

Splitsing van thuiskraamzorg: nader onderzoek gewenst

De kraamzorg wordt beschouwd als een van de pijlers van de thuisverloskunde. Het voorstel van staatssecretaris Simons om de thuiskraamzorg te splitsen in een 'verplegend' en een 'verzorgend' deel heeft vorig jaar dan ook veel stof doen opwaaien. Het NIVEL onderzocht of deze maatregel volgens deskundigen - waaronder 36 verloskundigen - een ongewenste substitutie tot gevolg zal hebben.

*Drs. P.G.M. Jansen
W.J. Meijer, arts-
epidemioloog
NIVEL, Utrecht*

IN NEDERLAND IS de thuiskraamzorg sterk onder druk komen te staan. Een belangrijke oorzaak hiervan is het voorstel van staatssecretaris Simons om in het kader van de 'modernisering van de zorgsector' de thuiskraamzorg te splitsen in 'kraamverpleging' (= de directe zorg voor, rond en na de bevalling) en 'kraamverzorging' (= de overige zorgonderdelen).¹

De 'kraamverpleging' zou volgens dit voorstel gefinancierd dienen te worden door de AWBZ terwijl men zich voor de 'kraamverzorging' aanvullend zou moeten verzekeren.

In een vorig nummer van dit tijdschrift is reeds een opsomming gemaakt van de protesten die zijn geuit naar aanleiding van dit voorstel.² In dit kader is in opdracht van de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) eveneens een verkennend onderzoek verricht.³ Doel van dit onderzoek is: *nagaan of er aanwijzingen zijn dat belangrijke vragen voor het beleid open zijn gebleven indien het voorstel tot een splitsing van de thuiskraamzorg wordt ingevoerd zonder*

nader onderzoek. In dit artikel wordt slechts een deel van de verkennende studie beschreven. Het betreft de ongewenste substitutie die volgens de Staatssecretaris eventueel zou kunnen optreden als het voorstel wordt geëffectueerd. In de adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid formuleert de Staatssecretaris dit als volgt: "Ik verzoek de Raad het aspect van ongewenste substitutie naar kraamzorg in het ziekenhuis met oneigenlijke medische indicaties voor het kraambed aldaar, dat eventueel het gevolg kan zijn van deze voorstellen, te behandelen".¹

Methode

Als uitgangspunt voor de gegevensverzameling is de volgende vraagstelling geformuleerd:

In hoeverre is ongewenste substitutie te verwachten na een splitsing van de thuiskraamzorg, op grond van de opinies van verloskundigen en hoofdverpleegkundigen van de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen?

Ongewenste substitutie wordt hier omschreven als een verschuiving van verloskundige- en/of kraamzorg thuis naar het ziekenhuis, alsmede een verschuiving van werkzaamheden van de kraamverzorgende naar de verloskundige.

Allereerst is een *inventarisatie* gemaakt van reeds bekende onderzoeks- en registratiegegevens die relevant zijn voor een mogelijke splitsing binnen de thuiskraamzorg. Vervolgens is een *enquête* gehouden onder verloskundigen en hoofdverpleegkundigen van de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen. Van 37 aselect gekozen verloskundigen is een ingevulde vragenlijst terug ontvan-

gen (respons = 80%). Aangezien de thuiskraamzorg na een (poli)klinische bevalling in het verlengde ligt van de zorg die wordt verleend op de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen, zijn deze afdelingen in het werkgebied van de Stichting Thuiskraamzorg Zuid-Holland eveneens betrokken in het vooronderzoek. Van 25 kraamafdelingen is een vragenlijst terug ontvangen (respons = 83%).

