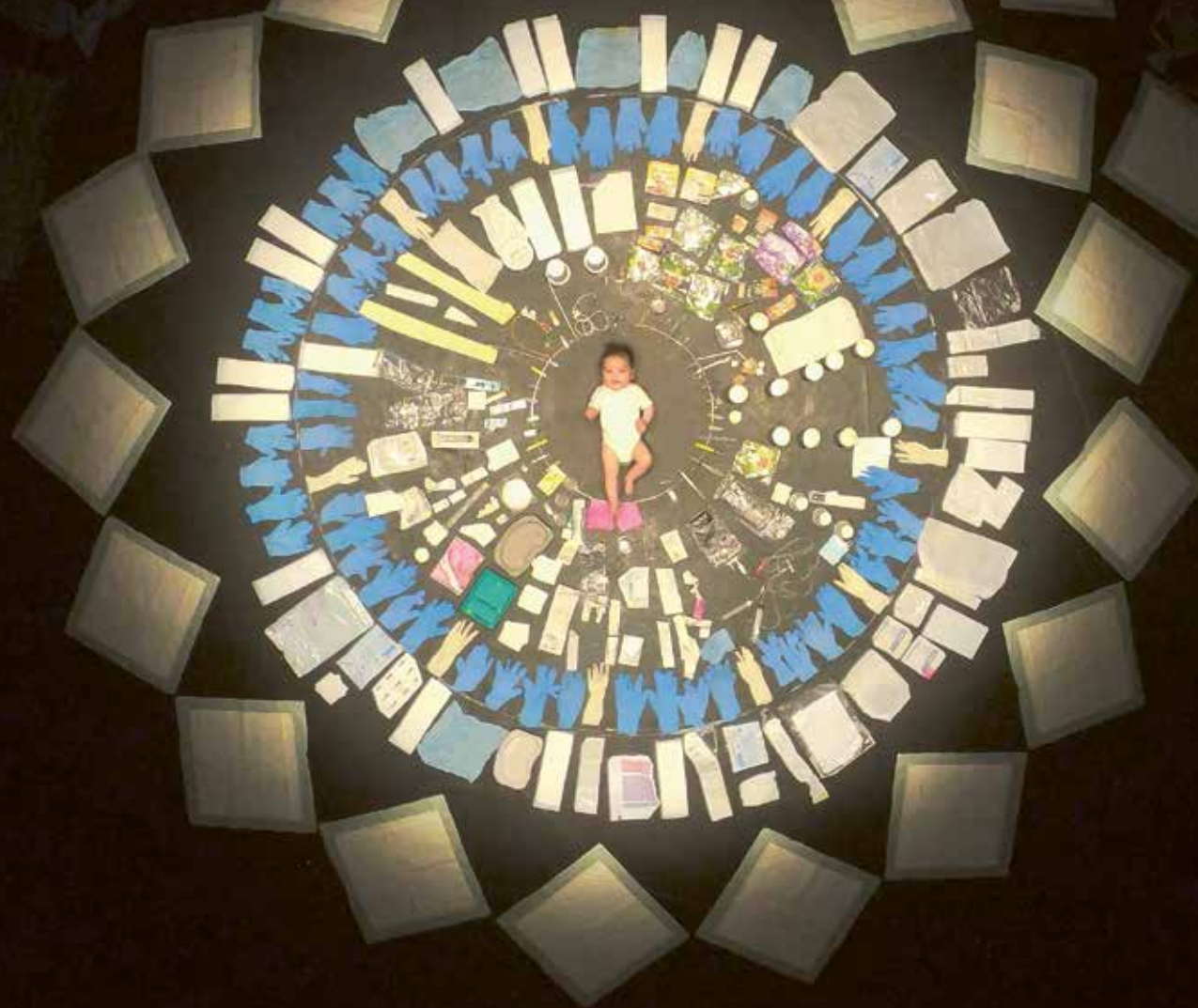


ntog

2024

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE



Met onder andere:

*Themakatern Nieuwe gezinsvorming // Signalering van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen
// Maternale leeftijd en inleiding: een dilemma? // Casus: hevig bloedverlies bij hypervasculair myometrium*



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

PostNL - Port betaald

Retouradres Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen

Colofon

REDACTIE

J.W.M. Aarts, hoofdredacteur (j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl)
O.W.H. van der Heijden, voorzitter deelredactie perinatologie
S.M. Mourad, voorzitter deelredactie gynaecologie
M.H. Mochtar, voorzitter deelredactie VPG
F. Vernooij, rubrieksredacteur Ob Gyn
R. van de Laar, rubrieksredacteur Ob Gyn
M. Bensink, namens VAGO
A.W. Kastelein, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
N.E. Simons, rubrieksredacteur UNO
M.A. Lugthart, rubrieksredacteur UNO
J. Lind, rubrieksredacteur Gynfeud
D. Voormolen, rubrieksredacteur Kunstsalon
M.J. Janssen, illustrator

LEDEN DEELREDACTIES

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

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

ABONNEMENTEN

(prijzen per jaar en incl. 9% btw)
Standaard € 224,- Studenten € 98,- Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 98,- Buitenland € 326,- Studenten buitenland € 162,-
Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december.
Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES

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

OPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

2.000 ex., 8 x per jaar.
NTOG vol.137#8 verschijnt 20 december 2024.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

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

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

Maria Kojick, *My first little footprint* (2021)

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Ryego*
Gedeon Richter | *Advertorial Ryego*
Memidis Pharma | *Vooruitstrevende middelen*
Besins Healthcare | *Oestrogel*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

- 396 **Bijzondere gezinsvorming: wat is de rol van de voortplantingsspecialist?**
dr. Monique Mochtar

Bestuur NVOG

- 397 **Dicht bij jou, dicht bij jouw team en dicht bij de NVOG**
NVOG-bestuur, Ron van der Heijden en Hanne Riekerk

Kort Nieuws

- 398 **Voortaan voornamen in plaats van initialen in het NTOG | Louis Schellekens proefschriftprijzen weer uitgereikt op het Gynaecongres | Rectificatie | Is het B1? | O wee | NTOG Kunstsalon | Gynfeud 33**

Koepel kwaliteit

- 400 **De tops van de NVOG kwaliteitsvisitatie**
drs. Josien Terwisscha van Scheltinga, drs. Krista Stibbe, dr. Maarten Knapen *et al.*

Concreto

- 402 **Welkom in Euro-pa-pa: Komt samen en verenigt u**
dr. Annemarijke Adank, drs. Fokkeden Tummers, drs. Marjon Feenstra

In memoriam

- 403 **dr. Ad IJzerman (1929-2024)**
Eric Mendels en Hans Brölmann

In memoriam

- 404 **dr. Milena Jahoda (1933-2024)**
Titia E. Cohen-Overbeek

Koepel gynaecoloog & maatschappij

- 405 **Manieren om grensoverschrijdend gedrag onder de aandacht te brengen**
dr. Yadira Roggeveen

Mediagyniek

- 406 drs. Jos Vollebergh, dr. Nicole Alers

Column netwerkzorg

- 407 **Gynaecoloog zijn**
dr. Malou Schreurs

Oorspronkelijke artikelen

- 408 **Signalering van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen**
drs. Anne Custers, drs. Simone Klijntjes, dr. Birgit Levelink
413 **Maternale leeftijd en inleiding: een dilemma?**
dr. Anna Seijmonsbergen-Schermer, dr. Bahareh Goodarzi, prof. dr. Arie Franx *et al.*
417 **Casus: hevig bloedverlies bij hypervasculair myometrium**
drs. Floortje van Iterson, drs. Anne de Boer, dr. Heleen van Dongen *et al.*

Moeders van Morgen

- 422 **Informatie over geneesmiddelgebruik rondom de zwangerschap**
dr. Anneke Passier, dr. Maartje Conijn, Miranda van Tuyl

Themakatern Nieuwe gezinsvorming

- 424 **Gezinsvorming door postmortale voortplanting**
426 **Intentioneel co-ouderschap**
428 **Eicelbanken in Nederland**
430 **Embryodonaties in Nederland**
432 **Wel of geen medische ondersteuning bij genetisch draagmoederschap?**
434 **HTDM in Nederland; verschuiving van 'het buitenland' naar Nederland**

Column

- 436 **Gynaecongres en maatschappij**
prof. dr. Thomas van den Akker

Hora est

- 437 **Recuperation of women undergoing hysterectomy: improving recovery and intimacy**
Suzanne Dedden

Zuiderland & Janssen

- 438 **Een ouder meer of minder?**
drs. Marcel Zuiderland

Gynaepicture

- 440 **Een duizelingwekkend hematoom van de vulva**
drs. Larissa de Ridder, dr. Koen de Decker

Richtlijn uitgelicht

- 442 **Zwangerschapscholestase**
dr. A.A. de Ruigh, dr. A.W. Kastelein

OB GYN

- 444 **Echografische markers bij de diagnose van PCOS | Kwaliteit van leven van vrouwen na een borderline ovariumtumor | Resultaten ENSURE-trial: minder intensieve nazorg voor vrouwen met laagrisico endometriumkanker**
dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar
redacteurs

- 447 **Antwoorden Gynfeud 33**



Bijzondere gezinsvorming: wat is de rol van de voortplantingsspecialist?

dr. Monique Mochtar *namens de deelredactie Voortplantingsgeneeskunde NTOG*

In deze editie hebben we in het themadeel aandacht voor bijzondere gezinsvorming waarbij betrokkenheid van een voortplantingsspecialist gevraagd wordt.

De voortplantingsgeneeskunde is door de jaren heen sterk veranderd. Het aanbod van geassisteerde voortplantingstechnieken is toegenomen en ook de hulpvraag is sterk veranderd. In vitro fertilisatie – in eerste instantie bedoeld voor vrouwen met geblokkeerde eileiders – wordt nu ook toegepast bij onder andere eiceldonatie, gedeeld lesbisch ouderschap en het vervullen van de kinderwens van vrouwen zonder uterus en eierstokken, man-manparen en transpersonen. Door de mogelijkheid van het cryo-preserve van gameten en embryo's kunnen eicellen en embryo's aan een ander gedoneerd worden en is ook hulp bij postume voortplanting mogelijk geworden.

In de richtlijn 'Mogelijk morele contra-indicaties voor vruchtbaarheidsbehandelingen' staat dat behandelaars niet alleen verantwoordelijk zijn voor het verlenen en toegankelijk maken van goede zorg voor de hulpvragers, maar dat zij daarnaast ook verantwoordelijk zijn voor het welzijn van het toekomstige kind. De nieuwe voortplantingstoepassingen vragen ons om grenzen te verleggen met nieuwe ethische overwegingen. Moet alles wat kan? De bij de NTOG wel bekende ethicus Marcel Zijderland helpt ons behandelaars met zijn beschouwingen in het nemen van verantwoorde beslissingen die recht doen aan de autonomie van de hulpvragers.

De zes artikelen in deze editie zijn geschreven door ervaren hulpverleners die nauw betrokken zijn bij deze nieuwe toepassingen. De auteurs hebben een specifieke expertise en zij geven, met een genuanceerde blik, een

inkijkje in de vooruitstrevende praktijk van de voortplantingsgeneeskunde die soms vooruitloopt op de wet- en regelgeving.

Het gebruik van de juiste naamgeving voor de verschillende voortplantingstechnieken is belangrijk. Twee voorbeelden uit de huidige artikelen: Marcel Zijderland spreekt in zijn beschouwing over co-ouderschap van een donor, terwijl Sara Coster een vurig pleidooi houdt om bij co-ouderschap van een ouder te spreken in plaats van een donor. De juiste naamgeving versterkt het gevoel van eigenwaarde van de hulpvrager, dit geval de co-ouder, en is daarom belangrijk. Het tweede voorbeeld is de naamgeving HTDM (hoogtechnologisch draagmoederschap) versus LTDM (laagtechnologisch draagmoederschap). Hoogtechnologisch wil zeggen dat er IVF nodig is in tegenstelling tot laagtechnologisch. Dit klopt echter niet altijd, ook bij laagtechnologisch is er soms IVF nodig, bijvoorbeeld als spontaan zwanger worden niet lukt. Liever spreken we van genetisch en niet-genetisch draagmoederschap. Een draagmoeder kan zwanger worden van haar eigen eicellen (genetisch draagmoederschap), van die van de wensmoeder of van een eiceldonaatrice (niet-genetisch draagmoederschap).

Bij alle vormen van bijzondere gezinsvorming is het raadzaam een jurist in de arm te nemen, in het bijzonder een jurist gespecialiseerd in familierecht. Deze zijn te vinden via stichting DuRF (Dutch Rainbow Family professionals). Zij bieden, ik citeer van de website: '... counselingsgesprekken voor, tijdens en na het proces om op een gelijkwaardige en open manier, zorgvuldige, weloverwogen en goed geïnformeerde keuzes te maken die in het belang van het kind en alle betrokkenen zijn'.

Het kind heeft het recht te weten hoe zijn of haar ontstaansgeschiedenis is. In het rapport van de Staatscommissie herijking ouderschap wordt gepleit voor een speciaal register voor kinderen die geboren zijn uit bijzondere gezinsvorming. Dit register is (nog) niet gerealiseerd en kinderen zijn nog volledig afhankelijk van de informatie die hun ouder(s) geeft (geven).

Op dit moment is alleen registratie van donoren mogelijk bij het CDKB (College donorgegevens kunstmatige bevruchting). Het CDKB ziet er op toe dat de Wdkb (Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting) goed wordt uitgevoerd door de behandelaren. Per 1 januari 2025 verandert de Wdkb. Iedere nieuwe donor die zich aanmeldt bij een kliniek, zal vooraf worden geregistreerd bij het CDKB en er vindt een toets plaats waarin wordt gecontroleerd of deze nieuwe donor niet al gekoppeld is aan een gezin en zo ja aan hoeveel gezinnen. Elke donor krijgt hiervoor een unieke donorcode. Per donorcode zijn er maximaal twaalf moedercodes beschikbaar voor het vormen van twaalf gezinnen.

De voortplantingsgeneeskunde is een prachtig specialisme. Met deze artikelen krijgt u een kijkje in onze keuken. Wij hopen dat ze voor u een waardevolle bron van informatie en inspiratie zullen zijn.

Aanvullende informatie kunt u vinden via de volgende websites:
www.donorconceptie.nl,
www.draagmoederschap.nl,
www.zwangervoreenander.nl,
www.meerdangewenst.nl,
www.durf.online.nl,
www.wdkb.nl,
www.priamos.nl,
www.donorkind.nl,
www.fiom.nl

Dicht bij jou, dicht bij jouw team en dicht bij de NVOG

NVOG-bestuur, Ron van der Heijden (directeur) en Hanne Riekerk (communicatieadviseur)

Heb je onze nieuwe campagne die we tijdens het gynaecologisch congres hebben gelanceerd al gezien? Nee? Kijk dan even op de website www.nvog.nl/de-gynaecoloog-dicht-bij-jou, LinkedIn (@NVOG) of Instagram (@degynaecoloog.nl).

Waarom deze campagne? We werken elke dag voor het mooiste vak in de zorg. Wat een voorrecht. Of het nu gaat om een kind, een adolescent of een volwassene, elke dag weer zet ieder van ons zich in om met aandacht de beste zorg te geven. Zo dragen wij bij aan de kwaliteit van het leven van de vrouw in al haar levensfasen. Maar wordt dit ook altijd zo ook door vrouwen gezien en op social media gedeeld?

Vrouwen in de leeftijdsgroep 25-50 jaar besteden gemiddeld 1,5 tot 2,5 uur per dag aan hun smartphone. Ze zitten op sociale media, verrichten werkgerelateerde taken en onderhouden persoonlijke communicatie. Het gebruik varieert sterk per persoon en hangt ook af van de context. Social media-platforms zoals Instagram, WhatsApp en TikTok domineren het gebruik binnen deze leeftijdsgroep. Het beeld dat er van gynaecologen wordt geschetst, herkennen we vaak niet.

In een tijd waarin sociale media in de communicatie domineren, is een sterke branding van ons vak onmisbaar. Het is dé manier om het 'merk' gynaecoloog onder de aandacht te brengen én te houden. En nee, het draait niet alleen om geboortezorg. Ook onderwerpen zoals fertiliteitszorg en benigne gynaecologie staan regelmatig in de schijnwerpers - vaak positief, maar soms ook wat minder.

Wat helpt? Een positieve insteek. Want als gynaecologen zijn we trots op ons vak. Elke dag (en nacht!) staan we klaar om onze patiënten de beste zorg te bieden. Dat is waar we voor opstaan

en waarvoor we doorgaan.

Om dit krachtig uit te dragen hebben we een sterk merk nodig dat laat zien wie we zijn en wat we doen. Samen met jou zetten we stappen om dit verder te versterken. Want trots op je werk mag je laten zien, en dat is precies wat we gaan doen!

We hebben een toolbox gemaakt om jou en jouw team te inspireren en te helpen bij het delen van onze boodschap. Wil je de toolbox ontvangen? Stuur dan een mail naar communicatieadviseur.hanneriekerk@nvog.nl.

Voortaan voornamen in plaats van initialen in het NTOG

Het NTOG ontvangt altijd graag feedback van lezers. Zo kregen we een tijd terug van een collega de opmerking of het niet eens tijd werd om de initialen te vervangen door voornamen van de auteurs. Als redactie waren we het unaniem eens dat voornamen veel persoonlijker is en juist heel passend bij een blad dat voor en door de NVOG-leden wordt gemaakt. Vanaf deze editie vindt u dus geen initialen meer maar alleen nog voornamen.

Louis Schellekens proefschriftprijs weer uitgeleerd op het Gynaecongres



Gatske Nieuwenhuizen



Tjitske Zaat

De Louis Schellekens prijs wordt eens in de twee jaar uitgereikt voor elke pijler van de NVOG (dit houdt in: twee keer per jaar) voor het beste proefschrift verschenen binnen het aandachtsgebied. Aan de prijs is een geldbedrag van € 1.000 verbonden. De prijs wordt beschikbaar gesteld door de Wim Schellekens Stichting. Dit jaar waren de pijlers Oncologie en Voortplantingsgeneeskunde aan de beurt. Gatske Nieuwenhuizen won de prijs bij oncologie voor haar proefschrift getiteld 'Cytoreductive surgery for Ovarian cancer: Improvement of surgical outcome with the PlasmaJet Surgical device', die ze eerder dit jaar verdedigde aan de Erasmus Universiteit. Voor

Is het B1?

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

'Ergens werk van maken'

Is dit B1? Nee! De woorden op zichzelf zijn eenvoudig, maar de figuurlijke betekenis is niet direct duidelijk. Omdat gezegdes en spreekwoorden figuurlijke taal bevatten, zijn ze soms lastig te begrijpen voor mensen met een B1-taalniveau. Een alternatief is: 'iets gaan doen'.

Bron: www.ishetb1.nl

Correspondentieadres: al.rienveld@amsterdamumc.nl

de pijler Voortplantingsgeneeskunde was Tjitske Zaat de gelukkige met haar proefschrift 'The New Age of Frozen Embryo Transfer', verdedigd aan de Universiteit van Amsterdam.

Rectificatie

In het NTOG volume 137 van november (NTOG#7) stond in de bijdrage 'Abortus via teleconsult?' op pagina 388 van de rubriek ObGyn in de tweede alinea: 'In Nederland is de

abortuszorg goed toegankelijk: huisartsen mogen tot een amenorroeduur (AD) van 6 weken en 2 dagen mifegyne en misoprostol voorschrijven om een zwangerschap af te breken.'

Een zinsdeel ontbrak. Er moet staan: 'In Nederland is de abortuszorg goed toegankelijk: er is recent een wetsvoorstel aangenomen dat huisartsen tot een amenorroeduur (AD) van 6 weken en 2 dagen mifegyne en misoprostol mogen gaan voorschrijven om een zwangerschap af te breken.'

Owee

Meevaller

Bij het gesprek over haar aanstaande sectio informeert mijn patiënte naar een *maternal assisted caesarean* (MAC), want ze had hierover gelezen op social media. Ik leg uit dat een *gentle* sectio bij ons standaardzorg is, waarbij het kind dan wel direct naar de moeder gaat. 'Helaas', zeg ik, 'is een MAC nog niet mogelijk in ons ziekenhuis, maar wie weet in de toekomst.' Vervolgens reageert mijn patiënte met 'Oh, yes, gelukkig, dat is heel fijn'. Na mijn verbaasde blik voegt ze toe: 'Zo'n sectio waarbij je je baby zelf uit de buik moet halen, pfff, dat lijkt me namelijk helemaal drie keer niks.'

Matthijs van der Garde gynaecoloog, Deventer Ziekenhuis

In de vorige editie (NTOG#7) staat in de rubriek O wee ten onrechte de naam van Mieke Kerkhof. Ellen Lenssen gynaecoloog ZorgSaam Terneuzen heeft deze tekst aangeleverd.

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

NTOG Kunstsalon

Toen Fé nog ongeboren was, waren al deze handschoenen nog ongebruikt. Met haar geboorte is de wereld een beetje mooier geworden. Maar ook een beetje vuiler. Haar voetjes hebben de grond nog niet geraakt en toch heeft ze op dag één al een aardige *footprint*.

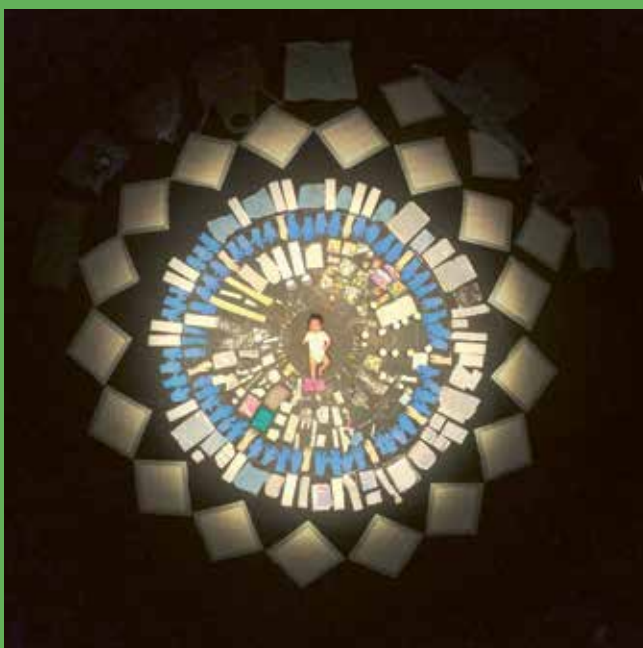
Kunst is een communicatiemiddel en kan een boodschap overbrengen. Soms steekt de kunstenaar als het ware zijn duim op, soms een harde middelvinger. En dan is er ook nog kunst met een wijsvinger! Die houdt een spiegel voor. Je aandacht wordt gevangen door de schoonheid. Een mooi beeld stemt zacht. Als vanuit zachtheid en comfort het reflecteren begint, omzeil je op een bepaalde manier conflict en ongemak. Je wordt geraakt waardoor je anders naar het onderwerp gaat kijken. Dat is precies wat kunstenaar Maria Koijsck doet: ze laat mensen door kunst anders kijken. Maria maakt kunst van afval. Bergen zwerfpuil transformeert ze tot prachtige sculpturen. Met verbeeldingskracht en een beetje humor creëert ze bewustzijn en probeert ze mensen in beweging te brengen. Ook medisch afval is een onderwerp dat haar aan het hart gaat. We zien hier een afbeelding (een filmstill) van het werk *My first little footprint* (2021). De hele film is te vinden op haar website (www.mariakoijsck.nl). Een blakende baby Fé te midden van een kleurrijke mandala opgebouwd uit afval. Het afval van de geboorte van Fé. Van een ongecompliceerde bevalling in het ziekenhuis. Voel je het?

Als Maria haar verhaal had verteld aan de hand van woorden en getallen (x aantal vuilniszakken, x aantal handschoenen, x kg plastic) dan kan dat nog steeds indruk maken, alleen blijft het abstract en afstandelijk. Kunst raakt een andere snaar dan exacte getallen doen.

Het is niet om de kijker met fluwelen handschoenen aan te pakken. Niet om het mooier te maken dan het is. Maar om je gevoel aan te spreken. Geraakt door de harmonie en de schoonheid van het beeld, krijg je een open mind en dan komt de boodschap binnen. De spiegel reflecteert, de wijsvinger wijst, de kunst zet aan tot bewustwording en actie. De kracht van kunst!

Maria Koijsck roept niet op om geen kinderen te krijgen. Ze stelt met dit werk een vraag: 'Kan het ook anders?' Ik zou voor willen stellen om dit kunstwerk als conversation piece mee te nemen naar de kliniek. Begin de overdracht maandagochtend eens door samen naar de film (die 2 minuten duurt) te kijken en stel elkaar Maria's vraag: Kan het ook anders? Want dit is niet de eerste footprint van baby Fé, dit is een stap uit het voetspoor van de obstetrie.

dr. Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ
www.stichtingkunstsalon.nl



Gynfeud 33



Vraag 1. Vaak horen we bij de overdracht: 'We hebben mevrouw opgenomen, er was sprake van een partus prematurus imminens'

- a. Dit is correct Nederlands
- b. Dit is geen goed Nederlands

Vraag 2. Het eerste goede middel dat gebruikt werd voor pijnstilling tijdens de baring is:

- a. ether
- b. chloroform
- c. halothaan
- d. marcaïne

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 447.

dr. J. Lind

De tops van de NVOG kwaliteitsvisitatie

drs. Josien Terwisscha van Scheltinga gynaecoloog Acibadem International Medical Centre, Amsterdam

drs. Krista Stibbe gynaecoloog Saxenburg Medisch Centrum, Hardenberg

dr. Maarten Knapen gynaecoloog Erasmus MC, Rotterdam

drs. Carolien Kanne beleidsadviseur NVOG

Elke vijf jaar wordt bij elke vakgroep gynaecologie een kwaliteitsvisitatie verricht. Het doel van de visitatie is de vakgroep een spiegel voor te houden over wat goed gaat en wat nog beter kan. Deze visitaties geven veel inzicht in de werkwijze van de praktijken, waaronder werkwijzen die als voorbeeld kunnen dienen voor andere praktijken. Graag willen we drie voorbeelden met u delen.

Bij een visitatie bevrageet een afvaardiging van de visitatiecommissie van de NVOG de vakgroep en een aantal samenwerkingspartners over praktijken en worden er 31 normen gescoord.¹ Voor de meeste normen wordt een score tussen 1 en 5 bepaald. Een score van 1-3 betekent dat er nog dingen te verbeteren zijn. 1 = voorwaarde, praktijk die binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft (maximaal zes maanden) aangepast moet zijn, 2 = zwaarwegend, advies dat binnen maximaal twee jaar opgevolgd moet zijn en 3 = aanbeveling, advies dat binnen maximaal vijf jaar opgevolgd dient te zijn. Een 4 betekent dat de vakgroep voldoet aan de basisnorm en een 5 dat de vakgroep op dat item een voorbeeld is voor andere vakgroepen (streefnorm). Na de visitatie wordt het visitatierapport, en met name alle scores 1-3 en 5, besproken in de plenaire vergadering van de visitatiecommissie. Daar worden de scores eventueel nog aangepast en wordt het rapport definitief genaakt. De excellentie voorbeelden worden tot nog toe niet met de beroepsgroep gedeeld, terwijl deze juist kunnen dienen als inspiratie en best practice voor andere praktijken in Nederland.

Voor dit artikel hebben we de scores van alle visitaties bekeken die tussen januari 2022 en januari 2024 hebben plaatsgevonden. In totaal zijn er bij 38 visitaties 907 normen beoordeeld. Er

is bij 17% een score van 1-3, bij 70% een 4 en 13% een 5 gehaald. Als we kijken naar de to scores: van alle normen is kennisdeling het beste beoordeeld: achttien keer een 5. Maar ook NLS (Neonatale Life Support training) en de balans tussen belasting en belastbaarheid scoren goed; 16 keer een 5. Bij twaalf normen werd maar door een kliniek een 5 gescoord. Hierna geven we enkele voorbeelden, juist van weinig voorkomende tops en hoe de betreffende ziekenhuizen die bereikt hebben.

Voorbeeld 1: PDCA

De Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus is voor de meeste vakgroepen een uitdaging en deze norm wordt niet vaak maximaal gescoord. De vraag die gesteld wordt is 'Hoe classificeert u de mate waarin u de PDCA-cyclus heeft geïmplementeerd in uw kwaliteitsbeleid met betrekking tot enkele belangrijke onderdelen van de continuïteit van zorg en het patiënten perspectief?' Deze onderdelen zijn bijvoorbeeld patiëntentevredenheidsenquêtes en complicatiesbespreking. Maar zes klinieken halen de basisnorm. Het Groene Hart Ziekenhuis scoorde als enige een 5. Wat maakt dat het daar zo goed gaat? Pascal Kolk uit het Groene Hart Ziekenhuis: *'Een belangrijke reden is dat wij een goed functionerend kwaliteitsbeleid hebben met een decentrale uitwerking op de afdelingen. Specifiek hebben we ervoor gekozen dat onze kwaliteitsfunctionaris ook onze vakgroepsecretaris is. Zij is dan ook voor een groot deel verantwoordelijk om "ons bij de les te houden" van de PDCA-cyclus en dit op gezette tijden tijdens bijvoorbeeld beleidsmiddagen en heidagen te bespreken. Daarnaast is de structuur van de PDCA ook iets wat in de opleiding veelvuldig aan bod komt, zodat dit ook voor niemand nieuw is.'*

Voorbeeld 2: Urogynaecologie

Op de norm 'Hoe classificeert u de urogynaecologische zorg?' scoren vijf klinieken een 5: 'De verleende urogynaecologische zorg is een voorbeeld voor anderen voor klinieken die zorg in een vergelijkbare setting leveren.' Eén van de klinieken die een 5 scoort, is het ZorgSaam Ziekenhuis in Terneuzen 'vanwege het goede multidisciplinaire spreekuur waar patiënten op één middag door alle relevante zorgverleners gezien kunnen worden: dit is een voorbeeld voor anderen.' Om de week is er een spreekuur waar patiënten direct fysiek door zowel een gynaecoloog, uroloog, chirurg, psycholoog-seksuoloog, bekkenfysiotherapeut en continëntieverpleegkundige gezien kunnen worden.

Ivo Kroes van Zorgsaam Ziekenhuis:

'Het bekkenbodemspreekuur loopt heel goed. Verwijzingen komen vanuit de eerste lijn en ook intern. Vooral de aanwezigheid van de psycholoog-seksuoloog heeft toegevoegde waarde. Vaak heeft zij extra informatie, waardoor relatief vaak voor een conservatieve behandeloptie wordt gekozen.'

Voorbeeld 3: Jaarverslag

Het jaarverslag classificeren we aan de hand van de norm 'Inhoud jaarverslag Vakgroep van 2020'.² 23 vakgroepen kregen een aanbeveling en maar twee vakgroepen een top. De reden voor de aanbevelingen is vaak dat er naast de cijfermatige weergave geen reflectie is op de gepresenteerde gegevens. Ook de PDCA-cyclus staat er vaak niet goed in beschreven.

