

# VOG *Magazine*

Jaargang 9 • nr 1, februari 2011

Vakblad voor Obstetrische & Gynaecologische verpleegkundigen

Nieuwe rubrieken

**Trainingen met hele team  
Reanimatie van een zwangere  
112 in de verloskunde**

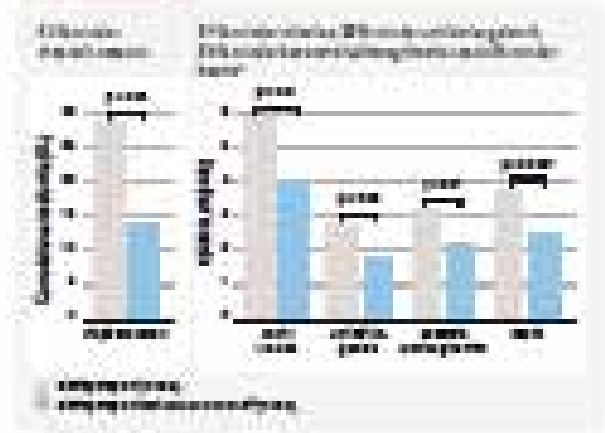
**Als elke seconde telt**

**v&vn**  
Vereniging van verpleegkundigen

# IMMUNOFORTIS® (GOS:lcFOS 9:1) is niet zomaar een mix van prebiotische vezels



De combinatie van GOS en lcFOS zorgt voor een optimale groei van de goede bacteriën in de darmen van de baby. Dit zorgt voor een sterkere afweer tegen ziektekiemen en voorkomt darmproblemen. Bovendien zorgt de combinatie van GOS en lcFOS voor een optimale groei van de goede bacteriën in de darmen van de baby.



## Wat zijn de voordelen van Immunofortis?

Immunofortis zorgt voor een optimale groei van de goede bacteriën in de darmen van de baby.

- Versterkt de afweer tegen ziektekiemen
- Voorkomt darmproblemen
- Zorgt voor een optimale groei van de goede bacteriën in de darmen van de baby
- Versterkt de afweer tegen ziektekiemen
- Voorkomt darmproblemen
- Zorgt voor een optimale groei van de goede bacteriën in de darmen van de baby

De combinatie van GOS en lcFOS zorgt voor een optimale groei van de goede bacteriën in de darmen van de baby.



© 2014  
 1. Immunofortis is een prebiotisch supplement.  
 2. Immunofortis is niet bedoeld als voedsel.  
 3. Immunofortis is niet bedoeld als medicijn.  
 4. Immunofortis is niet bedoeld als voedsel.  
 5. Immunofortis is niet bedoeld als medicijn.



**Redactie**Corrie Hartog  
Jacqueline Slot  
redactie.vogmagazine@gmail.com**Aan dit nummer werkten mee:**

Wineke Bremmer, Jacqueline Doevendans, Anja Eringa, Aline de Graaf, Sonja Jacobi, Wilma Keiren, Pauline Nieuwenhuizen, Marja van Vroenhoven

**Eindredactie**

Margit Kranenburg

**Vormgeving**

Helen Verbeek Grafische Producties

**Druk**

Deltahage

**Advertenties**Cross Advertising  
010 - 742 10 23  
gezondheidszorg@crossadvertising.nl**Lidmaatschap**Aanmelden, opzeggen en uw adres wijzigen kan via [www.vog.venvn.nl](http://www.vog.venvn.nl)  
Ook kunt u via de website voor € 7,50 losse nummers nabestellen.V&VN VOG  
Postbus 8212  
3503 RE Utrecht  
E-mail: [info@venvn.nl](mailto:info@venvn.nl)  
[www.vog.venvn.nl](http://www.vog.venvn.nl)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is uiterste zorg besteed. De redactie kan geen aansprakelijkheid aanvaarden voor onjuiste of onvolledige informatie.

Deadline kopij voor nummer 2 is 9 mei 2011.

**Foto voorpagina**

Simulatietraining Medsim

**In beweging**

De verloskunde is in beweging en dat zullen wij als O(&G)-verpleegkundigen merken. Regelmatig verschijnen er artikelen in kranten of tijdschriften waar weer reacties vanuit verschillende disciplines op komen. Neem de berichten waarin gezegd wordt dat de abortusgrens omlaag moet van 24 naar 22 weken. Dat krijgt heus nog een vervolg.

Binnen ons specialisme zijn we bezig met de perinatale audit besprekingen, zie het artikel van Wineke Bremmer. Het ene ziekenhuis is hier verder mee dan het andere, maar het is de bedoeling dat alle ziekenhuizen die gaan ontwikkelen. Ook kun je onder meer lezen over calamiteitentrainingen, die een hot item zijn op de werkvloer, en een korte impressie zien van het lustrumcongres van V&VN.

Ondertussen staan wij als VOG-verpleegkundigen ook niet stil. Naar aanleiding van het rapport 'Een goed begin' is er een College Perinatale Zorg (CPZ) in oprichting met allerlei werkgroepen waaraan de VOG een actieve deelnemer zal zijn. Zijn er al ziekenhuizen bezig met de aanbevelingen uit het rapport? De redactie is hier benieuwd naar. En wat te denken van de 'wensverloskunde', hoever gaan wij als verpleegkundigen daarin mee en wat komt er allemaal kijken bij de oudere zwangeren? Die onderwerpen staan centraal op ons VOG-symposium op 26 mei in Ede.

Het VOG-magazine is ook in beweging en heeft een nieuwe redactie en een eindredacteur. Namens het bestuur zit ik als aankomend bestuurslid (ik hoop op 4 april gekozen te worden) in de redactie. Wij staan open voor jullie bijdragen. Zo hebben we bijvoorbeeld niet de mensen en de middelen om alle relevante symposia etc. te verslaan. Vind je schrijven leuk en ga je naar een interessante bijeenkomst, meld het ons en we maken ruimte in het magazine. We hebben ook een nieuwe rubriek: 'de VOG-verpleegkundige'. Ben jij of ken jij een VOG-collega die ons wat bijzonders heeft te vertellen, meld je dan aan via ons e-mailadres. Wij kijken uit naar jullie reacties. Laat het ons weten: [redactie.vogmagazine@gmail.com](mailto:redactie.vogmagazine@gmail.com)

Veel leesplezier!  
*Namens de redactie,*  
Corrie Hartog





Mededelingen van het bestuur	5
Kort nieuws	6
Trainen met het hele team	9
Kwaliteitsverbetering patiëntveiligheid staat voorop	11
Oncologisch gynaecologisch spreekuur voorziet in behoefte	12
V&VN Lustrumcongres	13
Kindermishandeling zorgt voor dilemma's aan het bed	15
De VOG-verpleegkundige	17
Reanimatie van een zwangere patiënt	19
Reactie gynaecoloog	21
Urgentie duidelijk melden	24
Inbreng verpleegkundige belangrijk bij perinatale audit	27
Boekrecensie	28
Agenda	29



## ZCP

Op 4 april is er een ZCP (ZiekenhuisContactPersonen) dag in Amersfoort in de kapel van Meander Medisch Centrum locatie de Lichtenberg. Vanaf 10.00 staat de koffie klaar en om 10.30 begint het programma. Om 13.30 is er een algemene ledenvergadering voor alle VOG-leden in verband met een verkiezing in het bestuur. Aspirant bestuursleden Gerda Wessels en Corrie Hartog stellen zich verkiesbaar. Het volledige programma is nog niet bekend maar komt op <http://vog.venvn.nl> onder kopje 'voor leden V&VN VOG'. Iedereen is van harte welkom!

## Register

Inmiddels hebben al 59 leden zich ingeschreven in het kwaliteitsregister deskundigheidsgebied O&G.

## Archief

Voor ons archief zijn wij nog op zoek naar readers/syllabi van BOG symposia uit 1995, 1999, 2001 en 2002. Wie heeft ze thuis liggen en wil ze aan ons schenken? Het origineel of een kopie mag opgestuurd worden naar Lia Heijnen (Schadeken 27, 2264 KH Leidschendam). Alvast hartelijk bedankt.

## Adressen

Het blijkt dat wij nog niet alle of alle juiste e-mailadressen van onze leden hebben. Dit kun je op de website aanpassen als je inlogt op 'mijn.venvn'. Op deze manier kunnen wij een algemene mededeling naar alle leden sturen zoals de kerstgroet afgelopen jaar. (Heb je deze groet niet gekregen, dan is je e-mailadres dus niet bekend bij ons.)

## Symposium

Mis het niet ons eigen VOG-symposium op donderdag 26 mei in de Reehorst in Edel!



## Soms doe je wat bijzonders om extra inkomsten binnen te krijgen

Eind vorig jaar werd er in een enveloppe van V&VN een zeer opvallende mailing van TMI verzonden en dat is niet iedereen goed bevallen. Wij ontvingen een aantal negatieve reacties. Het bestuur krijgt niet vaak negatieve reacties, dus dat alleen al doet ons vermoeden dat er veel meer leden zijn die zich storen aan een dergelijke mailing.

Om te beginnen wil ik vanaf deze plaats duidelijk maken dat wij ons ledenbestand niet aan derden geven. V&VN VOG draagt zorg voor het leveren van de adressen op de enveloppe, Cross Advertising voegt vervolgens de mailing toe. Uit ergernis spreekt een meer dan gemiddelde band met onze vereniging, en wij zijn blij met zulke leden. Voor hen doen wij het. Wij zetten ons in voor onze beroepsvereniging V&VN VOG. Wij vragen vele O(&G)-verpleegkundigen voor allerlei landelijke werkgroepen, we zetten een netwerk op van actieve leden, de ZCP-ers, we hebben zitting in het College Perinatale Zorg, we zijn vertegenwoordigd in de ledenraad, we hebben een collega afgevaardigd in een verpleegkundig tuchtcollege, we organiseren elk jaar weer een symposium en financieren de VOG-award. Last but not least, we maken een magazine dat steeds professioneler wordt. De contributie van onze leden dekt een deel van de kosten die al deze activiteiten met zich meebrengen, maar lang niet alle kosten. We hebben een contract met Cross Advertising dat voor ons sponsoren en adverteerders benadert. Dat gaat in goed overleg waarbij het bestuur zich steeds afvraagt of een advertentie binnen de doelstelling van onze beroepsvereniging past.

Wij begrijpen dat een mailing ingrijpend kan zijn, maar we leven in economisch lastige tijden. Onze missie is niet alle leden tevreden houden. Onze missie is om een beroepsvereniging te worden die er toe doet en om een goed magazine te maken. Als dat moet dan zijn wij liever de oorzaak van kritiek op een mailing dan van kritiek op een inhoudelijk dun magazine of een symposium dat niet aan de verwachtingen voldoet.

Dat neemt niet weg dat wij de kritiek op de mailing van TMI zeer serieus nemen.

*Pauline Nieuwenhuizen*  
Voorzitter V&VN VOG

## TANDVLEESONTSTEKING



Zwangere vrouwen die doorlopen met een tandvleesontsteking hebben een fors verhoogde kans op een vroeggeboorte of een kind met te laag geboortegewicht, in vergelijking met vrouwen die wel hun tandvleesontsteking vroegtijdig laten behandelen. Dit blijkt uit diverse onderzoeken, zegt de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). Tot de 35e week heeft het behandelen van tandvleesontsteking nog positieve gevolgen voor het geboortegewicht en het tijdstip van de geboorte.

## Kinderarts

Kinderarts Herman van Tinteren, die na 30 jaar afscheid heeft genomen van Tergooziekenhuizen, heeft een website gemaakt voor ouders met opgroeiende kinderen: [www.mijnkinderarts.nl](http://www.mijnkinderarts.nl). Doel van de site is om ouders toegang te geven tot een brede stroom aan informatie rond alles wat met zwangerschap, kindergeneeskunde en gezondheid van kinderen te maken heeft.

[www.mijnkinderarts.nl](http://www.mijnkinderarts.nl)

## DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING PSIE EN HIELPRIK

In 2011 vinden er belangrijke veranderingen plaats in de Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie (PSIE) en in de neonatale hielprikscreening (NHS). Voor de PSIE gaat het



om aanpassingen in de preventie van erythrocytenimmunisatie. De neonatale hielprikscreening wordt uitgebreid met de screening op Cystic Fibrosis.

Omdat het om ingrijpende wijzigingen gaat, biedt het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM een programma voor deskundigheidsbevordering aan. In de periode maart – april 2011 kunt u een geaccrediteerde regionale scholingsbijeenkomst bij-

wonen. Voor de PSIE is vanaf begin maart ook een geaccrediteerde e-learning cursus beschikbaar. Meer informatie over de tijden en locaties van de bijeenkomsten en de e-learning cursus vindt u op [www.rivm.nl/pns/scholing](http://www.rivm.nl/pns/scholing).

## Terschelling

Huisartsen op Terschelling hebben besloten dat vrouwen niet meer kunnen bevallen op het eiland. Aanleiding zijn de plannen van minister Schippers van VWS om de babysterfte bij bevallingen terug te dringen. Aanstaaende moeders moeten dus naar het vaste land. Op de andere Waddeneilanden mogen de zwangeren nog wel bevallen mits er een goede risicoanalyse is geweest.

