

Stuitligging

Gynaecologie en Verloskunde, Kindergeneeskunde

Inleiding

Uw kind ligt in stuitligging. Een stuitligging is een variatie in de ligging van uw kind. Aan het einde van de zwangerschap kan het zinvol zijn om middels uitwendige handgrepen te proberen om uw kind te draaien naar een hoofdligging. Deze draaipoging wordt een uitwendige versie genoemd.

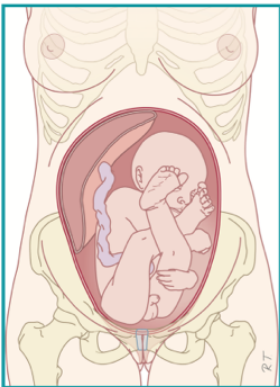
In deze folder krijgt u informatie over een stuitligging, de uitwendige versie en komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging plaatsvindt.

Wat is een stuitligging?

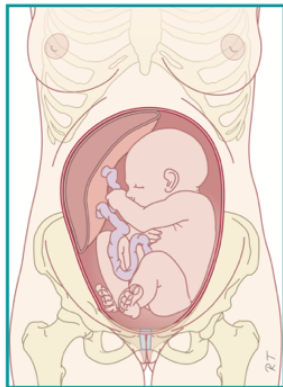
Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder en liggen de billen, de benen of de voeten beneden bij de ingang van het bekken.

Er zijn verschillende soorten stuitliggingen:

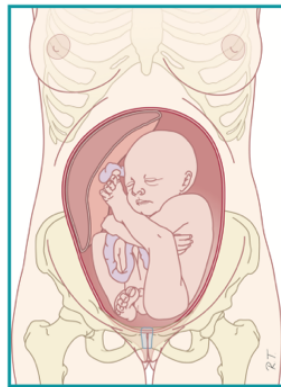
- *Onvolkomen stuitligging (75%):*
De benen liggen gestrekt omhoog langs het lichaam.
- *Volkomen stuitligging (5%):*
De bovenbenen liggen gestrekt omhoog langs het lichaam, de knieën zijn gebogen en de voeten liggen naast de billen.
- *Half onvolkomen stuitligging (10%):*
Een combinatie van onvolkomen en volkomen stuitligging.
- *Voetligging (10%):*
De benen liggen gestrekt omlaag langs het lichaam en één of beide voeten liggen onder de billen.



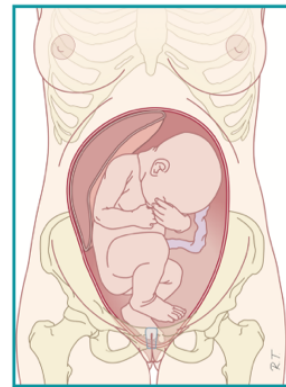
• onvolkomen stuitligging:



• volkomen stuitligging:



• half onvolkomen stuitligging:



• voetligging:

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap komen stuitliggingen veel voor. De meeste kinderen draaien tijdens de zwangerschap spontaan met het hoofd naar beneden. Bij een zwangerschapsduur van 35-36 weken ligt nog 3-4% van alle kinderen in stuitligging.

Waarom ligt een kind in een stuitligging?

Bij 85% van de zwangeren is het onbekend waarom het kind in stuitligging ligt.

In de overige 15% kan een stuitligging worden veroorzaakt door:

- vroeggeboorte;
- een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken;
- een placenta (moederkoek) of een myoom (vlesboom) bij de ingang van het bekken;
- (te) veel vruchtwater;
- aangeboren afwijkingen van het kind;
- groeivertraging van het kind;
- meerlingzwangerschappen.

Een stuitligging, wat nu?

Wanneer uw kind bij 35 weken of meer in stuitligging ligt, wordt met u de mogelijkheid besproken om uw kind te draaien middels een uitwendige versie. Bij een uitwendige versie probeert de gynaecoloog, arts-assistent of (Physician Assistant (PA)) verloskundige het kind te draaien van stuit- naar hoofdligging door middel van uitwendige handgrepen.

Waarom wordt een stuitligging gedraaid?

