

praktijk

Special

Preconceptie en zwangerschap 3 | 20

Focus op sociale preventie risico-zwangerschap | Zicht op 2.000 genen | Domeinoverstijgende Trendbreuk moet het tij keren |

Het thema voor deze uitgave van *Praktijk* is 'preconceptie en zwangerschap'. Vanuit verschillende invalshoeken belichten we dit thema. Een gezonde leefstijl van vrouwen die zwanger willen worden of zijn, resulteert in een lager sterftecijfer en een betere gezondheid van moeder én kind. En, het programma *Trendbreuk* gaat helpen om de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg in te lopen. Deze en meer onderwerpen in dit nummer van *Praktijk*.

06

8

10

12

Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/verwijzers

Colofon Praktijk is een uitgave van het Maastricht UMC+ (expertise-eenheid Transmurale Zorg) i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO)

Ontwerp en grafische vormgeving Strategyminds, Maastricht

Redactie Liesbeth van Hoef, Jan Wouter Brunings, Jean Muris, Caroline Robertson, Ingeborg Wijnands, Ellen Kennes, Marja Olde Damink, Floris Vanmolkot, Karin Burhenne, Strategyminds **Eindredactie** Liesbeth van Hoef **Fotografie** Appie Derks. **Druk** Pietermans Lanaken

Suggesties voor de redactie? Mail Liesbeth van Hoef: liesbeth.van.hoef@mumc.nl.

Inhoud

- 03 EXPECT voorspelt en wijst het (zorg)pad voor zwangere vrouwen
- 06 Focus op sociale preventie risico-zwangerschap
- 08 Laagdrempelige leefstijlinterventie voor een gezonde start
- 10 Uit de Praktijk: Twee aankomende moeders delen hun ervaringen
- 11 Kort nieuws
- 12 Zicht op 2.000 genen
- 14 Toch spontaan zwanger na chemotherapie
- 16 Domeinoverstijgende Trendbreuk moet het tij keren
 - Nu niet zwanger
 - Kansrijke start
 - Rookvrije start
- 20 Column *Ontmoeting* door verloskundige Esther Schoffelen

De Huisartsen Service Desk telefoon 043 387 44 80

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoonje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



Prof. dr. Luc Smits is hoogleraar epidemiologie en risicogeleide zorg aan de Faculteit Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht en projectleider van de EXPECT-studie. In zijn onderzoek focust hij op de factoren die tijdens de zwangerschap ontstaan maar pas later in het leven naar voren komen.

PERSONLIJK

EXPECT **voorspelt** en **wijst** het (zorg)pad voor zwangere vrouwen

Begin dit jaar hebben onderzoekers binnen het Maastricht UMC+ de EXPECT-studie afgerond. In twee fasen is bij deze studie onderzoek verricht naar de mogelijkheid om voor elke zwangere vrouw de kans in te schatten op problemen tijdens de zwangerschap. Onder de streep heeft het project succesvolle modellen opgeleverd voor de inschatting van het risico op pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes, en voor iedere zwangere vrouw kan op basis van haar persoonlijke risicoprofiel een zorgplan opgesteld worden. Problemen kunnen zo vroeger opgespoord worden om nadelige gevolgen te beperken, liever nog te voorkomen. Nota bene tegen lagere kosten.

Twee succesvolle modellen De eerste fase van de EXPECT-studie (2013-2016) was gericht op de ontwikkeling van instrumenten om de risico's die kunnen optreden in de zwangerschap te voorspellen. "Hiervoor hebben we tientallen modellen die wereldwijd met dit doel ontwikkeld zijn, getest bij vrouwen in onze regio", vertelt prof. dr. Luc Smits. Hij is hoogleraar epidemiologie en risicogeleide zorg en leidde samen met gynaecoloog Liesbeth Scheepers de EXPECT studie. "Maar liefst 2.600 vrouwen hebben voor dit onderzoek heel wat vragenlijsten ingevuld. Aan de hand van de uitkomsten hebben we bekeken welke instrumenten geschikt dan wel ongeschikt zijn voor de Zuid-Limburgse zwangerenpopulatie. Alleen de modellen die pre-eclampsie en

het risico op zwangerschapsdiabetes voorspellen, werden goed bevonden. Alle andere vielen af. Ook dat is overigens een goede uitkomst. Je moet niet zomaar alle modellen die gepubliceerd zijn toepassen in je gezondheidszorg. Dat kan schadelijk zijn."

LOQS In de tweede fase van de studie (2017-2019) is voor pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes een online calculator ontwikkeld, waarmee de risico's voor elke zwangere vrouw kunnen worden berekend. Dit instrument helpt nu elke gynaecoloog en elke verloskundige in de regio om een goede inschatting te maken van wat zij kunnen verwachten bij een zwangere. "Een goede kansberekening maakt je alert. Minstens zo be-

langrijk is dat je weet wat er bij bepaalde hogere risico's moet gebeuren", vult dr. Liesbeth Scheepers aan. Zij vervolgt: "In samenwerking met alle partners in het Zuid-Limburgse verloskundige veld hebben we het kwaliteitssysteem LOQS ingericht, dat ervoor zorgt dat alle zwangere vrouwen in onze regio uniforme zorg krijgen. Door onderling goede afspraken te maken is er een betere gedeelde verantwoordelijkheid tot stand gebracht tussen de eerste en tweede lijn, waarin voor elke vrouw het beste uit twee werelden samenkomt: aandacht en care in de eerste lijn met specifieke extra zorg waar nodig in de tweede lijn. Volgens een *bottom-up* procedure hebben we iedereen die betrokken is bij de verloskundige zorg in onze regio aan boord gekregen en zijn of haar mening laten geven. Samen zijn we tot een consensus gekomen over nagenoeg alle onderwerpen binnen de verloskunde. Dat draagt bij aan betere samenwerking en betere uitkomsten. Deze methodiek zou dan ook voor andere zorgdisciplines een voorbeeld kunnen zijn."

Bewustwording De EXPECT-studie heeft de deuren geopend voor risicogeleide zorg binnen de verloskunde. "In de spreekkamer staat de risicoanalyse echter niet op zichzelf", geeft Liesbeth Scheepers aan. "De analyse biedt de mogelijkheid om met de patiënt in gesprek te gaan. Het zorgpad voor pre-eclampsie geeft bijvoorbeeld aan dat je het risico op zwangerschapsvergiftiging met calcium en aspirine ongeveer 30% kunt verlagen. Het voorschrijven van medicatie is effectief, maar ik bespreek tegelijk wat de zwangere zelf kan doen om het risico terug te dringen door bijvoorbeeld af te vallen of haar voeding aan te passen. Op deze wijze neem ik de zwangere mee in de besluitvorming; samen halen we wellicht een nog hogere daling van het risico en dat is in het belang van de zwangere en het kind. Deze nieuwe balans, die we hebben gevonden in het omgaan met risico's met het oog op preventie, is wat mij betreft de belangrijkste verworvenheid in de zorg van de laatste tien jaar."

