
VERLOSKUNDIG VADEMECUM

eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen

concept febr 2003

Inhoudsopgave

Gezamenlijke verklaring	blz
Voorwoord	blz
Samenvatting	blz
Inleiding	blz
De achtergronden bij de oprichting van de Commissie Verloskunde	blz
Doelstellingen, uitgangspunten, werkwijze en onderwerpen	blz
Samenstelling van de Commissie Verloskunde	blz
Het Verloskundig Vademecum in de toekomst	blz
De deelrapporten	
hoofdstuk 1 Inleiding	blz
hoofdstuk 2 Status van de deelrapporten en adviezen	blz
§2.1 De richtlijnen voor de individuele gezondheidssituatie van cliënten	blz
§2.2 De richtlijnen voor verloskundige samenwerkingsverbanden	blz
§2.3 De richtlijnen voor de overlegsituatie van de Verloskundige Indicatielijst	blz
§2.4 Juridische kaders van de adviezen	blz
§2.5 Verzekeringsaspecten van de adviezen	blz
hoofdstuk 3 Verloskundige samenwerking	blz
hoofdstuk 4 Kwaliteitsbeleid van verloskundige zorgverleners	blz
hoofdstuk 5 De Verloskundige Indicatielijst	blz
§5.1 Uitgangspunten	blz
§5.2 Status van de Verloskundige Indicatielijst en gebruik in de dagelijkse praktijk	blz
§5.3 Richtlijnen bij het vormgeven van de overlegsituatie	blz
§5.4 Werkwijze herziening Verloskundige Indicatielijst	blz
§5.5 Onderbouwing herziene indicaties	blz
hoofdstuk 6 Verloskundige echoscopie	blz
hoofdstuk 7 Perinatale audit	blz
Specifieke Verloskundige Indicatielijst	blz
Index indicatielijst	blz
Gebruikte afkortingen	blz

Gezamenlijke verklaring

De besturen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (met instemming van het Nederlands Huisartsen Genootschap) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie verklaren dat dit rapport in de Algemene Ledenvergadering van hun beroepsvereniging is aanvaard.

De besturen van de drie beroepsverenigingen verzoeken hun leden dit rapport als zwaarwegend advies te gebruiken bij de individuele verloskundige hulpverlening en bij de samenwerking met de andere zorgverleners die betrokken zijn bij de verloskunde.

Zorgverzekeraars Nederland stelt dat voor zorgverzekeraars het vademecum uitgangspunt is om met de locale/regionale partijen tot afspraken te komen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschouwt dit rapport als een door de drie beroepsgroepen gezamenlijk ontwikkeld en vastgesteld document; een veldnorm. Bij het toezicht op de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening zal de IGZ deze norm als zodanig hanteren.

Amstelveen, maart 2003

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
De Landelijke Huisartsen Vereniging
De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Zorgverzekeraars Nederland
Inspectie voor de Gezondheidszorg

[LOGO's]

Voorwoord

Met genoegen biedt de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen u hierbij het tweede *Verloskundig Vademecum* aan.

Het *Verloskundig Vademecum* is een leidraad voor de verloskundige zorgverlener om kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en individueel gerichte verloskundige zorg te kunnen verstrekken.

De Commissie Verloskunde is als deskundigencommissie van het College voor zorgverzekeringen een overlegplatform van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zorgverzekeraars Nederland vervulden een adviserende rol. Het College voor zorgverzekeringen heeft zorggedragen voor de coördinatie en de secretariële ondersteuning. In deze tweede editie is de Verloskundige Indicatielijst geactualiseerd, evenals de adviezen over diverse andere facetten van de verloskundige zorg. Op grond van haar deskundigheid brengt de Commissie Verloskunde met de Verloskundige Indicatielijst een zwaarwegend advies uit.

Het vademecum streeft naar kwaliteit en samenwerking. Het vademecum bevat afspraken, die (waar mogelijk) gebaseerd zijn op een zo hoog mogelijke graad van wetenschappelijke onderbouwing of op consensus tussen de beroepsverenigingen die bij de verloskunde betrokken zijn. De adviezen in dit vademecum kennen een sterke onderlinge samenhang en zijn meestal slechts te implementeren op basis van samenwerking. Daarom is het vademecum er ook op gericht om een hechte samenwerking tussen de verloskundige beroepsbeoefenaren te stimuleren.

Het vademecum bestaat uit twee delen.

- In het eerste deel wordt uitgebreid verslag gedaan van de resultaten van de Commissie Verloskunde en de subgroepen, die zich hebben bezig gehouden met de revisie van de diverse onderdelen. Deze onderdelen zijn: de Verloskundige Indicatielijst, de verloskundige echoscopie, perinatale audit, kwaliteitsbeleid van verloskundige zorgverleners en verloskundige samenwerking.
- In het tweede deel geven wordt de Verloskundige Indicatielijst weergegeven voor gebruik in de dagelijkse praktijk.

Het is van belang om op te merken dat dit vademecum de situatie schetst anno 2002. Zoals het Verloskundig Vademecum uit 1999 nu geactualiseerd is, ligt het in de verwachting dat ook in de toekomst aanpassingen nodig zijn, vanwege veranderde, wetenschappelijke en maatschappelijke inzichten en opvattingen.

Samenvatting

De verloskunde beoogt goede verloskundige zorg te verlenen aan individuele zwangeren. Dit vademecum is daarbij een leidraad.

Met het *Verloskundig Vademecum* wordt gestreefd naar kwaliteit en samenwerking. De samenhang tussen deze kenmerken wordt benadrukt met de vaststelling dat verloskundigen, huisartsen en gynaecologen een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige, verloskundige zorg te verstrekken.

Het vademecum biedt *hulpmiddelen* om de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening en de organisatie ervan te waarborgen op een hoog niveau. Deze hulpmiddelen omvatten:

- mogelijkheden tot samenwerking (hoofdstuk 3),
- aanbevelingen over het waarborgen van de kwaliteit in de manier waarop de verloskundige zorgverlener zijn beroep uitoefent (hoofdstuk 4),
- richtlijnen over verloskundig beleid en verwijzingsbeleid: de Verloskundige Indicatielijst (hoofdstuk 5),
- aanbevelingen voor echoscopisch onderzoek (hoofdstuk 6)
- adviezen om de perinatale zorg te toetsen, perinatale audit (hoofdstuk 7).

De Verloskundige Indicatielijst is een min of meer 'kant en klaar product' dat direct in de praktijk toepasbaar is. De overige onderwerpen zijn adviezen die in de praktijk nader uitgewerkt moeten worden.

In de toekomst neemt het belang van *samenwerking* in de verloskundige hulp toe. Daarom hebben de hoofdstukken in het vademecum een sterke onderlinge samenhang en zijn zij erop gericht een hechte samenwerking te stimuleren tussen de verschillende verloskundige beroepsbeoefenaren. Zo wordt samenwerking een kenmerk van *kwaliteit* van de verloskundige zorgverlening.

Bij het vademecum geldt het 'voor ons, door ons'-principe: het is samengesteld *door* verloskundige beroepsbeoefenaren *voor* verloskundige beroepsbeoefenaren. Het vademecum is tot stand gekomen op basis van afspraken tussen de drie verloskundige beroepsverenigingen. Het uitgangspunt van het vademecum is een zo hoog mogelijke graad van wetenschappelijke onderbouwing, en besluitvorming door consensus.

Verloskundige samenwerking

Verloskundige samenwerking heeft tot doel de samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen zodanig te bevorderen, dat de individuele hulpverlening aan cliënten optimaal verloopt. De verschillende beroepsbeoefenaren in de verloskunde kunnen dit effect bereiken door afspraken te maken over individuele zorgverlening, over de organisatie van de verloskundige zorg en over de kwaliteit van de zorg. In hoofdstuk 3 staan adviezen over de inrichting van verloskundige samenwerkingsverbanden. Deze adviezen hebben een algemeen en beschrijvend karakter. Op deze wijze kunnen betrokken beroepsbeoefenaren de afspraken op regionaal/lokaal niveau invullen en aanpassen aan de lokale situatie.

Op vele plaatsen in Nederland is er een goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners, al dan niet in een formeel samenwerkingsverband. De adviezen in dit vademecum zijn voor een belangrijk deel geënt op de ervaringen in deze samenwerkingsverbanden. Verschillende onderdelen uit dit vademecum (bijv. de B-indicaties uit de Verloskundige Indicatielijst) zijn alleen optimaal te realiseren binnen een gestructureerd samenwerkingsverband.

Een stimuleringsregeling van de overheid voor zowel nieuw op te richten verloskundige samenwerkingsverbanden, als verdere ontwikkeling van reeds bestaande samenwerkingsverbanden wordt voorgesteld. De Commissie hecht belang aan structurele ondersteuning, geformaliseerd in een Verloskundig Samenwerkings Verband én in een Districts Verloskundig Platform.

Kwaliteitsbeleid van verloskundige zorgverleners

Goede zorg vereist een goede kwaliteit van de zorgverlener. Om deze reden wordt in dit vademecum ook in op kenmerken van kwaliteit waaraan verloskundige beroepsbeoefenaren moeten voldoen. De kwaliteitseisen zijn voor de drie onderscheiden verloskundige zorgverleners (verloskundigen, huisartsen en gynaecologen) deels gelijk, maar ook deels verschillend. In hoofdstuk 4 worden de gezamenlijke kwaliteitseisen op zo'n manier geformuleerd, dat deze vereisten aansluiten bij de kwaliteitsnormen van de drie beroepsorganisaties. Ook wordt ingegaan op de inbedding van kwaliteit in het overheidsbeleid, de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem, de inhoud van de verloskundige zorg, de organisatie, samenwerking en verantwoording.

Verloskundige Indicatielijst

De Verloskundige Indicatielijst is de geactualiseerde versie van de Verloskundige Indicatielijst 1999. In deze herziene lijst wordt wederom aangegeven wie verantwoordelijk is voor de begeleiding van zwangerschap en bevalling. In §.5.5 wordt voor de tien herziene indicaties de onderbouwing uitgebreid weergegeven. Hierbij is het principe van 'evidence based medicine' gevolgd (zie §5.4). Een bijzonder aspect vormen de zogenoemde ketenkwaliteit en ketenverantwoordelijkheid. Hiermee wordt bedoeld dat de kwaliteit van de zorg van de ene verloskundige zorgverlener moet aansluiten op die van de andere verloskundige zorgverlener met wie een zwangere vrouw te maken krijgt. Hetzelfde geldt voor de verantwoordelijkheid voor de zorg: ook daarvoor moeten in de hele keten dezelfde normen gelden. Hoe moet de zorgverlener bepalen wie verantwoordelijk is voor de zorg en begeleiding in elk individueel geval? Als basis geldt dat eerst het meest geschikte verloskundig of medisch beleid wordt vastgesteld. Naar aanleiding hiervan wordt bepaald wie de meest geëigende zorgverlener is om de zwangerschap en bevalling te begeleiden. Voor 124 verloskundige en andere medische indicaties is op deze wijze een analyse gemaakt. Dit vormt de specifieke Verloskundige Indicatielijst, die aan het eind van dit document is afgedrukt. Van belang is op te merken dat in ongeveer een derde van deze indicaties sprake is van een B-indicatie. B-indicaties noodzaken tot een overlegsituatie, waarin de individuele gezondheidssituatie van belang is om te beoordelen welke verloskundige zorgverlener de verantwoordelijkheid voor de begeleiding op zich kan nemen. Voor deze overlegsituatie zijn aparte richtlijnen geformuleerd.

Verloskundige echoscopie

In hoofdstuk 6 wordt een handreiking voor de toepassing van echoscopische diagnostiek in de eerste en tweede lijn gepresenteerd. Aangegeven wordt wanneer eerstelijns zorgverleners echoscopisch onderzoek kunnen aanvragen en interpreteren zonder tussenkomst van de tweede lijn en wanneer een echoscopisch opgeleide verloskundige of huisarts dit onderzoek kan verrichten. Kwalificaties ten aanzien van deskundigheid en ervaring worden beschreven, zowel voor eerste- als voor tweedelijns echoscopisten.

Een aparte beschouwing is gewijd aan de vraag of een routine echoscopisch onderzoek in het eerste trimester van de zwangerschap ingevoerd moet worden. Eveneens is de vraag gesteld of een routine echoscopisch onderzoek voor alle zwangere vrouwen ingevoerd moet worden in het tweede trimester. Op grond van een uitvoerige analyse van de wetenschappelijke literatuur is geconcludeerd dat deze diagnostiek weliswaar geen aangetoonde bijdrage levert aan het terugdringen van perinatale morbiditeit of mortaliteit, maar wel leidt tot verbetering van de kwaliteit van zorg. De Commissie Verloskunde heeft dit eindpunt, de kwaliteit van zorg, verder uitgewerkt. Het echoscopisch onderzoek in het eerste trimester leidt tot een vermindering van het aantal inleidingen wegens vermeende

overdragenheid, vroege detectie van meerlingzwangerschappen en tot een toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen bij gebleken ernstige afwijkingen. Uit onderzoek uitgevoerd in de centra voor prenatale diagnostiek bleek bij de huidige organisatie van de verloskundige zorgverlening bijna 60% van de opgespoorde ernstige congenitale afwijkingen pas na 24 weken amenorroeduur aan het licht te komen. Op grond van deze bevindingen en de blijkens de literatuur toegenomen effectiviteit van echoscopisch onderzoek bij de opsporing van ernstige afwijkingen bij een amenorroeduur van 18-21 weken, adviseert de commissie routine echoscopisch onderzoek in het eerste en tweede trimester als gezondheidszorgvoorziening aan te bieden. Hiervoor zal, zonodig na verkregen toestemming in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek, een zorgvuldig opgezette landelijke organisatie nodig zijn met aandacht voor expliciete informed consent.

Perinatale audit

Perinatale audit heeft tot doel om op basis van actuele registratie de kwaliteit van de verloskundige zorg te analyseren, en aanbevelingen ter bevordering van die zorg te formuleren. In §2.7 worden aanbevelingen gegeven om te komen tot een landelijke registratie en analyse van perinatale sterfte. Individuele zorgverleners zullen meldingen doen bij een nog op te richten landelijk bureau. Terugkoppeling van deze analyses kan geaggregeerd aan de beroepsgroepen of desgewenst aan regionale samenwerkingsverbanden geschieden, waarna, zo mogelijk, kwaliteitsbevorderende maatregelen kunnen worden getroffen.

De aanbevelingen over perinatale audit hebben vooralsnog slechts betrekking op de perinatale sterfte. In 2003 wordt een proefonderzoek gestart in drie regio's, waarin de registratie zal plaatsvinden, de ontworpen vragenlijsten getest en de haalbaarheid van een volledige registratie van de sterfte onderzocht. Het is ons streven om in 2005 een landelijk bureau van start te laten gaan. De samenwerking en integratie met de Stichting Perinatale Registratie Nederland moet dan tevens een feit zijn.

Inleiding

De Commissie Verloskunde is ingesteld door het College voor zorgverzekeringen als deskundigencommissie. Zij vormt een overlegplatform tussen de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Dit hoofdstuk verstrekt informatie over de achtergronden, doelstellingen en werkwijze van de commissie.

De achtergronden bij de oprichting van de Commissie Verloskunde

De verloskundige organisatie in Nederland neemt binnen de geïndustrialiseerde landen een bijzondere positie in. De organisatie gaat uit van de basisfilosofie dat zwangerschap en bevalling in het algemeen fysiologische gebeurtenissen zijn en daarom begeleid kunnen worden door eerstelijns zorgverleners, de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts. In 2000 startte de begeleiding van de zwangerschap bij 85% van alle zwangerschappen in de eerste lijn, bij de verloskundige of verloskundig actieve huisarts. Van hen wordt verwacht dat zij gedurende de prenatale, natale en postnatale zorg pathologie onderkennen en de vrouw tijdig verwijzen naar de gynaecoloog c.q. de kinderarts. In dit systeem beviel uiteindelijk ruim 40 % van alle zwangere vrouwen in 2000 geheel onder begeleiding van de eerste lijn, en vond 30,3 % van alle bevallingen thuis plaats.¹

Het financieringssysteem voor verloskundige zorg in Nederland gaat eveneens uit van deze basisfilosofie. Om de medisch adviseurs een leidraad te geven bij de uitvoering van deze basisfilosofie, werd in 1959 een lijst van medische indicaties voor specialistisch-verloskundige hulp ontwikkeld. Deze lijst, de zogenoemde Kloostermanlijst, kreeg in de loop van de tijd een steeds belangrijker plaats in het samenwerkingsstelsel van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen.

Herziening Kloostermanlijst

Nadat in 1982 de Indicatielijst Klinisch Kraambed tot stand gekomen was, stelde de toenmalige Ziekenfondsraad in 1983 een werkgroep in om de lijst van medische indicaties voor specialistische begeleiding van zwangerschap en bevalling bij te stellen: de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK). Dit gebeurde onder andere op voorstel van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Aan deze werkgroep namen vertegenwoordigers deel van de drie beroepsverenigingen die zich met de verloskunde bezighouden: de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de NVOG en voorts de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nationale Kruisvereniging, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI).

In 1987 voltooide de werkgroep de nieuwe Verloskundige Indicatielijst die de Ziekenfondsraad als een zwaarwegend inhoudelijk advies uitbracht.² Niet alle beroepsverenigingen accepteerden de lijst, omdat een aantal indicaties en aangegeven verantwoordelijkheden in sommige gevallen volgens hen onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd waren. Uit een onderzoek van het NIVEL in 1991 bleek dat de in 1987 vastgestelde lijst veel kritiek ondervond en veel minder gebruikt werd als was bedoeld.³

Werkoverleg Verloskunde

De uitkomst van het onderzoek uit 1991 was voor de beroepsgroepen aanleiding om te overleggen met de Ziekenfondsraad om tot actualisatie van de Verloskundige Indicatielijst te komen. Het bilaterale overleg tussen de Ziekenfondsraad en elk van de drie beroepsgroepen leidde ertoe dat zij gezamenlijk randvoorwaarden, kwaliteitseisen en aandachtsgebieden in de verloskundige zorg formuleerden, die

door de besturen van KNOV, LHV en NVOG werden aanvaard. Deze randvoorwaarden, kwaliteitseisen en aandachtsgebieden werden vervolgens concreet uitgewerkt in het WerkOverleg Verloskunde (WOV), dat eind 1994 een officiële status kreeg doordat het werd ingesteld door de Ziekenfondsraad.

Het Verloskundig Vademecum

Het was de taakopdracht van het WOVO om een Verloskundig Vademecum tot stand te brengen waarin niet alleen de Verloskundige Indicatielijst werd geactualiseerd, maar ook andere facetten van verloskundige samenwerking aan bod zouden komen. Het vademecum is een consensusdocument, waarin de bereikte overeenstemming tussen de beroepsgroepen is weergegeven.

