in Nederland. Wat is nieuw?

De aftrap werd gegeven door prof.dr. Frans Helmerhorst, oprichter van de *Fertility Regulation Group* van de *Cochrane Collaboration*<sup>2</sup> met de focus op *evidence* en 'wat wil de consument'? Ondanks dat er veel nieuws wordt gemeld op het gebied van anticonceptie is bij nadere beschouwing de *evidence* weinig. Thans ligt de uitdaging niet zo in het nieuwe maar meer in het omgaan met de methode dan de methode zelf en dat heeft grotendeels te maken met de klassieke drie a's: *acceptability, accessibility, availability*. Ter illustratie werden vijf methodes die als 'nieuw' worden gepropageerd, tegen het licht van de beschikbare *evidence* gehouden.

Seasonique is drie keer Microgynon 30 (LNG/30 EE2) plus 7 x 10 mg EE2 zonder stopweek. Het voordeel is niet aanwezig, het prijsverschil echter wel: Seasonique kost €18,00 voor 91 tabletten; 63 tabletten

Microgynon 30 kosten €6,13 en 63 tabletten LNG/30EE2 Mylan kosten €1,01.

De Lisvy: pleister lage dosis EE2 met gestodeen: derde generatie gestageen. *'In practice, this new transdermal device containing a third-generation progestin has an unfavourable harm-benefit balance because of an increased risk of thrombosis and frequent patch detachment. It is better to choose another contraceptive method.'*

De Implanon NXT... 'insertieprocedure voor de Implanon NXT aangepast naar aanleiding van enkele meldingen (niet in Nederland) van foutieve insertie.' Maar een *PubMed search* levert geen *evidence*.

Het Caya pessarium: *'We cannot draw any conclusion at this point.'* PubMed: sinds 2003 geen RCTs. Percentage zwangeren eerste jaar *typical use* (VS): 16%.

Als laatste de spiralen Flexi-T 300D en Multisafe 375 short. Voor de Flexi-T 300D, 'een nieuw koperspiraal voor nulli's toegevoegd aan de Flexi-T-reeks', is geen *evidence* en dat geldt voor de gehele Flexi-reeks. In de *Cochrane* staat *'Our review has demonstrated that the frame and amount and position of copper all play a part in performance.'* In deze review wordt de TCu 380-A/S aanbevolen op basis van *evidence*. Ten aanzien van 'nulli's': geen *evidence*. Dit geldt ook voor de Multisafe: 'merknamen Multi-Safe Cu 375 en Multi-Safe Cu 375 short'.

Samenvattend is het enige nieuwe in de anticonceptie het hormoon-bevattende spiraal (anno 1986). Sindsdien *'me too's'*.

Belangrijker is wat de consument wil en hoe deze te bereiken. De consument wil een effectieve, niet-systemische, reversibele methode met weinig bijwerkingen. Het hormoon-bevattende spiraal is dat wel en bijvoorbeeld de Nuvaring niet: die werkt systemisch. Er is op het gebied van nieuwe anticonceptiemethodes in de toekomst dan ook niet veel nieuws te verwachten, behalve de *me too's* of methodes waar onafhankelijke *evidence* bij ontbreekt.

### Sociaal gedrag en seksualiteit bij jongeren

Paulien van Haastrecht, manager nationale programma's Rutgers, kenniscentrum seksualiteit benadrukte de zorg op maat qua anticonceptie onder andere afhankelijk van leeftijd en sekse. In Nederland is de zorg goed maar er is veel te winnen als we juist jongeren en jong volwassenen goed ondersteunen met juiste informatie en ondersteuning. Anticonceptiefalen is onder meer terug te voeren op niet-passende anticonceptie.<sup>3</sup> Het is dus belangrijk dat in anticonceptieadviesgeving rekening wordt gehouden met die determinanten die voor meisjes en vrouwen van belang zijn. Gebruiksgemak en bijwerkingen zijn daarbij meestal belangrijker dan precieze hormonale samenstelling. Verschillen in anticonceptiegebruik worden onder meer beïnvloed door etniciteit en religie, maar voor de begeleiding hoeft dit niet perse verschil te maken.

### Management bloedverlies bij anticonceptie

Ongeveer 35% van de vrouwen tussen 18 en 45 jaar gebruikt de pil (in 2013 37% -CBS 2014) en velen van ons zien vrouwen met bloedverlies bij hormonale anticonceptie. Het is jammer dat voor de behandeling van deze klacht nog geen duidelijke *evidence* bestaat. Wel werd op basis van vele jaren klinische ervaring en de aanwezige beperkte literatuur op dit gebied door Frans Roumen een onderhoudend stappenplan<sup>4</sup> besproken waarbij na onderzoek (speculum, cervixkweek, uitstrijk, transvaginale echo) een pilstop, overstap op andere combinatiepil of toedieningsvorm, of *progesteron-only*-methode werden besproken. Praktisch gezien lijkt een maand stoppen met de pil meestal de eenvoudigste oplossing, maar de *evidence* met name in RCT-verband ontbreekt helaas nog.

### Anticonceptie in de perimenopauze

Dit onderwerp levert in de praktijk regelmatig vragen op. De sprekers Miranda Kurver, Corlien de Vries, (beiden huisarts) en Ineke Janssen (gynaecoloog) zijn de auteurs van de *Richtlijn anticonceptie en de overgang* en zij constateren dat onderzoek in deze leeftijdsgroep naar effectiviteit en de veiligheid van de verschillende methoden beperkte bewijskracht heeft.<sup>5</sup> Sterilisatie van de vrouw of partner, de pil en de hormoonspiraal zijn in deze patiëntengroep de meest frequent gebruikte anticonceptiemethoden. Zo gebruiken meer dan 200.000 vrouwen ouder dan 45 jaar de pil.

Naast een anticonceptiewens kunnen in deze levensfase ook hinderlijke overgangsklachten op de voorgrond staan, waarmee bij de keuze van anticonceptie rekening kan worden gehouden. Bij deze keuze speelt ook eventuele co-morbiditeit een rol.

De middag ging van start met een korte uiteenzetting van de voorzitter van de VPG-pijler prof.dr. Frank

Broekmans over de activiteiten van de pijler. Gestreefd wordt naar een interactieve pijler maar met name ook het multidisciplinaire kader zal zorgen voor een kwalitatief betere zorg omdat van verschillende invalshoeken en met verschillende expertise door de verschillende disciplines, die zorg zal worden ingevuld.

Tabel 1

Argument voor stoppen met HRT			
Bijwerkingen	41%	Bijwerkingen uitgesplitst	
Angst voor kanker	16%	Toename gewicht en vochtretentie	14%
Op medisch advies	12%	Irregulaire bloedingen	10%
Ineffectief	4%	Hoofdpijn	5%
Op advies van een kennis	3%	Mastodynie	5%
Anders		Huidirritatie	5%
		Andere	2%

### Aandacht voor bijwerkingen HST (tabel 1)

Gynaecoloog Mick van Trotsenburg benadrukte in zijn presentatie het belang van het integraal meenemen van bijwerkingen van HST in de behandeling van vrouwen met overgangsklachten. In het algemeen wordt gesteld dat *adherence* en *compliance* duidelijk verbeteren als aan het begin van de behandeling zorgen, angsten en mogelijke bijwerkingen van HST worden besproken.

Naast problemen van *adherence* en *compliance* zijn het in de behandeling van climacteriële klachten bijwerkingen die in meer dan 40% tot het stoppen van een hormoonbehandeling leiden. Daarom is het essentieel dit bij de keuze van eventuele medicatie te bespreken.

In geval van Tamoxifen lijkt er een verhoogd risico op endometriumcarcinoom (met name subendometriaal) bij langdurig gebruik en is dus nadere diagnostiek, met name histologie, geïndiceerd in geval van bloedingen. Routinematige endometriumscreening middels echo bij vrouwen met Tamoxifen zonder bloedingklachten is niet zinvol. Dat geldt ook voor vrouwen die HST gebruiken en geen bloedingklachten hebben. Overigens is bij deze vrouwen het endometrium altijd wat verdikt. Alleen in geval van bloedingklachten is nadere diagnostiek als Pipelle of hysteroscopie geïndiceerd.

Er zijn vier studies waaronder een recente van Soini *et al*, gepubliceerd in de *Acta Oncologica* 2016 waarbij er aanwijzingen zijn dat bij herhaald en/of langdurig (>10 jaar) gebruik van LNG-IUD er een verhoogd risico op borstkanker bestaat. Hierbij kan onder andere een bias ten aanzien van de onderzoeksgroep niet worden uitgesloten. Er is dus meer onderzoek nodig naar de veiligheid van dit spiraal, zeker nu het vaker gebruikt wordt in combinatie met oestrogeen-therapie voor climacteriële klachten.

## Cardiovasculair risicoprofiel van vrouwen met POI

Nadine Daan, AIOS cluster Utrecht, sprak over het cardiovasculair risicoprofiel van vrouwen met POI (premature ovarium insufficiency). Het risico van een ischemisch myocardinfarct is voor deze vrouwen verhoogd (RR 1,64 - 95% BI: 1,19-2,26) maar zij hebben geen verhoogde kans op een beroerte.

## Risico ischemisch myocard infarct

Of je nu de vrouwen met POI moet gaan screenen op HVZ, dat is nog niet helemaal duidelijk en dit is de volgende onderzoeksvraag. Er lijkt wel een gunstig preventief effect van HST te zijn bij deze groep vrouwen (*window of opportunity*).<sup>6</sup>

## Werk en overgang

Rena de Roos, bedrijfsarts bij Arboned, liet ons weten dat opvliegers niet de klachten zijn die vrouwen het meeste belemmeren in hun werkzaamheden maar concentratiestoornissen en vermoeidheid door slaapproblemen en stemmingswisselingen. Omdat in 2015 in Nederland meer dan 1,8 miljoen werkende vrouwen waren boven de 45 jaar ligt er voor bedrijfsartsen een taak om vrouwen met ernstige overgangsklachten te identificeren en adequaat te informeren of te verwijzen naar huisarts, menopauzeverpleegkundige of menopauze poli. Daarnaast is het belangrijk om aan bedrijven en werkgevers voorlichting te geven over de problemen van vrouwen in de overgang. Want uit onderzoek<sup>7</sup> blijkt dat werkende vrouwen in de overgang zich gezonder voelen dan niet werkende vrouwen in de overgang.

## Wat werkt?

Voldoende regelmogelijkheden, zoals flexibele werktijden en de mogelijkheid thuis te werken, steun van collega's en leidinggevenden is nuttig. Toegang tot informatie over de overgang en bewustwording bij het management dat overgangsproblemen het werkvermogen kunnen beïnvloeden, kan ziekteverzuim en uitval voorkomen.

