

## Inhoudsopgave

	<b>blz.</b>
Samenvatting	
Uitgangspunten, inbreng van de vrouw, afweging van de hulpverlener	
1. Inleiding	1
2. Achtergronden	1
3. Taken en verantwoordelijkheden	2
4. Diagnostiek	3
5. Beleid	3
6. Belangrijke sites	5
7. Aandachtspunten voor bespreking in de regio	5
 Bijlagen:	
1. Totstandkoming	
2. Referenties	



## Samenvatting

- Routinematig wordt het Hb tweemaal bepaald in de zwangerschap: aan het begin en bij dertig weken. Bij zwangere vrouwen met een verhoogde kans op anemie wordt het Hb daarnaast ook bij twintig weken bepaald.
- Bij zwangere vrouwen van niet-Noord-Europese afkomst moet men bedacht zijn op een hemoglobinopathie.
- De verloskundige verwijst de zwangere vrouw voor nadere diagnostiek naar de huisarts:
  - indien bij de eerste zwangerschapscontrole  $Hb \leq 6$  mmol/l;
  - bij een MCV van  $< 70$  fl en  $> 100$  fl;
  - bij een normaal Hb en een te laag MCV;
  - als het Hb daalt na vier tot zes weken ijzertherapie.
- Een Hb lager dan 5,6 mmol/l geldt, ongeacht de zwangerschapsduur, als indicatie voor overleg met de gynaecoloog.
- Deze werkafspraken tussen huisartsen en verloskundigen vragen ook om afstemming met gynaecologen.



## **Uitgangspunten**

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA-V) Anemie tijdens zwangerschap en kraamperiode is het resultaat van overleg tussen huisartsen en verloskundigen over de zorg aan vrouwen tijdens zwangerschap en kraamperiode met (vermoeden van) anemie in de eerste lijn.
- In de LESA-V worden de taken beschreven die behoren tot het specifieke werkgebied van huisartsen en verloskundigen en welke behoren tot het gezamenlijke werkgebied. Daarnaast wordt aangegeven op welke momenten afstemming en/of samenwerking nodig is.
- Deze LESA-V geeft aandachtspunten die het overleg op lokaal of regionaal niveau kunnen structureren. Huisartsen en verloskundigen kunnen daarmee regionaal werkafspraken maken.

## **Inbreng van de vrouw**

Een LESA-V geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners. Doel van deze LESA-V is dat vrouwen tijdens zwangerschap en kraamperiode op het juiste moment de juiste zorg krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Huisarts en verloskundige stellen het beleid altijd vast in samenspraak met de vrouw. Zij houden daarbij rekening met haar specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA-V vermeld. Huisarts en verloskundige erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de vrouw en stemmen de voorlichting daarop af.

## **Afweging van de hulpverlener**

Een LESA-V geeft algemene aanbevelingen die de hulpverleners in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijke inzicht van de hulpverlener blijft echter van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA-V af te wijken.



## 1. Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA-V) Anemie tijdens zwangerschap en kraamperiode is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Deze LESA-V biedt huisartsen en verloskundigen een heldere en uniforme richtlijn, met het doel om in de eerste lijn optimale zorg te bieden aan zwangere vrouwen en aan vrouwen tijdens de kraamperiode met (vermoeden van) anemie. De LESA-V is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en waar nodig op consensusafspraken in de werkgroep; zij geeft aanbevelingen voor de samenwerking van huisartsen en verloskundigen bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van zwangere vrouwen en vrouwen tijdens de kraamperiode met (vermoeden van) anemie.

Bij de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Anemie, de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode en de KNOV-Standaard Anemie in de verloskundige praktijk<sup>1-4</sup>. Het Centre for Quality of Care Research (WOK) onderzocht de implementatie van de KNOV-Standaard Anemie in de verloskundige praktijk; de bevindingen en adviezen van dit onderzoekscentrum zijn gebruikt bij de totstandkoming van deze LESA-V.<sup>5</sup> De LESA-V houdt rekening met de verschillen in verantwoordelijkheden en taken tussen huisartsen en verloskundigen. Zij geeft algemene aanbevelingen, die regionaal verder aangescherpt kunnen worden om te komen tot concrete werkafspraken. Deze werkafspraken tussen huisartsen en verloskundigen vragen ook om afstemming met gynaecologen in de betreffende regio, zodat de continuïteit van zorg voor zwangere vrouwen en vrouwen tijdens de kraamperiode met (vermoeden van) anemie wordt gewaarborgd.