Het WOVO stelde voor de uitwerking van drie onderwerpen subgroepen in:

- de Subgroep Verloskundige Indicatielijst (SVI);
- de Subgroep Echoscopisch onderzoek (SEO);
- de Subgroep Perinatale Audit (SPA).

De leden van deze subgroepen waren eveneens vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen, voorgedragen op grond van hun deskundigheid op het betrokken deelgebied. De subgroepen hadden dezelfde voorzitter en secretaris als het WOVO.

Het in het voorjaar van 1999 tot stand gekomen Verloskundig Vademecum vormt een leidraad voor de verloskundige zorgverleners binnen de Nederlandse verloskundige organisatie.⁴ Kenmerk is het streven naar kwaliteit, samenwerking en doelmatigheid. Het vademecum bevat richtlijnen voor verloskundig verwijsbeleid (de Verloskundige Indicatielijst) en richtlijnen voor de indicaties tot het uitvoeren van echoscopisch onderzoek (het gedeelte 'Verloskundige echoscopie'). Daarnaast zijn er adviezen om de perinatale zorg te toetsen (perinatale audit), aanbevelingen voor waarborging van de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de verloskundige zorgverlener (kwaliteitseisen) en suggesties voor mogelijkheden tot samenwerking ('Verloskundige samenwerking'). De beroepsverenigingen konden zich unaniem achter het Verloskundig Vademecum uit 1999 stellen. De toenmalige Ziekenfondsraad heeft in maart 1999 met instemming kennis genomen van de inhoud en het Vademecum aangemerkt als zwaarwegend advies aan de beroepsbeoefenaars die betrokken zijn bij verloskunde.

Commissie Verloskunde

Het Werkoverleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad werd in 1999 voortgezet door de Commissie Verloskunde (CoV), een deskundigencommissie van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze commissie had tot taak het Verloskundig Vademecum te herzien. Zij werd hierin ook nu weer bijgestaan door de genoemde subgroepen. De Commissie Verloskunde bestond, evenals het WOVO, uit vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen, de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) en de brancheorganisatie van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het CVZ voorzag in een secretaris en een redacteur. De voorzitter werd op voordracht van de drie beroepsgroepen benoemd.

Doelstellingen, uitgangspunten, werkwijze en onderwerpen

Doelstellingen en uitgangspunten

De Commissie Verloskunde is aangesteld met de volgende doelstellingen:

Het doel van de commissie is een bijdrage te leveren aan de bevordering van optimale verloskundige zorg. Dit doet zij door samenwerking tussen de bij de verloskundige hulp betrokken beroepsorganisaties te stimuleren en te ontwikkelen. Hierbij ligt de nadruk op het gemeenschappelijk voeren kwaliteitsbeleid en de organisatie van de samenwerking. Een belangrijk onderdeel is het verloskundig verwijsbeleid (de Verloskundige Indicatielijst).

Daarnaast adviseert de commissie over de functie en de organisatorische vormgeving van de regionale samenwerking tussen de beroepsgroepen.

De uitgangspunten van de commissie zijn:

1. De goede verloskundige zorg die Nederland nu kenmerkt, moet in de toekomst behouden blijven en waar nodig verbeterd worden;

2. Medicalisering van de verloskundige zorg moet voorkomen of tegengegaan worden. Op grond van dit uitgangspunt is de commissie van mening dat de mogelijkheid van de thuisbevalling, naast de poliklinische en klinische bevalling, moet kunnen blijven voortbestaan en waar mogelijk moet worden bevorderd;

3. De commissie acht een optimaal gebruik van de deskundigheid van de verschillende verloskundige zorgverleners van groot belang. Op grond van dit uitgangspunt moeten de normaal verlopende zwangerschap, bevalling en kraambed tot het verzorgingsgebied van de eerstelijns zorgverleners worden gerekend. De te verwachten pathologische zwangerschap, bevalling en kraambed behoren, op grond van de selectie door de eerstelijns zorgverlener, tot het verzorgingsgebied van de tweedelijns zorgverlener

4. Selecteren en doorverwijzen voor specialistische hulp is de taak van de verloskundige eerstelijns zorgverleners. Zij worden in hun opleiding op deze taak voorbereid. Om de selectie en verwijzing optimaal te laten verlopen, moeten zij door middel van consulten en adviezen gebruik kunnen maken van de deskundigheid van de tweedelijns zorgverlener. Ook zullen eerstelijns verloskundige zorgverleners gebruik moeten kunnen maken van voorzieningen van de specialistische zorgsector, als dat nodig en verantwoord is.

5. De commissie is van mening dat verloskundige zorg gebaat is bij een goede samenwerking tussen de beroepsgroepen die betrokken zijn bij die zorg. In een systeem waarbij de thuisbevalling voor de normaal verlopende zwangerschap, bevalling en kraambed gehandhaafd blijft, is die samenwerking bijzonder belangrijk.

6. Bij het hanteren van de indicatielijst voor het reguleren van de zorg, zoals in de uitgangspunten hierboven bedoeld, dienen de professionele bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de verloskundige zorgverlener te worden gerespecteerd.

7. De indicatielijst is het resultaat zijn van overeenstemming tussen de betrokken beroepsgroepen, die op vakinhoudelijke gronden tot stand is gekomen. Het College voor zorgverzekeringen heeft hierbij een initiërende, faciliterende en begeleidende rol gespeeld. Het bekrachtigt ten slotte wat door de beroepsgroepen gezamenlijk is vastgesteld.

Werkwijze

De Commissie Verloskunde is samengesteld uit een gelijkwaardige vertegenwoordiging van de drie beroepsverenigingen (KNOV, LHV, NVOG), aangevuld met een vertegenwoordiger van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en een vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland. De voorzitter is onafhankelijk; de secretaris en de redacteur zijn afkomstig van het College voor zorgverzekeringen. De voorzitter, secretaris en redacteur vervullen een begeleidende en ondersteunende rol. De taak van de vertegenwoordiger van de IGZ en ZN is adviserend en controlerend. De vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen hebben als taak vorm te geven aan de inhoud van de doelstellingen, en het overleg en de terugkoppeling met hun beroepsverenigingen te verzorgen.

Voor de drie deelonderwerpen (Verloskundige Indicatielijst, echoscopisch onderzoek en perinatale audit) zijn ook nu weer subgroepen ingesteld, respectievelijk de SVI 2, SEO 2 en de SPA 2. Deze subgroepen hebben een gelijkwaardige samenstelling van ieder twee vertegenwoordigers uit de beroepsverenigingen; aan de SPA 2 zijn twee vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) toegevoegd. Alle leden van de subgroepen zijn door de beroepsverenigingen voorgedragen op grond van hun deskundigheid op het betrokken deelgebied. De subgroepen hebben dezelfde voorzitter, secretaris en redacteur als de Commissie Verloskunde. De besluitvorming, zowel binnen de commissie als binnen de subgroepen, is tot stand gekomen op basis van consensus over alle onderwerpen. De conclusies zijn bekrachtigd door de drie beroepsverenigingen.

Herziene onderwerpen in het vademecum

De volgende onderwerpen zijn in deze tweede versie van het vademecum door de commissie en de subgroepen herzien.

De Commissie Verloskunde zelf heeft het onderwerp kwaliteitseisen herzien, evenals het onderwerp verloskundige samenwerkingsverbanden. De SVI 2 heeft bij de huidige revisie het principe van 'evidence based medicine' verder uitgewerkt. Na publicatie van het eerste Verloskundig Vademecum achtten de beroepsgroepen het wenselijk dat tien onderwerpen van de Verloskundige Indicatielijst ter herziening nader bestudeerd zouden worden. De door de SVI 2 gevolgde werkwijze bij de herziening wordt vermeld in §5.4.

De Subgroep Echoscopie is opnieuw ingegaan op de plaats, organisatie en kwaliteitsborging van verloskundig echoscopisch onderzoek in de eerste en tweede lijn. Hierbij werd bijzondere aandacht besteed aan de routine echoscopie in het eerste en tweede trimester, in relatie tot de uitkomst 'kwaliteit van zorg'. De subgroep beschouwde onder welke omstandigheden echoscopisch onderzoek kan worden aangevraagd en/of uitgevoerd door eerstelijns zorgverleners zonder tussenkomst van tweedelijns zorgverleners.

De Subgroep Perinatal Audit ging in op het belang van perinatale sterfteregistratie en het toetsen van de kwaliteit van de zorgverlening rond perinatale mortaliteit. De subgroep beschreef de mogelijkheden om te komen tot zo volledig mogelijke, landelijke registratie en evaluatie. De subgroep werkte ook een plan uit voor de oprichting en organisatiestructuur van een landelijk bureau en zal om op korte termijn starten met drie pilots voor perinatale-sterfteregistratie en voorbereiding van de audit.

Samenstelling van de Commissie Verloskunde en haar subgroepen

De Commissie Verloskunde werd in 1999 als deskundigencommissie ingesteld door het College voor zorgverzekeringen. De samenstelling was als volgt:

prof. dr. J.M.W.M. Merkus (vanaf oktober 2001)	voorzitter
namens het College voor zorgverzekeringen:	
drs. J.W. Klop (tot april 2001)	voorzitter
drs. J.B. van der Steur	secretaris
Mw. dr. M. Eskes (vanaf juni 2000)	redacteur
namens de KNOV:	
Mw. M.P. Amelink-Verburg	lid
namens de LHV:	
dr. E. Sietsma (tot januari 2002)	lid
dr. P. van den Hombergh (vanaf augustus 2002)	lid
namens de NVOG:	
dr. H.A.M. Vervest	lid
namens de IGZ:	
Mw. M.G. de Boer	adviserend lid
namens ZN:	
J.W. Schouten (tot mei 2001)	adviserend lid
A.L.J.E. Martens (vanaf mei 2001)	adviserend lid

De samenstelling van de *subgroepen*:

prof. dr. J.M.W.M. Merkus (vanaf oktober 2001)	voorzitter
namens het College voor zorgverzekeringen:	
drs. J.W. Klop (tot april 2001)	voorzitter
drs. J.B. van der Steur	secretaris
Mw. dr. M. Eskes (vanaf juni 2000)	redacteur

1. De subgroep Verloskundige Indicatielijst (SVI 2):

namens de KNOV:	
Mw J.M. Kors	
Mw. M. Prins	
namens de LHV:	
C.J. Dekker	
S. Flikweert	
namens de NVOG:	
dr. A.J. van Loon	
dr. M.F. Schutte	

2. De subgroep Echoscopisch Onderzoek (SEO 2):

namens de KNOV:	
-----------------	--

Mw.H.A.M. Damen–Elias
Mw. M. Dijkers
namens de LHV:
R.J.Kuiper
J.M.Spinhoven (tot januari 2002)
namens de NVOG:
prof. dr. J. W. Wladimiroff
dr. P.P. van den Berg

3. De Subgroep Perinatal Audit (SPA 2):

namens de KNOV:
Mw M.Th. van Diem Msc.Epid.
P.A.O.M. de Reu
namens de LHV:
prof.dr. M.P. Springer
namens de NVOG:
prof.dr. J.G. Nijhuis
dr. C.A. Holleboom
namens de NVK:
dr. H.H. Brouwers
prof.dr. W.P.F. Fetter (vanaf oktober 2001)

Het Verloskundig Vademecum in de toekomst

Bij de totstandkoming van het *Verloskundig Vademecum* in 1999 is afgesproken om dit document periodiek aan te passen aan veranderde, wetenschappelijke inzichten en opvattingen. Met de uitgave van het tweede Verloskundig Vademecum is dat nu gebeurd. Voor de toekomst verwacht de commissie dat het vademecum periodiek aangepast zal worden. Verder voorziet de commissie dat met name de onderwerpen verloskundige samenwerking en perinatale audit verdere stimulering behoeven. Mogelijk zal een uitbreiding van onderwerpen op zeker moment aan de orde zijn. Met andere woorden: dit vademecum is een dynamisch document dat voortdurende actualisering behoeft.

Referenties

1. Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, et al. De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage:1995–2000. Leiden : TNO Preventie en Gezondheid, 2002. TNO-rapport PG/JGD/2001.235.
2. Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Verloskundige Indicatielijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.
3. Riteco JA, Hingstman L. Evaluatie invoering 'Verloskundige Indicatielijst'. Utrecht: NIVEL, 1991.
4. Ziekenfondsraad. Verloskundig Vademecum. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999. (de Verloskundige Indicatielijst en engelse samenvatting van het Verloskundig Vademecum: www.cvz.nl).

De deelrapporten

Hoofdstuk 1 Inleiding

Zoals in de doelstellingen vermeld is, heeft de Commissie Verloskunde zich gebogen over de Verloskundige Indicatielijst, verloskundige echoscopie, perinatale audit, kwaliteitseisen voor verloskundige beroepsbeoefenaren en verloskundige samenwerking. Om doelmatige verloskundige hulp tot stand te brengen, is het van belang deze onderwerpen in hun samenhang te bezien, waarbij samenwerking een kernpunt vormt. Deze samenwerking kan leiden tot een gedegen implementatie van de adviezen die in de deelrapporten zijn opgenomen. Sommige onderwerpen, bijv. de B-indicaties uit de Verloskundige Indicatielijst, kunnen alleen maar goed tot hun recht komen bij een goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners. Hetzelfde geldt voor bijv. de perinatale audit.

De adviezen in de deelrapporten hebben de hoogst haalbare wetenschappelijke onderbouwing. Dit geldt in het bijzonder voor de Verloskundige Indicatielijst, waarbij het principe van 'evidence based medicine' waar mogelijk is gevolgd. Vervolgens hebben eerst de subgroepen en vervolgens de Commissie Verloskunde intern consensus bereikt over de adviezen tussen alle vertegenwoordigers van de beroepsgroepen.

Hoofdstuk 2 Status van de deelrapporten en adviezen

§2.1 De richtlijnen voor de individuele gezondheidssituatie van cliënten

Zoals gesteld zijn de adviezen in dit rapport tot stand gekomen door een wetenschappelijke onderbouwing van het medisch en/of verloskundig beleid. Voorts hebben de beroepsverenigingen hierover consensus bereikt. De genoemde onderdelen zijn hierdoor de basis voor een optimale individuele zorgverlening. Door de wijze van tot standkoming, het streven het verloskundig beleid waar mogelijk te uniformeren en rekening houdend met doelmatigheid, hebben de onderdelen de status van zwaarwegend advies aan de verloskundige zorgverleners. Dit geldt in het bijzonder voor de Verloskundige Indicatielijst. Gelet op hun individuele verantwoordelijkheid, kunnen zij daarvan afwijken, indien de verloskundige of medische zorg voor hun cliënten hen daartoe noodzaakt. Dit kan uiteraard alleen op grond van een rationele argumentatie en met behoud van de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

§2.2 De richtlijnen voor verloskundige samenwerkingsverbanden

De wetenschappelijke onderbouwing van de adviezen in dit rapport en de consensus tussen de beroepsbeoefenaren bieden de garantie voor kwalitatief optimale zorg. Het is mogelijk dat verloskundigen, huisartsen en gynaecologen binnen een regionaal verloskundig samenwerkingsverband beslissen om van de richtlijnen af te wijken en een ander beleid te volgen. Indien partijen gezamenlijk besluiten tot afwijkende afspraken, moeten zij er zorg voor dragen dat de zorg kwalitatief hoogwaardig en doelmatig blijft, en een zelfde wetenschappelijke basis heeft als omschreven in het hier behandelde rapport. Wie verantwoordelijk is voor de zorg, moet eenduidig bekend zijn aan alle partijen (inclusief cliënten). Daarom kunnen andere afspraken alleen worden gemaakt, wanneer dat gebeurt binnen een samenwerkingsverband.

§2.3 De richtlijnen voor de overlegsituatie van de Verloskundige Indicatielijst

Binnen het kader van de afspraken die gemaakt zijn over de overlegsituatie (zie hoofdstuk 5), geldt dat de zorgverleners als regel de uitkomst van het gezamenlijke overleg moeten volgen. Het is mogelijk hiervan af te wijken, maar dat vereist wel een rationele onderbouwing. Als er geen overdracht plaatsvindt, blijft de eerstelijns zorgverlener verantwoordelijk voor de verloskundige zorg. De informatie aan de cliënte zal – ongeacht wie de informatie geeft – *eenduidig* moeten zijn.

§2.4 Juridische kaders van de adviezen

In het afgelopen decennium zijn diverse wetten tot stand gekomen, die raken aan de adviezen die in dit rapport staan. Het betreft vooral de Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)* en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).** Het vademecum is gericht op het stimuleren van een goede samenwerking tussen de drie verloskundige beroepsbeoefenaren. In de overlegsituaties (de B-indicaties uit de Verloskundige Indicatielijst) bestaat de mogelijkheid dat eerstelijns verloskundige zorgverleners vrouwen met een verhoogd risico begeleiden. In de afgelopen jaren is er ook bij herhaling discussie gevoerd over de vraag of cliënten met een laag risico toch bij een tweedelijns zorgverlener onder behandeling kunnen blijven.

Om deze redenen is het van belang in te gaan op de gevolgen die beide wetten hebben voor de uitvoering van de adviezen in dit vademecum. Beide wetten omschrijven verschillende aspecten van de beroepsuitoefening, zoals het deskundigheidsgebied van zorgverleners, hun professionele standaard, en hun bekwaamheid en bevoegdheid. Daarna wordt nader ingegaan op deze aspecten, uitgewerkt voor de adviezen die in het vademecum staan. Vervolgens wordt in het vademecum de reikwijdte van de adviezen bepaald met betrekking tot het karakter van de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, als wettelijke verbintenis tussen de hulpverlener en de cliënte.

Voor de volledigheid wordt vermeld dat de WGBO duidelijke verplichtingen voorschrijft als het gaat om de informatievoorziening en het toestemmingsvereiste. Een behandeling van deze laatste onderwerpen valt echter buiten het bestek van dit vademecum. Een omschrijving daarvan is te vinden in de desbetreffende literatuur.***

Deskundigheid en professionele standaard

De Wet BIG is erop gericht dat hulpverleners zich bewegen binnen hun eigen deskundigheidsgebied, terwijl de WGBO stelt dat hulpverleners moeten handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de eigen 'professionele standaard'. De inhoud en omvang van het deskundigheidsgebied, respectievelijk de professionele standaard, worden bepaald door een veelheid aan bronnen (opleiding, ervaring, vakliteratuur, richtlijnen, protocollen, e.d.). Om de inhoud en omvang te kunnen bepalen, wordt aan consensusteksten van betrokken wetenschappelijke verenigingen veel waarde gehecht.