Zorgpaden bij vroeggeboorte en groeivertraging Naast de zorgpaden voor pre-eclampsie en zwangerschapsdiabetes hebben de LOQS-partners zorgpaden ontwikkeld geënt op de Zuid-Limburgse behoefte. "Vroeggeboorte en groeivertraging zijn twee oorzaken die in Limburg nog leiden tot slechte uitkomsten. Het zijn bovendien twee belangrijke indicatoren van ontwikkelingsachterstanden op latere leeftijd", geeft prof. dr. Marc Spaanderman aan. Hij is gynaecoloog in het Maastricht UMC+ en voorzitter van LOQS. "Om deze uitkomsten te verbeteren hebben de verloskundige zorgverleners in de regio de zorg die geleverd moet worden bij het risico op vroeggeboorte en groeivertraging uniform gemaakt. Het mag dus niets meer uitmaken of een zwangere in Heerlen, Roermond of Maastricht wordt ge-

Dr. Liesbeth Scheepers is gynaecoloog-perinatoloog in het Maastricht UMC+ met hoog-risico zwangerschappen als aandachtsgebied. Zij is eveneens projectleider van de EXPECT-studie. Behalve met patiëntenzorg houdt zij zich bezig met onderzoek naar kwaliteit van zorg en de implementatie van risicogeleide zorg. Momenteel neemt zij namens het Maastricht UMC+ deel aan het Limburg Obstetric Quality System LOQS, dat zorgpaden bundelt binnen de Zuid-Limburgse verloskundige zorg.

PERSONLIJK



zien; als er een verdenking is dat een kind niet goed groeit, gebeurt overal hetzelfde. Op dit moment vertalen we onze medische kennis ten aanzien van alle zwangerschapsrisico's naar de programma's van Trendbreuk (zie ook pagina 16, red.). Parallel aan de ontwikkelingen in de geboortezorg zijn in Limburg namelijk ook partijen in het sociale domein in beweging gekomen om kinderen in onze regio een betere start te geven. Alle initiatieven rond de zwangere, de bevalling en het kind komen in het programma Kansrijke Start samen. In deze brede samenwerking kunnen we de al sterk verbeterde gezondheidsuitkomsten rond de geboorte een extra impuls geven."

All you need is everything In de periode 2000 – 2018 heeft Nederland volgens WHO-onderzoek een daling van 55% gerealiseerd op het gebied van babysterfte. Zuid-Limburg laat in deze trend dankzij de verbeterde samenwerking sinds 2013 een nog sterkere daling zien ten opzichte van de rest van Nederland. Luc Smits: "Aan het einde van de tweede fase van de EXPECT-studie zagen we bij vrouwen die in verwachting waren van hun eerste kind bijna een halvering van ernstige uitkomsten, zoals vroeggeboorte en groeivertraging. Deze daling ging bovendien samen met een verlaging van de kosten; de risico-gebaseerde verloskundige zorg (conform de LOQS-protocollen) leverde een kostenbesparing van 2.800 euro per zwangerschap op. Om door

te kunnen pakken en de methode uit te rollen naar andere regio's geldt *all you need is everything* – je moet structureel goed met elkaar in gesprek zijn en blijvend investeren in goede samenwerking rond de geboortezorg. Niet alleen in Limburg maar in heel Nederland."

Kijk op www.zwangerinlimburg voor meer informatie over de EXPECT-calculator en de LOQS-zorgpaden.



PERSOONLIJK

Prof. dr. Marc Spaanderman is hoogleraar transmurale verloskunde, gynaecoloog-perinatoloog en oprichter van het Transmuraal Vrouwen Dagcentrum in het Maastricht UMC+. Zijn deelname aan de EXPECT-studie past binnen zijn onderzoek naar mogelijkheden tot verbetering van de uitkomst van zwangerschap voor moeder en kind. Marc Spaanderman is projectleider van het Limburg Obstetric Quality System LOQS.



*Drs. Iris Blonk is huisarts
in Gezondheidscentrum Dr.
Van Kleef in Maastricht.*

PERSOONLIJK

Focus op **sociale preventie** risico-zwangerschap

Alle huisartsen, gynaecologen en verloskundigen kennen problematische zwangerschappen in hun praktijk. Een stel met een verstandelijke beperking dat koste wat kost een kindje wil. Een vrouw met ernstige psychosociale problematiek, zonder huisvesting en inkomen, die zwanger is. Een tienermoeder met een ongewenste zwangerschap. Een vrouw die weer zwanger is in een relatie waar sprake is van verslavingsproblematiek en geweld. Hoe ga je hiermee om? Huisarts Iris Blonk neemt ons mee naar haar spreekkamer.

Hoe ga je met de hiervoor genoemde voorbeelden om?

“Sociale preventie is een lastig ethisch vraagstuk voor de medische wereld. Wij kunnen als arts niet beslissen of een wilsbekwaam persoon wel of niet zwanger mag worden. Ik zal dan ook nooit oordelen als een vrouw zich meldt, bij wie de zwangerschap naar mijn mening niet op het juiste moment komt. Als huisarts heb ik wel een belangrijke taak om de vrouw goed te informeren over haar kansen en mogelijkheden. Ik ga daarom het gesprek aan en probeer daarin na te gaan of zij beseft wat de zwangerschap voor haar kan betekenen en of ze voldoende steun heeft om de zwangerschap goed te doorlopen. Mijn doel is dat de vrouw zelf duidelijk krijgt of ze de zwangerschap kan dragen en goed voor het kindje kan zorgen. Maar, liever nog wil ik dit gesprek natuurlijk voorkomen. Als ik vrouwen in de vruchtbare leeftijd zie in mijn spreekkamer, van wie ik niet weet of zij anticonceptie gebruiken, informeer ik daarnaar. Zeker bij jonge vrouwen stip ik het onderwerp aan onder het motto: goh, heb je daar al over nagedacht? Kwetsbare vrouwen adviseer ik dan het spiraaltje; dat kunnen ze niet ‘vergeten’. Veel vrouwen hebben daar echter geen geld voor. Hen verwijz ik naar ‘Nu niet zwanger’ (pag 18, red.). Via dit netwerk kunnen ze een beroep doen op middelen en begeleiding om een ongewenste zwangerschap te voorkomen.”

En dan zit er een zwangere vrouw van 18 jaar tegenover je die vastbesloten is het kindje te krijgen. Ze heeft geen vaste partner, geen vaste woonplek en geen vast inkomen, maar ze heeft goed nagedacht en weet zeker dat ze zelf voor het kindje kan zorgen. Wat doe je?

“Wij hebben één keer per week een multidisciplinair overleg in onze praktijk, waarin we samen uitdagende casussen bespreken. Hierbij schuiven ook een maatschappelijk werker, de praktijkondersteuner GGZ en de wijkverpleging aan. Daarnaast hebben we korte lijnen met de verloskundigen in onze wijk, de consultatiebureau-artsen, de praktijkondersteuner Jeugdzorg en Veilig Thuis. Dit medisch-sociale netwerk zetten we in om uit te zoeken waar de jonge moeder behoefte aan heeft en welke expertise we moeten inschakelen om de juiste ondersteuning te bieden. Huisvestings- of schuldenproblematiek kan bijvoorbeeld de maatschappelijk werker oppakken, terwijl onze praktijkondersteuner GGZ de moeder op emotioneel vlak kan bijstaan.”

Wanneer schakel je de tweede lijn in?