## Menopauze en seksualiteit

Tot slot een prachtige voordracht van Bianca van Moorst, seksuologe OLVG-west Amsterdam.

Over de menopauze en seksualiteit bestaan veel veronderstellingen zoals: vrouwen hebben geen zin meer in vrijen, hebben last van vaginale droogheid en hebben klachten van dyspareunie en de oplossingen voor deze klachten liggen alleen op het somatische vlak waarbij een hormooncreme of glijmiddel de oplossing biedt. Niets is minder waar.

Praten over seksualiteit blijkt in de praktijk zowel voor hulpverleners als voor patiënten lastig. Meestal wordt gewacht tot de ander 'erover begint'.

Het door Annon (1974) geïntroduceerde *stepped-care* PLISSIT-model, waarin in vier verschillende stappen

de manier beschreven wordt waarop hulpverleners seksualiteit ter sprake kunnen brengen blijkt zeer bruikbaar om seksualiteit bespreekbaar te maken in de praktijk.

Stap 1: P (*permission*), waarbij de vraag gesteld wordt of er toestemming verleend wordt te praten over seksualiteit en indien er sprake is van de seksueel probleem verder te exploreren.

Stap 2: LI (*limited information*), het geven van voorlichting (informatie).

Stap 3: SS (*specific suggestions*), gerichte adviezen en specifieke adviezen.

Stap 4: IT (*intensive therapy*), gespecialiseerde behandeling.

De dames van Dusk TV die zouden spreken over 'porna' (vrouwvriendelijke pornografie) zouden de dag afsluiten en velen hadden hier reikhalzend naar uitgekeken. Helaas waren zij tot ieders teleurstelling op de dag zelf door ziekte verhinderd. Bianca van Moorst heeft hun presentatie overgenomen en geweldig verwoord zodat we toch een boeiend einde hadden van de Pijlerdag. Wat kunnen we leren van pornografie? Enkele weetjes:

- Gemiddeld kijken mannen drie minuten naar een porno zender en bij vrouwen ligt dit aantal significant hoger, rond de acht minuten;
- 89% van de vrouwen bespreekt seks in haar vriendengroep of met haar partner;
- 25% van de vrouwen kijkt maandelijks naar erotische films;
- 50% van de vrouwen die naar erotiek kijkt, kijkt het liefst naar meerdere erotische scènes achter elkaar.

Genoeg dus om te bespreken bij de afsluitende borrel na deze gevarieerde dag!

*De presentaties, die auteursrechtelijk beschermd zijn, kunnen nagelezen worden op <http://www.pijlervpg.nl/programma>. Inloggegevens voor toegang zijn op te vragen via [info@pijlerpvg.nl](mailto:info@pijlerpvg.nl)*

## Referenties

- 1 [www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Tienermoeders](http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Tienermoeders)
- 2 [www.cochranelibrary.com/topic/Gynaecology/Contraception](http://www.cochranelibrary.com/topic/Gynaecology/Contraception)
- 3 De Neef en Van Dijk, 2010
- 4 [www.vpg.nl](http://www.vpg.nl) voor de hele presentatie
- 5 [www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie](http://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie)
- 6 [http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cvrm\\_na\\_eeen\\_reproductieve\\_aandoening/reproductieve\\_aandoeningen\\_en\\_cvrm.html](http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cvrm_na_eeen_reproductieve_aandoening/reproductieve_aandoeningen_en_cvrm.html)
- 7 Drachtenstudie: *the impact of menopausal symptoms on work ability*, Menopause. 2012 Mar;19(3):278-82. Geukes et al



## Reactie op Neonatale hypothermie na GSC

**Graag willen wij reageren op het artikel van Slijkerman *et al.* over neonatale hypothermie na een gentle sectio caesarea (GSC) in NTOG2016#6 p. 279.**

De onderzoekers concluderen aan de hand van hun studie dat de prevalentie van neonatale hypothermie na een GSC opvallend hoog is. Daarmee wijzen ze op een van de potentiële nadelen van een GSC. Helaas konden ze de resultaten niet vergelijken met een controlegroep van conventionele sectio's.

In de discussie van het artikel van Slijkerman *et al.* wordt genoemd dat er geen studies bekend zijn over perinatale uitkomsten na een GSC. De terminologie rond de GSC of 'natuurlijke sectio' is verwarrend en de methode is zeker niet gestandaardiseerd. Een belangrijk aspect is het directe huid-op-huidcontact met de mogelijkheid het kind aan de borst te leggen. Omdat *gentle* en 'natuurlijk' minder bij een sectio passen, spreken wij liever van huid-op-huidsectio (HHS). Naast mogelijke potentiële voordelen (direct contact, betere ervaring, minder pijn, betere borstvoeding), heeft de HHS ook mogelijke potentiële nadelen (neonatale hypothermie, meer maternale infecties, meer bloedverlies). In maart van dit jaar publiceerden we een retrospectieve cohortstudie waarbij de conventionele sectio caesarea (CS) werd vergeleken met de HHS.<sup>1</sup> Mogelijk hebben dit artikel en het artikel in het NTOG elkaar gekruist.

Eind 2012 hebben wij een multidisciplinair protocol opgesteld voor de HHS. De temperatuur op de operatiekamer wordt verhoogd van 19 naar 24°C. Na toepassing van spinale anesthesie wordt een warmte-deken (Bair Hugger, 38°C) over armen/romp van patiënte geplaatst. Vlak voor de geboorte laat de anesthesioloog het steriele operatiedoek zakken, waardoor patiënte en partner de geboorte van hun kind kunnen zien. De neonaat wordt langzaam door het natuurlijk contraheren van de uterus 'spontaan' geboren. In tegenstelling tot het protocol in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis wordt de neonaat daarna overhandigd aan moeder en de O&G-verpleegkundige, die het kind samen op de borst van moeder leggen. De neonaat wordt afgedroogd, krijgt een mutsje op en een warmte deken over en ligt gedurende de gehele HHS bij de ouders. Daarmee wordt de situatie als na een normale baring nagebootst. Vanaf het begin van de ingreep is de kinderarts *stand-by* in de naastgelegen opvangkamer. De anesthesioloog en O&G-verpleegkundige zijn verantwoordelijk voor de conditie van de neonaat. Op vaste momenten is er communicatie met de kinderarts en op indicatie kan de neonaat direct door deze worden opgevangen. Na een goede start wordt de neonaat onderzocht door de kinderarts in het bijzijn van de ouders, binnen een uur na de geboorte.

In onze retrospectieve cohortstudie werden in de CS-

groep 365 vrouwen geanalyseerd, deze sectio's vonden plaats van augustus 2011 tot augustus 2012. In de HHS-groep werden 285 vrouwen geanalyseerd, deze sectio's vonden plaats van januari 2013 tot december 2013. Sectio's betreffende premature kinderen (<37 weken amenorroeduur) en foetale nood, gedefinieerd als verdenking foetale nood bij start sectio, werden geëxcludeerd.

Wij vonden geen verschillen in maternaal bloedverlies en maternale infecties. De operatieduur van de HHS was iets langer, maar de hersteltijd was korter. Er werden na de HHS minder neonaten op de kinderafdeling opgenomen. In onze studie hebben we ook de neonatale hypothermie onderzocht die tot opname op de neonatologie heeft geleid. In de CS-groep werden 4/372 (1,1%) neonaten opgenomen i.v.m. hypothermie versus 2/294 (0,7%) neonaten in de HHS-groep (RR 0,75, 95% BI 0,24 tot 2,3). Wij vonden geen verschil in prevalentie van hypothermie tussen de CS en de HHS. Ook hebben we naar neonatale hypoglycaemie gekeken die resulteerde in opname op de neonatologie. In de CS groep werden 9/372 (2,4%) neonaten opgenomen i.v.m. hypoglycaemie versus 5/294 (1,7%) neonaten in de HHS groep (RR 0,81, 95% BI 0,40 tot 1,6). Wij vonden geen verschil in prevalentie van hypoglycaemie tussen de CS en de HHS.

In onze studie werd alleen gekeken naar klinisch relevante hypothermie en werden niet de eerst gemeten neonatale temperaturen met elkaar vergeleken. De procedure die Slijkerman en collega's beschrijven is anders omdat in hun studie het kind eerst door de kinderarts wordt nagekeken en moeder en kind gescheiden worden. Vervoer van baby naar kinderarts en weer terug naar moeder kan warmte verlies tot gevolg hebben. Daarnaast is de verkoeverkamer ook een potentiële plek waar warmteverlies van de neonaat kan optreden en is het belangrijk daar aandacht voor te hebben in het lokale protocol en preventieve maatregelen toe te passen.

De CS is toe aan verandering met meer aandacht voor ouders en kind. De huid-op-huid of 'natuurlijke' sectio zijn goede stappen in die richting. Daarbij is een goed multidisciplinair protocol met oog voor de potentiële nadelen essentieel. Meer onderzoek is nodig en zou inzicht kunnen geven in deze potentiële nadelen maar ook de potentiële voordelen.

**F.J. Korteweg** (f.j.korteweg@mzh.nl), **S. Posthuma**, **J.M. van der Ploeg**, **D.P. van der Ham**  
*Martini ziekenhuis Groningen*

1. Posthuma, S., F.J. Korteweg, J.M. van der Ploeg *et al.* Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section - a retrospective cohort study. *J MatFetalNeonMed* 2016 Mar 29:1-5

## Naschrift van de auteurs

### Geachte collega's,

Dank voor uw uitvoerige reactie op ons artikel Neonatale hypothermie na gentle sectio in het NTOG van juli 2016.

Om te beginnen waren wij ten tijde van de publicatie van onze studie geenszins op de hoogte van de uitkomsten in uw studie, aangezien ons artikel in maart 2016 werd geaccepteerd door het NTOG. Onze studies hebben elkaar dus helaas gekruist. Desalniettemin was de insteek van onze studie anders aangezien wij geen vergelijking konden maken met een controlegroep en juist kritisch hebben gekeken naar de resultaten van onze eigen *gentle sectio* in het kader van onder andere de hypothermie. Hierbij wilden we vooral de boodschap overbrengen het lokale protocol van de *gentle sectio* nog eens multidisciplinair onder de loep te nemen. De nadelen van de *gentle sectio* benoemen is juist nodig om meer bewustwording te krijgen van de verschillen tussen de sectio uitvoeren op de standaard methode en de nieuwe methode en daarmee ook mogelijkheden tot verbetering te vinden. De *gentle sectio*, huid-op-huid-Sectio of natuurlijke sectio zijn wat ons betreft alle een stap in de goede richting en ook alle enigszins vergelijkbaar ondanks verschillende benamingen.