Het vademecum kan hierbij niet buiten beschouwing blijven. De adviezen in dit vademecum zijn namelijk tot stand gekomen op basis van de hoogst mogelijk wetenschappelijke onderbouwing (indien

* Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1993, p. 655. Ingangsdatum van de wet is 1 januari 1994 (gefaseerd tot 1 december 1997).

** De Overeenkomst inzake Geneeskundige Behandeling bij de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wet van 17 november 1994, Stb. 837) is opgenomen in het Burgerlijk Wetboek).

*** Een goed overzicht is te vinden in: Legemaate J, red. De WGBO: van tekst naar toepassing, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995. (ISBN 90 313 181175) en in: Sluyters B, Biesart MCIH. De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO. Zwolle: Thjeenk Willink, 1995 (ISBN 90 271 4113 4).

mogelijk) en op basis van consensus tussen de drie beroepsgroepen. Het vademecum helpt om te beoordelen of een specifieke situatie valt onder het deskundigheidsgebied of onder de professionele standaard.

Uitgangspunt is dat verloskundigen, huisartsen en gynaecologen in beginsel handelen conform de adviezen in dit vademecum. Bij de risicoselectie bijvoorbeeld zal dit relatief eenvoudig zijn in geval van een laag of hoog verloskundig risico. Bij situaties met een B-classificering zal in ieder individueel geval aan de hand van de situatie moeten worden bepaald wie de meest geëigende zorgverlener is.

Deskundigheid en bekwaamheid

Het deskundigheidsgebied van de drie verloskundige zorgverleners is krachtens de Wet BIG beschreven. Het Verloskundig Vademecum geeft in de Verloskundige Indicatielijst een aantal (zwaarwegende) richtlijnen voor de risicoselectie en het verwijlsbeleid en kan als zodanig helpen om het deskundigheidsgebied van desbetreffende zorgverlener(s) te bepalen en af te grenzen. Voorbehouden handelingen zijn duidelijk aangegeven in de Verloskundige Indicatielijst en hoofdstuk 6, 'Verloskundige echoscopie'. Hierbij valt te denken aan handelingen die volgens de Wet BIG uitsluitend door een bepaalde beroepsbeoefenaar mogen worden uitgevoerd.

Bepalingen rondom aanvang en beëindiging van de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Wanneer een cliënte een verloskundige zorgverlener consulteert, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De cliënte kan deze overeenkomst te allen tijde beëindigen. Op basis van artikel 7:460 BW kan de hulpverlener deze overeenkomst echter slechts op grond van gewichtige redenen beëindigen. Als de noodzakelijke hulpverlening niet lijkt te passen bij de deskundigheid en professionele standaard van de betreffende hulpverlener, kan men spreken van een gewichtige reden.

Het is van belang op te merken dat hierbij een verschil bestaat tussen verloskundigen en huisartsen. Voor huisartsen geldt dat zij een min of meer continue behandelrelatie met hun cliënten hebben, die betrekking heeft op meer dan alleen de begeleiding van een zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Voor verloskundigen geldt dat de behandelingsovereenkomst beperkt is tot de begeleiding van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Als er bij een verloskundige een gewichtige reden aanwezig is om de behandeling niet voort te zetten, zal dit het einde betekenen van de behandelingsovereenkomst. Bij huisartsen ligt dit anders. Wanneer een huisarts immers weigert een zwangerschap en bevalling te begeleiden, betekent dit in het algemeen nog niet dat hiermee ook voor andere medische zaken de behandelingsovereenkomst beëindigd is.

Een gewichtige reden is bijvoorbeeld het verzoek van een cliënte aan een verloskundige of huisarts haar hoog-risicozwangerschap te begeleiden. Een verloskundige of huisarts kan dit verzoek weigeren op basis van het gegeven dat deze begeleiding niet past bij zijn deskundigheid en professionele standaard. Voor een verloskundige eindigt daarmee de geneeskundige behandelingsovereenkomst, voor de huisarts slechts dat deel van de overeenkomst dat betrekking heeft op de zwangerschap. Het uitgangspunt is dat een eerstelijns zorgverlener de zorg voor een hoog-risicozwangerschap niet voor zijn rekening neemt. Meent een eerstelijns zorgverlener van dit uitgangspunt te moeten afwijken, bijvoorbeeld in het belang van de cliënte, dan zal hij dat goed moeten kunnen motiveren. In dat geval blijft hij uiteraard verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en daarop in tucht-, civiel- en strafrechtelijke zin aanspreekbaar.

De wens van de cliënte

Het hierboven gestelde over deskundigheid, professionele standaard, bekwaamheid en bevoegdheid tot voorbehouden handelingen heeft diverse implicaties voor de keuze van cliënten voor de zorgverlener. In het algemeen geldt dat een cliënte een arts of verloskundige niet kan verplichten te

handelen in afwijking van de professionele standaard. Ook al vraagt een cliënte met een hoog-risicozwangerschap een verloskundige of huisarts haar te begeleiden, zij behoren dat niet te doen. Het beslissend argument hierbij is dat zo risico's worden voorkomen voor moeder en kind. Een gynaecoloog is echter wel bevoegd om een laag-risicozwangerschap te begeleiden. Gezien de onderscheiden specifieke deskundigheden van de eerstelijns verloskundige zorgverlener (de laag-risicopopulatie) en de tweedelijns zorgverlener (de hoog-risicopopulatie) is het standpunt van het Commissie Verloskunde dat de gynaecoloog een dergelijke begeleiding niet op zich moet nemen. De gynaecoloog kan zich daarbij beroepen op de constatering dat dit vademecum (en de hiervan afgeleide professionele standaard) ook streeft naar een doelmatige verdeling van taken tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners. Ook dit heeft met kwaliteit van zorg te maken.

Zo bezien is de hoofdregel dat de wens van een cliënte maatgevend, maar niet altijd doorslaggevend is. Het is de vraag hoe strikt zorgverleners een dergelijke regel in de praktijk moeten naleven. Bij situaties met een verhoogd risico kan er enige keuzeruimte zijn. Als een vrouw met een laag-risico- of hoog-risicozwangerschap een andere zorgverlener wil dan het vademecum adviseert, zou een 'nee, te zij'-beleid kunnen gelden. Het kan namelijk gebeuren dat er, hetzij door een bijzondere band tussen de vrouw en de zorgverlener, hetzij door een verwijdering of geschil tussen beiden, een argument aanwezig is om dit vademecum niet letterlijk te volgen. Het moet dan uitdrukkelijk om uitzonderingssituaties gaan.

Het is wellicht zinvol aandacht te schenken aan verzoeken die gynaecologen van cliënten ontvangen, om een zwangerschap te begeleiden die ontstaan is na een langdurige vruchtbaarheidsbehandeling. Zo'n verzoek komt vaak tot stand op basis van de vertrouwensrelatie die ontstaan is. Formeel geldt dat als een cliënte na een vruchtbaarheidsbehandeling zwanger is geworden, de geneeskundige behandelingsovereenkomst beëindigd wordt. De begeleiding van de ontstane zwangerschap creëert dan een nieuwe overeenkomst. Voor cliënten kan dit onduidelijk zijn. Zij veronderstellen nogal eens dat de begeleiding van de zwangerschap na een vruchtbaarheidsbehandeling, een voortzetting van de behandelingsovereenkomst impliceert. Daarom is het van belang dat gynaecologen bij hun eerste contact met cliënten met bijv. vruchtbaarheidsproblematiek, informatie verstrekken over de gevolgen daarvan voor de behandelingsovereenkomst. De Commissie Verloskunde adviseert dan ook om, in situaties waarbij een verzoek tot begeleiding van laag-risicozwangerschappen gedaan wordt op basis van een behandelrelatie uit het verleden, dit verzoek slechts bij hoge uitzondering te honoreren.

§2.5 Verzekeringsaspecten van de adviezen

Ten aanzien van de verzekering zijn drie onderwerpen van belang voor de adviezen:

- de aanspraken van (verplicht) verzekerden op basis van de Ziekenfondswet en de aanspraken van de particulier verzekerden op basis van de polis;
- de rol van verzekeraars bij het gebruik van het vademecum in de dagelijkse praktijk;
- de betekenis van het vademecum voor de invulling van de medewerkerrelatie tussen zorgverzekeraar en zorgverlener.

Voor de *reikwijdte van de verzekerde zorg* is de wet- en regelgeving, die de onderscheiden verstrekkingen betreft, bepalend: die legt vast wat de aanspraken zijn van de ziekenfondsverzekerden. De Verloskundige Indicatielijst heeft een doelmatig verwijzingsbeleid op het oog. Deze lijst kan voor verloskundige, arts en verzekeraar een goed referentiekader zijn. De hierboven beschreven situatie rond medisch niet-geïndiceerde hulpverlening door de gynaecoloog, vormt daarvan een duidelijk voorbeeld. Zorgverleners mogen in zo'n geval niet doorverwijzen naar de gynaecoloog, gezien het wettelijk vastgestelde uitgangspunt dat de zorg doelmatig moet zijn. Zij kunnen een verwijzing in dat

geval niet ten laste van de ziekenfondsverzekering verstrekken. Voor zover in het vademecum sprake is van een nadere omschrijving van geïndiceerde zorg, waarbij sprake is van een andere invulling van de hulpverlening, kunnen aanspraken in het kader van het Verstrekkingenbesluit alleen tot gelding worden gebracht, voor zover de regelgeving daarop is toegesneden. Zorginhoud en regelgeving moeten op elkaar aansluiten, zowel in de sfeer van de aanspraken, als in de tariefstructuur die daaruit voortvloeit.

Voor particulier verzekerden worden in de regel dezelfde criteria gehanteerd voor aanspraak op specialistische hulpverlening als voor ziekenfondsverzekerden.

Bij de rol van de zorgverzekeraars valt te denken aan ondersteuning van de implementatie en het dagelijks gebruik van het vademecum ter bevordering van doelmatige zorg. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld samenwerking faciliteren, spiegelinformatie over verloskundige uitkomsten verstrekken en productieafspraken langs de lijnen van door het vademecum aanbevolen ontwikkelingen maken. Verzekeraars beschikken bij voorbeeld over informatie betreffende het aantal thuisbevallingen bij hun verzekerden.

Tot slot is het stelsel van medewerkerovereenkomsten van belang. Afspraken op basis van het vademecum kunnen opgenomen worden in de overeenkomsten tussen de zorgverzekeraar en zorgverleners. Afspraken over samenwerking en concrete kwaliteitsborging kunnen bijvoorbeeld in de overeenkomsten worden vastgelegd. Doelmatigheid en kwaliteitsbevordering kunnen worden meegenomen in overeenkomsten. Hierbij zal wel aandacht besteed moeten worden aan de verificerbaarheid van afspraken, het benoemen van de verschillende, professionele verantwoordelijkheden en het bindende karakter van gemaakte afspraken.

Een concreet voorbeeld hiervan is de deelname van alle verloskundig actieve zorgverleners aan de verloskundige registratie in het kader van de LVR (in de toekomst: Perinatale Registratie Nederland) en de perinatale audit. Hierover kunnen afspraken in het kader van overeenkomsten worden vastgelegd. In formele zin is er bij particuliere verzekeringen geen sprake van een medewerkerovereenkomst, maar van een overeenkomst tussen cliënt en verzekeraar, die vastgelegd is in de polis. Daarom kunnen afspraken over doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening hier niet meegenomen worden. Voor een eventuele toekomstige basisverzekering zal dit mogelijk wel het geval zijn.

Hoofdstuk 3 Verloskundige samenwerking

Verloskundige zorg betreft individueel gerichte zorg aan zwangeren, barenden en kraamvrouwen. De verloskundige zorg anno 2003 kent echter zo veel moderne verworvenheden, dat een zorgverlener die vaak niet kan beheersen of verstrekken. Daarvoor is het palet aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden te uitgebreid geworden. Daarnaast hebben verloskundige eerste- en tweedelijns zorgverleners een aparte en vaak elkaar aanvullende deskundigheid. Alleen al om deze twee redenen is een intensieve samenwerking tussen verloskundige zorgverleners noodzakelijk.

Een van de kenmerken van het vademecum is het streven naar samenwerking tussen verloskundige beroepsbeoefenaren. Samenwerking kan de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening doen toenemen. Samenwerking is echter geen doel op zich, maar een middel om de kwaliteit van de zorgverlening te handhaven en te verbeteren.

De Commissie Verloskunde hecht eraan om met dit vademecum de samenwerking in de verloskundige zorg te stimuleren en deze zo veel mogelijk te structureren binnen verloskundige samenwerkingsverbanden. Het zal duidelijk zijn dat vele onderdelen van dit vademecum alleen binnen een verloskundig samenwerkingsverband geïmplementeerd kunnen worden. Samenwerking tussen verloskundige zorgverleners in een formeel samenwerkingsverband moet niet alleen leiden tot afspraken over de inhoud van de zorg, maar ook tot afspraken op het gebied van inrichting van de zorgverlening en kwaliteitsbehoud en -verbetering. Als de verloskundige zorg binnen een geïstitutionaliseerd samenwerkingsverband tot duidelijke onderlinge afspraken leidt over de individuele zorg aan zwangeren en als alle zorgverleners deze afspraken ook daadwerkelijk naleven, dan acht de Commissie Verloskunde het verantwoord dat een andere invulling van de adviezen zoals verstrekt in dit vademecum mogelijk is. Dit is reeds aangegeven in § 2.2.

Dit hoofdstuk schetst op hoofdlijnen de inhoud en mogelijkheden tot verloskundige samenwerking met als doel een raamwerk te bieden. Samenwerking kan op regionaal of lokaal niveau gestalte krijgen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergronden, de inhoud en de organisatiemogelijkheden van verloskundige samenwerkingsverbanden.

Achtergronden en ontwikkelingen sinds de publicatie van het Verloskundig Vademecum I

Al voordat het Verloskundig Vademecum in 1999 verscheen, waren verloskundige samenwerking en geïstitutionaliseerde, verloskundige samenwerkingsverbanden beschreven en ondersteund in verschillende rapporten: *Uniek, bewonderd en verguisd* (1987)¹, het *Regeringsstandpunt Verloskunde* (1989)² en het advies van de Ziekenfondsraad *Verloskunde in de toekomstige zorgverlening* (1991).³ Het nut van verloskundige samenwerkingsverbanden wordt ook onderschreven in het rapport *Begeleiding en Ondersteuning van Verloskundige Samenwerkingsverbanden*.⁴

Direct na de publicatie van het eerste vademecum vormde de KNOV een initiatiefgroep met de LHV en de NVOG om dit vademecum, en in het bijzonder de indicatielijst, meer bekendheid te geven onder de leden van deze drie beroepsgroepen. Onder meer met hulp van het CBO werden vijftien workshops georganiseerd, verspreid over Nederland. Tijdens de workshops hebben de deelnemers aan de hand van casuïstiekbespreking een aantal indicaties uit de Verloskundige Indicielijst (VIL) besproken en ter discussie gesteld. Ook werd de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners aan de orde gesteld, evenals de knelpunten die men hierbij ondervond. De deelnemers hebben mogelijke oplossingen hiervoor besproken. Ten slotte heeft het CBO tijdens de workshops gesproken over de manier waarop verloskundige samenwerkingsverbanden gestalte kunnen krijgen en welke knelpunten zich hierbij kunnen voordoen.

In totaal hebben 312 personen aan de workshops deelgenomen. Het aantal deelnemende verloskundigen was ver in de meerderheid; het aandeel van de verloskundig actieve huisartsen was relatief groot, de omvang van deze beroepsgroep in aanmerking genomen.

De resultaten geven aan dat een groot deel van de deelnemers (75%) grotendeels of geheel op de hoogte is van de inhoud van de VIL en deze ook praktisch geheel onderschrijft. Veel deelnemers zien de VIL als een instrument om de kwaliteit van de verloskundige zorg te verbeteren. Van de deelnemers werkte 80% bijna volledig volgens de VIL; 15% deed dit gedeeltelijk. Slechts 2% zei niet conform de VIL te werken. Redenen of oorzaken om ervan af te wijken zijn onder andere: andere lokale afspraken, gebrek aan kennis over de precieze inhoud van de VIL, verwarring over de B- en C-indicatie, relatie tussen eerste en tweede lijn of de wens van de cliënte, verloskundige of gynaecoloog.

De deelnemers gaven aan dat verbetering zou kunnen optreden door: structureel overleg tussen de eerste en tweede lijn, bereidheid te creëren om volgens de VIL te werken, er tijd in te investeren, communicatieve vaardigheden te verbeteren, bij en na te scholen en een gemeenschappelijk doel te formuleren. Veel deelnemers bleken bereid om er tijd en energie in te steken om een samenwerkingsverband op te zetten of te verbeteren. De ondersteuning die velen nodig achten is zowel faciliterend als sturend: enerzijds faciliterend door een notulist aan te stellen en financiële ondersteuning te bieden en anderzijds sturend door een begeleider aan te stellen, als manager van het samenwerkingsproces.

De Commissie Verloskunde vindt deze resultaten bemoedigend. De resultaten illustreren dat verloskundige zorgverleners daadwerkelijk veel meer bereid zijn om samen te werken dan na de publicatie van de Verloskundige Indicatielijst in 1987. Zorgverleners willen meer samenwerken, niet alleen vanwege de manier waarop het Verloskundig Vademecum tot stand is gekomen, maar ook vanwege een toegenomen professionalisering binnen de drie beroepsgroepen.

Verloskundige samenwerkingsverbanden

Verloskundige zorg wordt primair door een individuele zorgverlener (verloskundige, verloskundig actieve huisarts of gynaecoloog) verstrekt. Verloskundige samenwerking heeft tot doel deze individuele zorg waar nodig te optimaliseren en te integreren met daarmee samenhangende zorg, bijvoorbeeld door de huisarts die geen bevallingen doet. De term 'verloskundige samenwerking' heeft in deze paragraaf betrekking op de multidisciplinaire structuur in de zorg voor zwangeren, barenden en kraamvrouwen. Deze samenwerking overstijgt daarmee monodisciplinair overleg en afstemming tussen beroepsgenoten in één beroepsgroep, zoals de verloskundige kring, het HAGRO-overleg of obstetrisch afdelingsoverleg in een ziekenhuis.

Bij verloskundige samenwerkingsverbanden zijn twee onderdelen van belang: de inhoud en de organisatie van de samenwerking. Voordat hier nader op ingegaan wordt, is het nuttig de doelstellingen en de status van een verloskundig samenwerkingsverband te omschrijven.

