**Inleiden bij 41 of 42 weken?**

Een kwalitatief onderzoek naar de beweegredenen van professionals om

in te leiden bij 41 versus 42 weken ter voorkoming van perinatale sterfte

**Lisa A. Berghuis, Inge J.C. Brunenberg, Dionne J.M.G. Denessen, Lieke A.L. Dijstelbloem**

Academie Verloskunde Maastricht

**Samenvatting**

**Doel:** Het doel van deze studie was het onderzoeken van beweegredenen van professionals voor hun keuze om in te leiden bij 41 weken of 42 weken zwangerschapsduur ter voorkoming van perinatale sterfte door serotiniteit.

**Methode:**Voor het onderzoek werden professionals geïnterviewd door middel van één op één semigestructureerde interviews. Hieraan werkten twee verloskundigen, twee kinderartsen, drie gynaecologen en één klinisch werkende verloskundige mee. De onderzoeksgroep benaderde hiervoor tien ziekenhuizen en twee eerstelijns verloskundigenpraktijken voor deelname. De interviews werden uitgewerkt en geanalyseerd met behulp van NVivo.

**Bevindingen:** De professionals werkten volgens protocollen gebaseerd op de NVOG-richtlijn. Tevens speelde ervaring van de professional en de mening van de cliënt een belangrijke rol in het bepalen van beleid. Het merendeel van de professionals voerde een beleid om uiterlijk in te leiden bij 42 weken. De optie om in te leiden bij 41 weken was bespreekbaar. Alle professionals gaven aan een goede samenwerking belangrijk te vinden. Op dit moment was er wat betreft inleiden voor (dreigende) serotiniteit geen consensus in Nederland.

**Conclusie/ discussie:** De keuze om in te leiden bij 41 of 42 weken hangt af van verschillende factoren en niet slechts om de perinatale sterfte te verminderen. Er is meer discussie tussen de verschillende beroepsgroepen nodig om tot een mogelijke consensus te komen in Nederland.

**Inleiding**

In Nederland is de laatste tijd veel discussie over het hogere perinatale sterftecijfer in vergelijking tot andere Europese landen. Het perinatale sterftecijfer daalt wel, maar minder snel dan in de omliggende landen. Eén van de oorzaken die hiervoor wordt genoemd zou het te laat inleiden voor (dreigende) serotiniteit zijn. Het is een discussiepunt of er bij 41 of 42 weken amenorroeduur ingeleid moet worden voor (dreigende) serotiniteit. Serotiniteit wordt gedefinieerd als een zwangerschapsduur van ≥ 42 0/7 week ofwel 294 dagen gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie of bevestigd met behulp van een termijnecho (1). Inleiden is een interventie om de baring op te wekken, waarbij men gebruik maakt van prostaglandine en/of een amniotomie (eventueel gevolgd door bijstimulatie met oxytocine). Er zijn verschillende onderzoeken verricht om te kijken of inleiden bij 41 weken een positievere invloed heeft op neonatale– en maternale uitkomsten dan inleiden bij 42 weken.

Via Pubmed hebben de zoektermen ‘induction’ AND ‘labour’ AND ‘birth outcomes’ AND ‘women beyond term’ en de limits ‘published in the last ten years’, ‘English’ en ‘humans’ drie hits opgeleverd. Met beoordeling van titel en abstract is het artikel van Gülmezoglu et al., 2006 geselecteerd. Zij concludeerden in hun review, dat inleiden voor serotiniteit bij 41 weken was geassocieerd met een verhoogd risico op asfyxie (RR; 3,02 BI; 0,12- 73,52), dit was echter niet significant, en een significant lager risico op meconium-aspiratiesyndroom (RR; 0,29 BI; 0,12-0,68). Inleiden bij 41 weken had ten opzichte van inleiden bij 42 weken een significant lager perinataal sterftecijfer (RR; 0,20 BI; 0,06-0,69). Tevens bleek dat het risico op een sectio caesarea en vacuümextractie niet verhoogd was bij inleiden bij 41 weken

(RR; 0,92 en 1,12)(2).