Een stuitligging geeft in vergelijking met een hoofdligging meer kans op complicaties tijdens de bevalling, zoals een keizersnede of een opname van het kind op de couveuseafdeling. De uitwendige versie is een veilige handeling. Wanneer het kind na een geslaagde uitwendige versie in hoofdligging ligt, is er meer kans op een ongecompliceerde (thuis)bevalling.

Wanneer vindt een uitwendige versie plaats?

De uitwendige versie wordt uitgevoerd vanaf 36 weken bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind en vanaf 37 weken bij vrouwen die al één of meerdere kinderen hebben. Soms wordt het advies gegeven om de uitwendige versie eerder of later uit te voeren. Een uitwendige versie is mogelijk tot de weeën beginnen of de vliezen breken.

Hoe vaak lukt een uitwendige versie?

Het gemiddelde slagingspercentage is 40% voor vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind en 60% voor vrouwen die al één of meerdere kinderen hebben.

Wanneer is een uitwendige versie niet mogelijk?

In de volgende situaties is een uitwendige versie niet mogelijk:

- een loslating van de placenta in de voorgeschiedenis;
- actief helderrood vaginaal bloedverlies;
- zwangerschapsvergiftiging (pre-eclampsie) of HELLP;
- een te klein kind met afwijkingen in de doorbloeding van de navelstreng (dopplerafwijkingen);
- afwijkende hartslag van het kind;
- indien er een indicatie bestaat voor een geplande keizersnede is een uitwendige versie niet zinvol.

Een uitwendige versie kan ook in enkele andere individuele situaties niet mogelijk zijn. In dat geval zal uw arts of (PA) verloskundige dit met u bespreken.

Veiligheid van de uitwendige versie

Voor zowel u als uw kind is een uitwendige versie een veilige handeling. U kunt de eerste dagen na de uitwendige versie een gevoelige buik hebben. Dit komt door het drukken op uw buik en kan geen kwaad.

Uw kind kan na de uitwendige versie tijdelijk een wat lagere of hogere hartslag hebben zonder dat dit schadelijk is voor uw kind. In enkele gevallen blijft de hartslag afwijkend en wordt besloten dat uw kind direct middels een keizersnede geboren moet worden. De kans hierop is erg klein, namelijk 0,4%, ofwel 4 op de 1000 uitwendige versies. Zelden treden andere complicaties op als vaginaal bloedverlies (0,34%), gebroken vliezen (0,22%), het overlijden van uw kind tijdens de zwangerschap (0,19%), een loslating van de placenta (0,18%) of het uitzakken van de navelstreng (0,18%).

Gang van zaken bij een uitwendige versie

In Medisch Spectrum Twente vindt de uitwendige versie plaats op de verloskamers (route H11) of de Moeder Kind Afdeling (route H21). De uitwendige versie wordt uitgevoerd door een vast team van versiekundigen, bestaande uit gynaecologen, arts-assistenten en (PA) verloskundigen.

Hoe kunt u zich voorbereiden op een uitwendige versie?

U kunt zich als volgt voorbereiden:

- neem iemand mee waarbij u zich vertrouwd voelt;
- draag makkelijk zittende kleding;
- u hoeft geen volle blaas te hebben;
- zorg dat uw maag niet te vol zit;
- schrijf eventuele vragen op en neem ze mee.

Het wordt aanbevolen om u in te lezen over de uitwendige versie, zodat u weet wat u kunt verwachten.

Naast deze folder kunt u informatie inwinnen via:

- *Nederlands Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie:*
<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/baby-laten-draaien-stuitligging-versie/>
- *Keuzehulp uitwendige versie:*
<https://www.keuzehulp.info/pp/versie/intro/4>

De uitwendige versie: stap voor stap

Uw zorgverlener verwijst u naar het versiespreekuur. U krijgt telefonisch of per brief te horen wanneer uw afspraak is gepland. Wij verzoeken u zich voor de aanvang van de afspraak te melden bij de balie van de Moeder Kind afdeling, route H21. Na uw aanmelding bij de secretaresse loopt u door naar de balie van de verloskamers, route H11, alwaar uw afspraak plaatsvindt.