Doelstellingen van een verloskundig samenwerkingsverband

Als leidraad voor de doelstellingen van een verloskundig samenwerkingsverband geldt dat de regionale/lokale zorgverleners een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de verloskundige zorg. De doelstellingen zijn:

1. Het bevorderen van de kwaliteit van de individuele verloskundige zorgverlening en het creëren van een zorgcontinuüm, waarbij er duidelijke afspraken zijn gemaakt over wie verantwoordelijk is voor de zorg (ketenkwaliteit en ketenverantwoordelijkheid);
2. De organisatie van de verloskundige zorg op regionaal/lokaal niveau;
3. Het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de verloskundige zorg in het algemeen en het bevorderen van de samenwerking van de verloskundige beroepsbeoefenaren onderling en met andere daarvoor in aanmerking komende beroepsbeoefenaren op regionaal/lokaal niveau.

Status van een verloskundig samenwerkingsverband

Een verloskundig samenwerkingsverband draagt bij aan de kwaliteit van de zorg. Het ligt in de verwachting dat een verloskundig samenwerkingsverband een ontwikkeling doormaakt over een langere tijdsperiode, voordat er sprake is van een gevestigde, integrale werkwijze. In de eerste periode van ontwikkeling en gewenning kunnen de diverse deelnemers aan het overleg nog redelijk autonoom

te werk gaan. Uiteindelijk moeten zij een beleid ontwikkelen dat door allen gedragen en geaccepteerd wordt. Geleidelijk aan zullen afspraken daarom een bindend karakter krijgen. In de praktijk betekent dit dat verloskundige samenwerkingsverbanden zich in verschillende fasen kunnen bevinden. Uiteindelijk zullen verloskundige samenwerkingsverbanden gebaseerd zijn op vrijwilligheid en bereidwilligheid, maar niet op vrijblijvendheid. Dit betekent dat deelname weliswaar facultatief maar dringend gewenst is. De deelnemers onderschrijven de gemaakte afspraken en voeren ze in de praktijk uit.

De Commissie Verloskunde hecht er belang aan dat in de toekomst een regionale, verloskundige samenwerking nader wordt geformaliseerd in een voor alle partijen bindende vorm. Hiertoe worden in *Organisatie en Inrichting van een Verloskundig Samenwerkingsverband* (zie verder) voorstellen gedaan.

Inhoud en onderdelen van een verloskundig samenwerkingsverband

Binnen een verloskundig samenwerkingsverband kunnen diverse onderwerpen besproken en afgesproken worden. Deze onderwerpen zijn conform de hierboven beschreven doelstellingen gerangschikt in drie groepen: onderwerpen die volgen uit kwaliteitsbevordering van de individuele verloskundige zorgverlening (groep 1), onderwerpen die de organisatie van de zorg betreffen (groep 2) en onderwerpen die de kwaliteit van de zorgverlening in algemene zin stimuleren (groep 3). Deze onderwerpen zijn de bijlage opgenomen. Welke onderwerpen ter hand worden genomen binnen een verloskundig samenwerkingsverband, hangt sterk af van de wensen van de deelnemers. Het ligt in de lijn der verwachting dat niet direct alle onderdelen geïmplementeerd kunnen worden, maar dat er sprake zal zijn van een geleidelijke ontwikkeling. De Commissie Verloskunde adviseert de deelnemers echter bij aanvang van een verloskundig samenwerkingsverband in ieder geval afspraken te maken over de onderdelen van groep 1.

Organisatie en inrichting van een verloskundig samenwerkingsverband

De deelnemers aan een verloskundig samenwerkingsverband zijn in de eerste plaats de verloskundige zorgverleners die *direct* betrokken zijn bij de zorgverlening aan individuele cliënten: de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts en de gynaecoloog. Afhankelijk van de lokale of regionale situatie kunnen echter ook andere bij de verloskundige zorg betrokken zorgverleners of instanties in het samenwerkingsverband betrokken worden, hetzij op structurele basis dan wel ad hoc. Hierbij kan men denken aan kinderartsen, huisartsen die geen bevallingen begeleiden, vertegenwoordigers van ziekenhuizen of kraamzorginstellingen, vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties.

Uit de ervaringen van bestaande verloskundige samenwerkingsverbanden komt duidelijk naar voren dat vertrouwen en onderling professioneel respect de eerste vereisten zijn voor nieuwe samenwerkingsverbanden. Daarnaast is het belangrijk dat steeds dezelfde vertegenwoordigers van de verschillende partijen aan het overleg blijven deelnemen, zodat men elkaar goed leert kennen. Vele van de bestaande samenwerkingsverbanden berusten op persoonlijke initiatieven en zijn tot stand gekomen door de goede, persoonlijke contacten van de oprichters onderling. Afgezien van deze belangrijke, persoonlijke initiatieven, adviseert de Commissie Verloskunde om ook formele samenwerkingsverbanden in te stellen. Dit kan bijvoorbeeld met regionaal overleg tussen een plaatselijke gynaecologenvereniging (of maatschap), een regionale huisartsenvereniging (of lokale HuisArtsenGROepen, HAGRO) en een Kring van Verloskundigen, die in het desbetreffende gebied werken.

In de loop van 2000 is de KNOV begonnen een landelijke ondersteuningsstructuur voor verloskundigen te ontwikkelen met vijf regiokantoren, die sinds eind 2001 operationeel zijn.⁵ De ondersteuningsstructuur is onder andere opgezet om in- en externe samenwerking te stimuleren, waaronder verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) en de oprichting van Districts Verloskundige Platforms (DVP).⁶ VSV's zijn vooral bedoeld voor de operationele, zorginhoudelijke samenwerking tussen beroepsbeoefenaren. DVP's richten zich op de organisatie van de zorg op strategisch en beleidsmatig niveau en moeten bijdragen aan duurzame oplossingen en ontwikkelingen voor de

verloskundige zorg in brede zin. Vanwege de verschillende doelstellingen zullen de DVP's en VSV's een andere samenstelling hebben. VSV's zullen in ieder geval bestaan uit verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen die zich gezamenlijk buigen over de kwaliteit en inhoud van de zorgverlening. Zo kan de zorgverlening aan individuele cliënten optimaal verlopen. Met afspraken over de kwaliteit van de zorg en, waar nodig, over de organisatie van die zorg kunnen de betrokken beroepsbeoefenaren een zorgcontinuüm of zorgketen creëren. Afhankelijk van de lokale afspraken kunnen kraamzorg en kinderartsen ook deelnemen. VSV's zijn daarom per definitie lokale vormen van overleg, veelal gecentreerd rondom ziekenhuizen.

Voor beleidsmatige afstemming binnen DVP's is een bredere vertegenwoordiging nodig, die minstens bestaat uit cliënten, verloskundigen, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen, kinderartsen, kraamverzorgenden en zorgverzekeraars. Om hun doel te bereiken zullen DVP's een samenhangende visie op en uitwerking van de verloskunde moeten formuleren, die alle belanghebbenden delen. De geografische afbakening van een DVP zal aanmerkelijk groter zijn dan die van een VSV, met een logisch adherentiegebied waarin eerstelijns verloskundige zorgverleners, kraamzorgaanbieders, ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar samenwerken. Binnen het gebied van een DVP zullen meerdere VSV's actief zijn. Soms zullen overigens ook andere partijen aanschuiven, zoals gemeentelijke overheden, de provincie, de ambulancezorg of anderen.

Op moment van publicatie van dit tweede vademecum is de oprichting van Districts Verloskundige Platforms en Verloskundige Samenwerkingsverbanden nog in volle gang. Omdat de wijze waarop overlegsituaties tussen verloskundige zorgverleners in Nederland tot stand komen sterk kan verschillen, adviseert de Commissie Verloskunde deze vooral aan het lokale initiatief over te laten. De in de bijlage vermelde onderdelen en onderwerpen van een verloskundig samenwerkingsverband kunnen daarbij als handvat dienen. De Commissie Verloskunde realiseert zich dat verloskundige samenwerking zoals voorgesteld ingebed moet worden in een blijvende organisatie- en financieringsstructuur. Omdat VSV's een vorm zijn van transmuraal overleg kan bij de organisatie- en financieringsstructuur gekeken worden naar de ervaringen bij het FTTO.*

Samenwerking in de toekomst

De Commissie Verloskunde vindt het belangrijk ook na uitgave van het tweede Verloskundig Vademecum de verloskundige samenwerking verder te stimuleren. Bestaande samenwerkingsverbanden moeten verder ontwikkeld worden en nieuwe samenwerkingsverbanden moeten worden opgezet. Hiervoor is voldoende draagvlak aanwezig onder de beroepsbeoefenaren. De komende jaren zal hier echter nog externe ondersteuning voor nodig zijn. De Commissie Verloskunde hecht belang aan structurele ondersteuning, geformaliseerd in een Verloskundig Samenwerkingsverband én in een Districts Verloskundig Platform, zoals hiervoor omschreven.

Om kennis en vaardigheden over te dragen op het gebied van bijvoorbeeld protocolontwikkeling en kwaliteitsprojecten, lijken cursussen een geschikt middel. Daarnaast is direct advies over specifieke vraagstukken ter plekke een mogelijkheid om verder uit te werken. Inhoudelijk kunnen zorgverleners hiervoor aansluiting zoeken bij de formule die de Initiatiefgroep toegepast heeft

* Ter informatie: Het doel van het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO) is de intensivering van de samenwerking en de bevordering van de afstemming tussen de beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn. Hiermee wordt beoogd de kwaliteit en de doelmatigheid van de farmaceutische zorg te bevorderen. Aan FTTO doen ten minste de huisartsen, de specialisten, de ziekenhuis- en de openbare apothekers mee. Zij verkrijgen door deelname aan het FTTO nascholingspunten. Financiering van de proefgebieden geschiedde met subsidies van VWS en de Orde van Medische Specialisten. Structurele financiering is nog niet uitgekristalliseerd.

tijdens de workshops, om het Verloskundig Vademecum I meer bekendheid te geven (zie bij *Achtergronden en ontwikkelingen sinds de publicatie van het Verloskundig Vademecum I*). De DVP's kunnen samen met de regiokantoren ondersteuning bieden bij deze processen, mits hiervoor een blijvende organisatie- en financieringsstructuur bestaat.

Ten slotte wil de Commissie Verloskunde adviseren om in de toekomst ook nieuwe vormen van samenwerking te verkennen, waarbij de zorgverleners nog meer dan nu het geval is streven naar een eenduidig zorgcontinuüm. De Commissie Verloskunde is van mening dat zorgverleners de organisatie van de zorg kunnen aanpassen aan de individuele zorgvraag en zorgbehoeften van cliënten, op lokaal of regionaal niveau, meer dan tot op heden het geval is. Op basis hiervan zal bezien worden hoe de samenwerking en afstemming tussen de verschillende beroepsgroepen aangepast kan worden. Momenteel functioneert op enkele plaatsen in Nederland een systeem van thuismonitoring van 'hoogrisico'-zwanteren waarin verloskundigen een belangrijke rol spelen. Ook neemt het aantal tweedelijns verloskundigen op de verloskundeafdelingen van ziekenhuizen toe, met toenemende rol en verantwoordelijkheden. Analoog aan deze ontwikkelingen zijn in de toekomst nog andere samenwerkingsvormen denkbaar die de huidige begrenzing tussen eerste- en tweedelijns overstijgen. Uitgangspunt daarbij dient steeds te zijn dat optimaal gebruik moet worden gemaakt van de specifieke deskundigheid van de verschillende verloskundige zorgverleners. Dat betekent dat in de gegeven verloskundige/medische situatie de meest geëigende zorgverlener de zwangerschap of bevalling dient te begeleiden (zie ook Uitgangspunten in §5.1). Dergelijke nieuwe ontwikkelingen kunnen overigens alleen plaatsvinden in een gelijkwaardige, ideale samenwerkingsvorm.

Bijlage

In deze bijlage wordt nader ingaan op de inhoud, onderdelen en werkzaamheden van een verloskundig samenwerkingsverband. Deze zijn gerangschikt naar analogie van de doelstellingen van een verloskundig samenwerkingsverband.

Groep 1: individuele zorg

De individuele zorgvraag van cliënten vormt de basis voor afspraken over de inhoud van de zorg. De volgende onderwerpen zijn daarbij te onderscheiden:

1. Instellen van mogelijkheden om over individuele cliënten te overleggen (verwijsbrief, afspraken om de verwijzing te realiseren, e.d.);
2. Instellen van periodiek overleg over verloskundig- en verwijsbeleid: indicaties voor de begeleiding van zwangerschap of bevalling in het algemeen en met name ten aanzien van de B-indicaties. De Verloskundige Indicatielijst is hierbij de richtlijn. Dit overleg is met name noodzakelijk, omdat de Verloskundige Indicatielijst een aantal indicaties noemt, waarbij de indicatie op zich geen uitsluitel biedt over de vraag wie de cliënte moet begeleiden. Dit is afhankelijk van de omstandigheden en/of de ernst van de aanwezige risicofactor. Hierover moeten zorgverleners op regionaal/lokaal niveau sluitende afspraken maken per verloskundige situatie, zodat de inhoud en kwaliteit van de verloskundige zorg duidelijk zijn voor alle betrokkenen (inclusief cliënten), evenals de verantwoordelijkheid hiervoor;
3. Opstellen van regels voor verwijzing van patiënten naar niet-obstetrische, medisch specialisten (bijv. orgaanspecialisten);
4. Opstellen en maken van onderlinge afspraken over preconceptionele advisering en prenatale diagnostiek.

Groep 2: organisatie van de zorg

Bij de organisatie van de zorg op regionaal of lokaal niveau is het van belang dat dit een afgeleide vormt van de benodigde zorg (de zorgvraag van cliënten). De volgende zaken zijn hierbij te onderscheiden:

5. Instellen van periodiek overleg instellen en afspraken maken over de organisatie van de verloskundige zorg (bijv. eerstelijns bevallingen in het ziekenhuis, begeleiding kraamzorg, zwangerschapsvoorlichting, echoscopievoorzieningen, praktische realisatie van verwijzingen, e.d.);
6. Het opstellen van een uniform voorlichtingsbeleid opstellen en hetzelfde dan wel elkaar aanvullend voorlichtingsmateriaal* gebruiken;
7. Instellen van een overleg over de knelpunten in de regionale/lokale verloskundige zorg, de integratie van de verloskundige zorg en het wederzijds informeren over het inhoudelijk beleid;
8. Gezamenlijk overleg met andere regionale/lokale instellingen voor verloskundige zorg (bijv. thuiszorg, zorgverzekeraars, ziekenhuizen);
9. Het maken van regionale/lokale afspraken ter afstemming van het vestigingsbeleid van de deelnemers aan het overleg. Het doel hiervan is bij te dragen aan de continuïteit van kwalitatief goede zorgverlening;

Groep 3: meer specifieke kwaliteitsbevorderende activiteiten

Kwaliteitsbevorderende maatregelen moeten enerzijds de resultaten van de zorgverlening en samenwerking beschrijven (verzameling, analyse en evaluatie) en anderzijds de deskundigheid van de deelnemers bevorderen.

* Een voorbeeld is de Algemene Zwangerenfolder, die tot stand is gekomen door samenwerking tussen de KNOV, de LHV, de NVOG en de VVAH.

Maatregelen voor verzameling, analyse en evaluatie

10. Deelname aan de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR 1 en 2) en in de toekomst ook aan de Perinatale Registraties Nederland;
11. Het maken van afspraken over informatisering (bijv. elektronisch dossier, elektronische berichtgeving);
12. Instelling van gezamenlijke periodieke analyse van de uitkomsten van de LVR en VOKS op regionaal/lokaal niveau analyseren. Waar dat nodig is, kan het verloskundig en verwijzbeleid op regionaal/lokaal niveau als gevolg hiervan aangepast worden;
13. Instellen van een periodieke perinatale audit (over opgetreden perinatale sterfte, ernstige perinatale morbiditeit en andere incidenten in de patiëntenzorg) en alle gevallen van perinatale sterfte melden aan het landelijk bureau perinatale sterfte. Dit laatste is verder uitgewerkt in hoofdstuk 7;
14. Het opstellen van een jaarverslag over de regionale/lokale verloskundige samenwerking.

Maatregelen om de deskundigheid van de zorgverleners te bevorderen

15. Het opstellen en uitvoering geven aan kwaliteitseisen te stellen aan verloskundige zorgverleners. De adviezen uit hoofdstuk 4 dienen hierbij als richtlijn;
16. Het instellen van bij voorkeur geaccrediteerde, deskundigheidsbevorderende activiteiten, en wederzijdse nascholing, referaten, voordrachten en gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek.

Waarborging van de continuïteit en kwaliteit van de samenwerking

Uit onderzoek blijkt dat er diverse voorwaarden zijn om een verloskundig samenwerkingsverband te realiseren.^{7,8} Bijzondere aandacht moet worden geschonken aan:

17. De structuur van het samenwerkingsverband: een coördinerend bestuur of werk met een goede voorzitter, waarbij vergaderingen regelmatig gehouden en goed voorbereid worden en besluiten schriftelijk vastgelegd worden;
18. De attitude en vaardigheden van de deelnemers: vertrouwen in elkaars kennis en vaardigheden, samen willen werken, tolerant en loyaal zijn, en elkaar als gelijkwaardige collega's beschouwen; bereidheid openheid te geven over de eigen werkwijze, zich samen verantwoordelijk te voelen voor de zorg en zich voor de groep in te zetten;
19. De informatievoorzieningen en communicatie: goede verspreiding van informatie en afspraken onder de deelnemers, vertegenwoordigers moeten de informatie terugkoppelen, cliëntgegevens op uniforme wijze vastleggen;
20. Financiële ondersteuning: middelen voor secretariële ondersteuning;
21. Het vergaren van steun van andere instellingen: steun van de eigen beroepsgroep, ziekenhuis, e.d.;
22. Het instellen van de mogelijkheid tot laagdrempelige bemiddeling bij conflicten tussen zorgverleners, eventueel ook het instellen van een geschillenregeling of -commissie.

Referenties

1. Adviescommissie Verloskunde. Verloskundige Organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Eindrapport Ministerie van WVC, 1987.
2. Regeringsstandpunt Verloskunde, 1989.
3. Verloskunde in de toekomstige zorgverzekering. Amstelveen: Ziekenfondsraad 1991. Publicatienr.520.
4. CBO. Begeleiding en Ondersteuning van Verloskundige Samenwerkingsverbanden, Utrecht: CBO, 1996.
5. Steur JB van der, Eskes M. Eindrapportage programma Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen (PROVER). Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2002. Publicatie 02/104
6. Eindrapportage Stuurgroep Modernisering Verloskunde, Bilthoven: KNOV, 2000.

7. Veer AJE de, Meijer WJ. Multidisciplinaire samenwerking in de Verloskunde. Medisch Contact 1996;51:1421-4.
8. Meijer WJ, Veer AJE de, Groenewegen PP. Samenvatting van de resultaten van het Nivel-onderzoek in het Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden 1991-1996. Utrecht: Nivel, 1996.