## 2MoVE

De STBN (Stichting Thuis Bevallingen Nederland) is in samenwerking met zorgverzekeraar AGIS een pilot begonnen: 2MoVE. Het doel is het ontwikkelen van een nieuw organisatie-model voor de verloskunde. De aanbevelingen uit het rapport 'Een goed begin' vormen het uitgangspunt. Aan deze pilot werken ook mee: Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, verloskundigenpraktijken uit Amsterdam West, geboortecentra Amsterdam en kraamzorg De Baker.

## HIV

Gezonde baby's van met HIV besmette moeders zijn vatbaarder voor allerlei ziektes blijkt uit onderzoek door Britse en Zuid-Afrikaanse wetenschappers. De baby's hebben minder anti-lichamen in hun bloed en kunnen daardoor moeilijker tegen ziektekiemen strijden. Het gaat vooral om de aandoeningen als pneumokokken, kinkhoest, tetanus, hersenvliesontsteking en longontsteking. De kans dat een baby van een seropositieve moeder in Afrika voor de eerste verjaardag overlijdt is vier keer zo groot als bij baby's van gezonde moeders uit Afrika. Door inenting kan de afweer van de baby's worden versterkt.

## Trisomie 13 en 18

Vanaf 1 april 2011 kunnen zwangere vrouwen die zich via een bloedtest laten screenen op het Downsyndroom ook te horen krijgen of er sprake is van een verhoogd risico op trisomie 13 (Patau-syndroom) en trisomie 18 (Edwards-syndroom). Bij trisomie 13 en 18 kunnen vroeg in de zwangerschap echoafwijkingen zoals foetale groeiachterstand of structurele afwijkingen gezien worden. Bij trisomie 21 is de foetale groei in het eerste trimester vaak normaal. Bij deze kansberekening komen ook foutpositieve uitslagen voor en dan is aanvullend onderzoek nodig zoals vlokentest of vruchtwaterpunctie.

## Kraamsuites in Woerden

Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden heeft de opening van drie extra kraamsuites aange-grepen om stil te staan bij het allereerste contact tussen ouders en kinderen. Onder de titel 'Goede start' spraken deskundigen op 25 januari over onderwerpen als huidcontact, desnoods met de vader als het niet met de moeder kan, en borstvoeding. Obstetrievepleegkundige Marga van den Brink legde uit hoe het gezin centraal staat bij het concept van Single Room Maternity Care. De kraamsuites geven vrouwen de gelegenheid om veilig in een huiselijke sfeer (poli)klinisch te bevallen.

Onder de aanwezigen was een flinke delegatie verpleegkundigen uit het Westfries Gasthuis uit Hoorn dat over een paar jaar ook hoopt te werken met kraamsuites. „Dit symposium was voor ons een leuke gelegenheid om te kijken hoe het nu werkt in de praktijk”, lichte Elly Hogendoorn toe. „Vooral de voor- en nadelen van het werken met kraamsuites waren voor ons erg interessant. Tijdens de rondleiding hebben we alle kastjes gezien van de nieuwe, maar ook van een al in gebruik zijnde suite. De uitleg van de gynaecoloog en de aanwijzingen waar we vooral op moeten gaan letten, waren lekker praktisch. Op de kinderafdeling hebben we de werking van de babycam gezien en hoe de afdeling de rooming-in aangepakt heeft. De vele foto's die genomen zijn, gebruiken we om onze collega's die niet mee konden, meer te vertellen over het gebruik van kraamsuites.”

## LEEFTIJDSGRENS BEHANDELING OMLAAG

De leeftijd waarop jonge pasgeborenen actief worden behandeld is verlaagd van 25 naar 24 weken. Dit zijn de beroepsorganisaties van gynaecologen (NVOG) en kinderartsen (NVK) overeengekomen.

Deze verlaging is mogelijk geworden omdat de technische mogelijkheden voor behandeling van deze hele jonge

groep vooruit is gegaan. Behandeling zal wel altijd in overleg met de ouders plaatsvinden. Uitvoering van deze plannen is pas mogelijk als de uitbreiding aan capaciteit voor opvang van deze intensieve behandeling geregeld is. In het Erasmus MC Rotterdam doen ze dit al sinds begin 2009. Het overlevingspercentage is 68%; bij 85% van deze baby's waren de hersenecho's volledig normaal. Het onderzoeksteam gaat ervan uit dat deze kinderen een heel grote kans hebben om geen blijvende handicap over te houden aan hun te vroege geboorte; 15% vertoont milde afwijkingen, zoals een kleine hersenbloeding. Deze kinderen hebben wel een verhoogd risico op een blijvende lichamelijke of geestelijke handicap. (Bron: EMC)



## V&VN VOG-award 2011

### Oproep aan afgestudeerde obstetrievepleegkundigen

Dankzij de V&VN VOG-award kunnen obstetrievepleegkundigen kennis die tijdens de opleiding is opgedaan delen en verspreiden. Verpleegkundigen die in 2009 en 2010 hun O(&G)-opleiding hebben afgerond met een afstudeeropdracht, kunnen meedingen naar de prijs. De uitreiking vindt plaats tijdens ons symposium op donderdag 26 mei 2011.

De prijswinnaar ontvangt € 500, kan een presentatie houden tijdens het symposium en een samenvatting publiceren in het VOG-magazine. Dit jaar willen we de nummers twee en drie ook in het zonnetje zetten. Zij mogen op 26 mei hun afstudeeropdracht presenteren met een poster.

De jury bestaat uit: Petra Kunkeler (O&G-verpleegkundige, opleider aan de Amstelacademie Amsterdam, voorzitter van de symposiumcommissie) Leontien Mineur (docent coördinator aan het Albeda College Rotterdam) Rozsika Mevius (O&G-regieverpleegkundige, kwaliteitsmedewerker aan het UMC Groningen) en Elly Hoogendoorn (O&G-verpleegkundige, Westfries Gasthuis, Hoorn, lid van de symposiumcommissie, bestuurslid V&VN VOG).

Inzendingen worden beoordeeld op: originaliteit, vernieuwing, praktische toepasbaarheid binnen verschillende settingen (polikliniek, afdeling, extramuraal en verschillende patiëntencategorieën) en bewezen invloed van het product/resultaat op micro-, meso- en macroniveau. De winnaar ontvangt uiterlijk eind april bericht.

Stuur uw inzending uiterlijk op 26 maart 2011, liefst per e-mail, onder vermelding van naam, adres, telefoonnummer en e-mailadres naar:

Elly Hoogendoorn

Seyndersloot 22

1602 HA Enkhuzen.

Email:ylle@quicknet.nl (0228-312112 of 06-19926292)

*Miscommunicatie leidt tot medische missers*

# Trainen met het hele

**Iedereen weet dat als je bepaalde vaardigheden onder de knie wilt krijgen, dat je dan vaak moet oefenen en herhalen en dat daar soms een training voor nodig is. De laatste jaren komt daar ook steeds meer belangstelling voor vanuit ziekenhuizen, overheid, zorgverzekeraars en niet te vergeten het medisch personeel.**

**Door:**  
Corrie Hartog

In 2000 verscheen er in Amerika een rapport waaruit bleek dat er veel sterfgevallen waren door medische fouten die een menselijke factor had zoals miscommunicatie en slecht teamwork. De medische sector stond op z'n kop. Er begon zich een visie te ontwikkelen op medische simulatietechnieken die je veilig zou moeten oefenen. Uit een Engels onderzoek in 2006 bleek dat teamtrainingen effectief waren, in Engeland was het aantal pasgeborenen met hersenletsel met 50% afgenomen doordat er teamtrainingen hadden plaats gevonden. In Nederland heeft onder andere het NIVEL in 2006 en 2010 rapporten gepubliceerd over medische missers waarvan een groot deel te wijten was aan miscommu-

nicatie en geen goede samenwerking tussen multidisciplinaire teams.

## **Luchtvaart**

Ondertussen werkt in het Maxima Medisch Centrum gynaecoloog / perinatoloog prof. dr. Guid Oei, tevens hoogleraar fundamentele perinatologie aan de TU in Eindhoven, aan een concept voor simulatietrainingen met speciale poppen. Deze simulatietrainingen komen in eerste instantie vanuit de luchtvaart. Er werd contact gezocht met European Design Centre voor verder professionalisering en MEDSIM werd 'geboren'. Medsim is een research -en trainingscentrum voor de



# team

medische zorg, in eerste instantie speciaal voor verloskundige zorg maar in 2011 vindt er uitbreiding plaats naar intensive care, cardiologie, SEH en invasieve chirurgie. Er is samenwerking met verschillende instanties zoals MMC, TU Eindhoven, VUMC, AMC, UMCG, UMCM, Universiteit van Hasselt, Amerika, China. Medsim heeft zich vooral gespecialiseerd in multidisciplinaire samenwerking en communicatie tijdens simulatietrainingen.

## Simulatiepoppen

Medsim wil een open en veilig trainingsklimaat creëren door deze manier van trainen, met twee onafhankelijke trainers. De simulatiepoppen zijn zo geprogrammeerd dat ze reageren op de handelingen van het team hulpverleners en ook spoedscenario's zoals fluxus en vruchtwaterembolie kunnen nagebootst worden. Er zijn diverse trainingen voor O&G verpleegkundigen, 1e en 2e lijns verloskundigen, AIOS, ANIOS en gynaecologen maar ook als multidisciplinair team kun je er terecht voor een training. Er wordt gewerkt volgens bestaande richtlijnen en



protocollen die gelden in het ziekenhuis waar je werkt. De trainingen worden door middel van videoregistratie opgenomen en achteraf besproken. Een groep bestaat uit maximaal 20 personen. Er zijn twee trainers, een uit het medische gebied (gynaecoloog, verloskundige) en de ander is een communicatiespecialist. De trainers zitten in de controlekamer en kunnen vandaar uit 'helpen'

## Trainingsdag

De groep mag eerst de kamer en apparatuur bekijken en krijgen dan in een briefingruimte een video met een casus te zien waarmee ze aan de slag moeten. In de simulatiekamer gebeurt er van alles en het hele team moet handelen. Dat duurt ongeveer tien minuten. Na afloop wordt de video teruggekeken en door de twee trainers besproken. En dat is soms best eng en confronterend. "We moeten leren van fouten op een positieve manier", zegt Rob Steinweg, directeur van Medsim. Na de eerste simulatie volgt er een klein stukje communicatie theorie, er worden communicatie tools aangereikt zoals de SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) en Closed Loop (herhalen wat er gezegd wordt). Het is de bedoeling dat tijdens de vijf à zes scenario's die nog volgen er op die manier gecommuniceerd wordt met elkaar. Rob Steinweg vindt dat elk multidisciplinair team verplicht elk jaar zou moeten trainen op calamiteiten, communicatie en samenwerking. Helaas is niet iedereen al zover en ook geld speelt een rol. Dit soort trainingen zou volgens hem ook in alle opleidingen (medisch en verpleegkundig) aan bod moeten komen. In de toekomst hoopt hij dat het heel gewoon en geaccepteerd is dat multidisciplinaire teamtraining een toegevoegde waarde heeft. Men moet gemeenschappelijk verantwoordelijk worden voor een patiënt.



*Trainen met spinazienat en krotensap*

# Kwaliteitsverbetering patië

**Het naspelen van zeldzame levensbedreigende situaties van een zwangere op de verloskamer moet ernstige complicaties in de praktijk voorkomen. "Centraal bij de TOSI-training staat het oplossen van problemen als team", aldus gynaecoloog en bedenker Bettina Akerboom.**

**Door:**  
Jacqueline  
Doevendans

Alles moet zo echt mogelijk lijken. Een huidkleurige mailot is omgebouwd tot oefenbroek. Matjes met spinazienat moeten meconiumvruchtwater voorstellen en voor bebloede maandverbandjes wordt krotensap gebruikt. Bettina Akerboom van het Albert Schweitzer Ziekenhuis, locaties Dordrecht en Zwijndrecht, gebruikt al haar creativiteit voor de trainingen die zij heeft ontwikkeld. "Het is zo leuk om te doen", vertelt ze. „Ik heb zelf een broek in elkaar geknutseld, compleet met schaamlippen en een opening. Zo kan iedereen toucheren en 'ervaren' of er bijvoorbeeld sprake is van een uitgezakte navelstreng". Hoeveel plezier een team soms vooraf ook heeft met

de hulpmiddelen, tijdens de simulatietraining van een acute situatie bij een bevalling is de sfeer gespannen en is iedereen zich bewust van wat hij of zij moet doen. Na de training evalueert het team het verloop van de casus. Hoe liep het, hoe was de samenwerking, hoe verliep de communicatie en wat moet een volgende keer anders, zijn de vragen die hierbij de revue passeren.