Een voorbeeld van een kliniek die een top heeft gescoord is het UMCG, subspecialisme voortplantingsgeneeskunde. Deze vakgroep maakte een zeer volledig en uitgebreid jaarverslag waarin een PCDA-cyclus is opgenomen. Annemiek Hoek van het UMCG: *'Het jaarverslag is onderdeel van een kwa-*

liteitssysteem dat de vrucht is van meer dan 20 jaar werken met diverse kwaliteitssystemen. Door de strenge certificerende instanties voor het uitvoeren van IVF is het kwaliteitsdenken en risicobewustzijn bij iedereen aanwezig. Het is een goedwerkend systeem waarbij alle geledingen in het team (zoals de artsen, analisten, embryologen en administratieve ondersteuning) een aandeel hebben. Doordat IVF in Nederland onder diverse wetten valt, wordt de afdeling Voortplantingsgeneeskunde regelmatig geaudit door de IGJ. Hierdoor analyseren we voortdurend de resultaten van ons zorgproces door belangrijke key indicatoren te monitoren en waar nodig actie te ondernemen, en spiegelen we ons aan de Nederlandse IVF-resultaten. Niet alleen de absolute cijfers maar juist ook die analyse en verbeterplannen staan goed beschreven.'

Bij de visitaties zien we veel goed lopende zorg, bevlogen vakgroepleden en tevreden gesprekspartners die bereid zijn reële en opbouwende terugkoppelingen te geven. Kwaliteit verbeteren is een werkwoord en aandacht hiervoor blijft nodig. Bij alle gescoorde normen zijn er ziekenhuizen die nog kunnen verbeteren, maar ook ziekenhuizen die een voorbeeld zijn voor andere. Om niet steeds het wiel opnieuw te hoeven uitvinden kan het nuttig zijn om te zien hoe andere ziekenhuizen een probleem hebben opgelost. We hopen met enkele voorbeelden geïllustreerd te hebben dat er meerdere goede 'voorbeelden voor anderen' zijn in Nederland. Ook op de normen zelf volgt een reflectie en evaluatie. Er wordt gewerkt aan een nieuwe visitatieopzet waarvan de pilot in de loop van 2025 zal starten.

Referenties

1. www.nvog.nl/wp-content/uploads/2021/05/DEF_08012020_Normenkader_aangepast-nav-de-Heidag_akkoord-DB-KK.pdf
2. www.nvog.nl/wp-content/uploads/2022/07/Inhoud-Jaarverslag-Vakgroep_NVOG_08012020-1.pdf?rs_file_key=4440329463d24b77e3ffb486287486

Welkom in Euro-pa-pa: Komt samen en verenigt u

dr. Annemarijne Adank *penningmeester VAGO-bestuur*

drs. Fokkeden Tummers *secretaris VAGO-bestuur*

drs. Marjon Feenstra *aios cluster Groningen*

Joost Klein wist het in zijn inmiddels befaamde en beruchte nummer Europapa mooi te verwoorden: 'Europe, let's come together'. Hij benoemt de meerwaarde van Europese samenwerking en vereniging. Iets wat wij vanuit de VAGO beamen! In het idyllische Zürich kwamen half september alle landelijke besturen van Europa samen om na te denken over de opleiding tot gynaecoloog. De organisator hiervan? De European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG).

Als twee kersverse bestuursleden van de VAGO moeten we eerlijk bekennen dat wij nog nooit gehoord hadden van de ENTOG voordat wij toetraden tot het VAGO-bestuur. Na onze ervaring in Zürich kunnen we nu zeggen dat dat inmiddels is veranderd, en dat ook wij achter bovenstaande woorden van Joost Klein staan.

De ENTOG vertegenwoordigt en brengt alle Europese aiossen samen. Inmiddels hebben 36 Europese landen zitting met als doel de hoogst mogelijke standaard voor de opleiding te bereiken. Het netwerk maakt het mogelijk voor landen om zich te verenigen en dit geeft aiossen daarmee de kans om van elkaar te leren en connecties te maken om van hieruit samen te werken in wetenschap en in de kliniek.

Vergelijkingen met andere landen

De ENTOG Council Meeting toonde dat we zeer trots mogen zijn op hoe onze Nederlandse opleiding is georganiseerd. Van diverse aspecten in de opleiding die voor ons normaal zijn, zoals geen 24- of 36-uurs diensten, regelingen tijdens zwangerschap en zelf veel inspraak hebben in de opleiding middels het individuele oplei-

dingsplan (IOP), kunnen andere Europese landen alleen nog maar dromen. Zo werd ook duidelijk dat lidmaatschap van de ENTOG een hoog doel is voor veel landen om makkelijker in gesprek te gaan met landelijke verenigingen en te vechten voor verbetering van de opleiding.

Ook voor ons, met een goed georganiseerde opleiding, is het leerzaam om te horen hoe het bij andere Europese aiossen gynaecologie gaat. Zo kunnen we blijven werken aan de meest *state of the art*-opleiding. Daarnaast kunnen aspecten uit onze opleiding als voorbeeld dienen.

Jaarlijkse internationale uitwisseling

Een ander speerpunt van de ENTOG is het promoten van een jaarlijkse internationale uitwisseling in de vorm van de ENTOG Exchange. Dit jaar vond de uitwisseling plaats in Zwitserland en deelneemster Marjon Feenstra, derdejaars aios uit cluster Groningen, toont ons een inkijkje in de overeenkomsten en verschillen:

'Praktisch: In Zwitserland en omliggende landen duurt de opleiding 'slechts' vijf jaar. De aios bestaat niet, je bent per definitie altijd aios. Er is keuzevrijheid voor opleidingskliniek en regio. In Zwitserland beginnen de meeste aiossen in een klein perifeer ziekenhuis voor de basisvaardigheden. Daarna stroom je door naar grotere klinieken. Aantallen voor je portfolio zijn erg belangrijk, waarbij wij dat in LOGO hebben losgelaten en focussen op vaardigheidsniveau. Met twee voortgangstoetsen die beide gehaald moeten worden, is het kennisniveau in Zwitserland erg hoog. Kortom, een kortere opleidingsduur, meer autonomie en een hoog kennisniveau. Dit klinkt als de perfecte plek om gynaecoloog te worden.

Is het gras daar dan echt groener? Mijn korte antwoord: nee. In Zwitserland ben je sneller in opleiding en het systeem suggereert meer autonomie. Deze vrijheid van opleidingskliniek heeft echter ook een keerzijde; opleidingsplekken zijn nog steeds schaars en de garantie tot het afmaken van je opleiding is er niet. Hiërarchie op de werkvloer is normaal, waarbij het maken van een IOP onmogelijk is. Wij kunnen differentiëren en krijgen mogelijkheden voor extra-curriculaire activiteiten. Ook zijn wij gewend verrichtingen zelfstandig uit te voeren, zodra we hier bekwaam in worden verklaard. In Zwitserland doe je geen enkele ingreep zelfstandig, totdat je daadwerkelijk gynaecoloog bent, waardoor je zelfstandigheid pas later leert.

Twee opleidingen, hetzelfde doel, en een compleet andere weg om het doel te behalen. Het zet je eigen opleiding in perspectief. Een grote waardering voor ons Nederlandse systeem, en dankzij deze uitwisseling waardevolle extra bagage over culturele verschillen.'

Kijkje in Nederlandse keuken

Als VAGO zijn wij enorm trots op onze Nederlandse opleiding en zien we de toegevoegde waarde van Europese samenwerking om de opleiding voor aiossen te optimaliseren. De komende jaren zullen we ons hard maken om de ENTOG Exchange weer naar Nederland te halen, om zo de Europese aiossen een kijkje in de Nederlandse keuken te kunnen geven.

dr. Ad IJzerman (1929-2024)

Eric Mendels en Hans Brölmann

Op 6 oktober 2024 overleed na een kort ziekbed op 95-jarige leeftijd Ad IJzerman, gynaecoloog.

Ad IJzerman studeerde geneeskunde aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. Tijdens zijn studie heeft hij langdurig getwijfeld of hij voor neurologie dan wel voor gynaecologie zou kiezen. Hij koos tenslotte voor gynaecologie-verloskunde en kwam in opleiding bij prof. W.P. Plate te Utrecht, bij wie hij in 1959 promoveerde met een proefschrift getiteld 'Neurologische afwijkingen bij het kind na tangverlossing'. Grappig dat hierin zijn belangstelling voor neurologie en gynaecologie samenkwamen.

In 1962 ging hij als gynaecoloog werken in het Diaconessenhuis te Eindhoven. Ad IJzerman was een early innovator. Zo deed hij complexe oncologische operaties die een bovengemiddelde chirurgische vaardigheid vereisten. Daarnaast had hij, toen het maken van uitstrijkjes van de baarmoedermond bij wijze van screening op baarmoederhalskanker een hoge vlucht nam, een eigen cytologisch laboratorium opgericht, waar het microscopisch cel-onderzoek werd uitgevoerd. Vanaf 1988 legde hij zich toe op laparoscopische chirurgie. Het idee daarvan was dat patiënten sneller herstelden dan na een buiksneede.

Als francofiel ging hij al meerdere malen naar Vichy in Frankrijk waar de Franse endoscopie-dagen werden gehouden en de nieuwste technieken werden getoond. Ook ging hij met zijn maat Eric Mendels naar Clermont Ferrand, het mekka van de kijkoperaties, en waar het eerste wereldcongres plaatsvond.

Zo ging hij ook diverse keren naar Kiel in Duitsland, waar hij een amicale band kreeg met professor Kurt Semm, die al vanaf 1978 grotere operaties via de laparoscopus verrichtte. Als voorzitter van de investeringscommissie in het Diaconessenhuis kon hij zich sterk

maken om de nodige apparatuur spoedig vanuit Duitsland te laten komen.

IJzerman opereerde samen met Eric Mendels. Zij kregen een grote technische voorsprong in Nederland op het gebied van de laparoscopische chirurgie. Zij etaleerden dat op goed bezochte symposia in 1989, 1990 en 1991 met sprekers vanuit Frankrijk, België, Duitsland en Amerika.

Vanwege zijn laparoscopische kundigheid werd IJzerman in 1990 door wijlen chirurg Van Erp gevraagd hem te helpen bij de eerste laparoscopische galblaasverwijdering in Nederland die in het Diaconessenhuis werd uitgevoerd. Met bewondering en – als naburige maatschap gynaecologie uit het toenmalige Sint Joseph ziekenhuis – ook met enige bezorgdheid, zagen Hans Brölmann, Maarten Wiegerinck en Marlies Bongers hoe de veelbelovende kijkbuistechniek in het Diaconessenhuis werd ontwikkeld. Al snel kwam het tot een vruchtbare samenwerking, mede omdat IJzerman en Mendels collegiaal hun kennis en ervaring wilden delen.

Met zijn allen richtten zij het laparoscopisch trainingscentrum op, waar de cursisten beurtelings in beide ziekenhuizen op de operatiekamer konden zien hoe laparoscopisch opereren in zijn werk ging. De cursus bleek een groot succes. Een hoogtepunt van hun samenwerking waren de studiereizen naar de VS en Frankrijk, waarbij ze op de operatiekamer beroemde collega's zagen opereren.

In oktober 1992 werd binnen de gynaecologenvereniging de Werkgroep Gynaecologische Endoscopie (WGE) opgericht om de introductie van de laparoscopie in veilige banen te leiden. Het leed geen enkele twijfel dat IJzerman de enige kandidaat was om deze nieuwe werkgroep voor te zitten. De WGE groeide snel uit tot een van de grootste werkgroepen binnen de vereniging.



Helemaal zonder slag of stoot is de conventionele chirurgie niet door de laparoscopische benadering gedeeltelijk vervangen. Onder veel gynaecologen bestond het idee dat de laparoscopie door een aantal 'cowboys' werd ingevoerd die geen oog hadden voor de wetenschappelijke onderbouwing. Dat gold in ieder geval niet voor IJzerman die altijd genuanceerd over de zegeningen van de laparoscopie sprak en in november 1993 de volgende illustratieve zin over complicaties schreef: 'Wanneer echter blijkt dat het aantal complicaties groter of ernstiger is dan bij conventionele operaties, zal men zich moeten afvragen of de gevolgde methode wel de juiste is'.

Inmiddels was Ad IJzerman een coryfee geworden, maar hij bleef altijd bescheiden, zichzelf relativerend met veel humor. Met inzet en in harmonie met zijn omgeving voerde hij zijn visionaire plannen uit. Hij was integer, collegiaal en een vriend; zo zullen wij hem herinneren.

dr. Milena Jahoda (1933-2024)

Titia E. Cohen-Overbeek *arts foetale geneeskunde n.p.*, **Wout Huisman**, *gynaecoloog n.p.* en **Beth Morrel**, *gynaecoloog n.p.*

Dr. Milena Jahoda werd in 1933 in Praag geboren. In 1960 voltooide ze in haar geboorteland haar opleiding tot medisch specialist, waarna ze in verschillende ziekenhuizen in Tsjecho-Slowakije werkzaam was als gynaecoloog. Toen een abrupt einde kwam aan de Praagse Lente in haar geboorteland in augustus 1968, was Milena bij toeval voor een werkbezoek in Nederland. Ze nam onmiddellijk het moedige besluit in Nederland te blijven. In oktober van dat jaar werd ze aangesteld als wetenschappelijk hoofdmedewerker en gynaecoloog bij de afdeling Obstetrie en Gynaecologie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam – Dijkzigt.

Milena Jahoda promoveerde in 1975 op het proefschrift getiteld 'Klinische Aspecten van de Prenatale diagnostiek'. Haar onderzoek begon met amniocenteses bij vijftien zwangeren die gekozen hadden voor een zwangerschapsafbreking. Hierdoor kon worden vastgesteld wat de optimale termijn was voor het uitvoeren van de punctie ter wille van het verkrijgen van voldoende materiaal voor de celkweek. De kern van het proefschrift besloeg de eerste 270 amniocenteses die verricht waren wegens een klinische indicatie. Na 59 puncties onder narcose bleek door de opgedane ervaring algehele anaesthesie niet meer nodig. De indicaties voor de ingrepen waren een verhoogde kans op een chromosoomafwijking, stofwisselingsziekte, een geslachtsgebonden afwijking of het bepalen van het α -foetoproteïne voor de detectie van spina bifida.

Hans Galjaard, Martinus Niermeijer, Eva Sachs en Milena Jahoda waren de pioniers die de invasieve prenatale diagnostiek in Nederland op de kaart hebben gezet. Ook internationaal werden ze geroemd. Milena Jahoda was ook leidend bij de ontwikkeling van de transcervicale en transabdominale vlokcentest. Ouders kregen daarvoor veel eerder dan bij de negentien

weken van amniocentese de uitslag, zodat ze meer tijd hadden voor een beslissing over de zwangerschap.

Over nieuwe technieken bij verrichtingen en in het laboratorium alsook over complicaties van de zwangerschappen werd altijd gepubliceerd. Dit leidde tot meer dan vijftig publicaties, waarvan de laatste in 1997. Milena Jahoda bracht haar zeer brede kennis en nauwgezetheid over op haar medewerkers. Bijna een halve eeuw na haar proefschrift en het daaruit voortvloeiende baanbrekende werk hebben haar bevindingen niets aan relevantie ingeboet.

Naast haar deskundigheid bij de prenatale diagnostiek was haar bijzondere rol bij de opleiding verloskunde en gynaecologie in het toenmalige Dijkzigt Ziekenhuis minstens even belangrijk. Ze was voor de assistenten bij operaties en bevallingen een gedreven docent. Ze was streng maar rechtvaardig. Sommige assistenten hadden het met die strengheid wel eens moeilijk. Echter, hoe verder men kwam in de opleiding, hoe meer men zich realiseerde dat er een patroon achter zat. Haar manier van doen was niet op de persoon gericht maar op het opleiden. Milena dulde niets wat in haar ogen flauwekul was. Het ging haar altijd om optimale patiëntenzorg. Ondanks haar strengheid zorgde Milena op de afdeling voor een goede sfeer. Zo bereidde zij elke zomer voor alle medewerkers van de afdeling een maaltijd met mosselen.

Ook na haar pensionering en tot op hoge leeftijd en ondanks haar bros wordende gezondheid bleef Milena van het leven genieten met haar reizen naar Italië en Tsjechië, het koken op hoog niveau, alsook met het lezen van een goede krimi. Tot vlak voor haar overlijden in juli 2024 op 91-jarige leeftijd bleef zij altijd op de hoogte van de actualiteit. Ze las het nieuws in meer-



dere talen: Nederlands, Tsjechisch, Duits, Engels, Italiaans en Frans. Mede dankzij haar bijzondere levensloop bleef Milena Jahoda de gebeurtenissen in haar persoonlijk en professioneel leven alsmede die op het wereldtoneel in perspectief zien. Met het overlijden van Milena Jahoda verliezen we een bijzondere collega, mentor en vriendin.

Manieren om grensoverschrijdend gedrag onder de aandacht te brengen

dr. Yadira Roggeveen *voorzitter koepel Gynaecoloog & Maatschappij*

Op 12 september organiseerde de NVOG in de Domus Medica een thema-avond over grensoverschrijdend gedrag. Eerder las u op deze plek een column over dit thema. Tijdens de avond doken we dieper in het onderwerp en bespraken we samen met twee bijzondere sprekers en de vertrouwenspersoon van de NVOG de uitdagingen en mogelijke oplossingen. Het publiek bestond uit zeer belangstellende gynaecologen, klinisch verloskundigen, afgevaardigden van het NVOG-bestuur en het koepelbestuur Gynaecoloog & Maatschappij, en de FMS.

De avond werd geopend door Hanneke Feitsma, die namens het NVOG-bestuur steun uitsprak voor het agenderen van dit onderwerp. Daarna was het aan mij om de sprekers te introduceren. Astrid Elburg, organisatieadviseur en onderzoeksdocent aan de Vrije Universiteit en Nyenrode, begeleidt organisaties bij het ontwikkelen van inclusief leiderschap en is voorzitter van de Herdenkingscommissie Slavernijverleden. Zij deelde haar expertise over inclusiviteit en psychologische veiligheid in organisaties. Zij startte haar presentatie met een verwijzing naar de woorden 'niet schaden', te lezen bij de ingang van de Domus Medica. Deze verwijzing naar de artseneed vormde een mooi uitgangspunt voor het bespreken van grensoverschrijdend gedrag. Daarna gaf zij een theoretische uiteenzetting over grensoverschrijdend gedrag en psychologische veiligheid in bedrijfsculturen. Wie is de dominante groep? Wie heeft recht van spreken? Wie horen we niet? Wie bepaalt, wie beslist? Hoe wordt gereageerd op input vanuit de niet dominante groep op de werkvloer? Dit wisselde zij af met voorbeelden die tot nadenken zetten en stilte afdwongen.

Aanspreekcultuur

Maarten Lijkwan vertelde ons hoe hij als vaatchirurg in het Albert Schweitzer Ziekenhuis, grensoverschrijdend gedrag onder de aandacht brengt. Hij nam ons mee in veranderprocessen op de werkvloer. De medische beroepsgroep is door de hiërarchische werkstructuur en werken onder hoge druk, gevoelig voor grensoverschrijdend gedrag. Hij deelde hoe zijn vakgroep chirurgie kwam tot het schrijven van een standpunt tegen grensoverschrijdend gedrag. Het document, maar met name de discussies bij het ontwikkelen ervan, hielp het ontwikkelen van een aanspreekcultuur. Er werden onder andere afspraken gemaakt om elkaar aan te spreken op grensoverschrijdend gedrag, bijvoorbeeld als men getuige was van een situatie. Dit werd gedaan zonder gezichtsverlies, op een veilig moment voor degene die het overkwam dan wel degene die het beging. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis implementeerde tevens de #zouikwat-zeggen-app van initiatiefnemer Christa Boer, vicedecaan medisch onderwijs Amsterdam UMC. Via deze app kan steun gezocht worden en indien gewenst ook gemeld worden bij een vertrouwenspersoon. Maarten Lijkwan benadrukte dat het verschilt per context en per rol op de werkvloer, hoe je met dit onderwerp om kunt gaan. Artsen die verder in hun carrière zijn, hebben een verantwoordelijkheid te nemen als kartrekkers, omdat degene die last heeft van de machtsverhoudingen vaak niet de macht heeft om het onderwerp aan te kaarten. Er is veel welwillendheid om met dit onderwerp aan de slag te gaan, maar de eerste stappen moeten wel gezet worden.

Zijn ervaringen zijn onder andere te beluisteren in de podcast 'Alles op tafel' (aflevering De operatietafel, juli 2023). Hierin gaat hij in gesprek met Mariëtte Hamer als regeringscommissa-

ris seksueel grensoverschrijdend gedrag en Peter Leusink, huisarts en seksuoloog.

Vertrouwensstructuur NVOG

Als afsluiting werd Jacqueline Peels, vertrouwenspersoon voor de NVOG, voorgesteld. Zij legde de vertrouwensstructuur uit binnen de NVOG, die u ook op de website vindt.

De FMS vulde aan dat er inmiddels op hun website een Dossier Grensoverschrijdend Gedrag is ingericht ter verdieping. Het kaartspel over grensoverschrijdend gedrag, ontwikkeld in het Leids UMC werd genoemd als een manier om het gesprek over het onderwerp te openen.

Het aantal aanwezigen was beperkt tot zeer gemotiveerde collega's, wellicht door de drukke septembermaand, maar onze sprekers gaven ook aan dat dit iets zegt over de prioriteit die het onderwerp heeft in drukke agenda's. We spraken met de aanwezigen de wens uit de aandacht voor het thema als een olievlek te laten verspreiden, door in de eigen werkomgeving hiermee aan de slag te gaan.

Binnenkort zullen we op de website van de NVOG een plek inrichten waar u niet alleen het NVOG-standpunt over grensoverschrijdend gedrag en contactgegevens van de vertrouwenspersoon vindt, maar ook leesstof en tips voor het agenderen van het onderwerp. In de toekomst organiseren we van harte nog eens een avond. Heeft u vragen over dit onderwerp, neemt u dan contact op met de auteur.

drs. Jos Vollebergh

dr. Nicole Alers

beiden gynaecoloog, Bernhoven Uden en redactielid NTOG

Verschillende media

Lifestyle & Hormones



Charlotte Adema en Margot de Roon, beiden diëtiste en gezondheidswetenschapper, hebben drie jaar geleden hun handen ineengeslagen en Lifestyle & Hormones opgericht. Zij hebben zich volledig gestort op de wetenschap rondom PCOS en staan vrouwen met PCOS bij met het verwerven een gezonde leefstijl. Ook vrouwen met endometriose en climacteriële klachten begeleiden zij. Lifestyle & Hormones biedt online programma's en 1-op-1-coachingstrajecten aan met een groep van AGB-geregistreerde diëtisten en gezondheidswetenschappers. Daarnaast zijn zij zeer actief op social-mediakanalen, waar je onder andere de SOS PCOS Podcast, masterclasses en blogs kunt vinden. Als kers op de taart hebben zij twee kookboeken geschreven speciaal voor vrouwen met PCOS. Leuke en geschikte recepten die aansluiten op de behoefte van de vrouw met PCOS afgewisseld met goed leesbare achtergrondinformatie over PCOS en wat vrouwen hier zelf aan kunnen doen.



Kortom een uitstekende organisatie die complementair is aan onze endocrinologische zorg

Boeken

Wat verder ter tafel komt



Iedereen kent de cartoons van de 'tekenende gynaecoloog' Marc-Jan Janssen. Recent kwam zijn derde cartoonbundel uit. "Wat verder ter tafel komt" is een boekje vol cartoons over managers veelal in hun natuurlijke habitat, de kantoortuin. Vroeger had je een baas, een voorman, ploegbaas of hoofdzuster. Tegenwoordig heb je de manager. Iedereen kent de manager of is misschien zelf een manager. Dit boekje is daarmee een verzameling van voor iedereen herkenbare prenten. Ter geruststelling voor de manager, elke gelijkenis met bestaande personen of gebeurtenissen berust op louter toeval. ISBN 978 94 933 43672, € 13,95.

Door de ogen van een gynaecoloog: De mooiste en meest bijzondere verhalen uit het ziekenhuis

Dit boek is duidelijk niet geschreven voor collega's, al zijn de verhalen vaak herkenbaar. Het kan wel interessant zijn voor 'buitenstaanders' en patiënten om wat meer achter de schermen van de (tweedelijs) verloskunde te kijken. Anekdoten uit de praktijk waarvan sommige indrukwekkend en vanwege een slechte afloop voorzien van een 'trigger warning', afgewisseld met meer theoretische beschouwingen geven een mooi beeld van het vak.

Koen Deurloo, *Door de ogen van een gynaecoloog*, Uitgeverij Unieboek/Het Spectrum, ISBN 9789000395200, ISBN 9789000395255, €22,99 (€12,99 e-book)

Menopauze gezond ouder worden

Menopauze is een praktisch en overzichtelijk leerboek over de menopauze en de behandeling van climacteriële klachten. Het boek bevat handige en herkenbare casuïstiek met achtergrondinformatie over de klachten en de (multidisciplinaire) behandeladviezen. Een prettig naslagwerk voor onder anderen gynaecologen, huisartsen, overgangscounselanten en bedrijfsartsen.

Bart van Aken, Monique Brood-van Zanten, Bram ter Harmsel, Henk Oosterhof, Katinka Overmars en Bert Wibbens, *Menopauze, gezond ouder worden*, ISBN 9789090379814, 2023 Stichting menopauzeboek, 2017, €55.

Podcast

De Vagina Dialogen

Viva la Vulva! Deze podcast van Libelle heeft als doel het bespreekbaar maken van de vagina en om de vagina uit de schaamstreek te halen. Marieke, Ellen en Anne-Marie doen dit in een elftal aflevering van ongeveer een half uur. Niet per se veel nieuws voor de gynaecoloog, maar wel voor de leek. De vrolijkheid en openhartigheid van deze podcast maakt dit wel tot een echte guilty pleasure.

De podcast is gratis te beluisteren via al uw favoriete podcastapps.

Televisie

The man with 1000 kids

Deze driedelige Netflix-documentaire gaat over 'superdonor' Jonathan Meijer. De documentaire neemt je mee in de maalstroom van emoties die ouderparen hebben doorgemaakt en hun missie tot rechtvaardigheid. Een zeer indrukwekkend en relevant verhaal.

Side note: recent is bekend geworden dat J. Meijer een rechtszaak tegen Netflix heeft aangespannen over de serie. Op 3-9-24 is hij daarover bevraagd door Eva Jinek in haar nieuwe dagelijkse talkshow.

The man with 1000 kids is te zien op Netflix.

Gynaecoloog zijn

dr. Malou Schreurs

Gynaecoloog zijn. Een mooi vak. Een vrolijk vak. Een verdrietig vak. Een complex vak. Een zwaar vak. Een vak dat eigenlijk nog in de kinderschoenen staat met betrekking tot kennis van alle vrouwspecifieke aandoeningen, heerlijk uitdagend. Maar wat definieert een gynaecoloog? Een kind ter wereld helpen? Iemand helpen zwanger maken? Endometriose of kanker wegsnijden? Of zit er meer achter? Mijns inziens is de gynaecoloog bij uitstek een persoon die het verschil kan maken in de kwaliteit van leven van vrouwen. Het liefst ook nog met grip op alle impact die een zwangerschap, bevalling, kraambed, fertiliteitstraject, kankerbehandeling of andere gynaecologische aandoening met zich meebrengt. Maar dit is een zware opgave.

Onze tijd met patiënte is nog altijd kort. Het moet snel en efficiënt, anders krijgen we ruzie met de zorgverzekering, hebben we wel genoeg patiënten gezien? Dus, hoe erg we ook onze ziel en zaligheid in het korte consult leggen, we kunnen niet alles aan de orde brengen. Als de deur dichtgaat aan het einde van het consult, gaan wij verder naar de volgende, maar de vrouw blijft met haar impact achter, soms zelfs levensbepalend. Dat is absoluut niet erg als we voor gezond nieuw leven zorgen of letterlijk een leven redden. Maar de munt valt ook de andere kant op. Een danseres die nooit meer professioneel kan dansen na sanering van haar endometriose door pijn van adhesies op de vaginatop. Een vrouw die haar zangpassie niet meer kan uitvoeren na een debulking. Een vrouw die een fertiliteitstraject ondergaat en daardoor haar droombaan voorbij ziet gaan omdat ze door alle hormonale behandelingen even zichzelf kwijt is. Een vrouw met recidiverende fluorklachten die daardoor haar relatie verliest. Een vrouw die als kind misbruikt is, en jaren later

met vage buikklachten blijft rondlopen. Een vrouw die door haar urine-incontinentie niet goed de deur meer uit durft en hierdoor sociaal isoleert. Kortom, hier hebben we als gynaecoloog alleen gewoonweg geen grip op. Hebben deze vrouwen alleen een snelle standaard gynaecologische behandeling nodig? Of hebben ze voor de impact of achterliggende oorzaken ook verdere begeleiding nodig?

Het rapport van het project 'Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeningen' laat de grote impact op de kwaliteit van leven heel mooi zien en hoe groot de behoefte is de zorg hiervoor te verbeteren. Gelukkig is financiering vrijgemaakt om onderzoek te starten naar vrouwspecifieke aandoeningen rondom menstruatie, zwangerschap, menopauze, diabetes, hartziekten en endometriose. Een prachtige versnelling in de stappen naar meer kennis en mogelijkheden voor onze patiënten. De complexiteit en variabiliteit van het hormonale stelsel van vrouwen zullen deze zoektocht niet eenvoudiger maken en er zal geen 'one size fits all' uitkomen. Maar goed, als gynaecologen houden we wel van een uitdaging.

We zullen met name alvast kritisch moeten kijken naar het huidige zorglandschap waar productieprikkel, efficiëntie en standaardisering nog altijd domineren. Hoe integreer je de uniciteit van een vrouw in een gestandaardiseerd zorgpad? Hier neemt netwerkzorg een belangrijke positie in, echter, moderne netwerkzorg vraagt niet om standaardisering en productieprikkel, maar om een wisselwerking van verschillende zorgverleners om samen meerdere uitkomsten te evalueren. Deze kunnen vervolgens bij de patiënte worden voorgelegd om samen te kiezen wat bij haar past en wat voor haar leven, doelen en dromen belangrijk is. Geen productie- maar kwaliteitsprikkel.

Juiste zorg is ook allang niet meer altijd (alleen) een productieve medische handeling. Soms is het een luisterend oor, soms is het leefstijl, soms is het mentale ondersteuning of aanpassingen op paramedisch of maatschappelijk gebied. Dit zal uiteindelijk ook het meest voor iedereen opleveren. Hiervoor is samenwerking nodig, want die expertise is er en kan voortduren buiten onze spreekkamer. Vrouwen kunnen in alle facetten van hun kwaliteitsbeperkende problematiek geholpen worden in een netwerk van zorgverleners, dit hoeft en kan een gynaecoloog niet alleen. Grijp die samenwerking! Kijk naar het netwerk om je heen, kom samen met de huisarts, fysiotherapeut, psychiater, diëtiste, leefstijlcoach, seksuoloog et cetera. Dichtbij elkaar dus. Dichtbij in netwerken om de patiënte heen om haar impact te verlichten. Uit de concurrentie stappen. De patiëntentoostram zal in de komende jaren alleen maar stormachtig toenemen, dus concurrentie is totaal niet nodig.