## 2. Achtergronden

### *Begrippen*

Anemie wordt gedefinieerd als een te laag hemoglobinegehalte (Hb), uitgaande van de referentiewaarden in tabel 1. In verband met de fysiologische hemodilutie hanteert men in de zwangerschap lagere referentiewaarden dan daarbuiten.<sup>6</sup>

*Tabel 1: Hb-referentiewaarden per zwangerschapsduur*

Tot en met 13 weken	7,1 mmol/l
14 tot en met 17 weken	6,8 mmol/l
18 tot en met 21 weken	6,5 mmol/l
22 tot en met 37 weken	6,3 mmol/l
Vanaf 38 weken	6,5 mmol/l
1 week postpartum	6,5 mmol/l
6 weken postpartum	6,8 mmol/l

De meest voorkomende oorzaken van anemie bij zwangere vrouwen zijn ijzergebrek en (minder frequent) foliumzuurtekort. De kans op (ijzergebreks)anemie is verhoogd bij zwangere vrouwen:

- met een slechte voedingsgewoonte;
- in de tienerleeftijd;
- met een nieuwe zwangerschap binnen een jaar na de vorige;
- met een meerlingzwangerschap.
- afkomstig uit of met (voor)ouders uit een land met een hoge prevalentie van hemoglobinopathie.

Bij zwangere vrouwen van niet-Noord-Europese afkomst moet men bedacht zijn op een hemoglobinoopathie, bijvoorbeeld (dragerschap van) sikkelcelanemie en thalassemie.<sup>7</sup> Zwangere vrouwen met een homozygote sikkelcelziekte of thalassemie zijn doorgaans al bekend in het medische circuit en worden verwezen naar de gynaecoloog. Dragerschap van sikkelcelziekte geeft geen aanleiding tot anemie, behalve in combinatie met alfa-thalassemie, en dat geldt voor 20% van de Nederlandse dragerspopulatie.

Per 1 januari 2007 worden alle pasgeborenen via de hielprik gescreend op dragerschap van sikkelcelziekte.

### *Epidemiologie*

De incidentie en prevalentie van anemie in de zwangerschap zijn niet goed bekend. Afhankelijk van de gehanteerde definitie komt ijzergebreksanemie in het eerste trimester van de zwangerschap voor bij 1 tot 4% van de zwangere vrouwen. Over de prevalentie van ijzergebreksanemie later in de zwangerschap is geen uitspraak te doen omdat ijzersuppletie, die in veel landen routinematig wordt verstrekt, de prevalentiecijfers verstoort.

Hemoglobinoopathie komt voor bij naar schatting 4 tot 14% van de van oorsprong niet-Noord-Europese inwoners van Nederland.<sup>8</sup>

### *Uitgangspunten*

De verloskundige of de (verloskundig actieve) huisarts bepaalt bij een normaal verlopende zwangerschap als regel het Hb tweemaal: bij de eerste controle en rond dertig weken zwangerschap, wanneer de hemodilutie maximaal is. Daarnaast wordt bij zwangere vrouwen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van een (ijzergebreks)anemie het Hb ook rond twintig weken bepaald. Mocht behandeling van de ijzergebreksanemie nodig zijn, dan schrijft de verloskundige of de (verloskundig actieve) huisarts ijzerpreparaten voor.