Akerboom ontwikkelde voor haar ziekenhuis een 'Training Obstetrische Spoedinterventie' (TOSI). In het kort komt het erop neer dat er tweemaal per jaar aan alle betrokken gynaecologen, arts-assistenten, verloskundigen en O&G-verpleegkundigen die zorg verlenen in de verloskamers van het Albert Schweitzer Ziekenhuis, een simulatietraining in acute situaties wordt gegeven. De training is voor iedereen op de afdeling verplicht. Er wordt getraind op de verloskamers en men simuleert bevallingen waarbij zich ernstige complicaties voordoen zoals eclampsie, fluxus, schouderdystocie, situaties waarbij een zwangere vrouw gereanimeerd moet worden, uterusruptuur en inversio uteri .

## ***Wat is het doel van de simulatietraining?***

"Het doel van simulatietraining in het algemeen is 'kwaliteitsverbetering'. Meer specifiek kun je stellen, dat de winst vooral zit in het adequaat leren handelen en het verbeteren van de communicatie met het medische team en met de patiënte en haar partner in acute situaties. Door deze trainingen zijn we in staat situaties als team beter op te lossen. Het medisch team bestaat uit O&G-verpleegkundigen, arts-assistenten, klinisch verloskundigen en gynaecologen in verschillende samenstellingen".

## ***Waarom zijn jullie begonnen met de TOSI-trainingen?***

"De aanleiding een training te ontwikkelen voor ons ziekenhuis is het besef geweest, dat er levensbedreigende situaties voor de zwangere kunnen voorkomen, die zo zeldzaam zijn, dat je ze van tevoren door moet denken. Hier heeft niemand routine in, dus moet je het oefenen". Als praktijkvoorbeeld hierbij schetst Akerboom de casuï-



# ntveiligheid staat voorop

## 'Ik heb zelf een broek in elkaar geknutseld, compleet met schaamlippen en opening'

den en daarmee ook het kind. Dit moet ter plekke gebeuren. Ook al weet je theoretisch hoe je moet handelen, als het moment daar is om te gaan snijden, is dat toch heel lastig. Het is dan goed dat je daar van tevoren een protocol op maakt en dit gaat oefenen. Pas dan wordt duidelijk, wat je in zo'n situatie eigenlijk tegenkomt en waar je tegenaan loopt".

### Kun je daar een voorbeeld van geven?

"Uit veiligheidsoverwegingen zit bij ons de toegangsdeur naar de VK altijd op slot. Je moet de cijfercode weten om de deur te openen. Dat geldt dus ook voor het reanimatieteam. Daar kom je tijdens zo'n training achter".

### Wat zijn de resultaten sinds de introductie van TOSI begin 2009?

"Je ziet dat het hele team tijdens ernstige acute situaties beter samenwerkt; iedereen weet wat er moet gebeuren. Dit loopt nu veel beter. Alle handelingen zijn benoemd en staan op een actielijst die op de verloskamer hangt. Het is dan natuurlijk wel zaak, dat je daar dan ook op kijkt. Dit is iets wat echt aangeleerd moet worden".

### Waar letten jullie op bij de communicatie?

"Met elkaar praten is van wezenlijk belang. Aan elkaar vertellen 'wat doe ik' en 'wat doe jij'. Een voorbeeld: 'Ik haal dit, jij blijft hier'. Ik vind ook dat je elkaar mag helpen. Het hele team kan elkaar aanvullen bij de te verrichten acties voor het verbeteren van de situatie. Zo kan een verpleegkundige bijvoorbeeld heel goed voorstellen om een catheter te plaatsen".

tiel van een zwangere met een hartstilstand op de verloskamers. "Je weet dat je na vijf minuten reanimeren zonder succes een keizersnee moet toepassen. Je moet dit doen om de moeder te red-

**Het klinkt heel ruimdenkend om kennis en ervaring van de verpleegkundige op deze manier te benutten. Maar is dit in de praktijk niet heel bedreigend voor een arts?**

"Nogmaals, je mag elkaar helpen. Het gaat erom het als team op te lossen. Artsen moeten leren open te staan voor verpleegkundigen met veel ervaring. Zij kunnen een actieve rol spelen bij acute situaties. Artsen moeten zich ervan bewust worden dat zij ook niet alles weten. Dat is helemaal niet erg. Het gaat uiteindelijk alleen om het resultaat. Tijdens evaluaties staan we hier uitvoerig bij stil. Het hele team krijgt feedback en geeft feedback aan elkaar".

### TOSI en TOSTI: het verschil

TOSTI is een landelijk onderzoek naar de effecten van teamtraining in spoedeisende situaties op verloskamers. Het vindt zijn oorsprong in de luchtvaartindustrie. Het zogenoemde 'Crew Resource Management' (CRM). Het principe van 'check, dubbel check' na elke handeling, komt daar vandaan. Aan de hand van de

onderzoeksresultaten wil men bekijken of bij invoering van CRM de patiëntveiligheid verbeterd kan worden. De simulaties van TOSTI komen in grote lijnen overeen met de TOSI-training. Beide hanteren cases omtrent dezelfde problematiek. Niet elk ziekenhuis doet overigens mee aan de studie. De aanbevelingen uit het TOSTI-onderzoek zullen leiden tot verbeterde of nieuwe landelijke richtlijnen. Dit in tegenstelling tot de TOSI. Deze training op microniveau is door Akerboom toegespitst op het eigen ziekenhuis en evaluaties beperken zich tot besprekingen binnen het eigen team. "Uitkomsten worden niet gerapporteerd aan het management en niet uitgewisseld met de TOSTI-onderzoekers".



# Oncologisch gynaecologisch spreekuur voorziet in behoefte

**De oncologisch gynaecologisch patiënt heeft behoefte aan eenduidige en degelijke informatie. Tegelijkertijd is er behoefte aan extra ondersteuning en begeleiding van deze patiëntengroep. Daarom werkt het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg sinds vorig jaar met een speciaal oncologisch gynaecologisch verpleegkundig spreekuur.**

**Door:**  
Marja van  
Vroenhoven  
en  
Sonja Jacobi

Nadat de patiënt van de oncologisch gynaecoloog te horen heeft gekregen dat de diagnose kanker is, wordt de oncologisch gynaecologisch verpleegkundige ingeschakeld. Zij geeft zo nodig aanvullende informatie over de diagnose, de onderzoeken, en de behandeling. Ook neemt zij een vraaggesprek af om zo zorg op maat te kunnen leveren. Voorbeelden hiervan zijn afspraken met de geriater en het zorgloket. Het oncologisch gynaecologisch verpleegkundig spreekuur in het TweeSteden ziekenhuis wordt gedaan door Marja van Vroenhoven. Zij is werkzaam als oncologisch gynaecologisch verpleegkundige op de afdeling gynaecologie en op het

MOC en heeft het spreekuur mee opgezet. Het doel is: eenduidige informatievoorziening, vast aanspreekpersoon voor de patiënt voor vragen en klachten, extra tijd en ondersteuning voor de patiënt, begeleiding in het gehele traject dus ook in de follow-up fase.

## Ondersteuning

Sinds oktober 2010 zijn er afspraken met de diëtist dat elke oncologische gynaecologische patiënt ook naar de diëtist gaat voor een intake om het voedingspatroon van de patiënt in kaart te brengen. De diëtist zal de patiënt tijdens de opnamefase volgen en ook in het na traject zien als de patiënt chemotherapie gaat krijgen.

Een belangrijke taak van de oncologisch gynaecologisch verpleegkundige is het begeleiden van patiënten met een gynaecologische tumor. Patiënten kunnen bij haar terecht voor ondersteuning, begeleiding, vragen en eventuele klachten behorende bij de oncologisch gynaecologische aandoening tijdens het gehele proces. De oncologisch gynaecologisch verpleegkundige is een coördinator in de zorg afgestemd op de individuele patiënt. Ze werkt volgens een checklist en houdt zo inzichtelijk welke diagnose er gesteld is en welke onderzoeken en behandelingen er plaats moeten vinden. Daarnaast helpt ze bij het ontwikkelen van patiënten informatiefolders en neemt ze deel aan een regionaal netwerk voor gynaecologische kanker. Een groot voordeel van het spreekuur is dat alle patiënten voor de opname en behandeling al in kaart gebracht zijn door de verpleegkundige en dat dit niet meer zoals voorheen gedaan moet worden op de opnamedag. Het bespaart tijd op de werkvloer en alle patiënten krijgen dezelfde eenduidige informatie. Het zorgtraject en alle informatie over aandoeningen, behandelingen maar ook simpel de uitleg over de normale vrouwelijke anatomie is digitaal beschikbaar op [www.kankerwiehelpt.nl](http://www.kankerwiehelpt.nl). Hier kunnen patiënten inzicht krijgen in het ziektebeeld en de zorg die geleverd kan worden in de diverse betrokken ziekenhuizen.

## Samenwerking

Het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg is onderdeel van het OOG-IKZ. OOG staat voor Organisatie Oncologische Gynaecologie in de IKZ-regio (Noord-Brabant en Noord-Limburg). Dit is een samenwerkingsverband tussen het Catharina ziekenhuis te Eindhoven, het Elisabeth Ziekenhuis en het TweeSteden ziekenhuis. Voor cervixcarcinoom (baarmoederhalskanker) en vulvacarcinoom (schaamlipkanker) heeft het TweeSteden ziekenhuis een regionale centrumfunctie maar ook kan men er terecht voor andere oncologische gynaecologische behandelingen, bijvoorbeeld baarmoederkanker en eierstokkanker. In het ziekenhuis zijn twee oncologisch gynaecologen werkzaam. De chirurgische behandeling vindt plaats in het TweeSteden ziekenhuis maar het komt ook voor dat de oncologische gynaecologen mee opereren in het Elisabeth ziekenhuis te Tilburg en het Jeroen Bosch ziekenhuis in Den Bosch. De eventuele nabehandeling, die kan bestaan uit bestraling, chemotherapie of een combinatie hiervan, vindt plaats in het TweeSteden ziekenhuis en het naastgelegen Verbeeten-instituut. Na de initiële behandeling komen de patiënten voor de nactcontrole op het MOC (Multidisciplinair Oncologisch Centrum). In het MOC werken diverse specialisten nauw samen, zoals de radiotherapeut, de oncoloog en de gynaecoloog.

# V&VN Lustrumcongres



Vijf jaar V&VN! Dat is een feestje waard! En feestelijk is het op het lustrumcongres op 8 februari in het Beatrix Theater in Utrecht. Onder de 1100 aanwezigen zijn leden uit verschillende disciplines zoals opleiders, thuiszorgmedewerkers, ZZP'ers, militairen, managers van instellingen en natuurlijk de verpleegkundigen en verzorgenden.



V&VN-voorzitter Marian Kaljouw houdt een vurig betoeg over het belang van werken in de zorg. Zij vindt dat verpleegkundigen en verzorgenden een grote bezieling en ambitie hebben om onze zorg te behouden en mee te werken aan nieuwe ontwikkelingen. Alleen zijn er veel meer mensen nodig, maar waar haal je die vandaan? Daar kan de tweede spreker, minister Edith Schippers van VWS, ook geen duidelijk antwoord op geven. De minister wil personeel behouden door de zorg aantrekkelijker te maken met magneetziekenhuizen, door positieve reclame en door meer keuzevrijheid voor het personeel.



Sinds 2011 hebben ook STING en LEVV zich aangesloten bij V&VN en telt de vereniging ruim 40.000 leden.



Cabaretier Dolf Jansen zorgt voor de vrolijke noot.



# Kindermishandeling zorgt

*Enquête: verpleegkundigen hebben behoefte aan bijscholing*

**Soms is bij een patiënte het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling ingeschakeld. Voor verpleegkundigen betekent dat anders werken en samenwerken. De wet en beroepscode geven houvast. V&VN heeft ook een nieuwe meldcode ontwikkeld.**

**Door:**  
Aline de Graaf,  
obstetrie-  
verpleegkundige

## Casus

*Een 20-jarige zwangere, G1P0, 31+3 weken, wordt opgenomen in verband met IUGR. Uit de anamnese blijkt dat de patiënte rookt en drie keer per week cannabis gebruikt. Ze zou nu gestopt zijn, maar heeft kort voor opname nog gebruikt, blijkt uit onderzoek. Behalve de zorg om de achtergebleven groei, spelen in bovenstaande casus andere problemen mee: verslaving, de lichamelijke gevolgen ervan en sociale problemen. Bovendien, wat zijn de gevolgen voor het kind? Als een patiënte ervoor kiest om met enige regelmaat cannabis te gebruiken tijdens de zwangerschap, is dit onverantwoord en komt de vraag naar boven: kan iemand dan wel verantwoord opvoeden?*

Op de afdeling verloskunde van ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten worden met enige regelmaat patiënten opgenomen, bij wie het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is ingeschakeld. Uit een enquête onder verpleegkundigen blijkt dat zij veel onduidelijkheden ervaren bij de zorg voor dergelijke patiënten. Zij melden

vooral knelpunten in de samenwerking met het AMK, zo zijn ze onbekendheid met de werkwijze en is er onduidelijkheid over het beleid. Mag een pasgeborene bijvoorbeeld borstvoeding krijgen en mag de verpleegkundige de hechting tussen moeder en kind stimuleren of juist niet, omdat het kind na de geboorte mogelijk uit huis geplaatst wordt?