Voor de uitwendige versie

- *Gesprek met de arts en/of (PA) verloskundige*
Tijdens dit gesprek wordt uitleg over de uitwendige versie gegeven en is er gelegenheid tot het stellen van vragen. Tevens wordt uw medische voorgeschiedenis doorgenomen indien deze nog niet bekend is in het ziekenhuis.
- *Echo*
Er vindt een echoscopisch onderzoek via de buik plaats. Hierbij wordt gekeken naar de ligging van uw kind, de stand van het hoofd, de groei, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de placenta en of er vleesbomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van uw bekken blokkeren.
- *CTG (cardiotocografie)*
Middels een CTG wordt de hartslag van uw kind gedurende 30 minuten geregistreerd. Hiermee wordt de conditie van uw kind beoordeeld.

Tijdens de uitwendige versie

U ligt op een bed in een ontspannen houding. Het is belangrijk om uw buikspieren zo goed mogelijk te ontspannen. U kunt zich hiervoor focussen op uw ademhaling. Een kussen onder uw knieën kan prettig zijn.

Er kan in overleg met u worden gekozen om vlak voor de uitwendige versie een medicijn toe te dienen via een infuus om de baarmoeder te ontspannen. Hierdoor wordt het draaien makkelijker en is de kans dat de uitwendige versie slaagt groter. Dit medicijn heeft geen nadelige gevolgen voor u of uw kind. Wel kunt u ervaren dat uw hartslag toeneemt of onregelmatig is. Dit is van voorbijgaande aard.

De uitwendige versie wordt uitgevoerd door twee versiekundigen. De ene versiekundige tilt de billen van uw kind uit uw bekken. De andere versiekundige beweegt het hoofd van uw kind naar beneden. Op deze manier wordt geprobeerd uw kind voor- of achterover te draaien totdat het hoofd beneden ligt. Tijdens de uitwendige versie wordt de hartslag van uw kind met de echo gecontroleerd. De duur van de uitwendige versie varieert van minder dan 30 seconden tot meer dan 5 minuten.

Sommige vrouwen vinden de uitwendige versie gevoelig. Als het voor u te gevoelig is, mag u altijd vragen de poging (tijdelijk) te stoppen.

Na de uitwendige versie

Na de uitwendige versie wordt, ongeacht of het draaien wel of niet gelukt is, opnieuw een CTG gemaakt om de conditie van uw kind te beoordelen. Als uw bloedgroep Rhesus D negatief is en de bloedgroep van uw kind Rhesus D positief is, krijgt u een injectie met anti-D. In sommige gevallen wordt er bloed bij u geprikt om te beoordelen of u een hogere dosering anti-D nodig heeft.

Wat als de uitwendige versie is geslaagd?

Als het gelukt is om uw kind te draaien kunnen de controles en (thuis)bevalling plaatsvinden bij uw eigen verloskundige, tenzij u een andere indicatie heeft voor de controles en een bevalling in het ziekenhuis. Een week na de uitwendige versie wordt de ligging van uw kind met de echo gecontroleerd. Er is een kleine kans (3%) dat uw kind uit zichzelf terugdraait naar een stuitligging. In dat geval kan worden besproken om een nieuwe uitwendige versie te plannen.

Wat als de uitwendige versie niet is geslaagd?

Als het niet gelukt is om uw kind te draaien, blijft u in het ziekenhuis onder controle voor de zwangerschap en de bevalling. Er wordt met u besproken of u de keuze heeft tussen een vaginale stuitbevalling en een geplande keizersnede en wat de voor- en nadelen van deze manieren van bevallen zijn. Het is mogelijk om een nieuwe uitwendige versie te plannen. Er is een kleine kans (3-7%) dat uw kind uit zichzelf terugdraait naar een hoofdligging.

Wanneer moet u contact opnemen?

Het is belangrijk om op de bewegingen van uw kind te letten. Is dit minder dan u gewend bent, heeft u bloedverlies, vochtverlies, buikpijn of een aanhoudende harde buik, bel dan direct uw verloskundige of arts voor een extra controle.

De geboorte van een kind in stuitligging

Als de uitwendige versie niet is geslaagd, als u niet voor een uitwendige versie kiest of als een uitwendige versie bij u niet mogelijk is worden de opties voor de wijze van de geboorte van uw kind met u besproken.

De geboorte van een kind in stuitligging kan op twee manieren plaatsvinden:

- een vaginale stuitbevalling;
- een (geplande) keizersnede.

Kunt u kiezen?

Doorgaans kunt u na een adviserend gesprek met uw arts of (PA) verloskundige kiezen tussen een vaginale stuitbevalling en een geplande keizersnede.