Er wacht ons een grote opgave om er samen voor al deze vrouwen te kunnen zijn. Samen kunnen we kijken waar patiënten snel en volledig geholpen kunnen worden. Hier past de nieuwe campagne 'De gynaecoloog. Dichtbij jou' perfect in. Gynaecoloog, zijn, wat een prachtig, spannend vak met een wervelwind aan innovaties, veranderingen en ontwikkelingen. We gaan een mooie tijd tegemoet, samen, in netwerken, dichtbij.

Signalering van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen

drs. Anne Custers* kinderarts-sociale pediatrie, MosaKids Kinderziekenhuis

drs. Simone Klijntjes* destijds arts-klinisch onderzoeker i.o., MosaKids Kinderziekenhuis; thans anios neonatologie, Radboudumc

dr. Birgit Levelink kinderarts-sociale pediatrie, MosaKids Kinderziekenhuis

* gedeelde eerste auteur

Om een kind een kansrijke start te bieden is het van belang om zo vroeg mogelijk in de zwangerschap zicht te hebben op de medische en psychosociale situatie van de moeder en eventuele andere gezinsleden. Deze studie biedt inzicht in de signalering van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen onder begeleiding van de tweede- en derdelijnszorgverleners in het MUMC+.

Introductie

Verschillen in perinatale uitkomsten worden veroorzaakt door zowel medische als psychosociale factoren bij de zwangere vrouw.¹ Om een veilige en stabiele omgeving te kunnen creëren is het belangrijk om zicht te hebben op deze risicofactoren. In de literatuur zijn veel psychosociale risicofactoren geïdentificeerd, waaronder ongewenste zwangerschap, psychiatrische problemen, armoede of drugsgebruik bij moeder. Harron et al. toonden in een grote studie aan dat de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren vroeg in de zwangerschap (<20 weken) geassocieerd is met onder andere een verhoogd risico op een laag geboortegewicht en vroeggeboorte.² Er is bovendien aangetoond dat kinderen die in dergelijke omstandigheden worden geboren, meer kans hebben op het ontwikkelen van psychische problemen en verstoringen op sociaal-emotioneel niveau of op het gebied van persoonlijkheidsontwikkeling.³⁻⁹ Daarnaast bestaat er een verband tussen het aantal blootstellingen op kinderleeftijd aan zogenaamde 'ingrijpende jeugdervaringen' (Adverse Childhood Experiences (ACE's)) en gezondheidsrisico's en ziekten op volwassen leeftijd.¹⁰ Voorbeelden van ACE's zijn lichamelijke of psychische mishandeling, een ouder met psychische of verslavingsproblemen, opgroeien in structurele armoede of getuige zijn van huiselijk geweld.^{10,11} Hughes et al. toonden in een meta-analyse een duidelijke associatie tussen verschillende ACE's en het ontwikkelen van verschillende psychische ziekten en mentale problemen op volwassen leeftijd en een grotere kans op het ontwikkelen van een ongezonde leefstijl, overgewicht en diverse lichamelijke ziektes.¹¹

De aanwezigheid van psychosociale risicofactoren kan een zwangere vrouw kwetsbaar maken. In de literatuur zijn verschillende definities van kwetsbaarheid beschreven. De gemeente Rotterdam en de afdeling Verloskunde van het Erasmus MC en Gynaecologie hebben in 2019 deze definitie omschreven waarbij zowel risicofactoren als ook de veerkracht van de zwangere vrouw zoals beschreven in het Balansmodel van Bakker zijn meegewogen.¹² Voor verloskundigen en gynaecologen is er een aantal instrumenten beschikbaar om psychosociale risicofactoren in een

vroeg stadium op te sporen.^{13,14} Bekende screeningsinstrumenten zijn de R4U (Rotterdam Reproduction Risk Reduction checklist), de ALPHA-NL (Antenatal Psychosocial Health Assessment) en Mind2Care.¹⁵ Op basis van de geïdentificeerde psychosociale risicofactoren kunnen verloskundigen preventieve interventies initiëren, zoals ondersteuning bij verslavingsproblematiek of prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg. Het doel van de interventie is het creëren van een gezondere en veiligere omgeving voor zowel de zwangere als het ongeboren kind en daarmee perinatale uitkomsten te verbeteren. Daarnaast lanceerde de Nederlandse overheid in 2018 het nationale programma Kansrijke Start. Dit programma richt zich op kinderen in de eerste duizend dagen van hun leven. Doel is de gezondheid van komende generaties te verbeteren door te investeren in een goede start, door middel van een gecoördineerde integrale aanpak. Om dit doel te halen is het van belang dat verloskundigen en gynaecologen zicht hebben op psychosociale kracht en kwetsbaarheid en kennis hebben van beschikbare preventieve programma's.

Op dit moment zijn er geen studies bekend die inzicht geven in de signalering van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen door gynaecologen en klinisch verloskundigen in de tweede en derde lijn. Deze studie brengt de verslaglegging van psychosociale risicofactoren door betrokken zorgprofessionals in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) in kaart en geeft een aantal handvatten om deze eventueel verder te verbeteren. Er werd ten tijde van de studie geen structureel gebruik gemaakt van screeningsinstrumenten.

Materialen en methoden

Het betreft een beschrijvend, retrospectief onderzoek bij zwangere vrouwen. De verslaglegging van psychosociale risicofactoren en kwetsbaarheden in de medisch dossiers van zwangere vrouwen in het MUMC+ zijn geanalyseerd. Om een eventuele invloed van de COVID-19-epidemie te vermijden zijn alle zwangere vrouwen geïnccludeerd die zijn bevallen in het MUMC+ in de periode tussen 1 juli en 31 december 2019 die zowel een eerste consult als de nazorg in de tweede of derde lijn hebben gehad. Er waren geen exclusiecriteria met betrekking tot de leeftijd, etniciteit of moedertaal van de vrouwen. Het onderzoek is goedgekeurd door de medisch ethische commissie van het MUMC+.

CaseReportForm

Een case report form (CRF) is ontwikkeld in samenwerking met de Zuyd Hogeschool voor verloskunde. Deze CRF is

gebaseerd op bekende screeninginstrumenten zoals de R4U, ALPHA-NL en Mind2Care en bekende ACE's uit de literatuur. In de CRF zijn 72 items gedefinieerd en ingedeeld in vier verschillende delen (A-D). Deel A omvat algemene informatie over postcode, leeftijd, zwangerschapsduur op het moment van eerste consultatie, graviditeit/pariteit/abortus (GPA), burgerlijke staat, etniciteit, gezag, huidige relatie en of het een gewenste zwangerschap betrof. Ook is gekeken naar de medische indicatie voor de verwijzing, de eventuele inzet van een eerstelijnsverloskundige en de taalvaardigheid. Deel B omvat niet-medische aandoeningen, psychiatrische stoornissen, psychosociale problemen, intoxicaties, medicatiegebruik of verslavingsproblematiek. Daarnaast staat in deel B informatie over eventuele ervaringen met seksueel misbruik, huiselijk geweld, kindermishandeling, hulpverlening, het hebben van een verstandelijke beperking of een partner in detentie. Deel C omvat individuele competenties, beschikbare materiële hulpbronnen en sociale netwerken, zoals financiële omstandigheden en opleidingsniveau. Deel D bestaat uit items met betrekking tot zorg en extra ondersteuning die de moeder of haar familie naast de verloskundige zorg kreeg zoals GGZ, jeugdbescherming, vrouwenopvang, Veilig Thuis of de Raad voor de Kinderbescherming.

Methode

De documentatie van de psychosociale risicofactoren in het medisch dossier door de betrokken zorgprofessionals (met uitzondering van verpleegkundigen) gedurende een intakegesprek en daaropvolgende contactmomenten werd retrospectief geanalyseerd. Verloskunde van het MUMC+ werkt met twee verschillende patiëntendossiers bij zwangere vrouwen (MOSOS en SAP). Beide dossiers zijn door eenzelfde onderzoeker geanalyseerd middels de CRF. De geïncludeerde patiënten hebben allen een willekeurig studienummer toegewezen gekregen met behulp van een nummargenerator van Excel. Indien items van de CRF niet zijn gerapporteerd, zijn deze gerapporteerd als 'niet in dossier' en gecodeerd als ontbrekend. Bij een meerlingzwangerschap werd er gedurende de zwangerschap per kind één dossier aangemaakt, beide dossiers werden geanalyseerd voor deze studie. Naast de CRF werd het aantal verschillende zorgprofessionals dat betrokken was bij de verloskundige zorg in kaart gebracht met uitzondering van de verpleegkundigen. Als er aanvullingen zijn gedaan op eerdere rapportages of indien er gerapporteerd is door een nieuwe zorgprofessional tijdens een multidisciplinair overleg, is deze zorgverlener niet extra meegenomen in de analyse van het aantal betrokkenen.

Analyse

Data van de CRF's werden middels beschrijvende analyses geanalyseerd middels SPSS versie 27.

Resultaten

Tabel 1 toont de algemene karakteristieken en demografische kenmerken van de zwangeren. In het totaal zijn honderd vrouwen geïncludeerd. De meest gemelde medische indicatie voor verwijzing was maternale ziekte ($n = 39$, 39,4%). De intake in het ziekenhuis vond plaats bij een gemiddelde AD

$9,3 \pm 3,4$ weken, variërend tussen de vierde en dertigste week. In 46 gevallen bleef de eerstelijnsverloskundige betrokken gedurende het ziekenhuistrajact.

Tabel 1. Beschrijvende karakteristieken CRF deel A

	Categorieën	Aantal
Leeftijd	Gemiddelde	$32,2 \pm 5,1$ jaren
	Minimum	21,1 jaren
	Maximum	49,02 jaren
	20-25	8 (8%)
	26-30	34 (34%)
	31-35	34 (34%)
	36-40	19 (19%)
Burgerlijke staat <i>Missing (n= 34)</i>	Getrouwd	43 (65,2%)
	Relatie	18 (27,3%)
	Geregistreerd partnerschap	2 (3,0%)
	Single	3 (4,5%)
Etniciteit <i>Missing (n= 4)</i>	Kaukasisch	81 (84,4%)
	Overig	15 (15,6%)
Nederlands sprekend <i>Missing (n=2)</i>	Ja	84 (85,7%)
	Nauwelijks/Nee	14 (14,3%)
Spontane zwangerschap	Spontaan	81 (81%)
	Anders (ICSI/IVF/IUI/OVI)	19 (19%)
Geplande zwangerschap <i>Missing (n= 66)</i>	Gepland	23 (67,7%)
	Ongepland	11 (32,4%)
Gewenste zwangerschap <i>Missing (n= 67)</i>	Gewenst	31 (93,3%)
	Ongewenst (inc. APLA)	2 (6%)
Pariteit	Nullipara	37 (37%)
	Primipara	40 (40%)
	Multipara	23 (23%)
Verwezen door <i>Missing (n= 6)</i>	Huisarts	46 (48,9%)
	Verloskundige	22 (23,4%)
	Ziekenhuis	24 (25,5%)
	Zelfverwijzer	1 (1,1%)
	Anders	1 (1,1%)
Medische indicatie <i>Missing (n= 1)</i>	Ziekte van moeder	39 (39,4%)
	Voorgaande partus	8 (8,1%)
	Kind indicatie	6 (6,1%)
	Cardiovasculaire oorzaak	16 (16,2%)
	Gemelli	10 (10,1%)
	Eigen verzoek	10 (10,1%)
	Combinatie	8 (8,1%)
	Anders	2 (2,0%)
Betrokkenheid van eerstelijns verloskundige <i>Missing (n= 26)</i>	Ja	28 (37,8%)
	Nee	46 (62,2%)
Aantal betrokken zorgverleners	Gemiddelde	$12,9 \pm 4,5$ zorgverleners

Risicofactoren

Tabel 2 toont de CRF-items uit deel B-D. Informatie over meer dan 90% van de psychosociale risicofactoren was niet terug te vinden in de dossiers. Met name informatie over medicatiegebruik voor psychische klachten, intoxicaties, de biologische vader van het ongeboren kind en seksueel misbruik in het verleden was terug te vinden in $\geq 80\%$ van de dossiers.

Tabel 2. Karakteristieken CRF deel B-D*

Variabele	Categorie	Intake (n)	Follow-up (n)
Huidige partner is biologische vader	Ja	82 (94,3%)	83 (94,3%)
	Nee	1 (1,2%)	1 (1,2%)
	Niet van toepassing	4 (4,6%)	4 (4,6%)
	Missing	13	12
Relatieproblemen	Ja	0	4 (57%)
	Nee	0	0
	Niet van toepassing	1	3 (42,9%)
	Missing	99	93
Gewenste zwangerschap	Gewenst	31 (93,9%)	32 (91,4%)
	Ongewenst	2 (6,1%)	3 (8,6%)
	Missing	67	65
Geplande zwangerschap	Gepland	23	23
	Ongepland	11	13
	Missing	66	64
Roken (< 6 maanden voor zwangerschap)	Ja	9	10
	Nee	91	90
Roken tijdens de zwangerschap	Ja	8	9
	Nee	92	91
Alcohol (< 6 maanden voor zwangerschap)	Ja	2	2
	Nee	96	96
	Missing	2	2
Alcohol (tijdens de zwangerschap)	Nee	99	99
	Missing	1	1
Drugsgebruik (tijdens de zwangerschap)	Nee	99	99
	Missing	1	1
Psychische klachten (in het verleden)	Ja	16 (40%)	16 (40%)
	Nee	24 (60%)	24 (60%)
	Missing	60	60
Psychische klachten (actueel)	Ja	6 (15,4%)	7 (17,9%)
	Nee	32 (84,2%)	32 (82,1%)
	Missing	62	61
Medicatiegebruik voor psychische klachten	Ja	3	3
	Nee	97	97
Seksueel misbruik	Ja	7 (8,8%)	8 (10%)
	Nee	73 (91,3%)	72 (90%)
	Missing	20	20
Huiselijk geweld	Ja, in het verleden	1 (10%)	1 (10%)
	Nee	9 (90%)	9 (90%)
	Missing	90	90
Zelf slachtoffer van kindermishandeling	Missing	100	100
Hulpverlening betrokken	Ja	2 (50%)	2 (50%)
	Nee	2 (50%)	2 (50%)
	Missing	96	96
Hoogst genoten opleiding	Hoger opgeleid	2	3
	Missing	98	97
Baan	Ja	3 (50%)	35 (85,4%)
	Nee	1 (16,7%)	4 (9,8%)
	Bijstand	1 (16,7%)	1 (2,4%)
	WIA uitkering	1 (16,7%)	1 (2,4%)
	Missing	94	59
Huisvesting	Eigen huis	5 (55,6%)	7 (70%)
	Bij familie	3 (33,3%)	2 (20%)
	Anders	1 (11,1%)	1 (10%)
	Missing	91	90
Sociaal netwerk	Ja	0	1 (25%)
	Nee	1	3 (75%)
	Missing	99	96

Variabele	Categorie	Intake (n)	Follow-up (n)
Financiële problemen	Ja	0	2 (40%)
	Nee	3	3 (60%)
	Missing	97	95
Beschermd wonen	Nee	1	2
	Missing	99	98
Veilig Thuis	Ja	0	3 (50%)
	In het verleden	1 (50%)	1 (16,7%)
	Nee	1 (50%)	2 (33,3%)
	Missing	98	94
Raad van Kinderbescherming	Ja	0	2
	Nee	1	1
	Missing	99	97
Medisch maatschappelijk werk	Ja		11 (73,3%)
	Nee, afgewezen door patiënt		4 (26,7%)
	Missing		85

* CRF = case report form, Deel A: sociaal demografische factoren; deel B: niet-medische aandoeningen, psychiatrische stoornissen, psychosociale en verslavingsproblematiek; deel C: individuele competenties, materiële hulpbronnen, sociale netwerken en financiële omstandigheden; deel D: zorginstanties en externe ondersteuning.

Discussie

Deze studie laat zien dat weinig gedocumenteerd is over de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen die hun prenatale zorg krijgen in de tweede en derde lijn in het medisch dossier. Informatie over intoxicaties, medicijngebruik en seksueel misbruik in de voorgeschiedenis was in de meeste dossiers aanwezig. Dit hangt waarschijnlijk samen met de bekende effecten op het ongeboren kind en de bevalling. Informatie over de psychosociale risicofactoren uit de CRF ontbrak in bijna alle dossiers. Bovenstaande resultaten sluiten aan bij een onderzoek in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) naar drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van gezinnen in een kwetsbare situatie onder gynaecologen in Nederland. Hieruit blijkt ook dat gynaecologen niet standaard vragen naar psychosociale risicofactoren.¹⁶ Het feit dat psychosociale factoren niet in het dossier te vinden waren, sluit echter niet uit dat er niet naar gevraagd is door zorgverleners. Mogelijk wordt er wel (deels) naar gevraagd, maar wordt dit bij het ontbreken van risicofactoren niet gedocumenteerd. Bij bijna 40% van de studiepopulatie bleek bovendien ook een eerstelijnsverloskundige betrokken te zijn gedurende de zwangerschap. Mogelijk zijn de psychosociale risicofactoren door deze verloskundige besproken en is de informatie hierover beschikbaar in de betreffende dossiers in de eerste lijn. Er blijkt in die gevallen echter geen structurele overdracht van deze informatie in het medisch dossier in de tweede en derde lijn beschikbaar te zijn.

Daarnaast zou een aantal andere factoren het ontbreken van de informatie in het dossier kunnen verklaren, zoals het ontbreken van ervaring of kennis ten aanzien van het belang van vragen naar deze risicofactoren met het oog op perinatale uitkomst. Dit wordt ondersteund door het feit dat infor-

matie over bekende medische factoren die directe invloed hebben op de gezondheid van het kind en de toekomstige bevalling, in bijna alle gevallen in het dossier voorkomen. Zorgverleners lijken daarbij vooral te denken vanuit het biomedisch model. Sinds het afgelopen decennium is de sociale verloskunde in opkomst die werkt volgens het bio-psychosociaal model. Dit houdt in dat er naast een medische anamnese ook een uitgebreide psychosociale anamnese gedaan wordt om goed zicht te krijgen op de gezondheid van de zwangere vrouw. Mogelijk is er scholing nodig om zorgprofessionals, werkzaam in de tweede en derde lijn, vertrouwd te maken met het werken volgens dit bio-psychosociaal model. Het gebruik van gestandaardiseerde tekstbouwstenen kan ondersteunend zijn om deze anamnese goed en volledig uit te voeren.

Een andere verklaring voor het ontbreken van informatie over psychosociale risicofactoren zouden barrières bij zorgprofessionals kunnen zijn om het gesprek hierover aan te gaan. Uit wetenschappelijk onderzoek bij zorgprofessionals over het signaleren, bespreekbaar maken en het doen van een melding bij Veilig Thuis in het geval van kindermishandeling blijken meerdere barrières te bestaan. Zo worden in verschillende onderzoeken persoonlijke en praktische omstandigheden genoemd die een gesprek bemoeilijken, waaronder persoonlijke vooroordelen jegens ouders en de wil om het verhaal van ouders te geloven.^{17,18} Ook het schaden van de arts-patiëntrelatie, onvoldoende kennis hebben ten aanzien van signalering, gebrek aan opvolging en tijdrovende administratieve last zijn barrières die worden onderkend.¹⁷⁻²² Mogelijk spelen deze barrières ook een rol bij de zorgprofessionals uit deze studie. Het eerder genoemde onderzoek onder gynaecologen ondersteunt dit en toont dat gynaecologen daarnaast met name op indicatie vragen naar psychosociale risicofactoren en dan enkel naar de algemene situatie vragen en niet specifiek naar de risicofactor.

Uit de literatuur blijkt dat een deel van deze barrières kan worden overwonnen door het gebruik van signaleringsinstrumenten.⁸ Daarnaast lijkt nog weinig kennis te bestaan over verwijsmogelijkheden. Wanneer je screeningsinstrumenten standaard gaat inzetten, is het van belang ook daar duidelijkheid in te creëren.

Ook tijdsgebrek tijdens de intake kan een belangrijke rol spelen in het niet signaleren van risicofactoren. Ontwikkelen in de zorg maken dat zorgprofessionals zo efficiënt mogelijk moeten werken en alle medische onderzoeken in de beperkte tijd moeten doen. Mogelijk blijft hierdoor te weinig tijd over voor relatieopbouw en gesprekken over psychosociale risicofactoren. Het soms noodgedwongen groot aantal verschillende betrokken zorgprofessionals is hierbij een extra complicerende factor.

Samenvattend kunnen het gebruik van signaleringsinstrumenten, het optimaliseren van de dossiervoering, het goed afstemmen met eerstelijnsverloskundigen en scholing op het gebied van gespreksvoering/sociale verloskunde een bijdrage leveren voor verbetering van de signalering van psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat informatie over psychosociale risicofactoren weinig wordt gedocumenteerd in het medisch dossier tijdens de (prenatale) zorg door gynaecologen in de tweede en derde lijn. Bekende barrières spelen mogelijk een rol. Het is van belang deze goed in kaart te brengen en aan te pakken. Dit leidt uiteindelijk tot een eerdere start van adequate hulp met secundaire gezondheidswinst voor de zwantere en het ongeboren kind tot gevolg. In het MUMC+ zijn inmiddels vele van eerder genoemde mogelijkheden uitgewerkt en geïmplementeerd. De komende tijd wordt onderzocht of de invoering van signaleringslijsten, aanpassing van dossiervoering, afstemming met eerstelijnsverloskundigen en een toegewijd team binnen het MUMC+ en scholing, zorgt voor meer en betere signalering van psychosociale risicofactoren.

Referenties

1. Haanstra H, van der Aa-van Zebe D. Transmuraal Team Risicozwangeren Maastricht: Samenwerken om kindermishandeling te voorkomen. Nederlands tijdschrift voor obstetrie en gynaecologie. 2016;6:275-8.
2. Harron K, Gilbert R, Fagg J, Guttmann A, van der Meulen J. Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. The Lancet Public Health. 2021;6(2):e97-e105.
3. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2006;256(3):174-86.
4. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. The future of children. 1997;55-71.
5. Cooper K, Stewart K. Does money affect children's outcomes? An update. 2017.
6. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. Psychological bulletin. 2013;139(6):1342.
7. Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. Child development. 1993;64(1):80-97.
8. Vink R, Rijnders M, Dommelen Pv, Broerse A. Vroeg signaleren van ongunstige opgroeiomstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord: Leiden: TNO; 2009.
9. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. The Lancet Public Health. 2017;2(3):e141-e8.
10. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine. 1998;14(4):245-58.
11. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health. 2017;2(8):e356-e66.
12. Wulffraat A, Blanchette L, Bertens LEHvdM, L, de Graaf, H, Steegers E. Definitie kwetsbaarheid - zwangere vrouwen. 2019.
13. Lagendijk J, Vos AA, Bertens LC, Denktas S, Bonsel GJ, Steyerberg EW, et al. Antenatal non-medical risk assessment and care pathways to improve pregnancy outcomes: a cluster randomised controlled trial. European journal of epidemiology. 2018;33(6):579-89.
14. Vos AA, Van Veen MJ, Birnie E, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ. An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. International journal of integrated care. 2015;15.
15. Vink RM, Detmar S. Psychosociale risicosignalering in de zwangerschap, een overzicht van Nederlandse instrumenten. Tijdschrift voor gezond-

- heidswetenschappen. 2012;90(8):525-32.
16. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van gezinnen in een kwetsbare situatie. Nijmegen; 2021.
 17. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of emergency medicine*. 2015;66(5):447-54.
 18. Tiyyagura GK, Gawel M, Alphonso A, Koziel J, Bilodeau K, Bechtel K. Barriers and facilitators to recognition and reporting of child abuse by pre-hospital providers. *Prehospital emergency care*. 2017;21(1):46-53.
 19. Bunting L, Lazenbatt A, Wallace I. Information sharing and reporting systems in the UK and Ireland: Professional barriers to reporting child maltreatment concerns. *Child Abuse Review*. 2010;19(3):187-202.
 20. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International journal of nursing studies*. 2010;47(2):146-53.
 21. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, De Koning HJ, Moll HA. Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC pediatrics*. 2012;12(1):167.
 22. Rosen T, Lien C, Stern ME, Bloemen EM, Mysliwiec R, McCarthy TJ, et al. Emergency medical services perspectives on identifying and reporting victims of elder abuse, neglect, and self-neglect. *The Journal of emergency medicine*. 2017;53(4):573-82.

Samenvatting

Verschillen in perinatale uitkomsten worden veroorzaakt door zowel medische als psychosociale factoren. Het is van belang om zo vroeg mogelijk in de zwangerschap zicht te hebben op deze factoren om waar nodig tijdig hulp te kunnen starten. Deze studie analyseerde de documentatie van psychosociale risicofactoren in het medisch dossier van zwangeren in de tweede en derde lijn. Dossiers van honderd zwangeren zijn geanalyseerd middels een case report form gericht op psychosociale risicofactoren. Veel van deze risicofactoren werden niet gedocumenteerd. Op basis van deze analyse zijn aanbevelingen gedaan om de signalering van psychosociale risicofactoren te optimaliseren.

Trefwoorden

psychosociale risicofactoren, kwetsbaarheid, zwangerschap, signalering

Summary

Differences in perinatal outcome are caused by both medical and psychosocial factors. It is important to identify

these factors during pregnancy to be able to offer help if needed. This study analysed the documentation of psychosocial risk factors in pregnant women in the medical file during (prenatal) care in secondary and tertiary care. The study population consisted of 100 women and risk factors were analysed using a specially developed case report form. Results showed that many psychosocial risk factors were not reported. Several recommendations were done in order to optimise the signalling of psychosocial risk factors.

Keywords

psychosocial risk factors, pregnancy, identification, vulnerability

Contact

drs. A. Custers, anne.custers@mumc.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Maternale leeftijd en inleiding: een dilemma?

dr. Anna Seijmonsbergen-Schermers verloskundige en onderzoeker, Verloskundige Wetenschap, Amsterdam UMC, UMCG en AVAG/ InHolland

dr. Bahareh Goodarzi verloskundige en onderzoeker, Verloskundige Wetenschap, Amsterdam UMC, UMCG en AVAG/ InHolland

prof. dr. Arie Franx gynaecoloog-perinatoloog, Obstetrics and Gynaecology, Erasmus MC

prof. dr. Ank de Jonge verloskundige en onderzoeker, Verloskundige Wetenschap, Amsterdam UMC, UMCG en AVAG/ InHolland

Steeds vaker krijgen zwangere vrouwen* een inleiding aangeboden vanwege hun leeftijd. Dit zou perinatale mortaliteit voorkomen. Echter, bij deze gedachtegang wordt te weinig rekening gehouden met andere maternale persoonskenmerken. Een overstijgende blik op dit onderwerp laat zien dat het inleiden van deze groep veel nadelen met zich meebrengt. Daarom pleiten wij ervoor om de maternale leeftijd wel mee te nemen in de klinische besluitvorming, maar niet uitsluitend op basis van de maternale leeftijd een inleiding aan te bieden.

Zowel in het buitenland als in Nederland worden steeds meer zwangere vrouwen ingeleid vanwege hun gevorderde maternale leeftijd. De aanleiding is literatuur waarin aange- toond wordt dat de incidentie van perinatale mortaliteit hoger is bij zwangere vrouwen van 40 jaar en ouder.^{1,2} Zowel in de media als in de geboortezorg is er veel aandacht voor het voorkomen van perinatale mortaliteit. Het is evident

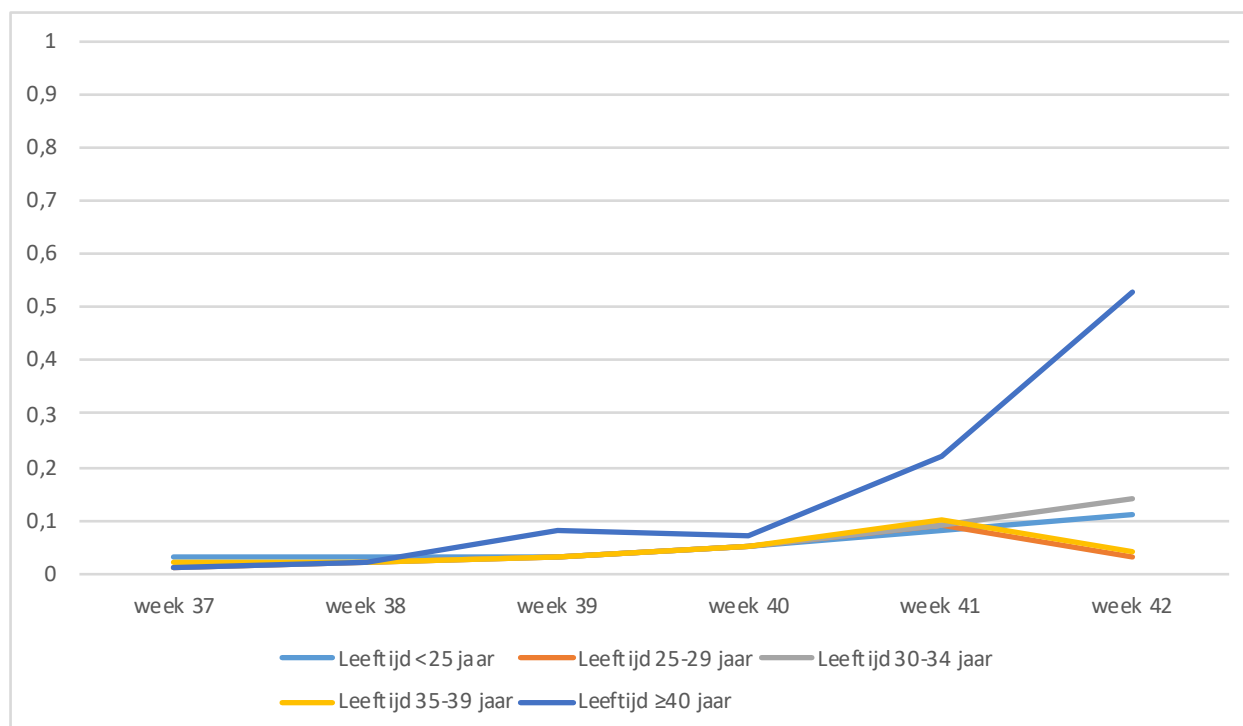
dat zorgverleners iedere perinatale mortaliteit zouden willen voorkomen, indien dit mogelijk zou zijn. Zowel voor ouders als voor zorgverleners is de ervaring van perinatale mortaliteit zeer aangrijpend. Indien achteraf het idee bestaat dat dit voorkomen had kunnen worden, dan kan dit een gevoel van tekortschieten teweegbrengen. Met het inleiden van de baring kan met name foetale mortaliteit voorkomen worden die anders op zou treden bij een latere amenorroeduur. Na evaluaties van casuïstiek waarbij perinatale mortaliteit optrad bij zwangere vrouwen van gevorderde maternale leeftijd, hebben bepaalde regio's besloten om inleidingen aan te bieden vanaf de leeftijd van 40 jaar en ouder, of zelfs vanaf 35 jaar. Vervolgens volgen sommige regio's het voorbeeld van de naburige regio waar dit beleid al is ingevoerd.