Van de geënquêteerde verpleegkundigen gaf 76% aan zich niet of soms niet bekwaam te voelen bij het verplegen van een obstetrische patiënt waar het AMK bij ingeschakeld is. Ook gaven zij aan dat er grote behoefte is aan bijscholing over de specifieke zorg voor deze patiënten en over de taken en de werkwijze van de betrokken instanties.

Naar aanleiding van de uitkomsten van de enquête en de verantwoordelijkheid die obstetrie-verpleegkundigen hebben voor het (ongeboren) kind bij (dreigend) ouderschapstekort, zijn twee protocollen ontwikkeld. Namelijk '(dreigend) ouderschapstekort' en '(risico op) verstoorde hechting ouder-kind'. Bij het opstellen van de protocollen is gebruik gemaakt van verpleegkundige diagnoses en interventies zoals beschreven in het Zakboek Verpleegkundige Diagnoses 2008 en verpleegkundige literatuur van M. Gordon, J.C. McCloskey, G.M. Bulechek en S.M. Sparks. Uitgaande van het protocol kunnen verpleegkundigen gerichte interventies en observaties uitvoeren, rapporteren en evalueren.

In Nij Smellinghe is een Werkgroep Kindermishandeling actief. Die kijkt samen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling naar een doeltreffende bijscholing waar verpleegkundigen, werkzaam op de afdeling verloskunde, geschoold worden in het observeren van ouderschap en hechting ouder en kind. Maar waar ook de diverse instanties die betrokken zijn bij de jeugdzorg, informatie geven over hun werkwijze en taakgebied.

Doordat er in de keten van de zorg pre en post partum verschillende disciplines betrokken zijn, wordt er tevens gekeken naar de mogelijkheid om de bijscholing aan te bieden voor eerste- en tweedelijns verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en de GGD in de gemeente Drachten en omstreken.

Door de nieuwe meldcode kindermishandeling voor



# voor dilemma's aan het bed

verpleegkundigen, gebruikmakend van protocollen, door goede gerichte scholing én door samen te werken zowel intra- als extramuraal, kan de kwaliteit van zorg voor het kind en ouder(s) verbeteren.

## Wet en beroepscode

### Jeugdzorg

In de Wet op de Jeugdzorg worden de taken en de organisatie van de jeugdzorg in Nederland beschreven. Er zijn verschillende instanties in de jeugdzorg, zoals het Bureau Jeugdzorg, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de pleegzorg en de jeugdgezondheidszorg/GGD. Het AMK is een onderdeel van het Bureau Jeugdzorg en coördineert de zorg. Het kan bij ernstige situaties de Raad voor de Kinderbescherming inschakelen. De raad kan na onderzoek, de kinderrechtter adviseren een kinderbeschermingsmaatregel op te leggen.

### Meldcode

In de Wet op de Jeugdzorg staat beschreven dat iedere hulpverlener die werkt met kinderen en jeugdigen een meldcode dient op te stellen. De werkgroep kindermishandeling van de V&VN heeft de meldcode 'Kindermishandeling en Huiselijk Geweld' ontwikkeld voor verpleegkundigen. De V&VN meldcode beschrijft hoe verpleegkundigen behoren te handelen bij (vermoedens van) kindermishandeling en huiselijk geweld. Het geeft structuur aan de manier waarop de vermoedens omgezet kunnen worden naar handelen en op welke wijze verslaglegging moet plaatsvinden. In de meldcode staan ook richtlijnen voor het vragen van hulp en advies bij het AMK.

De meldcode beschrijft ook hoe de beroepsgroep moet omgaan met het wettelijke meldrecht en het beroepsgeheim. Het meldrecht houdt in dat de hulpverlener een melding kan doen bij het AMK en daarbij alle relevante gegevens kan overdragen, zonder toestemming van de ouders. Openheid naar de ouders is het uitgangspunt, echter als de veiligheid van het kind of de hulpverlener bedreigd wordt, kan er worden gekozen om de ouders niet op de hoogte te brengen van de melding. Meer over de meldcode, waaronder ook een handige samenvatting, staat op de site [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)

### Verpleegkundige beroepscode

Volgens de beroepscode is het verpleegkundig handelen 'gericht op het bevorderen en instandhouden van gezondheid, het voorkomen van ziekte en handicap, het bijdragen aan genezing en herstel van ziekten, het verlichten van lijden en ongemak'. (Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, pag. 1, juli 2007). Voor de ob-

stetrieverpleegkundige geldt daarnaast dat zij "de zorg verleent aan meerdere personen, de vrouw, haar ongeboren cq pasgeboren kind(eren) en haar partner" (CZO, deskundigheidgebieden en eindtermen, pag. 72, december 2007).

De obstetrieverpleegkundige verricht daarom ook preventieve taken om ziekten en complicaties van ongezond gedrag te beperken of te voorkomen ook bij het (ongeboren) kind. Daarnaast stimuleert en ondersteunt de obstetrieverpleegkundige het normale leef- en ontwikkelingspatroon van de pasgeborene en de moeder/ouders. En: „...de obstetrieverpleegkundige ondersteunt en stimuleert de hechtingsrelatie tussen ouders en pasgeborene tijdens de zwangerschap, de baring en de kraamperiode." (CZO, deskundigheidsgebieden en eindtermen, pag. 72, december 2007).

Van de O&G-verpleegkundige mag verwacht worden dat zij in staat is om het hechtingsproces tussen ouders en kind te bevorderen, te ondersteunen en te stimuleren en voorlichting hierover kan geven aan zwangeren en kraamvrouwen. De obstetrieverpleegkundige dient bekwaam te zijn ten aanzien van het signaleren van problemen betreffende (dreigend) ouderschapstekort, het opstellen van interventies en het nemen van de verantwoordelijkheid voor eventuele melding aan het AMK.



Foto's: Stockphoto



## Waterlandziekenhuis

Het Waterlandziekenhuis is het medisch centrum van de regio Waterland. In onze middelgrote, dynamische ziekenhuisorganisatie realiseert de medische staf een indrukwekkend groeiende productie. We bedienen de patiëntenpopulatie van de regio met ruim 1.200 medewerkers en hebben nagenoeg alle medische specialismen in huis. Het Waterlandziekenhuis wil gekend worden als een goed en ondernemend regionaal ziekenhuis. Het is aanspreekbaar op goede kwaliteit van zorg en realiseert deze zorg in nauwe samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio.

Het Verloskundig Centrum Waterland (VCW) omvat de eerstelijns verloskundige praktijk, de afdeling Obstetrie/Gynaecologie, de polikliniek Obstetrie/Gynaecologie en het Geboortehotel.

Voor de afdeling Obstetrie/Gynaecologie zijn wij op zoek naar een

### O&G verpleegkundige m/v

#### De functie

De kliniek Verloskunde heeft 22 bedden, drie verloskamers en twee weeënkamers. Op deze dynamische en soms hectische afdeling wordt nauw samengewerkt met het Verloskundig Centrum Waterland en de unit Neonatologie. Er vinden jaarlijks ongeveer 900 bevallingen plaats. Het enthousiaste team bestaat uit verpleegkundigen, kraamverzorgenden, gynaecologen en verloskundigen. Als collega-verpleegkundige kunt u op alle diensten ingezet worden. U coördineert het werkproces ter realisatie van kwalitatief en kwantitatief uitstekende zorg, afgestemd op de zorgvraag, waardoor de klant tevreden is over de geleverde zorg en begeleiding. Uw werkt graag in teamverband, heeft een goed analytisch vermogen en kunt goed plannen en coördineren. Uw enthousiaste en zorgvuldige zorgverlening leveren een stimulerende bijdrage aan de sfeer en teamgeest.

#### Wij vragen

Het diploma van een opleiding tot verpleegkundige A of HBO-V en een BIG-registratie, aangevuld met de specialisatie Obstetrie & Gynaecologie. U volgt de ontwikkelingen op uw vakgebied op de voet.

#### Wij bieden

Werken in een mooi ziekenhuis met een goede kwaliteitsreputatie. Het maximaal haalbare bruto jaarsalaris bij een volledig dienstverband bedraagt € 41.385,-. Gunstige overige arbeidsvoorwaarden, waaronder een meerkeuzesysteem en een prima pensioenregeling bij het pensioenfonds Zorg en Welzijn. De regio Waterland is goed bereikbaar en biedt een zeer aantrekkelijk woon- en werkomgeving met de voordelen van een landelijke ligging vlak bij Amsterdam.

#### Interesse?

Solliciteer direct online via onze website [www.waterlandziekenhuis.nl](http://www.waterlandziekenhuis.nl). Neem voor meer informatie over deze vacature contact op met mevrouw M. Dijkhuis, teamleider Verloskunde/Gynaecologie, (0299) 457 398.

**In elk magazine komt een VOG-collega aan het woord over haar werk en haar leven. Deze keer is dat: Gilda van Steenberg**

**Door:** Corrie Hartog

**Hoe ben je in de zorg begonnen en hoe is je carrière tot nu toe verlopen?**

„Ik ben verplicht intern begonnen in 1970 met de inservice A-opleiding in de Lichtenberg in Amersfoort. Tijdens mijn A-opleiding heb ik langer op de kraam- en verloskamers gewerkt en zodoende mijn kruisje behaald. Na mijn opleiding klom ik op tot waarnemend hoofd- verpleegkundige. Uiteindelijk heb ik de O&G-opleiding gedaan, de eerste van de Lichtenberg, en de kinderaantekening behaald. Toen ik zelf kinderen kreeg, ben ik parttime gaan werken als avondhoofd en nu ben ik O&G-verpleegkundige in de late dienst op de verloskamers.”

**Wat zijn de grootste veranderingen geweest in al die jaren?**

„Er is heel veel veranderd. De snelheid bijvoorbeeld waarmee kraamvrouwen nu naar huis gaan, vroeger bleef elke kraamvrouw acht dagen in het ziekenhuis. Er zijn ziektebeelden bijgekomen, denk aan het HELLP-syndroom. Vroeger overleden kraamvrouwen die dat hadden. Vroeger moest je steriel opdekken van instrumentarium op de verloskamers, op een speciale volgorde, je hebt nu ook navelklemmen in plaats van navelbandjes. Vroeger deden ze bij ons een MPV op de verloskamer zelf, er stond een narcose apparaat. Ook de opleiding is erg veranderd. Je moet nu uitgebreid rapporteren vanwege de veiligheid en de juridische consequenties. Ik blijf het boeiend vinden, het is afwisselend en je hebt meestal te maken met gezonde en blije mensen.”

**Wat doe je voor extra's doe je op dit moment?**

„Ik praat mee in de commissie neonatologie die zich buigt over onze nieuwbouw. Die moet in 2013 klaar zijn, met een moeder-kind centrum. Ik ben ook trainer en ik zit in de werkgroepen IUVD en collegiale opvang medewerkers. Het begeleiden van studenten en nieuwe collega's blijft altijd erg leuk. Voor de VOG doe ik de symposiumcommissie en ben ik ziekenhuiscontactpersoon. En ik ben vanuit m'n vak ook lid van het regionaal tuchtcollege Zwolle.”

**Wat blijft je het meeste bij?**

„Mijn 40-jarig jubileum afgelopen jaar! Al mijn collega's hebben er een heel groot feest van gemaakt.” Een langslappende gynaecoloog: „Gilda heeft vorig jaar de 'gouden eendebek' gewonnen, een waarderingsprijs van alle collega's hier op de afdeling.”

**Hoe ziet ons vak er over 10 jaar uit?**

„Ik denk dat er een grotere tijdsdruk komt, meer druk om productie te draaien en daardoor gaat de lol eraf. De kwaliteit zal afbrokkelen tenzij randzaken zoals schoonmaak en keuken anders wordt georganiseerd. Patiënten worden mondiger en veeleisender. Er zullen sneller klachten komen, meer juridische toestanden en daardoor meer papierwerk om ons in te dekken en om de veiligheid te waarborgen.”

**Wat doe je zelf over 10 jaar?**

„Ik hoop veel op vakantie te kunnen gaan met mijn man. Ik wil blijven sporten en wat vrijwilligerswerk doen. Wie weet kan ik dan ook genieten van kleinkinderen.”



**WIE**

Gilda van Steenberg, 58 jaar, getrouwd, moeder van drie dochters

**Ziekenhuis:**

Meander Medisch Centrum, locatie St. Elisabeth

**Ervaring:**

bijna 41 jaar

**“Het begeleiden van studenten en nieuwe collega's blijft altijd erg leuk”**



# Reanimatie van een zwangere

*Aarzel niet met het verrichten van een perimortem sectio*

**Door: Dames en Heren,**

Wendy van  
Dorp, Iscander  
M. Maissan,  
Lorenz R.R.  
Hapa, Johan  
W. Creemers  
en Jolise E.  
van Muyden-  
Martens<sup>1</sup>

De relatief hoge maternale en perinatale sterfte in Nederland in vergelijking met de rest van Europa is momenteel onderwerp van aandacht. De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft recent haar rapport 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' aan minister Klink van VWS aangeboden.<sup>1</sup> De ambitie van de stuurgroep is het aantal sterftegevallen, als gevolg van substandaard factoren in de zorg, de komende 5 jaar te halveren. Eén van de situaties waarin acute optimale zorg maternale en perinatale sterfte kan voorkomen, is een hartstilstand bij een zwangere. Bij de reanimatie van een zwangere dient rekening gehouden te worden met haar gewijzigde anatomie en fysiologie. De perimortem sectio caesarea is een onderdeel van de reanimatie van de zwangere.

