

# Leidraad counseling zwangeren $\geq 40$ jaar op basis van informed choice

(7 november 2018)

In Nederland bestaat er (nog) geen landelijke richtlijn ten aanzien van het inleiden op basis van maternale leeftijd. In verband met het groeiend aantal zwangeren van  $\geq 40$  jaar en resultaten van een uitgebreide literatuursearch, is de werkgroep van mening dat deze groep zwangeren recht heeft op onderstaande informatie.

Alle zwangeren in zowel de 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn met een leeftijd  $\geq 40$  jaar dienen in hun zwangerschap en bij voorkeur vóór een amenorroeduur van 37 weken geïnformeerd te worden over het verhoogde risico op een IUVD vanaf een amenorroeduur van 40 weken ten opzichte van zwangeren  $< 35$  jaar. Er is een verschil in risico voor de groep gezonde zwangeren (low-risk) en de groep zwangeren met één of meerdere risicofactoren zoals diabetes (gravidarum), hypertensieve aandoeningen, hart- of longziekten, obesitas, zwangerschapscomplicaties et cetera (medium- en high-risk). De groep zwangeren ( $\geq 40$  jaar) heeft na de ontvangen informatie en een counselinggesprek de keuze voor een electieve inleiding vanaf een amenorroeduur van 39 weken.

## KERNPUNTEN MET BETREKKING TOT ZWANGEREN $\geq 40$ jaar

- Intra uteriene vruchtdood (IUVD) is zeldzaam, namelijk 4.8:1000
- Alle zwangeren hebben rond 39 weken een (licht) verhoogde kans op een IUVD; voor zowel primiparae als multiparae is er sprake van eenzelfde trend in alle leeftijdsgroepen. In de groep zwangeren  $< 35$  jaar daalt dit risico weer na 40 weken amenorroeduur; bij de zwangeren  $\geq 40$  jaar stijgt dit risico door, maar blijft **zeldzaam**
- Primiparae  $\geq 40$  jaar hebben een groter risico op een IUVD dan multiparae  $\geq 40$  jaar (8,65 ‰ vs 3,29 ‰)
- Multiparae  $\geq 40$  jaar hebben een lager risico op een IUVD dan primiparae  $< 35$  jaar (3.29‰ vs 3.79‰)
- Om de kans op een IUVD te verlagen heeft een zwangere  $\geq 40$  jaar een keuze om ingeleid te worden op basis van haar leeftijd vanaf 39 weken amenorroeduur
- Inleiden zorgt niet voor meer sectio's of vaginale kunstverlossingen en heeft geen nadelige korte termijn effecten voor moeder en kind
- Omdat een IUVD zelden voorkomt, dient er een groot aantal zwangeren  $\geq 40$  jaar ingeleid te worden om één IUVD in deze groep te voorkomen (NNT 550)

## CONCLUSIE VAN DE WERKGROEP

De maternale leeftijd stijgt in de Westerse wereld. Een leeftijd van  $\geq 40$  jaar is een onafhankelijke risicofactor voor ongunstige maternale en perinatale uitkomsten.

Een intra uteriene vruchtdood (IUVD) is zeldzaam. Gezonde zwangeren van alle leeftijdscategorieën hebben gedurende de gehele zwangerschap een lager risico op een IUVD dan vrouwen met gezondheidsrisico's. Rond 40 weken stijgt het risico op een IUVD bij alle zwangeren maar bij de zwangeren  $\geq 40$  jaar (met- en zonder gezondheidsrisico's) stijgt dit substantieel. Vanuit de literatuur is deze stijging het grootst bij de nulliparae. Inleiden van deze groep zwangeren  $\geq 40$  jaar leidt niet tot meer sectio's en heeft geen nadelige effecten voor moeder en kind op de korte termijn. Omdat een IUVD zelden voorkomt, dient er een groot aantal zwangeren ingeleid te worden om één IUVD te voorkomen (NNT 550). Omdat een IUVD veelal een acuut incident is, biedt CTG controles voor de zwangeren, die niet kiezen voor een inleiding, geen meerwaarde.