Hoofdstuk 4 Kwaliteitsbeleid van verloskundige zorgverleners

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op verschillende aspecten die van belang zijn voor het kwaliteitsbeleid van verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen.

Wat is kwaliteit?

Er bestaan veel definities van kwaliteit. Zij komen in grote lijnen allemaal op hetzelfde neer. De in dit vademecum gebruikte definitie luidt: *'De mate waarin een product of dienst voldoet aan de criteria die aan dat product of die dienst worden gesteld.'* Verschillende categorieën en personen hanteren die criteria in de gezondheidszorg. Deze categorieën komen hieronder aan bod.

Waarom werken aan kwaliteit?

In de gezondheidszorg gaat het bij kwaliteit om zowel de inhoud van de zorgverlening als de organisatie van de zorgverlening.

Onderstaande redenen geven aan waarom aan kwaliteit gewerkt wordt:

- Elke goede zorgverlener wil graag goede kwaliteit leveren;
- De cliënten willen graag goede kwaliteit van zorg ontvangen;
- Omdat in de verloskundige zorg sprake is van ketenzorg, is het van belang dat elke discipline bewust kwaliteit van zorg levert. De keten is immers net zo sterk als de zwakste schakel;
- De zorgverzekeraars hebben de plicht om goede zorg in te kopen. Zij moeten daartoe inzicht hebben in de kwaliteit van zorg die zorgverleners bieden;
- De overheid wil dat haar burgers goede zorg ontvangen en heeft daarom de kwaliteit van zorg vertaald in een aantal wetten.

Inbedding van kwaliteit in het overheidsbeleid

De overheid heeft kwaliteit van zorg altijd gestimuleerd. Op haar initiatief is in 1990 de eerste Leidschendam Conferentie georganiseerd. Er zijn inmiddels drie Leidschendam Conferenties geweest (1990, 1995 en 2000). Het doel van de conferenties was te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de zorgsector. Er is in de conferenties afgesproken dat zowel beroepsorganisaties als zorgverzekeraars als patiënten/consumenten kwaliteit van zorg moeten bepalen en beoordelen. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat het zorgverleningsproces transparanter moet worden, voor zowel zorgverleners onderling als zorgverzekeraars en cliënten. Een middel om de zorg transparant te maken is te werken volgens richtlijnen, standaarden en protocollen. Deze zouden bij voorkeur tripartiet ontwikkeld moeten worden. Een belangrijk gegeven hierbij is dat de Nederlandse Patiënten/Cliënten Federatie een aantal kwaliteitscriteria heeft opgesteld, waaraan de zorg volgens haar zou moeten voldoen. Ook de zorgverzekeraars streven ernaar hun eigen kwaliteit en die van de beroepsbeoefenaren te stimuleren. Zo hebben zij, onder andere, in de 'Gedragscode van de Zorgverzekeraar' aangegeven dat de zorgverzekeraars bij de keuze voor zorgaanbieders de kwaliteit van de geboden zorg nadrukkelijk laten meewegen.

Als gevolg van de Leidschendam Conferenties is de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) opgericht. In deze stichting zijn de aanbieders van zorg, de zorgverzekeraars en de patiënten/consumenten vertegenwoordigd. De Stichting HKZ heeft zich ten doel gesteld om een uniform model te ontwikkelen, waarmee het mogelijk is om alle sectoren van de gezondheidszorg te beoordelen en zo mogelijk te certificeren. Andere organisaties die methoden ontwikkelen om de kwaliteit van zorg te toetsen, zijn het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (INK) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). De methoden en modellen die tot nu toe zijn ontwikkeld, richten zich voornamelijk op het kwaliteitsbeleid van grotere instellingen.

Naast de organisatie van de Leidschendam Conferenties stimuleert de overheid kwaliteitsbevordering ook met wetgeving. De volgende kwaliteitswetten zijn in de jaren negentig van de 20^e eeuw afgekondigd:

- **Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).**
De Wet BIG heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de cliënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren;
- **Kwaliteitswet Zorginstellingen.**
Volgens deze wet moeten instellingen voldoen aan vier kwaliteitseisen: verantwoorde zorg, bewust beleid, een kwaliteitssysteem en een kwaliteitsjaarverslag. Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen is een instelling een organisatieverband van samenwerkende beroepsbeoefenaren;
- **Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).**
In de WGBO worden de rechten en plichten van de zorgverlener en cliënte geregeld. De zorgverlener is verplicht de juiste zorg op een respectvolle wijze aan te bieden. De cliënte heeft als plicht de zorgverlener de juiste informatie te geven en mee te werken aan de behandeling. De belangrijkste onderwerpen in de wet zijn de volgende: informatieplicht, toestemmingsvereiste, dossierplicht en privacybescherming;
- **Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).**
Iedere zorgaanbieder moet volgens de WKCZ een onafhankelijke regeling hebben voor de behandeling van klachten. Deze regeling moet bekend zijn bij de cliënten;
- **Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).**
Het doel van deze wet is medezeggenschap van cliënten te bevorderen in een instelling op het gebied van maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg. Elke instelling is verplicht een cliëntenraad in te stellen;
- **De Wet Bescherming Persoonsregistratie (WBP).**
De Wet Bescherming Persoonsregistratie is opgesteld voor de bescherming van de (geautomatiseerde) persoonsgegevens van cliënten.

Voor de beroepsorganisaties geldt dat zij haar leden in staat stellen om te voldoen aan de wettelijke eisen. De organisaties moeten in samenspraak met de zorgverleners, cliënten en zorgverzekeraars een kwaliteitssysteem ontwikkelen.

Kwaliteitssysteem

Een kwaliteitssysteem is een hulpmiddel om op systematische wijze de kwaliteit van zorg te bewaken, te verbeteren en te verantwoorden. Elk kwaliteitssysteem doorloopt in essentie cyclisch de drie onderstaande stappen:

- **Normen vaststellen.**
Voor iedere beroepsgroep is de minimaal vereiste zorg omschreven. Deze normen zijn

belangrijk omdat zij enerzijds het minimale niveau van zorg aangeven en anderzijds duidelijk kunnen maken wat precies het takegebied van een bepaalde beroepsgroep is.

- **Kwaliteit toetsen.**
Met behulp van een beoordelingsinstrument kan nagegaan worden in welke mate een praktijk voldoet aan de norm. De beroepsgroep of een andere organisatie kan deze toetsing uitvoeren. Hulpmiddelen bij de kwaliteitstoetsing zijn bijvoorbeeld cliëntenraadpleging en (intercollegiale) visitatie van praktijken.
- **Kwaliteit verbeteren.**
Op basis van de resultaten van de toetsing wordt duidelijk wat de sterke en zwakke kanten zijn van inhoud en organisatie van de zorg. Na prioritering, worden voor de zwakke kanten verbetertrajecten ingezet.

Een kwaliteitssysteem omvat dus alle drie de stappen.

Aandachtsgebieden voor normen

Zoals hierboven beschreven zijn de normen het centrale onderdeel van het kwaliteitssysteem. Het is belangrijk dat deze normen zorgvuldig en in consensus tot stand komen. Hieronder worden aandachtsgebieden beschreven waarvoor normen geformuleerd kunnen worden. Voor elk aandachtsgebied is een aantal aspecten aangegeven. Deze lijst met aspecten is niet uitputtend. Bovendien zullen de aspecten in de loop van de tijd veranderen. Sommige aandachtsgebieden hebben betrekking op de inhoud van de verloskundige zorg, andere op de organisatie ervan.

Inhoud van de verloskundige zorg

Medisch-technisch handelen

- Anamnese
- Onderzoek
- Risicoselectie

Elke verloskundige zorgverlener geeft medische zorg. Op basis van de anamnese en lichamelijk onderzoek zal de zorgverlener bepalen of de cliënte in de eerste of in de tweede lijn thuis hoort. Deze vorm van risicoselectie is een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. Het vademecum is hierbij een richtinggevend instrument.

(Psycho)sociale zorg

- Bejegening
- Voorlichting/counseling
- Coaching en begeleiding
- Gidsfunctie

Een eveneens belangrijke taak van de verloskundige zorgverleners is de (psycho)sociale begeleiding van de zwangere vrouw en haar partner. Dit is belangrijk, omdat het vertrouwen dat de cliënte heeft in de zorgverlener ook bepalend is voor een succesvol verloop van de zwangerschap en bevalling. De zorgverleners moeten de cliënte respectvol bejegenen. Zij moeten haar tijdig en begrijpelijk informeren over de bevindingen, de behandeling en de onderzoeken. Zorgverleners zullen cliënten steeds vaker moeten informeren en begeleiden rondom veelomvattende onderwerpen zoals prenatale diagnostiek. Als dat nodig is, verwijzen de verloskundige zorgverleners de cliënte naar andere disciplines of adviseren zij haar de hulp in te roepen van andere zorgaanbieders.

Organisatie van de verloskundige zorg

Professionele kennis en vaardigheden

- BIG-register
- Nascholing
- Toetsing
- Accreditatie van cursussen en congressen
- Wetenschappelijk onderzoek

Wanneer een zorgverlener is opgenomen in het BIG-register, dan voldoet deze aan een minimaal kwaliteitscriterium, namelijk een diploma van een erkende opleiding. De zorgverleners moeten kennis en vaardigheden up to date houden. Dit kunnen zij doen door geaccrediteerde trainingen, nascholingen en congressen te volgen. Bovendien toetsen de zorgverleners hun handelen aan die van collega's, bijvoorbeeld met intercollegiale toetsing en/of visitatie. Een bijzondere vorm van toetsing betreft de perinatale audit (zie hoofdstuk 7).

Personeelsbeleid

- Bereikbaarheid en beschikbaarheid
- Werving en selectie
- Begeleiding stagiaires
- Functioneringsgesprekken
- Contracten

Afhankelijk van gemaakte keuzen over bereikbaarheid en beschikbaarheid zal de personele bezetting worden ingevuld. Op basis van deze keuzen kan een dienstenrooster worden opgesteld. Vrijwel alle verloskundige zorgverleners hebben te maken met personeel. Deze werkgeversrol vergt specifieke kennis en vaardigheden. Naast de werving en selectie van nieuwe werknemers gaat het ook over contractvormen, arbeidsomstandigheden, inwerkprocedures en functioneringsgesprekken. Onder personeelsbeleid valt ook de begeleiding van stagiaires.

Samenwerking / ketenzorg

- Overdracht
- Overleg
- Afstemming
- Eensluidend beleid voor gemeenschappelijke onderwerpen

Zoals hierboven al is beschreven, is een goede samenwerking binnen en tussen de verschillende disciplines essentieel om kwalitatief goede zorg te kunnen waarborgen. De relevante partijen (bijvoorbeeld in VSV's of DVP's) kunnen overeenstemming bereiken door af te spreken wanneer zij naar elkaar verwijzen. Bovendien kunnen zij in deze overleggen bespreken wat het beleid is in bepaalde zorgsituaties en bij bepaalde ontwikkelingen. Daarnaast zal het beleid ook regelmatig met andere relevante partijen afgestemd moeten worden, zoals met zorgverzekeraars en patiënten/cliëntenorganisaties.

Organisatie van de praktijk

- Continuïteit van de zorgverlening
- Bereikbaarheid, toegankelijkheid
- Praktijkinrichting
- Hygiëne
- Privacy

Wat betreft de organisatie van de praktijk is een aantal factoren relevant voor de kwaliteitsverbetering. Wellicht de meest omvattende factor is die van de continuïteit van zorgverlening. Continuïteit van zorgverlening betekent dat de zorg die de cliënte ontvangt, van het begin tot het einde van het zorgtraject naadloos in elkaar overgaat. Hier vloeit uit voort dat verloskundige zorgverleners zowel intra- als interdisciplinair vaststellen wie welke zorg op welke wijze aanbiedt. Deze afspraken moeten inzichtelijk zijn voor collegae, waarnemers en cliënten. Bovendien moeten de zorgverleners met elkaar afspreken welke informatie in geval van verwijzing bekend moet zijn. Om goede afstemming en een eenduidige werkwijze te bevorderen moet alle essentiële informatie op een zelfde wijze vastgelegd worden. Naast continuïteit van zorg moet een goede organisatie van de praktijk garant staan voor de toegankelijkheid van de praktijk, voor gegarandeerde 24-uurs bereikbaarheid en voor optimaal respect voor de (privacy) van de cliënt. Bovendien moet de praktijk voldoen aan minimale randvoorwaarden wat betreft de inrichting.

Informatiemanagement

- Verslaglegging
- Systematische gegevensregistratie
- Deelname aan de LVR
- Automatisering

Informatiemanagement is op te delen in cliëntgebonden informatie en niet-cliantgebonden informatie. In het geval van cliëntgebonden informatie moet de zorg die aan een cliënte is verstrekt, vastgelegd worden. Zo is altijd duidelijk wie welke zorg op welke wijze heeft aangeboden en wat de afspraken tussen de cliënte en de zorgverlener of de zorgverleners onderling zijn geweest. Om de verloskundige zorgverlening te kunnen verbeteren en aan te passen aan de eisen van de tijd, is veel informatie nodig. Deze informatie wordt enerzijds verzameld aan de hand van de LVR-gegevens, anderzijds door systematische gegevensregistratie op praktijkniveau. In een praktijk moeten zorgverleners afspreken welke gegevens zij op welke manier registreren en wat er met deze informatie wordt gedaan.

Niet-cliantgebonden informatie is opgenomen in bijvoorbeeld (kwaliteits)plannen. In de plannen komt de koers voor de toekomst aan de orde. De gemaakte keuzen zijn inzichtelijk aangeboden en verantwoord in de plannen. Bovendien kunnen zorgverleners aan het eind van een periode het beleid toetsen en zo nodig verbeteren.

Verloskundig beleid en verantwoording

Een kwaliteitssysteem kan alleen goed werken als de verloskundige zorgverleners bereid zijn hun zorg transparant te maken. Transparantie van zorg betekent dat voor collega's, cliënten, andere relevante disciplines, zorgverzekeraars en de overheid duidelijk is hoe de zorg is georganiseerd en wie welke zorg op welk moment aanbiedt. Een deel van de afspraken kan worden vastgelegd in werkwijzen, protocollen en standaarden. Daarnaast zal elke praktijk een (kwaliteits)plan moeten hebben, waarin het beleid voor de komende periode is vastgesteld. Bovendien moeten de zorgverleners jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag schrijven. Dit jaarverslag moet verzonden worden aan de minister van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het regionale patiënten-/consumentenplatform.

Werken vanuit een kwaliteitssysteem betekent dat het aanvankelijk veel tijd en inzet vraagt om binnen een praktijk maar ook tussen de verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, cliënten en zorgverzekeraars afstemming te bereiken. De overheid, de zorgverzekeraars en de cliënten zijn gebaat bij een kwalitatief goede zorgverlening. Zij zullen dan ook moeten worden betrokken bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Hoofdstuk 5 De Verloskundige Indicatielijst

De Verloskundige Indicatielijst wil een bijdrage leveren aan de bevordering van optimale verloskundige zorg. De lijst is een hulpmiddel bij de risicoselectie en samenwerking.

§5.1 Uitgangspunten

De uitgangspunten zijn dat zwangerschap, bevalling en kraamperiode fysiologische processen zijn en thuis kunnen plaatsvinden. Binnen de verloskundige organisatie dient optimaal gebruik te worden gemaakt van de deskundigheid van de verschillende verloskundige zorgverleners. Dit betekent dat de normaal verlopende zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot het verzorgingsgebied van de eerstelijns zorgverlener behoren. De te verwachten pathologische zwangerschap, bevalling en kraamperiode behoren tot het takenpakket van de tweedelijns zorgverlener, in principe na selectie door de eerstelijns zorgverlener. Om selectie en verwijzing optimaal te laten verlopen, zijn richtlijnen voor overleg en overdracht geformuleerd.

De basis voor de Verloskundige Indicatielijst vormen de antwoorden op de volgende vragen:

1. Is er sprake van een aandoening die invloed kan hebben op het beloop en de uitkomst van zwangerschap en/of bevalling en/of kraamperiode?
2. Is er sprake van een aandoening waarop zwangerschap en/of bevalling en/of kraamperiode invloed kunnen hebben?
3. Van welk risico is er sprake?
4. Wat is het meest geëigende verloskundig/medisch beleid op basis van anamnese en/of onderzoek?
5. Als het beleid is vastgesteld, wie is dan de meest aangewezen zorgverlener om de zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode in de gegeven situatie te begeleiden?

Bij de beantwoording van deze vragen zijn vertegenwoordigers van beroepsgroepen in de verloskunde betrokken geweest. Nadat Kloosterman de eerste Verloskundige Indicatielijst in 1959 had opgesteld, verscheen er tweemaal een herziening van deze lijst. Hierbij werd steeds vaker op basis van 'evidence' en/of consensus een advies gegeven over verloskundige begeleiding in specifieke situaties. Bij de huidige revisie is het principe van 'evidence based medicine' verder uitgewerkt. De beroepsgroepen achtten het wenselijk dat een tiental onderwerpen van de lijst herzien werd. De subgroep Verloskundige Indicatielijst (SVI 2) heeft voor dit proces zorggedragen. Deze groep is ingesteld door de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. De door de SVI 2 gevolgde werkwijze bij de herziening wordt vermeld in §5.4, 'Werkwijze herziening Verloskundige Indicatielijst'.

In de herziene lijst 2002 is de indeling in A, B, C en D gehandhaafd. Het accent ligt bij de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener voor de begeleiding in de desbetreffende situatie. Essentieel is dat de vrouw tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode optimale zorg ontvangt. Dat betekent ook dat terugverwijzing plaatsvindt, als de reden tot verwijzing vervallen is.

A. Eerstelijns verloskundige zorg.

De verantwoordelijkheid voor verloskundige begeleiding ligt in de genoemde situatie bij de verloskundige of huisarts.

B. Overlegsituatie.

Er is sprake van een beoordeling op het raakvlak van de eerste en de tweede lijn. Onder het betrokken item wordt de individuele situatie van de zwangere beoordeeld en worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid voor de verloskundige begeleiding. Dit gebeurt aan de hand van de vijf bovengestelde vragen. Over deze indicaties vindt overleg plaats, tenzij hierover eerder

specifieke, structurele afspraken op lokaal niveau gemaakt zijn. Het hoofdstuk over de verloskundige samenwerking (hfdst 3) biedt een handreiking voor dergelijke afspraken.

C. Tweedelijns verloskundige zorg.

De vermelde indicatie is zodanig, dat de verloskundige begeleiding in de tweede lijn door de gynaecoloog dient plaats te vinden. Dit geldt overigens slechts voor zolang er van de beschreven aandoening sprake is.