Perinatale mortaliteit en maternale leeftijd

De incidentie perinatale mortaliteit is afgenomen sinds 2010, ook voor zwangere vrouwen van 40 jaar en ouder. Daarnaast zijn de verschillen tussen de leeftijdscategorieën afge- nomen. Wat de exacte incidentie is van perinatale mortaliteit naar leeftijd was, werd beantwoord in een artikel van

** Hiermee kunnen ook anderen bedoeld worden die zwanger kunnen zijn en zich niet identificeren als vrouw.*

Figuur 1. Incidentie perinatale mortaliteit in de verschillende weken onder vrouwen die nog zwanger zijn aan het begin van diezelfde week in 2012-2018



Goodarzi et al. in 2022 waarin 603.833 gezonde à terme baringen van een eenling werden geïncubeerd.³ In dit artikel richten we ons op perinatale sterfte, wetende dat ernstige perinatale morbiditeit ook een belangrijk uitkomst is. Voor de analyses werden Perined-data van 2012-2018 gebruikt. Het artikel beoogde een populatie te includeren welke nog geen indicatie voor inleiding had (anders dan de leeftijd), dus uitsluitend op basis van de maternale leeftijd een inleiding aangeboden zou kunnen worden. Exclusiecriteria waren daarom: meerlinggraviditeit, zwangere vrouwen met een baring <37 weken, congenitale afwijkingen, primair tweedelijns zorg, overdracht naar de tweede lijn <37 weken, een geregistreerde medische indicatie voor overdracht naar de tweede lijn >37 weken en missende informatie over amenorroeduur of meerlinggraviditeit. Uit deze data werd duidelijk dat de incidentie van perinatale mortaliteit voor zwangere vrouwen van 40 jaar of ouder is verhoogd, maar dat dit niet het geval is voor zwangere vrouwen tussen 35 en 39 jaar. De incidentie is het hoogste bij 42 weken, maar kwam in de 7 jaar maar twee keer voor in de groep van 40 jaar en ouder (figuur 1). Met een inleiding van de baring zou een deel van de perinatale mortaliteit vanaf 40 weken voorkomen kunnen worden. Het is daarom van belang te weten hoeveel mortaliteit optrad vanaf 40 weken in de verschillende leeftijdscategorieën. Voor zwangere vrouwen <35 jaar was de incidentie 0,09%, voor zwangere vrouwen tussen 35-39 jaar 0,10% en voor zwangere vrouwen van ≥40 jaar 0,19%. In absolute aantallen ging het om 253 sterfgevallen bij zwangere vrouwen <35 jaar, om 59 gevallen bij zwangere vrouwen tussen 35-39 jaar en om 16 gevallen bij zwangere vrouwen van 40 jaar en ouder (tabel 1). In totaal ging het om 8.496 zwangere vrouwen van 40 jaar en ouder die ingeleid zouden kunnen worden vóór 40 weken om potentieel 16 gevallen van perinatale mortaliteit te voorkomen. Omgerekend zijn dat 526 inleidingen om potentieel één sterfgeval te voorkomen. Echter, de 312 sterfgevallen in de andere leeftijdscategorieën worden hiermee niet voorkomen. Het grootste deel van de perinatale mortaliteit treedt dus alsnog op als zwangere vrouwen van ≥40 jaar worden ingeleid.

Tabel 1. Perinatale mortaliteit ≥40 weken in de periode 2012-2018

Maternale leeftijd	aantal sterfgevallen	incidentie
<35 jaar	253	0,09%
35-39 jaar	59	0,10%
≥40 jaar	16	0,19%

Tabel 2. Perinatale mortaliteit van 2012-2018 in relatie tot leeftijd en pariteit

Pariteit	P0		P1		P2		P3+	
Leeftijd	n	%	n	%	n	%	n	%
<25 jaar	56	0,12	18	0,13	3	0,13	1	0,29
25-29 jaar	135	0,12	48	0,07	26	0,16	8	0,23
30-34 jaar	122	0,13	87	0,09	42	0,12	16	0,18
35-39 jaar	45	0,18	33	0,09	21	0,10	13	0,18
≥40 jaar	17	0,51	4	0,09	1	0,04	3	0,19

Tabel 3. Perinatale mortaliteit van 2012-2018 in relatie tot leeftijd en etniciteit

Etniciteit	Nederlands		Niet-Nederlands	
Leeftijd	n	%	n	%
<25 jaar	49	0,12	29	0,14
25-29 jaar	155	0,10	63	0,15
30-34 jaar	210	0,11	66	0,15
35-39 jaar	79	0,11	42	0,21
≥40 jaar	23	0,23	7	0,19

Tabel 4. Perinatale mortaliteit van 2012-2018 in relatie tot leeftijd en SES

SES	Laag		Gemiddeld		Hoog	
Leeftijd	n	%	n	%	n	%
<25 jaar	35	0,15	34	0,12	9	0,10
25-29 jaar	72	0,13	101	0,10	43	0,10
30-34 jaar	58	0,11	139	0,12	70	0,10
35-39 jaar	38	0,19	58	0,14	27	0,09
≥40 jaar	4	0,13	14	0,23	11	0,25

Andere persoonskenmerken

Iedere zwangere vrouw vertoont een diversiteit aan persoonskenmerken, zoals pariteit, sociaaleconomische status (SES) en etniciteit. Deze reiken verder dan slechts de leeftijd. Het integreren van diverse persoonskenmerken in de berekening van de incidentie van perinatale mortaliteit draagt bij aan een nauwkeurigere identificatie van zwangere vrouwen met een verhoogde incidentie. In tabel 2 zijn de persoonskenmerken leeftijd en pariteit gecombineerd in de berekening van de incidentie van perinatale mortaliteit. Het valt op dat er bij multiparae met een gevorderde maternale leeftijd geen verhoogde incidentie van perinatale mortaliteit is vergeleken met de andere leeftijdscategorieën, iets wat we ook zien in de literatuur over inleiden bij 41 weken.⁴ Ook zien we dat de incidentie voor multiparae P1 van 40 jaar of ouder lager is dan voor nulliparae van bijvoorbeeld 25 jaar. Geconcludeerd kan worden dat de incidentie voor sommige oudere zwangere vrouwen zelfs lager is dan voor sommige jongere zwangere vrouwen.

Dit is ook te zien bij etniciteit (tabel 3). De incidentie perinatale mortaliteit is voor niet-Nederlandse zwangere vrouwen in bijna alle leeftijdscategorieën hoger dan voor Nederlandse zwangere vrouwen. Echter, bij niet-Nederlandse zwangere

vrouwen speelt leeftijd een kleinere rol in de incidentie van perinatale mortaliteit. De incidentie is met name hoger voor Nederlandse zwangere vrouwen van 40 jaar of ouder, vergeleken met jongere vrouwen.

Ook SES speelt een rol in de incidentie van perinatale mortaliteit (tabel 4). De incidentie is over het algemeen lager bij zwangere vrouwen met een hoge SES in vergelijking met vrouwen met een lage SES, maar er is een duidelijkere stijging zichtbaar met het stijgen van de leeftijd voor vrouwen met een hoge SES, vergeleken met vrouwen met een lage SES.

Naar aanleiding van deze cijfers rijst de vraag of het inleiden vanwege uitsluitend maternale leeftijd gerechtvaardigd is. De incidentie van perinatale mortaliteit is niet bij alle zwangere vrouwen met een gevorderde maternale leeftijd verhoogd. En de incidentie is voor sommige vrouwen die jonger zijn dan 40 jaar hoger dan voor sommige oudere vrouwen. Dit impliceert dat het aanbieden van een inleiding uitsluitend gebaseerd op de maternale leeftijd ten onrechte uitgaat van een algemene incidentie van perinatale mortaliteit bij bepaalde leeftijdscategorieën. Bij het inleiden op basis van een enkelvoudige persoonskenmerk worden bovendien personen gegeneraliseerd die onderling meer van elkaar verschillen dan op elkaar lijken, ook wat betreft de incidentie van perinatale mortaliteit.

Juiste focus

Terecht is er aandacht voor het terugdringen van perinatale mortaliteit. Iedere zorgverlener wenst dat geen enkele mortaliteit meer optreedt. Toch moeten we ons afvragen of de focus op maternale leeftijd over het geheel leidt tot minder perinatale mortaliteit. Een toename in het aantal inleidingen vraagt veel van de capaciteit van de zorg in het ziekenhuis. Ingeleide baringen duren langer dan baringen die spontaan starten. Een zeer groot aantal zwangere vrouwen van 40 jaar of ouder moet ingeleid worden om één geval van mortaliteit te voorkomen. Het verder vergroten van de nu al zeer uitdagende capaciteitsproblemen leidt onvermijdelijk tot verminderde toegang tot natale zorg voor andere zwangere vrouwen, bijvoorbeeld voor zwangere vrouwen die medicamenteuze pijnstilling nodig hebben, en ook voor acute verloskundige zorg. Steeds vaker kunnen verloskundigen vanuit de eerste lijn bij een acute situatie niet terecht in een nabij gelegen ziekenhuis. Het inleiden van zwangere vrouwen met een relatief lage incidentie van perinatale mortaliteit draagt dus bij aan verminderde toegang tot zorg voor zwangere vrouwen met een hogere incidentie van complicaties. Daarnaast brengen meer inleidingen hogere zorgkosten met zich mee.

Nadelen

Het inleiden van zwangere vrouwen vanwege een hogere incidentie van perinatale mortaliteit vanwege hun leeftijd, baant mogelijk de weg voor het aanbieden van inleidingen aan andere, nog grotere groepen zwangere vrouwen, zoals alle nulliparae. Inleiden heeft veel nadelen. Zo blijkt uit de literatuur dat bij een inleiding mogelijk vaker hyperstimulatie van de uterus⁵ en uterusrupturen voorkomen.^{6,7} Ook gaat een inleiding vaker gepaard met andere interventies,

zoals veelvoudige vaginale touchers⁸ en het gebruik van medicamenteuze pijnbestrijding⁹⁻¹¹, en deze interventies hebben ook potentiële bijwerkingen. Gerandomiseerde studies naar inleiden versus afwachtend beleid vanwege een leeftijd van ≥ 35 jaar laten geen verschil zien in het percentage sectio caesarea.¹² Zwangere vrouwen zijn vaak minder mobiel als gevolg van het infuus en de CTG-bewaking, en de baring duurt vrijwel altijd langer, ook in de beleving van zwangere vrouwen.¹³ Tot slot wordt uit de literatuur duidelijk dat een langere amenorroeduur is geassocieerd met betere foetale hersenontwikkeling en -connectiviteit.¹⁴⁻²¹ Ook laten grote cohortstudies zien dat er na het inleiden van de baring mogelijk vaker sprake is van icterus, ziekenhuisopname in de eerste vijf levensjaren vanwege oor-, neus- en keelinfecties of vanwege infecties van de luchtwegen.²²

WGBO

Zijn zorgverleners op basis van de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) dan niet verplicht om zwangeren voor te lichten over een verhoogde kans op perinatale sterfte op basis van hun leeftijd? Hierover is vaak verwarring, want zorgverleners hebben inderdaad op basis van deze wet een verplichting tot voorlichting. Maar, de wet schrijft voor om voor te lichten over de te verwachten gevolgen en risico's specifiek van *onderzoeken of behandelingen*. Nergens staat in de WGBO dat zorgverleners verplicht zijn voor te lichten over een verhoogde kans op een nadelige uitkomst van de zwangerschap en baring zelf. In een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg wordt dit ook duidelijk: zwangerschap en bevalling zijn 'natuurgegevens' waar het informed consent principe van de WGBO niet geldig is.²³ Zorgverleners zijn wel verplicht te informeren over de nadelen van een inleiding van de baring, maar niet over nadelen en kansen op nadelige uitkomsten van zwangerschap en baring an sich.

Conclusie en aanbevelingen

Het inleiden van zwangere vrouwen uitsluitend op basis van maternale leeftijd is ongenueanceerd en weinig doelmatig. Het benadrukken van één maternaal persoonskenmerk leidt tot generalisatie van een populatie zwangere vrouwen waarbij onvoldoende rekening gehouden wordt met grote onderlinge variatie binnen deze populatie in incidentie van perinatale mortaliteit en morbiditeit. Bovendien moeten er 531 zwangere vrouwen van 40 jaar en ouder à terme ingeleid worden om potentieel één perinatale mortaliteit te voorkomen, hetgeen niet realistisch en doelmatig is bij de nu toch al zeer uitdagende capaciteitsproblemen waar ook de geboortezorg mee kampt. Het inleiden van alle zwangere vrouwen van 40 jaar en ouder zal bijdragen aan verminderde toegang tot acute geboortezorg in het ziekenhuis voor andere zwangere vrouwen. Zorgverleners dienen bij het vormgeven van gepersonaliseerd beleid voor iedere zwangere vrouw rekening te houden met de maternale leeftijd, maar dienen deze factor niet geïsoleerd te beschouwen, aangezien vele andere factoren ook geassocieerd zijn

met een hogere of lagere incidentie van nadelige perinatale uitkomsten. Alleen dan maken we de zorg meer passend en persoonlijk.

De cijfers in dit artikel zijn gebaseerd op de resultaten een artikel gepubliceerd in Birth:

Goodarzi B, Seijmonsbergen-Schermers A, van Rijn M, Shah N, Franx A, de Jonge A. Maternal characteristics as indications for routine induction of labor: A nationwide retrospective cohort study. Birth. 2022 Feb 28. doi: 10.1111/birt.12628.

Referenties



Samenvatting

Het inleiden van de baring vanwege maternale leeftijd neemt toe met als doel perinatale mortaliteit en morbiditeit te voorkomen. Hierbij wordt echter te weinig rekening gehouden met andere maternale persoonskenmerken. Dit artikel laat zien dat vele andere factoren ook geassocieerd zijn met een hogere of lagere incidentie van perinatale mortaliteit. Daarnaast bestaat er grote onderlinge variatie in de incidentie van perinatale mortaliteit onder vrouwen van 40 jaar en ouder. Het inleiden vanwege deze de leeftijd brengt nadelen met zich mee en het aantal vrouwen wat ingeleid moet worden om mortaliteit te voorkomen, is hoog. Het is niet realistisch en doelmatig om bij de al zeer uitdagende capaciteitsproblemen nog meer baringen in te leiden die tot weinig voordelen zullen leiden. Het is belangrijk om maternale leeftijd mee te nemen in de klinische besluitvorming, maar er is onvoldoende wetenschappelijke basis om hiervoor routinematig een inleiding aan te bieden.

Trefwoorden

maternale leeftijd, inleiding van de baring, perinatale mortaliteit, maternale karakteristieken

Summary

The induction of labor due to maternal age is increasing, aimed at preventing perinatal mortality and morbidity.

However, this approach often fails to sufficiently consider other maternal characteristics. This article demonstrates that numerous other factors are also associated with a higher or lower incidence of perinatal mortality. Furthermore, it shows significant variability in perinatal mortality rates among women aged 40 years and older. Inducing labor based on age alone carries disadvantages, and the number of women who need to undergo induction to prevent mortality is high. Given the already challenging capacity issues, it is neither realistic nor efficient to increase the number of labor inductions that provide limited benefit. While maternal age should be considered an important factor in clinical decision-making, there is insufficient scientific evidence to support routine induction based solely on age.

Keywords

maternal age, labor, induced, perinatal mortality, population characteristics

Verklaring van belangenverstremgeling

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

Contact

Anna Seijmonsbergen-Schermers,
a.seijmonsbergen@amsterdamumc.nl

Casus: hevig bloedverlies bij hypervasculair myometrium

drs. Floortje van Iterson *destijds semiarts gynaecologie en verloskunde, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda*

drs. Anne de Boer *arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde in opleiding, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda*

dr. Heleen van Dongen *gynaecoloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda*

dr. Robert de Leeuw *gynaecoloog, Amsterdam UMC*

Een dertigjarige vrouw presenteerde zich in verband met hevig vaginaal bloedverlies na een recente miskraam. Echografisch werd geen zwangerschapsrest gezien en bestond een verdenking op hypervasculair myometrium in utero. De bloeding werd getamponneerd middels een Foley-katheter. Na een periode van intermitterend bloedverlies ging de verhoogde myometriumvasculariteit spontaan in regressie.

Casus

Een dertigjarige patiënte presenteerde zich in verband met hevig vaginaal bloedverlies. Twee maanden eerder was ten tijde van haar eerste zwangerschap een niet-vitale graviditeit vastgesteld bij een amenorroeduur van twaalf weken, waarvoor zij medicamenteus werd behandeld. Anamnestic leek sprake van een complete miskraam, maar na twee normale menstruaties presenteerde patiënte zich opnieuw met bloedverlies. Een transvaginale echo toonde een streepvormig cavum met een intramurale structuur in de voorwand van 22x22 millimeter met multipele echolucenties waarin hoge flow zichtbaar was (afbeelding 1 en 2). Het bèta-hCG was 2,0 E/l (<5,0) en het Hb-gehalte was 8,1 mmol/l (7,5-10). Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan hypervasculair myometrium (enhanced myometrial vascularity (EMV)), wat werd bevestigd middels MRI (afbeelding 3 en 4).

Vanwege aanhoudend bloedverlies met een geschat volume van 1000 ml bij een Hb-daling naar 6,4 mmol/l zonder hemodynamische instabiliteit, werd een Foley-katheter met 5 ml steriel water in utero geplaatst om de bloeding te tamponeren. Ook werd gestart met tranexaminezuur en antibioticaprofylaxe ten tijde van tamponade. Na 48 uur was het bloedverlies gestopt en werd een afwachtend beleid gevoerd. Een week later trad opnieuw ruim vaginaal bloedverlies op, met een geschat volume van 500 ml. In overleg met patiënte werd een nieuwe Foley-katheter geplaatst, waarna het bloedverlies afnam. Patiënte werd verwezen naar de derde lijn, waar echografisch een verdenking was op een kleine zwangerschapsrest. Er werd in overleg met de patiënte besloten om af te wachten. Twee weken na de eerste presentatie was de EMV echografisch niet meer zichtbaar en na zes weken vond weer een normale menstruatie plaats. Er was echografisch een drielagig endometrium zichtbaar, zonder zwangerschapsrest.

Beschouwing

De termen arterioveneuze malformatie (AVM) en enhanced myometrial vascularity (EMV) worden vaak door elkaar gebruikt, wat verwarring kan veroorzaken.¹ Een AVM betreft



Afb. 1. Intramurale, sponsachtige afwijking in de voorwand van 22x22 millimeter

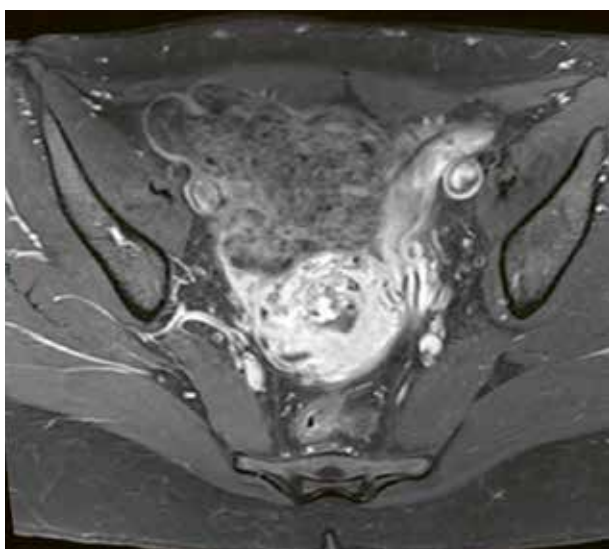


Afb. 2. Uterus met endometriumdikte 4,8 millimeter en verhoogde vasculariteit

een congenitale verbinding tussen arterie en vene die niet spontaan verdwijnt en zo nodig behandeld wordt middels selectieve embolisatie dan wel chirurgische interventie.² EMV is een zwangerschapsgerelateerde aandoening, waarbij sprake is van persisterend verhoogde bloedflow na het achterblijven van zwangerschapsweefsel.¹ Deze toegenomen vascularisatie ontstaat in het eerste trimester om adequate perfusie van de intervillieuze ruimte te garanderen.³ Bij afwezigheid van hevig bloedverlies kan voor de behandeling van EMV een expectatief beleid worden gevoerd (figuur 1).¹ Indien er sprake is van hevig en/of persisterend bloedverlies kan een ballonkatheter in utero geplaatst worden om te tamponeren. Zo nodig kunnen ook tranexaminezuur, uterotonica en uterusmassage gegeven worden. Zoals beschreven in deze casus zou vaker gekozen kunnen worden voor een conservatief beleid door middel van tamponeren in plaats van embolisatie.^{1,4} Embolisatie zou kunnen leiden tot ovariële dysfunctie en derhalve dus niet de voorkeur hebben bij een kinderwens.⁵



Afb. 3. Coronale coupe MRI-scan met afwijking in utero



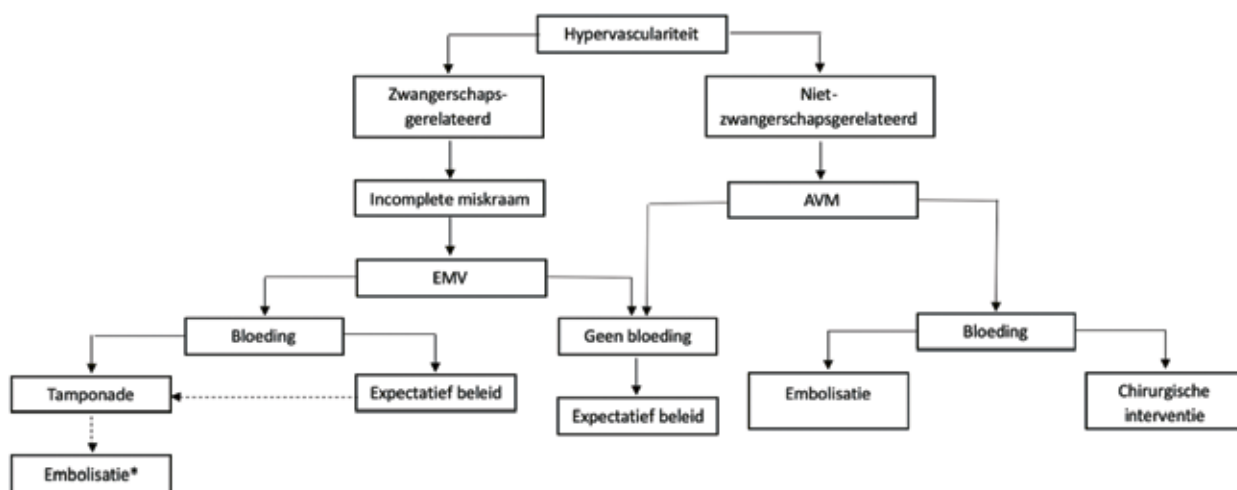
Afb. 4. Transversale coupe MRI-scan met afwijking in utero

Conclusie

Bij EMV is sprake van een verhoogde bloedflow na het achterblijven van zwangerschapsweefsel. Na verdwijnen van het weefsel, spontaan of chirurgisch, zal ook het hypervascuair myometrium in regressie gaan. Een expectatief beleid verdient de voorkeur bij hemodynamisch stabiele patiënten. Bij persistent bloedverlies is tamponade middels een ballonkatheter in utero een reële behandelingsmogelijkheid.

Referenties

1. Dewilde K, Groszmann Y, Van Schoubroeck, D, Grewal K, Huirne J. et al. Enhanced myometrial vascularity secondary to retained pregnancy tissue: time has come to stop misusing the term arterio-venous malformation! *Ultrasound Obstet Gynaecol* 2023 Sep 7.
2. Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, Khatib N, Kovács S. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Jun; 214(6): 731.e1-731.e10.
3. Roberts VHJ, Morgan TK, Bednarek P, Morita M, Burton GJ. et al. Early first trimester uteroplacental flow and the progressive disintegration of spiral artery plugs: new insights from contrast-enhanced ultrasound and tissue histopathology. *Human Reproduction.* 2017;32(12):2382-2393.
4. Delplanque S, Le Lous M, Proisy M, Joueidi Y, Bauville E. et al. Fertility, Pregnancy, and Clinical Outcomes after Uterine Arteriovenous Malformation Management. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Jan; 26(1): 153-161.
5. Mekaru K, Oishi S, Akamine K., Heshiki C, Aoki Y. Spontaneous Regression of Uterine Arteriovenous Malformations with Conservative Management. *Case Rep Obstet Gynecol* 2017; 2017: 6437670.



Figuur 1. Stroomschema EMV en AVM. *Embolisatie in het kader van EMV is echter zelden nodig. Aangepaste figuur van Dewilde et al.¹

Samenvatting

De termen arterioveneuze malformatie (AVM) en hypervasculair myometrium ofwel enhanced myometrial vascularity (EMV) worden vaak door elkaar gebruikt, wat verwarring kan veroorzaken. Een AVM betreft een congenitale verbinding tussen arterie en vene, die niet spontaan verdwijnt en zo nodig behandeld wordt middels selectieve embolisatie dan wel chirurgische interventie. EMV is een zwangerschapsgerelateerde aandoening, waarbij sprake is van persistent verhoogde bloedflow na het achterblijven van zwangerschapsweefsel. Een expectatief beleid verdient de voorkeur bij hemodynamisch stabiele patiënten. In het geval van persistent bloedverlies is tamponade middels een ballonkatheter in utero een reële behandelingsmogelijkheid.

Trefwoorden

zwangerschap, miskraam, arterioveneuze malformatie (AVM), enhanced myometrial vascularity (EMV), expectatief beleid, ballonkatheter, tamponade, selectieve embolisatie

Summary

The terms "arteriovenous malformation (AVM)" and "hypervascular myometrium" also known as "enhanced myometrial vascularity (EMV)", are often used interchangeably, which can lead to confusion. AVM refers to a congeni-

tal connection between an artery and a vein that does not spontaneously disappear and may require treatment through selective embolization or surgical intervention if necessary. EMV is a pregnancy-related condition characterized by persistent increased bloodflow following the retention of pregnancy tissue. If patients are hemodynamically stable, an expectant management approach is preferable. In cases of persistent bleeding, uterine tamponade with a balloon catheter is a viable treatment option.

Keywords

pregnancy, miscarriage, arteriovenous malformation (AVM), enhanced myometrial vascularity (EMV), expectant management, balloon catheter, uterine tamponade, selective embolization

Contact

Floortje van Iterson, Floortje@vaniterson.org

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Toestemming

Patiënte heeft toestemming gegeven voor de publicatie van de casus en de tekst akkoord bevonden.

Informatie over geneesmiddelgebruik rondom de zwangerschap

dr. Anneke Passier klinisch wetenschappelijk medewerker
dr. Maartje Conijn arts/klinisch wetenschappelijk medewerker
Miranda van Tuyl, MSc teamhoofd
 allen Moeders van Morgen, Bijwerkingencentrum Lareb

Het merendeel van de zwangere vrouwen gebruikt op enig moment tijdens de zwangerschap één of meerdere geneesmiddelen. Dit kan accidenteel gebruik betreffen, omdat op het moment van gebruik de zwangerschap nog niet was vastgesteld. Het kan ook gaan om kortdurend gebruik, bijvoorbeeld van antibiotica bij een infectie, of om langdurig gebruik bij een chronische aandoening. Op de Lareb-website staat per geneesmiddel beschreven wat er bekend is over de veiligheid tijdens de zwangerschap en borstvoeding. Bent u gewend om te zoeken via het Farmacotherapeutisch Kompas? Hierin verwijzen de links onder de kopjes 'zwangerschap' en 'lactatie' naar de uitgebreidere Lareb-informatie.

Moeders van Morgen (MvM), onderdeel van Bijwerkingencentrum Lareb, is verantwoordelijk voor de informatie op de Lareb-website. MvM geeft hier een overzicht van de meest actuele beschikbare wetenschappelijke informatie over het gebruik van het geneesmiddel rondom de zwangerschap. Dit is gebaseerd op gegevens over humane blootstelling uit internationale naslagwerken, wetenschappelijke literatuur en eigen onderzoek.

Helpdesk

Komt u er met de informatie op de website niet uit, dan kunt u ook bellen of mailen met de MvM-helpdesk (voorheen de Teratologie Informatie Service). De afgelopen twee jaar kwam ongeveer een kwart van alle helpdeskvragen van gynaecologen. Meestal gaat het om pre-conceptionele vragen, waarbij er in het kader van een kinderwens wordt nagedacht over het al dan niet voortzetten of omzetten van - veelal chronische - medicatie. Daarnaast komen er veel

vragen binnen over paternale blootstellingen, een onderwerp waaraan we ook steeds meer aandacht besteden op onze website.

Risico onbekend

Wist u dat voor 55% van alle geneesmiddelen het risico van gebruik tijdens de zwangerschap onbekend is? Het gaat vaak om middelen die nog niet lang op de markt zijn, en waarmee nog nauwelijks klinische ervaring tijdens de zwangerschap is opgedaan. De fabrikant raadt gebruik tijdens de zwangerschap of borstvoeding meestal af. Aanvankelijk omdat het risico onbekend is. Maar ook als er meer informatie beschikbaar komt en het geneesmiddel veilig blijkt, wordt het advies in de productinformatie vaak niet aangepast. Het lezen van alleen de productinformatie is dus vaak niet toereikend. De informatie op de Lareb-website kan gezien worden als aanvullend op het advies van de fabrikant en dus inhoudelijk verschillen van de productinformatie.

Onderzoek

Naast het verstrekken van informatie draagt MvM ook actief bij aan het verzamelen van meer informatie over de veiligheid van geneesmiddelen rondom de zwangerschap. De ervaringen van zwangere vrouwen bieden een schat aan informatie, die we graag willen benutten. Daarom proberen we zoveel mogelijk zwangere vrouwen te includeren in het MvM zwangerschapscohort. Via dit cohort brengen we 'gewone' en bijzondere blootstellingen zo snel en goed mogelijk in kaart. Daarnaast monitoren we trends in geneesmiddelengebruik door vrouwen die zwanger zijn en borstvoeding geven. U kunt hieraan een belangrijke bijdrage leveren door uw patiënten te motiveren om zich aan te melden voor het onderzoek via www.moedersvanmorgen.nl. Hoe meer

vrouwen meedoen, hoe sneller meer informatie beschikbaar komt.

Melden effecten geneesmiddel

Schadelijke effecten van medicatie op de zwangerschap of de foetus kunt u melden bij Bijwerkingencentrum Lareb. Maar een goed verlopen zwangerschap met een gezond kind na een uitzonderlijke blootstelling is ook heel belangrijk om te delen. Deze informatie kan bijdragen aan het vaststellen van de veiligheid van geneesmiddelen waarvan het risico nog onbekend is. Dus ziet u in uw praktijk vrouwen met een uitzonderlijke blootstelling? Laat het ons weten!