## ACHTERGRONDINFORMATIE

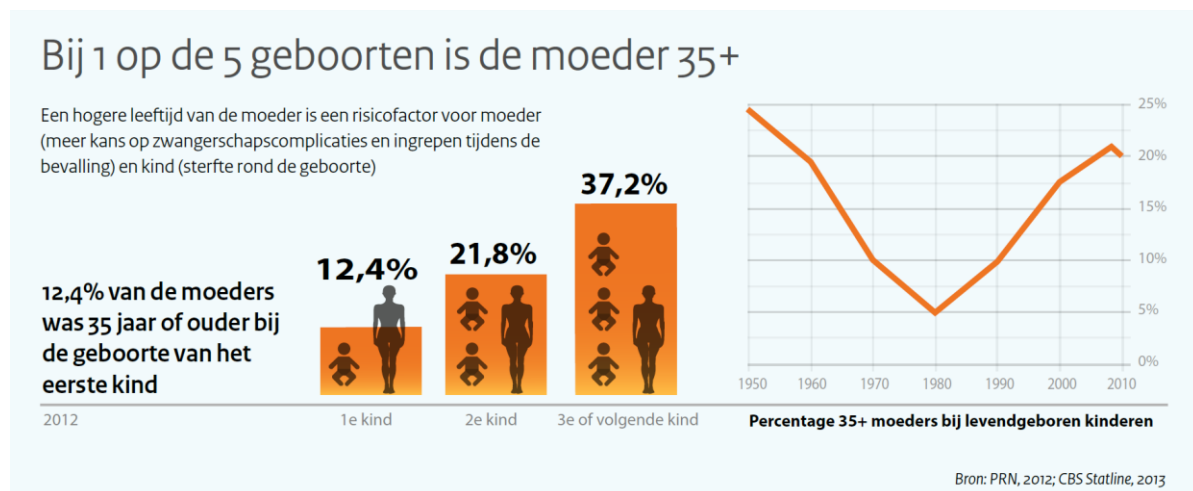
### Definities

Advanced maternal age (AMA) wordt in de literatuur wisselend gedefinieerd als zwangeren  $\geq 35$  jaar en soms als  $\geq 40$  jaar. In deze werkafspraken worden de termen zwangeren '35 jaar en ouder' en zwangeren '40 jaar en ouder' gebruikt.

### Aantal zwangeren '35 jaar en ouder'

Vanaf de jaren zeventig is er een aanhoudende stijging van het aantal zwangeren van '35 jaar en ouder'. In 2012 was 12,4% van de moeders  $\geq 35$  jaar bij de geboorte van het eerste kind (figuur 1), in 2016 was 6% van de zwangeren  $\geq 40$  jaar. Deze trend is vergelijkbaar voor alle Westerse landen.

**Figuur 1: PRN data 2012; CBS statistieken 2013; <https://www.cbs.nl/nl>**



### Maternale leeftijd als onafhankelijke risicofactor

Een aantal observationele studies beschrijft de relatie van obstetrische complicaties met slechtere uitkomsten voor moeder en kind bij zwangeren van '35 jaar en ouder'. Zwangeren  $\geq 35$  jaar hebben een verhoogd risico op diabetes, placenta praevia, stuitligging, SGA, LGA, prematuriteit, serotiniteit, neonatale mortaliteit, fluxus post partum, sectio en IUVD.

De risicofactoren zijn onafhankelijk voor leeftijd wanneer er gecorrigeerd wordt voor comorbiditeit (hypertensie, obesitas, diabetes) en basiskarakteristieken (ras, etniciteit en SES).

### Maternale leeftijd als risico op IUVD

Het absoluut risico is het aantal IUVD's per 1000 vrouwen. Omdat de incidentie van sterfte meestal laag is, wordt de uitkomst altijd weergegeven als 1:1000 (‰). Uit onderzoek blijkt dat het absolute risico op een IUVD stijgt per leeftijdsgroep, waarbij de groep zwangeren  $< 35$  jaar als referentiegroep wordt aangehouden.

### Oorzaak risico op een IUVD bij het stijgen van de maternale leeftijd?

Een oorzakelijk verband waarom het risico op een IUVD stijgt bij het toenemen van de maternale leeftijd, is er nog niet. Een gesuggereerde theorie is een groter risico is op uteroplacentaire insufficiëntie door verouderde bloedvaten in de baarmoeder (Huang et al. 2008).