Het volgende onderzoek is gevonden via Pubmed met de zoektermen ‘induce labour post term pregnancy’ en ‘full text’ en ‘published in the last ten years’ als limits. Dit heeft 17 hits opgeleverd. Het artikel van Fok et al., 2006 is na beoordeling van de titel en abstract geselecteerd. Zij concludeerden in hun cohortonderzoek (N=5892) uitgevoerd in Hong Kong, dat er geen significant verschil was in perinatale sterfte tussen inleiden bij 41 weken en 42 weken. Verder had inleiden bij 41 weken wel een langere duur van de bevalling tot gevolg (OR; 1,3 P<0,001). Andere significante verschillen in zwangerschaps- en neonatale uitkomsten werden niet gevonden (3).

Voor de selectie van het volgende artikel in Pubmed zijn de zoektermen ‘induction labor versus expectant management’ AND ‘post term pregnancy’ en de limits ‘humans’, ‘full text’ en ‘published in the last three years’ gebruikt. Dit heeft drie hits opgeleverd. Na beoordeling van de titel en het abstract is het artikel van Wennerholm et al., 2009 geselecteerd. Zij concludeerden in een meta-analyse dat er geen significant verschil was in perinatale sterfte tussen inleiden bij 41 weken versus 42 weken amenorroeduur (RR; 0,33 BI; 0,10-1,09). Bij inleiden bij 41 weken kwam het meconium- aspiratiesyndroom significant minder voor (RR; 0,43 BI; 0,23-0,79) en er werd bij de groep die bij 41 weken werd ingeleid, een lager geboortegewicht gezien. Verder hadden vrouwen in deze groep minder kans op sectiones caesarea (RR; 0,87 BI 0,80-0,96), omdat dit een onverwachte uitkomst was hebben de auteurs een extra analyse gedaan. Na deze extra analyse werd er geen significant verschil gevonden in sectiones caesarea. De groep vrouwen die bij 41 weken werd ingeleid had een kleinere kans op andere maternale complicaties. Er werd geen significant verschil gevonden voor asfyxie tussen beide groepen (4).

Het volgende artikel is gevonden via Pubmed met de zoektermen ‘induction’ AND ‘postterm’ AND ‘pregnancies’. Hierbij zijn de limits ‘published in the last three years’ ‘human’ en ‘full text’ ingesteld. Na beoordeling van de titel en het abstract is het artikel van Hermus et al., 2009 geselecteerd. Zij voerden een retrospectief cohortonderzoek (N=674) in Nederland uit. In eerdere onderzoeken werd gesuggereerd dat inleiden van de baring bij 42 weken gepaard ging met een hoger aantal sectiones caesarea en kunstverlossingen, maar dit bleek uit gegevens van dit onderzoek geen significant verschil te zijn (RR; 0,9 BI 0,6-1,4). Wel bleek meconiumhoudend vruchtwater vaker voor te komen (RR; 1,8 BI; 1,4-2,3). Ook bleek dat het aantal gevallen van schouderdystocie (RR; 4,3 BI; 1,3-15) hoger was in de groep die werd ingeleid bij 42 weken amenorroeduur. Het verschil in aantal gevallen van een fluxus (RR; 1,44 BI; 0,86-2,39) en manuele placentaverwijdering (RR; 1,57 BI; 0,62-4,01) was niet significant. Verder was er in de groep die werd ingeleid bij 41 weken meer vraag naar pijnstilling (RR 0,31 BI; 0,22-0,45)(5).

Het doel van deze studie is het onderzoeken van beweegredenen van professionals voor hun keuze om in te leiden bij 41 of 42 weken zwangerschapsduur. De vraagstelling hierbij is: Wat zijn de beweegredenen van gynaecologen, kinderartsen en verloskundigen om in te leiden bij 41 of 42 weken amenorroeduur ter voorkoming van perinatale sterfte door serotiniteit?

**Methode**

Studiedesign

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een kwalitatief design. De onderzoekers waren op zoek naar meningen en ervaringen van verschillende professionals over het beleid van inleiden voor (dreigende)serotiniteit. Om deze beweegredenen te achterhalen werd gebruik gemaakt van één op één semigestructureerde interviews. Voor de verschillende disciplines werden aangepaste vragenlijsten gemaakt, afgestemd op de professional. Bij de gynaecologen werd bijvoorbeeld gevraagd welke disciplines hadden bijgedragen aan de ontwikkeling van het protocol en waarom voor deze disciplines gekozen was. Bij de kinderartsen en verloskundigen werd alleen maar gevraagd óf ze hadden bijgedragen aan de ontwikkeling van protocollen. Het afnemen van een interview werd geoefend door middel van een pilot met een eerstelijns verloskundige.