“Als er sprake is van multi- of complexe problematiek verwijzen wij de vrouw door naar het Risico Zwangeren Team van het Maastricht UMC+. Denk aan verslavingsproblematiek, geweld of sociaal-psychische problematiek. Wij blijven natuurlijk betrokken, maar in de begeleiding nemen de specialisten in het ziekenhuis, in overleg met ons, de zorg dan voor een deel over. Meestal komt de vrouw weer terug in de eerste lijn als het kindje er is. De huisarts is overigens niet de enige die vrouwen doorverwijst naar het Risico Zwangeren Team; ook de verloskundigen hebben een belangrijke signaalfunctie.”

Hoe houd je de regie binnen dit brede netwerk?

“De lijnen tussen de partners zijn gelukkig kort. Het komt vaak voor dat de gynaecoloog ons belt als er problemen zijn in de thuissituatie van een vrouw die bij hen in behandeling is. Dat is natuurlijk de beste vorm van overleg, want dan heb je direct informatie en gaat het niet via de patiënt, die soms ook verstoringende informatie kan geven. Tijdens dat overleg kun je meteen afspreken wie wat doet. Bij probleemgezinnen komen soms heel veel verschillende zorg- en hulpverleners over de vloer, zonder dat zij dat van elkaar weten en zonder dat zij weten wat er allemaal speelt. Voor ons als huisarts is het belangrijk om overzicht te houden. Als je afsprekt wat de tweede lijn doet en wat wij in de eerste lijn doen, kunnen we onze ondersteuning op elkaar afstemmen. En dan kun je écht alle pijlen richten op de zorg voor de moeder en het kind.”



Laagdrempelige leefstijlinter

Het leefstijlprogramma TOP-mama van het Maastricht UMC+ helpt vrouwen met een BMI vanaf 25 om een gezonde zwangerschap te doorlopen en hun kind een gezonde start te bieden. Tot nu toe hebben al meer dan 70 vrouwen deelgenomen. De onderzoekers staan klaar om nog eens 40 vrouwen te begeleiden in dit programma.

“De meeste vrouwen die zwanger willen worden of zwanger zijn, weten heus wel dat overgewicht, roken, stress en alcohol een negatieve invloed hebben op hun eigen gezondheid en die van het ongeboren kind”, opent TOP-mama’s projectleider Dorien Reijnders het gesprek. “Voor de meesten is het echter lastig om het roer om te gooien. Terwijl dat juist in deze periode zo belangrijk is. We weten dat vrouwen met overgewicht vaker te maken krijgen met problemen tijdens hun zwangerschap of bevalling. Daarom hebben de afdelingen Kindergeneeskunde, Gynaecologie en Neonatologie van het Maastricht UMC+ TOP-mama ontwikkeld. Het onderzoeksprogramma coacht vrouwen bij het veranderen van hun leefstijl rondom de zwangerschap.”

Voor altijd “Elke TOP-mama volgt een individueel programma”, vervolgt Dorien. “Een eerder onderzoek van onze groep liet zien dat iedere (aankomende) moeder met overgewicht haar eigen verhaal en behoeften heeft. En dat die behoeften voor, tijdens en na de zwangerschap kunnen veranderen. Wij bewegen daarin mee. Iedere deelnemster krijgt een aangepast dieet- en beweegadvies en vrouwen die roken helpen we van het roken af. We zijn als het ware de coach die de vrouwen naar het juiste aanbod leidt. Voor de uitvoering werken we samen met onder andere diëtisten en beweegprogramma’s zoals Mom in Balance en ZwangerFit. De vrouw kiest zelf wat zij wil doen. Al besluit ze om elke dag een halfuur te lopen; als ze maar beweegt. Om de animo vast te houden, coachen we de TOP-mama’s tot een jaar na de bevalling. Zodat de nieuwe leefgewoonten zo goed geworteld zijn, dat ze op lange termijn bij moeder en kind leiden tot een gezonder leven.”

Vroegtijdig ingrijpen De begeleiding van TOP-mama kan al starten voordat de kinderwens in vervulling gaat. “Juist deze



PERSOONLIJK

Dr. Dorien Reijnders (r) is onderzoeker en projectleider van het onderzoeksprogramma TOP-mama van het Maastricht UMC+. Zij focust vanuit een biomedische achtergrond op de effecten van leefstijl op de gezondheid van moeder en kind.

Drs. Marijn Hesselink (l) is gezondheidsbevorderaar; TOP-mama is haar promotieproject.

ventie voor een gezonde start

periode is belangrijk, omdat we intussen ook weten dat gezondheidsrisico's van een ongezonde leefstijl van generatie op generatie worden doorgegeven. Bovendien kunnen factoren zoals gezonde voeding, beweging, roken en alcoholgebruik van invloed zijn op het zwanger worden", vertelt gezondheidsbevorderaar Marijn Hesselink. "In het onderzoek volgen we de vorderingen op het gezondheidsvlak en het effect van het leefstijlprogramma op moeder en kind tot een jaar na de bevalling; regelmatig meten we in deze periode haar gewicht, bloeddruk, suiker-, lever- en cardiovasculaire waarden. Doordat wij dus vaak al in de preconceptiefase meten, zien we ook vroegtijdig of er sprake is van bijvoorbeeld een verstoorde suikerhuishouding. Hierdoor hebben we kunnen voorkomen dat enkele vrouwen tijdens de zwangerschap insuline moesten spuiten. Verder meten we de lichaamssamenstelling, vullen vrouwen verschillende vragenlijsten en voedingsdagboeken in en dragen ze een beweegmeter. Samen geven deze gegevens een goed beeld van de fysieke en psychische gesteldheid van de vrouw. Bijkomstig voordeel is dat we tijdens de metingen alle tijd hebben om met de vrouwen te

kletsen en met behulp van motiverende gespreksvoering door te dringen tot de struikelblokken in hun leven. Samen bespreken we vervolgens wat de beste manier is om daarmee korte metten te maken."

TOP-mama biedt een leefstijlinterventie voor vrouwen tussen 18 en 40 jaar die zwanger willen worden of korter dan 12 weken zwanger zijn met een BMI van 25 of hoger.

Meer informatie via www.gynaecologie.mumc.nl/top-mama.

Uit de praktijk

Uit de Praktijk gaat dit keer over ervaringen van twee aankomende moeders met programma's, in dit nummer genoemd, die verwijzers kunnen inzetten in de praktijk.



Corinne Spooren (33 jaar) woont met haar partner in Maastricht en is 29 weken zwanger van haar tweede kindje.