D. Verplaatste eerstelijns verloskundige zorg.

De verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg ligt in principe bij de eerstelijns verloskundige zorgverlener, maar in de gegeven situatie bestaat er aanleiding de bevalling in het ziekenhuis te laten plaatsvinden om een eventueel transportrisico tijdens de bevalling te vermijden.

§5.2 Status van de Verloskundige Indicatielijst en gebruik in de dagelijkse praktijk

De Verloskundige Indicatielijst heeft een tweeledig doel:

1. De lijst geeft een op basis van 'evidence' en/of consensus tot stand gekomen advies aan de verloskundige zorgverleners over de verloskundige begeleiding in specifieke situaties;
2. De lijst vormt een geheel van richtlijnen waarmee zorgverleners tegenover anderen (o.a. zorgverzekeraars en cliënten) het verloskundig beleid kunnen beargumenteren.

De Verloskundige Indicatielijst zelf en de wijze waarop de adviezen voor het verloskundig beleid tot stand zijn gekomen, vormen een richtlijn voor verantwoorde, verloskundige zorg. De lijst bevat beredeneerde aanbevelingen, maar is niet gebiedend van aard. Op basis van rationele argumenten kan een zorgverlener in individuele situaties een afwijkende beslissing nemen. Het is te verwachten dat de lijst steeds verder zal evolueren tot een professionele standaard, door het gebruik ervan in de praktijk en door voortdurende actualisering op basis van 'evidence' en voortschrijdend inzicht.

Zowel de Verloskundige Indicatielijst als de richtlijnen voor gebruik moeten worden gezien in het licht van zowel de standpunten over kwaliteitseisen als de samenwerking tussen de bij de verloskunde betrokken beroepsbeoefenaren. Die standpunten zijn in dit vademecum geformuleerd. Zo kan de samenwerking optimaal tot stand gebracht worden en daarmee de kwaliteit van zorg verhoogd worden. In de hoofdstukken 3 en 4 wordt nader ingegaan op de noodzaak van en de voorwaarden voor een goede samenwerking. Tevens worden handreikingen gedaan om die te stimuleren en vorm te geven.

Met name in situaties waarbij sprake is van intercurrente aandoeningen kunnen ook anderen bij de zorg voor de zwangere betrokken zijn: bijvoorbeeld een huisarts die zelf geen bevallingen begeleidt, een medisch specialist (niet-obstetricus) en paramedische en verplegende zorgverleners. Afspraken over verantwoordelijkheden, informatie-uitwisseling en afstemming van de zorgverlening zijn in dergelijke situaties niet uitgewerkt in de Verloskundige Indicatielijst. De aanbevelingen naar aanleiding van complicaties van zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode dienen bij de consultatie post partum met de betrokkene besproken te worden. Ook moeten deze vastgelegd worden in een brief aan de eerstelijns zorgverlener(s), zodat zij dit advies bij een volgende zwangerschap mee kunnen wegen bij de risicobepaling.

Concrete afspraken over spoedeisende en niet-spoedeisende consultatie, evenals verwijzing bij B-categorie- en D-categorieonderwerpen zijn niet in deze lijst uitgewerkt. Het betreft de praktische uitwerking van onderlinge bereikbaarheid, gegevensuitwisseling, de wijze van overleggen, de communicatie met de cliënte en dergelijke zaken. Hoe dergelijke interdisciplinaire afspraken gestructureerd moeten worden en transmurale samenwerking ontwikkeld moet worden, komt bij uitstek aan de orde in regionale en lokale samenwerkingsverbanden. In hoofdstuk 3 gaat de Commissie Verloskunde in op de vraag hoe samenwerking ontwikkeld en onderhouden moet worden.

§5.3 Richtlijnen bij het vormgeven van de overlegsituatie

De samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners komt het meest duidelijk tot uiting bij de B-indicaties, waar sprake is van een beoordeling op het raakvlak van de eerste en de tweede lijn. Deze indicaties geven dan ook aanleiding tot overleg. Daarin moet overwogen worden wat de mogelijkheden van preventie, van diagnostiek en van behandeling in de gegeven situatie zijn. De inbreng vanuit de ervaringsdeskundigheid van de verschillende zorgverleners moet daarbij worden afgewogen. Voorop staat daarbij dat verloskundig beleid afgesproken wordt dat in de individuele situatie tot optimale zorg leidt. De afspraken dienen helder te maken wie waarvoor verantwoordelijk is.

De volgende richtlijnen zijn een hulpmiddel om de samenwerking in deze situatie te optimaliseren:

1. Bij het verloskundig verwijs- en consultatiebeleid respecteren de betrokken zorgverleners elkaars professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Dat zij voorzien in kwalitatief verantwoorde verloskundige hulp in het algemeen, wordt als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid gezien, naast de individuele verantwoordelijkheid jegens afzonderlijke cliënten;
2. Overleg tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners over een individuele situatie (hierna te noemen 'overleg') beschouwen de betrokken zorgverleners als een integraal onderdeel van de professionaliteit van de beroepsuitoefening. Overleg heeft daarbij enerzijds betrekking op de verloskundige en de huisarts, anderzijds op de gynaecoloog en andere medisch specialisten;
3. Het initiatief voor een overleg kan van beide kanten komen. In de B-situatie neemt de eerstelijns zorgverlener het initiatief in het kader van de verloskundige risicoselectie. Daarbij spelen de adviezen uit de Verloskundige Indicatielijst een belangrijke rol. Afwijkingen van die lijst zijn mogelijk (zoals ook hierboven en in de lijst aangegeven) op grond van rationele onderbouwing;
4. Overleg over een specifieke situatie begint met een schriftelijke toelichting van de eerstelijns zorgverlener aan de specialist. Deze toelichting bevat alle relevante, obstetrische gegevens (waaronder bij voorkeur een kopie van de zwangerschapskaart) en een gerichte probleemstelling;
5. In de regel vindt een consult plaats in de vorm van een spreekuurcontact tussen cliënte en specialist volgen. De specialist legt een dossier aan (ook in gevallen waarbij zijn betrokkenheid beperkt blijft tot een eenmalig consult) en legt zijn bevindingen en een beargumenteerd advies aan de eerstelijns zorgverlener schriftelijk vast;
6. Andere vormen van overleg (bijvoorbeeld telefonisch of schriftelijk) zijn mogelijk als beide zorgverleners dat verantwoord achten. Degene die om het advies heeft gevraagd legt in deze situatie de uitkomst van overleg in ieder geval schriftelijk vast;
7. De betreffende situatie kan leiden tot een verwijzing naar de tweedelijns zorgverlener, tot verdere begeleiding door de eerstelijns zorgverlener, of tot gezamenlijke begeleiding in welke vorm ook. Eerstelijns zorgverlener en specialist nemen hierover samen de beslissing. Op grond van dit overleg bepalen zij het meest geëigende, verloskundig beleid en de meest aangewezen zorgverlener. Bij gezamenlijke begeleiding maken zij eenduidige afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden;

8. De informatie aan de cliënte is een weergave van het beleid, dat eerste- en tweedelijns zorgverlener in overleg hebben vastgesteld;
9. De zorgverleners voeren dit beleid uit. Als zij hier om enige reden toch van afwijken, motiveren en melden zij dit met alle relevante gegevens aan de overlegpartner;
10. De zorgverleners die bij het overleg betrokken zijn, houden elkaar op de hoogte van het verdere obstetrische verloop. Zij verstrekken met name concrete informatie over de uitkomsten (beloop van bevalling en kraamperiode, gezondheid van moeder en kind). Als dat wenselijk is, evalueren zij de casus in onderling overleg. Mogelijke oorzaken van opgetreden morbiditeit/mortaliteit worden in elk geval in onderling overleg besproken. Het verdient aanbeveling dat de betrokken zorgverleners om de uitkomst van dit overleg eveneens met de betrokken patiënt bespreken, evenals eventuele adviezen voor een mogelijke volgende zwangerschap/bevalling. Documentatie in patiëntendossier en ontslagbrief zijn noodzakelijk;
11. Binnen het Verloskundige Samenwerkingsverband worden die gevallen besproken waarin afwijkingen zich structureel voordoen (zoals bedoeld bij sub 3 en sub 9), of waarin er structureel sprake is van verschillen van inzicht tussen zorgverleners. Een samenwerkingsverband heeft een essentiële betekenis voor het bestaan van evenwichtige, professionele verhoudingen op basis van gelijkwaardigheid tussen alle betrokkenen.

De specifieke Verloskundige Indicatielijst wordt weergegeven in deel II.

§5.4 Werkwijze herziening Verloskundige Indicatielijst

Doelstelling Subgroep Verloskundige Indicatielijst 2 (SVI 2)

De SVI 2 had tot taak de Verloskundige Indicatielijst in het *Verloskundig Vademecum* te actualiseren. Het uiteindelijke resultaat is een aanbeveling voor een aangepaste Verloskundige Indicatielijst. Hierbij zijn actuele inzichten verwerkt en is, waar mogelijk, een wetenschappelijke bewijsvoering toegepast. De leden van de subgroep formuleerden de standpunten in consensus.

Werkwijze

Het principe van 'evidence based medicine' werd gevolgd: systematische zoekstrategieën naar relevante literatuur en beoordeling van de methodologische kwaliteit van geselecteerde onderzoeken. De betreffende onderzoeken zijn gewogen volgens de systematiek waarmee de kwaliteit van medische artikelen beoordeeld wordt. Deze is ontwikkeld in het zogenoemde Cochrane-overleg¹. Ook zijn de relevantie en toepasbaarheid van het onderzoek beoordeeld voor de Nederlandse verloskundige organisatie.

Literatuursearch

De 'search' is uitgevoerd met een zoekstrategie door opstelling van een PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome)². De zoekactie is toegepast op drie bestanden:

- Cochrane library (online): voor de systematische reviews;
- Medline (Pubmed via internet <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>);
- Embase drugs and pharmacology (CD-ROM van Silverplatter).

Er is gezocht met behulp van de MESH (MEDical Subject Headings). Editorials, letters, case-reports, studies bij dieren en literatuur ouder dan vijf jaar (eventueel tien bij geringe opbrengst) zijn uitgesloten. De subgroep heeft de volgende filters gebruikt: 'sensitivity and specificity' (MESH) en

'diagnosis' (MESH) voor de diagnostiek, de subheadings 'recurrence' voor herhalingskans en 'prevention and control', 'therapy' en 'prognosis' voor therapie en preventie. Ten slotte is in 'free text' gezocht naar referenties waaraan nog geen trefwoorden toegekend zijn (MEDLINE record in process), beperkt tot invoerdatum ('entry date') 'laatste 60 dagen'³. In aanvulling daarop heeft onderzoek plaatsgevonden naar relevante literatuur in referenties van de gevonden artikelen.

Selectie en beoordeling

Artikelen zijn geselecteerd op grond van vooraf opgestelde in- en uitsluitingscriteria. Om de kwaliteit van medische artikelen systematisch te beoordelen, zijn checklists gebruikt (CBO, Dutch Cochrane Centre, NHG, CVZ, enz.).¹ Voor de beoordeling van een richtlijn/standaard is het AGREE-instrument⁴ gebruikt. Aan de onderzoeken is vervolgens een 'level of evidence'⁵ toegekend (zie schema).

Beoordeling resultaten en betekenis voor de betreffende indicatie

De leden van de subgroep hebben onafhankelijk van elkaar een aantal werkzaamheden uitgevoerd: ze stelden een zoekstrategie op, selecteerden de onderzoeken en wogen de kwaliteit, generaliseerbaarheid en toepasbaarheid daarvan. Daarna bespraken ze hun ervaringen plenair. Bij verschil van inzicht formuleerden ze pas een conclusie, nadat ze hun argumenten uitgewisseld hadden. Vervolgens bespraken ze de betekenis van de bevindingen voor de indicatie. Als er onvoldoende 'evidence' in de onderzoeken aanwezig was, deden ze in consensus een aanbeveling, onder andere op grond van 'expert opinion'.

Onderwerpen

De subgroep heeft tien onderwerpen van de Verloskundige Indicatielijst geselecteerd voor herziening op grond van signalen uit de verschillende beroepsorganisaties:

- Partus prematurus in de anamnese;
- Zwangerschapshypertensie;
- Hyperthyroïdie en hypothyroïdie in de zwangerschap en/of anamnese;
- Recidiverende urineweginfecties;
- Anemie in de zwangerschap;
- Sectio caesarea in de anamnese;
- Dysmaturiteit in de anamnese;
- Onzekere zwangerschapsduur bij > 20 weken amenorroe;
- Zwangerschapsdiabetes;
- Negatieve dyscongruentie.

Het eerste onderwerp is door de gehele subgroep uitgewerkt, onder begeleiding van een epidemioloog verbonden aan het CVZ. Hierbij werd ook ervaring opgedaan in de gekozen werkwijze en werd de uniformiteit bevorderd. De subgroep besteedde veel tijd aan de systematische literatuurselectie en de beoordeling van de artikelen. Daarom werden de taken voor dit onderdeel verdeeld: per onderwerp werkten een gynaecoloog, een huisarts en een verloskundige samen. De leden van de subgroep bespraken de resultaten van de literatuurstudie plenair. Ze bepaalden het uiteindelijke standpunt in consensus.

De gereviseerde indicaties die hierboven genoemd zijn, zijn uitgebreid weergegeven in de volgende paragraaf (§5.5). De gewijzigde indicaties zijn in de lijst aangegeven met een *.

De indicatie 4.8, 'herpes genitalis/labialis', werd herzien op basis van de CBO richtlijn 'seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum'.⁶

Referenties

1. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Formulieren voor het beoordelen van de kwaliteit van medische artikelen. In: Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: CBO, 2000. Ontwikkeld door: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Dutch Cochrane Centre, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), institute for Medical Technology Assessment (iMTA), College voor zorgverzekeringen (CVZ), Vereniging voor Integrale Kankercentra (VVIK). www.cbo.nl of www.ebmn.nl
2. Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
3. Haynes RB, Wilczynski N, McKibbon KA, et al. Developing optimal search strategies for detecting clinically sound studies in Medline. J Am Med Inform Assoc 1994; 1: 447-58.
4. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. 2001. www.agreecollaboration.org . Nederlandse vertaling: www.cbo.nl (richtlijnontwikkeling, methodiek).
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. 2nd rev. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
6. CBO richtlijn. Seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum. Utrecht: CBO, 2002. www.cbo.nl

Schema 'Levels of evidence' ⁵

1a	<p><i>diagnostiek</i>: systematische reviews (SR)(met homogeniteit) van level 1 diagnostische onderzoeken</p> <p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: SR (met homogeniteit) van 'randomised controlled trials'(RCT)</p> <p><i>prognose</i>: SR (met homogeniteit) van inceptie-cohort-onderzoeken.</p>
1b	<p><i>diagnostiek</i>: onafhankelijke, blinde vergelijking van een geschikt spectrum van consecutieve patiënten, die allen zowel de diagnostische test als de juiste referentietest hebben ondergaan</p> <p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: RCT van goede kwaliteit</p> <p><i>prognose</i>: inceptiecohort met $\geq 80\%$ follow-up</p>
1c	<p><i>diagnostiek</i> : absolute SpPins en SnNouts</p> <p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: 'alles of niets'-onderzoek</p> <p><i>prognose</i>: 'alles of niets'-case series</p>
2a	<p><i>diagnostiek</i>: SR (met homogeniteit) van level ≥ 2 diagnostische onderzoeken</p> <p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: SR (met homogeniteit) van cohortonderzoeken</p> <p><i>prognose</i>: SR (met homogeniteit) van óf retrospectieve cohortonderzoeken óf onbehandelde controlegroepen in RTC's</p>
2b	<p><i>diagnostiek</i>: onafhankelijke, blinde vergelijking van niet-consecutieve patiënten en/of beperkt tot een smal spectrum van patiënten, die allen de diagnostische test en de juiste referentietest ondergingen</p> <p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: cohort onderzoeken, inclusief lage kwaliteit RTC, in het bijzonder <80% follow-up</p> <p><i>prognose</i>: retrospectief cohortonderzoek of follow-up van onbehandelde controle patiënten in een RTC</p>
2c	<p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: 'outcomes research'</p> <p><i>prognosis</i>: 'outcomes research'</p>
3a	<p><i>therapie/preventie, etiologie</i>: SR (met homogeniteit) van case-control onderzoeken</p>

3b	<i>diagnostiek</i> : onafhankelijke, blinde vergelijking van een geschikt spectrum, maar de referentietest was niet bij alle patiënten toegepast <i>therapie/preventie, etiologie</i> : case-controlonderzoeken
4	<i>diagnostiek</i> : referentietest niet onafhankelijk of blind toegepast en/of studie voldoet niet aan de bovengenoemde criteria <i>therapie/preventie, etiologie</i> : case series (en slechte kwaliteit cohort- en case-control-onderzoeken) <i>prognosis</i> : case series en prognostische cohortonderzoeken van slechte kwaliteit
5	mening van deskundigen

§5.5 Onderbouwing herziene indicaties

In deze paragraaf worden de tien indicaties weergegeven, die herzien zijn voor deze tweede editie van het Verloskundig Vademecum. De werkwijze die bij deze herziening gevolgd is, staat beschreven in §5.4. Voor dit vademecum is ook een indicatie (4.8) herzien naar aanleiding van de recente publicatie van een CBO-richtlijn over dit onderwerp.

De tekst hieronder is per indicatie als volgt opgebouwd:

- Voor elke indicatie wordt eerst de tekst uit de eerste editie van het Verloskundig Vademecum weergegeven.
- Vervolgens wordt ingegaan op de overwegingen tot herziening, de resultaten van de literatuurzoekactie, de beoordeling en de discussie.
- Tot slot wordt de nieuwe tekst weergegeven.

1. Vroeggeboorte in de anamnese

Oude tekst

Vroeggeboorte (< 37 weken), vorige zwangerschap

B

Is er na de vroeggeboorte vervolgens een normaal verlopen zwangerschap geweest, dan kan daarna begeleiding van een volgende zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvinden.

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot het herhalingsrisico van een spontane vroeggeboorte is. Vervolgens heeft de SVI 2 met deze kennis de optimale risicoselectie aangegeven bij een zwangere met een vroeggeboorte in de anamnese.

De literatuursearch werd verricht met de zoektermen: 'labor, premature' en 'recurrence'. Dit leverde 17 onderzoeken op, waarvan een in de Deense taal. Een systematische review werd niet gevonden.

Selectie

De subgroep heeft drie onderzoeken geselecteerd op herhalingskans van spontane vroeggeboorte.

Beoordeling kwaliteit studies, toepasbaarheid en uitkomst

De methodologische beoordelingen waren respectievelijk niveau 1b¹, 2b² en 4³.