Participanten

Dit onderzoek werd uitgevoerd in Nederland vanaf september 2010 tot en met maart 2011.Voor dit onderzoek werden drie gynaecologen, twee kinderartsen, twee eerstelijns verloskundigen en een klinisch werkende verloskundige geïncludeerd. Hiervoor werd gekozen omdat met dit aantal professionals uit de vier verschillende beroepsgroepen verwacht werd dat de diverse ideeën over inleiden goed vertegenwoordigd zouden zijn. Inclusiecriteria voor het onderzoek waren: professionals die werkzaam zijn in Nederland en die regelmatig patiëntencontact hebben. Geëxcludeerd werden gynaecologen die geen obstetrische functie meer hebben. Om een gevarieerde onderzoeksgroep te krijgen werden professionals verspreid over heel Nederland benaderd uit academische -en perifere ziekenhuizen. Nadat de professionals (gynaecologen en kinderartsen) geselecteerd waren, werden zij telefonisch benaderd via hun secretaresse en werd via de e-mail om medewerking gevraagd. In de e-mail werd behalve om medewerking ook om een voorstel voor een datum, tijdstip en plaats voor het interview gevraagd. Er werd gewacht op respons. De verloskundigen werden telefonisch door de onderzoeksgroep benaderd. De twee verloskundigen werden benaderd in Eindhoven en Horst– en Maasdorpen, zij verleenden beiden medewerking. Twee kinderartsen uit Heerlen (Atrium ziekenhuis) en Nijmegen (UMC St. Radboud) werden uitgenodigd en namen deel aan het onderzoek. Gynaecologen van tien ziekenhuizen werden benaderd voor deelname. Drie gynaecologen reageerden binnen het tijdspad voor de interviews en namen deel (UMC St. Radboud Nijmegen, SJG Weert, Atrium Heerlen). Twee gynaecologen reageerden positief, maar helaas buiten het tijdspad en de overige vijf gynaecologen zagen af van deelname. Tijdgebrek was bij twee gynaecologen de reden en de overige drie gynaecologen reageerden niet op de e-mail. De klinisch werkende verloskundige uit het St. Anna ziekenhuis te Geldrop werd benaderd omdat verwacht werd dat haar mening een meerwaarde zou hebben voor het onderzoek. Ook zij verleende haar medewerking. De interviews werden telkens met twee onderzoekers afgenomen op de werkplek van de professionals.

Variabelen

De afhankelijke variabele in dit onderzoek was het beleid om in te leiden voor (dreigende) serotiniteit. De onafhankelijke variabelen waren ervaringen van professionals, wensen van cliënten, beschikbare kennis uit literatuur, economische redenen, medische redenen, en de visie van professionals. Bij dit alles waren de onderzoekers vooral benieuwd of de factor perinatale sterfte van invloed was op deze variabelen.

Dataverzameling en analyse

De gegevens werden verzameld door middel van interviews. De interviews waren semigestructureerd en de tijd die hiervoor stond was 20 minuten. De gegevens die door middel van de interviews verzameld werden, werden geanalyseerd met behulp van NVivo.

**Bevindingen**

Protocol

De gynaecologen en verloskundigen gaven aan dat er een protocol ‘inleiden met betrekking tot (dreigende) serotiniteit’ was. Deze werd gehanteerd door de professionals in het ziekenhuis en door de professionals behorende bij een verloskundig samenwerkingsverband (VSV). De kinderartsen gaven aan niet op de hoogte te zijn van een protocol. De details van het beleid verschilden per ziekenhuis of regio. Het meest voorkomend was een beleid waarbij vanaf 42 weken werd ingeleid, maar waarbij inleiden vanaf 41 weken bespreekbaar was. Gemiddeld werd de cliënt door de eerste lijn ingestuurd bij 41+3 weken, maar dit was per regio verschillend. Vanaf deze termijn werden regelmatig echo’s en cardiotocografieën (CTG) uitgevoerd. Het verschilde per protocol hoe vaak dit gedaan werd. Wanneer echo en CTG goed waren, mocht tot 42 weken afgewacht worden.