Huisarts en verloskundige gebruiken de *Verloskundige Indicatielijst* bij het stellen van een indicatie voor verwijzing in verband met anemie naar de tweede lijn.<sup>9</sup>

## **3. Taken en verantwoordelijkheden**

De huisarts en de verloskundige zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de navolgende taken bij (een vermoeden van) anemie bij een zwangere vrouw of bij een vrouw tijdens de kraamperiode:

- anamnese en zo nodig lichamelijk onderzoek;
- Hb-bepaling (laten) verrichten en indien nodig nader aanvullend diagnostisch onderzoek aanvragen om de oorzaak van een laag Hb op te sporen;
- voorlichting geven;
- de anemie behandelen;
- het effect van de ingestelde behandeling controleren;
- verwijzen bij een afwijkende oorzaak of beloop van de anemie;
- de relevante gegevens overdragen aan de betrokken hulpverleners.

Hierna worden deze taken en verantwoordelijkheden verder uitgewerkt.

## 4. Diagnostiek

### *Anamnese*

Vrouwen uiteten tijdens de zwangerschap en in de kraamperiode tot zes weken postpartum vaak klachten die aan anemie kunnen worden toegeschreven, zoals vermoeidheid, kortademigheid en tachycardie. Doorgaans hebben deze klachten geen relatie met het hemoglobinegehalte, maar ze kunnen wel aanleiding zijn voor nadere diagnostiek. De anamnese geeft aan of de zwangere tot een risicogroep behoort voor het krijgen van anemie en of er sprake kan zijn van een hemoglobinopathie.

### *Aanvullend diagnostisch handelen*

Het bloedonderzoek bestaat uit Hb-bepaling in de eigen praktijk of in het (huisartsen)laboratorium. Als het Hb lager is dan de referentiewaarden in tabel 1, vraagt de huisarts of de verloskundige zelf het MCV aan. Sommige laboratoria rapporteren bij een Hb-aanvraag altijd ook het MCV, maar de meeste (huisartsen)laboratoria bepalen standaard het MCV pas wanneer het Hb afwijkend blijkt.<sup>10</sup> Nadere diagnostiek door de huisarts bestaat uit:

- de bepaling van ferritine, reticulocyten, leukocyten, trombocyten en LDH, en bij een macrocytaire anemie tevens vitamine B<sub>12</sub> en foliumzuur;
- onderzoek naar hemoglobinopathie bij risicogroepen.

## 5. Beleid

Een Hb < 5,6 mmol/l, ongeacht de zwangerschapsduur, gaat samen met een grotere kans op pathologie en slechtere zwangerschapsuitkomsten en geldt om die reden als overlegindicatie met de gynaecoloog.<sup>9</sup>

De verloskundige verwijst de zwangere naar de huisarts indien bij de eerste zwangerschapscontrole een Hb gevonden wordt van 6 mmol/l of lager.

Sommige laboratoria rapporteren bij elke Hb-aanvraag het MCV, dus komt soms de combinatie van een normaal Hb en een te laag MCV voor. De verloskundige verwijst een zwangere vrouw met deze uitslag naar de huisarts voor verder beleid.

Bij een gebleken anemie wordt het verdere beleid ingezet op basis van het MCV.

Bij een normocytaire anemie (MCV tussen 80 fl en 100 fl) is er waarschijnlijk sprake van fysiologische hemodilutie in de zwangerschap en wordt een Hb-controle na vier tot zes weken afgesproken.

De verloskundige verwijst zwangere vrouwen met macrocytaire anemie (MCV > 100 fl) naar de huisarts voor verdere diagnostiek. Foliumzuurgebrek is de meest waarschijnlijke oorzaak van macrocytaire anemie. Vitamine-B<sub>12</sub>-gebrek komt weinig voor in de zwangerschap.

De verloskundige verwijst ook zwangere vrouwen met microcytaire anemie en een MCV < 70 fl naar de huisarts. Microcytaire anemie met een MCV < 70 fl kan wijzen op een ernstige ijzerebreksanemie maar ook op dragerschap van hemoglobinopathie of op een chronische ziekte.