## UITKOMSTEN LITERATUURSEARCH (bestaande uit 2 onderdelen: A en B)

### A. Wat is het risico op een IUVD bij verhoogde maternale leeftijd?

#### Reddy et al 2006

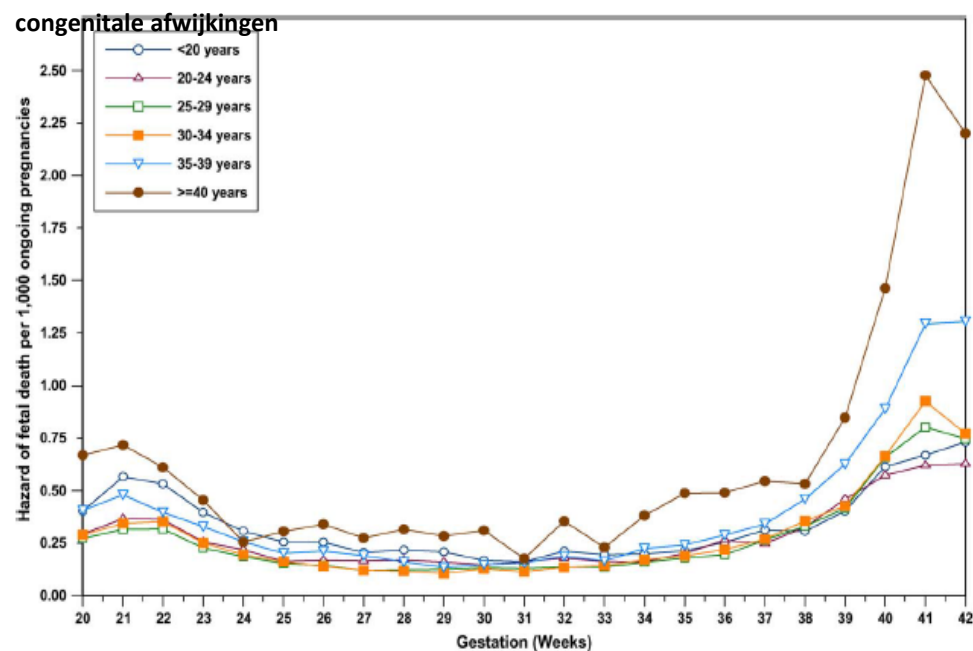
*Methoden:* retrospectieve cohort studie naar data van 5.458.735 vrouwen met een eenling zwangerschap zonder congenitale afwijkingen van 2001 en 2002 uit het U.S. National Birth Certificate.

1. Zij onderzoeken het aantal IUVD's per amenorroeduur (AD) versus het aantal doorgaande zwangerschappen per amenorroeduur in iedere leeftijdsgroep voor de totale populatie.
2. Er werd een subgroepanalyse gedaan naar primiparae versus multiparae.
3. Er werd een subgroepanalyse gedaan naar gezonde zwangeren (zonder diabetes, hypertensie, pre-eclampsie, nier-, hart- of longaandoeningen) versus het totaal aantal zwangeren .

#### Resultaten:

1. De groep zwangeren van  $\geq 40$  jaar heeft bij iedere amenorroeduur een hogere kans op een IUVD t.o.v. de groep zwangeren  $< 35$  jaar. De groep van  $\geq 40$  jaar heeft bijvoorbeeld bij AD 39 weken een gelijke kans op IUVD als de groep van 30-34 jaar bij AD 41 weken (figuur 2).

**Figuur 2: Betreft zowel gezonde vrouwen zonder congenitale afwijkingen als vrouwen met gezondheidsrisico's zonder**



**Figure** Hazard (risk) of stillbirth for singleton births without congenital anomalies by gestational age, 2001-2002.

2. Bij de subgroepanalyse naar pariteit is er sprake van eenzelfde trend in alle leeftijdsgroepen: bij zowel primiparae als multiparae wordt een stijging van het risico op een IUVD waargenomen in de groep 35-39 jaar en  $\geq 40$  jaar. Echter, het absolute risico op een IUVD is bij multiparae in alle leeftijdsgroepen kleiner dan bij primiparae. Daarnaast is het goed om te realiseren dat multiparae  $\geq 40$  jaar een risico hebben op een IUVD dat lager is dan het risico van een primipara  $< 35$  jaar (3.29‰ versus 8.65‰) (figuur 3).