De tweede lijn counselde de cliënten steeds meer voor de mogelijkheid om in te leiden vanaf 41 weken. Cijfers hierover werden in de interviews niet genoemd. De klinisch werkende verloskundige gaf aan dat in haar ziekenhuis niet actief gecounseld werd om in te leiden bij 41 weken, maar af te wachten tot 42 weken mits medisch verantwoord. Verloskundigen benadrukten in hun counseling dat inleiden medisch niet noodzakelijk was. De vraag om eerder ingeleid te worden kwam ook steeds vaker vanuit de cliënten zelf. Hierbij werden geen aantallen genoemd.

Het merendeel van de gynaecologen gaf aan dat het protocol in hun ziekenhuis is gebaseerd op de nieuwe versie van de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze was nog in concept en zou in de loop van 2011 uitgegeven worden. Verder handelden de gynaecologen grotendeels uit ervaring omdat er volgens hen niet genoeg overtuigende evidence is. Tevens speelde de mening van de cliënt een belangrijke rol.

*“Als mensen de wens hebben om in te leiden na 41 weken, gaat men erin mee.”*

Een gynaecoloog

Samenwerking

Uit de interviews kwam naar voren dat het protocol ofwel werd opgesteld door de gynaecologen en medegedeeld aan de verloskundigen ofwel in het VSV-overleg werd opgesteld. Beide kinderartsen zeiden geen inspraak gehad te hebben in het protocol en zagen dit als iets wat door de gynaecoloog werd opgesteld.

Zowel de gynaecologen als de verloskundigen vonden het belangrijk om goed samen te werken met de andere disciplines, dit werd voornamelijk gedaan in het VSV.

In een aantal regio’s waren onderlinge afspraken gemaakt. Zo kon er bijvoorbeeld in goed overleg met de tweede lijn en bij een gunstig toucher in de thuissituatie een amniotomie gedaan worden. Hierdoor werd vaak gezien dat een tweedelijns interventie bespaard kon blijven. Veel professionals keken positief tegen deze handeling aan mits dit in goed overleg gebeurd was.

*“Omdat je met een VSV te maken hebt kun je zelf wel ideeën hebben…maar tenslotte komen mensen toch in een ziekenhuis terecht, dan moet je wel goed op één lijn zitten”*

Een eerstelijns verloskundige

Mening professionals over het beleid

De meningen van de professionals over het beleid van inleiden voor (dreigende) serotiniteit verschilden. De gynaecologen hadden met name een voorkeur voor inleiden bij 41 weken. Verloskundigen gaven aan, bij fysiologie, tot 42 weken af te willen wachten. Het grootste deel van de gynaecologen zei dat hun mening niet op cijfers gebaseerd was maar op gevoel en/of ervaringen. Economische factoren die mee zouden kunnen spelen bij het bepalen van een beleid werden in geen van de interviews genoemd. Wel werd genoemd dat de patiënt centraal moest staan. Verder werd er zowel door de verloskundigen als de gynaecologen gezegd dat, als er overtuigende evidence geleverd werd, dit ook gevolgd zou worden. Kinderartsen gaven aan dat zij er pas bij gehaald werden als er problemen ontstonden. Zij waren zich er van bewust bevooroordeeld te zijn, maar vroegen zich op zo’n moment af waarom er op problemen gewacht werd, terwijl ze mogelijk te voorkomen waren door eerder in te leiden.