Een zwangere vrouw met microcytaire anemie en een MCV tussen 70 fl en 80 fl heeft waarschijnlijk ijzerebreksanemie. De verloskundige (of de verloskundig actieve huisarts) schrijft de vrouw daarom een ijzerpreparaat voor. Blijft het Hb van de zwangere vrouw ook na deze behandeling dalen, dan verwijst de verloskundige de vrouw naar de huisarts voor verdere diagnostiek. Een normaal ferritinegehalte (> 10 µg/l) kan dan wijzen op hemodilutie maar kan bij vrouwen uit de risicogroepen ook het gevolg zijn van dragerschap van hemoglobinopathie. Dat kan bevestigd worden door een HPLC (*high performance liquid chromatography*), of door Hb-elektroforese als een

HPLC nog niet mogelijk is. Bij alfa-thalassemie is een diagnostische bevestiging op DNA-niveau nodig.

### *Voorlichting*

De beste preventie van ijzergebreksanemie is een goede en gevarieerde voeding. De absorptie van ijzer is onder andere afhankelijk van de aanwezigheid van stimulerende of remmende elementen in de voeding. Antacida die in de zwangerschap vaak gebruikt worden in verband met bovenbuikkachten, diverse melkproducten, thee en koffie verminderen de absorptie van ijzer; vitamine C bevordert de absorptie.

Ter ondersteuning van de voorlichting geeft de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts bij het consult patiëntenbrieven mee aan de patiënt. De belangrijkste websites waar dit materiaal te verkrijgen is, staan vermeld aan het eind van deze LESA-V.

### *Behandeling*

De eerste keus bij de behandeling van ijzergebreksanemie is ferrofumaraat 200 mg (= 65 mg ferro), tweemaal daags één tablet in te nemen een halfuur voor het eten of driemaal daags één tablet tijdens of vlak na de maaltijd. Degene die het ijzerpreparaat voorschrijft, geeft voorlichting over de bijwerkingen. Bij anemie door foliumzuure gebrek schrijft de huisarts éénmaal daags twee tablet(ten) 0,5 mg foliumzuur voor.

Na vier tot zes weken wordt geëvalueerd of de medicatie het gewenste effect heeft. Indien het Hb stabiel blijft of stijgt, wordt de therapie voortgezet. Indien het Hb daalt, verwijst de verloskundige de zwangere vrouw naar de huisarts, waarna deze verder onderzoek doet. Bij normalisatie van het Hb wordt de ijzermedicatie nog zes weken in gehalveerde dosering gecontinueerd om de ijzerreserves aan te vullen. Na de partus wordt de inname van ijzerpreparaten enkele dagen onderbroken en pas voortgezet wanneer de ontlasting weer op gang is gekomen.

### *Anemie in de kraamperiode*

Bij klachten in de kraamperiode die ernstige ijzergebreksanemie doen vermoeden (bijvoorbeeld collaberen, tachycardie en extreme vermoeidheid) verricht de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts een lichamelijk onderzoek naar eventuele onderliggende oorzaken en bepaalt dan zonodig het Hb.

Bij alle vrouwen die rond de partus ijzermedicatie gebruiken en vrouwen met fluxus postpartum (> 1000 cc bloedverlies) die geen bloedtransfusie hebben gehad, bepaalt de verloskundige of verloskundig actieve huisarts het Hb aan het eind van de kraamperiode (op de zevende of achtste dag). Bij vrouwen die in de kraamperiode ijzersuppletie hebben gebruikt, bepaalt de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts het Hb zes weken postpartum opnieuw.

### *Samenwerking met de tweede lijn*

Verloskundigen en huisartsen spreken per regio af hoe zij concreet zullen samenwerken met de tweede lijn. Daarbij volgen ze de *Verloskundige Indicatielijst*.<sup>9</sup> Deze lijst bevat twee zogeheten B-criteria die aanleiding zijn tot overleg met een gynaecoloog: een Hb onder de 5,6 mmol/l en hemoglobinopathie. Verwijzing naar een gynaecoloog is noodzakelijk in geval van een homozygote hemoglobinopathie.

Indien een zwangere vrouw drager blijkt te zijn van een hemoglobinopathie, is dit een indicatie om ook haar partner te onderzoeken op dragerschap van hemoglobinopathie. Indien de partner eveneens drager blijkt te zijn, verwijst de huisarts of de verloskundige het echtpaar naar een klinisch-genetisch centrum voor risicoanalyse, counseling en desgewenst prenatale diagnostiek.