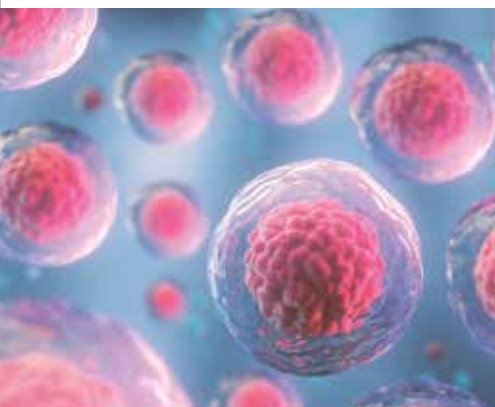
"Ik sta heel bewust in mijn zwangerschap. De begeleiding is in handen van een verloskundige en ik hoop dat ik ook met haar de bevalling kan doen. Liefst in het ziekenhuis, daar voel ik mij het veiligst; ook omdat mijn zoontje twee jaar geleden drieënhalve week te vroeg is geboren en medische zorg nodig had. Aan het begin van mijn zwangerschap heb ik meegedaan aan de EXPECT-studie, om te bekijken of ik een verhoogd risico heb op hoge bloeddruk of zwangerschapsdiabetes. Dat was gelukkig niet het geval; de zwangerschap verloopt goed. Om in conditie te blijven sport ik bij Mom in Balance; dat is een *total body workout* in de open lucht, waarbij rekening wordt gehouden met de fase waarin je je in de zwangerschap bevindt. Ik eet gezond en gevarieerd, ik slik de aangeraden dosis multivitaminen met foliumzuur en ik werk ook gewoon door. Doordat er thuis al een peuter rondloopt, is het drukker, maar ik zit hierdoor ook al in een ritme, waarin ik makkelijker mijn rust kan pakken. In de media lees je natuurlijk vaker dat veel kinderen in onze regio geen kansrijke start hebben. Voor een gezonde leefstijl, ook in de zwangerschap, heb je intrinsieke motivatie nodig en financiële middelen. Voor mensen met een kleine beurs zou het daarom, denk ik, wel helpen om onder andere beweegprogramma's en lotgenotencontact voor zwangeren financieel te ondersteunen."



Imke Raaijmakers-Beelen (32) woont met haar echtgenoot in Maastricht en is twintig weken zwanger van haar tweede kindje. Zij heeft tijdens haar eerste zwangerschap deelgenomen aan het onderzoeksprogramma TOP-mama.

"Aan het begin van mijn eerste zwangerschap verwees mijn verloskundige mij naar het TOP-mama-onderzoek van de Universiteit Maastricht om te bekijken of ik tijdens de zwangerschap baat had bij leefstijlbegeleiding. Ik heb licht overgewicht en stond open voor coaching op dit vlak. Het effect was meteen merkbaar. Regelmatig werden allerlei testjes afgenomen, zoals een suikermeting, een meting van de bloeddruk en een oogmeting. Dit was soms een tijdsinvestering maar je kreeg er ook wat voor terug. De scores van de metingen gaven een goed beeld van wat ik aan voeding nodig had. Ze werden ook gedeeld met de diëtiste, die daar weer op in kon springen met haar adviezen. Tijdens een zwangerschap heb je andere of extra voedingsstoffen nodig; ik vond het fijn om daar meer over te weten. In een klein groepje kregen we daarnaast begeleiding van een fysiotherapeut, die ons meenam in de veranderingen die plaatsvonden in ons lichaam tijdens de zwangerschap. We kregen ook allerlei oefeningen mee, onder andere om de bekkenbodem te trainen. Het meest effectief vond ik de coaching van de diëtiste. Tijdens mijn vorige zwangerschap - en ook nu - had ik perioden dat ik heel veel honger had. Ik weet dan ook wel dat ik geen zak chips open moet trekken en chocolade links moet laten liggen. De diëtiste gaf mij goede alternatieven waardoor ik minder honger had en de verleiding van dikmakers kon weerstaan. Bijvoorbeeld door meer eiwitten en zuivel te eten. Als alternatief voor brood eet ik nu meer groentewraps en noten. En ik eet meer zalm en andere vis om ervoor te zorgen dat ik meer goede vetten opneem. Onder de streep ben ik in mijn eerste zwangerschap maar acht kilo aangekomen, en deze acht was ik na de bevalling meteen kwijt. In mijn tweede zwangerschap heb ik er ook veel baat bij. Ik weet hoe ik op mijn lijf moet letten en het beste voor de baby in mijn buik kan zorgen. En als het nodig is, kan ik direct contact opnemen met de diëtiste om mijn kennis over eten op te frissen."

Stamcellen beschermen hersenen bij vroeggeboorte



Een specifiek type stamcellen is in staat om een belangrijk hersengebied te beschermen tegen de schadelijke effecten van zuurstoftekort tijdens vroeggeboorte. Dat blijkt uit recent preklinisch onderzoek van het Laboratorium Kindergeneeskunde in het Maastricht UMC+. In het wetenschappelijk tijdschrift *Stem Cells Translational Medicine* beschrijven de onderzoekers hun veelbelovende resultaten. Daar-in beschrijven ze tevens een nieuwe

MRI-techniek om hersenschade te detecteren en de beschermende effecten van de stamceltherapie in beeld te brengen.

“Er gaat een neuro-beschermende werking uit van de stamcellen”, zegt kinderarts en onderzoeker dr. Reint Jellema. “Naast dat ze ontstekingsreacties kunnen afremmen, kunnen de stamcellen ook weefselherstel bevorderen. Dat we nu gebruik kunnen maken van technieken die dat ook daadwerkelijk in beeld kunnen brengen is een grote stap voorwaarts.”

Voor meer informatie kijk op www.mumc.nl > zoekterm ‘kindergeneeskunde’.

Onderzoek naar continue zorg voor en begeleiding van zwangere vrouwen

Het Maastricht UMC+ en de Academie Verloskunde Maastricht doen samen met Limburgse kraamzorgcentra, Zuyderland en Viecuri onderzoek naar de kosteneffectiviteit van continue zorg voor en begeleiding van zwangere vrouwen door kraamverzorgenden.

Met het onderzoek naar de rol van kraamverzorgenden in de permanente zorg voor en begeleiding van zwangere vrouwen hopen de onderzoekers te kun-



nen aantonen dat deze zorg standaard kan worden aangeboden en niet alleen beschikbaar is voor vrouwen die het zich financieel kunnen veroorloven.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Liesbeth Scheepers, gynaecoloog van het Maastricht UMC+, Marianne van Nieuwenhuijze, lector aan de Academie Verloskunde Maastricht en onderzoeker Adrie Lettink, arts-assistent gynaecologie van het Maastricht UMC+. De resultaten van het onderzoek zullen begin 2021 beschikbaar komen. Voor meer informatie kijk op www.mumc.nl > zoekterm ‘Bynaecologie en Obstetrie’.

Risico op voorstadium hartfalen door zwangerschapsvergiftiging

Bij een kwart van de vrouwen die een zwangerschapsvergiftiging hebben doorgemaakt, zijn al voortekenen van hartfalen aanwezig. Deze vrouwen lopen ook een groter risico op andere hart- en vaatziekten in de toekomst. Dat concludeert Nicki Breetveld na haar promotieonderzoek aan het Maastricht UMC+. De bevindingen onderstrepen het belang van een zorgvuldige follow-up van vrouwen, die een zwangerschapsvergiftiging doormaken. In Nederland worden zo’n 170.000 baby’s per jaar geboren. Bij drie tot vijf procent van de zwangerschappen ontstaat pre-eclampsie (ook wel zwangerschapsvergiftiging genoemd). Jaarlijks komen er dus duizenden vrouwen met deze aandoening bij. Pre-eclampsie wordt voornamelijk gekenmerkt door een hoge bloeddruk en verhoogd eiwit in de urine en kan vervelende klachten met zich meebrengen als hoofdpijn en bovenbuikpijn. Maar ook op langere termijn zijn er dus nog schadelijke gevolgen, zo concludeert Breetveld in haar promotieonderzoek.