*“…maar goed, dat is meer een gevoel dan dat dit op cijfers gebaseerd is..”*

Een gynaecoloog

*“Kom met de goede evidence, en ik volg.”*

Een eerstelijns verloskundige

Neonatale en maternale uitkomsten

Op de vraag wat professionals wisten over neonatale uitkomsten werd het volgende gezegd. Wat betreft neonatale uitkomsten werd bij 42 weken vooral het meconium aspiratie syndroom (MAS) genoemd en daardoor dus meer opnames op de afdeling neonatologie. Ook werd gesproken over dysmaturiteit en een tekortschietende placentafunctie waardoor neonaten minder reserves hadden bij 42 weken. Hierdoor zou eerder asfyxie en intra-uteriene vruchtdood (IUVD) kunnen optreden. Hoewel één neonatoloog twijfels had over de voorspellende waarde van de foetale bewakingsmogelijkheden, zoals echoscopie en CTG, waren anderen van mening dat deze detectiemethoden een goed beeld gaven van de foetale conditie. Op de vraag welke daadwerkelijke verschillen in complicaties de verloskundigen en gynaecologen zelf zagen tussen inleiden bij 41 of 42 weken, antwoordden de meesten dat ze weinig verschil opmerkten. Wat betreft neonatale complicaties werd nauwelijks verschil gezien. Één gynaecoloog zag wel degelijk verschil tussen neonaten bij 41 en 42 weken. Hij zag de pathologie bij neonaten veel minder wanneer er werd ingeleid bij 41 weken. Het merendeel van de professionals gaf dus aan wel op de hoogte te zijn van de mogelijke neonatale complicaties die beschreven waren in de literatuur maar dit zelf niet te ervaren in de praktijk. Wat betreft de maternale uitkomsten van inleiden bij 41 weken of 42 weken waren alle disciplines het erover eens dat inleiden bij 41 weken tot meer kunstverlossingen en sectiones caesarea leidde. Dit zou worden veroorzaakt door in te leiden bij een onrijpe portio, wat vaker bij 41 weken dan bij 42 weken voorkwam. Dit werd door één professional tegengesproken. Een tweedelijns verloskundige lichtte nog toe dat een baring regelmatig moeizamer verliep bij 42 weken. Dit verklaarde zij doordat vrouwen vaak psychisch belast waren doordat de vrouwen ‘zo lang’ op de baring hadden moeten wachten. Eerstelijnsverloskundigen deelden deze mening niet.

Invloed perinatale sterfte

Enkele professionals hadden ervaring met perinatale sterfte in de 42e week en waren daarom geneigd om voor de 42 weken in te leiden. Anderen waren van mening dat bij goede, regelmatige controle de sterfte te voorkomen was en dus tot 42 weken gewacht kon worden. Uit de verschillende meningen was te concluderen dat de keuze om in te leiden bij 41 weken met meerdere factoren samenhing, de perinatale sterfte werd daarin meegenomen maar was niet de bepalende factor.

*“Te vroeg en te laat is allebei niet goed...!”*

Een kinderarts

Consensus in Nederland

Bij iedereen kwam naar voren dat goed overleg, gezamenlijke en eenduidige afspraken en beleid en een eenduidige counseling door de eerste en tweede lijn, van essentieel belang waren bij het bereiken van consensus in Nederland. Zowel gynaecologen als verloskundigen waren er van overtuigd dat er eerst nog evidence moest volgen, wilden alle partijen tot een gezamenlijk, gepast beleid komen. Sommige professionals verwachtten dat er in Nederland een consensus bereikt zou worden om in te leiden bij 41 weken.

*“Eén richtlijn voor heel Nederland, dat zou mijn ideaal zijn…”*

Een eerstelijns verloskundige

**Discussie**

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er verschillen zijn in beleid om in te leiden voor (dreigende) serotiniteit. Bij het merendeel van de professionals is het beleid uiterlijk inleiden bij 42 weken, mits de foetale conditie het toelaat, maar is het bespreekbaar om in te leiden vanaf 41 weken. Dit beleid is gebaseerd op advies van de NVOG en ervaring en/of gevoel van de professionals zelf. De meeste professionals verwachten consensus rondom het beleid in Nederland te krijgen om in te leiden vanaf 41 weken. Uit de verschillende meningen is te concluderen dat de keuze om in te leiden bij 41 weken met meerdere factoren samenhangt, de perinatale sterfte wordt daarin meegenomen maar is niet de bepalende en/of enige factor.