Wij willen u, aan de hand van de volgende casus, de reanimatie en het belang van de perimortem sectio caesarea bij een zwangere demonstreren. Deze casus van een perimortem sectio die binnen 5 min werd uitgevoerd en waarbij moeder en kind overleefden, is naar ons weten de eerste in de Nederlandse literatuur beschreven. Wij willen een pleidooi houden voor het bevorderen van de veiligheid van de zwangere door het trainen van teams die betrokken kunnen zijn bij acute situaties in de verloskunde.

**Patiënt A**, een 26-jarige autochtone primigravida zonder medische voorgeschiedenis, werd bij 41 weken amenorroe ingeleid wegens serotiniteit. Patiënte kwam in partu en een amniotomie werd verricht. Onder monitoring van de intra-uteriene druk en het foetale hartritme vond augmentatie van de weeën met oxytocine plaats. Patiënte kreeg epidurale analgesie ter pijnstilling.

Bij 6 cm ontsluiting werd wegens foetale bradycardie een micro-bloedonderzoek verricht. Tijdens deze procedure verloor patiënte het bewustzijn. Wij legden haar 'left lateral tilt'-positie en dienden haar zuurstof 15 l/min toe via een 'non-rebreathing'-masker. Patiënte had een

hoorbare ademhaling en haar saturatie bedroeg 73%. De bloeddruk was 60/40 mm Hg en de patiënte had een bradycardie. Wegens shock starten wij onmiddellijk met intraveneuze vulling. Aansluitend kreeg patiënte een hartstilstand.

Terwijl het reanimatieteam gebeld werd, begonnen de gynaecoloog en arts-assistent met de 'Basic life support'. De anesthesioloog en het reanimatieteam namen de reanimatie binnen 3 min over en intubeerden de patiënte. Het ecg liet een asystolie zien. Patiënte kreeg adrenaline 1 mg i.v. toegediend. Daar de reanimatie niet succesvol was, begon de gynaecoloog 4 min na het begin van de hartstilstand met een sectio op de verloskamer.

Tijdens deze ingreep werd de reanimatie gecontinueerd. Binnen 5 min na de hartstilstand werd een zoon geboren en overhandigd aan de gereedstaande kinderarts. Het ecg van patiënte liet nog steeds een asystolie zien.

Zij kreeg nog tweemaal adrenaline 1 mg i.v. toegediend. Hierna was er sprake van een sinusritme en 'cardiac output' (herstel van de circulatie). Bij het opnieuw op gang komen van de circulatie ontstond massaal bloedverlies, waarbij uterotonica weinig effect hadden. Wegens de duidelijk aanwezige stollingsstoornissen werden erythrocytentransfusies, fibrinogeen, tranexaminezuur, prothrombinecomplex en vervolgens na ontdooien vers ingevroren plasma toegediend. Het massale bloedverlies maakte een supravaginale uterusamputatie op de verloskamer noodzakelijk met ondersteuning van het ondertussen gearriveerde operatieteam.

Tijdens deze ingreep was er kortdurend sprake van 'pulseless electrical activity' (polsloze elektrische activiteit; een niet-defibrilleerbaar ritme) en werd de reanimatie hervat. Patiënte kreeg opnieuw tweemaal adrenaline 1 mg i.v. en 1 mg atropine i.v. toegediend.

Patiënte werd, 1 h na het optreden van de hartstilstand, met ondersteuning bestaande uit beademing, inotropica en sedatieve analgesie naar de afdeling Intensive Care gebracht.

Gezien het klinische beloop leek een vruchtwaterembolie de meest waarschijnlijke onderliggende oorzaak van de problemen. Op de derde dag na de reanimatie kon patiënte worden geëxtubeerd. Op de afdeling verloskunde knapte zij zeer vlot op en was er alleen nog sprake van retrograde amnesie.

Haar zoon had een matige start met een apgarscore van

<sup>1</sup> Maasstad Ziekenhuis, locaties Zuider en Clara, Rotterdam. mAfd. Gynaecologie en Obstetrie: drs. W. van Dorp, anios (nu werkzaam als arts-onderzoeker, Erasmus MC, afd. Gynaecologie en Obstetrie en Kinderoncologie, Rotterdam); dr. J.E. van Muyden-Martens, gynaecoloog. Afd. Anesthesiologie: drs. I.M. Maissan, aios (nu werkzaam te Erasmus MC, afd. anesthesiologie, Rotterdam); drs. L.R.R. Hapa, anesthesioloog. TweeSteden Ziekenhuis, afd. Gynaecologie en Obstetrie, Tilburg. Drs. J.W. Creemers, perinatoloog (tevens: voorzitter Stichting MOET). Contactpersoon: drs. W. van Dorp (w.vandorp@erasmusmc.nl).

# patiënt

1 na 1 min, 5 na 5 min en 8 na 10 min. Na 5 insufflatie-beademingen werd hij gedurende enkele min beademd, wat leidde tot herstel van hartritme en ademactiviteit. Zijn geboortegewicht bedroeg 4630 g. 2 dagen later werd hij ontslagen van de kinderafdeling. Een echo cerebri liet geen bijzonderheden zien. Patiënte en haar zoon werden 13 dagen postpartum ontslagen. Medisch maatschappelijk werk werd aangeboden aan patiënte en haar partner om het verwerken van de gebeurtenissen te ondersteunen. Zowel patiënte, haar zoon als partner werden meerdere malen poliklinisch vervolgd, waarbij gesprekken plaatsvonden met de betrokken gynaecoloog, arts-assistent en verpleegkundigen. De gesprekken werden ondersteund door een schriftelijk chronologisch verslag van de gebeurtenissen rondom de bevalling. Een jaar na de reanimatie ervoer patiënte vooral veel problemen met het feit dat zij niet meer zwanger kan worden als gevolg van de hysterectomie.

## Beschouwing

### Een hartstilstand in de zwangerschap

Een hartstilstand is een zeldzame, ernstige complicatie in de zwangerschap. De incidentie hiervan is ongeveer 1 op de 30.000 zwangeren.<sup>2</sup> In Nederland betekent dit 6 casussen per jaar. De veranderde fysiologie en anatomie bij een zwangere,<sup>3</sup> maken het noodzakelijk de reanimatie aan te passen ten opzichte van reanimatie bij een niet-zwangere patiënte.

### Veranderde fysiologie en anatomie beïnvloeden reanimatie

Vanaf een amenorroeduur van 20 weken wordt een reanimatie negatief beïnvloed door de groeiende uterus. Bij het op de rug liggen is de V. cava bij 90% van atermen zwangeren vrijwel compleet gecompriëerd door de vergrote uterus. Het slagvolume neemt door de afgenomen 'preload' af tot 30% vergeleken met een niet-zwangere vrouw.

Ook de functionele longcapaciteit neemt bij een zwangere af met 20% door hoogstand van het diafragma. Hierdoor ontstaat er sneller hypoxie. Deze situatie wordt versterkt door een toename van 20% in de zuurstofbehoefte bij een zwangere als gevolg van de aanwezige foetus. De verminderde zuurstofreserve kan leiden tot irreversibele hersenschade in 4-6 min na het optreden van een hartstilstand.

**zorg voor een intraveneuze toegang  
dien zuurstof toe, met hoge flow  
intubeer en geef ononderbroken compressies  
dien iedere 3-5 min adrenaline 1 mg i.v. toe  
overweeg toediening amiodaron, atropine of magnesium  
corrigeer reversibele oorzaken:**

<b>4 H's</b>	hypoxie
	hypovolemie*
	hyper- of hypokaliëmie (metabool)
	hypothermie
<b>4 T's</b>	trombo-embolie (pulmonair of vruchtwater-)*
	toxische en therapeutische (lokale anesthesie) oorzaken*
	cardiale tamponade
	tensiepneumothorax

\* Meer waarschijnlijk tijdens zwangerschap.

Tabel: Handelingen tijdens reanimatie van een zwangere vrouw<sup>4</sup>

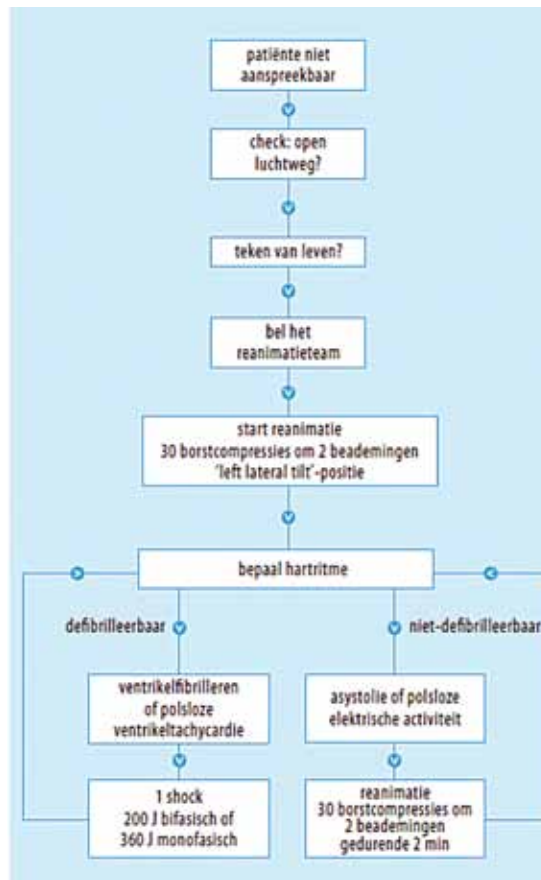
Daarnaast is het risico op aspiratie bij een zwangere vergroot door de afgenomen tonus van de gastro-oesofagale overgang en de druk tegen de maag door de uterus.<sup>4</sup>

### Oorzaken van hartstilstand bij een zwangere

Een hartstilstand kan veroorzaakt worden door zowel zwangerschapsgerelateerde als niet-zwangerschapsgerelateerde oorzaken (tabel). Zwangerschapsgerelateerde oorzaken zijn onder andere pre-eclampsie, trombose, vruchtwaterembolie en intoxicatie met in de zwangerschap gebruikte medicatie zoals lokale anesthetica (vooral bij epidurale anesthesie) en magnesiumsulfaat (gebruikt als profylaxe van eclampsie).

### Behandeling

Het is belangrijk een kritieke situatie te herkennen, hulp in te schakelen en onmiddellijk te beginnen met de reanimatie (figuur). Bij een zichtbaar zwangere patiënte, dat wil zeggen vanaf 20 weken amenorroeduur (fundus op navelhoogte), wordt de patiënte in 'left lateral tilt'-positie gelegd. Hierbij gaat het om een kanteling van 15-30 graden, gebruik makend van een wig onder de rechter heup. Compressie van de V. cava wordt hiermee opgeheven. Deze positie bemoeilijkt echter het uitvoeren van



Figuur: Protocol voor reanimatie van een zwangere vrouw.<sup>4</sup>

de Basic Life Support. Het is ook mogelijk om de uterus manueel naar links te verplaatsen.

Snelle intubatie ter voorkoming van aspiratie en optimalisering van de ventilatie wordt aanbevolen. Mocht defibrilleren nodig zijn, dan kan bij zwangeren de standaard hoeveelheid energie gebruikt worden; deze bedraagt bifasisch 150-200 of monofasisch 200-360 joules.

Zwangere patiënten ontwikkelen sneller hypoxie dan niet-zwangeren. Indien de reanimatie niet succesvol is, dient binnen 5 min een perimortem sectio caesarea uitgevoerd te zijn. Het wegnemen van de foetus en verkleinen van de uterus zal de zuurstofconsumptie verlagen, de veneuze terugvloed naar het hart verhogen en de ventilatie vergemakkelijken. Ook kan de reanimatie nu weer in rugligging plaatsvinden, waardoor thoraxcompressies beter uitvoerbaar worden. Een perimortem sectio caesarea zal doorgaans plaatsvinden op de locatie waar de hartstilstand optreedt. Vervoer naar een operatiekamer zou immers onnodig tijdverlies betekenen. Aangezien er bij het ontbreken van circulatie geen bloedverlies zal zijn, is er slechts een beperkt instrumentarium nodig, namelijk scalpel, klemmen, buikgazen en handschoenen. Steriliteit van de ingreep is van ondergeschikt belang. Een mediane onderbuiksincisie verdient de voorkeur om een maximale expositie van de perito-

neale holte te verkrijgen en eventuele verlenging van de incisie mogelijk te maken wanneer ook inspectie van de bovenbuik noodzakelijk is.