Figuur 3: Totaal aantal IUVD's per 1000 doorgaande zwangerschappen

Age groups	Women giving birth for the first time	Women who have given birth before
Under the age of 35	3.72	1.29
Between 35-39	6.41	1.99
40 years and older	8.65	3.29

3. Gezonde zwangeren hebben een lager risico op een IUVD, maar het leeftijdseffect blijft onveranderd. Met andere woorden: gezond zijn verlaagt het risico op een IUVD, maar het risico op een IUVD bij een gezonde zwangere  $\geq 40$  jaar blijft verhoogd ten opzichte van een gezonde zwangere  $< 35$  jaar (tabel 1 en figuur 4).

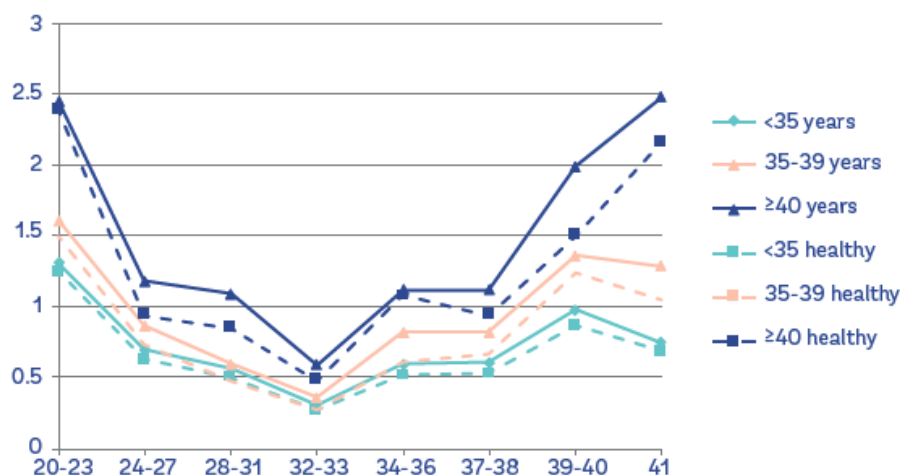
**Table I** Risk of stillbirth for women younger than 35, 35 to 39, and 40 years or older by medical condition status throughout pregnancy

GA, wks	Number of stillbirths			Risk of stillbirths per 1000 ongoing pregnancies			RR (95% CI)		
	Younger than 35 y	35-39 y	40 y or older	Younger than 35 y	35-39 y	40 y or older	Younger than 35 y	35-39 y	40 y or older
<b>Total population</b>									
20-23	6233	916	297	1.31	1.61	2.45	1.00	1.23 (1.15, 1.32)	1.87 (1.67, 2.11)
24-27	3321	489	142	0.70	0.87	1.18	1.00	1.24 (1.12, 1.36)	1.68 (1.42, 1.99)
28-31	2701	338	130	0.57	0.60	1.09	1.00	1.05 (0.94, 1.18)	1.90 (1.59, 2.27)
32-33	1463	197	69	0.31	0.36	0.59	1.00	1.13 (0.98, 1.31)	1.87 (1.47, 2.38)
34-36	2655	403	152	0.60	0.76	1.37	1.00	1.28 (1.15, 1.42)	2.30 (1.95, 2.71)
37-38	2239	347	97	0.61	0.82	1.12	1.00	1.34 (1.19, 1.50)	1.82 (1.49, 2.23)
39-40	1898	285	84	0.98	1.36	1.99	1.00	1.39 (1.23, 1.58)	2.04 (1.64, 2.54)
41	450	70	27	0.75	1.29	2.48	1.00	1.73 (1.34, 2.22)	3.30 (2.24, 4.87)
<b>No medical conditions*</b>									
20-23	5417	749	246	1.25	1.50	2.39	1.00	1.20 (1.11, 1.30)	1.92 (1.69, 2.18)
24-27	2724	362	96	0.63	0.73	0.94	1.00	1.15 (1.03, 1.29)	1.49 (1.22, 1.83)
28-31	2137	239	86	0.50	0.48	0.85	1.00	0.97 (0.85, 1.11)	1.70 (1.37, 2.11)
32-33	1135	138	48	0.27	0.28	0.48	1.00	1.06 (0.88, 1.26)	1.79 (1.34, 2.40)
34-36	2111	286	103	0.52	0.61	1.08	1.00	1.18 (1.04, 1.33)	2.09 (1.71, 2.55)
37-38	1795	255	71	0.53	0.67	0.94	1.00	1.26 (1.10, 1.44)	1.76 (1.39, 2.23)
39-40	1570	236	60	0.87	1.24	1.50	1.00	1.43 (1.24, 1.64)	1.85 (1.43, 2.39)
41	386	52	21	0.69	1.05	2.16	1.00	1.53 (1.15, 2.04)	3.13 (2.02, 4.85)