Inventarisatie bekende gegevens

De consequenties van de voorgestelde maatregel worden voor een groot deel bepaald door de bereidheid van de mensen om zich aanvullend te verzekeren voor de 'kraamverzorging'. Deze aanvullende verzekering is niet te vergelijken met de huidige aanvullende verzekering voor ziekenfondsverzekerden. Als de stelselherziening wordt ingevoerd betreft het een aanvullende verzekering naast het pakket dat wordt betaald uit de AWBZ-premies. Als iedereen zich aanvullend zal bijverzekeren is er niets aan de hand. Het probleem is echter, dat niet zondermeer is te verwachten dat iedereen zich aanvullend zal bijverzekeren. Deze bereidheid zal mede worden bepaald door de vorm die de verzekeraars aanbieden: een afzonderlijke verzekering voor 'kraamverzorging' of een combinatiepakket waarin meerdere verstrekkingen zijn samengebracht. Als blijkt, dat veel mensen die aanspraak zouden willen maken op thuiskraamzorg niet aanvullend verzekerd zijn voor 'kraamverzorging', dan zou volgens het voorstel in deze gezinnen maximaal 3 uur thuiskraamzorg per dag beschikbaar zijn over een periode van 8 dagen. In deze situaties heeft de voorgestelde maatregel dus een reductie van thuiskraamzorg tot gevolg ten opzichte van de huidige situatie.

Specifiek gericht op de thuiskraamzorg is er geen onderzoek bekend waaruit blijkt hoeveel mensen zich aanvullend zullen gaan verzekeren voor 'kraamverzorging'. Echter, resultaten uit ander onderzoek geven aan dat de mate waarin mensen bereid zijn om zich aanvullend te verzekeren niet erg hoog is.^{4,5} Nuijens en Collaris (1989) hebben een onderzoek verricht naar aan-

leiding van het kabinetsplan om het basispakket te ontdoen van de voorzieningen medicijnen, fysiotherapie en tandheelkunde voor volwassenen (2029 respondenten). Indien deze verstrekkingen in een vrijwillige aanvullende verzekering komen, dan haken de zogenoemde 'betere risico's' af (= zelf-selectie). Hierdoor dienen verzekerden die wel vaak gebruik maken van deze verstrekkingen een aanmerkelijk hogere premie betalen. De verzekerings-geneigdheid in de totale groep van respondenten bleek voor medicijnen 38%, voor fysiotherapie 32% en voor tandheelkunde 57%. Opvallend hierbij is dat het consumptieniveau niet zondermeer van invloed is op de geneigdheid voor het zich aanvullend verzekeren: van de 295 respondenten die veel medicijnen gebruikten zei 45% zich aanvullend te willen verzekeren en 43% zei dit zeker niet te doen. De resterende 12% had hierover geen duidelijke mening. Vervolgens bleek dat een gecombineerde verzekering het minst onderhevig is aan zelf-selectie.⁴ Het is dus niet zondermeer aan te nemen dat iedereen zich aanvullend zal verzekeren, indien de maatregel wordt ingevoerd. Aangezien deze gegevens niet direct zijn te vertalen naar de thuiskraamzorg dient nader onderzoek aan te tonen wat de verzekerings-geneigdheid voor 'kraamverzorging' (eventueel als onderdeel van een gecombineerde verzekering) is.

In het kader van een mogelijke verschuiving van kraamzorg thuis naar het ziekenhuis zijn de resultaten van een onderzoek uit Amsterdam relevant. In samenwerking met het kraamcentrum Amsterdam heeft het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken onderzocht of er samenhang bestaat tussen het tekort aan kraamzorg enerzijds en de overmaat aan ziekenhuisopnamen anderzijds. De conclusie uit dit onderzoek luidt dat het niet beschikbaar zijn van thuiskraamzorg gepaard gaat met een hoger percentage opnames in het ziekenhuis voor het kraambed ($p < 0.01$) (zie tabel 1).⁵

Aangezien met (ingen (= beval) een zorgv proces plaatsv moeder en baby deze groep in h lijke ongewens verblijf in het z lang. Uit regist kundige Hoofd een grote groep 4719 klinische kraamzorg ver het aantal leven In de loop der j zienlijk gegroei aantal 58424 (= vendgeborenen schuiving vanu grote financiële

Resultaten enq Verschil in verle en wijkkraamzorg

Allereerst blijkt verloskundigen kundigen ervar dige dagkraam: wijkkraamzorg enquête blijkt v loskundigen th belang vinden. 'Hoeveel uren gens U gemidde voor een kwalit poliklinische- antwoorden (42%) met 40 i gen (58%) met verloskundige a zorg voldoende goede zorg na