De generaliseerbaarheid en toepasbaarheid werden beoordeeld als niet aan de orde³, onvoldoende¹, respectievelijk als goed². De uitkomst was: een anamnese van een spontane vroeggeboorte bij 23 tot 27 weken geeft een RR 22,1 voor een vroeggeboorte tot 28 weken¹. Een anamnese van een spontane vroeggeboorte betekent gemiddeld een RR van 5 voor een vroeggeboorte voor de volgende partus, waarbij een correlatie bestaat tussen de zwangerschapsduur van de voorgaande en de volgende partus. Een voorafgaande vroeggeboorte tot 32 weken, betekent een RR 6,3 voor opnieuw een vroeggeboorte².

Discussie

In de subgroep werden de resultaten van de literatuurstudie en de betekenis voor de indicatie besproken. De literatuur geeft een verhoogd herhalingsrisico voor vroeggeboorte aan, met name voor de vroeggeboorte tot 28 weken. Het omslagpunt naar een minder hoog herhalingsrisico lijkt te liggen in de periode van 32 tot 34 weken, terwijl in geen van de studies juist deze periode 'per week' onderzocht is. Hoewel vroegdiagnostiek met hoge sensitiviteit en specificiteit (nog) niet beschikbaar is voor de dreigende vroeggeboorte, bestaat wel de mogelijkheid om tijdelijk weeën te remmen en maatregelen te nemen om de kans op neonatale problemen te voorkomen of te verminderen (corticosteroiden, transport naar centrum met NICU).

De kans op vroeggeboorte bij een zwangerschapsduur tot 33 weken bij de groep die eerder bij een zwangerschapsduur vanaf 33 weken beviel, acht de subgroep onvoldoende hoog (RR bedraagt ong. 2) om een C te rechtvaardigen. Bovendien kunnen er ook in de eerste lijn tekenen van een dreigende vroeggeboorte herkend worden. De kans op vroeggeboorte bij een zwangerschapsduur tot 33 weken bij de groep die eerder bij een zwangerschapsduur tot 33 weken beviel, acht de subgroep zo hoog (RR > 5), dat deze opweegt tegen de relatief geringe sensitiviteit en specificiteit van aanvullende diagnostiek die in de tweede lijn mogelijk is. Bovendien gaat er op die manier waarschijnlijk minder tijd verloren dan wanneer eerst nog verwijzing moet plaatsvinden.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de indicatie te wijzigen in:

1. vroeggeboorte (< 33 weken), vorige zwangerschap	C
2. vroeggeboorte (≥ 33 weken), vorige zwangerschap	A

Is er na de vroeggeboorte vervolgens een bevalling na 37 weken geweest, dan kan daarna begeleiding van een volgende zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvinden.

Literatuur:

1. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1216–21.
2. Kristensen J, Langhoff-Roos J, Kristensen FB. Implication of idiopathic preterm delivery for previous and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 1995;86: 800–4.
3. Adams MM, Elam-Evans LD, Wilson HG, et al. Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery. *JAMA* 2000; 283: 1591–6.

2. Zwangerschapshypertensie

Oude tekst

Zwangerschapshypertensie

A/C

Onder zwangerschapshypertensie wordt verstaan een hypertensie (conform de definitie volgens de ISSHP) in de tweede helft van de zwangerschap bij een voorheen normotensieve vrouw. Een onderscheid wordt gemaakt naar diastolische bloeddruk tot 95 mm en een druk vanaf 95 mm. Bij een diastolische druk tussen 90 en 95 mm dient de zwangere extra aandacht te krijgen, vanaf 95 mm dient verwijzing naar de tweede lijn plaats te vinden.

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot de kans is op aan hypertensie gerelateerde, ongunstige uitkomsten (dysmaturiteit, perinatale sterfte, eclampsie, solutio placentae en HELLP-syndroom) bij zwangerschapshypertensie met een diastolische bloeddruk tussen 95 en 100 mm Hg.

De literatuursearch werd verricht in Medline, Cochrane library en Embase met de zoektermen: 'hypertension' and 'pregnancy complications, cardiovascular' and 'pregnancy outcome' and 'mild hypertension' or 'moderate hypertension'.

Selectie

Uit de gevonden 37 onderzoeken werden 3 onderzoeken voor beoordeling geselecteerd, die betrekking hadden op de vraagstelling^{1,2,3}. Ook werd een systematische review van trials over onderzoeken geselecteerd, over therapieën met antihypertensieve geneesmiddelen bij milde tot matige zwangerschapshypertensie.⁴ Onderzoeken die met andere pathologie samenvallen, werden uitgesloten.

Beoordeling methodologische kwaliteit, generaliseerbaarheid en toepasbaarheid onderzoeken

Twee onderzoeken bleken bij bestudering niet van toepassing voor de vraagstelling. Zij werden daarom buiten beschouwing gelaten.^{1,4} De methodologische beoordelingen van de overige twee onderzoeken waren respectievelijk 2b² en 4³. De generaliseerbaarheid en toepasbaarheid werden als volgt beoordeeld: alleen voor primi's ² en niet aan de orde.³

Discussie

De definiëring voor zwangerschapshypertensie (ISSHP) is een verhoging van de diastolische bloeddruk ≥ 90 mm Hg, Korotkoff 5, in de tweede helft van de zwangerschap bij voorheen normotensieve vrouwen. De subgroep bepaalt het omslagpunt naar een hoger risico voor moeder en/of kind bij een diastolische bloeddrukwaarde van 95 mm Hg. Een wetenschappelijke onderbouwing door primaire onderzoeken is niet voorhanden. De kans op foetale/maternale complicaties bij een diastolische bloeddruk ≥ 100 mm Hg acht de subgroep voldoende hoog om een C te rechtvaardigen. De in de literatuur gehanteerde grens van een diastolische bloeddrukwaarde van 90 mm Hg werd te ruim bevonden, temeer daar ook in de eerste lijn tekenen gesignaleerd kunnen worden van een zich eventueel ontwikkelende preëclampsie, waarbij de risico's duidelijk hoger liggen.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de indicatie te wijzigen in:

Zwangerschapshypertensie

Onder zwangerschapshypertensie wordt een hypertensie verstaan (conform de definitie volgens de ISSHP: diastolisch ≥ 90 mm Hg, Korotkoff 5) in de tweede helft van de zwangerschap, bij twee opeenvolgende bloeddrukmetingen met een minimaal interval van vier uur, of een eenmalige diastolische bloeddruk van 110 mm Hg of hoger bij een voorheen normotensieve vrouw.

Diastolische bloeddruk tussen 90 en 95 mm Hg A
De vrouw dient frequenter gecontroleerd te worden.
Urineonderzoek op eiwit is aangewezen.

Diastolische bloeddruk tussen 95 en 100 mm Hg B
Een consult bij de gynaecoloog is geïndiceerd.
Indien geen sprake is van bijkomende problemen,
is verdere begeleiding in de eerste lijn mogelijk.

Diastolische bloeddruk vanaf 100 mm Hg C
Eerdere verwijzing bij klachten of bijkomende pathologie.

Literatuur:

1. Barton JR, Bergauer NK, Jacques DL, et al. Does advanced maternal age affect pregnancy outcome in women with mild hypertension remote from term? Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 1236-43.
2. Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, et al. Intensification of fetal and maternal surveillance in pregnant women with hypertensive disorders. Int J Gynecol Obstet 1998; 61; 127-33.
3. Barton JR, O'Brien JM, Bergauer NK, et al. Mild gestational hypertension remote from term: Progression and outcome. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 979-83.
4. Abalos E, Duley L, Steyn DW, et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2001; (2): CD002252.

3. Hyperthyreoïdie en hypothyreoïdie in de zwangerschap en/of anamnese

Oude tekst

1.18 Hyperthyreoïdie

C

1.19 Hypothyreoïdie

B

Bij een biochemische euthyreoïdie, zonder antistoffen en zonder medicatie dan wel stabiel op levothyroxine-medicatie, kan begeleiding in de eerste lijn plaatsvinden. Bij levothyroxine-medicatie wordt gerichte controle in verband met het dikwijls toenemen van de medicatiebehoefte in de zwangerschap aanbevolen.

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot de risico's zijn voor moeder en kind bij een (anamnese met) hyperthyreoïdie of hypothyreoïdie. Met deze kennis tracht zij de optimale risicosselectie aan te geven voor een zwangere met hyperthyreoïdie (in de anamnese) of hypothyreoïdie.

De literatuursearch werd verricht met de zoektermen: 'immunoglobulins, thyroid-stimulating', 'hypothyroidism' or 'hyperthyroidism' and 'pregnancy' and 'predictive value of tests' and 'thyrotoxicosis' and 'hyperthyroidism' and 'pregnancy' or 'puerperium'.

Selectie

Van de gevonden 76 onderzoeken werd een viertal geselecteerd als mogelijk relevant. Een vijfde onderzoek werd als referentie in een van de studies mede geselecteerd. Tevens werd de vigerende richtlijn over dit onderwerp van de NVOG geraadpleegd.

Beoordeling kwaliteit onderzoeken, toepasbaarheid en uitkomst

Methodologische beoordeling: de onderzoeken betreffen in een geval case series (level 4)¹, in de overige gevallen expert opinions (level 5)²⁻⁶.

Discussie

Uit de onderzoeken blijkt dat een stoornis in de schildklierfunctie of de immunologische toestand van de moeder de ontwikkeling van het kind in negatieve zin kan beïnvloeden. Foetale hyperthyreoïdie kan in het derde trimester leiden tot groeiachterstand, tachycardie, en in ongeveer 20% van de gevallen tot perinatale sterfte. Bij hypothyreoïdie kan onderbehandeling van de moeder de mentale ontwikkeling van het kind schaden. Tijdige ophoging van de levothyroxine-dosis vroeg in de zwangerschap lijkt van belang voor de ontwikkeling van het kind. Antistoffen, gericht tegen de TSH-receptor, kunnen bij de foetus hyperthyreoïdie veroorzaken. Daarom wordt aangeraden bij iedere zwangere met (mogelijk) de ziekte van Graves in de voorgeschiedenis antistoffen te bepalen tegen de TSH-receptor. Bij een TSH-receptor antistoffenwaarde $\leq 1,5$ IE/L is het risico op hyperthyreoïdie bij de foetus vrijwel te verwaarlozen.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de indicatie te wijzigen in:

Hyperthyreoïdie

Hypothyreoïdie

Bij schildklierandoening in heden of verleden moeten TSH en vrij- T4 zo vroeg mogelijk in de zwangerschap bepaald worden en TSH-receptorantistoffen op indicatie bepaald worden.

Hyperthyreoïdie

nu geen medicatie én euthyreotisch én TSH-receptorantistoffen $\leq 1,5$ IE/L A
(bij een volgende zwangerschap hoeft de bepaling niet herhaald te worden)

als TSH-receptorantistoffen $> 1,5$ IE/L C

hyperthyreoïdie met medicatie C

Hypothyreoïdie

t.g.v. behandelde hyperthyreoïdie d.m.v. partiële thyroïdectomie of ^{131}I -therapie, met
levothyroxine goed ingesteld én TSH-receptor antistoffen $\leq 1,5$ IE/L A

als TSH-receptor antistoffen $> 1,5$ IE/L C

t.g.v. Ziekte van Hashimoto en met levothyroxine goed ingesteld A

Gerichte controle is aangewezen in verband met de dikwijls toegenomen
medicatiebehoefte tijdens de zwangerschap, en de afname van de medicatiebehoefte direct na de
bevalling

Literatuur:

1. Mortimer RH, Tyack SA, Galligan JP, et al. Graves' disease in pregnancy: TSH receptor binding inhibiting immunoglobulins and maternal and neonatal thyroid function. Clin Endocrinol 1990; 32:141-52.
2. Laurberg P, Nygaard B, Glinde D, et al. Guidelines for TSH-receptor antibody measurements in pregnancy: results of an evidence-based symposium organized by the European Thyroid Association. J. Europ J Endocrinol 1998; 139: 584-6.
3. Masiukiewicz US, Burrow GN. Hyperthyroidism in pregnancy: diagnosis and treatment. Thyroid 1999; 9:647-52
4. Glinde D. Thyroid hyperfunction during pregnancy. Thyroid 1995; 5: 125-8.
5. Thyroid disease in pregnancy. ACOG Technical bulletin number 181 1993. Int J Gynaecol Obstet 1993;43:82-8.
6. NVOG. Richtlijn Schildklier en zwangerschap. Utrecht: NVOG, 2001. Richtlijn No 34. (www.nvog.nl)

4. Recidiverende urineweginfecties

Oude tekst

Recidiverende urineweginfecties

B

Van recidiverende urineweginfectie is sprake bij meer dan tweemaal optreden van een infectie. Nadere analyse van de infectie is aangewezen. Van belang is het risico op nierfunctiestoornissen en het risico op premature baring. De uitvoering van nadere diagnostiek kan gestalte krijgen in het lokale overleg tussen de drie beroepsgroepen.

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot het risico is op complicaties van de zwangerschap bij recidiverende urineweginfecties en welke gevolgen dit heeft voor de risicoselectie.

De literatuursearch werd verricht met de zoektermen: 'urinary tract infections/complications' and 'pregnancy' and 'recurrence' and 'urinary tract infections/epidemiology'. Dit leverde geen primaire onderzoeken op.

Selectie

Van de artikelen met 'expert opinions' werden de meest bruikbare geselecteerd.¹⁻⁵ Eén Cochrane-review werd gevonden over antibioticabehandeling voor asymptomatische bacteriurie in de zwangerschap.⁶

Discussie

Vele artikelen hebben als onderwerp asymptomatische bacteriurie en zwangerschap. De heersende opvatting is dat asymptomatische bacteriurie in de zwangerschap vaker leidt tot een symptomatische infectie dan buiten de zwangerschap. Dit komt door een toegenomen kans op stasis, als gevolg van de fysiologische veranderingen die al vroeg in de zwangerschap optreden. Zowel bij zwangere als niet-zwangere vrouwen komt asymptomatische bacteriurie in 2-7% van de gevallen voor. Hierbij is de kans op een kind met een laag geboortegewicht anderhalf maal en de kans op vroeggeboorte tweemaal verhoogd.⁷ Uit de Cochrane-review blijkt van de vrouwen met een onbehandelde, asymptomatische bacteriurie ca. 19% een pyelonefritis (range 0-29%) te ontwikkelen. Dit komt overeen met een percentage van 0,38-1,3% van alle zwangere vrouwen. Waarschijnlijk leiden alle gevallen van pyelonefritis tot opname in een ziekenhuis. De SIG (thans Prismant) meldt een incidentie van opname voor pyelonefritis tijdens de zwangerschap van 0,3 % per jaar.⁸ Vanwege dit lage percentage wordt screening op asymptomatische bacteriurie niet aangeraden in Nederland.⁸ De opbrengst van screening van alle zwangeren is namelijk onvoldoende duidelijk en de eventuele nadelen van behandeling zijn niet systematisch onderzocht. Complicaties van pyelonefritis kunnen zijn: in 20-50% van de gevallen vroeggeboorte, maternale respiratoire insufficiëntie en renale dysfunctie.¹⁻⁶

Bij het optreden van recidiverende cystitis in de zwangerschap is de kans op pyelonefritis verhoogd. Hoe hoog deze kans is, is echter nooit systematisch onderzocht.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de indicatie te wijzigen in:

Urineweginfectie in de zwangerschap	A
Het is van belang om infectie door middel van een urinekweek nader te analyseren en vast te stellen.	
Recidiverende urineweginfecties in de zwangerschap	B

Van recidiverende urineweginfectie is sprake, als een infectie meer dan tweemaal optreedt. De kans op pyelonefritis is hierbij verhoogd, waardoor het risico op vroeggeboorte verhoogd is. Dat geldt ook voor de kans op maternale complicaties als (voorbijgaande) nierfunctiestoornis en sepsis.

Literatuur:

1. Cunningham FG, Lucas MJ. Urinary tract infections complicating pregnancy. *Ballieres Clin Obstet Gynaecol* 1994; 8: 353–73.
2. Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. *Inf Dis Clin North Am* 1997; 11: 13–26.
3. Ovalle A, Levancini M. Urinary tract infections in pregnancy. *Curr Opin Urol* 2001; 11: 55–9.
4. Weissenbacher ER, Reisenberger K. Uncomplicated urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. *Curr Opin Obstet Gynaecol* 1993; 5: 513–6.
5. Connolly AM, Thorp JM. Urinary tract infections in pregnancy. *Urol Clin North Am* 1999; 26: 779–87.
6. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD000490.
7. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 577–82.
8. NHG-standaard urineweginfecties (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1999; 42: 613–22.
<http://nhg.artsennet.nl>

5. Anemie in de zwangerschap

Oude tekst

- 1.20 Anemie, ferriprive B
Anemie is gedefinieerd als Hb <6.0 mmol/l gedurende enige tijd bestaand.
- 1.21 Anemie, overige B
Hieronder worden de haemoglobinopathieën gerekend.
- 4.2 Anemie (Hb < 6,0 mmol/l) B
In het overleg is het van belang de aard en de ernst van de anemie te analyseren.

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 had als belangrijkste vraag wat de betekenis is van anemie in de zwangerschap en de kraamperiode in de Nederlandse situatie voor de vrouw en het kind, welke definitie gehanteerd moet worden en wanneer er redenen zijn voor overleg.

Werkwijze

Omdat de KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk'¹ verscheen op het moment van behandeling van dit onderwerp, werd besloten deze standaard te bestuderen en te beoordelen volgens het AGREE-instrument (zie § 2.5.1: 'Werkwijze herziening Verloskundige Indicatielijst'). Vervolgens werd besloten te bezien of een nieuwe of aanvullende analyse door de subgroep nog aangewezen zou zijn.

Resultaat

Met behulp van het AGREE-instrument werden o.a. de volgende elementen beoordeeld:

• *Onderwerp en doel*

Anemie opsporen en behandelen in de verloskundige eerstelijnspraktijk, definiëring, prevalentie, fysiologische veranderingen, behandelingswijzen, effectiviteit, rol voeding, risico's onnodig medicijngebruik en bloedtransfusie.

Conclusie: goede beschrijving.

• *Betrokkenheid van belanghebbenden*

De ontwikkeling van de standaard heeft plaatsgevonden in samenwerking met de belangrijkste relevante professionele groepen.

Conclusie: goed.

• *Methodologie*

De systematische methode om literatuur te zoeken is niet geheel duidelijk beschreven. Datzelfde geldt voor de criteria voor selectie van de artikelen en de beoordeling van de kwaliteit. Bij navragen bleek echter dat de procedure voldoende degelijk was. De procedure voor herziening is duidelijk aangegeven.

Conclusie: voldoende.

• *Helderheid en presentatie*

goed.

