
Zorgpad Ongecontroleerde graviditeit

VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden

Door/Auteurs:	G. Biemond – Van Lagen C.J.P. Hoek - Nijssen L.A. Huivenaar
Beherende afdeling:	Afdeling Verloskunde
Eigenaar:	M. Zonneveld, teamleider verloskunde
Beoordelaar:	dr. M. de Vries, gynaecoloog
Status:	Definitief
Versie/laatst aangepast:	april 2020

Disclaimer:

- Dit zorgpad is met de grootst mogelijke zorg opgesteld op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Leiderdorp en Leiden e.o.
- Dit zorgpad kan en mag gebruikt worden door: alle leden van het VSV Alrijne Leiderdorp en VSV Leiden en alle partners in de keten.
- Dit zorgpad is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontleen aan de inhoud hiervan.

Inhoud

Disclaimer:	2
Inhoud	3
Zorgpad	4
1. Inleiding	5
1.1. Introductie	5
1.2. Algemene opmerkingen	5
2. Zorgpad kwetsbare zwangere	6
2.1. Werkwijze Prenataal	6
2.2. Werkwijze Nataal	6
Bronnen/referenties	8
Bijlage 1: Zorgpad	9

Zorgpad

Cliënte komt op

Is mw. zwanger?
- Uitwendig onderzoek
- Cortonen luisteren.
- ELM bekend?

Niet zwanger

Preconceptiezorg aanbieden, indien kinderwens.

<18 weken

Intake, zwangerschapstest en echo termijnbepaling.

Zelfde traject als alle zwangeren.

18-22 weken

Intake, echo termijnbepaling, evt. SEO afspreken + herhaling echo termijnbepaling na 2 weken.

Gemiddelde van twee groeimetingen aanhouden; **VIL A.**

Zelfde traject als alle zwangeren.

22-28 weken

Intake, echo termijnbepaling (+vruchtwatermeting), evt. late SEO afspreken + herhaling echo termijnbepaling na 2 weken.

Metingen conform normale groeicurve; **VIL A.**

Metingen niet conform normale groeicurve of afwijkend; **Consult 2^e lijn.**

Zelfde traject als alle zwangeren.

VIL B; Overleg over verdere begeleiding.

>28 weken

Intake, echo termijnbepaling, overdracht 2^e lijn.

Is mw. aan het bevallen?
- Weeën?
- Gebroken vliezen?

Indien nog mogelijk, overdracht 2^e lijn.

Zelf bevalling doen, ambulance regelen, gynaecoloog/kinderarts inlichten. Postpartum direct overdracht 2^e lijn.

Let op! Hep B status moeder binnen 2 uur post partum bekend en HIV binnen 6 uur anders immunoglobulinen of anti HIV medicatie overwegen.

1. Inleiding

1.1. Introductie

De prevalentie van laat in zorg komen, na veertien weken zwangerschap, is 17,9% (Posthumus et al., 2014).

Laat in zorg komen is geassocieerd met een hoger risico op ongunstige geboorte uitkomsten zoals solutio placentae, chorio-amnionitis, premature partus, laag geboorte gewicht, foetale en neonatale sterfte (Raatikainen et al., 2007).

Veel benoemde risico factoren [voor laat in zorg komen](#), binnen internationale studies, zijn: [een alleenstaande moeder](#), [een jonge leeftijd van moeder](#), [maternaal onderwijs minder dan 5 jaaren moeder met minder dan vijf jaar onderwijs](#), slechte beheersing van de taal, multipariteit, ongeplande en ongewenste graviditeit [en](#) onverzekerd zijn. Gebrek aan kennis over het westerse gezondheidszorg systeem en slechte beheersing van de taal zijn belangrijke factoren voor inadequaat gebruik van prenatale zorg onder niet-Westerse vrouwen (Boerleider et al., 2013).

Een accurate bepaling van de zwangerschapsduur reduceert het aantal inleidingen in verband met serotiniteit en kan helpen bij het reduceren van perinatale mortaliteit en morbiditeit door het tijdig herkennen van vroege intra-uteriene groeirestrictie of macrosomie (Pakjrt, 2011). Het doel van deze richtlijn is dan ook het bewerkstelligen van een eenduidige manier van termijnbepaling en het hanteren van eenduidige referentiecurven voor een datering van de zwangerschap.