GA, Gestational age.

\* Excluded pregnancies with diabetes, chronic hypertension, pregnancy-associated hypertension, eclampsia, and renal, cardiac, or lung diseases at the beginning of each gestational age interval.

Figuur 4: Onderverdeling qua leeftijdscategorie en amenorroeduur waarbij 37-38 betekent 37+0 dagen tot 39+0 weken; vervolgens vanaf 39+0 dagen tot 41+0 weken; en vanaf 41+0 dagen tot 42+0 weken; (totale populatie: doorlopende lijn, gezonde vrouwen: gestippelde lijn)



### Page et al 2013

**Methoden:** retrospectieve cohort studie naar data van 2.961.382 vrouwen met een eenling zwangerschap zonder congenitale afwijkingen, - diabetes (gravidarum), - hypertensie en - tweelingen uit het U.S. Birth Certificate. Zij onderzochten het risico op IUVD en neonatale sterfte bij elke amenorroeduur gestratificeerd naar leeftijdsgroep. Er werd geen onderscheid gemaakt in pariteit.

**Resultaten:** er is een verdubbeling van het risico op IUVD te zien tussen 39 en 40 weken (respectievelijk 0.67 per 1000 en 1.42 per 1000 doorgaande zwangerschappen) bij de groep zwangeren van  $\geq 40$  jaar (Tabel 2).

**Tabel 2: Het risico op IUVD gestratificeerd naar maternale leeftijd en AD per 10.000 zwangerschappen**

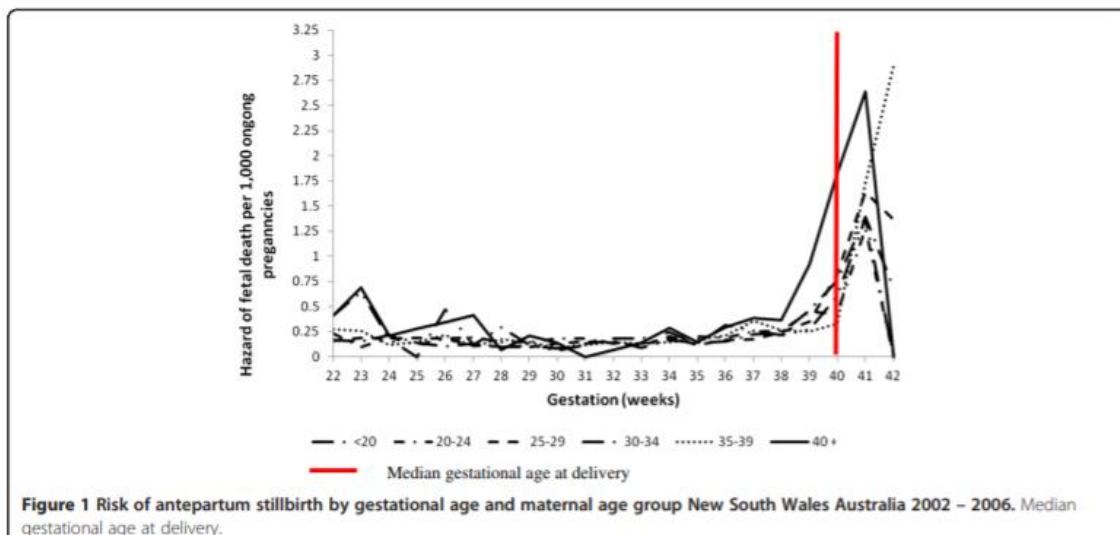
GA	Stillbirth per 10,000 ongoing pregnancies (95% CI)			
	Age <20 y	Age 20-34 y	Age 35-39 y	Age $\geq 40$ y
37	2.7 (0.8–4.5)	2.1 (1.5–2.7)	3.0 (1.0–5.0)	4.5 (0–9.6)
38	3.5 (2.0–5.0)	2.9 (2.5–3.4)	3.3 (2.0–4.5)	7.4 (3.3–11.6)
39	3.0 (1.9–4.1)	4.0 (3.6–4.5)	4.6 (3.3–5.9)	6.7 (3.3–10.1)
40	7.7 (5.9–9.5)	6.7 (6.0–7.3)	9.1 (7.0–11.2)	14.2 (8.5–19.9)
41	6.9 (3.9–9.9)	8.8 (7.4–10.2)	12.5 (7.8–17.3)	28.7 (13.1–44.4)
42	46.9 (20.4–73.4)	25.0 (17.1–32.9)	10.4 (0–24.7)	112.6 (23.0–202.1)