“Een zwangerschap is eigenlijk een ultieme stresstest voor hart en vaten”, stelt Breetveld. “In de meeste gevallen verloopt een zwangerschap goed en herstelt de hart- en vaatfunctie weer, maar bij een deel van de vrouwen zijn er dus al structurele veranderingen opgetreden, die toekomstige risico’s met zich meebrengen.” Het is echter onduidelijk wat zwangerschapsvergiftiging precies veroorzaakt. Het is dan ook lastig te voorspellen wie er risico zal lopen op hart- en vaatziekten in de toekomst. Breetveld: “Het is daarom des te belangrijker om de follow-up van deze vrouwen goed in te richten, door regelmatig hun bloeddruk te controleren en waar nodig een echo van het hart te laten maken. Met het verbeteren van de algehele leefstijl en eventuele medicatie kun je erger leed namelijk nog voorkomen.”

Nicki Breetveld promoveerde onlangs aan de Universiteit Maastricht op haar proefschrift ‘Cardiovascular disease risk in women with a history of preeclampsia’

Zicht op **2.000** genen

Ondanks het feit dat het aantal genetische aandoeningen constant blijft, ziet het Maastricht UMC+ een toename van de indicaties voor diagnostiek binnen de Reproductieve Genetica. Aanjager is de nieuwe, in eigen huis ontwikkelde Preconceptie Dragerschapstest; kort gezegd de Carriertest. Deze kan ten aanzien van 2.000 genen aantonen of toekomstige ouders beiden drager zijn van dezelfde erfelijke aandoening. Dankzij deze brede screening kan groot verdriet voorkomen worden.

“De landelijke richtlijn geeft aan dat de Carriertest ingezet kan worden bij paren die bloedverwant zijn”, licht prof. dr. Christine de Die toe. Deze test is in het laboratorium Klinische Genetica van het Maastricht UMC+ ontwikkeld en tot op heden is het Maastrichtse lab in Nederland het enige lab dat de test kan aanbieden. Christine de Die vervolgt: “Zeker bij neven en nichten met een kinderwens adviseer ik de test in te zetten; zij hebben 20 à 30 % kans op gezamenlijk dragerschap van een of meerdere erfelijke aandoeningen. Voordat de Carriertest bestond, wisten we wel dat dit grote risico binnen familiale relaties bestond, maar konden we de afwijkingen tot frustratie van zowel ouders als zorgverleners niet vóór het ontstaan van een zwangerschap in kaart brengen. Nu kunnen we dat wel. Ik denk dat dit een superbelangrijke stap vooruit is.”

Uitbreiding “Momenteel adviseren we alleen bloedverwante paren met een kinderwens de dragerschapstest te gebruiken”, vervolgt dr. Edith Coonen. “In de toekomst zou je ook een stap verder kunnen gaan en de test aanbieden aan alle paren die PGD of een reguliere IVF-behandeling ondergaan. Bij een bredere inzet is de verwachting dat circa 1% als risicopaar uit de test rolt. Dat lijkt heel weinig maar het gaat hierbij om kinderen met zeer ernstige aandoeningen. Het vervolgtraject bepaalt het paar zelf; ze kunnen van hun kinderwens afzien, deze juist onvoorwaardelijk omarmen of eventueel vervolgonderzoek laten doen middels prenatale diagnostiek of pre-implantatie genetische diagnostiek. Bij de laatstgenoemde optie worden IVF-embryo's vóór het ontstaan van de zwangerschap getest en wordt een embryo zonder de erfelijke aandoening in de baarmoeder geplaatst. Door met een dragerschapstest de (extra) genetische risico's op voorhand in kaart te brengen benut je optimaal de kans om met behulp van PGD een gezond kind te krijgen.”

Een ethicus inventariseert momenteel de ervaringen van paren die voor de Carriertest kiezen. Christine de Die: “In het verleden testten we vooral paren bij wie sprake was van bepaalde aandoeningen in de familie. Zij wisten hierdoor goed waar we het bij bepaalde genetische afwijkingen over hadden. De Carriertest kan meer en ook zeer zeldzame defecten aan het licht brengen, waarover amper informatie te vinden is. Toch moeten de paren een beslissing nemen wat betreft hun kinderwens. Hoe lastig dit is, horen we terug in de eerste interviews. Genetisch onderzoek gaat gepaard met veel emoties. Uiteindelijk brengt de test echter vooral rust: mensen die dit onderzoek laten doen, doen dit niet voor henzelf maar voor hun kinderen.”

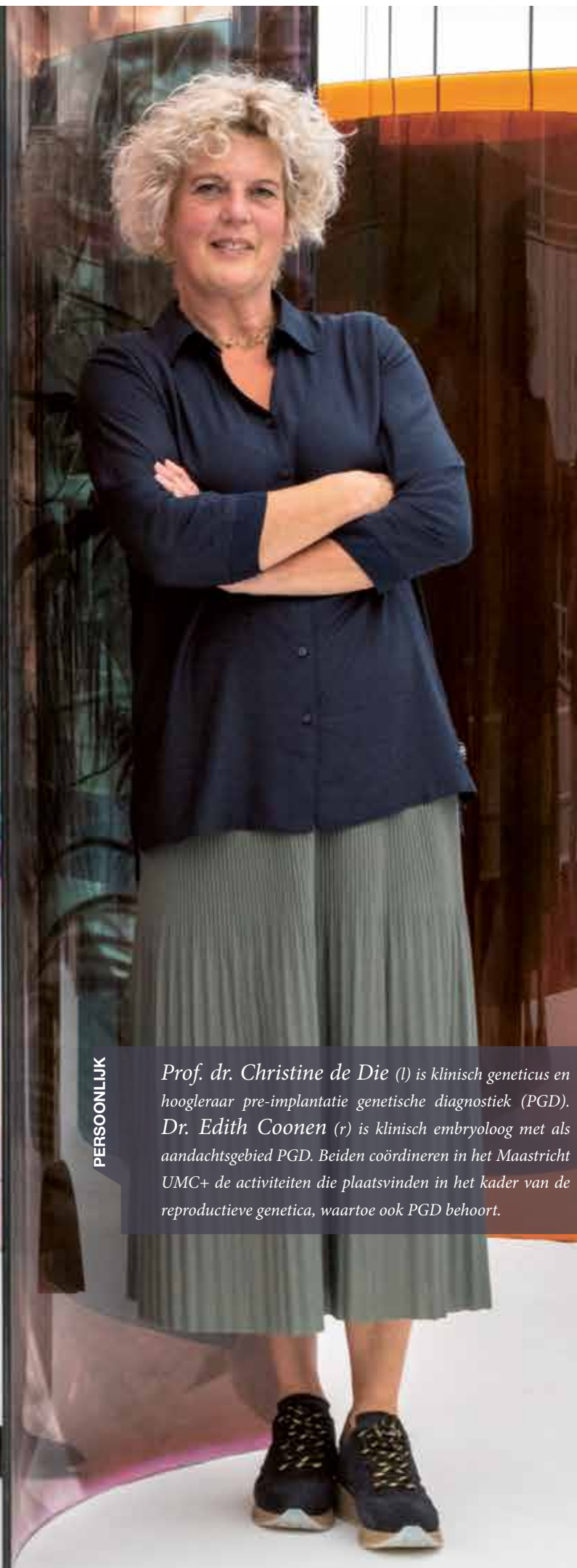
Meer informatie en aanvraagformulieren voor klinische genetica zijn te vinden op www.klinischegenetica.mumc.nl.