### Veiligheid door training

De perimortem sectio werd voor het eerst beschreven in 1986.<sup>5</sup> Recent werd in Nederland onderzoek gedaan naar het aantal perimortem sectiones caesareae in de periode 1 augustus 1993- 1 augustus 2008. Bij 55 zwangere patiënten was er sprake van een hartstilstand; bij 12 van hen werd een perimortem sectio verricht (22%).<sup>6</sup> De introductie van de 'Managing obstetric emergencies and trauma'(MOET)-cursus in Nederland zorgde voor een stijging van het aantal uitgevoerde perimortem sectiones na 2003. In deze van oorsprong Engelse cursus voor gynaecologen en anesthesiologen wordt de gestructureerde aanpak van levensbedreigende aandoeningen bij zwangeren naar het ABC-principe onderwezen en getraind volgens een 'skills and drills'-methodiek, waarbij vaardigheden niet alleen worden aangeleerd en maar ook herhaaldelijk worden geoefend.<sup>4</sup> Bij 8 van de 12 patiënten waarbij een perimortem sectio caesarea verricht werd, was er sprake van een circulatie na de sectio, met uiteindelijk 2 maternale en 5 neonatale overlevenden. Geen van deze keizersnedes vond plaats binnen de aanbevolen 5 min.<sup>6</sup>

De reanimatie van zwangeren is onderdeel van de MOET-cursus. Ook andere cursussen, zoals de 'Pre-hospital obstetric emergencies training', 'Advanced trauma life support',<sup>7</sup> 'Advanced life support' en de 'Simulatie acute verloskunde' besteden hier aandacht aan. De richtlijnen van de European Resuscitation Council onderschrijven de eerder genoemde adviezen bij een hartstilstand bij een zwangere.<sup>8</sup>

Wij stellen dat de zorg en veiligheid rondom de bevalling in Nederland verbeterd kan en moet worden. Binnen onze kliniek hebben er sinds de invoering van de MOET-cursus diverse aanpassingen plaatsgevonden. Zo is er nu op de verloskamer altijd een operatieset voor een sectio aanwezig, met scalpel, klemmen en buikgazen. Een calamiteitentraining wordt georganiseerd voor gynaecologen, arts-assistenten, verpleegkundigen en eerstelijns verloskundigen uit de regio. Daarnaast heeft ieder maatschapslid het certificaat van de 'MOET'-cursus behaald. Naar aanleiding van deze casus is de situatie opnieuw geëvalueerd. Zo werd het 'Basic life support'-protocol voor arts-assistenten en verpleegkundigen aangepast aan de situatie van de zwangere patiënt en wordt binnen het reanimatieteam aandacht besteed aan de locatie van de verloskamers.

## Leerpunten

- De incidentie van een hartstilstand tijdens de zwangerschap is ongeveer 1 op de 30.000 zwangeren. In Nederland betekent dit 6 casussen per jaar.
- Zwangerschapsgerelateerde oorzaken van hartstilstand zijn onder andere pre-eclampsie, trombose, vruchtwaterembolie en intoxicatie met in de zwangerschap gebruikte medicatie zoals lokale anesthetica (vooral bij epidurale anesthesie) en magnesiumsulfaat (als profylaxe van eclampsie).
- Reanimatie van een zwangere wordt bemoeilijkt door fysiologische en anatomische veranderingen zoals compressie van de V. cava in rugligging door de uterus, verhoogd zuurstofgebruik en een bemoeilijkte beademing.
- Belangrijk is een kritieke situatie te herkennen, hulp in te schakelen en onmiddellijk te beginnen met de reanimatie.
- Een zichtbaar zwangere patiënte, vanaf 20 weken amenorroe (fundus op navelhoogte), dient in zo'n situatie in 'left lateral tilt'-positie gelegd te worden om compressie van de V. cava op te heffen.
- Bij een niet-succesvolle reanimatie dient niet gearzeld te worden om binnen 5 min na de hartstilstand een sectio op de verloskamer uit te voeren.
- Daarom dienen op iedere verloskamer altijd instrumenten aanwezig te zijn om een perimortem sectio caesarea te kunnen verrichten (scalpel, klemmen, buikgazen en handschoenen); steriliteit van de ingreep is van onderschikt belang.
- Veilig bevallen vereist een getraind verloskundig team, ook in het omgaan met acute situaties.

**Dames en Heren,** deze les laat zien dat het snel en deskundig ingrijpen in een multidisciplinair verband bij een hartstilstand van een zwangere, het leven van moeder en kind kan redden. Hierbij willen wij aandacht vragen voor het belang van training van alle betrokkenen in het handelen in acute situaties. Zij dienen op de hoogte te zijn van de aanpassingen van een reanimatie bij een zwangere, en hierin adequaat getraind te zijn.

*Eerder verschenen in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, december 2010*

*Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld. Aanvaard op 9 september 2010*

*Literatuurlijst kunt u opvragen via redactie.vogmagazine@gmail.com*

## Reactie gynaecoloog

### “Ik raakte in een soort flow waarbij ik emotie uitschakelde en automatisch handelde”

**Door:**  
Jacqueline  
Doevendans

*In medische kringen is vriend en vijand diep onder de indruk van haar doortastende optreden bij een perimortem sectio, waarbij moeder en kind het overleefden. Nadat ze in januari 2009 deze case getraind had, vond ze dat ze er klaar voor was. Het moest nu maar eens in het echt gebeuren, dacht Jolise van Muyden (45), gynaecoloog bij het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. Enkele maanden later was het zover.*

Jolise van Muyden is gynaecoloog/oncoloog sinds 2001. Zij studeerde in Leiden, maar deed haar opleiding in Rot-

terdam. Nu werkt ze in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. “Een ziekenhuis waar echt wat gebeurt”, vindt Jolise.

**Kun je me terugnemen naar het moment waarop het zo vreselijk misging op de verloskamer? Wat gebeurde er?**  
“Het was op een vrijdagavond in mei 2009 rond 19.00 uur. Ik stond klaar in OK-pak, gereed om te gaan opereren toen de telefoon ging. Het was de arts-assistent die vertelde dat patiënte buiten bewustzijn was ge-



Jolise van Muyden

raakt en een snurkende ademhaling had. Intuïtief belde ik de anesthesioloog. Deze was gelukkig nog in huis. Op de VK ben ik direct gaan reanimeren met de assistent. Het reanimatieteam was inmiddels al gebeld. Anesthesioloog en reanimatieteam namen de reanimatie binnen drie minuten over. Ik dacht: 'Ze komt niet bij, ik moet een sectio doen. Ik móét dat gewoon doen'. De anesthesioloog keek aanvankelijk heel raar, toen ik dat zei. Hij was het echter snel met me eens. De aanwezige verpleegkundige rende vervolgens direct met de couveuse richting OK. Ik riep haar na: 'Nee, we doen het hier!'. Op het moment dat ik een sectio wilde doen, werd de man door een verpleegkundige naar de koffiekamer gebracht. Tijdens het snijden ben ik oorzaken gaan uitsluiten. Uiteindelijk bleef de diagnose 'vruchtwaterembolie' over".

***Wat ging er door je heen op het moment van snijden?***

"Ik twijfelde geen seconde. Ik zette de knop automatisch om. Ik raakte in een soort flow, waarbij ik emotie uitschakelde en automatisch handelde. De anesthesioloog was bezig met zijn werk en ik concentreerde me op het mijne. Af en toe hadden we contact, keken elkaar aan en vroegen: 'gaat het bij jou goed?'. De volgende dag kwam pas het besef wat ik gedaan had. Mijn eigen verklaring hiervoor is, dat ik al in OK-pak stond. Ik was al ingesteld om te gaan opereren".

***Je hebt deze casus getraind. Is de MOET toereikend gebleken?***

"Ja, absoluut. Het gekke is dat ik in januari van dat jaar een perimortem sectio getraind had. Ik weet dat ik toen met een grote mond dacht: 'Ik heb het getraind, nu wil ik het meemaken ook. Ik ben er klaar voor'. Ik had nooit kunnen denken dat ik het een aantal maanden later echt zou moeten toepassen".

***Heb je geen enkel verbeterpunt?***

"Nee, aan alles is gedacht."

***Heeft deze ervaring je veranderd?***

"Ja, dat besef kwam achteraf. Ik heb als arts meer zelfvertrouwen gekregen. Ik had het gevoel 'echt dokter te kunnen zijn'. Ik voelde een enorme betrokkenheid. Ik had alles gegeven en nu wilde ik ook dat ze het zou redden".

***Wat waren de leermomenten?***

"Dat de patiënte het gered heeft was puur toeval. Doordat de anesthesioloog en ik nog in huis waren, konden we direct ingrijpen. Was dit om drie uur 's nachts gebeurd, dan was het niet goed afgelopen. Dan waren we er pas na een kwartier bij geweest. Het heeft ertoe geleid, dat de anesthesioloog nu deel uitmaakt van het reanimatieteam en 24 uur in huis is. Voor de gynaecoloog moet dat ook gaan gelden, maar nu is dat nog niet zo. Verder is gebleken dat het reanimatieteam niet wist waar de verloskamers waren. Dit hebben we nu veranderd in het protocol. Bovenal is gebleken dat we op dat moment een goed team waren. Het was echt een teamprestatie. Daar ben ik trots op".

***Je hebt bij iedereen heel veel respect afgedwongen door het daadkrachtige optreden en de succesvolle afloop.***

***Wat kun je artsen adviseren die voor eenzelfde situatie komen te staan?***

"Durf de leiding te nemen en doe het gewoon. Maar bovenal: wees goed getraind".

***Hoe ziet de ideale O&G-verpleegkundige eruit in deze casus?***

"Ze moet rust uitstralen, het overzicht kunnen bewaren en leiding accepteren. Ze moet haar vak bijhouden. Weten waar de spullen liggen. Ze moet vooral getraind zijn en zich onderdeel maken van het team. Je ziet wel eens een ervaren verpleegkundige die een arts-assistent overrulet. Daar besteden we aandacht aan tijdens evaluaties".

***Zou je nog iets aan onze beroepsgroep mee willen geven?***

"Zorg dat er training komt in je eigen ziekenhuis. Ga goed met je vak om en zie zwangerschap als een potentieel levensbedreigende ziekte".

# Groei met ons mee!

**MMC zoekt mensen die weten  
wat ze willen**

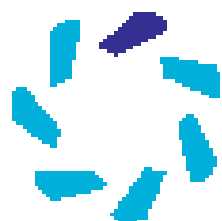


**Máxima**  
medisch centrum

**Ben jij een gepassioneerd O&G verpleegkundige en ben je toe aan een volgende stap in je carrière?**

Spring dan op onze roze wolk en groei mee met ons nieuwe Vrouw Moeder Kind-centrum.

Kijk op [www.mmc.nl/carriere/vacatureoverzicht](http://www.mmc.nl/carriere/vacatureoverzicht) voor onze vacature voor O&G verpleegkundige.



**máxima**  
**medisch centrum**

[www.mmc.nl](http://www.mmc.nl)

# Urgentie duidelijk melden

**Bij acute zorg in de verloskunde telt niet alleen elke seconde, maar ook elk woord.**

**Communicatie is minstens zo belangrijk als snel handelen, blijkt tijdens het symposium '112 in de verloskunde' in Maastricht. VOG-leden doen verslag.**

**Door:**  
Anja Eringa en  
Wilma Keiren,  
O&G-verpleeg-  
kundigen ORBIS  
MC Geleen-  
Sittard.

Wanneer trauma en zwangerschap tegelijk voorkomen, zijn kennis en vaardigheden van levensbelang. Het doel van het symposium op 20 januari 2011, georganiseerd door het traumacentrum Limburg, is om elkaars vakgebieden te leren kennen en vooral om protocollen en methodische handelwijzen van hulpverleners beter op elkaar te laten aansluiten. Onder de aanwezigen zijn verloskundigen, verpleegkundigen, maar ook ambulancehulpverleners en medewerkers van de spoedeisende hulp en van de meldkamer. Communicatie loopt als een rode draad door alles heen. Het is dan ook vooral fijn om met de betreffende doelgroepen bij elkaar te zijn en om informeel met elkaar van gedachten te wisselen.

Voorbeelden uit de praktijk zijn over en weer gevolgen; prettig om te merken dat iedereen open staat voor elkaars standpunten rondom de acute zorg. Een belang-

rijke conclusie is dat de moeder bijna altijd op de eerste plaats komt. Dat is ons vooral duidelijk geworden uit de inleiding door gynaecoloog J.N. Middeldorp. Vaak gaan de eerste gedachten uit naar de baby. In een nieuwsbericht over een verkeersongeval bijvoorbeeld lees je altijd 'de baby maakt het goed'.

Toch blijft de beste manier om een foetus te redden de adequate zorg voor de moeder.

## Telefonische triage

Een van de workshops gaat over telefonische triage waar we bestaande opnames van de meldkamer te horen hebben gekregen. Hierbij gaat het in twee gevallen om een vrouw in baringsnood zonder dat er professionele hulp thuis aanwezig was. In één geval is zelfs niemand van een zwangerschap op de hoogte. Zelfs bij een bezoek aan de huisarts enkele uren eerder, met klachten van buikkrampen, is dit niet opgemerkt. Patiënt wordt met antibiotica naar huis gestuurd.