### Gordon et al 2013

**Methoden:** retrospectieve population-based cohort studie naar data van 327.690 vrouwen met een eenling zwangerschap zonder congenitale afwijkingen van 2002 tot 2006 uit de data collectie van het New South Wales Maternal/Perinatal Committee. Zij onderzochten het amenorroeduur-specifiek risico op IUVD in verschillende leeftijdsgroepen. Er werd in deze studie niet gecorrigeerd voor gezondheidsrisico's/comorbiditeiten. Er werd een subgroepanalyse gedaan voor primi- en multiparae.

**Resultaten:** het hoogste risico op IUVD werd gevonden bij primiparae van 40 jaar en ouder. In deze groep resulteert 1:247 in een IUVD. Het absolute risico op IUVD bij de totale populatie zwangeren > 40 jaar boven 40 weken is voor primiparae en multiparae respectievelijk 4.05 per 1000 en 1.42 per 1000 doorgaande zwangerschappen.

**Figuur 5: Het risico op IUVD gestratificeerd naar maternale leeftijd en amenorroeduur ( totale groep)**



Tabel 3: Absolute risico op IUVD per 1000 zwangerschappen vanaf 40 weken amenorroeduur

**Table 4 Absolute risks of stillbirth  $\geq$  40 weeks gestation per 1000 undelivered pregnancies by maternal age and parity, New South Wales Australia 2002 - 2006**

Age group	Antepartum stillbirths	Undelivered pregnancies	Risk per 1000 undelivered pregnancies
Nulliparous women			
< 20	6	7624	0.79
20 – 24	7	9174	0.76
25 – 29	32	28685	1.11
30 – 34	23	26366	0.87
35 – 39	13	9144	1.42
$\geq$ 40	6	1481	4.05
Multiparous women			
< 20	1	1207	0.83
20 – 24	13	12204	1.07
25 – 29	27	27397	0.99
30 – 34	34	35603	0.95
35 – 39	7	18480	0.38
$\geq$ 40	5	3513	1.42

**Huang et al 2008 en Lean et al 2017**

*Methoden:* beide systematic reviews en meta-analyses naar de relatie tussen maternale leeftijd en het risico op IUVD. Zij includeerden respectievelijk 37 studies tot 2006; en 44 studies van 2000 tot 2015. Tussen de studies bestaat een grote heterogeniteit wat betreft de definities van IUVD (wel of geen intrapartum sterfte meegerekend) en van AMA (verschilt tussen > 30, > 35, > 38 en > 40 jaar). Daarnaast werd in de studies gecorrigeerd voor verschillende confounders (comorbiditeiten).