Het doet ons genoeg te lezen dat u geen verschil vond tussen de conventionele sectio en de huid-op-

huid-sectio. Zoals u terecht schrijft, kan het nakijken van de pasgeborene op de opvangtafel direct na geboorte leiden tot dit warmteverlies. Dit in tegenstelling tot uw studie waar de pasgeborene direct bij moeder wordt gelegd en pas later wordt nagekeken. Het niet scheiden van moeder en kind vlak na de geboorte blijkt dan dus een terecht advies wat wij aanraden om het risico op afkoeling te verminderen. Helaas kunnen we niet het effect uitvlakken van de afzuigmethode in het plafond van de operatiekamer recht boven de plek waar moeder en kind liggen. Ook in uw operatiekamer zal dit het geval zijn geweest.

De *gentle sectio*, huid-op-huid-sectio of natuurlijke sectio wordt op steeds grotere schaal toegepast, terwijl er nog weinig literatuur beschikbaar is over deze methode. Wij delen dan ook zeker uw mening dat meer onderzoek nodig is naar de eventuele nadelen en voordelen van deze multidisciplinaire aanpak.

Desalniettemin vinden wij het zeer bruikbaar om te weten dat in andere ziekenhuizen veilig gewerkt kan worden voor moeder en kind door het kind direct bij moeder op de borst te laten.

**S.M Slijkerman MSc, basisarts**  
OLVG, locatie West, Amsterdam

# O wee

## Diefstal

Na het scannen van de boodschappen loop ik naar de kassa. Een vijftienjarige jongen met puistjes moet een steekproef uitvoeren. Bij de controle van mijn winkelkarretje kan hij geen ongescande artikelen vinden. Hij kijkt met een aarzelende blik naar mijn hoogzwangere buik. 'Is er iets?' vraag ik. 'Mag ik vragen wat er onder uw shirt zit?' vraagt hij. 'Waarom wil je dat eigenlijk weten?' vraag ik weer. 'Omdat er weleens mensen zijn die dingen meenemen zonder af te rekenen.' Hij kijkt naar zijn collega's en straalt uit dat hij, op winkeldiefstal-gebied, de vangst van de eeuw gaat doen. 'Wat hier onder zit is onbetaalbaar' zeg ik, en glimlachend vervolg ik mijn weg naar buiten.

*Miranda den Enting, zwangere, inmiddels bevallen van zoon Coen*  
*Nico Schuitemaker, gynaecoloog Diakonessenhuis Utrecht*

Redactie Ank Louwes en Mieke Kerkhof. Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar [m.kerkhof@jibz.nl](mailto:m.kerkhof@jibz.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.

## MRI veilig in zwangerschap; gebruik van gadolinium niet

Recent werden de data van de grootse studie (n=1,4 miljoen bevallingen bij gemiddelde AD 39 wk) naar foetale blootstelling van MRI (in 4% van alle zwangerschappen) in het eerste trimester van de zwangerschap gepubliceerd in de JAMA. In het tweede en derde trimester wordt MRI zonder al te veel aarzeling gebruikt bij foetale diagnostiek. Echter, in het eerste trimester ligt dat anders en is er bezorgdheid over de veiligheid van MRI door het verwarmen van gevoelige weefsels en blootstelling aan de luide akoestische omgeving. Ook ten aanzien het gebruik van het IV contrastmiddel gadolinium, dat de diagnostische nauwkeurigheid MRI verbeterd, bestaan er zorgen vanwege mogelijke teratogeniciteit. De JAMA-studie, een retrospectieve cohortanalyse vanuit Canada, toont geen significante toename van neonatale vroeggeboorte of overlijden door expositie aan MRI (bij gebruik van maximaal 1,5 T) in het eerste trimester. Ook was het risico op het voorkomen van congenitale afwijkingen, kanker, gezichtsverlies en/of gehoorverlies niet toegenomen na MRI exposure. Bij gadoliniumgebruik werd wel een significant verhoogd risico op intra-uteriene vruchtdood (RR 3,70 (95% CI, 1,55-8,85)) waargenomen net als een verhoogde kans op reumatische en inflammatoire aandoeningen (HR, 1,41; 95% CI, 1,11-1,79). Men beveelt derhalve aan om geen gadolinium te gebruiken in de zwangerschap en om niet meer dan met 1,5 T te scannen. Zie ook JAMA 2016;316(9):952-961.

## Doorbraak in ontwikkeling van Zikavirusremmers

Een consortium van onderzoekers, geleid door wetenschappers van de *Florida State University*, identificeerde meer dan tien farmaca die potentieel het Zikavirus inhiberen en daarmee effect kunnen hebben op het optreden van foetale microcefalie. De onderzoekers hebben zich vooral gericht op verbindingen die activatie van caspase-3, een enzym dat wordt gestimuleerd door het Zikavirus, kan verminderen. Dit zou dan kunnen leiden tot vermindering van neuronale celdood bij de foetus. Zij vonden dat één klasse van neuroprotectieve middelen en één klasse van antivirale middelen potentieel had om neuronale cellen tegen Zika-geïnduceerde apoptose te beschermen. Dit zou een eerste stap zijn in de goede richting, waarbij mogelijk geïnficeerde neuronale cellen de gelegenheid krijgen om zich te herstellen na infectie, naast het beschikbaar stellen van Zikavaccins.

Zie ook *Nature Medicine* 2016;22(10):1101-07.



## Evert Slager erelid VVOG

"De Raad van Bestuur van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) heeft besloten om een erelidmaatschap van de Vereniging toe te kennen aan een uiterst eminent buitenlands lid van de VVOG met name collega Evert Slager. Evert Slager is niet enkel een collega, hij is een begrip en een monument". Met deze complimenteuze woorden luidde Johan Van Wiemeersch zijn laudatio in op donderdag 13 oktober jl., tijdens het Jaarcongres van de VVOG in Gent.

Slager werd geroemd voor de organisatie van tot nog toe 21 driedaagse congressen: de legendarische en alom bekende Doelencongressen waarvan in het begin 'stoute tongen' durfden beweren dat het eerder Slagerfestivals waren. De Doelencongressen werden in de loop van de jaren populairder en populairder zowel bij het Nederlandse als bij het Vlaamse gynaecologenpubliek. Evert Slager is sinds 1990 een trouw lid van de VVOG die veelvuldig acte de presence gaf op de Vlaamse perifere en postuniversitaire studiedagen alsmede de VVOG jaarcongressen.

"Evert is een graag geziene trouwe collega die de banden tussen Nederland en Vlaanderen steeds nauwer heeft aangehaald. Hij heeft zeer hard gewerkt om het Doelencongres te doen uitgroeien tot één van de topevenementen in ons taalgebied. De weerstand die aanvankelijk bestond vanuit een aantal universiteiten ten opzichte van zijn organisatie smolt als sneeuw voor de zon en in de laatste edities werd er volop vanuit alle Vlaamse universiteiten en alle Nederlandse universiteiten, vanuit alle grote en kleinere perifere ziekenhuizen in Vlaanderen en Nederland, enthousiast meegewerkt aan de programmering. In de hoogtijdagen van de sponsoring door de farmaceutische industrie was het Slagerfestival niet alleen een wetenschappelijke ontmoetingsplaats maar zeker ook een sociaal event voor jonge en minder jonge gynaecologen en assistenten die na de drukke congresdag volledig uit bol gingen bij de fantastische en legendarische muzikale avonden met gerenommeerde artiesten op de meest exclusieve

plekken van de Maasstad Rotterdam. Ikzelf behoud eveneens de beste herinneringen aan die memorabele avonden die echte verbroederingsmomenten waren tussen opleiders en assistenten, tussen universitaire en niet universitaire collega's en vooral - en dat is wat Evert enorm plezier deed - tussen Vlaamse en Nederlandse vrouwenartsen", aldus Van Wieersch.

De NVOG en de redactie van het NTOG feliciteren collega Slager met deze bijzondere erkenning.

## Blauwdruk voor het verbeteren van zorg rondom kwetsbare zwangeren

Het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland heeft een blauwdruk *Psychosociale zorg en Samenwerking met Veilig Thuis* ontwikkeld om de zorg rondom kwetsbare zwangeren te structureren. Het stroomschema begint bij de *intake* door een verloskundig zorgverlener, waarbij wordt gescreend op de kernmerken van kwetsbare zwangeren, te weten: psychopathologie, psychosociale problemen en/of middelengebruik. Vervolgens biedt de blauwdruk een handvat bij het verlenen van zorg tot na de bevalling.

De blauwdruk is ontwikkeld door het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland met medewerking van verschillende experts van Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) en experts op het gebied van Veilig Thuis in de regio. Voor de blauwdruk zijn drie studies uitgevoerd waarbij in de regio Zuidwest Nederland is gekeken naar de populatiekenmerken van zwangeren, de organisatie van zorg voor kwetsbare zwangeren en naar kennis, vaardigheden en attitude van zorgprofessionals ten aanzien van deze zwangeren. Door middel van diverse veldraadplegingen in combinatie met de uitkomsten van bovengenoemde studies zijn twee speerpunten geselecteerd door de regio, namelijk het verbeteren van zorg aan zwangeren met psychosociale problematiek en het verbeteren van de samenwerking met Veilig Thuis.

Om met de blauwdruk te kunnen werken en deze lokaal te kunnen implementeren in de dagelijkse zorgverlening, moet deze worden vertaald naar een operationeel zorgpad op VSV-niveau. De blauwdruk voorziet in een stappenplan waarmee dit kan worden gerealiseerd. Om de implementatie van de blauwdruk te bevorderen, biedt het consortium aan alle VSV's in Zuidwest Nederland een scholing aan, waarbij het werken met de blauwdruk, de communicatie met de zwangere en haar gezin alsook specifieke kennis rondom dit thema, centraal staan. Meer info: [www.regionaalconsortium.nl/blauwdruk](http://www.regionaalconsortium.nl/blauwdruk)

## Inschrijven voor het Gynaecongres

Een jubileum moet je vieren! Het geeft je de gelegenheid om terug te kijken, maar vooral ook om vooruit te kijken! Samen met oud-voorzitters van de Stichting Gynaecongres en de VAGO hebben we een speciaal programma voorbereid voor het 50e Gynaecongres op donderdag 17 en vrijdag 18 november a.s. in de Flint te Amersfoort.