In de volgende situaties heeft u geen keuze:

- het is te laat om een keizersnede te doen: uw kind staat op het punt geboren te worden;
- uw arts of (PA) verloskundige vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen. Redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat uw kind te groot is of niet gunstig ligt, u een technisch lastig verlopen eerdere bevalling heeft gehad, uw ontsluiting of uitdrijving onvoldoende vordert, of een afwijkende hartslag van uw kind.

Het maken van een keuze

Als het voor u als aanstaande ouders mogelijk is te kiezen tussen een vaginale stuitbevalling en een geplande keizersnede, is het belangrijk dat u alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet.

De volgende informatie kan u ondersteunen in het maken van uw keuze:

- *Nederlands Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie:*
<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/hoe-wil-bevallen-kind-stuitligging/>
- *Consultkaart stuitbevalling:*
<https://www.degynaecoloog.nl/samen-beslissen/consultkaarten/stuitbevalling/>
- *Keuzehulp stuitbevalling:*
<https://www.keuzehulp.info/pp/baringstuit/intro>

De keuze maakt u samen met uw partner en iedereen die u verder in uw keuze wilt betrekken. Uiteindelijk is het belangrijk dat u een keuze maakt waar u helemaal achter staat.

Hoe verloopt een vaginale bevalling van een kind in stuitligging?

U bevalt in het ziekenhuis. Tijdens uw bevalling zijn een gynaecoloog, een arts-assistent en/of (PA) verloskundige en een verpleegkundige aanwezig. In sommige situaties staat een kinderarts gereed vlak voordat uw kind wordt geboren.

De ontsluiting

Bij een stuitligging begint de bevalling het liefst spontaan. In individuele gevallen bespreekt uw arts of (PA) verloskundige de mogelijkheid tot een inleiding van de bevalling indien daar een indicatie voor is. Het is mogelijk om verschillende houdingen aan te nemen, om te douchen en om voor pijnstilling te kiezen. Veelal krijgt u een infuus, zodat het, indien nodig, mogelijk is om uw weeën krachtiger te maken met weeën-opwekkers.

De uitdrijving

Het kan zijn dat u wordt gevraagd om tijdens het persen op uw handen en knieën te gaan zitten of om op uw rug te liggen. In dit laatste geval wordt het voeteneinde van het verlosbed weggehaald en plaatst u uw benen in de beensteunen. Dit heeft te maken met het soepel laten verlopen van het laatste deel van de geboorte van uw kind. In sommige situaties zal de arts of (PA) verloskundige handgrepen gebruiken om de geboorte van uw kind te bespoedigen. Veelal wordt uw blaas leeggemaakt voor het starten met persen door middel van een eenmalige katheterisatie.

De periode na de geboorte

Deze periode na de geboorte verloopt hetzelfde als bij een vaginale bevalling van een kind in hoofdligging. Als de bevalling zonder problemen is verlopen kunt u dezelfde dag met uw kind naar huis.

Wanneer is een vaginale stuitbevalling verantwoord?

Uw arts of (PA) verloskundige maakt samen met u de afweging of een vaginale stuitbevalling verantwoord is.

Voorwaarden voor een veilige vaginale stuitbevalling zijn:

- uw kind heeft een normaal geschat geboortegewicht;
- het hoofd van uw kind ligt bij het echoscopisch onderzoek voorovergebogen;
- de ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed;
- uw kind ligt in onvolkomen, volkomen of half onvolkomen stuitligging;
- er zijn geen ernstige problemen geweest bij een vorige bevalling, zoals een lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing.

Mogelijke complicaties bij een vaginale stuitbevalling

De kans op complicaties bij de moeder is niet groter bij een vaginale stuitbevalling dan bij een vaginale bevalling van een kind in hoofdligging. Het belangrijkste verschil tussen een vaginale stuitbevalling en een vaginale bevalling van een kind in hoofdligging is dat het hoofd, het grootste deel, bij een stuitligging als laatste wordt geboren. Dit kan de geboorte van uw kind bemoeilijken. Als er onvoldoende vordering tijdens de ontsluiting of tijdens het persen is, wordt er daarom alsnog voor een keizersnede gekozen. In Nederland gebeurt dit bij 50% van de vrouwen die aan een vaginale stuitbevalling beginnen. Kinderen in stuitligging die vaginaal worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan kinderen in stuitligging die worden geboren middels een geplande keizersnede. Op de lange termijn is er geen verschil in de ontwikkeling tussen deze kinderen.