*Resultaten:* zowel Huang et al en Lean et al vinden een significant verhoogd risico op IUVD bij vrouwen met verhoogde maternale leeftijd (niet nader gespecificeerd in leeftijdsgroepen), waarbij Huang een relatief risico vond van 1.20 tot 4.53 voor oudere vrouwen versus jongere vrouwen. Lean vond voor de zwangeren met een verhoogde maternale leeftijd een verhoogd risico op IUVD met een odds ratio van 1.75 (95% CI 1.62 - 1.89).

**B. Is een inleiding veilig (leidt dit niet tot meer interventies)?**

**Walker et al 2016**

*Methoden:* een gerandomiseerde multi-center studie in 42 ziekenhuizen in de United Kingdom: 600 primiparae van > 35 jaar met een ongecompliceerde eenling zwangerschap in hoofdligging werden bij AD 36 weken gerandomiseerd voor inleiding tussen 39+0 en 39+6 of afwachten tot 41-42 weken. Exclusiecriteria betroffen diabetes of zwanger na IVF met donorei.

Primaire uitkomstmaat was het aantal sectio's. Secundaire uitkomstmaten waren: 1) een samengestelde uitkomst van maternale complicaties en 2) neonatale uitkomsten, waaronder IUVD, geboortegewicht, NICU opname, geboortetrauma en een samengestelde perinatale uitkomst (neonataal trauma/hypoxie).

Inleiding gebeurde volgens lokaal protocol. Analyses werden verricht volgens de intention-to-treat methode.

*Resultaten:* de meeste vrouwen in de inleidgroep werden ook ingeleid (78%), terwijl slechts 46% van de vrouwen in de afwachtgroep spontaan in partu kwam. De andere helft uit de afwachtgroep werd alsnog ingeleid. De meest voorkomende reden van deze inleiding was het bereiken van een amenorroeduur van 41 weken, minder leven voelen, PROM en op verzoek van de vrouw.

Er was geen significant verschil in het aantal keizersneden in beide groepen: 32% in de inleidgroep en 33% in afwachtgroep (RR 0.99; 95% CI 0.87- 1.14; p-waarde 0.92). Er was tevens geen verschil in de secundaire uitkomstmaten. Ook in tevredenheid van de moeders in beide groepen werd geen verschil gevonden. Er kwam in beide groepen geen perinatale sterfte voor. De conclusie van deze studie is: een electieve inleiding bij 39 weken leidt niet tot meer sectio's en heeft geen nadelige effecten voor moeder en kind op korte termijn. Over de lange termijn effecten kan de studie niets zeggen. De studiepopulatie is te klein om iets over de perinatale sterfte te kunnen zeggen.

### ***Knight et al 2017***

*Methoden:* een observationele studie naar 77.327 gezonde nulliparae van  $\geq 35$  jaar. 33.1% van de studiepopulatie werd ingeleid bij of na AD 39 weken en bij 66.9% werd een afwachtend beleid gevoerd. Exclusiecriteria waren multiparae, bestaande comorbiditeiten (hypertensie, diabetes), afwijkende ligging, placenta praevia, perinatale sterfte t.g.v. congenitale afwijking. Naast het risico op een IUVD werd in deze studie tevens gekeken naar het effect van inleiden op maternale uitkomsten (aantal sectio's en kunstverlossingen). Er is geen subgroepanalyse verricht naar leeftijd  $\geq 40$  jaar.

*Resultaten:* er werd een NNT( number-needed-to-treat) van 562 (95% CI: 366-1210) gevonden. Bij 39 weken wordt er geen verschil gezien in RR (relatief risico) op IUVD tussen de groep die ingeleid werd bij 39 weken en de groep die wilde afwachten. Bij AD 40 en 41 weken werd respectievelijk een RR gevonden van 0.25 (95% CI 0.09-0.79) en 0.18 (95% CI 0.05-0.65). De studie concludeert dat inleiden bij 40 weken geassocieerd is met een 3x kleinere kans op IUVD ten opzichte van afwachtend beleid voor nulliparae van  $> 35$  jaar (risico 26:10.000 bij afwachten; 8:10.000 bij inleiden).