Aangepaste doseringen

Sinds kort staan er - voor enkele geneesmiddelen - ook aangepaste doseringen tijdens de zwangerschap op de Lareb-website. Ook vanaf het Farmacotherapeutisch Kompas wordt daarnaar verwezen. De doseringen zijn gebaseerd op resultaten van MADAM (Model Aangepaste Doseringen voor Alle Moeders). Dit onderzoek, gebaseerd op uitgebreide literatuursearch, PBPK (physiologically-based pharmacokinetic)-modellen en placenta-perfusie-experimenten, is opgezet om de juiste medicijndoseringen te vinden voor zwangere vrouwen of foetale behandelingen. Het is een samenwerking van het Radboudumc, Maastricht UMC+ en Moeders van Morgen Lareb. De eerste aangepaste doseringsadviezen over sertraline, sotalol en amoxicilline (met of zonder clavulaanzuur) staan inmiddels online. In de komende jaren komen er verschillende doseeradviezen voor veelgebruikte geneesmiddelen bij.

Helpdesk: 073-6469700,
kenniscentrum@moedersvanmorgen.nl
 Website: www.lareb.nl/mvm-kennis
 Deelname zwangerschapscohort:
www.moedersvanmorgen.nl

NTOG-deelredactie

dr. Monique Mochtar

dr. Anne van Oers

dr. Taghride (Sabra) Dahhan

dr. Laura van Loendersloot

dr. Ralph Kurstjens



ntog

thema katern

nieuwe gezinsvorming

Gezinsvorming door postmortale voortplanting

dr. Marja Visser *socioloog, fertiliteitscounselor, psychosociaal therapeut*

Je voortplanten na je dood. Dat is een wens die mensen kunnen hebben als zij gaan overlijden en nog geen kinderen hebben. Of het is een wens van hun partner om alsnog een kind te krijgen van degene die gaat overlijden. Mensen die in de vruchtbare leeftijd een ziekte als kanker krijgen en daarvoor behandelingen moeten ondergaan, wordt – als het goed is – gevraagd of zij nog een kinderwens hebben. Zo ja, dan wordt geadviseerd om zaadcellen (of eicellen) in te vriezen. Sinds het invriezen van gameten tot de mogelijkheden behoort kan het dus gebeuren dat met deze zaadcellen (of eicellen) nog kinderen worden verwekt als iemand uiteindelijk toch is overleden.

Studies naar postmortale voortplanting waarbij gameten reeds voor het overlijden zijn ingevroren, heb ik niet kunnen vinden. Wel is een aantal studies gedaan naar het verkrijgen van zaadcellen na overlijden, maar dat onderwerp laat ik buiten beschouwing. In dit artikel kijken we alleen naar postmortale voortplanting door gebruik van zaadcellen, eicellen of embryo's die reeds voor het overlijden zijn verkregen en ingevroren. Een studie uit 2014 over gebruik van cryo-embryo's na IVF/ICSI-behandelingen waar 498 personen aan deelnamen, laat zien dat 73,5% van de mannen en 61,8% van de vrouwen toestemming gaven aan hun partner om deze zaad- en eicellen ook na hun dood te gebruiken om zich voort te planten.¹ In dit artikel worden verschillende aspecten eschreven waar mensen mee te maken kunnen krijgen bij gezinsvorming door postmortale voortplanting.

Gezinsvorming

Sinds IVF en cryopreservatie mogelijk zijn, biedt ook postmortale voortplanting de mogelijkheid om een gezin te vormen. Als mensen door ziekte worden geconfronteerd met de eindigheid van hun leven, kunnen zij de behoefte voelen om zich alsnog voort te planten. Ook kunnen hun partners de wens voelen om toch nog een kindje te krijgen van hun zieke partner, ook al kunnen zij daar niet meer – of maar beperkte tijd – samen voor zorgen. Het toekennen van het recht op geassisteerde voortplanting aan personen in andere dan traditionele situaties en relaties is internationaal omstreven. Zo ook postmortale voortplanting. Deze mogelijkheid van gezinsvorming roept onder andere juridische vragen op.^{2,3}

Binnen de Nederlandse wet geldt momenteel dat bij leven uitdrukkelijk schriftelijke toestemming van de man (of vrouw) is vereist voor het gebruik van sperma (of eicellen) na overlijden. Daarnaast kennen we in Nederland een Modelreglement Embryowet, waarin verder uitgewerkte richtlijnen staan betreffende postmortale voortplanting.³ Verder is er sinds 2004 de wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting die kinderen het recht geeft te weten wie hun biologische

ouders zijn. Nu kan een kind dat geboren is na postmortale voortplanting wel weten wie de beide biologische ouders zijn, want de opvoedouder heeft een relatie gehad met de overleden ouder, maar hoe moeten we deze overleden ouder zien? Is hij (zij) eigenlijk een donor, omdat hij (zij) nooit de positie van ouder in de zin van opvoeder zal hebben en die ook nooit zal krijgen? Valt hij (zij) dan misschien wel onder de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (donorgegevens.nl)? En ook al kan het kind weten wie de partner van de opvoedouder was, het kind kan hem/haar nooit ontmoeten. Inmiddels weten we dat donorkinderen het belangrijk vinden om de keuze te hebben om de donor al dan niet te leren kennen. Een deel van hen wil ook graag contact kunnen hebben. Deze keuze hebben kinderen niet als zij geboren zijn na postmortale voortplanting.

Naast respect voor de autonomie van de wensouder(s) is bij postmortale voortplanting ook respect voor de autonomie van het toekomstige kind van belang. Wat betekent het voor het welzijn van een kind om na de dood van je vader (of moeder) verwekt te zijn? Wie draagt hiervoor verantwoordelijkheid? De wensouder, de arts of beiden? En wat zijn mogelijke psychosociale implicaties voor het welzijn voor alle betrokken partijen?

Casus

Een vrouw van 28 heeft zich aangemeld voor postmortale voortplanting. Drie maanden geleden is haar man overleden aan kanker. Toen haar man de diagnose kanker kreeg, kwam hij alleen nog voor palliatieve behandeling in aanmerking en is er sperma van hem ingevroren. De vrouw en haar man hebben toen ook besloten dat zij nog wilden proberen om samen een kindje te krijgen. Als haar man niet ziek was geworden, hadden zij dit misschien nog een paar jaar uitgesteld, maar hun kinderwens was er. Ze hoopten nog een poosje samen voor een kind te kunnen zorgen. Omdat het om ingevroren sperma ging – en bij invriezen was ook nog gebleken dat de spermakwaliteit niet goed was –, was geassisteerde voortplanting nodig. Het was een zwaar traject: haar man kreeg chemotherapie én ze zaten in een ICSI-traject. De vrouw deed dit grotendeels alleen en probeerde intussen ook haar man te steunen. Voor beiden was dit zwaar. De eerste ICSI-behandeling heeft geleid een terugplaatsing, waarvan zij niet zwanger is geworden. Hierna waren er nog twee cryo-embryo's, maar omdat haar man heel ziek werd, is besloten de ICSI-behandeling te staken. Een paar maanden later overleed haar man. Op het moment dat de vrouw zich aanmeldde voor postmortale voortplanting was het drie maanden geleden dat haar man overleed en wilde zij graag door met het vervullen van de kinderwens.

Bij de psychosociale intake van deze wensouder hebben we een aantal ons inziens belangrijke zaken besproken, omdat we wilden weldoen en niet schaden:

- In hoeverre is er sprake van verwerkt verlies?
- Wiens wens is (was) het om zo snel na het overlijden door te gaan om te proberen zwanger te worden: de wens van de vrouw, die van haar overleden man, zijn ouders, of....?
- Wat zijn psychosociaal gezien belastende en versterkende factoren?
- In hoeverre is de vrouw zich bewust van de positie van een toekomstig kind: het zal de vader nooit kennen en het is blijvend dat een kind alleen maar dingen over de vader weet die anderen vertellen, maar nooit zelf een relatie met hem kan hebben.
- Is het een bewuste keus van de moeder? Het kind kan de vervanging worden van de liefdespartner van de moeder/ moet het voldoen aan verwachtingen van de moeder, moet voldoen aan wensen van familie et cetera.
- Is er sprake van een steunend netwerk?

Verliesverwerking

Er zijn geen regels voor hoe lang een rouwperiode 'moet' duren om het verlies van een overleden partner te verwerken. Wel weten we dat het eerste jaar na overlijden heel confronterend is. Alles wat zich in een jaar voordoet aan verjaardagen, vakanties, bijzondere gebeurtenissen maar ook alle gewone dagelijkse dingen wordt zonder de overledene meegemaakt. Soms is het moeilijk voor mensen om echt te gaan rouwen. Zij blijven de overledene dan vooral koesteren en kunnen daarnaast het leven niet aangaan zonder de ander. Komt er geen rouwproces op gang, dan kan op den duur sprake zijn van complexe rouw/niet verwerkt verlies. Als vanuit de kliniek gevraagd wordt om een jaar verliesverwerking in acht te nemen, kunnen mensen soms wachten tot die gestelde termijn voorbij is, om daarna alsnog hun man een beetje terug te krijgen in de positie van een kind. Niet en onvoldoende verwerkt verlies kan een risico vormen, voor henzelf maar ook voor hun relatie met een toekomstig kind.⁴ Dus dat mensen daadwerkelijk gaan rouwen en het verlies gaan verwerken, is mogelijk belangrijker dan het stellen van een termijn. Al lijkt het stellen van een termijn van minimaal een jaar heel redelijk. In een andere, maar soortgelijke casus werd een vrouw gevraagd een jaar de tijd te nemen om het verlies van haar man te verwerken. Een jaar na haar verzoek om postmortale voortplanting kwam zij terug naar de kliniek, maar niet om te zeggen dat zij er nu klaar voor was om te proberen alsnog zwanger te worden van haar overleden man; zij kwam ons bedanken voor de zorgvuldigheid waarmee met haar gesproken is toen zij een jaar geleden haar verzoek bij ons neerlegde. Zij was actief gaan rouwen en merkte na verloop van tijd dat haar behoefte om alsnog een kindje van haar overleden partner te krijgen niet meer zo dringend was. Zij wilde zich meer op de toekomst gaan richten en hoopte ooit een nieuwe partner te vinden en daarmee kinderen te krijgen.

Veel onbekend

Willen we echt ruimte maken voor postmortale voortplanting? Of is een nee-tenzij wenselijk? We weten eigenlijk weinig tot niets over wat het betekent voor het welzijn van de kinderen om op te groeien na postmortale voortplanting. Kunnen zij hier schade van ondervinden? Hoe gaat het met de kinderen die geboren zijn na postmortale voortplanting? Hoeveel kinderen zijn dat inmiddels? Hoe gaat het met de opvoedouders? Wat betekent het voor hun welzijn? Hier is nog veel ruimte voor onderzoek.

Naar een aantal andere nieuwe gezinsvormen, zoals donor-conceptie, is intussen wel meer onderzoek gedaan. Zo weten we uit onderzoek bij draagmoederschap al iets meer wat het betekent voor de kinderen, hun ouders en de draagmoeders. Sinds een paar jaar loopt hiernaar een groot onderzoek dat gesteund wordt door ZonMW en waarvoor professor Henny Bos een breed consortium heeft opgezet. In dat onderzoek wordt ook gekeken naar hoe de counseling eruit moet zien om zoveel mogelijk het welzijn van alle betrokken partijen te borgen.

Zolang er nog geen onderzoek naar postmortale voortplanting wordt gedaan, kunnen we misschien gebruikmaken van de kennis die we inmiddels wel hebben over andere gezinsvormen dan het standaard-kerngezin als het gaat om psychosociale implicaties en het welzijn van alle betrokken partijen, niet in de laatste plaats het welzijn van de kinderen.⁵

Referenties

1. Coté S, Affdal AO, Kadoch IJ, Hamet P, Ravitsky V. Posthumous reproduction with surplus in vitro fertilization embryos: a study exploring users' choices. *Fertil Steril*. 2014;102(5):1410-1415.
2. Batzer F. et al. Postmortem parenthood and the need for a protocol with posthumous sperm procurement. *Fertil Steril*. 2003;79(6):1663-1269.
3. Verdijk J. De expansie van moderne voortplantingstechnieken Postmortale voortplanting: is de Nederlandse wetgeving adequaat genoeg? Masterscriptie. <https://scripties.uba.uva.nl/download?fid=c5006741> (date latest accessed: 16-09-2024).
4. Oudhof GT. Het belang van het kind bij kunstmatige voortplanting na overlijden: What's in the name. *Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht*. 2002;24(11):288-298.
5. Schrijvers AM, Bod HMW, van Rooij F, Gerrits T, Van der Veen F, Mochtar MH, Visser M. Being a donor-child: wishes for parental support, peer support and counseling. *J. Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019; 40(1):29-37.

Intentioneel co-ouderschap

Sara Coster *counselor gespecialiseerd in diversiteit in gezinsvormen (intentioneel co-ouderschap, draagmoederschap en donorconceptie)*

Intentioneel co-ouderschap is een gezinsvorm waarbij twee of meerdere ouders die geen liefdesrelatie met elkaar hebben, besluiten samen kinderen te krijgen en groot te brengen. Meestal doen ze dat in twee huishoudens: één gezin in twee huizen. Er kunnen slechts twee ouders juridisch ouder worden. Voorbeelden van dit soort gezinnen zijn beschreven in diverse boeken.^{1,2,3} Deze co-ouders delen de opvoedingsverantwoordelijkheid, ze nemen samen de beslissingen.

Het is belangrijk dat wensouders, voordat er sprake is van pogingen tot conceptie, elkaar heel goed leren kennen en veel onderwerpen met elkaar bespreken, zoals de verdeling van de dagen, wie biologisch ouder wordt, wie juridisch ouder wordt en of diegene ook gezag krijgt. Hoe dichtbij elkaar willen de ouders gaan wonen, hoe gaan ze de eerste periode langzaam naar de gewenste verdeling toe groeien, hoe denken ze over opvoeding en nog veel en veel meer zaken. Een hulpmiddel kan een speciaal ontwikkelde kennis-makingsvragenspel zijn.⁴

Het advies is om voor de pre-conceptie naar een gespecialiseerde counselor te gaan. Deze kun je vinden via Point Netwerk (Nederlands/Belgische beroepsvereniging voor fertiliteitscounselors)⁵ en/of via DuRF (Nederlandse register voor Rainbowfamily Professionals).⁶ Een ander advies is om de gemaakte afspraken vast te leggen in een overeenkomst bij een gespecialiseerde familierechtadvocaat of notaris. Deze zijn ook te vinden via DuRF. Dit zijn dringende adviezen vanuit het werkveld, maar het is niet verplicht.

Wetgeving niet in overeenstemming met praktijk

In Nederland kan een kind momenteel maar twee juridische ouders hebben. Als een co-oudergezin uit meer ouders bestaat, spreek je van een meeroudergezin en zijn er één of twee ouders wettelijk geen ouder van het kind. De enige reden dat de term meeroudergezin bestaat, komt door de tekortkoming in de wet, anders zou er geen term hoeven te bestaan die aangeeft dat er meer dan twee ouders zijn. Dan volstaat één-, twee-, drie- en vieroudergezin.

In 2016 verscheen het rapport van de Staatscommissie Herijking ouderschap met als doel de regering te adviseren over noodzakelijke wetwijzigingen, zodat er voor de kinderen die opgroeien in meeroudergezinnen en in gezinnen dankzij de hulp van een draagmoeder net zo goed gezorgd kan worden als voor kinderen in gezinsvormen waarin de wet wel voorziet.⁷

De huidige wetgeving is niet meer in overeenstemming met de praktijk. De Staatscommissie adviseerde unaniem om meerouderschap, meeroudergezag en draagmoederschap goed te gaan regelen. Inmiddels ligt er een wetsvoorstel voor draagmoederschap. Het proces rondom de wetgeving voor

meeroudergezinnen verloopt langzamer. In het eerste kwartaal van 2025 stuurt de staatssecretaris een brief naar de Tweede Kamer met daarin een verslag over een aantal uitgevoerde aanvullende onderzoeken^{8,9}, ondanks het feit dat de Staatscommissie al diverse onderzoeken heeft gedaan. Klinieken worstelen intussen met de gezinsvorm intentioneel co-ouderschap. Op het moment dat een 'setje' wensouders dat intentioneel co-ouderschap wil, zich bij een kliniek meldt, bijvoorbeeld omdat fertiliteitsproblemen zijn, kan de kliniek hen alleen registreren als 'partner' of als 'donor'. Maar beide opties zijn hier niet van toepassing en dat heeft verstrekende gevolgen voor de wensouders. Moeten ze doen alsof ze een amoureuus koppel zijn? Of wordt de wensvader als donor geregistreerd? Maar ook dat klopt niet, en dan vallen ze onder andere regels die ook niet op hen van toepassing zijn.

Casus

Twee co-wensouders (single homoman en single heterovrouw) hebben fertiliteitsproblemen en gingen eerst naar een regionaal ziekenhuis, waar ze geregistreerd werden als 'gewoon' koppel waardoor als heterokoppels werden behandeld.

De wensmoeder geeft aan: 'Dat was fijn. Ook geen extra kosten.' Maar het klopte niet met de feitelijke situatie. Na een lang en onsuccesvol traject stapten ze naar een meer specialistische kliniek. Ze waren erg tevreden over deze kliniek maar niet over de regels. Wensmoeder: 'Ik werd beschouwd als alleenstaand, ondanks al mijn pogingen om uit te leggen dat ik er allesbehalve alleen voor stond. Dat betekende een verplichte psychologische screening (op eigen kosten) om te kijken of ik er wel toe in staat zou zijn om in mijn eentje een kind op te voeden. Maar ik sta er niet alleen voor, ik ga co-ouderen met de vader, we doen het samen. Ook mocht ik bij inseminaties (doordat ik 'alleen' was) niet meer dan twee rijpe eitjes hebben, omdat de kans op een meerling dan groter zou zijn. Dat was in mijn situatie als alleenstaande volgens hen niet wenselijk, dus moesten we die cyclus overslaan. Man-vrouwkoppels krijgen wel de keuze of zij het risico op een meerling willen lopen.'

Omdat er geen sprake is van een liefdesrelatie, werd de wensvader als donor beschouwd en als zodanig geregistreerd. 'Mijn pogingen om uit te leggen dat hij gelijkwaardig papa zou worden en dat er wel degelijk sprake is van een relatie (alleen geen liefdesrelatie), hielpen niet. Dit betekende onder andere dat de wensvader stelselmatig donor werd genoemd in alle schriftelijke en mondelinge communicatie. Dat vonden we uiterst kwetsend en geen recht doen aan zijn rol en betrokkenheid.'

De wensvader moest na het ontstaan van een goede zwangerschap aangemeld worden bij het landelijke donorregister,

zodat het kindje later diens biologische afkomst zou kunnen vinden. Dat hij het kindje al vroeg tijdens de zwangerschap zou erkennen, maakte hierin geen verschil. Verder moest de wensvader frequent soa-testen doen, wat bij heterokoppels niet in die mate hoeft. Dit leverde naast frustratie ook extra kosten op, want dit wordt niet vergoed. De inseminaties mochten vanwege het donorschap en de daarbij behorende soa-risico's alleen met ingevroren zaad gebeuren. Het zaad van de wensvader was 'vers' prima, maar na invriezen en ontdooien van matige kwaliteit.

Bij man-vrouwkoppels kan er gewoon met vers zaad geïnsemineerd worden. 'In een man-vrouwlieddesrelatie mag je als vrouw blijkbaar zelf inschatten hoe groot het risico op een soa via je man is. In onze 'relatie' mocht ik daar niet zelf over oordelen. Gevoelsmatig vond ik het vooral erg vervelend dat de wensvader steeds donor werd genoemd. Hij was geen donor maar de toekomstige papa, en hij steunde me door dik en dun, en hield m'n hand vast bij nare behandelingen. Daarnaast had de donorprocedure negatieve invloed op onze zwangerschapskansen.'

Wensouders behandelen conform gezinswens

Man-vrouwkoppels met een amoureuze relatie worden als partners behandeld. Ook als zij een latrelatie hebben worden ze geregistreerd als partners. Welke criteria moeten er getoetst worden als bewijs van partnerschap? Bewijs van gehuwd zijn? Partnerregistratie? Samenwonen? Of moet er sprake zijn van coitus, maar wat dan bij seksuologische problematiek? Wat als het kind later ontdekt dat er een registratie is in het donorregister? Was het de bedoeling dat papa donor zou zijn in plaats van co-ouder? De vraag is: waarom kunnen deze wensouders niet behandeld worden conform hun gezinswens? Wat staat er in de weg en waarom bestaat het vakje 'intentioneel co-ouderschap' niet? Er hoeft niet op wetgeving voor meerouderschap gewacht te worden, dat staat hier los van.

Monique Mochtar, gynaecoloog voortplantingsgeneeskunde, legt uit: 'Als arts heb je te maken met verschillende wet- en regelgeving. Recent is er wel enige vooruitgang geboekt. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) geeft toestemming dat vers zaad gebruikt mag worden als er al eerder zelfinseminatie is gedaan. We hebben ook te maken met de van de Europese wet SOHO afgeleide Wet Kwaliteit en Veiligheid Lichaamsmateriaal, waardoor we alleen de begrippen partner of donor kennen. En is er ook nog de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting. Zodra een zwangerschap met behulp van het ziekenhuis tot stand komt, gaat deze gelden. De co-vader wordt geregistreerd als donor bij het College Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (CDKB), omdat de wet alleen het begrip partner en het begrip donor kent. Er kan geen onderscheid worden gemaakt tussen een 'eigen' meegebrachte donor en een co-ouder. Deze wet is ook van toepassing bij IVF-draagmoederschap. De genetische ouders 'doneren' het embryo aan de draagmoeder en moeten dus geregistreerd worden bij het CDKB. Deze registratie blijft staan, ook al is de adoptieprocedure geweest en zijn zij juridisch en genetisch de ouders van het kind. Een ander voorbeeld is eiceldonatie binnen een vrouw-vrouwre-

latie. Beide moeders worden de juridische ouders, maar toch moet de vrouw die de eicellen afstaat, geregistreerd worden. Onzin? Het argument is dat een kind altijd ergens zijn of haar ontstaansgeschiedenis moet kunnen achterhalen. Hier staan de behandelaars natuurlijk achter. Dus met gezonde tegenzin worden deze ouders geregistreerd als donoren.'

Adviezen aan de behandelaren

Wat je als professional in de huidige situatie kunt doen, is wensouders helder uitleggen waarom de situatie zo is als die is. Je kunt hen in mondelinge en schriftelijke communicatie op de juiste manier aanspreken, en als het er meer dan twee wensouders zijn, ze gelijkwaardig aanspreken en betrekken. Een derde of vierde stoel voorafgaand aan een gesprek bij zetten wordt ook zeer gewaardeerd. Vraag wensouders welke woorden zij gebruiken, noteer die in het dossier en zorg dat je die gebruikt. Noem de co-ouder geen donor. Is een wensouder non-binair, vraag dan naar de voornaamwoorden die die gebruikt, je kunt eventueel ook naar een voorbeeldzin vragen.

Vermijd vragen als 'wie wordt de echte vader?', maar vraag 'wie wordt de biologische vader?' Vragen waar je mening in verweven zit kunnen als vervelend of stigmatiserend worden ervaren. Je denkt vast dat behandelaren geen vragen stellen als 'ben je niet bang dat je spijt krijgt?', 'vind je het niet heel moeilijk om straks je baby te delen?' of 'ben je niet bang dat je kind ook gay zal zijn?', maar helaas is dit wel de ervaring van co-ouders.

Hopelijk lukt het om wetten en registratiesystemen aangepast te krijgen aan de feitelijke situatie en kunnen we wensouders ooit gewoon op een passende manier registreren en behandelen. En het wordt tijd dat de adviezen uit het rapport van de Staatscommissie Herijking ouderschap worden opgevolgd.

Referenties

1. Een echte ouder - Eke Krijnen (meerouderschap met 2 moeders en 1 vader)
2. De wens en de vaders - Sara Coster (meerouderschap met 2 vaders en 1 moeder)
3. Co&Zo - RickPaul van Mulligen en Nina de la Croix (meerouderschap met 2 vaders en 1 moeder)
4. Vragenspielen voor wensouders Sara Coster Vraagt: www.saracoster.nl/spel
5. www.pointnetwerk.nl/
6. www.durf.online
7. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/12/07/rapport-van-de-staatscommissie-herijking-ouderschap-kind-en-ouders-in-de-21ste-eeuw
8. www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2023/10/06/tk-bijlage-1-waarden-en-wensen-bij-een-wetswijziging-meerouderschap-en-gezag/tk-bijlage-1-waarden-en-wensen-bij-een-wetswijziging-meerouderschap-en-gezag.pdf
9. www.rsj.nl/documenten/rapporten/2024/10/01/advies-het-be-lang-van-het-kind-in-meeroudergezinnen

Eicelbanken in Nederland

dr. Taghride (Sabra) Dahhan *gynaecoloog, subspecialist voortplantingsgeneeskunde*

dr. Brigitte Arends *klinisch embryoloog*

drs. Anna Candido *senior fertiliteitsarts*

allen UMC Utrecht

Vrouwen met een kinderwens maar die zelf geen functionele eierstokken meer hebben, bijvoorbeeld door vroegtijdige menopauze, komen in aanmerking voor eiceldonatie. Andere redenen voor eiceldonatie zijn gefaalde IVF-behandelingen door een oorzaak in de eicelkwaliteit of een ernstige genetische aandoening waarbij embryo-selectie (PGT) niet wenselijk of mogelijk is.

In 2006 werd in Japan een revolutionaire techniek uitgevonden: vitrificatie van eicellen. Prof. S. Repping reisde af naar Japan om deze kunst te leren en was de eerste die deze techniek naar Nederland haalde. Vervolgens brak prof dr. F. van de Veen een lans voor het invriezen op sociale indicatie en mengde zich in het publieke en maatschappelijke debat rondom deze behandeling. Dankzij deze inspanningen kwam er toestemming vanuit de politiek voor het invriezen van eicellen voor alle indicaties en konden dus ook eicellen worden ingevroren ten behoeve van toekomstige donatie. De eerste eicelbank in Nederland werd in 2012 opgericht in het UMC Utrecht door prof. dr. B. Fauser en dr. A.M.E. Bos. Deze bank was een belangrijke stap om vrouwen die niet zwanger konden worden met hun eigen eicellen, in Nederland te helpen met eiceldonatie. Door het schrijnende tekort aan eiceldonoren werden veel Nederlandse vrouwen gedwongen donoren te zoeken in het buitenland, waar eiceldonatie vaak anoniem is en het dus moeilijk wordt voor het toekomstige kind de identiteit van de donor te achterhalen. De oprichters hoopten met deze eicelbank het vruchtbaarheidstoerisme voor deze behandeling te beperken en deden onderzoek naar draagvlak voor een eicelbank in Nederland waarna bleek dat er grote steun was van patiënten tot het oprichten van een eicelbank.² Inmiddels zijn er meerdere eicelbanken in Nederland; in het TFP Medisch Centrum Kinderwens in Leiderdorp en in het Amsterdam UMC.

Het traject van eiceldonatie

Als eiceldonoren zich hebben gemeld als potentiële donor, worden zij zowel medisch, serologisch, genetisch en psychosociaal gescreend. Eiceldonoren dienen bij voorkeur niet ouder te zijn dan 36 jaar, gezond te zijn en goed geïnformeerd te zijn over de behandeling zodat zij een weloverwogen beslissing maken om hun eicellen te doneren. Hierbij is bijvoorbeeld steun vanuit een eventuele partner van de eiceldonor wenselijk en deze wordt dan ook bij voorkeur betrokken bij de counseling.

Eiceldonoren worden blootgesteld aan de risico's die gepaard gaan met ovariële stimulatie, follikelpunctie en (indien de punctie onder sedatie wordt verricht) anesthesie. Het risico op ernstige ovarieel hyperstimulatiesyndroom

(OHSS) is klein afhankelijk van de gekozen stimulatieschema, evenals andere complicaties zoals infectie of bloeding (1% tot 2%). Het herhaaldelijk ondergaan van ovariële stimulatie en follikelpunctie geeft geen significant verhoogd risico op kanker.³⁻⁵ Er zijn ook geen aanwijzingen dat eiceldonatie geassocieerd is met veranderingen in de ovariële reserve van de donor.⁶

Eicelbank UMC Utrecht resultaten

Sinds 2012 hebben 86 vrouwen eicellen gedoneerd aan de eicelbank. 115 verschillende wensmoeders/ouders hebben één of meerdere behandeling gehad. Hiervan is bij 49 eicelacceptoren een doorgaande zwangerschap ontstaan en bij enkelen twee doorgaande zwangerschappen. Momenteel heeft het UMC Utrecht van 29 verschillende donoren ruim 300 eicellen opgeslagen in de eicelbank.

De Embryowet verbiedt commerciële eiceldonatie in Nederland. De eicelbanken hanteren een vergoeding voor de onkosten van ongeveer 800 euro per behandeling. Daarnaast worden reiskosten die in het kader van de donatiebehandeling worden gemaakt vergoed. Dit is in lijn met de internationale richtlijnen, die stellen dat financiële compensatie voor eiceldonoren te verdedigen is om 'de tijd, het ongemak en de pijn/moeite die gepaard gaan met screening, ovariële stimulatie en eicelwinning te erkennen'.⁷

Wensouders

De eicelbanken hanteren een leeftijdsgrens voor wensmoeders en andere specifieke contra-indicaties die per eicelbank verschillen. Zo is de leeftijdsgrens voor het ontvangen van eicellen van de eicelbank in het UMC Utrecht 43 jaar, in TFP Medisch Centrum Kinderwens 40 jaar en in het Amsterdam UMC 50 jaar. Bij de intake van wensouders wordt een medische en psychosociale screening verricht bij wensmoeder en partner. Als hieruit contra-indicaties blijken (bijvoorbeeld ernstige ziekte waarbij zwanger worden niet veilig is, of ernstige verslavingsproblematiek), wordt de behandeling met gedoneerde eicellen niet verricht.