De meldkamer krijgt een telefoontje met de mededeling van de partner: 'ik zie een hoofdje!' waarop de centralist vraagt hoever de zwangerschap gevorderd is. Daarop antwoordt de partner: 'Er heeft ons niemand iets gezegd van een zwangerschap. We waren vanmorgen nog bij de huisarts!' Partusbegeleiding is niet meer haalbaar waardoor de centralist zelf telefonisch partusassistentie heeft verleend. Ondertussen is de ambulance naar de patiënt gestuurd. In twee andere opnames bellen de verloskundigen thuis bij een patiënt voor gewenst ambulancevervoer. Hieruit is op te maken dat melding van de urgentie al direct in het begin van het gesprek van belang is.

Dat benadrukken ook gynaecoloog L. Scheepers en 1ste lijns verloskundige N. Satijn al zij vertellen over problemen tijdens transport. Wanneer een verloskundige thuis een ambulance nodig heeft post partum voor de baby (bijvoorbeeld bij een bradycardie) dan blijkt het cruciaal dat zij duidelijk aangeeft of zij een couveuse nodig heeft. De centralist van de ambulance kan dat moeilijk inschatten. De verloskundige moet een structuur in haar overdracht hebben en haar gesprek direct beginnen met

Foto: iStockphoto



een mededeling als: 'Ik had graag een couveuse voor de baby..' Zo kan de centralist al een ambulance met couveuse op weg sturen. Meer informatie volgt dan later tijdens de rit.

heeft. Voor met name ambulancepersoneel is het leerzaam geweest om tijdens workshops enkele handelingen te kunnen oefenen op fantomen en daar het belang van in te zien.

### Transport moeder

Soms is het van belang dat de verloskundige in de ambulance meerijdt. Bijvoorbeeld bij fluxus met eventueel vastzittende placenta, bij eclampsie, solutio of een uitgezakte navelstreng. De verloskundige en de verpleegkundige van de ambulance kunnen elkaar aanvullen. De verloskundige kan de patiënt geruststellen terwijl de verpleegkundige bijvoorbeeld een infuus inbrengt. De verloskundige kan vervolgens de overdracht naar de gynaecoloog geven, omdat zij de casus van a tot z kent.

Conclusie na afloop van het symposium: samenwerking kan zeker beter en wij zijn ons meer bewust geworden van de rollen die iedere hulpverlener in de acute zorg

### Bedenk...

- Bedacht is niet gezegd
- Gezegd is niet gehoord
- Gehoord is niet begrepen
- Begrepen is niet gedaan

- advertentie -



## Een nieuwe carrière-injectie?

Je bent best nog blij met je baan, maar ergens voel je ook de behoefte om weer eens verder te kijken. Maar waar? En vind je het dan wel leuk daar? Wat ons betreft is de diagnose dan al snel gemaakt. Je bent toe aan een gesprek met TMI, de detacheerder in de Zorg. Want bij ons kun je in verschillende omgevingen werken, met een vast contract. Zo is elke dag anders, ontmoet je nieuwe mensen en leer je telkens weer bij in een andere omgeving. TMI is altijd op zoek naar de meest gemotiveerde mensen in de zorg, dus meld je nu aan op [www.tmi-interim.nl](http://www.tmi-interim.nl) voor Eerste Hulp bij Overstappen. Je kunt ons ook mailen op [info@tmi-interim.nl](mailto:info@tmi-interim.nl) of bellen op 020 717 35 27.

**Eerste Hulp Bij Overstappen?**  
 Ga dan snel naar [www.tmi-interim.nl](http://www.tmi-interim.nl)



# Inbreng verpleegkundige

Een van de nieuwe ontwikkelingen in de verloskunde is de perinatale audit. Sommige ziekenhuizen hebben er al ervaring mee en een aantal verpleegkundigen hebben er al een meegemaakt. Wineke Bremmer van de Perinatale Audit Nederland (PAN) geeft tekst en uitleg en moedigt verpleegkundigen aan mee te doen.

**Door:**  
Wineke  
Bremmer-  
Bolhuis,  
trainer/  
begeleider  
implementatie  
stichting PAN

Een perinatale audit analyseert op een gestructureerde manier alle gevallen van perinatale sterfte. Dat doen alle zorgverleners van een samenwerkingsverband. Perinataal is de periode rondom de geboorte: vanaf 22 weken zwangerschap tot 28 dagen post partum. In 2010 zijn er ruim 160 auditbijeenkomsten geweest, met meer dan 3500 aanwezigen. Daaronder waren ook 350 O&G-verpleegkundigen; dat aantal kan en moet omhoog.

## Oorsprong

Het principe van audit is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstaan. Onderzoek in de verloskunde wees uit dat er bij de kwaliteitsbewaking winst te halen viel. Cijfers over babysterfte in Nederland laten zien dat er bij ons een hogere babysterfte is dan in de buurlanden. De oorzaak daarvan is nog niet duidelijk, maar vraagt wel om aandacht voor de geleverde zorg. Perinatale audit biedt die mogelijkheid. Daarom hebben vijf beroepsgroepen (gynaecologen, kinderartsen, verloskundigen, huisartsen en pathologen) in 2009 de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) opgericht.

De stichting PAN ondersteunt de implementatie van de perinatale audit in Nederland.

Hiervoor is een systeem ontwikkeld om de zwakke plekken in het zorgproces bloot te leggen. Substandaardfactoren spelen een cruciale rol: dat zijn factoren waarbij de geleverde zorg in ongunstige zin afwijkt van goede zorg. Door die factoren te analyseren wordt duidelijk wat goed ging en wat beter kan. Het gaat dan niet alleen om de medische kant, maar ook om de organisatie van de zorg. Met deze kennis kunnen verbeteracties in gang ge-



zet worden. De methode is getest en uitgewerkt in het Impactproject in de drie noordelijke provincies.

## Werkwijze

Bij een audit analyseren zorgverleners rondom een ziekenhuis gevallen van babysterfte. De voorbereidingsgroep gaat aan de slag om de audit op te zetten. Allereerst komt er een chronologisch verslag. Dit is een anoniem verslag van de casus. Hierin staan alle gebeurtenissen rondom de betreffende moeder, de zwangerschap, de bevalling en eventueel de opname op de kinderafdeling. Het verslag noemt geen namen, ook niet van zorgverleners, maar wel de functies zoals gynaecoloog, verpleegkundige, etc.

Vervolgens stelt de gynaecoloog (eventueel met een kinderarts) in overleg met de patholoog de precieze doodsoorzaak vast. De voorbereidingsgroep spreekt ook altijd met de betrokken zorgverleners, zodat zij hun verhaal kunnen doen en zich in het verslag kunnen vinden. De voorbereidingsgroep zal ook de betrokken verpleegkundige(n) vragen naar de gang van zaken. Als het goed is, zit er ook een verpleegkundige in de voorbereidingsgroep. Er zijn zelfs verpleegkundigen die het chronologisch verslag maken.

## Bijeenkomst

Op de auditbijeenkomst zelf krijgen alle aanwezigen het chronologisch verslag. Na een leespauze geeft de voor-

**‘Vandaag is het je collega, morgen kan het ook jou overkomen’**

# belangrijk bij perinatale audit

zitter gelegenheid vragen te stellen. Hierbij zijn twee belangrijke spelregels:

- De audit is vertrouwelijk. Alles wat over tafel gaat, blijft binnenskamers.
- Iedereen is expert in zijn of haar eigen vak. Je mag een aanwezige van een andere beroepsgroep wel een vraag stellen, maar je mag niet over hem of haar oordelen. Het oordeel is alleen aan mensen van je eigen beroepsgroep.

Door het stellen van vragen ontstaat duidelijkheid over eventuele substandaardfactoren (SSF). Per SSF wordt de oorzaak gezocht van wat niet goed ging. Na de bespreking van zo'n SSF kunnen conclusies volgen en aanbevelingen voor verbetering.

## Schuldig'

Je kunt je waarschijnlijk wel voorstellen dat het best eng is om als betrokken zorgverlener open te zijn over zaken die niet goed gingen. Misschien voel je je wel erg schuldig omdat er iets niet goed gegaan is. Het kan ook zijn dat je vindt dat iemand anders iets niet goed gedaan heeft en dat je moeite hebt om daar in de groep iets over te zeggen. Dat is heel begrijpelijk. Elke zorgverlener gaat de zorg in om mensen te helpen en niet om het erger te maken. Dat is al helemaal het geval wanneer er een kindje is overleden; dat grijpt diep in. Niet alleen bij de ouders, maar ook bij zorgverleners. Het is belangrijk als wij de kwaliteit van de perinatale zorg willen verbeteren, dat we ook zaken die niet goed zijn gegaan met elkaar bespreken. Niet om iemand te beschuldigen of onderuit te halen, maar om te achterhalen wat er gedaan kan worden om die fout nooit meer te maken. Want vandaag is het je collega, morgen kan het ook jou overkomen.

Vanuit de PAN willen we verpleegkundigen van harte aanmoedigen om betrokken te worden bij het doen van perinatale audit. In onze ervaring leveren verpleegkundigen een wezenlijke bijdrage aan de audit. Het is daarom

een verrijking als je betrokken en aanwezig kunt zijn. Het geeft je bovendien de gelegenheid om met je vak bezig te zijn en aan de verbetering van de kwaliteit van zorg te werken. Het kan enorm stimulerend zijn voor het hele samenwerkingsverband en daar ben jij nadrukkelijk ook onderdeel van. Samen praten over de geleverde zorg is heel leerzaam en kan ook heel leuk zijn! Voor verdere informatie over het doen van audit, trainingen, verloskundige protocollen en handleidingen zie onze website: [www.perinataleaudit.nl](http://www.perinataleaudit.nl).

## Rol van de verpleegkundige

Kun je als O&G-verpleegkundige bijdragen aan de perinatale audit? Zeer zeker!

- Als O&G-verpleegkundige ben jij de constante factor in de zorg rondom een bevalling en sterfte van een kindje. De artsen lopen in en uit, jij staat ernaast en ziet en beleeft hoe de ouders alles ervaren. Daarom is het verhaal van de betrokken verpleegkundige zo essentieel om een goed beeld te krijgen van wat er gebeurd is.
- Verpleegkundigen documenteren veel beter en nauwkeuriger dan artsen. Bij het maken van het auditverslag wordt veel informatie uit het verpleegkundig rapportagesysteem gehaald.
- Het is de bedoeling dat de hele zorgketen de casus bekijkt: verloskundige 1e lijn, 2e lijn, gynaecoloog, kinderarts en kinderverpleegkundige. Daar hoort de O&G-verpleegkundige nadrukkelijk bij. Het is ook jouw verantwoordelijkheid om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren.

# De roze wolk is uit de tijd

De laatste tijd is er veel aandacht in de media geweest voor waar het voor de zwangere vrouw veilig is om te bevallen. Diverse beroepsgroepen hebben daar hun mening over gegeven. Het boek 'Waar beval ik? Thuis of in het ziekenhuis' door Hellen Kooijman vind ik goed aansluiten bij de actualiteit.



Hellen Kooijman, freelance journalist en radioprogrammamaker, schreef verschillende boeken over uiteenlopende thema's waaronder: 'Als het maar gezond is. Wegwijzer bij prenataal testen'. 'Waar beval ik?' heeft zij geschreven omdat zij benieuwd was wat er steekt achter de discussie over wel en niet in het ziekenhuis bevallen.

Kooijman beschrijft de verschillende plekken waar de zwangere vrouw in Nederland kan bevallen. Zij noemt hierbij de voor- en nadelen en waarom de vrouw voor het een of toch voor het ander kiest. Ze wijst erop dat artsen en verloskundigen hierbij niet altijd

de vrouw vrijlaten in haar keuze, maar toch een sturende stem kunnen hebben.

Toen ik aan dit boek begon dacht ik 'wat kan deze schrijfster toevoegen aan alles wat hier al over is geschreven?'. Maar dat is haar mijns inziens zeker gelukt. Zij geeft een duidelijk beeld van bevallen thuis, in een geboortecentrum en in het ziekenhuis. Dit doet ze door gynaecologen en verloskundigen aan het woord te laten, ervaringsverhalen van vrouwen en hun partner op te schrijven en aan de hand van haar eigen ervaringen, na te hebben meegeloopen met een verloskundige en gynaecoloog. Zij heeft hierdoor een redelijk objectief beeld geschapen zonder kant te kiezen.

Wat steeds terugkomt in het boek is dat de zwangere baat heeft bij goede voorlichting gegeven door de arts en verloskundige en dat beiden een realistisch beeld moeten scheppen van hoe een bevalling kan verlopen. De schrijfster ondersteunt dit door het beschrijven van de protocollen, inzichten in de beslissingen die verloskundigen en gynaecologen nemen en waarom ze die nemen. Ook geeft zij praktische tips en verwijst naar sites waarin informatie kan worden gezocht over baringsbegeleiding, pijnstilling etc. Ik zou zwangere vrouwen en hun partner zeker aanraden om dit boek te lezen als zij worstelen met de vraag 'waar beval ik?' Voor hen is het van belang om op de plek te bevallen van hun keuze op basis van eerlijke informatie. Door het lezen van dit boek word je daarvoor een eind op weg geholpen.