1.2. Algemene opmerkingen

Toepassingsgebied

Deze richtlijn is van toepassing op alle zwangeren die later in zorg komen dan wat wenselijk is om verloskundige zorg te kunnen leveren volgens de geldende richtlijnen in Nederland.

Doelstellingen

Het doel van deze richtlijn is de verloskundige zorgverlener in staat te stellen zorg te leveren die morbiditeit en mortaliteit reduceert in de genoemde doelgroep.

Hulpmiddelen

Praktijkaart

2. Zorgpad kwetsbare zwangere

2.1. Werkwijze Prenataal

Intake

De intake verloopt zoals bij iedere zwangere. Er dient daarnaast extra aandacht te worden besteed aan de reden dat de zwangere laat in zorg komt, cave sociale problematiek. Zo nodig laagdrempelig een consult 2^e lijn aanvragen.

Echo datering van zwangerschap

Richtlijn NVOG

- Geadviseerd wordt om vanaf 13 weken AD ook altijd de DBP en de HC te meten.
- Vanaf een HC > 80 mm (en/of een DBP > 23 mm) wordt de zwangerschap gedateerd op basis van HC en niet op basis van CRL.

Zwangerschapsdatering > 18 wkn

- Vanaf 18 weken kan de zwangerschap ook gedateerd worden op basis van de TCD. Indien na 18 weken de datering op basis van de HC blijkt te verschillen van de datering op basis van TCD dan gebruikt men de gemiddelde zwangerschapsduur gegenereerd door beide metingen. Bovendien wordt in dat geval geadviseerd om de datering 2 weken later te herhalen.

De VIL (College voor Zorgverzekeringen, 2003) zegt het volgende over onzekere zwangerschapsduur bij >20 weken amenorroe:

“Bij een zwangere die bij de eerste controle verder lijkt dan 22 weken, maar bij wie betrouwbare gegevens over de zwangerschapsduur ontbreken, is tweemaal uitgebreide foetale biometrie geïndiceerd (DBP, HC, AC en FL), in combinatie met beoordeling van de hoeveelheid vruchtwater, met een interval van 2 tot 3 weken. Als de resultaten van de metingen conform de normale groeicurven zijn, mag worden aangenomen dat die in de buurt van de p 50 liggen. Een zwangerschapsduur is dan daarop vast te stellen. Als de metingen niet conform de normale curven zijn, de hoeveelheid vruchtwater afwijkend lijkt, of de metingen anderszins niet eenduidig zijn, is een consult nodig”.

Als de metingen ~~iem~~ in combinatie met de hoeveelheid vruchtwater afwijken, wordt uitgegaan van een IUGR en is een consult/overdracht aan 2^e lijn geïndiceerd.

2.2. Werkwijze Nataal

Dit kopie is van toepassing op de zwangere die nergens tijdens de zwangerschap onder controle is geweest en zich meldt voor de bevalling. De aandacht gaat in eerste instantie uit naar de voortgang van de partus. Echter moet er ook aandacht zijn voor de geschatte zwangerschapsduur. Het lijkt niet zinvol hierbij een andere termijn met betrekking tot remmen te hanteren. Pas na de partus zullen vervolgstappen ondernomen worden.

Fase 1: Signaleren

- In het medisch dossier is geen informatie te vinden over controle van de zwangerschap;
- Patiënt geeft aan niet onder controle te zijn geweest bij verloskundige/gynaecoloog;
- Bij de patiënt wordt een venapunctie afgenomen ter controle van HIV, Lues en Hepatitis en bloedbeeld: CRP hb, ht, trombo's, leuco.s diff, bloedgroep met irreguliere antistoffen, lever en nierfunctie;
- Inventariseren mogelijke achterliggende problematiek;
- Zo mogelijk 2^e lijns partus.

Fase 2: Inventariseren

- Anamnese afnemen;
- Informatie inwinnen bij de instelling waar mogelijk nog een zwangerschapscontrole gedaan is;
- Informatie inwinnen bij de huisarts.