Bij de intake wordt informatie gegeven over de risico's van de behandeling (onder andere de verhoogde obstetrische risico's bij een zwangerschap na eiceldonatie), de kans op zwangerschap en de kosten (5.000 euro) die gepaard gaan met de behandeling. Er wordt bij de selectie van de eiceldonor door de arts zoveel mogelijk gematched op uiterlijke kenmerken die overeenkomend met de eicelacceptor. Er wordt informatie verstrekt over het donorpaspoort en de registratie van de donor bij SDKB (Stichting Donorgegevens), en er wordt besproken dat het kind vanaf 16 jaar deze gegevens zelfstandig kan opvragen. Ook wordt uitgelegd dat er een maximum is van twaalf gezinnen per eiceldonor, maar dat

dit aantal vrijwel nooit wordt bereikt bij eiceldonoren. Net als bij spermadonoren is de maximum leeftijd van uitgifte eicellen 56 jaar.⁸

De toekomst

Het is aannemelijk dat er in de toekomst een aanzienlijke hoeveelheid overtollige eicellen beschikbaar zal zijn van vrouwen die op 'sociale' indicatie in het verleden eicellen hebben laten invriezen. De follow-up data van het grootste cohort 'social freezers' (n= 5289) toonde aan dat over een periode van tien jaar slechts 12% terugkwam om de ingevroren eicellen te gebruiken voor een eigen zwangerschap.⁹ Zij krijgen de optie hun ingevroren eicellen die zij niet zelf wensen te gebruiken onder bepaalde voorwaarden doneren aan de eicelbank. Deze route is relatief nieuw en kent zowel praktische als ethische uitdagingen.^{10,11}

Een vrouw die eicellen voor zichzelf opslaat, wordt niet geadviseerd of gescreend zoals bij een eiceldonor gebeurt. De situatie ten tijde van de eiceldonatie kan volledig verschillen van de situatie ten tijde het invriezen. In de praktijk zitten daar vele jaren tussen, en zal bij de wens tot eiceldonatie alsnog uitvoerige counseling moeten plaatsvinden om informed consent mogelijk te maken. Als gevolg daarvan moeten eicelbewaarders die willen doneren, terugkeren naar de kliniek voor aanvullende psychosociale counseling, genetische en medische tests en het verstrekken van informatie. Deze stappen impliceren meerdere bezoeken aan de kliniek, tijdsinvestering en psychologische stress op een moment dat de vrouwen hun eigen reproductieve plannen hebben afgesloten (gewenst of ongewenst). Dat zorgt voor het dilemma hoeveel mentale belasting rondom screening acceptabel is voor potentiële eiceldonoren.

En dan zijn er de psychologische risico's wanneer een eicelbewaarder een donor wordt. Een vrouw die zo'n sterke kinderwens had dat ze haar eicellen invroor, maar uiteindelijk geen kind kreeg, kan sociale, emotionele en psychologische stress ervaren als ze ontdekt dat een andere vrouw een kind heeft gekregen met behulp van haar eicellen. Hoe vaak donoren spijt (zullen) hebben, weten we op dit moment niet en is moeilijk te voorspellen.

Tot op heden is er geen consensus tussen de klinieken over hoe voormalige eicelbewaarders financieel gecompenseerd moeten worden. Sommige klinieken geven hen dezelfde compensatie als reguliere eiceldonoren, terwijl andere klinieken geen vergoeding geven aan voormalige eicelbewaarders, omdat zij oorspronkelijk geen behandeling voor anderen maar voor zichzelf hebben ondergaan. Kortom, op het gebied van eiceldonatie vanuit eerdere 'sociale' eicelpreservatie is nog veel onbekend en verder onderzoek op dit vlak zal hierover meer informatie kunnen geven.

Eicelbank en wachtlijsten

Er is nog altijd een tekort aan gedoneerde eicellen, waardoor patiënten soms (lang) moeten wachten voordat zij kunnen starten met hun eiceldonatiebehandeling. Patiënten die eicellen willen doneren, kunnen zich zonder wachttijd melden bij één van de drie eicelbanken in Nederland. Voor het ontvangen van eicellen vanuit de eicelbank in het Amsterdam

UMC en TFP Medisch Centrum Kinderwens is momenteel een wachtlijst. Wensouders die eicellen willen ontvangen, kunnen zonder wachtlijst terecht bij de eicelbank van het UMC Utrecht.

Referenties

1. Semen/Zaad/sperma (nvog.nl)
2. Bos AM, Klapwijk P, Fauser BC. Steun voor eiceldonatie en -banking in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2012;156(5).
3. Bodri D, Guillen JJ, Polo A, Trullenque M, Esteve C, Coll O. Complicaties gerelateerd aan ovariële stimulatie en eicelpunctie in 2052 eiceldonorcycli. *Reprod Biomed Online*. 2008;17:237-243.
4. Venn A, Watson L, Lumley J, Giles G, King C, Healy D. Incidentie van borstkanker en eierstokkanker na onvruchtbaarheid en IVF. *Lancet*. 1995;346:995-1000.
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Vruchtbaarheidsmedicijnen en kanker: een richtlijn. *Fertil Steril*. 2016;106:1617-1626.
6. Bukulmez O, Li Q, Carr BR, Leader B, Doody KM, Doody KJ. Herhaalde eiceldonatie vermindert het serum anti-mülleriaans hormoonniveau niet. *Fertil Steril*. 2010;94:905-912.
7. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Financiële compensatie van eiceldonoren: een ethische verklaring. *Fertil Steril*. 2021;116(2):319-325. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.03.040.
8. (Landelijk standpunt sperma donatie (nvog.nl))
9. Pennings G. Wanneer electieve eicelvriezers eiceldonoren worden: praktische en ethische kwesties. *Reprod Biomed Online*. 2023;47(1):151-156. doi: 10.1016/j.rbmo.2023.03.019.
10. Polyakov A, Rozen G. Social egg freezing en donatie: verspil niet, wil niet. *J Med Ethics*. 2021;medethics-2020-106607. doi: 10.1136/medethics-2020-106607.
11. Mertes H, Pennings G, Dondorp W, de Wert G. Implicaties van eicelcryopreservatie voor de praktijk van eiceldonatie. *Hum Reprod*. 2012;27(10):2886-2893. doi: 10.1093/humrep/des250.

Embryodonaties in Nederland

dr. Jacqueline Pieters *gynaecoloog*

dr. Martine van Miltenburg *klinisch embryoloog*

beiden TFP Medisch Centrum Kinderwens

Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat embryodonatie een succesvolle behandeling kan zijn voor onvruchtbare paren. In dit artikel gaan we in op de geschiedenis, de achtergronden, het protocol en de resultaten voor altruïstische embryodonatie van de enige embryobank van Nederland: het TFP Medisch Centrum Kinderwens te Leiderdorp.

Sinds 2011 slaat het TFP Medisch Centrum Kinderwens overgebleven (surplus) cryo-embryo's op in de embryobank van paren die IVF/ICSI-behandelingen hebben ondergaan. Alle wensouders en donerende ouders doorliepen een grondige medische en psychologische screening volgens het protocol dat is opgesteld in nauwe samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Wetgeving en richtlijnen

In de Nederlandse wet is vastgelegd dat doneren van embryo's is toegestaan, mits het gaat om surplus embryo's uit een IVF/ICSI-procedure en de donateurs volwassenen zijn, voldoende begrip hebben en goed zijn gecounseld. Embryo's mogen niet worden 'gecreëerd' met als doel om ze te doneren.¹ Tevens zegt de wet dat donatie om niet dient te geschieden, er mag slechts een kleine vergoeding van de gemaakte kosten worden gevraagd. De donatie van embryo's dient een altruïstische daad te zijn, zoals dit ook geldt voor sperma-, eikel- en orgaandonatie.

In de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting² is vastgelegd dat alle kinderen die geboren worden uit gameetdonatie, dienen te worden geregistreerd bij de CDKB (College Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting), een overheidsinstantie waar later ook de kinderen terecht kunnen om hun genetische afkomst te achterhalen.³ Het CDKB registreert en bemiddelt, vaak in samenwerking met ervaren counselors van het Fiom, een expertisecentrum op het gebied van ongewenste zwangerschap, verwantschapsvragen en adoptie.^{4,5} In het Burgerlijk Wetboek is vastgelegd dat de vrouw die het kind draagt en baart, juridisch de moeder is en haar echtgenoot of geregistreerde partner juridisch de mede-ouder.^{1,6}

Psychologische screening donoren en wensouders

Door een gespecialiseerde gynaecoloog en een getrainde medisch maatschappelijk werker wordt beoordeeld hoe mensen omgaan met het afstaan van embryo's aan anderen/onbekenden, en of er geen twijfel of onderlinge discussie hierover is. Hierbij staat het welzijn van het toekomstige kind altijd voorop. Donoren worden psychologisch gescreend door een getrainde medisch maatschappelijk werker om te beoordelen of er risico's zijn op psychologische of psychiatrische problematiek bij het nageslacht. Bij twijfel worden de

embryo's niet geaccepteerd voor donatie via de embryobank. Er wordt geadviseerd alles nog eens goed te overwegen en onderling te bespreken, eventueel kan in latere jaren opnieuw worden beoordeeld of donatie via de embryobank aan onbekenden of aan bekenden mogelijk is.

Bij wensouders is het van belang om de draagkracht aangaande het krijgen van een niet-genetisch kind te beoordelen, de attitude ten opzichte van de geadviseerde openheid naar het kind te bespreken en de verwerking van de eigen onvruchtbaarheid goed psychologisch te beoordelen.

Bij donatie van de embryobank aan onbekenden wordt uitgebreid stilgestaan bij de openheid die wij adviseren aan de toekomstige ouders. Dit betekent dat het kind in de toekomst mogelijk een verzoek doet om in contact te komen met de embryodonator, maar dat het onzeker is of dit ook daadwerkelijk zal gebeuren. Er wordt benadrukt dat de embryodonator zelf geen enkele mogelijkheid heeft om na te gaan waar en bij wie het toekomstige kind uit hun embryodonatie opgroeit. Tevens krijgen donoren het advies om hun eigen kinderen in te lichten over het feit dat er cryo-embryo's zijn gedoneerd, en dat er dus ergens op de wereld een honderd procent volledig genetisch verwante broer of zus bestaat. Ook dienen hun kinderen te weten dat zij zelf nooit kunnen gaan zoeken naar dit kind, maar moeten afwachten of dit kind ooit contact zal zoeken. Bij donatie aan bekenden zal er zeer waarschijnlijk contact zijn, maar ook daar wordt nadrukkelijk gecounseld over het belang van openheid. In deze situatie wordt extra aandacht besteed aan verandering van de onderlinge relatie zodra er een kind wordt geboren. Er kan sprake zijn van een 'extended family' maar ook juist verwijdering ontstaan door onenigheid of te veel bemoeienis.⁷

Medische screening donoren en wensouders

Embryodonoren worden anamnestic middels stamboomonderzoek gescreend op het voorkomen van familiale aandoeningen. Ook de gezondheid van de bestaande kinderen wordt nagevraagd. Het jongste kind van de donor(en) moet minstens één jaar oud zijn. De donoren vullen een uitgebreide anamnesedossier in waarin gedetailleerd gevraagd wordt naar eventuele aandoeningen tot op oma- en opa-niveau.

Bij het beoordelen van de medische indicatie van de wensouders wordt nagegaan of er werkelijk geen mogelijkheden zijn voor een toekomstig ouderschap met eigen gameten. Indien dat mogelijk is met gameten van een van beide ouders, heeft dit de voorkeur en is er geen medische indicatie het een embryodonatietraject op te starten. Van belang is een goede counseling over de verhoogde medische risico's bij zwangerschap na embryodonatie, uitleg over de

verhoogde risico's op een miskraam, hypertensie, pre-eclampsie, groeivertraging, placentabloedingen en vroeggeboorte.⁸

Algemene casuïstiek

Embryodonatie is een 'last resort'-behandeling. De wensouders staan na eindeloze behandeltrajecten met lege handen. Het gaat om zowel heteroparen, lesbische paren als ook alleenstaande vrouwen. Zij hebben nog een allerlaatste kans op ouderschap via gedoneerde cryo-embryo's. Dit kunnen embryo's zijn van bekenden of van onbekenden die gescreend zijn in de kliniek. De donoren vertellen allen eenzelfde verhaal: het geluk van een gezin met gezonde kinderen, de moeite die het heeft gekost om tot dit geluk te komen en de wens dat de overgebleven cryo-embryo's geluk mogen brengen aan een (onbekende) ander.⁹

Resultaten

Vanaf de start in 2011 tot oktober 2024 hebben 126 vrouwen (inclusief eigen donoren) embryo's ontvangen van onze embryobank, allemaal single embryotransfers (SET's). De meeste vrouwen ondergingen één tot drie embryotransfers (gemiddeld 1,9 embryo's). Van de 234 embryotransfers waren 59 succesvol (25,2% klinisch zwanger) en leidde het in 37 transfers tot een doorgaande zwangerschap/kind (15,8%). Cumulatief was er per wensmoeder 29,4% kans op een doorgaande zwangerschap/kind.

Bespreking

Wereldwijd liggen miljoenen surplus cryo-embryo's opgeslagen, nadat mensen hun kinderwens succesvol hebben kunnen vervullen door een IVF- of ICSI-procedure. Bij deze procedures wordt het creëren van meerdere embryo's expliciet nagestreefd om de kans op zwangerschap in één stimulatie- en extractiecyclus te vergroten. Als de kinderwens is vervuld en het gezin compleet is, blijkt het voor velen moeilijk om de resterende gecryopreserveerde embryo's te vernietigen. De embryo's zijn met veel moeite tot stand gekomen en de resterende cryo's vertegenwoordigen voor de ouders toekomstig leven waar zorgvuldig mee omgegaan dient te worden. Ook doneren aan de wetenschap wordt dikwijls gezien als vernietigen, hoewel men zeer blij is dat de embryo's nog enig maatschappelijk of wetenschappelijk nut krijgen.

In de internationale literatuur zijn voldoende publicaties over het welzijn van de ouders bij embryodonatie (donerend en acceptierend) en de kinderen.¹⁰ Uit al deze studies blijkt dat de donerende ouders erg gelukkig zijn met de mogelijkheid om vernietiging van de overgebleven cryo-embryo's te voorkomen, nadat zij hun gezin als compleet beschouwen. Zij gunnen een ander ook het geluk van een kind, wetende welke emoties en verdriet ongewilde kinderloosheid kan brengen.

De wensouders zijn op hun beurt zeer gelukkig met deze ultieme mogelijkheid tot het krijgen van een kind, nadat alle andere behandelingen niet succesvol waren.

De kinderen die ontstaan uit embryodonatie, zullen meestal opgroeien als enig kind, maar hebben de mogelijkheid om

vanaf hun 16e jaar kennis te maken met hun genetische ouders, broers en zussen. In studies uit Australië en Nieuw-Zeeland wordt gesproken over het ontstaan van een 'extended family'. In deze landen is het gebruikelijk om de donerende ouders en de wensouders met elkaar te laten kennismaken en met wederzijds goedvinden de donatieprocedures te doen. In onze kliniek hebben wij hier ook ervaring mee, een deel van de gedoneerde embryo's werd bestemd voor bekenden of familie.

Besluit

Altruïstische embryodonatie van overgebleven cryo-embryo's van paren die IVF hebben ondergaan vanwege de eigen subfertiliteit, wordt door hen als een mooie optie gezien. Via embryodonatie krijgt een aantal wensouders een ultieme kans op ouderschap, terwijl zij anders kinderloos waren gebleven.

Referenties

1. <https://wetten.overheid.nl/embryowet>
2. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0013642/2021-07-01>
3. www.donorgegevens.nl/
4. <https://fiom.nl/donorconceptie/>
5. ASRM Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: an ethics committee opinion. *Fertil Steril.* 2018; 109: 601-605.
6. ASRM Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Interests, obligations, and rights in gamete and embryo donation: an ethics committee opinion. *Fertil Steril.* 2019; 111(4): 664-670.
7. Goedeke S, Daniels K. We wanted to choose us: how embryo donors choose recipients for their surplus embryos. *J Reprod Infant Psychol.* 2018; 36(2): 132-143.
8. Blazquez A, García D, Vassena R, Figueras F, Rodriguez A. Risk of preeclampsia in pregnancies resulting from double gamete donation and from oocyte donation alone. *Pregnancy Hypertens.* 2018; 13: 133-137.
9. Pieters J, van Miltenburg M. Altruistic Donation of Surplus Embryos to Known and Unknown Recipients, The Dutch Approach. *Int J Fertil Steril.* 2022 Aug 21;16(3):230-236.
10. Goedeke S, Daniels K, Thorpe M. Embryo donation and counselling for the welfare of donors, recipients, their families and children. *Hum Reprod.* 2016; 31(2): 412-418.

Wel of geen medische ondersteuning bij genetisch draagmoederschap?

Sjors Veenendaal *social worker, fertiliteitscounselor, (relatie)therapeut*

Een kinderwens hebben, maar geen kind kunnen dragen: een dilemma voor mensen die geen (werkende) baarmoeder hebben of waarbij een zwangerschap significante medische risico's oplevert.

Bij draagmoederschap draagt de draagmoeder een kind voor wensouder(s). Na de geboorte draagt de draagmoeder het kind over aan de wensouders.¹ Er zijn drie soorten draagmoederschap:

- Traditioneel draagmoederschap ofwel genetisch draagmoederschap. De draagmoeder is zwanger van haar eigen eikel en het sperma van de wensvader. Hiervoor is meestal geen medische assistentie nodig.
- Niet-genetisch draagmoederschap met een eikel van de wensmoeder. Hierbij is de draagmoeder via IVF zwanger geworden van een eikel van de wensmoeder en sperma van de wensvader.
- Niet-genetisch draagmoederschap met een eikel van een eiceldonor. Hierbij is de draagmoeder via IVF zwanger van het sperma van de wensvader en eikel van een eiceldonor.

Er wordt ook veel gesproken over laag-technologisch of traditioneel draagmoederschap en hoogtechnologisch of IVF-draagmoederschap. Dit zijn termen die de lading niet dekken en worden bij voorkeur niet meer gebruikt.

Er wordt nog geen medische ondersteuning geboden bij genetisch draagmoederschap. In dit artikel onderzoeken we waarom deze ondersteuning nog niet geboden wordt en onder welke omstandigheden deze ondersteuning in de toekomst mogelijk wel geboden kan worden. Laten we aan de hand van de volgende casus kijken naar de context.

Waar een wens is, is een weg

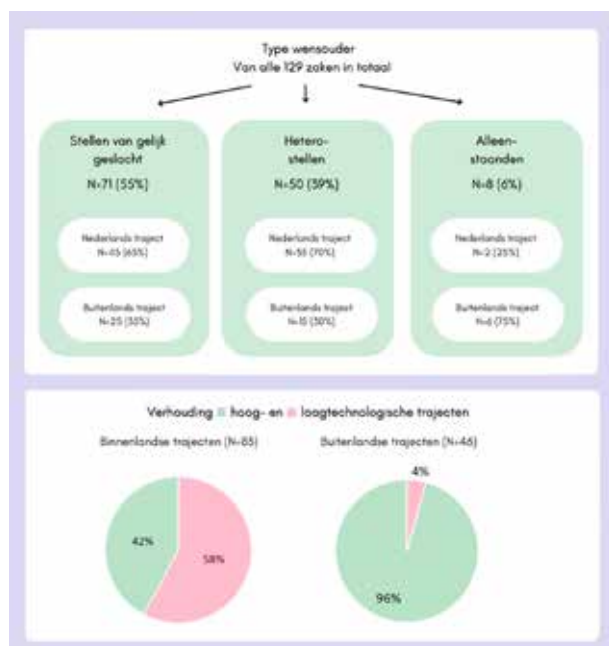
Vigo en Tim zijn een koppel met een kinderwens. Lieke is de tweelingzus van Vigo en heeft met haar man een compleet gezin. Toen Vigo op mannen bleek te vallen, was het duidelijk voor Lieke en haar man: Lieke wilde een kindje dragen voor haar broer. In de relatie van Tim en Vigo is hun kinderwens nog altijd actueel. Nu het gezin van Lieke na twee ongecompliceerde, prettige zwangerschappen en bevallingen compleet is, is er ruimte voor haar draagwens. Kortom, de tijd is aangebroken om invulling te geven aan hun gezamenlijke wens. Voor alle partijen voelt dit als een mooi proces, aangezien de kinderwens van Vigo en Tim en de draagwens van Lieke zullen uitkomen. Ook vinden ze deze constructie een fijn idee voor het nog ongeboren kind. Zo krijgt het een overzichtelijke afstammingsinformatie en ontstaansgeschiedenis.

Echter, Lieke heeft wegens een cyclusstoornis medicatie voor ovulatie-inductie nodig om zwanger te kunnen worden. Hoe hard ze echter ook zoeken, in Nederland is er geen arts die medicatie voorschrijft aangezien het om genetisch draagmoederschap gaat.

Historie van draagmoederschap

Draagmoederschap is door onze geschiedenis verweven. Met de geboorte van Louise Brown in 1978 (de eerste IVF-baby) ontsproot een medische revolutie en kwamen er steeds meer medische mogelijkheden voor reproductie. Daarmee werd draagmoederschap mogelijk, maar er gold een wettelijk verbod op draagmoederschap en dus werd de benodigde behandeling hiervoor niet uitgevoerd in Nederlandse ziekenhuizen en klinieken. Na jarenlang onderzoek en activisme onder leiding van gynaecoloog dr. Sylvia Dermout werd draagmoederschap met gameten van beide wensouders in 1997 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het Planningsbesluit IVF onder strikte voorwaarden opgenomen.² In 2002 trad de Embryowet in werking die meer kaders gaf rondom onder andere donatie en draagmoederschap.³ In 2006 startte het VUMC onder leiding van dr. Roel Schats niet-genetisch draagmoederschap, voorheen hoogtechnologisch draagmoederschap genoemd, onder strikte ethische en juridische voorwaarden. In 2016 publiceerde de NVOG het standpunt 'Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap'. Dit maakte behandelingen voor draagmoederschap, waarbij ten minste een van beide wensouders genetisch verwant is, zoals bij man-mankoppels of onvruchtbaarheid van een van beide wensouders, onder voorwaarden mogelijk.⁴

Omdat de praktijk rondom draagmoederschap het gebrek aan specifieke wetgeving hierover inmiddels heeft ingehaald, presenteerde de staatscommissie Herijking ouderschap in 2016 een rapport met 68 aanbevelingen voor onder andere draagmoederschap. Het rapport heeft als doel om een juridisch kader te creëren, zodat alle betrokken partijen van begin tot eind goed beschermd zijn in het draagmoederschapstraject, met het belang van het kind voorop.⁵ In 2019 opende Behandelcentrum Nij Geertgen⁶ als eerste haar deuren voor niet-genetisch draagmoederschap bij man-mankoppels en het Amsterdam UMC volgde kort daarop. Het landelijk informatiepunt draagmoederschap⁷ ontstond op initiatief van het ministerie van Justitie en Veiligheid om wensouders, draagmoeders, donoren, kinderen en professionals van de juiste informatie te voorzien. Momenteel loopt er een groot onderzoek met de UvA en het Amsterdam UMC als penvoerder naar behoeftes van betrokkenen bij draagmoederschap met als doel om wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor counseling op te stellen.⁸ In 2023 is het wetsvoorstel 'Wet kind, draagmoederschap en afstamming'⁹ ingediend bij de Tweede Kamer, momenteel wachten we op behandeling van de wet.



Figuur 1. Het aantal en het type draagmoederschapstrajecten in Nederland tussen 2017 – 2022¹⁰

Dilemma

Laten we teruggaan naar het traject van Vigo, Tim en Lieke die in Nederland geen medische ondersteuning krijgen bij genetisch draagmoederschap. Hun gezamenlijke wens is dusdanig groot dat ze overwegen om afscheid te nemen van de mogelijkheid dat het kindje genetisch verwant is aan beide families. Ze onderzoeken de mogelijkheid om naar Canada te gaan waar draagmoederschap al wél gereguleerd is. Daar kunnen ze terecht bij een IVF-kliniek én een eicelbank. Uit een catalogus kunnen ze een eiceldonatrice uitkiezen die mogelijk al eerder gedoneerd heeft en waarvan haar eicellen al in meerdere landen gebruikt zijn. Na het creëren van het embryo met een zaadcel van Tim kan het embryo in de kliniek in Canada in de baarmoeder van Lieke geplaatst worden, waarna er een mogelijk een spannende zwangerschap volgt vanwege medische complicaties die mogelijk gerelateerd kunnen zijn aan de invasieve behandeling in combinatie met niet-eigen gameten. Vigo, Tim en Lieke staan voor een dilemma en vragen zich af waarom Nederlandse fertiliteitsklinieken niet meewerken aan medische ondersteuning bij genetisch draagmoederschap.

Wetenschappelijk onderzoek

In het werkveld heerst soms angst voor een te grote hechtingsband tussen draagmoeder en kind als ze genetisch verwant aan elkaar zijn en er daardoor psychosociale problemen ontstaan. Het is algemeen bekend dat er een hechtingsband tussen draagmoeder en baby ontstaat. Uit onderzoek blijkt dat deze band minder intens ervaren wordt bij draagmoeders dan bij 'gewoon' zwangere moeders.¹¹ Draagmoeders beschouwen de baby vanaf het eerste begin als van de wensouders. Emotionele problemen bij het overdragen van het kind komen niet vaak voor en als ze er zijn, lijken ze overwegend van tijdelijke aard.¹² Onderzoeken naar de ver-

schillen tussen wel- en niet-genetisch draagmoederschap schetsen dat er op de korte¹³ en lange¹⁴ termijn geen significante verschillen zijn in emotionele problemen tussen draagmoeders die wel- of geen genetische band met het kind hebben. Recenter onderzoek heeft uitgewezen dat de relaties tussen wensouders en draagmoeder goed bleven, ook na de geboorte van het kind.¹⁵

Onderzoeken tonen aan dat draagmoeders die genetisch verwant zijn aan het kind iets minder vaak een speciale band voelen met het kind, dan draagmoeders die geen genetische link hebben. Dit kan verklaren waarom het contact tussen wensouders en genetische draagmoeders op termijn minder intensief is, dan dat met niet-genetische draagmoeders.¹⁶ Een mogelijke verklaring voor dat verschil is dat genetische draagmoeders eerder geneigd zijn om emotioneel wat meer afstand van het kind te nemen, ofwel omdat ze zich niet willen bemoeien met het gezin waar het kind in opgroeit ofwel omdat ze een duidelijkere grens willen creëren tussen hun eigen kinderen en het kind geboren uit draagmoederschap. Met bovenstaande onderzoeken lijkt 'te veel' binding wellicht een ongegronde angst. In dit kader heeft onder andere de ESHRE aanbevelingen gedaan om dezelfde medische en psychosociale zorg voor beide groepen te bieden.^{17,18}

Discussie

Vanwege de onmogelijkheid om in Nederland medische ondersteuning te krijgen bij deze zwangerschapswens, voelen Vigo en Tim zich gedwongen een andere keuze te maken die voor hen en voor het kind systemisch ingewikkelder, juridisch complexer en medisch risicovoller zijn. Zo gaat de wens voor Vigo en Tim om beiden verwant te zijn aan het kind verloren. Daarnaast moeten ze veel investeren om dit traject mogelijk te maken. Lieke had liever met haar eigen eicel gedragen, wat ze een mooi idee vond voor het draagkind en haar wettige kinderen, maar ook voor haar broer, de aanstaande grootouders en de overige familiebanden. Bovenal heeft het kindje zich mogelijk te verhouden tot diens biologische donormoeder, wat een grotere afstand betekent. Naast een grotere afstand tot de genetische banden in de eigen familie, ook iemand op afstand, met een taalbarrière, een cultureel verschil en, niet te vergeten, meerdere siblings die over de wereld verspreid zijn. Nieuwe gezinsvormen vragen om medische, psychosociale, ethische en juridische kaders die gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen. Daarbij is het essentieel dat de belangen van alle betrokkenen, die van het toekomstige kind voorop, zorgvuldig worden beschermd. Waarom dan niet, zoals we ook bij medische ondersteuning van niet-genetisch draagmoederschap doen, onder voorwaarden, per casus kijken wat de steunende factoren en contra-indicaties zijn en zorgvuldig toetsen vanuit verschillende perspectieven (medisch, juridisch, psychosociaal) en vanuit de verschillende betrokkenen, waarbij we het belang van het ongeboren kind centraal stellen?

Laten we de aanbevelingen volgen en zorgen voor een adequate follow-up wellicht in een cohortstudie. Dan zouden we deze ondersteuning in de richtlijnen kunnen toevoegen, zodat beide groepen optimale medische en psychosociale

zorg wordt geboden, waarbij keuzes kunnen worden gemaakt met het belang van het kind voorop.

Referenties

1. Wetboek van Strafrecht, artikel 151b lid 3. wetten.overheid.nl/BWBR0001854
2. Dermout SM. De eerste logeerpartij: hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland, 2001, pp 26 en Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief Staatssecretaris 5 maart 1997, kamerstukken 25000 XVI, nr. 54
3. Embryowet 2002, artikel 2, 5, 6, 8 en Modelreglement Embryowet NVOG en KLEM oktober 2020, p26-32
4. Standpunt Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap, 2016 incl. addendum 2020
5. Kind en ouders in de 21ste eeuw. Rapport van de Staatscommissie Herijking Ouderschap 2016; p.257-283
6. Borghouts K. Nieuwe hoop voor roze ouderschap. De Limburger, zaterdag 9 januari 2021.
7. Het Landelijk informatiepunt draagmoederschap - www.draagmoederschap.nl
8. Onderzoek: Rise of New Families. www.draagmoederschaponderzoek.nl
9. Wetsvoorstel: Wet kind, draagmoederschap en afstamming. Ministerie van Justitie en Veiligheid.
10. Van der Zon, Smeets. Het Gedragen Kind. Prevalentie en Praktijk van Draagmoederschap in Nederland, p52, figuur 3.1, 2024
11. Lamba, Jadva, Kkadam, Golombok. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates, Hum Reprod. 2018 Feb 23;33(4):646-653
12. Macphee, Forest. Surrogacy: programme comparisons and policy implications. January 1991International Journal of Law and the Family 4(3):308-17
13. Fuchs, Berenson, J Womens Health (Larchmt). 2018 May;27(5):640-645
14. Imrie, Jadva, The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. Reprod Biomed Online, 2014 Oct;29(4):424-35
15. Jadva, Imrie, Golombok, Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child, Hum Reprod. 2015 Feb;30(2):373-9
16. Jadva, Blake, Casey, Golombok, Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins, Hum Reprod. 2012 Oct;27(10):3008-14
17. Fuchs, Berenson et al, Outcomes for Gestational Carriers Versus Traditional Surrogates in the United States 2018. J Womens Health (Larchmt). 2018 May;27(5): p640-645
18. Shenfield, Pennings, Cohen, Devroey, de Wert, Tarlatzis, Human Reproduction, Volume 20, Issue 10, oktober 2005, pp 2705-2707

ntog 24/8

HTDM in Nederland; verschuiving van 'het buitenland' naar Nederland

dr. Monique Brandes *gynaecoloog, Nij Clinics*

Het indicatiegebied voor hoogtechnologisch draagmoederschap (HTDM) heeft zich sinds 2016 uitgebreid sinds de publicatie van het NVOG-standpunt 'Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap'. Daar waar HTDM eerder alleen beschikbaar was voor man-vrouwkoppels met eigen gameten en dus 100% genetische verwantschap aan het toekomstige kind, is er sinds het standpunt toegewerkt naar beschikbaarheid van HTDM voor paren die 50% genetisch verwant zijn aan het toekomstige kind.

Sinds 2021 is HTDM in Nederland ook beschikbaar voor deze laatste groep. De deur ging open voor hen die eerder niet in Nederland terecht konden voor HTDM. Denk aan man-man-koppels, man-vrouwkoppels waarbij de vrouwen geen uterus en geen werkende ovaria heeft, en alleenstaande mannen.