Donderdagochtend starten we onder moderatorschap van vier oud-voorzitters van de Stichting Gynaecongres met vier sessies, waarin achtereenvolgens Jaap Maljers, Paul Frissen, Nicole Bouvy en Mark Post - vanuit hun vakgebied - hun visie geven op de toekomst. Aansluitend wordt in vier parallelle workshops de koppeling gemaakt naar ons vakgebied. Er zijn twee sessies met workshops, waardoor iedere congresdeelnemer aan twee verschillende workshops kan deelnemen. Na de lunchpauze volgt een plenaire terugkoppeling van de workshops.

Vrijdag beginnen we met de, door de VAGO vormgegeven, sessie over de medisch specialist van de toekomst: welke vaardigheden heeft de medisch specialist van de toekomst nodig, en wat betekent dat voor de opleiding? Na drie interessante sprekers, volgt een 'College Tour'-achtig debat. Uiteraard staan ook dit keer de Talent in Onderzoek- en Flitspresentaties op het programma, gevolgd door een blik vanuit de industrie (Nefarma) op de toekomst.

Na de prijsuitreiking voor de TiO- en de Flitswinnaars, zijn alle congresdeelnemers van harte uitgenodigd voor een exclusieve voorstelling van De Verleiders. De Verleiders (Victor Löw, Leopold Witte, George van Houts, Tom de Ket en Martijn Fischer) geven onder de titel 'Slikken en Stikken' een *second opinion* over ons zorgstelsel.

Inschrijven kan via de nieuwe website: [www.gynaecongres.nl](http://www.gynaecongres.nl).

## Rectificatie

Per abuis is in het artikel 'NVOG-commissie Collegiale Ondersteuning' (NTOG 2016#8), op pagina 374, tweede kolom, vierde regel van boven, het getal 3 niet getypografeerd als noot (superscript), maar als woord bij de volgende zin getrokken. De zin luidt dus niet "Drie AIOS zijn significant vaker angstig dan specialisten" maar "AIOS zijn significant vaker angstig dan specialisten". Onze excuses voor deze verwarrende fout.

*The important thing is not to stop questioning.* (Albert Einstein)

## Reform without change<sup>1</sup>

prof. dr. F.M. Helmerhorst em. hoogleraar voortplantingsgeneeskunde LUMC, Leiden

**In het begin van mijn opleiding tot gynaecoloog (1981) was een vast onderdeel van de maandelijkse wetenschappelijke bijeenkomst de bespreking van een wetenschappelijke publicatie. De jongste assistent mocht een artikel uit de afdelingsbibliotheek selecteren en presenteren (op een overhead systeem). De discussie erna ging voornamelijk over de conclusie van het artikel. Door wie? De (super)senior(en). Resultaat: 'We drinken een glas, doen een plas en alles bleef zoals het was.'**

Aan het eind van mijn opleiding in de academische kliniek (1984-5) werd de *evidence based medicine* (EBM) geïntroduceerd. Aan de 'introductiesectie' (de klinisch relevante vraag) en de gehele 'methodologie-sectie' van een gepubliceerd artikel werd de meeste tijd besteed, om vervolgens de slachting in het 'resultatengedeelte' te 'appreciëren': methodologie en resultaten waren veelal inferieur. Sherlock Holmes had weer gezegevierd. Ook de Nederlandse gynaecologen hebben sindsdien *en masse* een EBM-cursus gevolgd. Sommigen zijn zelfs epidemioloog (maar daar zijn gradaties in). En dat levert resultaat op, zoals ik reeds meldde in mijn afscheidsrede (2014): "Hoe zit het met de rol van het *evidence based*-denken in de opleiding tot gynaecoloog? Dat gaat goed. De jonge specialisten onderwijzen thans de ouderen, totdat een ieder in de kliniek op gelijk en adequaat niveau is gekomen. Toepassen van die *evidence based medicine* in de dagelijkse praktijk blijft problematisch, (...) men blijft makkelijk bij het oude vertrouwde."<sup>2</sup> In de hierna te bespreken casus, willen de dokters enthousiast en pijlsnel vooruit, maar men blijft makkelijk bij het oude vertrouwde denken, van vóór de EBM-periode.

Recentelijk was er commotie in het land der Nederlandse gynaecologen en wel van het smaldeel der voortplantingsgeneeskundigen. Het ging over een in allerijl gemaakt studieprotocol ten behoeve van een subsidiegever. De vraag was of interventie A de kans op een levend geborene bij paren met onverklaarde infertiliteit zal verhogen. De hypothese luidde: "Bij eenderde van de subfertiele paren wordt de diagnose onverklaarde infertiliteit vastgesteld. Sommige van deze paren hebben een endometriumfactor die een negatief effect heeft op de implantatie. In de literatuur wordt gesuggereerd dat de kans op implantatie na IVF wordt verhoogd met interventie A".

### Wat zijn de vragen?

- I. Wat is de definitie van 'onverklaarde subfertiliteit'?
- II. Hebben paren met 'onverklaarde subfertiliteit' baat bij IVF?
- III. Paren met onverklaarde subfertiliteit "zouden een endometriumfactor met een negatief effect op de implantatie hebben". Klopt dat?
- IV. Is interventie A bij een negatieve endometriumfactor (als oorzaak van subfertiliteit) effectief?

### Wat is de definitie van '(onverklaarde) subfertiliteit'?

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO):<sup>3</sup>

- *Infertility is 'a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse'...* (WHO-ICMART glossary).
- *Infertility is the inability of a sexually active, non-contracepting couple to achieve pregnancy in one year. The male partner can be evaluated for infertility or subfertility using a variety of clinical interventions, and also from a laboratory evaluation of semen.*

Conclusie: ook de WHO weet blijkbaar niet te kiezen tussen *disease* en *inability*. Omdat de *inability* wordt gerelateerd aan diagnostiek, ga ik ervan uit dat infertiliteit een ziekte is.

### Was de behandeling zinvol?

Het is een ziekte vanwege de infertiliteit. Afwijkingen zijn er niet gevonden. Maar ja, onze diagnostiek is en blijft nogal primitief. Er kunnen hopelijk nog diagnostica ontwikkeld worden, zoals wat betreft het endometrium (thans moeten we ons beperken tot een progesteronbepaling). Of is onverklaarde infertiliteit een bevinding: moeilijk zwanger worden na een aantal jaren? Een belangrijk punt van deze gemankeerde ziekte is de periode van infertiliteit of zoals wij het in Nederland noemen subfertiliteit? Michael Hull en medewerkers<sup>4</sup> (evergreen uit 1985!) hebben opgemerkt dat de cumulatieve conceptiekans afnam na drie jaar. NICE 2013<sup>5</sup> houdt twee jaar aan. Zelfs die twee jaren blijken niet altijd aangehouden te worden (recente *Cochrane review*<sup>6</sup>).

Conclusie: infertiliteit is een ziekte, onverklaarde infertiliteit is een soort ziekte van tenminste twee jaar waarbij we geen pathologie kunnen ontdekken, mogelijk te verklaren door de bestaande primitieve diagnostica. Mijn advies zou dan zijn: ga zoeken naar

die diagnostica. Eén ding staat vast: therapie anders dan niets doen is dan geen logisch vervolg van het geneeskundig proces.

En u voelt het al aankomen. We zijn ongehinderd gaan behandelen. En was het zinvol? Nee. Lees en huiver: Hughes *et al*<sup>7</sup>, Veltman-Verhulst *et al*<sup>8</sup>, Pandian *et al*<sup>9</sup>.

Conclusie: er is een soort ziekte zonder aantoonbare pathologie die langer dan twee jaar duurt. Toch zijn dokters actief gaan behandelen en die behandelingen blijken geen wetenschappelijke basis te hebben.

### Negatief effect van endometriumfactor?

En hebben paren met 'onverklaarde subfertiliteit' een endometriumfactor met een negatief effect op de implantatie? PubMed-onderzoek levert geen *hit* op. De auteurs van het voorgestelde protocol wijzen wel op een relatie tussen *repeated implantation failure (RIF) after IVF* en *characteristically disrupted endometrial gene expression profile*. RIF lijkt mij iets anders dan 'onverklaarde subfertiliteit'. Over RIF is recent een behartigenswaardige *editorial* 'Is RIF rife?', geschreven door een Nederlandse collega.<sup>10</sup>

### Is interventie A effectief?

We komen tot mijn laatste vraag. Is interventie A bij een negatieve endometriumfactor als oorzaak van subfertiliteit in het algemeen effectief? U moet het van me aannemen. Twee *Cochrane reviews* kunnen bij deze vraagstelling betrokken worden. Resultaat:

- Een negatieve endometriumfactor is in beide systematische reviews over de effectiviteit van interventie A niet meegenomen. Die endometriumfactor is namelijk thans niet adequaat te meten.
- Beide systematische reviews nodigen slechts uit tot het uitvoeren van goede RCT's.

Laten we nu eens aannemen dat die interventie A een leverpunctie voorafgaand aan een behandeling vanwege infertilititeit zou zijn en dat een onverlaat vindt dat die leverpunctie een positief effect zou hebben op die behandeling. Een leverpunctie is niet ongevaarlijk. Die zal ook door een internist moeten worden uitgevoerd. Welk onderzoek zal die internist eisen voordat hij die leverpunctie voor u gaat doen? De internist en ook u, lezer, weet dondersgoed dat daar een stevig bouwwerk van *evidence* moet komen. En als u het niet weet hoe die *evidence* te ontwikkelen, gaat u naar een ter zake kundige methodoloog die u kan uitleggen wat u moet doen om dat bouwwerk stevig te maken. Een ding staat vast: we gaan niet zonder dit bouwwerk desperate vrouwen onderwerpen aan een soort techniek die hen mogelijk zelfs een beetje zou kunnen schaden (Hippocrates).

### Finale conclusie

Er is een soort ziekte zonder aantoonbare pathologie die langer dan twee jaar duurt. Toch zijn dokters

actief gaan behandelen en die behandelingen blijken geen wetenschappelijke basis te hebben. Niet is vastgesteld dat (sommige van deze) paren met onverklaarde infertilititeit een endometriumfactor hebben die een negatief effect heeft op de implantatie. Er zijn geen wetenschappelijke gegevens die wijzen op een verhoogde kans op implantatie na IVF middels interventie A.

Als u een studieprotocol opstelt of gaat beoordelen:

- let dan op de klinische relevantie van de heldere en eenvoudige vraag
- ga na of de rationale klopt en of deze inderdaad relevant is
- vraag een methodoloog, bijv een klinisch epidemioloog mee te denken, met welke methode die klinisch relevante vraag het beste beantwoord kan worden
- vraag u af of u meer goed dan kwaad gaat doen
- realiseer u dat het traject 'van het ontwikkelen van een protocol' meer tijd vergt dan de periode waarin het onderzoek wordt uitgevoerd en gepubliceerd.