De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede, zie de folder *Keizersnede* op de website van het MST.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op complicaties als gevolg van een keizersnede is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een vaginale bevalling. Sommige complicaties, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een vaginale bevalling voor. Andere, zoals een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas, of het niet goed op gang komen van de darmen, hangen samen met de keizersnede. Ook een blaasontsteking komt na een keizersnede vaker voor dan na een vaginale bevalling. Pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede is een zeer zelden voorkomende complicatie van een keizersnede. De kans op ernstige gezondheidscomplicaties en sterfte als gevolg van de operatie is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar groter dan na een vaginale bevalling.

Gevolgen voor toekomstige zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel voor toekomstige zwangerschappen. U krijgt na een keizersnede het advies om bij toekomstige zwangerschappen in het ziekenhuis te bevallen, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties geeft. Voorbeelden daarvan zijn het openscheuren van het litteken, een placenta voor de ingang van het bekken, of een placenta die heel vast met de baarmoeder vergroeid is, zodat, zeldzaam, een baarmoederverwijdering noodzakelijk is. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een vaginale bevalling

Mogelijke complicaties bij het kind

Een enkele keer is het bij een keizersnede moeilijk om een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen en kan een (zenuw)beschadiging optreden. Wanneer de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland (om zo een spontane bevalling te voorkomen) kan het kind ademhalingsproblemen krijgen, waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Om deze reden wordt de keizersnede wegens stuitligging in principe niet voor 39 weken van de zwangerschap uitgevoerd.

Voor- en nadelen van een vaginale stuitbevalling en een geplande keizersnede op een rij

CONSULT KAART UW KIND LIGT IN EEN STUIT: VAGINALE STUITBEVALLING OF GEPLANDE KEIZERSNEDE?

Bent u langer dan 36 weken zwanger en ligt uw kind in een stuitligging?

Deze Consultkaart kan u en uw arts helpen om de keuze tussen een stuitbevalling en een keizersnede te bespreken.