Casus 1

Een 36-jarige vrouw en 39-jarige man meldden zich met een verzoek tot HTDM met een eiceldonor. De patiënt kreeg op 13-jarige leeftijd leukemie. Door de oncologische behandeling raakte ze voortijdig postmenopauzaal. Middels eiceldonatie probeerden zij en haar man hun kinderwens in te vullen. Ondanks elf embryo-transfers lukte dit niet. In 2018 was er sprake van een verdenking van maligniteit van de uterus. Er volgde een uterusextirpatie. De histologische uitslag was benigne. Het leed van de onvervulde kinderwens was groot. Ze konden in Nederland nergens meer terecht. In 2020 meldden ze zich aan bij Nij Clinics, locatie Elsendorp (destijds Nij Geertgen) voor HTDM met 50% eigen gameten. Ze hadden een andere eiceldonor (vriendin, 36 jaar) gevonden en een kennis die draagmoeder (kennis, 41 jarige, para 3) zou willen zijn. Na een gedegen medische, psychologische en juridische work-up zonder negatieve bevindingen werd er een draagmoederschap-overeenkomst opgesteld en de HTDM-behandeling gestart.

In augustus 2021 vond de eiceldonatiebehandeling plaats. Van de twaalf gevonden eicellen werden er tien bevrucht middels IVF. Er volgde één ET bij de draagmoeder en er konden acht embryo's ingevroren worden. De behandeling leidde niet tot een zwangerschap. Bij de tweede cryo-embryo-transfer was er sprake van een zwangerschap. De zwangerschap verliep ongecompliceerd. A terme werd er een dochter geboren met een geboortegewicht van 3515 gram. De partus verliep ongecompliceerd. Een half uur na de partus ontstond er preeclampsie/HELLP. Zij herstelde vlot. Drie maanden na de bevalling kijkt de draagmoeder goed terug op de zwangerschap en de bevalling. Ze is blij dat ze dit voor de wensouders heeft kunnen doen. Er deden zich geen bijzonderheden voor bij de overdracht van de dochter naar de wensouders. Er is nog steeds contact tussen de drie partijen. De draagmoeder speelt geen actieve rol in het leven van het kind. Inmiddels is de dochter 2 jaar en gaat het nog steeds goed met het gezin, de draagmoeder en de eiceldonor.

Casus 2

Een 39-jarige en 41-jarige man meldden bij zich Nij Clinics, locatie Elsendorp (destijds Nij Geertgen) met het verzoek tot HTDM. Ze hebben een 41-jarige beoogde draagmoeder (zus van de genetische wensvader, para 2) en een 35-jarige eiceldonor (vriendin). Na een gedegen medische, psychologische en juridische work-up zonder negatieve bevindingen werd er een draagmoederschap-overeenkomst opgesteld en de HTDM-behandeling gestart.

In november 2021 startte de eiceldonatiebehandeling, er werden dertien eicellen gevonden. Na IVF werden tien eicellen bevrucht. De eerste ET leidde niet tot een zwangerschap. Er konden zeven embryo's worden gecryopreserveerd. De vijfde embryotransfer leidde tot een zwangerschap. December 2022 werd er a terme een zoon geboren met geboortegewicht van 3935 gram. De zwangerschap en partus verliepen ongecompliceerd. Er deden zich geen bijzonderheden voor bij de overdracht van de zoon naar de wensouders. Er is nog altijd een goed en regelmatig contact tussen de wensouders en de draagmoeder enerzijds en de wensouders en de eiceldonor anderzijds.

Beschouwing

Dat HTDM een verrijking van het behandelpalet in Nederland is, is algemeen geaccepteerd. De verruiming van het indicatiegebied heeft vijf jaar geleden plaatsgevonden. Er zijn in Nederland twee klinieken die deze behandeling bieden; Nij Clinics en AmsterdamUMC. In de afgelopen vijf jaar is de vraag ondanks verruiming van het indicatiegebied te overzien geweest. Het aanbod lijkt goed afgestemd op de vraag, omdat er geen wachtlijst ontstaan is.

Het voortraject voor de start van HTDM neemt zo ongeveer negen tot twaalf maanden in beslag. Alle betrokken partijen worden uitgebreid medisch en psychologisch bekeken. Ook worden de partners van de draagmoeder en de eiceldonor betrokken in de counsellingsgesprekken. Als laatste stap in het voortraject vindt juridische counseling plaats. De belangen van alle partijen worden behartigd. Er wordt een draagmoederschap- en eiceldonorovereenkomst opgesteld en getekend. Als de draagmoeder en partner, en de wensouders niet getrouwd zijn, kan het kind tijdens de zwangerschap erkend worden door één van de wensouders. Het belang van het nog ongebooren kind wordt geborgd door de Raad voor de Kinderbescherming en de rechter bij het toewijzen van de adoptie na de geboorte.

Doordat de indicatiestelling is verruimd en nu ook wensouders die afhankelijk zijn van donorgameten, behandeld kunnen worden, is deze doelgroep niet meer afhankelijk van klinieken uit het buitenland. De medisch-ethische standaarden zijn niet goed te controleren in buitenlandse klinieken, echter is er genoeg bekend over de wanpraktijken in Oost-Europese 'baarklinieken'. Dat HTDM niet altijd zonder risico is bewijst casus 1. Daarom pleiten wij extra voor een gedegen voortraject en behandeling door goede professionals. De winst is tweeledig: Nederland werk indirect niet meer mee aan het in stand houden van de buitenlandse klinieken en de Nederlandse patiënt wordt beschermd tegen wanpraktijken. Nu vijf jaar later kunnen we tevreden terugkijken naar de verruiming van het indicatiegebied en hebben we enkele tientallen wensouders kunnen helpen.

Thomas van den Akker is gynaecoloog-perinatoloog in het Leids Universitair Medisch Centrum en hoogleraar Global Maternal Health aan het Athena Instituut van de Vrije Universiteit. Op deze plek reflecteert hij van tijd tot tijd op de staat van ons vak, waarbij het zijn intentie is de ingewikkelde kanten niet te schuwen.

Gynaecongres en maatschappij



prof. dr. Thomas van den Akker

Laatst tijdens een dienst een ziekenhuispastatje gegeten met de coassistent. Wat er van hem moest worden later, vroeg ik. 'KNO-arts', sprak hij, gevolgd door het ondoorgroendelijke argument: 'omdat dat zo'n maatschappelijk vak is.' Hij leek me een geschikte vent, zo iemand die te allen tijde een charmeoffensief verdient om hem in ons kamp te trekken. En dus hoorde ik mezelf zeggen: 'Mooi, dat maatschappelijke motief. Alleen: de Amerikaanse verkiezingen gaan echt niet over KNO, wél over gynaecologie'.

Tijdens het afgelopen Gynaecongres vormden actuele maatschappelijke thema's de rode draad. Bijvoorbeeld de desinformatie op sociale media: hoe bieden we weerwoord aan schadelijke influencers? Hard ertegenin of juist een meer proactieve strategie? Het zélf delen van goede informatie op de socials voorkomt dat je moet reageren op onzin, die door elke reactie weer uitvergroot wordt. De vraag is überhaupt of we moeten reageren op een advies om te gaan 'bilnaadzonnen'.

De maatschappelijke actualiteit doet ons onszelf bevragen: hoe staan we elke vrouw nabij? Hoe gaan we om met haar zorgvragen als die niet stroken met onze wetenschappelijke adviezen? Die adviezen zijn soms dringend, maar mogen nooit dwingend zijn. Ook abortus blijft een thema. Als we daadwerkelijk het recht op een zwangerschapsafbreking tot 24 weken voor iedereen mogelijk willen maken, waarom faciliteren we die zorg dan niet in alle ziekenhuizen na 22 weken? Abortusklinieken vinden de risico's van de procedure boven die termijn te hoog.

Ik zie een gemene deler in al deze vraagstukken: de beantwoording ervan vereist overbrugging van een kloof. Een kloof tussen enerzijds de realiteit van een vrouw in deze tijd en anderzijds de realiteit van de dokter in het huidige systeem. Overbruggen we die kloof door onze nauwgezette website degynaecoloog.nl of met een promofilm inspelend op emotie? Met een leidraad voor ons handelen? En welke vorm zou die leidraad moeten hebben?

In de desillusie van de Amerikaanse verkiezingsuitslag, een paar dagen na het gesprek met de coassistent, leken mijn woorden gelogenstraft. Vertwijfeld vroeg ik me af: als de presidentsverkiezingen écht over toegankelijke vrouwenzorg waren gegaan, had de macho toch zeker niet gewonnen? Toch was er diezelfde dag, voor wie verder dan het centrum van het wereldnieuws las, ook reden voor hoop. In zeven van de tien staten die gelijktijdig aan de presidentsverkiezingen een referendum organiseerden, werd met duidelijke meerderheden gekozen vóór het recht op abortus.

Deze uitslagen onderstrepen: het belang van toegang tot reproductieve zorg wordt breed erkend, overal. Met die erkenning heeft juist onze beroepsgroep een kans de kloof tussen patiënt en dokter te overbruggen. In de spreekkamer en daarbuiten, ongeacht wat politici en influencers schreeuwen. Er is in deze tijd, die voor vrouwenzorg op het eerste gezicht donker lijkt, een beweging de goeie kant op. Wij kunnen die beweging ondersteunen: als adviseur, begeleider en kennisdeler. Natuurlijk, die rollen heeft de KNO-arts ook. Maar de Amerikaanse verkiezingen én het Gynaecongres vertellen mij: dit is niet alleen het mooiste, maar ook het cruciaalste vak.

Recuperation of women undergoing hysterectomy: improving recovery and intimacy

Promovendus **Suzanne Dedden** | promotoren **prof. dr. M.Y. Bongers**, **prof. dr. J.A.F. Huirne** | copromotoren **dr. P.M.A.J. Geomini**, **dr. J.W.M. Maas** | 08-10-2024, Maastricht University

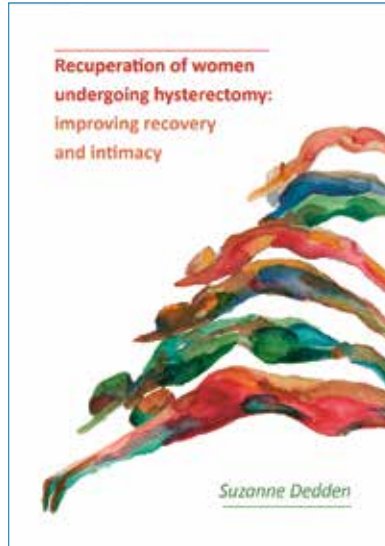
Waar gaat je proefschrift c.q. onderzoek over?

Alle studies in dit proefschrift zijn uitgevoerd om klinisch relevante vragen te kunnen beantwoorden en om de voorlichting en zorg voor vrouwen die een operatie ondergaan voor goedaardige gynaecologische aandoeningen te verbeteren.

Het primaire doel van dit proefschrift was om patiëntspecifieke variabelen in de preoperatieve, intra-operatieve en postoperatieve periode te onderzoeken. De preoperatieve onderzoeken waren gericht op het identificeren van factoren die de capaciteit van een patiënt, om na een hysterectomie terug te keren naar het werk, beïnvloeden. Thans hebben we gezocht naar variabelen die de seksuele functie na een baarmoederverwijdering beïnvloeden. Er werd een interventie onderzocht die gericht was op het potentieel verminderen van postoperatieve pijn. Daarnaast hebben we de veiligheid en haalbaarheid van onmiddellijke verwijdering van blaaskatheters na een baarmoederverwijdering geëvalueerd. We hebben de haalbaarheid onderzocht van dagopname na een laparoscopische hysterectomie, met de intentie geen afbreuk te doen aan het herstel en/of kwaliteit van leven na de operatie. We hebben een meta-analyse uitgevoerd van de seksuele functie voor en na hysterectomie, waarbij we de invloed van de chirurgische route, het verwijderen van de baarmoederhals en een gelijktijdige bilaterale salpingo-oöfrectomie onderzochten.

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

1. Een totale laparoscopische hysterectomie kan worden uitgevoerd in een same day discharge-setting bij een vooraf geselecteerde populatie, omdat het herstel of de kwaliteit van leven niet wordt aangetast.



2. De verblijfskatheter kan veilig onmiddellijk worden verwijderd na een ongecompliceerde totale laparoscopische hysterectomie.
3. Herstel en terugkeer naar werk kunnen langer duren dan de aanbevolen zes weken.
4. De seksuele functie verslechtert niet na een hysterectomie, ongeacht de chirurgische route. In specifieke groepen kan er sprake zijn van een verbetering van de seksuele functie. Het is belangrijk op te merken dat vrouwen die voor de operatie seksuele disfunctie ervaren, deze disfunctie zullen behouden.

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

Patiënten hoeven niet meer onnodig lang in het ziekenhuis te blijven. Ze kunnen sneller mobiliseren, omdat ze niet meer een blaaskatheter hebben na de ingreep. Tevens creëert dit proefschrift handvatten om over seks te praten in de spreekkamer.

Wat is de meerwaarde van je onderzoek voor de maatschappij?

In het kader van het dreigende zorginfarct en de toenemende druk op de zorg is het belangrijk om verpleegkundigen zo goed mogelijk in te zetten.

Door meer patiënten in dagbehandeling te kunnen opereren, kan er een reductie van personeel op klinische afdeling in de avond- en nachtdienst. Dit geeft tevens een reductie in zorgkosten.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Op basis van dit proefschrift kan de laparoscopische hysterectomie in een dagbehandelingsetting voor benigne en pre-maligne indicatie worden geïmplementeerd.

Vervolgonderzoek zou zich moeten focussen op de mogelijkheden om herstel na hysterectomie te bespoedigen, zodat patiënten hun rol in de maatschappij zo vlot mogelijk kunnen hervatten. Tevens zou ik willen voorstellen om meer onderzoek te doen naar indicatie en seksuele functie. Welke populatie is meer at risk voor seksuele disfunctie? Zouden we preoperatief al seksuele begeleiding kunnen aanbieden om zo algehele seksuele functie te verbeteren?

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

Vergoeding van de hysterectomie in dagbehandeling is denk ik de meest actuele vraag die speelt. Voor de benigne DBC's is er geen andere vergoeding met of zonder dagbehandeling (anders dan voor het endometriumcarcinoom). Hopelijk geeft dit het ziekenhuis de mogelijkheid tot snellere implementatie voor deze indicatie!

Wat is de beste stelling uit je proefschrift?

Let's minimize academic travelling and if we do, let's take the train!

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



drs. Marcel Zuijderland

Een ouder meer of minder?

Meer of minder? De vraag suggereert dat twee ouders de norm zijn. Als biologische norm is dat evident. Voor het verwekken van een kind zijn een mannelijke en vrouwelijke geslachtscel nodig. Voor de opvoeding van een kind zijn een vader en een moeder altijd de culturele norm geweest. Maar sinds de introductie van vruchtbaarheidstechnologieën in het reproductieve domein, is het traditionele gezin niet meer de vanzelfsprekende norm. Tegenwoordig zien we steeds meer één- of meeroudergezinnen.

We zien alleenstaande vrouwen die via een behandeling een kind krijgen, maar binnenkort wellicht ook alleenstaande mannen die door een draagmoeder een kind krijgen. Bij meerouderschap kan gedacht worden aan mitochondriale donatie. Meer voor de hand ligt co-ouderschap waarbij de donor actief bij de opvoeding betrokken blijft. In dit betoog zal ik me richten op de ethiek van postmortale geassisteerde voortplanting (PAR) waarbij de vrouw gebruikmaakt van de geslachtsmateriaal van haar overleden partner. In het tweede deel ga ik in op intentioneel co-ouderschap.

PAR

Juridisch varieert de internationale wetgeving van een algeheel verbod tot permissieve regels. Er zijn ook landen waar bij afwezigheid van nationale wetgeving jurisprudentie of richtlijnen de praktijk reguleren. In Nederland geldt dat de man expliciete toestemming moet hebben gegeven voor het gebruik van zijn geslachtsmateriaal na zijn dood. Zo niet, dan mag de vruchtbaarheidskliniek geen medewerking verlenen aan de wens van de vrouw om zwanger van hem te worden. Ook niet als er al embryo's bestaan. Je zou in dat geval van veronderstelde toestemming kunnen uitgaan, maar dat is niet gegarandeerd. Misschien had de man niet gewild dat zijn kind zonder

hem zou opgroeien.

De ethiek van PAR is minder scherp af te tekenen. Want zelfs al heeft de man eerder toestemming gegeven, dan kan de wens van de vrouw om het kind te krijgen na zijn overlijden worden ingegeven door rouw. Zo'n kinderwens is dan niet authentiek, maar een verkapte rouwverwerking. De vrouw wil dan een 'herdenkingskind'. Het morele ongemak daarover wordt ingegeven door de onderliggende norm dat een kind om zichzelf gewenst moet worden, niet om een of andere psychologische behoefte te bevredigen. Daarnaast kan het verlies van haar partner ook tot idealisering of schuldgevoelens leiden, waardoor ondoordachte beslissingen worden genomen. Om die redenen adviseert de richtlijn van het NVOG een wachttijd van minimaal een jaar aan te houden.

Natte vingerwerk

Die periode van een jaar is enigszins een natte vinger, want er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de psychosociale gevolgen bij kinderen die postuum zijn verwekt. Maar we kunnen ons goed voorstellen dat het voor de psychosociale ontwikkeling van een kind niet optimaal is als mamma hardnekkig 'pappa' op hem projecteert. Aan de andere kant is het de vraag of de gevolgen daarvan zo dramatisch zijn dat er geen 'redelijk welzijn' voor het kind in het verschiet ligt. Om ver onder het niveau van 'redelijk welzijn' te zakken, moet er vaak van meer psychologische geweld sprake zijn dan een moeder die met haar kind het gemis van haar overleden echtgenoot wil verwerken. Zo bezien mogen we ons afvragen of het wel goed te verdedigen is om haar reproductieve autonomie te beperken door haar wens minimaal een jaar in de wachtkamer te dwingen.

Misschien is wachttijd wel te verdedigen door er op te wijzen dat een kinderwens 'authentiek' dient te zijn. Immanuel Kant (1724-1804) zei dat we

een ander nooit alleen als middel, maar tegelijkertijd ook als doel moeten beschouwen. Ieder mens is bij Kant een doel in zichzelf. Dat klinkt mooi, en het gaat ook op voor bestaande mensen. Echter, een kind dat nog niet is verwekt, is geen bestaand persoon. Je kan in principe geen kind om het kind zelf wensen; het toekomstige kind is nog geen doel in zichzelf, eenvoudig omdat het (nog) niet als actueel persoon bestaat. Zo bezien is iedere kinderwens per definitie instrumenteel. Een niet bestaand kind kan niet als doel in zichzelf worden beschouwd. Nu kan deze redenering als filosofische haarkloverij worden gediskwalificeerd. In de praktijk kiezen mensen echter vaak wel voor kinderen om hun eigen geluk. Wat cynischer ingestoken: ze willen kinderen om de onheilspellende leegte op te vullen die veel mensen bij de gedachte aan kinderloosheid aangaaft. Ze kiezen dus niet primair voor het geluk van het kind dat gaat komen. Ze willen weliswaar dat hun kind gelukkig wordt, maar hoofdzakelijk omdat zij gelukkige ouders willen worden.

Dus zowel zorgen over het welzijn van het toekomstige kind als de authenticiteit van de kinderwens bieden op het eerste gezicht onvoldoende onderbouwing om de reproductieve autonomie van de vrouw te beperken. Zo bezien is er dan ook onvoldoende reden haar een kinderwens te belemmeren als ze haar rouw met een kind wil verwerken. Net zomin als er een reden is om wie dan ook kinderen te weigeren als ze daarmee een dreigende leegte van een kinderloos bestaan het hoofd willen bieden.

Autonomie

Een goede reden echter om die wachttijd aan te houden zou gereede twijfel zijn aan het autonome karakter van haar kinderwens. Die twijfel zou geschraagd kunnen worden met cijfers van het aantal vrouwen dat na een jaar toch blijkt af te zien van hun postmor-

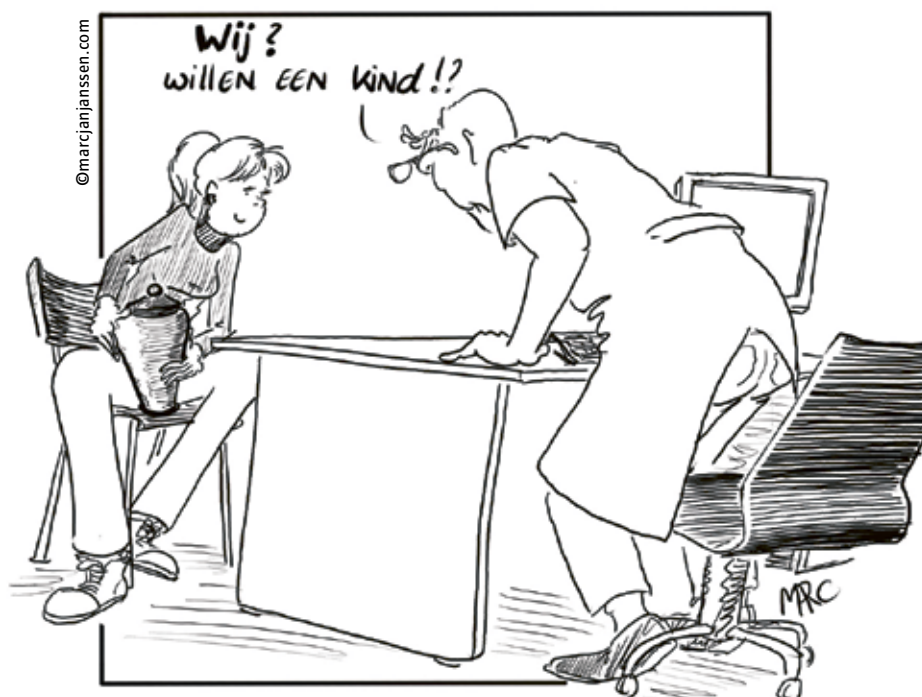
tale kinderwens. Indien dat veel vrouwen zijn, dan biedt dat aantal een sterke indicatie dat hun initiële wens niet autonoom was. Of, om met Gerald Dworkin, te spreken, hun wens zou dan geen 'second order preference', en dus geen autonoom verlangen zijn: 'Autonomy is conceived of as a second-order capacity of persons to reflect critically upon their first-order preferences, desires, wishes, and so forth and the capacity to accept or attempt to change these in light of higher-order preferences and values'.¹

Nu zijn er geen cijfers bekend van het aantal vrouwen dat na een jaar afziet van de wens. Aan de andere kant tonen alle studies naar 'bereavement' aan dat het verlies van een significante ander een grote psychologische impact heeft. Hoewel het verschil tussen normaal verdriet en pathologisch verdriet niet scherp is te trekken, worden alle vormen van rouw gekenmerkt door ontkenning, verdoving, disorganisatie en wanhoop. Uiteindelijk volgt weer reorganisatie. Het is goed voorstelbaar dat in de psychologische turbulentie van de eerste fasen van rouw, de wens om een kind van de overleden partner te krijgen, geen wens is die zonder meer nog persisteert als zijn dood eenmaal een plek heeft gekregen; als het leven weer min of meer normaal wordt.

Op zich is dat nog steeds geen doorslaggevende reden om stellig vast te houden aan een wachttijd van minimaal jaar. Maar het is wel een reden om bij iedere aanvraag voor postmortale voortplanting naar een psycholoog door te verwijzen die gespecialiseerd is op het gebied van rouwverwerking en eventueel kennis heeft van postmortale voortplanting. De vrouw met de kinderwens wordt dan niet betutteld; haar autonomie wordt juist gerespecteerd. Indien dan toch blijkt dat haar wens autonoom is, dan is er geen reden haar langer te laten wachten. Als echter na een jaar blijkt dat er nog steeds getwijfeld kan worden aan het autonome karakter van haar wens, dan is langer uitstel juist gerechtvaardigd.

Co-ouderschap

De verschuiving naar verschillende gezinsvormen heeft niet alleen geleid



tot het ontstaan van eenoudergezin- nen, maar ook tot co- of meer ouderschap. Bij deze vorm valt te denken aan twee mannen of twee vrouwen die een bestendige liefdesrelatie hebben, waarbij een draagmoeder of donor een actieve rol in de opvoeding speelt. Vanwege de flexibele en meer op samenwerking gebaseerde aanpak is deze vorm van ouderschap niet in één model te vangen. In brede zin kan ten faveure van dit model worden aangedragen dat de verantwoordelijkheden en middelen worden gedeeld, én dat het de kinderen een breder netwerk van liefde en ondersteuning biedt. Ze groeien op in een omgeving waarin ze verschillende perspectieven en ervaringen meekrijgen, wat hun sociale en emotionele ontwikkeling kan bevorderen.

Deze variëteit en flexibiliteit is echter ook een achilleshiel van het co-ouderschap. Het vereist duidelijke afspraken en communicatie tussen de twee, drie of vier ouders. Hoewel variatie aan perspectieven verrijkend kan zijn voor de kinderen, moet er een basale overeenstemming zijn over de opvoedstijl, financiële verantwoordelijkheden en de rol van iedere ouder in het leven van het kind. Als de ouders dit niet zorgvuldig afstemmen dan kunnen er conflicten ontstaan die nadelig zijn voor het

welzijn van het kind. Ook hier kan je je afvragen of het redelijk welzijn van het kind dan fundamenteel wordt ondermijnd, maar het spreekt voor zich dat het beter is om dergelijke drama's in het gezin te voorkomen. Transparantie over de rol van elke ouder en de aard van de relaties kan helpen om verwarring en teleurstelling in de toekomst te voorkomen.

Een groot verschil met PAR is dat bij co-ouderschap in principe geen assistentie van fertiliteitsartsen noodzakelijk is. Co-ouders kunnen hun kinderen buiten de kliniek om verwekken. De arts treedt hier niet als co-creator op en draagt daarmee geen medeverantwoordelijkheid voor het welzijn van het toekomstige kind. Bij PAR daarentegen is hun assistentie wel vereist, en moeten ze navigeren tussen het welzijn van het kind en reproductieve autonomie van de vrouw. Zoals betoogd hebben ze om die reden het recht om voorwaarden op stellen. Het is verdedigbaar dat artsen praktijken instellen om zich er van vergewissen dat haar kinderwens een autonome wens is.

Referentie

1. Dworkin, G. (1988). The theory and practice of autonomy. Cambridge University Press

Een duizelingwekkend hematoom van de vulva

drs. Larissa de Ridder *anios gynaecologie en obstetrie, Isala ziekenhuis Zwolle*

dr. Koen de Decker *gynaecoloog, Deventer Ziekenhuis, destijds Isala ziekenhuis Zwolle*

Een niet-obstetrisch vulvaire hematoom is zeldzaam en bij snelle uitbreiding hiervan moet gedacht worden aan een actieve bloeding van de bekkenvaten. Het niet tijdig herkennen van een dergelijke bloeding kan leiden tot een potentieel levensbedreigende situatie.

Casus

Een 30-jarige patiënte presenteert zich op de SEH met plots ontstane pijnklachten en een vulvaire zwelling. Deze is ontstaan tijdens de toiletgang, kort na een vrijwillige vaginale en anale penetratie zonder pijnklachten of bloedverlies. We zien een hematoom dat ontstaat ter plaatse van het os ischium met initieel een afmeting van 8 cm. In een tijdbestek van twee uur breidt de zwelling zich uit over de linker bil, linkerzijde van de vulva, het os pubis en perineum, met een onhoudbare pijn. Zij is hemodynamisch stabiel, maar het hemoglobinegehalte daalt van 6,9 mmol/l naar 5,6 mmol/l waarvoor zij een bloedtransfusie krijgt. De CT-scan toont een hematoom met een actieve bloeding (contrastlekkage) zonder een duidelijke arteriële voeder. Er wordt besloten tot coiling van de a. pudenda en diepe a. epigastrica inferiortakken links.

Gezien de Hb-daling en uitgebreidheid van de bloeding wordt de patiënte post-procedureel opgenomen op de IC. In de

ochtend wordt de CT-scan herhaald vanwege uitbreiding van het hematoom (afbeelding 1a en 1b). Het beeld kan passen bij een klein bloedingsfocus of pseudoaneurysma (9 mm) nabij de linker labia. De interventieradioloog kan met een digitale substractie angiografie (angiografische techniek met behulp van röntgenstraling) onder algehele anesthesie echter geen van beide reproduceren. We verrichten onderzoek in narcose, waarbij geen bloedingsfocus wordt gevonden en bewust wordt afgezien van het ontlasten van het hematoom. De patiënte gaat nadien met epidurale analgesie retour naar de IC om continue monitoring van de vitale parameters te garanderen en de volgende dag kan zij over naar de afdeling gynaecologie. Vanaf de derde dag na opname ontlast het hematoom zich deels via een defect aan de mediale zijde van het labium majus (+/- 3 cm). Zeventien dagen na de presentatie gaat de patiënte met orale pijnstilling naar huis. Tijdens poliklinische nacontroles bespreken we het mentale en fysieke welzijn. Mede dankzij EMDR-therapie gaat het steeds beter met haar en objectiveren we een afname van het hematoom. Zes weken na de eerste presentatie zijn nagenoeg geen afwijkingen of restverschijnselen zichtbaar (afbeelding 2).

Beschouwing

Er zijn enkele casussen aangaande niet-

obstetrische vulvaire hematomen beschreven, met als oorzaken fietsongevallen, valpartijen, coïtus, corpora aliena of vulvaire operaties.¹⁻³ Bij afwezigheid hiervan moet gedacht worden aan een spontane bloeding van de bekkenvaten, bijvoorbeeld als gevolg van een geruptureerd pseudoaneurysma.^{4,5} Pijn staat op de voorgrond, maar men moet bedacht zijn op urologische en/of neurologische symptomen. Aangewezen beeldvormende technieken zijn echoscopie, CT/MR-angio of digitale substractie-angiografie.⁷ Afhankelijk van de klachten, de grootte/uitbreiding van het hematoom en de hemodynamiek kan een expectatief beleid, chirurgische exploratie of selectieve coiling van de bekkenvaten plaatsvinden.⁶⁻⁷ Let op dat er net zoals in deze casus afgezien kan worden van uitruimen van het hematoom, omdat dit potentieel gevaarlijk kan zijn, daar de natuurlijke tamponade mogelijk wordt opgeheven. In de nazorg zijn mobiliseren, wondverzorging, goede pijnstilling en psychische begeleiding belangrijk.

Conclusie

Niet-obstetrische vulvaire hematomen zijn zeldzaam maar potentieel levensbedreigend. In bovenstaande casus waren post-coïtaal letsel of spontane ruptuur bij een pseudoaneurysma de mogelijke oorzaken van het duizelingwekkende vulvaire hematoom, dat endovasculair werd behandeld.