Ook is gevraag hoeveelheid en so leend aan gezi wijkkraamzorg gezinnen die v (64 uur) krijgen een beeld verk verschuiving va de kraamverzo kundige als alle zorg wordt ver kundigen (86% een verschil in

plan om het ba-
 an de voorzie-
 siotherapie en
 volwassenen
 ndien deze ver-
 willige aanvul-
 len, dan haken
 'risico's' af (=
 dienen verze-
 gebruik maken
 n een aanmer-
 talen. De verze-
 de totale groep
 < voor medicij-
 erapie 32% en
 7%. Opvallend
 sumptieniveau
 invloed is op de
 ich aanvullend
 i respondenten
 ruikten zei 45%
 len verzekeren
 et te doen. De
 over geen dui-
 gens bleek dat
 verzekering het
 zelf-selectie.⁴
 eer aan te ne-
 aanvullend zal
 aatregel wordt
 deze gegevens
 a naar de thuis-
 onderzoek aan
 rings-geneigd-
 orging' (even-
 een gecombi-

nogelijke ver-
 g thuis naar het
 itaten van een
 m relevant. In
 raamcentrum
 kenfonds Am-
 onderzocht of
 ssen het tekort
 s en de over-
 namen ander-
 dit onderzoek
 kbaar zijn van
 gaat met een
 tes in het zie-
 oed ($p < 0.01$)

Aangezien met name na *klinische* beval-
 lingen (= bevalling op medische indi-
 catie) een zorgvuldig besluitvormings-
 proces plaatsvindt over het ontslag van
 moeder en baby uit het ziekenhuis, is
 deze groep in het kader van een moge-
 lijke ongewenste substitutie (langer
 verblijf in het ziekenhuis) van groot be-
 lang. Uit registraties van de Genees-
 kundige Hoofdininspectie blijkt dat dit
 een grote groep is. In 1975 werd na
 4719 klinische bevallingen thuis-
 kraamzorg verleend. Dit was 3% van
 het aantal levendgeborenen in dat jaar.
 In de loop der jaren is deze groep aan-
 zienlijk gegroeid. In 1990 bedroeg dit
 aantal 58424 (= 30% van het aantal le-
 vendgeborenen in 1990).⁷ Een ver-
 schuiving vanuit deze groep kan dus
 grote financiële gevolgen hebben.

Resultaten enquête

*Verskil in verleende verloskundige zorg tus-
 sen wijkkraamzorg en volledige dagkraam-
 zorg*

Allereerst blijkt uit de enquête onder 36
 verloskundigen⁸ dat bijna alle verlos-
 kundigen ervaring hebben met volle-
 dige dagkraamzorg (92%; 33/36) en
 wijkkraamzorg (94%; 34/36). Uit de
 enquête blijkt vervolgens, dat deze ver-
 loskundigen thuiskraamzorg van groot
 belang vinden. Immers, op de vraag
 'Hoeveel uren thuiskraamzorg is vol-
 gens U gemiddeld genomen onmisbaar
 voor een kwalitatief goede zorg na een
 poliklinische- en/of thuisbevalling?'
 antwoorden 15 verloskundigen
 (42%) met 40 uur en 21 verloskundi-
 gen (58%) met 64 uur. Geen enkele
 verloskundige acht 24 uur thuiskraam-
 zorg voldoende voor een kwalitatief
 goede zorg na de bevalling.

Ook is gevraagd naar een verschil in
hoeveelheid en *soort* zorg, die wordt ver-
 leend aan gezinnen die alleen maar
 wijkkraamzorg (24 uur) krijgen en aan
 gezinnen die volledige dagkraamzorg
 (64 uur) krijgen. Op deze manier wordt
 een beeld verkregen van een mogelijke
 verschuiving van werkzaamheden van
 de kraamverzorgende naar de verlos-
 kundige als alleen maar 24-uurs kraam-
 zorg wordt verleend. Door 31 verlos-
 kundigen (86%) is aangegeven dat er
 een verschil in hoeveelheid zorg be-