Poli voor implantatiefalen

Het Centrum voor Voorplantingsgeneeskunde van het Maastricht UMC+ heeft onlangs een speciale implantatie-poli geopend. Hier kunnen paren die na een IVF- of ICSI-traject niet zwanger zijn geworden terecht voor extra uitleg en onderzoek naar factoren die een rol spelen bij het uitblijven van de innesteling van het embryo. Aan de poli zijn tevens experts op het gebied van herhaalde miskramen verbonden, omdat het vermoeden bestaat dat aan beide klinische beelden gemeenschappelijke processen ten grondslag liggen.

Meer informatie via www.centrumvpg.mumc.nl.

Christine de Die:
“Het Maastricht UMC+ scoort op het gebied van preconceptie zorg erg goed. Binnen het onderzoeksprogramma EVA brengen we alle ontwikkelingen met elkaar in verband en zorgen we ervoor dat initiatieven elkaar versterken. EVA zorgt zo ook voor een nieuwe beweging in de pre-implantatie genetische diagnostiek.”



PERSOONLIJK

Prof. dr. Christine de Die (l) is klinisch geneticus en hoogleraar pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD). Dr. Edith Coonen (r) is klinisch embryoloog met als aandachtsgebied PGD. Beiden coördineren in het Maastricht UMC+ de activiteiten die plaatsvinden in het kader van de reproductieve genetica, waartoe ook PGD behoort.

Toch **spontaan** zwanger na chemotherapie

Een kwart van de jonge vrouwen die chemotherapie hebben ondergaan voor borstkanker in een vroeg stadium bevalt binnen vijf jaar van een kind. Verreweg de meeste zwangerschappen ontstaan op natuurlijke wijze, zonder het gebruik van vóór de chemotherapie ingevroren eicellen. Dit blijkt uit een grootschalig onderzoek door medisch oncoloog Ingeborg Vriens van het Maastricht UMC+. “Dankzij dit onderzoek kunnen we jonge vrouwen met borstkanker een sprankje hoop geven.”

“Bij de meeste vrouwen jonger dan 40 jaar met borstkanker in een vroeg stadium adviseren we een behandeling met chemotherapie”, vertelt Ingeborg Vriens. “Deze therapie heeft als keerzijde dat er problemen ontstaan met de vruchtbaarheid.

Chemotherapie kan immers schadelijk zijn voor de eierstokfunctie. We weten al langer dat die functie ook weer kan terugkeren, maar tot op heden hadden we geen besef van het percentage en het tijdsbestek waarin dit wel of niet gebeurt. Vanwege deze onzekerheid drukt de meest succesvolle behandelmogelijkheid een donkere stempel op een toekomstige kinderwens van vaak jonge vrouwen.”

PGD Als alternatief kunnen patiënten met een kinderwens, die met chemotherapie behandeld worden, sinds 2008 in het Maastricht UMC+ deelnemen aan een fertiliteitspreservatieprogramma. Vanuit heel zuidoost-Nederland maken vrouwen gebruik van dit programma waarin alle aspecten van hun bestaande of toekomstige kinderwens aan bod komen. “In dit gesprek gaat het over het geschatte risico om onvruchtbaar te worden na behandeling met chemotherapie. Maar ook over de optie van het invriezen van eicellen, eventueel gecombineerd met pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD) en de kansen van een succesvolle zwangerschap met IVF”, vervolgt Ingeborg Vriens. “Veel jonge patiënten kiezen voor de zekerheid voor deze optie, ondanks het feit dat dit een behoorlijk belastend traject is in de al heftige fase waarin zij zich op dat moment bevinden. Vanaf 2013 zijn we gaan monitoren wat er vervolgens met deze vrouwen gebeurt: zijn ze hersteld en zijn ze zwanger geworden? In ons onderzoek dat is opgestart door prof. dr. Vivianne Tjan-Heijnen en dr. Ron van Golde (resp. als oncoloog en gynaecoloog verbonden aan het Maastricht UMC+) hebben we gedurende een periode van zeven jaar 118 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar, die met chemotherapie werden behandeld voor borstkanker, gevolgd. De uitkomst verrast: ongeveer een kwart van de patiënten blijkt binnen vijf jaar bevallen te zijn van een gezonde baby. Nog

mooier nieuws is dat maar een klein aantal zwangerschappen via de ingevroren eicellen tot stand is gekomen. De meeste zwangerschappen zijn op natuurlijke wijze ontstaan.”

Van de 118 vrouwen brachten 26 vrouwen in totaal 32 kinderen ter wereld in de onderzoeksperiode. Daarvan zijn 30 zwangerschappen op natuurlijke wijze ontstaan.

Hoopvol “Het is een geruststellende gedachte dat we ondersteuning kunnen bieden in het vervullen van een kinderwens, ondanks de chemotherapie en de mogelijke nadelige gevolgen daarvan voor de eierstokfunctie”, onderstreept Ingeborg Vriens. “Het gaat om jonge vrouwen die midden in het leven staan en door een moeilijke periode gaan. In eerste instantie is alles er natuurlijk op gericht om de borstkanker te behandelen en te overleven, maar we willen ook een toekomst bieden met een optimale kwaliteit van leven. Het vervullen van een kinderwens hoort daarbij. Het feit dat zowel verwijzers als onze specialisten nu met cijfers kunnen onderbouwen dat de kans dat je onvruchtbaar wordt van de behandeling laag is en dat zelfs een kwart van de vrouwen toch spontaan zwanger wordt, is positief. Een hoopvol bericht dat letterlijk en figuurlijk gericht is op leven na de rollercoaster waarin deze vrouwen zich tijdens hun behandeling bevinden.”

Het proefschrift ‘Optimal treatment of young breast cancer patients - Oncological and fertility aspects’ leest u via: www.globalacademicpress.com/ebooks/ingeborg_vriens/



PERSOONLIJK

Dr. Ingeborg Vriens is internist-oncoloog in het Maastricht UMC+, gespecialiseerd in de behandeling van vrouwen met borstkanker. Zij promoveerde 3 september j.l. op het proefschrift 'Optimal treatment of young breast cancer patients - Oncological and fertility aspects', dat hoopvol nieuws brengt voor jonge borstkankerpatiënten met een kinderwens.

Domeinoverstijgende Trend



Prof. dr. ir. Maria Jansen is programmaleider van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid GGD Zuid Limburg; het platform dat nauw samenwerkt met het regionale programma 'Trendbreuk'.