Jacqueline Slot

*'Waar beval ik? Thuis of in het ziekenhuis'*  
door Hellen Kooijman

*Uitgeverij Spectrum eerste druk 2009, 191 pagina's*

## Miskraam en herhaalde miskraam

Een miskraam, en zeker een herhaalde miskraam, is voor een zwangere een grote teleurstelling. Onze kennis over miskraam en herhaalde miskraam is de laatste jaren sterk toegenomen. Opvallend is de toegenomen vraag om hulp en steun voor de teleurgestelde zwangere. Behandeld worden o.a.: etiologie en genetica, echoscopie, psychologische aspecten, nut van anti-stolling, behandeling miskraam en pathologisch DNA onderzoek miskraam weefsel.

**Datum en plaats:** vrijdag 11 maart 2011, De Reehorst in Ede

**Organisatie:** SCEM Conference Services

**Inschrijfgeld:** € 185 (na 18 feb.)

**Doelgroep:** verloskundigen, echoscopisten, verpleegkundigen en verzorgenden betrokken bij het specialisme voortplantingsgeneeskunde, obstetrie en gynaecologie.

**Accreditatie:** toegekend door V&VN en aangevraagd bij KNOV en BEN

## Obstetric Medicine XVI: Zwangerschap en oncologie

Kanker tijdens een zwangerschap is geen zeldzaamheid meer. Door de toename van de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen, door de toename van de incidentie van verschillende maligniteiten met de leeftijd en door de verbeterde behandelresultaten zal de combi van kanker en zwangerschap in de toekomst vaker voorkomen. Kanker tijdens de zwangerschap is een dramatische gebeurtenis, het gaat om jonge vrouwen. Soms moet er besloten worden om de zwangerschap te beëindigen om een behandeling in te gaan. Velen van hen zullen hun kind niet zien opgroeien. Besproken wordt o.a.: diagnostiek en behandeling tijdens de zwangerschap, preconceptionele counseling en de meest voorkomende maligniteiten in de zwangerschap.

**Datum en plaats:** donderdag 17 maart 2011, De Reehorst in Ede

**Organisatie:** SCEM Conference Services

**Inschrijfgeld:** € 179 (na 25 feb.)

**Doelgroep:** gynaecologen, verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden betrokken bij het specialisme voortplantingsgeneeskunde, obstetrie en gynaecologie.

**Accreditatie:** toegekend door NVOG en aangevraagd bij NIV, NVIC en V&VN VOG.

## Wereld Downsyndroom dag

Feiten en Fictie over Downsyndroom

**Datum en plaats:** 21 maart 2011, De Doelen Rotterdam

**Organisatie:** SCEM Conference Service

**Inschrijfgeld:** € 50

**Doelgroep:** ouders van Downsyndroom kinderen, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, kinderverpleegkundigen en andere belangstellenden.

**Accreditatie:** toegekend door KNOV, BEN en aangevraagd bij NVOG, NVK, NVKG

## Congres 'Sexualiteit, intimiteit en intimidatie in de zorg'

**Datum en plaats:** 24 maart 2011, in Utrecht

**Organisatie:** Bohn Stafleu van Loghem website: [www.cursussenencongressen.nl](http://www.cursussenencongressen.nl)

**Inschrijfgeld:** € 170 voor leden Bijzijn en V&VN, € 195 voor niet-leden

**Doelgroep:** verpleegkundigen en verzorgende uit alle werkvelden in de zorg

**Accreditatie:** 5 punten toegekend door kwaliteitsregister V&VN

## Het Perinatale beleid bij vroeggeboorte

Anno 2011 blijft vroeggeboorte een onverminderd groot probleem. Ondanks alle inspanningen lukt het maar niet om de incidentie te verlagen. De gevolgen van vroeggeboorte zijn nog altijd hoge perinatale sterftecijfers, langdurige intensieve ziekenhuisopnames van moeder en kind, en hoge kosten. Het symposium heeft tot doel om u een update te geven over de stand van zaken ten aanzien van opsporing en behandeling van vroeggeboorte, inzicht te geven in de lange termijn follow-up van te vroeg geboren kinderen en u te confronteren met de lastige dilemma's bij extreme vroeggeboorte.

**Datum en plaats:** 21 april 2011, Educatorium Universiteit Utrecht

**Organisatie:** SCEM Conference Service

**Inschrijfgeld:** € 165 inschrijven en betalen t/m 18 maart, € 185 na 18 maart

**Doelgroep:** kinderartsen, gynaecologen, neonatologie- en kinderverpleegkundigen, O&G-verpleegkundigen, doula's, verloskundigen

**Accreditatie:** toegekend door de accreditatiecommissie V&VN en aangevraagd bij KNOV, NVOG, NVK

## Lid worden?

V&VN basislidmaatschap + afdeling Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (incl. Kwaliteitsregister) € 92,-

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland om van zijn/haar rekening € 92,- af te schrijven wegens contributie

naam	voorletter
straat	nummer
postcode	
plaats	
e-mail	
rekeningnummer	
handtekening	

**V&VN**

**T.a.v. afdeling**

**Ledenadministratie**

**Antwoordnummer 52773**

**3502 WH Utrecht**



### Prenatale Diagnostiek X

Dit symposium is het tiende in een reeks waarin belangrijke nieuwe ontwikkelingen in de prenatale diagnostiek en prenatale screening worden behandeld. Besproken wordt o.a.: nieuwe laboratoriumtechnieken, nieuwe technieken op basis van DNA-onderzoek van de chromosomen, eerste termijn echo, mogelijkheid van Downsyndroom vaststellen uit maternaal bloed en andere screenings daarop, foetale bewaking.

**Datum en plaats:** 24 mei 2011, de Reehorst in Ede

**Organisatie:** SCEM Conference Service

**Inschrijfgeld:** € 169 t/m 3 mei, € 189 na 3 mei

**Doelgroep:** verloskundigen, O&G-verpleegkundigen, kraamverpleegkundigen, echoscopisten, medewerkers eerstelijns echobureaus, genetisch consulenten, maatschappelijk werkers in de prenatale diagnostiek en analisten in de prenatale diagnostiek.

**Accreditatie:** toegekend door accreditatiecommissie kwaliteitsregister V&VN, aangevraagd bij de KNOV en BEN.

### Obstetrisch Nederland Vergrijst

De dagelijkse praktijk van de oudere zwangere. Het jaarlijkse VOG-symposium. Zie voor meer informatie de uitnodiging op de pagina hiernaast.

**Datum en plaats:** 26 mei 2011, De Reehorst in Ede

**Inschrijfgeld:** leden V&VN VOG € 90 bij inschrijven t/m 26 april en € 110 na 26 april.

### Verloskunde 'in beweging'

Nieuwste ontwikkelingen binnen de obstetrie zoals de thuismonitoring, perinatale audit, diabetes gravidarum en obesitas. Meer informatie via onderstaand e-mailadres.

**Datum en plaats:** 13 april 2011, UMCG, afdeling obstetrie.

**Inschrijfgeld:** 30 euro, inclusief lunch en reader (inschrijven tot 1 maart door het verschuldigde bedrag over te maken op rek. 651 575 079 en aanmelding via e-mail adres: a.g.staal@og.umcg.nl, onder vermelding van naam, functie, organisatie en BIG registratie nummer.

**Doelgroep:** O&(G)Verpleegkundigen, eerstelijns-verloskundigen en kraamverzorgenden.

### 'Op weg naar veiligheid' symposium kinderverpleegkundigen

Diverse sprekers en workshops (programma nog in ontwikkeling)

**Datum en plaats:** 6 juni 2011, De Reehorst in Ede

**Organisatie en inschrijven:** [www.kinderverpleegkunde.venvn.nl](http://www.kinderverpleegkunde.venvn.nl)



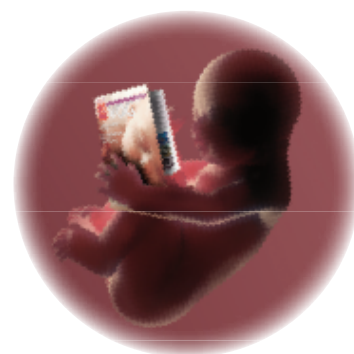
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Voortplanting, Obstetrie  
en Gynaecologie

Dan ben je altijd op de hoogte

- Uitwisselen van kennis en ervaring
- Magazine met de laatste informatie op ons vakgebied
- Korting toegang congressen
- Vraagbaak en aanspreekpunt voor alle leden

info: [vog.venvn.nl](http://vog.venvn.nl)



# Obstetrisch Nederland vergrijst

Donderdag 26 mei 2011  
De ReeHorst, Ede



## “De dagelijkse praktijk van de oudere zwangere”

Obstetrisch Nederland vergrijst. Dit is de toenemende dagelijkse praktijk waar de obstetrisch en gynaecologisch verpleegkundige mee te maken heeft!

De beroepsvereniging V&VN VOG nodigt u graag uit voor dit jaarlijkse interactieve symposium waar u naast theoretische verdieping tips en adviezen krijgt als praktisch aanvulling op uw huidige zorgverlening. Het symposium heeft aansprekende onderwerpen, boeiende sprekers en levert inspiratie op voor uw werk.

Het programma staat in het teken van de oudere zwangere en de gevolgen op o.a. fertiliteit/gynaecologie, preconceptie, intra- en antepartale fasen en de postpartum periode. Aan de hand van een casus zullen de verschillende problemen die bij de ‘oudere’ zwangere kunnen ontstaan aan bod komen. De casus zal als een rode draad door het programma lopen waarbij de volgende onderwerpen worden besproken:

- Endometriose
- Diabetes mellitis type 2
- Hartafwijkingen bij zwangeren
- Schouderdystocie (gevolgen moeder en kind)
- Longembolie of eclamptisch insult

Het bekende debat staat in het teken van de wensgeneeskunde met als titel ‘klant is koning!’ De theater groep MAAR zal deze dag met improvisatietheater ondersteunen door de casus te spelen en in te gaan op de sprekers. De V&VN VOG Award voor de beste afstudeeropdracht van 2009-2010 zal opnieuw bekend en uitgereikt worden. De winnaar zal daarnaast de hoofdprijs van € 500,- in ontvangst nemen.

Ook uw expertise willen wij horen. Wij nodigen u dan ook graag uit voor dit praktijkgerichte, interactieve symposium waar uiteraard ruimte is voor discussies, vragen stellen, interactie met vakgenoten. Het centrale thema van de dag is:

Obstetrisch Nederland is goed voorbereid op de ‘vergrijzende’ verloskunde.

Graag tot ziens op 26 mei 2011!

*Pauline Nieuwenhuizen-Berkovits, voorzitter V&VN VOG*  
*Petra Kunkeler, voorzitter congrescommissie V&VN VOG*

### Programma

- 09.15 uur Registratie en ontvangst  
Dagvoorzitters  
• Dr. Hans Duvekot & Metty Spelt
- 10.00 uur Opening  
• Pauline Nieuwenhuizen-Berkovits
- 10.05 uur Welkomstwoord  
• Dr. Hans Duvekot & Metty Spelt MANP
- 10.10 uur Theatergroep MAAR
- 10.15 uur Endometriose  
• Dr. Peter Hompes
- 10.45 uur Zwangere met DM2  
• Dr. Harold de Valk
- 11.15 uur Koffie pauze
- 11.45 uur Coronairlijden en zwangerschap  
• Prof.dr. Jolien Roos-Hesseling
- 12.15 uur Uitreiking VOG Award
- 12.45 uur Lunch
- 13.45 uur Theatergroep MAAR
- 14.00 uur Debat: Klant is koning
- 14.45 uur Theepauze
- 15.15 uur Moeder eerst! Acute zorg in de verloskunde  
• Prof. Jan van Lith
- 16.00 uur Acute zorg bij de pasgeborene (schouderdystocie)  
• René Kornelisse
- 16.30 uur Theatergroep MAAR
- 16.45 uur Afsluiting en aansluitend uitreiking certificaten

### Inschrijven

U kunt zich voor deze bijeenkomst inschrijven via de agenda op [www.scem.nl](http://www.scem.nl)  
Hier vindt u alle informatie over betaling en inschrijffvoorwaarden.

**v&vn**

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Voortplanting, Obstetrie  
en Gynaecologie

"Jij geeft mij een veilig gevoel"

## Niet voor niets gebruiken de meeste Nederlandse ziekenhuizen Pampers

Een aanraking van een moeder of verpleegkundige kan zelfs een kleine baby helpen zich geborgen te voelen in deze grote wereld. Het is van belang dat de gevoelige huid speciale verzorging krijgt, juist voor kwetsbare baby's. En daarom biedt Pampers een perfecte pasvorm, droogheid en bescherming.

Tot slot, het is filitisch bewezen, dat Pampers Babydoekjes Sensitiv uitermate geschikt zijn voor de gevoelige huid, ook voor premature en chronisch geborenen.



**Pampers**

[www.pampers.nl](http://www.pampers.nl)