Tabel 1. Verschillen bij het wel of niet aanwezig zijn
 van thuiskraamzorg

	kraamzorg afwezig (N = 137)	kraamzorg aanwezig (N = 145)
Prenatale opnames	18%	17%
Klinische bevallingen:		
- medisch geïndiceerd	40%	43%
- niet medisch geïndiceerd	?	?
Klinische kraambedden:		
- medisch geïndiceerd	16%	10%
- niet medische geïndiceerd	7%	0%

Bron: Wierda, 1989

Tabel 2. Mening van verloskundigen over uitspraken met
 betrekking tot een vermindering van thuiskraam-
 zorg (N = 37)

	oneens	eens
Wijkkraamzorg (24 uur) is vol- doende om te waarborgen, dat		
- de kraamvrouw voldoende rust	34	3
- de kraamvrouw voldoende psycho-sociale begeleiding krijgt	25	11
Om infecties of andere stoornis- sen tijdig bij de kraamvrouw en de baby te signaleren is vol- ledige dagkraamzorg (64 uur) vereist	6	9
Als gezinnen in de toekomst alleen wijk-kraamzorg kunnen krijgen, dan zal ik vaker een		
- poliklinische bevalling adviseren	32	4
- klinisch kraambed adviseren	25	3

staat. Dit komt met name tot uiting
 doordat bij wijkkraamzorg de bezoeken
 aan het gezin meer tijd in beslag
 nemen (97%; 30/31), de verloskundige
 vaker wordt gebeld (74%; 23/31) en de
 verloskundige vaker een bezoek brengt
 (45%; 14/31). Ten aanzien van de soort
 verleende zorg vinden 24 verloskundi-
 gen (67%) dat deze verschilt tussen ge-
 zinnen met alleen wijkkraamzorg en
 gezinnen met volledige dagkraamzorg;
 deze verloskundigen geven bij wijk-
 kraamzorg meer informatie over borst-
 voeding (92%; 22/24), meer begelei-
 ding (67%; 16/24) en meer GVO (54%;
 13/24).

Verwachte consequenties volgens verloskundigen

Om een indruk te krijgen van de consequenties die voortkomen uit het verminderen van de hoeveelheid kraamzorg hebben 37 praktizerende verloskundigen hun mening gegeven over een aantal uitspraken. De resultaten hiervan zijn in tabel 2 weergegeven.

Op grond van deze gegevens kan allereerst worden geconcludeerd dat de meerderheid van deze verloskundigen het vanuit medisch oogpunt noodzakelijk vindt dat een kraamverzorgende meer dan 24 uur binnen het kraamgezin aanwezig dient te zijn. Op deze wijze wordt immers gewaarborgd dat de kraamvrouw voldoende rust, de kraamvrouw voldoende wordt begeleid en infecties tijdig kunnen worden opgespoord. Volgens deze verloskundigen zal er niet vaker een poliklinische bevalling en/of een klinisch kraambed worden geadviseerd. In dit opzicht is volgens deze verloskundigen dus geen substitutie te verwachten.

Naast deze uitspraken is aan de verloskundigen ook nog een aantal open vragen gesteld. De resultaten uit de tabel komen overeen met de antwoorden op de vraag: 'Wat zijn de voordelige gevolgen in die gevallen waarin alleen wijkkraamzorg wordt gegeven?' Op deze vraag wordt namelijk door de meeste verloskundigen aangegeven dat er geen voordeel bestaat, enkelen zien financiële voordelen of zien het als voordeel dat de kraamvrouw eerder zelfstandig wordt. Over de nadelige gevolgen die ontstaan wanneer alleen maar wijkkraamzorg wordt gegeven zijn de verloskundigen het ook eens: de kraamvrouw wordt te veel belast, komt te weinig toe aan rust waardoor de borstvoeding vaker zal mislukken en na het kraambed meer psycho-sociale problemen (post-natale depressies) zullen ontstaan. Volgens de verloskundigen zal de maatregel dus leiden tot kwaliteitsverlies binnen de thuiskraamzorg.

Aangezien is gevraagd naar verwachtingen omtrent de toekomst is het mogelijk dat in de antwoorden de *wenselijkheid* vanuit het perspectief van de verloskundigen doorklinkt. Nader onder-

zoek dient derhalve uit te wijzen in hoeverre deze antwoorden de werkelijkheid of de wenselijkheid weergeven.