PERSONLIJK

Zuid-Limburg bungelt stevast onderaan alle lijstjes als het gaat om gezondheid en participatie. Zestien gemeenten, de provincie Limburg, GGD Zuid-Limburg en het Maastricht UMC+/Universiteit Maastricht bundelen hun krachten om deze trend te breken. De partners focussen op de ontwikkeling van het kind. De ambitie: vóór 2030 willen we een kwart van de achterstanden ten opzichte van de rest van Nederland inlopen.

Wieg Het opleidings- en inkomensniveau en de arbeidsparticipatie zijn in Zuid-Limburg lager. De levensverwachting is lager. Meer mensen hebben overgewicht. Meer kinderen groeien op in armoede en er zijn meer tienerzwangerschappen. Onderzoek onderstreept hierbij dat de achterstanden van generatie op generatie worden overgedragen. “Minister Hugo de Jonge maakte in 2019 bij de lancering van de Zuid-Limburgse coalitie die zich inzet om meer kinderen een kansrijke start te geven, terecht de opmerking dat de plek waar je wieg staat, bepalend is voor het verloop van je leven”, zegt prof. dr. ir. Maria Jansen; programmaleider van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid. “Zuid-Limburgse kinderen staan -voordat zij geboren zijn- al

achter op leeftijdsgenootjes elders in het land. Deze achterstand heeft gevolgen voor de mensen zelf, voor de economische ontwikkeling van de regio én voor het beroep dat hier wordt gedaan op zorg.”

Zuid springt Eruit Trendbreuk moet het tij keren. Maria Jansen: “De focus ligt op de jeugd, want te vaak zien we dat achterstanden ontstaan door vroeggeboorte, overgewicht op jonge leeftijd, onderwijsachterstanden of armoede. Door jongeren in de eerste twee decennia van hun leven te ondersteunen willen we de negatieve spiraal doorbreken. Nieuw is dat we hiervoor niet allerlei pilots bedenken; vanuit een brede coalitie van huisartsen, ver-

breuk moet het tij keren



PERSOONLIJK

Thomas Gelissen en Fion de Boer zijn als programmamanager en beleidsadviseur bij de GGD Zuid-Limburg volop bezig met de organisatie van Trendbreuk.

loskundigen, kraamhulpverleners, gynaecologen, kinderartsen, jeugdzorg, peuterspeelzalen, kinderopvang, onderwijs en gemeenten brengen we interventies samen waarvan we weten dat ze werken. Ik zie Trendbreuk dan ook niet als een project, het is een beweging waarmee we in een medisch-sociaal samenspel werken aan de maatschappelijke opgave die er voor Zuid-Limburg ligt. De koppeling tussen de domeinen is een succesfactor en een sterke verbetering op weg naar een sluitend programma voor alle fasen van kindertijd tot jongvolwassene. Het doel hebben we vastgelegd in de regionale gezondheidsnota 'Zuid springt Eruit': in 2030 moet Zuid-Limburg verdwenen zijn uit de onderste regio's van alle gezondheids- en participatieniveaus.

Cyclus Om elke leeftijdsgroep gericht te bereiken is de Trendbreuk-cyclus ontwikkeld. "Deze cyclus is opgedeeld in vijf logische fasen waarin de nieuwe generatie Zuid-Limburgers op-

groeit", vertelt Thomas Gelissen, programmamanager Trendbreuk bij de GGD Zuid Limburg. "In de eerste fase richten we ons op de eerste duizend dagen vanaf de conceptie. Daarop volgen programma's voor de peuterperiode, de 'gezonde' basisschool, het voortgezet onderwijs en de fase werk en ouderschap, waarin jongvolwassenen de stap zetten naar de arbeidsmarkt en zelf vaak ook opvoeder van een nieuwe generatie worden. Elke fase kent zijn eigen aanpak en netwerk. Bij Kansrijke Start versterken we bijvoorbeeld de netwerken van huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, welzijn, toegangsteams jeugd en kinderartsen van het Maastricht UMC+ en Zuyderland rond de zwangere en baby. Terwijl in een volgende fase het kind op school centraal staat. Samen bouwen we in deze dynamische keten aan een kansrijke toekomst voor volgende generaties."

[Lees verder op de volgende pagina >](#)

Big 2 “De noodzaak om zo vroeg mogelijk in te zetten staat onomstotelijk vast”, vervolgt Fion de Boer, strategisch beleidsadviseur bij de GGD Zuid Limburg. “Belangrijk onderzoek laat twee indicatoren zien, die al in de zwangerschap mogelijke fysieke en/of mentale achterstanden op latere leeftijd voorspellen: vroeggeboorte en een laag geboortegewicht. Deze ‘big 2’ komen in Zuid-Limburg bovengemiddeld vaak voor. De aanpak om deze cruciale trend te breken, is samen met onze netwerkpartners opgezet en wordt in heel Limburg op uniforme wijze uitgevoerd en verder ontwikkeld. Of je nu in Eijsden of in Landgraaf woont, overal zijn de interventies Nu Niet Zwanger (*artikel rechts*), VoorZorg en Stevig Ouderschap beschikbaar. Daarnaast werken we aan het versterken van de samenwerking tussen het medische en sociale domein in de eerste duizend dagen van het leven. Door intensiever samen te werken, kunnen we het verschil maken en meer kwetsbare gezinnen in deze belangrijke fase van hun leven extra ondersteunen.”

Gamechanger Een nieuwkomer in Zuid-Limburg is het programma *Centering Pregnancy*, dat in een andere vorm van verloskundige zorg voorziet. Fion de Boer: “In de ‘centering’-benadering worden de een-op-een consulten vervangen door groepsconsulten voor vrouwen, die allemaal rond dezelfde tijd zijn uitgerekend; alleen fysieke onderzoeken zijn individueel. De vrouwen vormen samen een netwerk waarin zij kennis en ervaringen delen. De verloskundige faciliteert en begeleidt het groepsproces en schakelt waar nodig expertise in die de groep verder helpt. Deze aanpak is bewezen effectief; overal in ons land waar dit programma draait is het een gamechanger die leidt tot betere zwangerschapsuitkomsten. Daarom is *Centering Pregnancy* ook voor onze regio van groot belang. Ik ben er trots op dat we gaan starten in Kerkrade en vanuit ons programma ondersteunen we graag volgende praktijken!”

Weeffouten “Bij de vormgeving van de keten voor 0 tot 20 jaar”, vervolgt Thomas Gelissen, “stuiten we ook op weeffouten in het systeem, die we vanuit de brede samenwerkingscoalitie willen en hopelijk ook kunnen oplossen. De basisverzekering vergoedt bijvoorbeeld geen anticonceptie voor 18+ maar wel abortus. En voor sommige kwetsbare gezinnen zou het wenselijk zijn als de kraamhulp langer in huis is dan de wettelijk afgebakende periode. Daarom zitten we regelmatig met onze coalitiepartners aan tafel om de voortgang te bespreken. De crux zit in de versterking van de samenwerking. Daarmee kunnen we veel bereiken.”

Meer informatie www.trendbreukzuidlimburg.nl.



Drs. Caroline Robertson is huisarts en kaderhuisarts uro-gynaecologie in Gezondheidscentrum Dr. Van Kleef in Maastricht.