## 6. Belangrijke sites

- Ter ondersteuning van de (voedings)voorlichting geeft de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts tijdens het consult de folder *Zwanger! Algemene informatie* aan de zwangere mee. De folder is te downloaden via <http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/bloedonderzoek/folder>, of gratis te bestellen bij de Landelijke Vereniging van Entadministraties (bestelformulier op <http://www.entadministraties.nl/pps/zwanger.html>). Ook via de website van het NHG zijn consultondersteunende patiëntenbrieven te downloaden (<http://www.nhg.org> > Patiëntenvoorlichting).
- Informatie over hemoglobopathieën is te vinden op de website van het Hemoglobopathieën Laboratorium van het LUMC: <http://www.hbpinfo.com>
- OSCAR, Organisation for Sickle Cell Anemia Relief, is een multi-etnische stichting voor patiënten en dragers van sikkelcelanemie en thalassemie. Op de website is een patiëntenfolder in zestien verschillende talen gratis te downloaden: <http://www.sikkelcel.nl>.
- Voor kinderen en jongeren is er een speciale informatiesite over hemoglobopathie: <http://www.ikhebsikkelcel.nl>.

## 7. Aandachtspunten voor bespreking in de regio

- Welke afspraken gelden voor het controlebeleid in het eerste trimester? De zwangere vrouw bepaalt zelf waar het eerste zwangerschapsconsult zal plaatsvinden. Huisarts en verloskundige maken werkafspraken welke controles gedaan moeten worden, zodat de continuïteit van zorg voor de vrouw gewaarborgd is.
- Hoe verloopt de (elektronische) informatieoverdracht met betrekking tot anemie tussen huisarts en verloskundige, en hoe kan deze verbeterd worden? Met name het voorschrijven van medicatie tijdens de zwangerschap vereist zorgvuldige communicatie.
- Wat is de plaats van (voedings)voorlichting bij (ijzergebreks)anemie?
- Hoe verloopt de samenwerking met de tweede lijn en, indien nodig, hoe kan deze verbeterd worden? Afspraken met gynaecologen over de inhoud en implementatie van deze LESA-V zullen leiden tot een eenduidig beleid bij vrouwen tijdens zwangerschap en kraamperiode met (vermoeden van) anemie. Met dat doel kan de LESA-V besproken worden in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). In deze samenwerkingsverbanden, die vaak zijn opgezet in het adherentiegebied van een ziekenhuis, bespreken verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen het regionale verloskundige beleid. Om deze LESA-V goed te kunnen bespreken en regionale werkafspraken te kunnen maken zou een VSV (tijdelijk) kunnen worden uitgebreid met (een afvaardiging van) de huisartsen uit het adherentiegebied.
- Wat is het diagnostisch beleid wanneer men dragerschap van een hemoglobopathie vermoedt, en hoe draagt men zorg voor een tijdige diagnose?



## Bijlage 1

## Totstandkoming

In januari 2006 startte een werkgroep van huisartsen en verloskundigen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen. Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: J.H. Oldenziel, N. van Egmond, S.M. Labots-Vogelesang en dr. W.H.J.M. Verstappen, allen huisarts. Namens de KNOV hadden zitting: M. Schippers-van Mourik, M.J. van Luin, drs. A. van Laere, S.M.P.J. Jans, MSc, allen verloskundige.

De belangrijkste discussiepunten waren:

- de huidige samenwerking tussen verloskundigen en huisartsen;
- de betekenis van deze LESA-V voor verloskundig actieve huisartsen;
- de (geringe) verschillen tussen de beide standaarden;
- het diagnostisch beleid bij anemie en de waarde van MCV-bepaling en andere aanvullende diagnostiek;
- het vóórkomen van hemoglobinoopathie;
- de samenwerking met de tweede lijn.