En, schokkend, dit advies? Nee, u kende het al. Ook de dokters van dit studieprotocol. Maar hun enthousiasme verblindde hen wat. Dokters, onderzoekers zijn net... mensen.

### Referenties

- 1 Bloom SW. *Reform without change? Look beyond the curriculum*. Am J Public Health. 1995 Jul;85(7):907-8.
- 2 [https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2014/Helmerhorst-Prof-dr-F-M-\(Afscheidscollege/\)](https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2014/Helmerhorst-Prof-dr-F-M-(Afscheidscollege))
- 3 [www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/)
- 4 Hull MG, Glazener CM, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, Coulson C, Lambert PA, Watt ME, Desai KM. *Population study of causes, treatment, and outcome of infertility*. BMJ 1985;291:1693-7.
- 5 <https://www.nice.org.uk/guidance/CG156> (updated 2016)
- 6 Veltman-Verhulst SM, Hughes E, Ayeleke RO, Cohlen BJ. *Intra-uterine insemination for unexplained subfertility*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD001838. DOI: 10.1002/14651858.CD001838.pub5
- 7 Hughes E, Brown J, Collins JJ, Vanderkerchove P. *Clomiphene citrate for unexplained subfertility in women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD000057. DOI: 10.1002/14651858.CD000057.pub2
- 8 Veltman-Verhulst SM, Hughes E, Ayeleke RO, Cohlen BJ. *Intra-uterine insemination for unexplained subfertility*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD001838. DOI: 10.1002/14651858.CD001838.pub5
- 9 Pandian Z, Gibreel A, Bhattacharya S. *In vitro fertilisation for unexplained subfertility*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD003357. DOI: 10.1002/14651858.CD003357.pub4
- 10 Evers JLH. *Is RIF rife?* Hum Reprod 2016

### Contact

e F.M.Helmerhorst@LUMC.nl

## Met de papelepel



Mieke Kerkhof

In mijn geboorteplaats Enter, onder de rook van Almelo, repareerde Marinus Philippi de schoenen van alle dorpelingen. Het was een intelligente man. Tijdens mijn studietijd, tachtiger jaren, maakte ik regelmatig een praatje in zijn werkplaats, als hij aan het schoenlappen was. Ooit constateerde hij dat ik mijn schoenen op dezelfde wijze afliep als mijn grootvader Dieks. Daar was dus geen DNA-test voor nodig.

Mijn moeder zaliger was de eenvoud zelve. Toen haar einde naderde gaf ze mij, spreekstalmeester van de familie, de opdracht dat ik niet over haar mocht pochen tijdens haar uitvaartmis. Het viel me op dat zij, zodra men informeerde naar haar professie, in één adem antwoordde met 'huisvrouw zonder beroep'. Terwijl ik haar als eerste op zag staan en als laatste naar bed zag gaan. Ze schaamde zich ervoor dat ze uitsluitend naar de huishoudschool was geweest. Op houten fietsbanden, want het was oorlog. Mijn moeder had met gemak hoger opgeleid kunnen worden, maar dat was in die tijd en in die kringen gewoon niet aan de orde. Haar vier dochters moesten wel flink doorleren en, besloot zij vastberaden, als het even kon zieken gaan helpen. Dat had zij ook zo graag gewild. Toen ik al jaren gynaecoloog was zei ze nog altijd dat haar Mieke 'in de verzorging werkte', ergens in den Bosch.

Van wie ik het heb? Die behoefte om te zorgen? Van haar uiteraard. Mijn moeder heeft tot mijn volwassenheid warme kruiken in mijn bed gelegd en harde labels uit mijn nieuwe kleren geknipt. Dan koers je toch rechtstreeks richting behoeftige medemens? Mijn drie zussen namen trouwens dezelfde route. Ze zijn verloskundige, huisarts en medisch promovendus.

Een opmerkelijk fenomeen, dat *familiaire zorg gen*\*. Mijn collegae Herman Oosterbaan en Carl Hamilton hebben beiden een dochter die gynaecoloog in opleiding is. Een derde vakgroepslid, Jacques Dirken, heeft een dochter die verloskundige wordt. Het levert hilarische taferelen op in het JBZ. Kijkt u naar de foto. Het begint toch verdacht veel op een familiebedrijf\*\* te lijken. Soms zie je Dirken jr. en Hamilton jr. samen, getooid in het wit, naar het ochtendrapport lopen. Driftig delibereerd over casuïstiek. Onlangs heeft Hamilton jr. onder supervisie van Hamilton sr. een patiënt beoordeeld. Junior, professioneel als zij is, spreekt haar vader aan met 'dokter Hamilton'. Hamilton jr. heeft ruimschoots voor haar eerste werkdag alle richtlijnen en standpunten van de NVOG uit haar hoofd geleerd. Tip van papa. Dirken jr. blijft gerust na haar late dienst hangen tot half drie 's nachts om die ene leuke bevalling mee te kunnen maken.

Van wie zij het hebben? Typisch gevalletje van de papelepel. Jozefien Hamilton associëerde in groep 1 een ei al met een dikke buik, terwijl haar klasgenootjes aan een kip dachten. En Eline Dirken wilde als klein meisje altijd weten hoeveel er geboren waren en hoe ze waren genoemd. Toen ze ouder werd, informeerde ze ook graag naar het wel en wee van de hele bevalling.

Vader Hamilton hoorde van vader Dirken over dat *familiaire zorg gen*. Samen graptten ze dat het wellicht geïsoleerd kan worden door een hoogleraar klinische genetica.

Goed plan: isoleren en kloneren! Met dit soort mensen winnen we de oorlog.

\*) uitspraak van Jacques Dirken \*\*) uitspraak van Herman Oosterbaan



V.l.n.r. Jozefien Hamilton, Jacques Dirken, Eline Dirken, Carl Hamilton, met op de achtergrond, voor regelmatige feedback Statler and Waldorf.

# De geschiedenis van het condoom

prof. em. Jean-Jacques Amy *Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel*

## Waarom een condoom?

Te allen tijden eigende de man zich voorrang op de vrouw toe - ook in West-Europa, in de zestiende eeuw. Het condoom werd ontworpen om hem te beschermen, meer bepaald tegen een ziekte die in 1493 op het toneel was verschenen en, sedertdien, epidemisch was gespreid. Niet alléén veroorzaakte de aandoening (die later 'syfilis' werd genoemd) afstotelijke primaire letsels, maar zij kende in de vroege zestiende eeuw een bijzonder agressief en snel verloop. Sterfte na een tweetal jaren was de regel. De toenmalige behandeling droeg hiertoe bij. Deze omvatte de toediening van afkooksels van guajakhout ('pokhout') en van kwikzilver, onder de vorm van lotions, zalven, pleisters, verdampingen, inspuitingen. Stoombaden waren bestemd om de kwaal uit te zweten. Laxerende middelen en aderlatingen konden uiteraard niet ontbreken.

## Onjuistheden en verzinsels

Er is geen enkel bewijs voor de bewering volgens welke *"in het Oude Rome, urineblazen van dieren werden gebruikt om het zaad van de man bij de coïtus op te vangen en dit met het oog op de bescherming van de vrouw - niet tegen de bevruchting - maar wel tegen infectie"* (Finch en Green 1963).

Meerdere auteurs die naar het in 1574 postuum verschenen werk verwezen van de Italiaanse arts en hoogleraar anatomie Gabriele Falloppio (1523-1563), bekend van zijn beschrijving van de eileiders, haalden foutief aan dat hij de ontwerper was van het voorbehoedsmiddel. Ten onrechte wordt nog steeds gesteld dat Falloppio "proefondervindelijk de doeltreffendheid van het gebruik van een condoom voor preventie tegen syfilis had onderzocht" en dat "deze condooms waren vervaardigd uit vlas en rond de roede werden gewonden" (Smith 2013). In werkelijkheid, had Falloppio een lapje stof ontworpen dat met verscheidene substanties was doordrenkt of bepoederd: wijn, pokhoutspaanders, kwikbezinksel, koperijsel, as van hertengewei, enz. Het diende gedurende meerdere uren, na (niet tijdens) de geslachtsgemeenschap, over de glans penis (niet het corpus penis!), te worden aangebracht. De voorhuid moest over het lapje worden getrokken zodat het niet zou verplaatsen.

Marie de Rabutin-Chantal, Marquise de Sévigné (1626-1696) - als schrijfster bekend door haar brieven, die tot de klassieken in de Franse literatuur worden gerekend - richtte wekelijks één of twee brieven

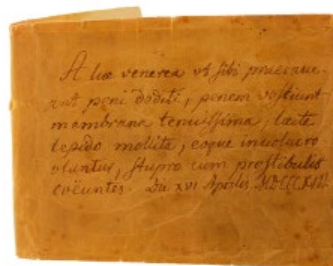
aan haar dochter, Madame de Grignan. Bij herhaling werd beweerd dat zij in één hiervan zou hebben geopperd dat het toen in gebruik zijnde darmcondoom *"een pantser tegen seksueel genot en een zeef voor venerische ziekten"* was. Nergens in de verzamelde briefwisseling van de marquise is dit echter vermeld.

## Oorsprong van het woord 'condoom'

De vroegste vermelding van het woord is terug te vinden in *A Panegyric upon Cundum*, een gedicht in 1665 door John Wilmot geschreven.

Grappenmaker Franz Xaver Schwediauer (1748-1824) beweerde in 1817 dat *"een man genaamd Condom (in Londen), een vijftig tot zestig jaren terug, de beruchte overtrekels had uitgevonden"*. Dat verhaal werd in de romantische negentiende eeuw almaar mooier. De uiteindelijke versie - die nog steeds wordt aangehaald - luidt dat een zekere arts of kolonel Condom, in de tweede helft van de zestiende eeuw, voor de losbandige koning Karel II van Groot-Brittannië en Ierland (1630-1685), het voorbehoedsmiddel had ontworpen.

De meest geloofwaardige hypothese stelt echter dat 'condoom' is afgeleid van het werkwoord 'condère', waarvan de veelvuldige betekenissen omvatten 'beschermen' en 'overtrekken, omhullen'.



Condoom uit 1813 mét gebruikershandleiding.  
(Bron: Wikimedia Commons)



### Eerste 'wetenschappelijke' vermelding

Het gebruik van een omhulsel, vervaardigd uit een galblaas van dierlijke oorsprong - en bestemd om, vóór de coïtus, over de roede te worden getrokken, met de bedoeling bevruchting te voorkomen - werd door de Perzische arts Al-Akawayini in de tiende eeuw van ons tijdperk aanbevolen.