Verwachte consequenties volgens de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen

Naast de verloskundigen is ook de mening van 25 hoofdverpleegkundigen op de afdeling kraamzorg in ziekenhuizen over verschillende uitspraken gevraagd. Allereerst blijkt dat in het werkgebied van bijna al deze afdelingen volledige dagkraamzorg (100%) en wijkkraamzorg (96%) voorkomen. Vervolgens geven de hoofdverpleegkundigen aan, dat vanuit de meeste afdelingen (72%) eerst wordt geïnformeerd naar de hoeveelheid kraamzorg die is geregeld. Tevens vinden de hoofdverpleegkundigen (evenals de verloskundigen) dat 24 uur thuiskraamzorg onvoldoende is om voldoende rust (80%) en psycho-sociale begeleiding (76%) van de kraamvrouw te waarborgen. Tenslotte wordt aangegeven, dat indien in de toekomst alleen nog maar wijkkraamzorg (24 uur) is te regelen, men dan verwacht dat moeder en baby langer in het ziekenhuis worden gehouden in de volgende situaties:

- als de baby een geboortegewicht heeft van rond de 2500 gram (68%),
- na een vacuüm- en/of tangverlossing (64%),
- als de baby spuugt (56%).

Aangezien is gevraagd naar verwachtingen en gezien het betrekkelijk geringe aantal afdelingen, kan niet zondermeer worden geconcludeerd dat een verschuiving optreedt van thuiskraamzorg naar kraamzorg in het ziekenhuis. Het is echter wel aannemelijk dat deze meningen een reflectie zijn van hetgeen leeft op de betreffende afdelingen in het ziekenhuis. Nader onderzoek dient meer helderheid te brengen in het vraagstuk over de ongewenste substitutie.

Slotbeschouwing

Uit bovenstaande blijkt, dat verschillende vragen nog onbeantwoord zijn gebleven: In hoeverre zal men zich aanvullend verzekeren voor de 'kraamverzorging' indien alleen de 'kraamver-

pleging' wordt AWBZ? In hoeverre stelde maatregel van kraamzorg huis? In hoeverre maatregel tot e werk van verloskundigen is een toename wachten als ongewenst treedt? En, last but not least, is er een krimp in thuiskraamzorg voorgestelde maatregel? Binnen de beperkingen van deze studie, om deze vragen momenteel slecht te beantwoorden, is informatie van de afdelingen onderzoek (onafhankelijk en ongewenst) halfveer noodzakelijk wat de specifiek thuiskraamzorg zondheidszorg, inmiddels heeft de afdeling van de thuiskraamzorg op te nemen de tijd aan onderzoek uit te voeren vloeiende resultaten ter ondersteuning voor het toekomst van de kraamzorg.

Noten

1. Ministerie van VWS. Brief van de afdeling Ziekteverzuim aan de Ziekenfondsen 1992, kenmerk VWS/Ministerie van WV.
2. Amelink, M. (1992) Kraamzorg, negatieve ervaringen. Tijdschr v Verlosk.
3. Jansen PGM, Meijs W, die naar de voorgestelde kraamzorg. Nederlandse Vereniging van Verloskundigen (VEL), 1993. Verkrijgbaar bij bus 1568, 3500 BN.
4. Nuijens W, Coenen H. Inzet 1989; 2: 117.
5. Kool van Langerak J, Dekker J, Curfs ECh. Kosten van ziekteverzuim met een verhoogde ziekteduur. Tijdschr Soc Gez 1992; 117.

uit te wijzen in termen de werkelijkheid weerge-

volgens de afdeling

en is ook de meerpleegkundigen zorg in ziekenhuizen uitspraken gedaan in het werk: afdelingen vol- (100%) en wijk- komen. Vervolpleegkundigen (beste afdelingen informeel naar zorg die is gere- hoofdverpleeg- (verloskundigen) amzorg onvol- le rust (80%) en ding (76%) van arborgen. Ten- n, dat indien in og maar wijk- te regelen, men ler en baby lan- worden gehou- aties: eboortegewicht 00 gram (68%), ftangverlossing

56%).