### ***Grobman et al 2018***

*Methoden:* de ARRIVE trial, een multi-center randomised controlled trial. Hun onderzoeksvraag was of electief inleiden bij 39 weken ten opzichte van afwachten tot 41-42 weken bij nulliparae leidt tot negatieve perinatale uitkomsten en leidt tot toename van sectio's. De neonatale uitkomst betrof een samenstelling van onder andere perinatale sterfte, noodzaak tot respiratoire support, Apgar score, hypoxie, infecties, geboorte trauma, et cetera. 6106 gezonde zwangeren werden geïnccludeerd. At random werd de helft van hen in de 39e week ingeleid, de andere helft werd gevraagd te wachten tot minimaal 40+5 en uiterlijk 42+2 weken.

*Resultaten:* in de groep die ingeleid werd, ondergingen 569 vrouwen (19%) een sectio, in de andere (afwacht-) groep waren dat er 674 (22%), een statistisch significant verschil.

Neonaten in beide groepen verschilden qua complicaties niet significant: 132 neonaten (4,3%) respectievelijk 164 neonaten (5,4%). Tevens hadden neonaten in de inleidingsgroep minder lang respiratoire support nodig en hadden zij een kortere verblijfsduur in het ziekenhuis.

## LITERATUURLIJST

- 1 <https://assets.perined.nl/docs/7935f9c6-eaac-4f59-a150-307ae04efa27.pdf>)
- 2 Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Perinatal Mortality 2009. CMACE; London: 2011
- 3 Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:764–70.
- 4 Haavaldsen C<sup>1</sup>, Sarfraz AA, Samuelsen SO, Eskild A. The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Dec;203(6):554.e1-8. doi: 10.1016
- 5 RCOG Induction of Labour at Term in Older Mothers Scientific Impact Paper No. 34 February 2013
- 6 Walker KF<sup>1</sup>, Bugg GJ<sup>1</sup>, Macpherson M<sup>1</sup>, Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. *N Engl J Med*. 2016 Mar 3;374(9):813-22. doi: 10.1056/NEJMoa1509117.
- 7 Huang, L., R. Sauve, N. Birkett, D. Fergusson and C. van Walraven (2008). "Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review." *CMAJ* 178(2): 165-172.
- 8 RCOG: *scientific impact paper 2013*
- 9 Lean SC. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis *PLoS One*. 2017; 12(10): e0186287.
- 10 Knight HE, Cromwell DA, Gurol-Urganci I, Harron K, van der Meulen JH, Smith GCS (2017) Perinatal mortality associated with induction of labour versus expectant management in nulliparous women aged 35 years or over: An English national cohort study. *PLoS Med* 14(11): e1002425. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002425>
- 11 Page JM<sup>1</sup>, Pilliod RA<sup>2</sup>, Snowden JM<sup>3</sup>, Caughey AB<sup>3</sup>. The risk of stillbirth and infant death by each additional week of expectant management in twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 May;212(5):630.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.03.033. Epub 2015 Mar 19.
- 12 Gordon A. et al. Risk factors for antepartum stillbirth and the influence of maternal age in New South Wales Australia: A population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13:12
- 13 [http://www.contemporaryobgyn.net/labor-induction/does-arrive-set-stage-39-week-induction?rememberme=1&elq\\_mid=2842&elq\\_cid=561110](http://www.contemporaryobgyn.net/labor-induction/does-arrive-set-stage-39-week-induction?rememberme=1&elq_mid=2842&elq_cid=561110)
- 14 <https://assets.perined.nl/docs/7935f9c6-eaac-4f59-a150-307ae04efa27.pdf>

## COMMISSIE VERLOSKUNDIGE WERKAFSPRAKEN DEN HAAG, NOVEMBER 2018

Marga Kortekaas, Merel de Regt, Margreeth Piers, Michelle Beijerinck, Anneke Dijkman, Cas Holleboom, Corla Vredevoogd, Hanneke Feitsma, Lyanne Rövekamp, Myrthe Bouwman, Sabine van Nievelt, Gaby Abbas, Anouk Ammerlaan, Roos Gelauff, Marjolein van den Tweel.

Auteurs: Drs H. Feitsma, A. Bruinsma MSc, Drs S. van Nievelt, Drs E. Bak, M. Kortekaas Msc

7 november 2018