Fase 3: Handelen

- Klinisch kraambed regelen;
- HIV en Hep B status is belangrijk. Hier moet ongeacht het tijdstip van bevallen een laborant en apotheker voor in huis komen:
 - Binnen 2 uur post partum neonat vaccineren met Hep B immunoglobulinen indien status moeder niet bekend is.
 - Binnen 6 uur beginnen met anti HIV medicatie bij de baby als de status van moeder onbekend is.
- Observatielijst hechting moeder en kind hanteren. Bijvoorbeeld TNO checklist vroeg signalering in de kraamtijd https://www.tno.nl/media/1018/tno-gl-h-11-05-13checklist_a41.pdf;
- Op indicatie Finnegan score;
- Op indicatie bij de baby urinecontrole m.b.t. drugs;
- Advies vragen/melden bij Veilig Thuis [en/of bespreken in een MDO kwetsbare zwangere bespreking: 010-4128110](#);
- Consult kinderarts op indicatie;
- Kraamzorg regelen;
- Centrum voor Jeugd en Gezin inlichten;
- Overdracht huisarts;
- Overdracht 1ste lijnverloskundige en kraamzorg

Fase 4: Registratie

[Zorg ten](#)Te allen tijde [voor](#) goede documentatie van de stand van zaken en [noteer](#) de gemaakte afspraken in de medische status [noteren](#).

Complicaties

Een mogelijke complicatie bij het laat in zorg komen is een onjuiste inschatting van de zwangerschapsduur waardoor er een verhoogde kans is op:

- Inleidingen in verband met serotiniteit;
- Intra-uteriene groei restrictie;
- Macrosomie;
- Perinatale morbiditeit;
- Perinatale mortaliteit.

Bronnen/referenties

Pakjrt, E. (2011). Datering van de zwangerschap. Opgeroepen op 12-01-2016 van: http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=27809&richtlijn_id=896

Posthumus AG, Schölerich VLN, Steegers EAP et al. (2014) The Association of Ethnic Minority Density with Late Entry into Antenatal Care in the Netherlands. Opgeroepen op 12-01-2016 van: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0122720#pone.0122720.ref007>.

Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. (2007). Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. Opgeroepen op 12-01-2016 van: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-268>

Boerleider AW, Wiegers TA, Mannien J, Francke AL, Deville WL. (2013). Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. Opgeroepen op 12-01-2016 van: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-81>

College voor Zorgverzekeringen (2003). Verloskundige Indicatie Lijst. Opgeroepen op 12-01-2016, van KNOV: <http://europe.obyn.net/nederland/richtlijnen/vademecum2003.pdf>

KNOV: <https://www.knov.nl/werk-en-organisatie/tekstpagina/512-3/wet-verplichte-meldcode-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling/hoofdstuk/1234/knov-meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld/>

**Bijlage 1:
Zorgpad**

Cliënte komt op

Is mw. zwanger?
- Uitwendig onderzoek
- Cortonen luisteren.
- ELM bekend?

Niet zwanger

Preconceptie zorg aanbieden, indien kinderwens.

<18 weken

Intake, zwangerschapstest en echo termijnbepaling.

Zelfde traject als alle zwangeren.

18-22 weken

Intake, echo termijnbepaling, evt. SEO afspreken + herhaling echo termijnbepaling na 2 weken.

Gemiddelde van twee groeimetingen aanhouden; **VIL A.**

Zelfde traject als alle zwangeren.

22-28 weken

Intake, echo termijnbepaling (+vruchtwatermeting), evt. late SEO afspreken + herhaling echo termijnbepaling na 2 weken.

Metingen conform normale groeicurve; **VIL A.**

Metingen niet conform normale groeicurve of afwijkend; **Consult 2^e lijn.**

Zelfde traject als alle zwangeren.

VIL B; Overleg over verdere begeleiding.

>28 weken

Intake, echo termijnbepaling, overdracht 2^e lijn.

Is mw. aan het bevallen?
- Weeën?
- Gebroken vliezen?

Indien nog mogelijk, overdracht 2^e lijn.

Zelf bevalling doen, ambulance regelen, gynaecoloog/kinderarts inlichten. Postpartum direct overdracht 2^e lijn.

- Klinische partus overwegen, afhankelijk van termijn en reden laat in zorg;
- Klinisch kraambed regelen;
- Observatielijst hechting moeder en kind hanteren. Bijvoorbeeld TNO checklist vroeg signalering in de kraamtijd https://www.tno.nl/media/1018/tno-gl-h-11-05-13checklist_a41.pdf ;
- Op indicatie Finnegan score;
- Op indicatie bij de baby urinecontrole m.b.t. drugs;
- Toestemming vragen om casus te bespreken in MDO;
- Advies/melden vragen Veilig Thuis 010-4128110;
- Consult kinderarts op indicatie;
- Kraamzorg regelen;
- Centrum voor Jeugd en Gezin inlichten;
- Overdracht huisarts;
- Overdracht 1ste lijnverloskundige en kraamzorg.