In onze contreien werden de vroegste condoms uit schapendarmen gemaakt en, daterend uit de periode 1642-1646, bij opgravingswerken in een latrine van Dudley Castle, in de West Midlands, Engeland, gevonden.

### Darmcondooms

Zij waren uit lammerendarm of -urineblaas gemaakt, en vervolgens d.m.v. zwavel en een wasmiddel verweekt. Om afschuiven te voorkomen, was het condoom aan zijn open eind voorzien van een lintje dat rond de penis werd gebonden. Door bevochtiging in lauw water of melk, werd het meer buigzaam en kon warmteoverdracht plaatsvinden.

Darmcondooms werden - waarschijnlijk voor het eerst - op grote schaal, in Utrecht verhandeld. Gedurende het anderhalve jaar (april 1713 tot september 1714) dat nodig was voor het sluiten van de zgn. 'Vrede van Utrecht' - een reeks verdragen tussen Frankrijk, Spanje en andere Europese mogendheden - verbleven ontelbare ministers, diplomaten, afgevaardigden van verscheidene rang, hun secretarissen en hun zeer talrijke dienstbodes en evenveel hoertjes, afkomstig uit heel Europa, in deze stad. Men denkt dat bij deze gelegenheid de grootste bijeenkomst van prostituees ooit plaats vond. Geslachtsziekten vierden hoogtij. Condooms kon men kopen in een winkeltje naast het Begijnhof. Niet alléén verkocht de winkeldame condooms, ze gaf ook uitgebreide toelichting aan haar klanten. Als er dan nog twijfel bestond, mocht de klant... het ding bij haar uitproberen!

Aan het einde van de achttiende eeuw was de verkoop van condooms een handel geworden zoals om het even welke andere handel, en het waar werd openlijk d.m.v. folders gepromoot. Deze voorbehoedsmiddelen konden nu vlot worden bekomen, maar het gebruik ervan was niet steeds genietbaar. Zo getuigde alleszins de jonge James Boswell (1740-1795) in zijn London Journal 1762-1763. Tijdens het jaar dat hij in Londen doorbracht, had Boswell talrijke seksuele slippertjes. Voor de meeste van die geslachtsdaden - waarvan veel met prostituees - droeg hij een condoom. Deze arme vrouwen, die hun lichaam voor een 'penningske' verkochten, mochten zich tevreden noemen wanneer hun cliënt een overtreksel gebruikte.

Boswell trok zich van hygiëne en van discretie geen zier aan. Minstens één keer, bevochtigde hij zijn condoom door het te dompelen in het kanaal dat in St.



*Giacomo Casanova de Seingalt (1725-1798) amuseert zijn gezelschap met het opblazen van condooms.*

James's Park loopt, om aansluitend, ter plekke, geslachtsgemeenschap te hebben.

In Londen, werden condooms vanaf ca. 1770 in 'The Green Cannister' verkocht. Mevr. Philips, eigenares van de winkel, bevoorraaide 'apothekers allerhande en drogisten' alsook 'ambassadeurs, buitenlanders, edellieden en kapiteinen-ter-zee'. Zij exporteerde tevens grote hoeveelheden naar Frankrijk, Italië, Portugal en Spanje.

De legendarische verleider Giacomo Casanova de Seingalt (1725-1798) schreef uitvoerige *mémoires* waarin hij meerdere keren op het gebruik van condooms alludeert. Daaruit kunnen wij leren dat (i) anticonceptiva, voor het eerst geen overtreiding van het woord Gods meer waren, maar een zegening; (ii) hoewel het toen reeds bekend was dat condooms zwangerschap en bepaalde geslachtsziekten voorkwamen, werden zij - zoals nu nog steeds - onregelmatig gebruikt, en (iii) de toen beschikbare condooms, zelfs wanneer op maat vervaardigd, soms ongemakkelijk waren.

In Parijs, in de tweede helft van de achttiende eeuw, was het meest geraffineerde bordeel dat van Marguerite Gourdan. Onder haar cliënten, telde Mme Gourdan edellieden, hoge ambtenaren, magistraten,

priesters, schrijvers, kunstenaars, hofdames en andere voorname vrouwen. Zij had vrije toegang tot het Hof, de Comédie Française, en het Théâtre Italien. In haar pand dat rijkelijk voorzien was van zinnenprikkende middelen, was het gebruik van een 'redingote d'Angleterre' (condoom) bij iedere seksuele omgang verplicht.

### Rubberen condooms

Schapendarmcondooms waren duur en konden daarom niet worden aangewend door al dezen die, vanaf 1830, een beroep begonnen te doen op geboorteregeling.

In 1839 ontdekten Thomas Hancock (1786-1865) en Charles Goodyear (1800-1860) het vulkanisatieproces, waarbij natuurrubber (bekomen uit *Hevea brasiliensis*) werd omgezet tot een stevig en rekbaar materiaal. Rubberen condooms doken medio negentiende eeuw op. De allereerste 'rubbers' waren voorzien van een naad en zo dik als een binnenband van een fiets. Daar zij nog steeds duur waren, werden zij per stuk verkocht. Na 1870 spreidde hun gebruik tot alle sociale klassen.

Vanaf 1870, was het eikelcondoom in de VS en in het VK in zwang: een klein rubberen condoompje dat alleen de eikel van de penis bedekte en dus vaak afgleed!

### Latex- en polyurethaan condooms

In de dertiger jaren van de vorige eeuw werd het mogelijk om condooms te vervaardigen met als grondstof vloeibare latex, een emulsie van rubberpartikels in water, afkomstig van de rubberboom.

In 1994, keurde de FDA een condoom vervaardigd uit polyurethaan goed. Deze grondstof wordt niet beschadigd door glijmiddelen die vethoudende stoffen bevatten, is zowel warmte-doorlatend als warmtebestendig en heeft een lange houdbaarheid. Dit condoom kan bij latexallergie worden aangewend. Het is echter een minder doeltreffend anticonceptivum en scheurt gemakkelijker dan latex condooms.

### Recentste ontwikkelingen

Naast preventie van soa's en ongewenste zwangerschap, kent het condoom thans een derde indicatie: het afschrikken van potentiële verkrachters. 'RapeX', aan de binnenkant voorzien van tanden, wordt met een applicator in de vagina ingevoerd. Bij een poging tot coïtus dringen de stekels in de penis. Verwijdering van het ding vergt een medische tussenkomst.

### Literatuur

- Amy, J.J., M. Thiery *The condom: A turbulent history*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2015;20:387-402.
- Finch, B.E., H. Green *Contraception through the ages*. Londen: Peter Owen 1963: 46-57.
- Smith, L. *The history of contraception*. In: Briggs P, Kovacs G, Guillebaud J, reds. *Contraception - A casebook from menarche to menopause*. Cambridge: Cambridge University Press 2013: 18-25.

### Contact

**Prof. em. Jean-Jacques Amy**

t +32 2 537 60 15.

e [jeanjacques.amy@skynet.be](mailto:jeanjacques.amy@skynet.be)

## Gynaecoloog-oncoloog

40 uur per week

*Een gezonde bevolking en excellente zorg door onderzoek en onderwijs. Daarvoor staat het Erasmus MC. Baanbrekend werken, grenzen verleggen en voorop lopen. In onderzoek, onderwijs en zorg. Bij ons werken denkers die doen. Gedreven aanpakkers die met veel verstand van zaken werken aan het verbeteren en vernieuwen van de zorg van vandaag en de gezondheid van morgen.*

### Werk van waarde

Als gynaecoloog-oncoloog bent u werkzaam op de afdeling Gynaecologische Oncologie. De speerpunten zijn behandeling van cervix-, ovarium-, vulva-, complexendometrium- en vaginacarcinoom. Met de robot worden Wertheim-operaties uitgevoerd.

Het wetenschappelijk onderzoek concentreert zich op de thema's: vulvacarcinoom, hormonen en kankerrisico en participatie in landelijke studies.

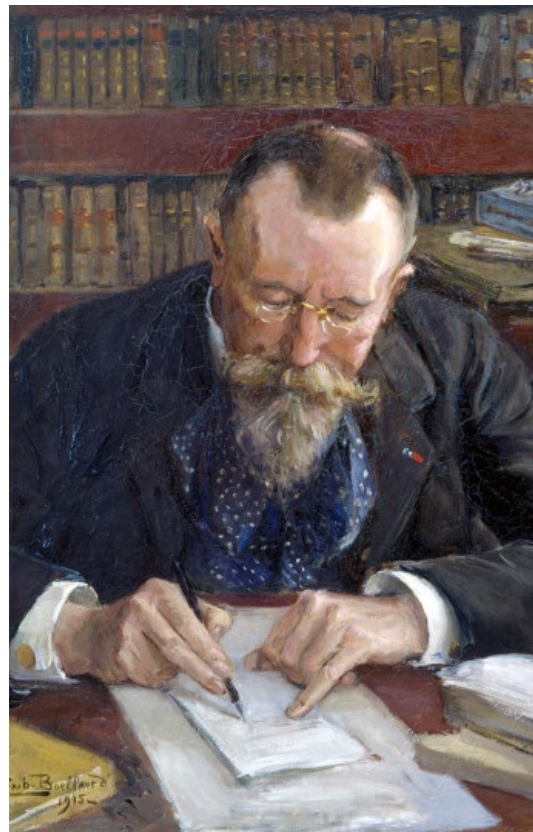
Het is de bedoeling om samen met het LUMC één nieuwe afdeling Gynaecologische Oncologie op te zetten, met als gezamenlijk doel de patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek naar een hoog niveau te tillen.

Kijk voor meer informatie en solliciteren op:

[www.erasmusmc.nl/vacatures/gynaecoloog-oncoloog](http://www.erasmusmc.nl/vacatures/gynaecoloog-oncoloog)

Erasmus MC  
ERASMUS  
UNIVERSITEIT ROTTERDAM

[erasmusmc.nl/werkenbij](http://erasmusmc.nl/werkenbij)



## De Hector Treub prijs 2017

**Eens in de twee tot vier jaar reikt de Stichting Hector Treub de Hector Treub prijs uit aan iemand die door zijn of haar werk een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de psychosociale gynaecologie en/of verloskunde en daarbij nauw aansluit bij het denken, de persoonlijkheid en het werk van Hector Treub.**

Mensen die prijs eerder ontvingen zijn o.a. Ketting (1983), Gunilla Kleiverda (1993), Sylvia Dermout (1995), Weijmar Schulz (1996), Reijnders (2002) en Berger (2006) en Marieke Paarlberg (2009)

In Treubs werk is de interessante vermenging van het medische en sociale debat, rond 1900, duidelijk zichtbaar. Zijn inspanningen en persoonlijke invloed op een grote schare leerlingen hebben een belangrijk stempel gedrukt op het denken in Nederland over de aard en reikwijdte van medische bemoeienis met vrouwenaangelegenheden. Het in vergelijking met vele andere Europese landen specifiek organisatorische karakter van de gynaecologie en verloskunde in Nederland, met een evenwichtige aandacht voor chirurgische, internistische en psychosociale kanten van de problemen, kan ten dele op Treubs ideeën worden teruggevoerd.