naar verwacht- etrekkelijk ge- , kan niet zon- ncludeerd dat edt van thuis- zorg in het zie- zel aannemelijk n reflectie zijn de betreffende huis. Nader on- lerheid te bren- re de ongewen-

t, dat verschil- antwoord zijn zal men zich oor de 'kraam- de 'kraamver-

pleging' wordt ondergebracht in de AWBZ? In hoeverre leidt de voorgestelde maatregel tot een verschuiving van kraamzorg thuis naar het ziekenhuis? In hoeverre leidt de voorgestelde maatregel tot een verzwaring van het werk van verloskundigen? In hoeverre is een toename van de kosten te verwachten als ongewenste substitutie optreedt? En, last but not least, in hoeverre is een kwaliteitsverlies van de thuiskraamzorg te verwachten door de voorgestelde maatregel?

Binnen de beperkte opzet van deze verkennende studie was het niet mogelijk om deze vragen te beantwoorden. Er is momenteel slechts weinig beleidsrelevante informatie beschikbaar op het gebied van de thuiskraamzorg. Nader onderzoek (onder andere naar kwaliteit en ongewenste substitutie) is derhalve noodzakelijk om aan te tonen wat de specifieke betekenis is van de thuiskraamzorg binnen de totale gezondheidszorg. Aangezien het kabinet inmiddels heeft besloten de behandeling van de plannen voor de thuiskraamzorg op te schorten tot 1996, is nu de tijd aanwezig een dergelijk onderzoek uit te voeren. De hieruit voortvloeiende resultaten zouden vervolgens ter ondersteuning kunnen dienen voor het toekomstig beleid ten aanzien van de kraamzorg.

Noten

1. Ministerie van WVC. Modernisering zorgsector. Brief van de staatssecretaris van WVC aan de Ziekenfondsraad dd. 14 december 1992, kenmerk VMP/VA-922263. Rijswijk: Ministerie van WVC
2. Amelink, M. (1993). Protesten tegen plan kraamzorg, negatieve substitutie verwacht. Tijdschr v Verlosk, mei 1993; 209-212
3. Jansen PGM, Meijer WJ. Verkennende studie naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1993. Verkrijgbaar bij het NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
4. Nuijens W, Collaris J. Marktonderzoek VNZ. Inzet 1989; 2: 3-14
5. Kool van Langenberghe HV, Kerssens JJ, Dekker J, Curfs EChr. De vraag naar een aanvullende ziektekostenverzekering bij patiënten met een verhoogd risico voor fysiotherapie. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1992; 70: 111-117

6. Wierda LF. "De keten is zo sterk als de zwakste schakel" - zonder thuiskraamzorg geen thuisbevalling. Bewerking van een lezing ter gelegenheid van het mini-symposium 'Kraamzorg in Amsterdam' (december 1988). Hilversum

7. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid. Kraamzorg verleend door de kraamcentra in de jaren 1975-1990. Rijswijk: GHI

8. Een verloskundige heeft dit onderdeel niet ingevuld waardoor het aantal respondenten op 36 komt.

Seks in de gynaecologie en verloskunde

Op vrijdag 15 april organiseert de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie (WPOG) een symposium waarin het onderwerp 'seksualiteit' van vele kanten belicht wordt. Er wordt aandacht besteed aan de problemen die kunnen ontstaan ten gevolge van medisch-verloskundig en/of gynaecologisch handelen. Ook komen problemen aan de orde die voortvloeien uit de specifieke levensfase waarin de vrouw zich bevindt (tijdens en na zwangerschap, in de loop van een fertiliteitsonderzoek, in climacterium enz.). De dag wordt ingeleid door Midas Dekkers die het fenomeen 'aantrekkingskracht' nader zal toelichten en vergelijkingen met de dierenwereld hierbij niet zal schuwen.

Omdat de WPOG die dag haar derde lustrum viert zal na het symposium een spetterend feest worden gehouden onder het motto 'de verleiding'. Nadere details over symposium en feestprogramma volgen nog. Plaats: Partycentrum Engels, Stationsplein, Rotterdam
Kosten: f 125,-; f 100,- voor leden WPOG; f 75,- voor verloskundigen in opleiding
Aanmelden en nadere informatie over het programma: Secretariaat WPOG, AMC afd. Verloskunde, H4-N, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.