Referenties (zie pagina 447)

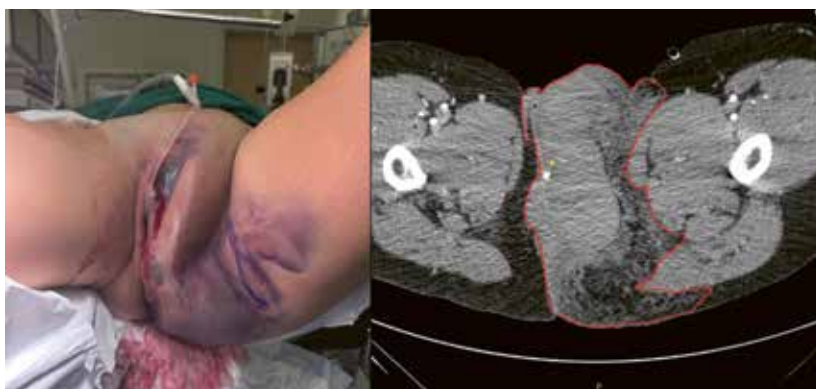


Foto 1. Links het beeld van het hematoom tijdens het onderzoek onder narcose (1a) en rechts (1b) de transversale coupe van de tweede CT-scan waarop duidelijk de uitgebreidheid van het hematoom zichtbaar is (binnen rode omlijning) evenals de naar rechts gedeveerde catheter a demeure (gele asterisk).



Foto 2. Beeld bij nacontrole na +/- zes weken.

Zwangerschapscholestase

dr. A.A. de Ruigh redacteur NTOG
dr. A.W. Kastelein redacteur NTOG

In november 2024 verscheen een update van de richtlijn 'Zwangerschapscholestase'. Centraal staat de uitgangsvraag welke plaats het inleiden van de baring of het verrichten van een sectio caesarea heeft bij zwangerschapscholestase, en bij welke waarde van de galzure zouten dit in de zwangerschap overwogen moet worden. We bespreken hier de achtergrond van deze module. Voor de volledige richtlijn gaat u naar www.richtlijndatabase.nl.

Zwangerschapscholestase of *intrahepatic cholestasis of pregnancy* (ICP) komt voor bij 0,1 tot 2 procent van alle zwangerschappen, voornamelijk in de tweede helft van de zwangerschap. ICP heeft jeuk als belangrijkste klacht en is daarnaast geassocieerd met (ernstige) perinatale uitkomsten zoals intra-uteriene sterfte (IUVD), meconiumhoudende vruchtwater en vroeggeboorte (zowel spontaan als iatrogeen). Jeuk wordt vaak gegeneraliseerd beschreven, maar is 's nachts prominenter aanwezig op handpalmen en voetzolen waarbij er behoudens krabeffecten geen huidafwijkingen zijn. Het risico op intra-uteriene sterfte >37 weken wordt in de literatuur gesteld op 0,1-0,3%.¹ Het is niet duidelijk welk mechanisme aan het verhoogde risico op IUVD ten grondslag ligt, mogelijk speelt er een direct cardiotoxisch effect op het foetale myocard. Men spreekt van ICP bij een zwangere zonder pre-existent leverlijden met jeuk (zonder uitslag) en galzure zouten (GZZ) >10 umol/l (n.b. GZZ hoeven dus niet nuchter te worden bepaald).

Cholestasecategorieën

Er worden in de literatuur drie verschillende cholestasecategorieën gedefinieerd (GZZ 10-40, 40-99 en >100). Deze categorieën worden gevormd op basis van de piekwaarde van de GZZ, ongeacht of een patiënt wel of niet behandeld wordt. De aanbevelingen over de timing van de inleiding zijn gemaakt op

basis van deze piekwaarden, en veranderen niet wanneer de GZZ-waardes gedurende de zwangerschap dalen. Counseling voor de inleiding dient volgens de richtlijn 'Inleiding van de baring' te geschieden, waarbij rekening gehouden moet worden met het feit dat de kans op een geslaagde vaginale partus bij een inleiding groter is naarmate de zwangerschapsduur vordert. Overigens kan in alle categorieën op maternale indicatie een inleiding overwogen worden bij aanhoudende (ernstige) jeukklachten ondanks therapie.

Piekwaarde GZZ 10-39

Bij een piekwaarde van de GZZ tussen 10-39 is er voor zover bekend geen verhoogd risico op IUVD. Internationaal worden patiënten met cholestase echter vaak ingeleid in de a term periode, waardoor geen informatie

beschikbaar is over het IUVD-risico voorbij een amenorroeduur (AD) van 39 weken.¹ Er wordt daarom aanbevolen om ook in deze groep patiënten een inleiding vanaf AD 39 weken te bespreken.

Piekwaarde GZZ 39-100

Bij deze groep patiënten bestaat een licht verhoogd risico op IUVD vanaf AD 38 weken, waardoor de richtlijn adviseert een inleiding te bespreken vanaf AD 38 weken.

Piekwaarde GZZ ≥100

Bij een piekwaarde van de GZZ ≥100 loopt het risico op IUVD op met het oplopen van de zwangerschapstermijn.¹ Op basis van dit oplopende risico op IUVD enerzijds en de risico's van een premature inleiding (hypoglykemie, Infant Respiratory Distress Syn-

Wat moet u weten voor de voortgangstoets?

Vraag: Bij welke amenorroeduur moet u een patiënte met zwangerschapscholestase met galzure zouten van 50 umol/l counsellor over een inleiding in verband met een verhoogd risico op een intra uteriene vruchtdood?

Antwoord:

- A. vanaf AD 37 weken
- B. vanaf AD 38 weken
- C. vanaf AD 39 weken

Het juiste antwoord is: B.

Samenvatting / aanbevelingen richtlijn:

- Bespreek met alle zwangeren met zwangerschapscholestase en een piekwaarde van de galzure zouten tussen 10-39 umol de mogelijkheid tot inleiding vanaf 39 weken en benoem daarbij de voor- en nadelen van afwachterend beleid.
- Bespreek met alle zwangeren met zwangerschapscholestase en een piekwaarde van de galzure zouten 40-99 umol de mogelijkheid tot inleiding vanaf 38 weken en benoem daarbij de voor- en nadelen van afwachterend beleid.
- Bied bij een piekwaarde van galzure zouten ≥100 umol een inleiding aan vanaf een zwangerschapsduur van 36 weken. Hierbij zijn de IUVD-kans, het risico op prematuriteit en de slagingskans op een vaginale partus meegenomen.
- Verricht monitoring van galzure zouten op individuele basis om stijging van galzure zouten >100 te detecteren.

drome (IRDS), mislukte inleiding) anderzijds kan een inleiding vanaf AD 36 weken worden overwogen. De richtlijn adviseert rekening te houden met het feit dat de kans op IRDS daalt van ongeveer 2% bij een zwangerschapsduur van 35 weken naar ongeveer 1% bij een zwangerschapsduur van 36 weken.²

Behandeling

Zwangerschapscholestase kan behandeld worden met ursodeoxycholzuur (ursochol, UDCA). UDCA bevordert via een aantal mechanismen de uitscheiding van de GZZ. Het middel is niet geregistreerd voor gebruik bij zwangerschapscholestase, maar wordt daarvoor wel op grote schaal, ook internationaal, gebruikt en veilig geacht.³ UDCA lijkt op basis van de huidige literatuur een positief effect te hebben op maternale jeuk (afname). Op korte termijn volgt de update van de module UDCA bij zwangerschapscholestase.

Referenties

1. Ovadia C., Seed P.T., Sklavounos A., et al. Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses. *The Lancet* 2019; 393(10174): 899-909.
2. Clair C.S., Norwitz E.R., Woensdregt, K., et al. The probability of neonatal respiratory distress syndrome as a function of gestational age and lecithin/sphingomyelin ratio. *American journal of perinatology* 2018; 25(08): 473-480.
3. Marschall H.U. Management of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 9(10):1273-1279

Recente literatuur

Wat is het effect van ursocol versus geen medicatie op foetale en neonatale morbiditeit en mortaliteit bij vrouwen met zwangerschapscholestase?

In 2021 werd een systematische review en *individual participant data meta-analysis* (IPD-MA) gepubliceerd in *The Lancet* door Ovadia et al getiteld: '*Ursodeoxycholic acid in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a systematic review and individual participant data meta-analysis*'. Doel van deze studie was om het effect van ursocol op specifieke perinatale uitkomsten te onderzoeken. Studies konden worden geïncludeerd indien zij meer dan dertig patiënten hadden onderzocht, waarvan er bij ten minste één patiënt sprake was van ernstige zwangerschapscholestase met GGZ >40 $\mu\text{mol/l}$. In deze studie werd *stillbirth* (foetale sterfte na 20 weken zwangerschapsduur) gedefinieerd als de primaire uitkomstmaat. Een samengestelde uitkomstmaat bestaande uit *stillbirth* en vroeggeboorte <37 weken was de belangrijkste secundaire uitkomstmaat.

In totaal werden 34 studies ($n = 6.974$ patiënten) in de analyses geïncludeerd, waarvan 4 gerandomiseerde studies ($n = 822$ patiënten). Van alle geïncludeerde patiënten gebruikten 4.726 vrouwen (67,8%) ursocol en 2.248 vrouwen (32,2%) geen medicatie.

Als er gekeken werd naar alle beschikbare IPD-data in de studie (RCT's en observationele cohorten, $n = 34$), was er sprake van *stillbirth* in 35/5097 (0,7%) van de foetussen van patiënten behandeld met ursocol, vergeleken met 12/2038 (0,6%) van de foetussen van patiënten niet behandeld met ursocol (*adjusted odds ratio* (aOR) 1,04, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,35 tot 3,07). Dit verschil was niet significant verschillend. Wanneer er gekeken werd naar de samengestelde uitkomstmaat *stillbirth* en vroeggeboorte in alleen data uit de beschikbare RCT's ($n = 4$), was er sprake van een significante reductie bij vrouwen behandeld met ursocol: 75/439 (17,1%) *stillbirth* en vroeggeboorte onder patiënten die medicatie gebruiken versus 107/429 (24,9%) *stillbirth* en vroeggeboorte onder patiënten die geen medicatie gebruikten (aOR 0,6, 95% BI 0,39 tot 0,91) (tabel 1). Er werd geen significant effect gezien van ursocol op de uitkomstmaten perinatale sterfte, lage APGAR-score, lage navelstreng-pH en opname op de neonatale intensiverecare-unit. Tabel 1 zet de belangrijkste uitkomsten op een rij.

Perinatale uitkomstmaat	Individual participant data uit beschikbare RCT's ($n = 4$)		aOR, 95% BI
	Behandeling met ursocol	Geen behandeling met ursocol	
Stillbirth	1/388 (0,3%)	2/367 (0,5%)	0,40 (0,03 tot 4,66)
Samengestelde uitkomstmaat	42/388 (10,8%)	67/367 (18,3%)	0,51 (0,33 tot 0,78)
Vroeggeboorte <37 weken	42/387 (10,9%)	66/366 (18,0%)	0,51 (0,33 tot 0,79)
Spontane vroeggeboorte <37 weken	18/387 (4,7%)	32/366 (8,7%)	0,46 (0,25 tot 0,86)
Meconiumhoudend vruchtwater	48/385 (12,5%)	72/365 (19,7%)	0,54 (0,36 tot 0,81)
Large for gestational age	65/354 (18,4%)	44/338 (13,0%)	1,55 (1,02 tot 2,37)

Deze IPD-MA laat zien dat het gebruik van ursocol niet leidt tot een significante afname in *stillbirth*. *Stillbirth* is echter een relatief zeldzame uitkomst van zwangerschapscholestase. Derhalve is het zeer waarschijnlijk dat met het aantal patiënten in deze studie er onvoldoende *power* is om een significant effect aan te tonen. In de klinische praktijk kan dus niet worden gegarandeerd dat ursocol een effect heeft op foetale sterfte.

Deze studie toont een significante afname van (spontane) vroeggeboorte <37 weken na gebruik van ursocol (tabel 1). Een belangrijke uitkomst aangezien neonaten, ook in de laat preterm periode, nog steeds een verhoogd risico hebben op onder meer respiratoire problemen en lange termijn neurocognitieve ontwikkelingsstoornissen. Ursocol kan op basis van deze literatuur worden aangeraden bij een piekconcentratie GZZ >40 $\mu\text{mol/l}$ bij een amenorroede <37 weken gezien onder meer het positieve effect op de kans op een vroeggeboorte <37 weken.



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

Echografische markers bij de diagnose van PCOS

Een van de drie criteria voor de diagnose van PCOS is de aanwezigheid van polycysteuze ovariële morfologie (PCOM). De richtlijn stelt als afkappewaarde voor PCOM een follikelnummer per ovarium (FNPO) van ≥ 20 (bij gebruik van een echotransducerfrequentie ≥ 8 MHz) of ≥ 12 (transducerfrequentie < 8 MHz) in één of beide ovaria of een ovarieel volume (OV) > 10 ml van één of beide ovaria. Maar de richtlijn stelt wel dat het bewijs hiervoor laag is. Ook wordt aangeraden om te onderzoeken wat het effect van BMI en leeftijd is op deze markers. Daarom hebben wij onderzocht wat de waarde is van de huidige criteria voor FNPO en OV in de diagnose van polycysteus ovariumsyndroom (PCOS).¹ Vrouwen die gediagnosticeerd waren met PCOS (volgens de Rotterdam-criteria) na een gestandaardiseerde screening in het Erasmus MC, werden geïnccludeerd. Vrouwen met een regelmatige cyclus en een ongestoord endocrien profiel werden als controles geïnccludeerd. Alleen data van transvaginale echo's werden meegenomen. In totaal zijn 2.492 vrouwen met PCOS (16-50 jaar) en 152 vrouwen zonder PCOS geïnccludeerd. FNPO en OV waren hoger bij vrouwen met PCOS in elke leeftijdscategorie vergeleken met vrouwen zonder PCOS. De meeste vrouwen met PCOS tot 35 jaar hadden een FNPO ≥ 20 (87,8-100%) (gemeten met een transducer ≥ 8 MHz) of ≥ 12 (95,1-98,6%) (transducer < 8 MHz). Boven de 35 jaar nam de FNPO af. Het mediane OV was in elke leeftijdsgroep onder de 10 ml voor beide echografie-transducers. In onze groep zouden

13 van de 2.297 vrouwen met PCOS (0,6%) de diagnose niet hebben gekregen als OV niet als marker voor PCOM was meegenomen. Voor beide transducers vertoonden vrouwen met fenotype A (ovulatoire disfunctie (OD) + hyperandrogenisme (HA) + PCOM) de hoogste FNPO en OV, gevolgd door fenotype D (OD + PCOM), dan fenotype C (HA + PCOM) en daarna fenotype B (OD + HA) (alle P-waarden $< 0,001$ na aanpassing voor leeftijd) (tabel 1). Er werd geen klinisch significante correlatie tussen BMI en FNPO of OV waargenomen.

Er moeten dus criteria worden vastgesteld om FNPO per leeftijdscategorie te definiëren, vanwege de afname van FNPO met de leeftijd. OV laat een minder duidelijke afname met de leeftijd zien, maar heeft ook een lager discriminerend vermogen en zou misschien zelfs uit de diagnostische criteria weggelaten kunnen worden. BMI lijkt geen significante impact te hebben op FNPO bij PCOS.

K. van der Ham, F. Barbagallo, E. van Schilfgaarde, M.E. Lujan, J.S.E. Laven, Y.V. Louwers

Referentie

1. van der Ham K, Barbagallo F, van Schilfgaarde E, Lujan ME, Laven JSE, Louwers YV. The additional value of ultrasound markers in the diagnosis of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2024 Aug 31;S0015-0282(24)01995-2.

Kwaliteit van leven van vrouwen na een borderline ovariumtumor

Ongeveer 10-15% van de ovariumkankerdiagnoses is een borderline tumor. Er is echter nog weinig onderzoek

gedaan naar de kwaliteit van leven van vrouwen die een borderline ovariumtumor hebben gehad. Het onderzoek van Van der Eerden et al. vergeleek de kwaliteit van leven van leven na een borderline ovariumtumor (BOT) en vergeleek die met de kwaliteit van leven na stadium I ovariumkanker (zonder adjuvante therapie) en in een gematchte kankervrije controlegroep.² Dit cross-sectionele onderzoek maakte gebruik van gegevens van twee studies uit het Nederlandse PROFILES-registratie. Deelnemers vulden vragenlijsten in over hun kwaliteit van leven (EORTC QLQ-C30/OV28), angst en depressieve klachten (HADS).

In totaal deden 83 vrouwen met een BOT (respons 42%), 88 vrouwen met een vroeg stadium ovariumkanker (respons 52%) en 82 vrouwen uit de algemene bevolking mee aan het onderzoek. De resultaten laten zien dat de kwaliteit van leven van BOT-overlevenden over het algemeen tussen die van ovariumkanker-overlevenden en de kankervrije populatie ligt (tabel 2). Hoewel er geen significante verschillen werden gevonden voor de meeste kwaliteit van leven-domeinen, meldden BOT-overlevenden wel minder last van insomnia in vergelijking met ovariumkanker-overlevenden. Tegelijkertijd rapporteerden ze vaker dyspneu in vergelijking met de kankervrije groep. De klinische relevantie van beide effecten was klein. Dit onderzoek laat verder zien dat BOT-overlevenden een vergelijkbare functioneren hebben als ovariumkanker-overlevenden en de kankervrije populatie met slechts triviale klinische verschillende.

Aangezien sommige BOT-patiënten een verhoogde dyspnoe ervaren, is ondersteuning voor deze klachten nodig. De vroege iatogene menopauze speelt mogelijk een rol bij de toegenomen dyspneu. Om dit effect te verminderen kan hormoonvervangstherapie of leefstijladvies over gewichtstoename en lichaamsbeweging worden gegeven. Verder onderzoek is echter nodig om de dyspneuklachten bij patiënten met een BOT beter te begrijpen.

N. Ezendam

Tabel 1. Diagnostische criteria per PCOS-fenotype

	Phenotype A (n= 1335)	Phenotype B (n= 73)	Phenotype C (n= 88)	Phenotype D (n= 801)	Total (n= 2297)
no PCOM	-	73 (100%)	-	-	73 (3.2%)
PCOM based on OV	16 (1.2%)	-	3 (3.4%)	10 (1.2%)	29 (1.3%)
PCOM based on FNPO	473 (35.4%)	-	45 (51.1%)	420 (52.4%)	938 (40.8%)
PCOM based on OV + FNPO	846 (63.4%)	-	40 (45.5%)	371 (46.3%)	1312 (57.1%)

Tabel 2. De gemiddelde score (met SD) op kwaliteit van leven-domeinen van overlevenden van BOT, ovariumkanker in een vroeg stadium en de kankervrije populatie. Ongestandaardiseerde bèta's met 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI) van multivariabele regressieanalyse met kwaliteit van leven-domeinen als afhankelijke variabele en de diagnose als onafhankelijke variabele, gecorrigeerd voor vooraf gedefinieerde confounders. Klinisch belang van het verschil (KRV's) worden gerapporteerd.

				BOT versus ovariumkanker		BOT versus ovariumkanker	
	BOT (n= 83)	Ovarium kanker (n= 88)	Kankervrije populatie (n= 82)	β (95% BI) ¹	KRV ^a	β (95% BI) ²	KRV ^a
Algemene gezondheid	81,2 (17,0)	79,9 (17,5)	79,6 (16,7)	1,3 (-3,7;6,2)	Triviaal	2,4 (-2,5;7,3)	Triviaal
EORTC QLQ C-30 functioneringsschalen							
Fysiek	84,9 (18,4)	80,9 (23,6)	87,6 (15,8)	3,6 (-1,6;8,7)	Triviaal	-1,7 (-6,2;2,8)	Triviaal
Rol	81,3 (29,1)	80,9 (27,7)	87,8 (18,0)	0,9 (-6,8;8,6)	Triviaal	-5,4 (-12,0;1,3)	Triviaal
Emotioneel	85,6 (21,6)	84,2 (18,9)	85,7 (18,7)	1,1 (-5,1;7,3)	NB	0,4 (-5,7;6,5)	NB
Cognitief	90,6 (14,3)	88,3 (20,2)	93,3 (13,3)	2,3 (-3,0;7,6)	Triviaal	-2,2 (-6,3;1,9)	Triviaal
Sociaal	92,2 (19,5)	92,0 (17,1)	94,5 (11,8)	0,1 (-5,4;5,6)	Triviaal	-2,0 (-6,8;2,8)	Triviaal
EORTC QLQ C-30 symptoomschalen							
Vermoeidheid	18,1 (21,4)	20,9 (25,0)	19,8 (19,7)	-2,8 (-9,5;3,9)	Triviaal	-2,4 (-8,4;3,6)	Triviaal
Misselijk/overgeven	2,8 (9,7)	5,1 (13,5)	3,0 (9,5)	-2,7 (-6,2;0,8)	Triviaal	-0,3 (-3,2;2,7)	Triviaal
Pijn	16,3 (24,1)	18,4 (26,6)	19,1 (20,3)	-2,4 (-9,4;4,5)	Triviaal	-3,8 (-10,1;2,5)	Triviaal
Dyspneu	13,4 (26,6)	13,3 (25,0)	4,5 (12,6)	-0,6 (-8,0;6,7)	Triviaal	8,2 (2,1;14,4)	Klein
Insomnia	18,5 (27,2)	29,1 (30,8)	22,8 (28,1)	-9,6 (-18,0;-1,3)	Klein	-4,9 (-13,1;3,3)	Klein
Verlies van eetlust	3,6 (13,8)	5,3 (18,1)	2,4 (10,2)	-1,5 (-6,3;3,2)	Triviaal	0,9 (-2,8;4,6)	Triviaal
Constipatie	8,4 (20,7)	11,7 (23,2)	8,1 (17,8)	-4,4 (-10,9;2,2)	Triviaal	-0,2 (-6,0;5,6)	Triviaal
Diarree	2,0 (12,0)	3,4 (11,3)	4,9 (14,0)	-1,0 (-4,6;2,6)	Triviaal	-3,1 (-7,1;0,9)	Klein
Financiële problemen	3,3 (12,4)	5,7 (16,9)	2,4 (13,6)	-2,3 (-6,8;2,1)	Triviaal	0,5 (-3,5;4,4)	Triviaal
EORTC-OV28 symptoomschalen							
Seksueel functioneren	73,1 (27,3)	77,4 (25,8)	77,4 (25,8)	0,3 (-8,5;9,1)	NB	0,5 (-8,1;9,1)	NB
HADS angst en depressieschalen							
Angst	4,6 (3,5)	4,6 (3,4)	4,3 (3,3)	0,3 (-0,9;1,5)	NB	0,2 (-0,8;1,2)	NB
Depressie	3,4 (3,8)	3,8 (3,5)	3,1 (3,0)	-0,0 (-1,3;1,2)	NB	0,2 (-0,8;1,2)	NB

Een hogere score op de algemene gezondheidsstatus- en functioneringsschalen duidt op beter functioneren, terwijl een hogere score op de symptoomschalen en angst- en depressieve symptomen duidt op meer symptomen.

¹ Gecorrigeerd voor leeftijd, tijd sinds diagnose, aantal comorbiditeiten, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

² Gecorrigeerd voor leeftijd, aantal comorbiditeiten, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

^a KRV: klein= een subtiel maar niettemin klinisch relevant verschil; triviaal= een verschil dat waarschijnlijk geen klinische relevantie heeft. Vetgedrukte waarden geven een KRV van klein aan in combinatie met een P-waarde <0,05. Er is geen KRV beschikbaar voor emotioneel functioneren, seksueel functioneren en de angst- en depressieschalen. BOT= borderline ovariumtumor; NB= niet beschikbaar.

Referentie

2. Babette van der Eerden, Belle H. de Rooij, Leo J. Schouten, Dorry Boll, Dennis van Hamont, M. Caroline Vos, Nicole P.M. Ezendam. Quality of life among borderline ovarian tumor survivors: A comparison with survivors of early-stage ovarian cancer and a cancer-free population: A cross-sectional population-based PROFILES study. Gynecologic Oncology 189 (2024) 111-118

Resultaten ENSURE-trial: minder intensieve nazorg voor vrouwen met laag-risico endometriumkanker

De ENSURE-trial onderzocht de effectiviteit van een gereduceerd follow-up schema voor vrouwen met laag-risico

endometriumkanker. In deze Nederlandse niet-inferioriteits RCT werden 316 patiënten uit 42 ziekenhuizen willekeurig toegewezen aan een gereduceerd follow-up schema (vier bezoeken in drie jaar) of een standaard schema (8-11 bezoeken in drie jaar). De primaire uitkomstmaat was tevredenheid over de zorg, gemeten met de PSQ-III

vragenlijst (score 0-100) in de eerst drie jaar na behandeling. Secundaire uitkomsten waren onder meer angst, depressieve symptomen, bezorgdheid en tevredenheid over het follow-up schema.³

Patiënten in de gereduceerde follow-up groep rapporteerden een gemiddelde tevredenheid met een zorgscore van 82 (SD= 15) versus 80 (SD= 15) in de standaardgroep, wat binnen de niet-inferioriteitsmarge van -6 viel. Patiënten in de gereduceerde groep waren significant vaker tevreden met het follow-up schema (90-94% versus 75-82% in de standaardgroep) na 6, 12 en 36 maanden. Er waren geen verschillen in niveaus van angst, depressieve symptomen of bezorgdheid tussen beide groepen.

Binnen de studie deden we aanvullende dataverzameling en analyse om te begrijpen in hoeverre de resultaten generaliseerbaar waren. Een vergelijking van de ENSURE-studiepopulatie met de achtergrondpopulatie van patiënten geregistreerd in de Nederlandse Kankerregistratie liet zien dat ongeveer 65% heeft deelgenomen. Beide populaties waren vergelijkbaar qua leeftijd, maar het stadium en de graad waren iets lager in de ENSURE-populatie (stadium 1A, 96% versus 90%; graad I, 82% versus 75%). Daarnaast liet een

korte non-participantenvragenlijst (n= 59) zien dat non-participanten gemiddeld iets jonger (62 jaar) waren dan de deelnemers (65 jaar). Bovendien gaven niet-deelnemers aan meer bezorgd te zijn over hun kanker, emotioneel meer beïnvloed te zijn en minder begrip te hebben van hun ziekte. Zelfgerapporteerde redenen voor niet-deelnamen waren de overtuiging dat gebruikelijke nazorg belangrijk was voor hun gezondheid (41%) en bezorgdheid over het ontvangen van minder follow-up (28%). Als derde liet een analyse binnen de gereduceerde follow-up groep zien dat 'hoogverbruikers' (>5 bezoeken) meer zorgen rapporteerden in vergelijking met patiënten die follow-up ontvingen volgens het schema. Bovendien hadden de 'hoogverbruikers' een hogere tumorgraad, ontvingen zij vaker 'andere' behandelingen en zij hadden vaker complicaties na de primaire operatie.

Samenvattend liet de studie zien dat vrouwen in de gereduceerde groep niet minder tevreden waren over hun zorg dan vrouwen in de standaardgroep. Sterker nog, zij waren vaker tevreden met het lagere aantal bezoeken. Ook werd geen toename in angst, depressieve klachten of bezorgdheid geconstateerd. Het verminderen van het aantal ziekenhuisbezoeken kan de

standaardzorg voor deze patiëntengroep worden, mits er ruimte blijft voor maatwerk bij patiënten met specifieke zorgen of behoeften.

N. Ezendam

Referentie

3. Nicole P.M. Ezendam et al. Effect of reduced follow-up care on patient satisfaction with care among patients with endometrial cancer: The ENSURE randomized controlled trial. *Gynecol Oncol.* 2024 Sep;188:169-183.

Referenties pagina 440

1. Kim, M. S., Lee, H. J., Joo, E., Kang, S., Lee, M. H., & Kim, H. C. (2021). Management of non-obstetric traumatic vulvar hematoma: a retrospective review of 33 cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 1301-1304.
2. Saylany L, Ellepola H. Rare Non-obstetric Large Vulvar Hematoma Secondary to Consensual Sexual Intercourse: A Trial of Conservative Management. *Cureus*. 2024 Jan 24;16(1):e52850. doi: 10.7759/cureus.52850. PMID: 38406108; PMCID: PMC10885185.
3. Mangwi AA, Ebasone PV, Aroke D, Ngek LT, Nji AS. Non-obstetric vulva haematomas in a low resource setting: two case reports. *Pan Afr Med J*. 2019 Aug 20;33:314. doi: 10.11604/pamj.2019.33.314.19488. PMID: 31692848; PMCID: PMC6815487.
4. Hong HR, Hwang KR, Kim SA, Kwon JE, Jeon HW, Choi JE, So YH. A case of vulvar hematoma with rupture of pseudoaneurysm of pudendal artery. *Obstet Gynecol Sci*. 2014 Mar;57(2):168-71. doi: 10.5468/ogs.2014.57.2.168. Epub 2014 Mar 15. PMID: 24678493; PMCID: PMC3965703.
5. Egan E, Dundee P, Lawrentschuk N. Vulvar hematoma secondary to spontaneous rupture of the internal iliac artery: clinical review. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Jan;200(1):e17-8. doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.024. PMID: 19121653.
6. Takagi K, Akashi K, Horiuchi I, Nakamura E, Samejima K, Ushijima J, Okochi T, Hamamoto K, Tanno K. Managing vulvovaginal hematoma by arterial embolization as first-line hemostatic therapy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2017 Apr;56(2):224-226. doi: 10.1016/j.tjog.2016.03.009. PMID: 28420512
7. Ginny C. Oong; Frederick U. Eruo. Vulvar Hematoma. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560753/>



Antwoorden Gynfeud 33

Antwoord op vraag 1: b

'Ter sprake brengen' betekent 'aan de orde stellen'.

'Er is sprake van' betekent: (a) de mensen spreken erover, (b) het plan bestaat om.

'Geen sprake van' betekent: (a) dat zal niet gebeuren, (b) dat is het geval helemaal niet.

Het is dus beter om het bijvoorbeeld aldus te formuleren: Er is een zwangere vrouw opgenomen met de diagnose partus prematurus imminens.

Antwoord op vraag 2: b

Chloroform was het eerste middel dat in 1847 door James Young Simpson (1811-1870) in de verloskunde gebruikt werd als anaestheticum. Het was lastig om dit middel (continu) goed toe te dienen en Simpson experimenteerde met dit middel thuis tijdens een diner met zijn vrienden/assistenten Keith en jawel, (dirty) Duncan. Nadat ze allen een flinke snuif hadden genomen, zonken ze bewusteloos onder de grote zware tafel. Er bleef discussie bestaan of pijn wel of niet aanwezig moest zijn bij het baren. Pas nadat Koningin Victoria profiteerde van chloroform bij de baring (in 1853 toegediend door John Snow), werd het middel vaker gebruikt. Ether is een afgeleide van chloroform en is minder hepatotoxisch en iets veiliger en makkelijker in het gebruik. Halothaan verving ether-narcose in het begin van de zestiger jaren van de vorige eeuw. Marcaïne gebruiken we bij spinaal en epiduraal anaesthesie.

Simpson was een van de beroemdste obstetricki in zijn tijd en onder andere bekend van de 'air tractor' (een voorloper van de huidige vacuüm), de forceps die naar hem genoemd is, het bimanueel onderzoek en de sonde. Zijn huis in Edinburgh is intact en in de voorkamer staat nog altijd de tafel waar de heren zachtjes onder op de grond gleden na de zelf toegevoerde chloroformanaesthesie.