In december 2006 is een conceptversie ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden). De KNOV heeft de conceptversie voorgelegd aan een selectie van twaalf verloskundigen. Van tien huisartsen en tien verloskundigen werd commentaar ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: D.O.A. Daemers, M.P. Amelink-Verburg, beiden verloskundige; dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, dr. M. van Wijk, beiden huisarts; dr. J.H. Schagen van Leeuwen, gynaecoloog; dr. P.C. Giordano, klinisch geneticus. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA-V inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In februari 2007 is de concepttekst bestuurlijk vastgesteld door het NHG en de KNOV. De coördinatie was in handen van dr. W.H.J.M. Verstappen (NHG), P.M. Offerhaus en S.M.P.J. Jans, MSc (KNOV).

S. Flikweert, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA-V.

Via het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO, [www.neonetwerk.nl](http://www.neonetwerk.nl)) heeft het ministerie van VWS door subsidiëring de totstandkoming van de LESA Anemie tijdens zwangerschap en kraamperiode mogelijk gemaakt.

© 2007 Nederlands Huisartsen Genootschap en Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.



## Bijlage 2

## Referenties

- <sup>1</sup> Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk. KNOV-Standaard. Bilthoven/Leiden: KNOV/TNO-PG, 2000. Ook te raadplegen via <http://www.knov.nl> (> Kwaliteit > Richtlijnen beroepsuitoefening > KNOV-standaarden).
- <sup>2</sup> Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk. KNOV-Standaard. Bilthoven/Leiden: KNOV/TNO-PG, 2000. Ook te raadplegen via <http://www.knov.nl> (> Kwaliteit > Richtlijnen beroepsuitoefening > KNOV-standaarden).
- <sup>3</sup> Oldenziel JH, Flikweert S, Daemers DOA, Groenedijk B, Lo Fo Wong SH, Wiersma Tj. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2003;46:369-87. Ook te raadplegen via <http://www.nhg.org>.
- <sup>4</sup> Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Silverentand WGJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. Huisarts Wet 2003;46:21-9. Ook te raadplegen via <http://www.nhg.org>.
- <sup>5</sup> Offerhaus P, Fleuren M, Wensing M. De impact van de eerste KNOV-Standaard voor eerstelijnsverloskundigen. Nijmegen/Leiden: Centre for Quality of Care Research (WOK)/TNO, 2003.
- <sup>6</sup> De werkgroep heeft gekozen voor deze tabel uit de KNOV-Standaard. De tabel is ook opgenomen in het Verloskundig Vademecum. De referentiewaarden zijn dezelfde als die in de iets eenvoudiger, meer op de dagelijkse huisartsenpraktijkgerichte tabel uit de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode, maar de indeling in perioden wijk
- <sup>7</sup> De werkgroep heeft een zorgvuldige afweging gemaakt met betrekking tot etniciteit en de afbakening van de risicogroep voor hemoglobinoopathie. Geen enkele definitie bleek allesomvattend. De werkgroep heeft uiteindelijk gekozen voor de term 'van niet-Noord-Europese afkomst'. Zie ook: Agyemang C, Bhopal R, Bruijnzeels M. Negro, Black, Black African, African Caribbean, African American or what? Labelling African origin populations in the health arena in the 21st century. J Epidemiol Community Health 2005;59:1014-8.  
Bhopal R, Donaldson L. White, European, Western, Caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health. Am J Public Health 1998;88:1303-7.
- <sup>8</sup> Giordano PC, Hartevelde CL. Preventie van erfelijke hemoglobinoopathieën in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 2006;150:2137-41.
- <sup>9</sup> College voor Zorgverzekeringen. Verloskundig vademecum. Diemen, 2003. Ook te raadplegen via [http://www.cvz.nl/resources/verloskundig-vademecum\\_2003\\_tcm28-18807.pdf](http://www.cvz.nl/resources/verloskundig-vademecum_2003_tcm28-18807.pdf).
- <sup>10</sup> Van Balen JAM, Van Suijlen JDE, Rutten WPF, Flikweert S, Guldmond FI, Hens JJH, et al. Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. Huisarts Wet 2005;48:674-82. Ook te raadplegen via <http://www.nhg.org>