Nu niet zwanger

“Als huisarts zien wij veel aanstaande moeders. Soms denk ik bij mezelf: is het wel zo verstandig dat deze vrouw op dit moment van haar leven een kindje krijgt. Er is bijvoorbeeld geen adequate huisvesting, er zijn financiële problemen, er is sprake van middelengebruik of een instabiele relatie. Op een ander moment spreek je kwetsbare tieners of jonge vrouwen die het krijgen van een ‘eigen’ kind zien als een moment waarop zij hun leven kunnen veranderen. Ze willen iets van zichzelf, ze gaan het anders doen dan hun ouders. Dan moet je proberen het gesprek aan te gaan en samen tot de conclusie komen dat het misschien nú nog niet het goede moment is.

‘Nu niet zwanger’ voorziet in een netwerk dat deze vrouwen bij de hand neemt en begeleidt in het maken van een bewuste keuze. In onze regio zijn vijf gespecialiseerde verpleegkundigen voor dit programma actief. Zij beschikken over de expertise, gesprekstechnieken én over tijd om te verkennen welke vragen, emoties, ideeën en drempels er bij de vrouw bestaan over anticonceptie, seksualiteit en hun kindwens. Je kunt naar het programma verwijzen als een kwetsbare vrouw of man een duidelijke kindwens heeft maar niet in staat is een kind een kansrijke start te geven. Door vóór de conceptie de juiste ondersteuning in te schakelen kunnen we onbedoelde zwangerschappen voorkomen en kwetsbare jongeren de regie op de loop van hun leven geven.”

Overleggen, verwijzen en/of samenwerken?

Neem contact op met het team Nu Niet Zwanger: Desi Hollman en Stephanie Jansen, NNZ-verpleegkundigen Centrum Seksuele Gezondheid 088 - 880 50 70 of NNZ@ggdzl.nl.



Drs. Birgit Levelink is kinderarts sociale pediatrie in het Maastricht UMC+ en voorzitter van het Risico Zwangeren Overleg Maastricht.



Drs. Michiel Bannier is kinderlongarts in het Maastricht UMC+.

Kansrijke Start

“Ik was direct enthousiast om deel te nemen aan de coalitie die werkt aan een kansrijke start voor kinderen in Zuid-Limburg. Mijn zorg richt zich op het snijvlak van het medische en psychosociale domein; ik kijk naar de invloed van het zieke kind op zijn of haar omgeving, andersom onderzoek ik of de omgeving invloed uitoefent op de gezondheid van het kind. In het Risico Zwangeren Overleg van het Maastricht UMC+ bespreken we regelmatig kwetsbare gezinnen die op meerdere domeinen problemen ervaren. Denk aan huisvestingsproblemen en schulden of middelenmisbruik tijdens de zwangerschap. Een coalitie biedt kansen om grenzen te doorbreken waar je als arts in je eentje vaak niet doorheen komt. Heel belangrijk, juist omdat de gezinnen die wij in het Maastricht UMC+ zien maar het puntje van de ijsberg zijn; dankzij de samenwerking kunnen we meer vrouwen bereiken. Door dat hulp- en zorgverleners elkaars taal leren spreken en beter samenwerken, kunnen we bovendien beter aansluiten op de behoeften van het gezin. Voor maatwerk wordt ook gekeken naar de veerkracht en de kracht van het eigen netwerk. De winst is dat we veel meer hulp op een laagdrempeliger niveau kunnen aanbieden. Programma's die al gestart zijn, zoals VoorZorg, laten dit effect ook in de praktijk zien. Een speciaal opgeleide VoorZorg-verpleegkundige, die thuis is in de jeugdgezondheidszorg, bekijkt waar de aankomende moeder behoefte aan heeft. Deze verpleegkundige gaat in de zwangerschap naast het gezin staan en blijft ook na de bevalling een tijdje in beeld. De winst van deze aanpak in het gezin is dat het kind opgroeit in een omgeving waarin het daadwerkelijk meer kansen krijgt en daardoor later minder complexe zorg nodig is.”

Rookvrije start

“Wetende hoe moeilijk het is om van het roken af te komen, willen we op weg naar een Rookvrije Generatie voorkomen dat kinderen gaan roken. Als eerste stap willen we vrouwen en hun partner – liefst voordat ze zwanger worden – van het roken afhelpen. Ik zie de gevolgen van roken in mijn praktijk. Naast de verhoogde risico's op een lager geboortegewicht, vroeggeboorte, doodgeboorte en wiegendood, zie ik kinderen met chronische hoestklachten en een verhoogd risico op astma, longontsteking en kno-infecties. Op de lange termijn is er een verhoogd risico op longziekten, verminderende longfunctie en hart- en vaatziekten op latere leeftijd. Niet alleen zelf roken, maar ook passief roken is schadelijk voor de baby. In een Amerikaans onderzoek werden bij couveusebaby's zelfs meerdere schadelijke afbraakproducten van tabak gevonden als gevolg van derdehands rook-blootstelling; stoffen die tijdens het roken neerdalen op huid, haren, kleding of de stof van je bankstel of auto. Door aanraking (zoals knuffelen) maar ook door inhalatie kunnen die stoffen bij de baby terecht komen. Stoppen dus! Aan verloskundigen, gynaecologen en verwijzers de oproep om bij elke vrouw met een kinderwens en elke zwangere – én partner – de juiste motivatie te vinden om te stoppen. Intensieve begeleiding (*bijvoorbeeld via TOP-Mama, zie pag 8, red.*) in combinatie met nicotine-ervangende middelen is het meest effectief om dit op een verantwoorde manier te doen en ook na de bevalling vol te houden.”

column

*Esther Schoffelen,
verloskundige bij
Verloskundige
Praktijk Schoffelen en
Van Vleuten*



Ontmoeting

Sinds 1995 werk ik met veel plezier als verloskundige in Maastricht en omstreken. De tijd is omgevlogen! Sinds een aantal jaren heeft zich ook de tweede generatie aangemeld. Moeders met hun dochters ontmoeten in je spreekkamer en herinneringen ophalen van meer dan 20 jaar geleden is mooi! Ook in winkelcentra zijn er genoeg kinderwagens, wandelende moeders met baby's in draagzakken, peuters, kleuters en dan moet je vooral snel kunnen schakelen. Vrouwen herkennen een aantal jaren na hun bevalling is soms best lastig, ze ondergaan metamorfoses, verven haren en hebben een nieuwe look. Allemaal zijn ze trots op hun kinderen en willen me even vertellen hoe het gaat. De reactie van hun kroost als ze zegt: 'kijk, die mevrouw heeft jou op de wereld gezet...!' is regelmatig anekdotisch te noemen. Sommigen kijken me van top tot teen aan, onderzoekend, en ik zie ze denken... die...?? Sommigen stellen vragen of dat wel echt waar is en zijn wantrouwend. Sommigen interesseert het (terecht) helemaal niets. Ik begrijp die kinderen erg goed. Wij (verloskundigen) begeleiden, coachen en sturen de vrouw de goede kant op tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed. Wij volgen vanaf de zijlijn hoe het gaat. Wij motiveren, adviseren en ondersteunen. Wij zetten geen baby's op de wereld.... DAT doet de vrouw helemaal ZELF! De kinderen die terughoudend reageren wisten dat al heel lang!



Maastricht UMC+