Hector Treub, die vanaf zijn dertigste hoogleraar in Leiden was, maakte naam als dé grote leermeester, in de verloskunde en droeg in belangrijke mate bijge-

dragen aan de emancipatie van de gynaecologie. Hij was oprichter van de Nederlandsche Gynaecologen Vereniging en het Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie. In 1892 verscheen van zijn hand het eerste Leerboek der Gynaecologie. Ook publiceerde hij veel en was internationaal actief, zo organiseerde hij in 1899 het Internationale congres voor verloskunde en gynaecologie in Amsterdam.

In 1896 volgde hij professor Van der Mey op aan de Universiteit voor Amsterdam, ook omdat hier de verloskunde een grote afdeling was. Hij bewerkte het manuscript van zijn voorganger tot het Nederlands Leerboek der Verloskunde.

De prijs, een beeldje van Maja van Hall en een geldbedrag van € 1500 wordt uitgereikt in samenwerking met de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie & Gynaecologie (WPOG).

De eerstvolgende prijsuitreiking is in 2017.

Eventuele kandidaten voor de Hector Treub prijs kunnen voor 1 maart 2017 schriftelijk worden aangemeld bij de voorzitter of secretaris van de Stichting Hector Treub

**dr. I. M. Hellemans** cardioloog *n.p.*

e irene@hellemans.me

**prof. dr. Sicco Scherjon** gynaecoloog UMCG

e s.a.scherjon@umcg.nl

Het *primen* van de cervix met foleykatheter

## Hoe vol moet de ballon?

drs. M. van Londen *co-assistent, afdeling gynaecologie*

drs. M. Dijkstra *AIOS gynaecologie*

dr. M.S. Post *gynaecoloog*

Allen MCL, Leeuwarden

Het *primen van de cervix met als doel de bevaling in te kunnen leiden is een veel voorkomende interventie binnen de obstetrie. Indicaties hiervoor zijn onder andere serotiniteit, hypertensie en groeivertraging. Indien de zwangere niet inleidbaar is kan de cervixrijpheid bevorderd worden via farmacologische of niet-farmacologische technieken. In Europa worden intracervicale prostaglandines het meest gebruikt<sup>1</sup>, maar in Nederland is het tegenwoordig gebruikelijker om te kiezen voor een niet-farmacologische manier om de cervixrijpheid te bevorderen, namelijk door middel van het plaatsen van een foleykatheter intracervicaal. Nederlandse gynaecologen baseren zich hierbij op de PROBAAT-studie, die liet zien dat een foleykatheter even effectief is als prostaglandine E2-gel, maar minder bijwerkingen kent.<sup>2</sup> Er zijn echter grote verschillen tussen behandelaren met betrekking tot het aantal milliliters (ml) waarmee de ballon van de foleykatheter wordt gevuld.*

Foleykatheters zijn verblijfskatheters, oorspronkelijk bedoeld voor de blaas, die met een ballon op hun plaats worden gehouden. Deze ballon kan ook worden gebruikt in het geval van een onrijpe cervix om de rijpheid hiervan te bevorderen. Hiertoe wordt de katheter intracervicaal ingebracht en de ballon boven de cervix opgeblazen. Over de aard van de vulling van de ballon zijn de meeste centra het eens: er wordt gebruik gemaakt van injectievloeistof, meestal water. Volgens *expert-opinion* is dit de beste manier om eventueel krimpen van de ballon tegen te gaan. In Nederland worden foleykatheters echter wel met wisselende hoeveelheden vloeistof gevuld. Sommige centra hanteren een volume van 30 ml (gelijk aan PROBAAT-studie), anderen 40, 60 of zelfs 80 ml. Enkele centra hanteren verschillende volumes per poging tot inleiden en anderen maken onderscheid tussen primiparae en multiparae (zie tabel 1). Ook tussen obstetrische professionals binnen één centrum bestaan verschillen.

De NVOG-richtlijn 'Inductie bij onrijpe cervix' stelt dat een foleykatheter gevuld met 80 ml leidt tot meer ontsluiting, een snellere baring en minder behoefte aan syntocinon dan een foleykatheter gevuld met 30 ml (bewijskracht A2),<sup>3</sup> zich hierbij baserend op

één studie.<sup>4</sup> Dit heeft klaarblijkelijk niet geleid tot aanpassing van de meeste verloskundige protocollen en het toegepaste beleid. Het leek ons daarom relevant om uit te zoeken wat nu het beste volume is om een foleykatheter mee te vullen en of een wijziging van protocollen wenselijk is. We vroegen ons af of bij het *primen van de cervix* het vullen van een foleykatheter met 60 of 80 ml voor betere cervicale rijping zorgt dan een foleykatheter gevuld met 30 ml.

Daarbij hebben we de volgende PICO geformuleerd:

**Patient:** à terme zwangeren

**Intervention:** foleykatheter gevuld met 60/80 ml

**Control:** foleykatheter gevuld met 30 ml

**Outcome:** cervicale rijping, duur inleiding

### Zoekstrategie

In de *Cochrane Library* werd gezocht met zoektermen 'catheter' AND 'cervical'. Hierop werden twaalf resultaten gevonden, waarvan er geen representatief

**Tabel 1. Resultaten telefonisch interview verloskundigen en AIOS gynaecologie over de gebruikelijke vulling/protocollaire vulling van foleykatheters.**

Centrum	Volume in 2012 (ml)	Volume in maart 2015 (ml)
Medisch Centrum Leeuwarden	30-40	30-40
Universitair Medisch Centrum Groningen	30	d1 30, d2 40
Academisch Medisch Centrum Amsterdam	30	30
Isala Klinieken Zwolle	60	60-80
Antonius Ziekenhuis Sneek	30	30
Deventer Ziekenhuis	40-50	50
Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	50	50
Gelre Ziekenhuis Apeldoorn	-	50
Ikazia Ziekenhuis Rotterdam	-	30
Alrijne Ziekenhuis Leiden	-	40
Maasziekenhuis Pantein Boxmeer	-	40
Catharina Ziekenhuis Eindhoven	-	50
Ziekenhuis Bronovo Den Haag	-	30 - 60 in trialverband
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Hoogeveen	-	80
Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk	-	30
Meander Medisch Centrum Amersfoort	-	d1 30, d2 40, d3 50
Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	-	60

ml = milliliter, d = dag.

bleken te zijn. In de MEDLINE/Pubmed database werd gezocht met Mesh termen "Cervical Ripening"[Mesh] AND "Catheter"[Mesh] en in titel en abstract met de zoektermen: "Cervical Ripening"[Tiab] AND "Catheter"[Tiab].

Dit leverde 121 resultaten op, waarvan tien systematische reviews en vijf mogelijk geschikte RCT's. Hier van waren er respectievelijk één en drie geschikt om onze onderzoeksvraag te beantwoorden. De RCT's worden alle drie besproken in de geschikte systematische review.

### Bespreking

Anne Berndt *et al.* hebben een systematische literatuurstudie verricht, waarin ze hebben uitgezocht of verschillende volumes van vulling van foleykatheters van invloed was op de cervicale rijping, het aantal sectio's en het uitblijven van de bevalling. Zij hebben 648 unieke abstracts onderzocht, waarvan er drie studies voldeden aan de criteria.<sup>5</sup> Hieronder een korte bespreking van deze studies:

Levy *et al.* (2004) randomiseerden vrouwen die zwanger waren van een eenling met een bishopscore < 4 tussen foleykatheters gevuld met 30 ml en 80 ml (resp. n=100 en n=103).<sup>4</sup> Dit is ook de studie waarnaar de NVOG-richtlijn verwijst.<sup>3</sup> De onderzoekers vonden dat een katheter gevuld met 80 ml leidde tot significant meer cervicale rijping, gedefinieerd als dilatatie > 3 cm, ten opzichte van de katheters gevuld met 30 ml. Bovendien bevielen meer primiparae binnen 24 uur en was er minder oxytocinebehoefte in de groep met foleykatheters gevuld met 80 ml, zonder dat er sprake was van een verhoogde kans op een secundaire sectio caesarea.<sup>4</sup>

De tweede studie in de systematische review is in 2010 gepubliceerd door Delaney *et al.* Zij hebben het effect van foleykatheters gevuld met 30 ml en 60 ml vergeleken bij zwangere vrouwen met een amenoroeuur van tenminste 37 weken (resp. n=98 en n=94) en een bishopscore < 5. In de groep waarin de foleykatheter gevuld werd met 60 ml vonden significant meer partus plaats binnen 12 uur dan in de groep gevuld met 30 ml, met een *number-needed-to-treat* van 9 (voor iedere negen zwangeren met een 60 ml Foley, bevat er één meer binnen 12 uur), zonder dat dit gepaard ging met een groter aantal sectio caesarea of neonatale complicaties. Het aantal bevallingen < 24 uur was in deze studie niet verschillend.<sup>6</sup>

De derde studie uit de systematische review van de literatuur is in 2009 gepubliceerd door Kashanian *et al.* uit Iran. Zij vergeleken twee groepen van ieder 90 à terme zwangeren, met een bishopscore ≤ 5, waarbij de foleykatheter werd gevuld met 30 of 80 ml. Kashanian *et al.* hadden als uitkomstmaten veranderingen in Bishop score en bishopscores ≥ 9. Deze waren beiden gunstiger bij de groep met foleykatheters gevuld met 80 ml. Tevens vonden ze een significant groter aantal vaginale bevallingen in de groep

met foleykatheters gevuld met 80 ml. De onderzoekers vergeleken in dezelfde studie ook oxytocine met foleykatheters. Ze vonden dat de foleykatheters met 80 ml ook tot grotere toename van de bishopscores leidden, dan oxytocine.<sup>7</sup>