BEHANDEL-MOGELIJKHEDEN	VAGINALE STUITBEVALLING	GEPLANDE KEIZERSNEDE
Hoe gaat de bevalling?	<ul style="list-style-type: none"> U bevalt in het ziekenhuis. Er zijn ongeveer 5 mensen bij, onder andere een gynaecoloog en een kinderarts. U kunt meerdere mensen bij de bevalling aanwezig laten zijn. Wilt u iets tegen de pijn? Dan kan dat. U kunt ook een ruggenprik krijgen. Als uw ontsluiting niet voldoende vlot gaat of als de conditie van uw kind niet goed is, dan wordt er alsnog een keizersnede gedaan. Dit gebeurt bij ongeveer 50 van de 100 (50%) vrouwen. Vaak wordt er een knip gezet en soms moet de arts, als uw kind al gedeeltelijk geboren is, extra helpen door uw kind vast te pakken en te draaien. 	<ul style="list-style-type: none"> Een keizersnede is een grote operatie aan uw buik. Er zijn ongeveer 10 mensen bij. Er mag meestal maar 1 persoon met u mee naar de operatiekamer (uw partner of iemand anders). Meestal krijgt u een ruggenprik en blijft u dus wakker. De keizersnede wordt gepland in de week voor de uitgerekende datum. Begint de bevalling voor de geplande datum? Dan wordt de keizersnede op dat moment gedaan.
Wat zijn de risico's voor mijn kind?	Ongeveer 23 van de 1000 kinderen (2,3%) moeten door problemen direct na de geboorte opgenomen worden op de kinderafdeling in het ziekenhuis. De meeste kinderen hebben hierdoor later geen problemen.	Ongeveer 3 van de 1000 kinderen (0,3%) moeten door problemen direct na de geboorte opgenomen worden op de kinderafdeling in het ziekenhuis. De meeste kinderen hebben hierdoor later geen problemen.
Hoe groot is het risico dat mijn kind overlijdt?	Ongeveer 2 van de 1000 kinderen (0,2%) overlijden rondom de geboorte.	Minder dan 0,5 van de 1000 kinderen (0,05%) overlijdt rondom de geboorte.
Wat zijn de risico's voor mijzelf? Wat zijn de gevolgen voor latere zwangerschappen?	<ul style="list-style-type: none"> Niet als bij een gewone bevalling bij een kind in hoofdligging, krijgen ongeveer 80 van de 1000 moeders (8%) complicaties. Bijvoorbeeld veel bloedverlies, ontstekingen of trombose. Na een vaginale bevalling lukt het 95 van de 100 moeders (95%) om nog een keer vaginaal te bevallen. Dit kan bij de verloskundige. Een thuisbevalling is eventueel mogelijk. 	<ul style="list-style-type: none"> Ongeveer 90 van de 1000 moeders (9%) krijgen complicaties. Bijvoorbeeld veel bloedverlies, ontstekingen of trombose. U kunt bij een volgende zwangerschap kiezen tussen opnieuw een geplande keizersnede of een vaginale bevalling. De meeste gynaecologen adviseren een vaginale bevalling. Een vaginale bevalling lukt bij 75 van de 100 vrouwen (75%). Een volgende bevalling is altijd bij een gynaecoloog vanwege een zeer kleine kans (0,8%) op het scheuren van het litteken. Hoe meer keizersnedes, hoe groter de risico's worden.
Wat zijn de voor- en nadelen?	<ul style="list-style-type: none"> Bij een vaginale stuitbevalling zijn de risico's voor uzelf het kleinst. U kunt uw kind na de bevalling direct borstvoeding geven. Zijn er geen problemen tijdens de bevalling? Dan kunt u vaak dezelfde dag weer naar huis. 	<ul style="list-style-type: none"> Bij een geplande keizersnede zijn de risico's voor uw kind het kleinst. In veel ziekenhuizen is een 'gentle' keizersnede mogelijk. U, uw partner en uw kind blijven dan zoveel mogelijk samen en u kunt uw kind meteen borstvoeding geven. Bij een 'gewone' keizersnede kan het zijn dat u uw kind het eerste uur niet ziet. Het herstel voor uzelf duurt langer. U blijft meestal 2 of 3 dagen in het ziekenhuis. De eerste dagen heeft u hulp nodig bij de zorg voor uzelf en voor uw kind.
Wat zijn de voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> Uw kind is niet te groot en heeft geen relatief groot hoofd. Uw kind ligt niet in een voetligging en het hoofdje ligt niet naar achter gebogen. Er is een ervaren gynaecoloog die u kan helpen. 	<ul style="list-style-type: none"> De bevalling moet niet te snel gaan. Als de bevalling te snel gaat is het mogelijk dat een keizersnede niet meer lukt en dat een vaginale bevalling veiliger is.

Heupafwijking bij het kind na een stuitligging

Kinderen die tijdens de zwangerschap langdurig in stuitligging hebben gelegen hebben een verhoogde kans op een heupafwijking (heupdysplasie). Wij adviseren de ouders van een kind dat in stuitligging heeft gelegen, om drie maanden na de geboorte een echo-onderzoek van de heupjes te laten maken. Dit adviseren wij ook aan de ouders van een kind waarbij een geslaagde uitwendige versie heeft plaatsgevonden.



Vragen

Heeft u vragen of wilt u een afspraak maken? Neem dan contact op met de polikliniek Gynaecologie.

Belangrijke contactgegevens

- Polikliniek Gynaecologie, route H03, telefoon (053) 487 23 30.
- Verloskamers, route H11, telefoon (053) 487 23 43
- Moeder Kind Afdeling, route H21, telefoon (053) 487 23 62
- Observatorium (spoedpoli), route H21, telefoon (06) 31 75 17 19

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraag de behandelend arts, (PA) verloskundige of verpleegkundige dan om nadere uitleg.

Bronvermelding

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze folder geldt als een aanvulling op het persoonlijk gesprek met uw arts of (PA) verloskundige van Medisch Spectrum Twente. Deze informatie is van toepassing op alle ziekenhuizen in Nederland. Daar waar de gang van zaken verschilt met die in Medisch Spectrum Twente, is dit aangepast in de tekst van deze folder. Er is veel aandacht besteed aan de inhoud van deze folder. Dit betekent dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. De NVOG is niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder.