
Zorgpad Ongecontroleerde graviditeit

VSV Rijn & Bollen

Door/Auteurs:	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:	versie 3.0
Laatst aangepast:	januari 2025

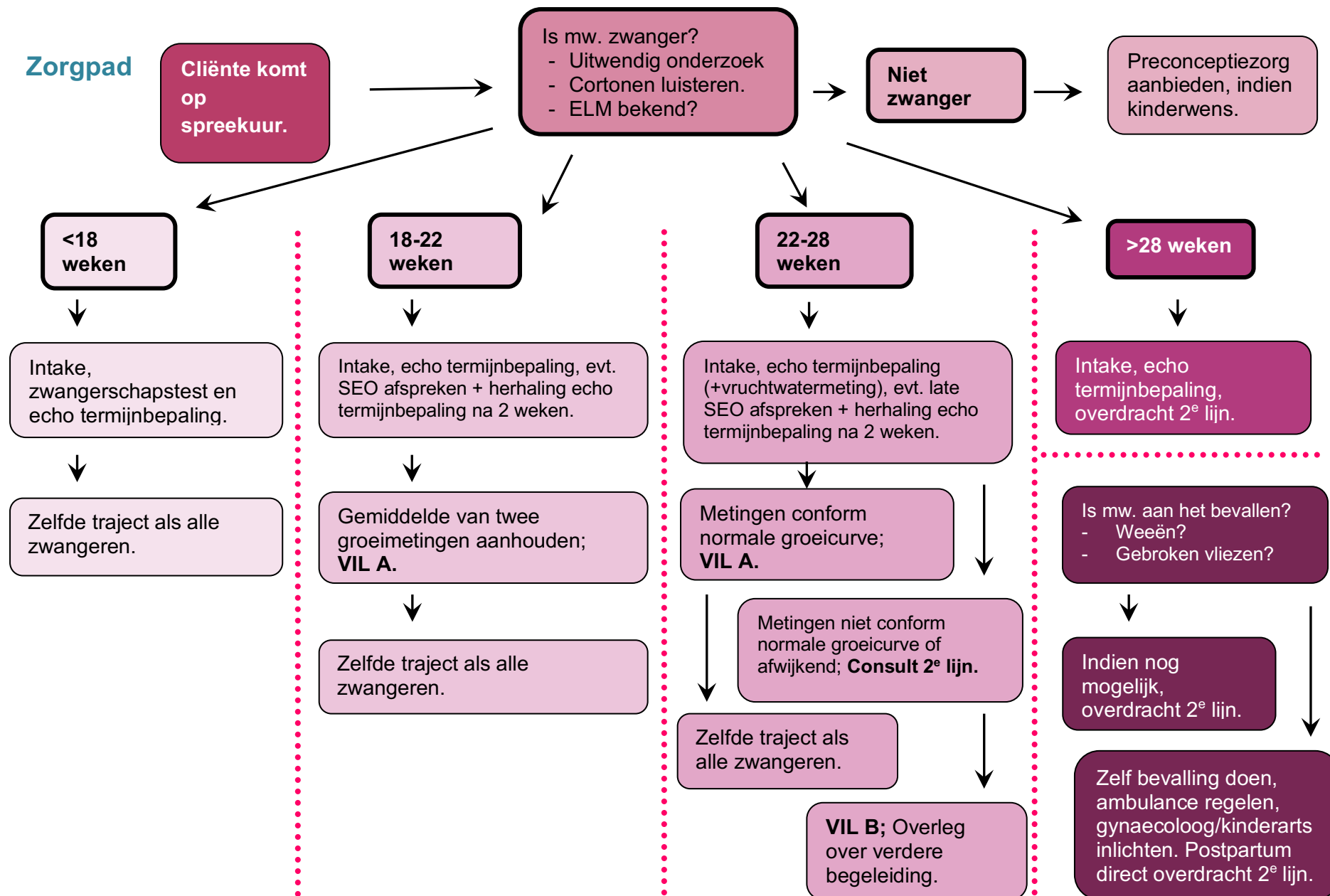
Disclaimer:

- 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 VSV Rijn & Bollen en alle partners in de keten.
- Dit zorgpad is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontlenen aan de inhoud hiervan.

Inhoud

Werkgroep:	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
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



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, een 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 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 kopje 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;
- 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;
- Volg de stappen van de meldcode, van jouw organisatie Ga na of deze ongecontroleerde zwangerschap signaal is voor achterliggende problematiek. Bespreek zorgen met pt. Maak ahv afwegingskader van de meldcode 2 beslissingen: Is melden noodzakelijk?
- Is hulp organiseren mogelijk?
- Advies vragen/melden bij Veilig Thuis [en/of bespreken in een MDO kwetsbare zwangere bespreking](#);
- Consult kinderarts op indicatie;
- Kraamzorg regelen;
- Centrum voor Jeugd en Gezin inlichten;
- Overdracht huisarts;
- Overdracht 1ste lijnverloskundige en kraamzorg

Fase 4: Registratie

[Zorg ten](#) 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, Schölmerich 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>.

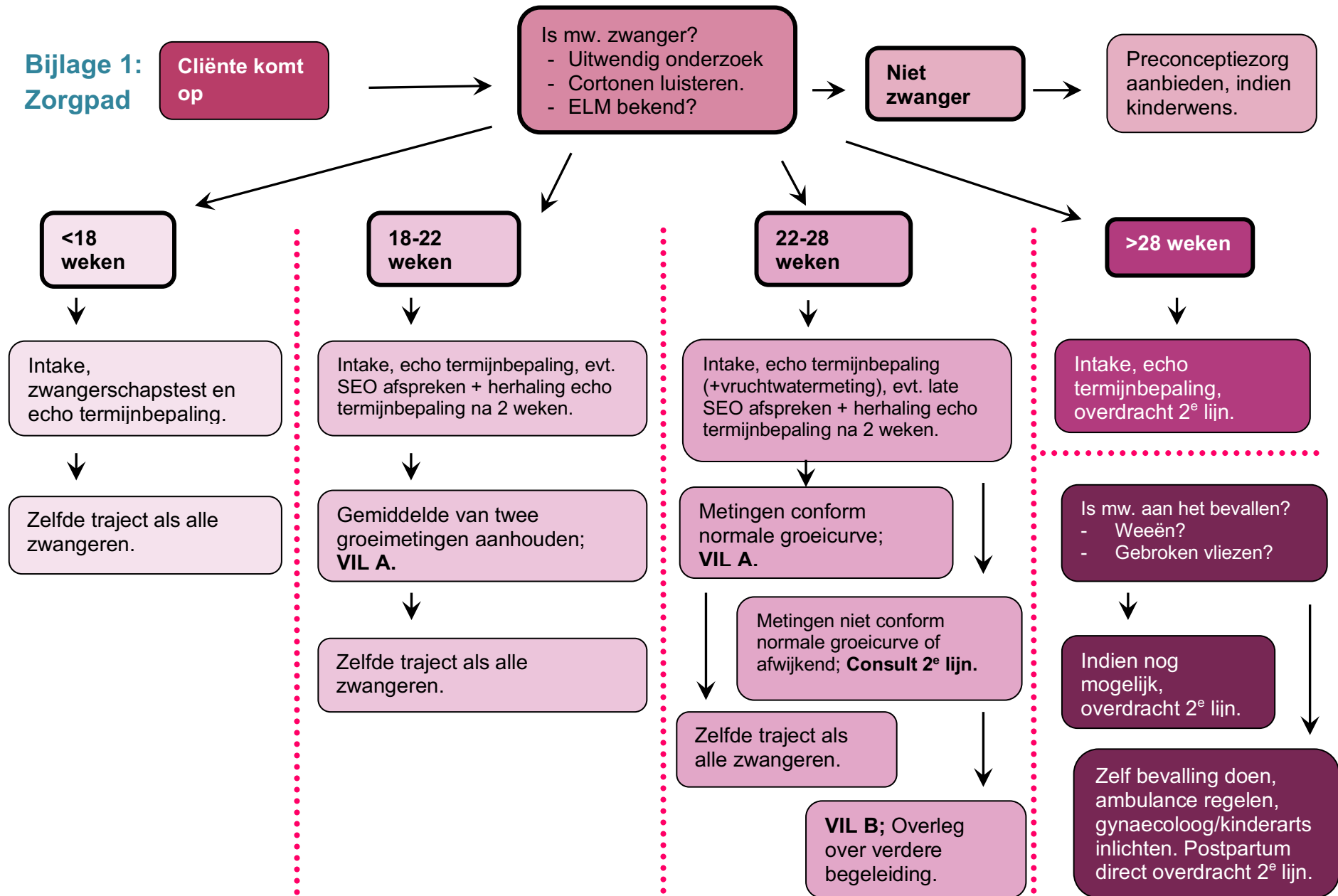
Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. (2007). Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. Opgeroepen op 12-01-2016 van: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-268>

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**



- 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 Landelijk nummer: 0800 – 2000, nummer Veilig Thuis Hollands Midden: 088-3083636
- Consult kinderarts op indicatie;
- Kraamzorg regelen;
- Centrum voor Jeugd en Gezin inlichten;
- Overdracht huisarts;
- Overdracht 1ste lijnverloskundige en kraamzorg.