Berndt *et al.* hebben in hun systematische review de drie bovengenoemde studies beoordeeld en de gewogen resultaten gecombineerd in boomdiagrammen voor de diverse uitkomstmaten. Zij concluderen dat er bij foleykatheters gevuld met 80 ml vs. 30 ml significant meer cervicale rijping is, gedefinieerd als een bishopscore ≥ 9 of cervicale dilatatie ≥ 3 cm. Tevens vonden zij significant meer bevallingen binnen 24 uur in die groep, ook als katheters gevuld met 60 ml hieraan worden toegevoegd. Bij het analyseren van de *trials* werd geen verschil gevonden in het aantal sectio's, zowel in analyse van de katheters gevuld met 60/80 ml als in de analyse van de katheters gevuld met 80 ml alleen, ten opzichte van die gevuld met 30 ml.<sup>5</sup>

### Discussie

De studies die hierboven zijn beschreven, laten duidelijke aanwijzingen zien voor een gunstig effect van vollere ballonnen van foleykatheters op cervicale rijping en het aantal bevallingen binnen 24 uur. De angst dat meer vulling zou leiden tot meer sectio's, blijkt in deze studies niet gegrond te zijn. Het is niet goed onderzocht of 80 ml de voorkeur geniet boven 60 ml, maar er lijken geen aanwijzingen te zijn voor nadelige effecten bij een grotere vulling. Er zijn wel kanttekeningen te plaatsen bij de studies. In het artikel van Kashanian *et al.* is nauwelijks omschreven hoe de randomisatie heeft plaatsgevonden.<sup>7</sup> In alle onderzochte studies zijn vrouwen met meer dan vijf bevallingen geëxcludeerd en in de studie van Kashanian *et al.* was een pariteit > 2 een exclusie criterium, evenals meerlingzwangerschappen.<sup>7</sup> In de studies van Levy *et al.* en Kashanian *et al.* werden vrouwen waarvan het kind een hoog geschat geboortegewicht (≥ 4200 gram resp. ≥ 4000 gram) had geëxcludeerd.<sup>4,7</sup> Zwangeren met diabetes (gravidarum), een frequente indicatie voor inleiding in Nederland, hebben juist vaak een kind met een hoog geschat geboortegewicht. In de studie van Delaney *et al.* was geschat geboortegewicht geen exclusie criterium, maar zij rapporteren het (geschatte) geboortegewicht van hun studiepopulatie niet.<sup>6</sup> Een sectio caesarea in de voorgeschiedenis was een exclusie criterium bij alle studies, evenals een ligging anders dan hoofdligging van het kind. Er is in bovengenoemde studies niet onderzocht of een foleykatheter met een volume van 60 of 80 ml leidt tot meer ongemak bij de zwangere.

### Conclusie en advies

Er zijn sterke aanwijzingen dat bij zwangeren met een eenling in hoofdligging, met minder dan vijf

bevallingen in de voorgeschiedenis en een geschat geboortegewicht  $\leq$  4000 gram, een foleykatheter waarvan de ballon gevuld is met 60 of 80 ml een geschikte methode is voor het *primen* van de cervix, met een betere cervicale rijping en snellere bevalling tot gevolg dan een foleykatheter gevuld met 30 ml. Er zijn in Nederland grote verschillen tussen behandelaren en ziekenhuizen onderling met betrekking tot het volume waarmee foleykatheters gevuld worden. Wij zouden ervoor willen pleiten om bij bovengenoemde patiëntencategorieën de ballon altijd met 60 tot 80 ml te vullen. We realiseren ons dat de prijs van een foleykatheter die tot 80 ml gevuld kan worden beduidend hoger ligt ( $\pm$  €1,- vs €14,-), maar we stellen dat de kortere duur van de partus leidt tot lagere opnamekosten. In prospectief vervolgonderzoek zou deze hypothese moeten worden uitgezocht.

## Referenties

1. EJOG-AJOG Obstetrics resource centre, 2015, *Induction of Labour*, geraadpleegd oktober 2015, via <http://obstetrics-gynecology.eu/guidelines/induction-labour>.
2. Jozwiak, M., K.O. Oude Rengerink, M. Benthem, *et al.* *Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomised controlled trial.* Lancet. 2011;378:2095-2103.
3. Van Eyck, J. *NOVG richtlijn inductie bij onrijpe cervix, versie 1.* 2006. Geraadpleegd oktober 2015.
4. Levy, R., B. Kanengiser, B. Furman, *et al.* *A randomized trial comparing a 30-mL and an 80-mL Foley catheter balloon for preinduction cervical ripening.* Am J Obstet Gynecol. 2004;191:1632-6.
5. Berndt, A., D. El-Chaar, K. Murphy, S. McDonald. *Does cervical ripening at term using a high volume Foley catheter result in a lower caesarean section rate than a low volume Foley catheter? A systematic review and meta-analysis.* J Obstet Gynaecol Can. 2014;36:678-87.
6. Delaney S., B.L. Shaffer, Y.W. Cheng *et al.* *Labor induction with a Foley balloon inflated to 30 mL compared with 60 mL: a randomized controlled trial.* Obstet Gynecol. 2010;115:1239-45.
7. Kashanian, M., M. Nazemi, A. Malakzadegan. *Comparison of 30-mL and 80-mL Foley catheter balloons and oxytocin for preinduction cervical ripening.* Int J Gynaecol Obstet. 2009;105:174-5.
8. Culver, J., R.A. Strauss, S. Brody *et al.* *A randomized trial comparing vaginal misoprostol versus Foley catheter with concurrent oxytocin for labor induction in nulliparous women.* Am J Perinatol 2004;21:139-46.

## Samenvatting

Er bestaan in Nederland grote verschillen tussen obstetrische professionals met betrekking tot het volume waarmee ballonnen van foleykatheters gevuld worden bij het *primen* van de cervix. Voor deze PICO hebben we in de literatuur onderzocht of een foleykatheter gevuld met 60 of 80 milliliter leidt tot betere cervicale rijping en een snellere bevalling, dan een foleykatheter gevuld met 30 milliliter. We vonden sterke aanwijzingen dat bij zwangere vrouwen met een eenling in hoofdligging, met minder dan vijf bevallingen in de voorgeschiedenis en een geschat geboortegewicht  $<$ 4000 gram, een foleykatheter gevuld met 60 of 80 milliliter leidt tot een betere cervicale rijping en snellere bevalling dan een foleykatheter gevuld met 30 milliliter.

## Trefwoorden

Foley, katheter, inductie, baring, volume, rijping

## Summary

In the Netherlands, large differences are found between obstetric professionals when comparing the volume they use to fill Foley catheters for cervical priming. In this PICO we reviewed current literature to investigate whether Foley catheters filled with a volume of 60 to 80 millilitres cause better cervical ripening and faster labour, compared to Foley catheters filled with 30 millilitres. We found that women with singleton pregnancies, having cephalic presentation, less than five pregnancies in their history and an estimated birth weight  $<$  4000 gram, have significantly quicker cervical ripening and faster labour with Foley catheters filled with 60 or 80 millilitres, compared to Foley catheters filled with 30 millilitres.

## Key words

Foley, catheter, induction, labour, volume, ripening

## Correspondentie

dr. M.S. Post, gynaecoloog  
Medisch Centrum Leeuwarden, afd. gynaecologie  
Henri Dunantweg 2, 8934 AD Leeuwarden  
e marinka.post@znb.nl

## Dankwoord

Met dank aan de verloskundigen  
M. de Jong-Kiewiet en J. de Kroon

## Belangenverstrengeling

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

## Onderbewuste, automatische associaties en bewuste, subjectieve ervaring van seksuele stimuli bij genitopelviene pijn/penetratie-stoornissen (GPPPS)

prof. dr. Willibrord Weijmar Schultz  
wcmws@ziggo.nl

Een verhoogde aandachtsbias voor seks-gerelateerde bedreigingen zoals bijvoorbeeld pijn en negatieve onderbewuste automatische associaties kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van opwindingsproblemen en seksuele disfuncties zoals genito-pelviene pijn/penetratiestoornissen (GPPPS). Een verhoogde automatische associatie van vaginale penetratie stimuli met dreiging, en/of minder automatische motivationele associaties met vaginale penetratie stimuli zou kunnen verklaren waarom vrouwen met primair vaginisme meer geneigd zijn tot het vermijden van de geslachtsgemeenschap dan vrouwen met dyspareunie.

In deze studie werd getest of vrouwen met GPPPS

- een verhoogde aandachtsbias hebben voor pijn en seksuele stimuli en
- met betrekking tot automatische associaties meer dreiging en minder motivatie ervaren met seksuele penetratie stimuli.

In tweede instantie werd onderzocht of de sterkere neiging tot vermindering van penetratie bij vaginisme vergeleken met dyspareunie, kan worden verklaard door een verhoogde negatieve aandachtsbias en/of meer disfunctionele automatische associaties met seksuele stimuli.

Bij 37 vrouwen met primair vaginisme, 29 vrouwen met dyspareunie en 51 vrouwen zonder seksuele klachten werd de *Visual Search Task* (VST) afgenomen om de aandachtsbias ten aanzien van seks en pijn stimuli te meten. Daarnaast werd met de *Single Target Implicit-association test* (st-IAT) automatische dreigende en motivationele associaties met seksuele penetratie stimuli gemeten.

### Resultaten

Groepsverschillen konden niet worden aangetoond. Correlationele analyse liet wel zien dat tragere detectie van seksuele stimuli en meer automatische bedreigende associaties gerelateerd zijn aan minder seksuele opwindingsproblemen.

Deze bevindingen bevestigen dus niet dat aandachtsbias voor pijn of seks bijdraagt aan pijn bij de coitus, of dat verschillen in het vermijden van de coitus bij vrouwen met primair vaginisme en dyspareunie kunnen worden uitgelegd als een verschil in aandacht of onderbewuste bedreigende danwel motivationele associaties met seksuele stimuli. De resultaten laten wel zien dat automatische bedreigende associaties en een verminderde aandacht voor seksuele stimuli kunnen interfereren met de beleving van seksuele opwindingsproblemen en GPPPS. Bij de behandeling van opwindingsproblemen is het daarom van belang zowel aandacht te besteden aan de subjectieve (bewuste) ervaring c.q. interpretatie van de klachten (denk aan de betekenis van de klacht) als aan automatische (dus onderbewuste) associaties. Dit verklaart mogelijk ook waarom therapeutisch geassisteerde exposurebehandeling bij primair vaginisme zeer effectief is in het creëren van de mogelijkheid tot geslachtsgemeenschap, maar dat deze vrouwen daar desondanks nog onvoldoende van kunnen genieten. De impact van de begeleide exposurebehandeling van vrouwen met primair vaginisme kan daarom worden verbeterd door met nog meer nadruk specifiek de relatie tussen vaginale penetratie en onderbewuste associaties te behandelen bijvoorbeeld door middel van counter-conditioneringstechnieken.