In dit onderzoek kan mogelijk selectiebias zijn opgetreden, namelijk omdat het onderzoek slechts is uitgevoerd in het zuiden van het land en omdat niet alle benaderde gynaecologen medewerking hebben verleend. Het onderzoek is alleen uitgevoerd in het zuiden van het land (Gelderland, Noord-Brabant en Limburg) omdat deze plaatsen voor de onderzoeksgroep makkelijk bereikbaar waren. Er zijn wel professionals in andere gebieden dan het zuiden benaderd, maar door hen is geen medewerking verleend of afspraken met hen pasten niet in de tijdsplanning. Verder kan het feit dat niet alle benaderde gynaecologen medewerking hebben verleend mogelijk liggen aan de mening van de gynaecoloog of deze wel of niet bereid is mee te werken aan dit onderzoek. Deze wijze van selectiebias kan de resultaten mogelijk beïnvloed hebben. Het interview is steeds uitgevoerd door twee onderzoekers. Een aantal keer veranderde de samenstelling van het duo. Hiervoor is gekozen omdat de onderzoekers na twee interviews concludeerden dat er per duo op andere vragen de nadruk lag. Door een aantal keer te veranderen van samenstelling werd op alle aspecten even veel doorgevraagd. Dit heeft de kans op informatiebias aanzienlijk verlaagd. Ook is het ontstaan van informatiebias mogelijk voorkomen door voorafgaand aan het interview wel het onderwerp van het gesprek bekend te maken, maar verder geen informatie te verstrekken over de inhoud van het onderzoek en het verdere doel van het interview. De geïnterviewde professionals hebben zich hierdoor niet voor kunnen bereiden op het interview. Door de tijdslimiet van acht weken is het niet mogelijk geweest om meer dan acht professionals te interviewen. De onderzoeksgroep verwacht met dit aantal wel dat diverse ideeën over inleiden voor (dreigende) serotiniteit vertegenwoordigd worden. Door deze toch relatief kleine omvang is de power van dit onderzoek echter niet groot genoeg om de conclusie te generaliseren naar de gehele Nederlandse populatie.

Uit de literatuur komen tegenstrijdige resultaten naar voren wat betreft de resultaten voor perinatale sterfte bij 42 weken inleiden, vergeleken met 41 weken. Hier is dus geen eenduidige conclusie uit te trekken. Wel is uit alle literatuur gebleken dat inleiden bij 41 weken de perinatale complicaties niet doet verhogen, maar eerder zal verlagen. Ook in de interviews zijn verschillende meningen te horen. Het grootste deel van de professionals zegt voornamelijk te handelen op gevoel en/of ervaring en minder op basis van evidence. Veel professionals geven aan de cijfers helemaal niet te kennen. Het merendeel geeft aan een voorkeur te hebben om in te leiden vanaf 41 weken. Zij zien echter zelf meestal geen verschil bij neonaten ingeleid na 41 of 42 weken, dus mogelijk spelen hier andere belangen mee. De meeste gynaecologen die een voorkeur hebben om bij 41 weken in te leiden baseren hun beleid op de volgens hen aangepaste richtlijn van de NVOG. De onderzoeksgroep heeft de NVOG benaderd en de richtlijn blijkt nog in concept te zijn. De onderzoeksgroep heeft deze niet in kunnen zien. De vraag hierbij blijft waarop de overwegingen voor de nieuwe richtlijn gebaseerd zijn en in hoeverre de factor perinatale mortaliteit (en morbiditeit) hieraan heeft bijgedragen. Ook worden er in de resultaten uit de literatuursearch complicaties als fluxus, schouderdystocie en manuele placentaverwijdering genoemd, maar deze worden door geen van de geïnterviewde professionals als uitkomsten genoemd. Verder lijkt de counseling wat betreft inleiden erg te verschillen tussen zowel de professionals onderling als de verschillende beroepsgroepen. De verloskundigen geven aan in hun counseling vooral de fysiologie te betrekken, terwijl de gynaecologen hierbij meer de pathologie betrekken. Verder zullen er volgens de onderzoeksgroep dus ook andere belangen mee kunnen spelen die het beleid en dus ook de counseling beïnvloeden. Voor de cliënten zou het van belang zijn als er een betere samenwerking en een eenduidig beleid is en dus ook de counseling in de eerste- en tweedelijn op elkaar is afgestemd. De onderzoeksgroep vraagt zich af of participatie van kinderartsen bij de bepaling van het protocol geen meerwaarde zal hebben en het beleid zal beïnvloeden.

**Conclusie**

Uit dit onderzoek kan met betrekking tot de onderzoeksvraag: ‘Wat zijn de beweegredenen van gynaecologen, kinderartsen en verloskundigen om in te leiden bij 41 of 42 weken amenorroeduur ter voorkoming van perinatale sterfte door serotiniteit?’ geconcludeerd worden dat de keuze om in te leiden bij 41 of 42 weken afhangt van verschillende factoren en niet slechts om de perinatale sterfte te verminderen. Er zijn verschillen in beleid, bijvoorbeeld verschillende momenten van inleiden voor (dreigende) serotiniteit. Ook wordt er op verschillende manieren gecounseld. Er zijn wel protocollen maar omdat er onvoldoende evidence is, baseren de professionals hun handelen nu veelal op basis van ervaringen en gevoel. Ook speelt de NVOG-richtlijn bij de beleidsbepaling een rol. Het merendeel van de professionals voert een beleid om uiterlijk in te leiden bij 42 0/7 weken. De optie om in te leiden bij 41 weken is bespreekbaar. De meeste professionals verwachten consensus in Nederland te krijgen om in te leiden bij 41 weken.

**Aanbevelingen**

* Volgens de mening van de professionals heeft het voordelen als er een landelijke consensus zal komen, waarbij de verschillende beroepsgroepen een eenduidig beleid voeren met eenduidige counseling. Om dit te bereiken is er overleg tussen de verschillende beroepsgroepen en professionals nodig.
* Omdat er weinig overtuigende evidence is met betrekking tot dit onderwerp is er ons inziens meer onderzoek nodig.

**Referenties**

1. Van der Post JAM. Serotiniteit. NVOG richtlijn. Utrecht: NVOG; 2007.
2. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD004945. Review.
3. Fok WY, Chan LY, Tsui MH, Leung TN, Lau TK, Chung TK. [When to induce labor for post-term? A study of induction at 41 weeks versus 42 weeks.](https://webmail.maastrichtuniversity.nl/owa/redir.aspx?C=86d8b71c3596455db71faef05c1901c6&URL=http%3a%2f%2fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2fpubmed%2f16139416) Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Apr 1;125(2):206-10. Epub 2005 Aug 31.
4. [Wennerholm UB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.ub.unimaas.nl/pubmed?term=%22Wennerholm%20UB%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract), [Hagberg H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.ub.unimaas.nl/pubmed?term=%22Hagberg%20H%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract), [Brorsson B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.ub.unimaas.nl/pubmed?term=%22Brorsson%20B%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract), [Bergh C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.ub.unimaas.nl/pubmed?term=%22Bergh%20C%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstract). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? [Acta Obstet Gynecol Scand.](javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Acta%20Obstet%20Gynecol%20Scand.');) 2009; 88(1): 6-17.

5. [Hermus](http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.unimaas.nl/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W6R-4X3X83B-9&_user=499911&_coverDate=10%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000024558&_version=1&_urlVersion=0&_userid=499911&md5=3ddc3a4f91d386b31b206b927c56371e#vt1#vt1) MA, [Verhoeven](http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.unimaas.nl/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W6R-4X3X83B-9&_user=499911&_coverDate=10%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000024558&_version=1&_urlVersion=0&_userid=499911&md5=3ddc3a4f91d386b31b206b927c56371e#vt2#vt2) CJM, [Mol](http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.unimaas.nl/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W6R-4X3X83B-9&_user=499911&_coverDate=10%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000024558&_version=1&_urlVersion=0&_userid=499911&md5=3ddc3a4f91d386b31b206b927c56371e#vt3#vt3) BW, [de Wolf](http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.unimaas.nl/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W6R-4X3X83B-9&_user=499911&_coverDate=10%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000024558&_version=1&_urlVersion=0&_userid=499911&md5=3ddc3a4f91d386b31b206b927c56371e#vt4#vt4) GS, [Fiedeldeij](http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.unimaas.nl/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W6R-4X3X83B-9&_user=499911&_coverDate=10%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000024558&_version=1&_urlVersion=0&_userid=499911&md5=3ddc3a4f91d386b31b206b927c56371e#vt5#vt5) CA. Comparison of Induction of Labour and Expectant Management in Postterm Pregnancy: A Matched Cohort Study. J Midwifery Womens Health. 2009; 54(5): 351-6.