• *Toepassing*

De doelgroep is duidelijk beschreven. Mogelijke organisatorische problemen voor toepassing zijn overwogen, financiële implicaties beschouwd en hulpmiddelen voor toepassing verschaft. Datzelfde geldt voor de criteria voor monitoring.

Conclusie: goed.

• *Onafhankelijkheid opstellers*

Er is geen belangenverstremming bij werkgroepleden.

Conclusie: goed.

Discussie

In de subgroep werden de *resultaten van de beoordeling van de standaard volgens het AGREE-instrument en de betekenis voor de indicatie* besproken. Geconcludeerd werd dat de methodologie in de beschrijving enigszins te wensen over laat, maar uit de mondelinge toelichting bleek dat de gevolgde procedure voldoende onderbouwd is. Een sterk element van de standaard is de aandacht voor de fysiologische dilutie in de loop van de zwangerschap. Op grond van dit verschijnsel worden voor de verschillende perioden van de zwangerschap aangepaste definities voor anemie geformuleerd en aanbevelingen gedaan voor verdere diagnostiek en behandeling.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de standaard te volgen en de indicatie te wijzigen in:

Hemoglobinopathie	B
-------------------	---

Anemie

Hb <5,6 mmol/l

B

Nadere diagnostiek (meestal mogelijk in de eerste lijn) is aangewezen bij:

- Hb < p5[°] voor zwangerschapsduur én MCV <70 fl óf ≥100 fl
- Hb < p5[°] voor zwangerschapsduur én Hb daling na 4 tot 6 weken ijzersuppletie:
 - Amenorroe < 22 weken*
 - Hb meer dan 0.3 mmol/l gedaald t.o.v. vorige waarde
 - Amenorroe ≥ 22 weken*
 - Hb gedaald t.o.v. vorige waarde

[°] hemoglobinegehalte-afkappunten (p5-waarden) in mmol/l

amenorroe	blank	negroïde
10 t/m 13 weken	7,1	6,6
14 t/m 17 weken	6,8	6,3
18 t/m 21 weken	6,5	6,0
22 t/m 37 weken	6,3	5,8
vanaf 38 weken	6,5	6,0

Literatuur

1. Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk. Bilthoven: KNOV, 2000.

6. Sectio caesarea in de anamnese

Oude tekst

Sectio caesarea

C

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot de risico's zijn voor moeder en kind bij een (poging tot) vaginale baring na een voorafgaande sectio caesarea. Met deze kennis tracht de SVI 2 de optimale risicoselectie aan te geven voor een zwangere met een sectio caesarea in de anamnese.

De Literatuursearch werd verricht met de zoektermen: 'vaginal birth after cesarean', 'trial of labour', 'uterine rupture/prevention and control' en uterine rupture/epidemiology, vanaf 1990, met beperking 'human', zonder taalrestricties.

Selectie

De subgroep selecteerde unaniem één meta-analyse¹ van de gevonden 33 onderzoeken, waarin eveneens die onderzoeken uit de lijst waren opgenomen die belang leken. De SVI 2 heeft zich daarom bepaald tot beoordeling van genoemde meta-analyse.

Beoordeling kwaliteit studie, toepasbaarheid en uitkomst

- De methodologische beoordeling: 1a
- De generaliseerbaarheid: hoe de keuze voor electieve sectio tot stand komt is niet beschreven. Het ligt voor de hand dat de keuze vrij behoudend is geweest met voorkeur voor primaire sectio. Dit zou kunnen betekenen dat de resultaten voor de vaginale baring een relatief gunstige uitkomst geven.
- Toepasbaarheid: onderzoek geeft voldoende antwoord op de vraag hoe groot het risico is van een (vaginale) proefbaring.
- Uitkomst: een voorgeschiedenis van een sectio caesarea geeft een verhoogde kans op uterusruptuur bij vaginale proefbaring, vergeleken met electieve sectio caesarea (OR 2,1 95% BI 1,28–2,28) en op perinatale sterfte (OR 1,52 95% BI 0,36–6,38). Om één uterusruptuur te voorkomen moet bij 374–408 (NNT) vrouwen een electieve sectio verricht worden. Om één geval van perinatale sterfte te voorkomen moet bij 693–3332 vrouwen een electieve sectio verricht worden.

Discussie

In de subgroep werden de resultaten van de literatuurstudie en de betekenis voor de indicatie besproken. De literatuur geeft een verhoogd risico aan op uterusruptuur bij vaginale proefbaring, vergeleken met electieve sectio caesarea. Het aantal vrouwen dat een sectio moet ondergaan om één geval van uterusruptuur te voorkomen is echter dermate hoog, dat niet standaard een sectio caesarea geadviseerd kan worden. Wel is op grond van het verhoogde risico een bevalling o.l.v. de gynaecoloog te adviseren. De prenatale zorg kan in principe in de eerste lijn plaatsvinden, als er geen andere redenen zijn voor controles in de tweede lijn. Overdracht van de zorg aan de gynaecoloog gebeurt bij 37 weken.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de indicatie te wijzigen in:

Sectio caesarea	
Prenatale zorg	A
Overdracht bij 37 weken	C
Baring	C
De prenatale zorg kan in de eerste lijn plaatsvinden, als er geen andere redenen zijn voor controles in de tweede lijn.	

Literatuur:

1. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000;183: 1187-97.

7. Dysmaturiteit in de anamnese

Oude tekst

Dysmaturiteit

C

Uitgegaan wordt van een geboortegewicht $P < 2.3$ of evidente neonatale hypoglycaemie op basis van groeivertraging.

Overwegingen SVI 2

SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot de kans is op de geboorte van een dysmatuur kind bij dysmaturiteit in de voorgaande zwangerschap. SVI 2 heeft op basis van deze kennis vervolgens de optimale risicoselectie aangegeven bij een zwangere met een dergelijke anamnese.

De literatuursearch werd verricht met de zoektermen: 'infant, small for gestational age' and 'recurrence' or 'fetal growth retardation' and 'recurrence', 'fetal growth retardation/diagnosis' and 'diagnosis' of 'sensitivity and specificity' and 'infant, low birth weight' vanaf 1990, met beperking 'human', zonder taalrestricties.

Selectie

Uit de gevonden 56 onderzoeken werden 3 onderzoeken voor beoordeling geselecteerd, die betrekking hadden op de herhalingskans van dysmaturiteit^{1,2,3}. Onderzoeken die met andere pathologie samenvallen, werden uitgesloten.

Beoordeling methodologische kwaliteit, generaliseerbaarheid en toepasbaarheid

De methodologische beoordelingen waren respectievelijk niveau 2b¹, 4² en 2c³. De generaliseerbaarheid en toepasbaarheid werden als niet aan de orde², voldoende³, respectievelijk als goed¹ beoordeeld.

Discussie

De uitkomst van de discussie luidde: een anamnese van dysmaturiteit ($< p 10$) geeft een RR 2,5 en 6,9 voor herhaling bij respectievelijk niet-rokers en rokers¹ en voor perinatale sterfte RR 2,9². In de subgroep werden de resultaten van de literatuurstudie en de betekenis voor de indicatie besproken. De literatuur geeft een verhoogd herhalingsrisico aan bij dysmaturiteit van het vorige kind. De definiëring in de literatuur voor dysmaturiteit in de anamnese is een statistische. Daaronder wordt namelijk verstaan: een vorig kind met een geboortegewicht $< p 10$ of zelfs $< p 15$, gebaseerd op de geboortegewichtsverdeling van de totale populatie van pasgeborenen van een regio/ of land. Het omslagpunt naar een minder hoog herhalingsrisico lijkt te liggen tussen de $p 2,3-10$ met een omgekeerde evenredigheid, alhoewel in geen van de studies juist de verschillende percentielgroepen apart onderzocht zijn. De kans op dysmaturiteit bij de groep die in de voorgaande zwangerschap een kind kreeg met een geboortegewicht $< p 5$, acht de subgroep voldoende hoog om een C te rechtvaardigen. De in de literatuur gehanteerde grens $< p 10$ werd te ruim bevonden, temeer daar ook in de eerste lijn tekenen van een mogelijke groeiachterstand gesignaleerd kunnen worden.

Conclusie

Alles overwegende besloot de subgroep de indicatie te wijzigen in:

Dysmaturiteit

C

Uitgegaan wordt van een geboortegewicht $< p 5$ of evidente klinische verschijnselen van dysmaturiteit, zoals neonatale hypoglykemie op basis van groeivertraging.

Literatuur:

1. Bakketeig LS, Jacobsen G, Hoffman HJ et al. Pre-pregnancy risk factors of small-for-gestational age births among parous women in Scandinavia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 273-9.
2. Bakewell JM, Stockbauer JW, Schramm WF. Factors associated with repetition of low birthweight: Missouri longitudinal study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1997; 11 suppl I: 119-29.
3. Isaksen CV, Laurini RN, Jacobsen G. Pre-pregnancy risk factors of small-for-gestational-age births and perinatal mortality. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1997;165; 44-9.

8. Onzekere zwangerschapsduur bij >20 weken amenorroe

Oude tekst

Onzekere zwangerschapsduur bij >20 weken amenorroe

B

Bij onzekerheid over de zwangerschapstermijn na 20 weken zwangerschapsduur is overleg aangewezen. In de eerste 20 weken staat de eerstelijns verloskundige zorgverlener adequate, aanvullende diagnostiek ter beschikking.

Overwegingen

De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe nauwkeurig biometrie is bij een onbekende zwangerschapsduur, wanneer de zwangerschap bij uitwendig onderzoek verder lijkt gevorderd dan passend bij een amenorroe van 22 weken. Belangrijkste vervolgvraag was: op welke wijze kan de meting het beste gerealiseerd worden?

Werkwijze

Bij dit onderwerp werd afgeweken van de gebruikelijke werkwijze van 'evidence based medicine'. Het antwoord op deze vragen is namelijk niet te verwachten van onderzoeken op dit gebied. De kans op bias is groot in de voorhanden zijnde onderzoeken door patiëntselectie en longitudinale metingen bij een deel van de onderzoeksgroepen. Er is uitgegaan van de ervaring in de grote verloskundige klinieken in Nederland, waar gebruik gemaakt wordt van de meest passende tabellen en grafieken van foetale afmetingen bij Nederlandse, zo veel mogelijk ongeselecteerde, populaties van zwangere vrouwen.

Discussie

Na 22 weken wordt de individuele variatie in de groei zo groot dat een nauwkeurige bepaling van de zwangerschapsduur alleen op grond van biometrie niet meer goed mogelijk is. Een indicatie kan wel worden verkregen. Als bij twee achtereenvolgende controles met een interval van 2 tot 3 weken de afmetingen van DBP, HC, AC en FL van de foetus conform de normale curve blijken toe te nemen, en de hoeveelheid vruchtwater normaal is, dan mag bij ontbreken van bijkomende pathologie aangenomen worden, dat die maten rond de p 50 liggen. Dan kan de termijn daarop worden vastgesteld. Begeleiding kan in principe in de eerste lijn plaatsvinden.

Conclusie

De subgroep heeft besloten de indicatie te wijzigen in:

Onzekere zwangerschapsduur bij zwangerschap vanaf 22 weken

A/B

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. Dan kan een zwangerschapsduur daarop worden vastgesteld. 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.

Literatuur:

- Altman DG, Chitty LS. Charts of fetal size: 1. Methodology. Br J Obstet Gynaecol 1994;101: 29–34.
- Altman DG, Chitty LS. New charts for ultrasound dating of pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 10: 174–91.

- Chervenak FA, Skupski DW, Romero R, et al. How accurate is fetal biometry in the assessment of fetal age? *Am J Obstet Gynecol* 1998;178: 678–87.
- Jacquemyn Y, Sys SU, Verdonk P. Fetal biometry in different ethnic groups. *Early Hum Dev* 2000; 57: 1–13.
- Snijders RJM, Nicolaides KH. Fetal biometry at 14–40 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1994; 4: 34–48.

9. Zwangerschapsdiabetes

Oude tekst:

Diabetes mellitus (incl. zwangerschapsdiabetes)

C

Overwegingen SVI 2

De SVI 2 stelt dat diabetes mellitus 1 en 2 een dergelijk verhoogd risico voor moeder en kind betekenen, dat de C-indicatie aangewezen is. Zwangerschapsdiabetes brengt echter een beperkt risico voor moeder en kind met zich mee. De SVI 2 had als belangrijkste vraag hoe groot de kans is op aan zwangerschapsdiabetes gerelateerde ongunstige uitkomsten en vervolgens op welke wijze de risicoselectie optimaal kan plaatsvinden.

Werkwijze

Afwijkend van de algemene werkwijze, werd voor dit onderwerp uitgegaan van de richtlijn van de NVOG. Door de SVI 2 werd aangenomen dat, gezien de grote verscheidenheid in definiëring van zwangerschapsdiabetes, het ondoenlijk is voldoende primaire literatuur te vergaren, die specifiek informatie verschaft over de gestelde vraag. Bovendien is de belangstelling van de onderzoekers op dit gebied meer gericht op screening van alle zwangere vrouwen op diabetes mellitus. Het beantwoorden van de vraag wel of niet screenen op diabetes mellitus valt buiten de opdracht.

Resultaat

Zwangerschapsdiabetes wordt gedefinieerd als gestoorde glucosetolerantie, die begint of voor het eerst wordt herkend tijdens de zwangerschap.^{1,2,3} Zwangerschapsdiabetes komt voor bij 1–15% van de zwangere vrouwen, afhankelijk van de onderzochte verloskundige populatie, de gebruikte screeningsmethode en de gehanteerde definitie.

Risicofactoren voor zwangerschapsdiabetes zijn:³

- Positieve-familieanamnese (eerstegraads) voor diabetes mellitus;
- zwangerschapsdiabetes, macrosomie (geboortegewicht >97,7 perc.) of een onbegrepen vruchtdood in de voorgeschiedenis;
- een progressieve, positieve dyscongruentie (>4 weken), en/of polyhydramnion;
- overgewicht/obesitas (BMI > 27 kg/m²);
- etnische achtergrond: Hindoestaans of mediterraan.

Indicatie onderzoek naar zwangerschapsdiabetes

Bij voorkeur bij 24 tot 28 weken amenorroe bij een zwangere vrouw met één of meer risicofactoren⁴:

- Glucosebepaling op een willekeurig moment (bij voorkeur 2 uur na de maaltijd) afnemen. Een glucosewaarde van $\geq 7,0$ mmol/l (veneus plasma) is reden voor verder onderzoek;
- De diagnose wordt vervolgens gesteld aan de hand van een twee-uurs glucosebepaling na standaardbelasting (75 g).

	veneus (vol bloed)	capillair (vol bloed)	veneus (plasma)
nuchter én	<6,1	<6,1	< 7,0
2 uur na belasting	$\geq 6,7$ en <10,0	$\geq 7,8$ en <11,1	$\geq 7,8$ en <11,1

Bij hogere waarden 'nuchter en/of na belasting' is sprake van diabetes mellitus.

Bij zwangerschapsdiabetes bestaat er een verhoogde kans op macrosomie en mechanische problemen bij de baring. De kans op vruchtdood is echter niet verhoogd.

Discussie

Consensus binnen de subgroep leidde tot de volgende conclusie: zwangerschapsdiabetes die goed is ingesteld met dieet, kan gecontroleerd worden in de eerste lijn. De bloedsuikerwaarde 7,5 mmol/l (capillair) werd hierbij als veilige grens geformuleerd.

Conclusie

De SVI 2 besloot de indicatie te wijzigen in:

Diabetes mellitus	C
Zwangerschapsdiabetes	A
Als met dieet de bloedsuikerwaarden < 7,5 mmol/l (capillair) blijven en er geen aanwijzingen voor overige pathologie bestaan, kan begeleiding in de eerste lijn plaatsvinden.	

Literatuur:

1. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care 2002; 25: S94-6
2. NVOG. Richtlijn no.32 Diabetes mellitus en zwangerschap. Utrecht : NVOG, 2001. Richtlijn nr. 32. (www.nvog.nl)
3. Jovanvic L, Pettitt DJ. Gestational diabetes mellitus. JAMA 2001; 286: 2516-8.
4. Gestational diabetes. ACOG practice bulletin. Obstet Gynecol 2001; 98: 525-38.

10. Negatieve dyscongruentie

Oude tekst

Negatieve discongruentie (evaluatie van)

B

Van negatieve discongruentie is sprake, indien de uitzetting van de uterus ten minste 2 tot 4 weken achterblijft bij de uitzetting gebruikelijk voor de duur van de zwangerschap.

Overwegingen SVI 2

De subgroep geeft de voorkeur aan de omschrijving 'verdenking op foetale groeivertraging' in plaats van 'negatieve discongruentie (evaluatie van)'.

De Literatuursearch werd verricht in de Cochrane library naar 'opsporing foetale groeivertraging' ('small for date', 'intra-uterine growth retardation', enz.). Dit leverde drie systematische reviews op.^{1,2,3}

Uitkomst

Tijdens de prenatale controles wordt de groei van de foetus geschat door abdominale palpatie en/of fundusmeting. Abdominale palpatie en fundusmeting resulteren in een lage detectiekans om foetale groeivertraging op te sporen. De antenatale detectie van dysmature kinderen was resp. 48% en 28% in de enige trial die gevonden werd in de 'Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register'. Er werd geen verschil vastgesteld tussen beide groepen in primaire uitkomstmaten als intra-uteriene sterfte, asfyxie durante partu en neonatale hypoglykemie¹.

Routine echoscopie (in laag-risicozwangerschappen) geeft geen verschil in obstetrische en neonatale interventies of morbiditeit en geen verschil in perinatale sterfte ten opzichte van controlegroepen². Daarom is die geen standaardonderdeel van de prenatale zorg voor detectie van onder andere foetale groeivertraging. Bij verdenking op foetale groeivertraging is een tweede onderzoek aangewezen, inclusief verdere diagnostiek (biometrie). In geval van gebleken groeiachterstand is onderzoek aangewezen naar structurele afwijking(en) van foetus en placenta, eventueel bepaling van het biofysisch profiel en Doppler-ultrageluidonderzoek. Het gebruik van Doppler-ultrageluidonderzoek blijkt in hoog-risico-zwangerschappen verbetering te geven van een aantal uitkomstmaten van obstetrische zorg. Het lijkt bovendien veelbelovend in het streven naar reductie van perinatale sterfte³.

Conclusie

Voorstel wijziging indicatie:

Verdenking foetale groeivertraging	B
Bij verdenking op foetale groeivertraging is onderzoek door de gynaecoloog aangewezen.	

Referenties:

1. Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD001451.
2. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD001451.
3. Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD000073.

11. Herpes genitalis

Oude tekst

herpes genitalis (primo infect)

C

herpes genitalis (recidief)

A

De nieuwe tekst werd opgesteld op grond van de in 2002 verschenen CBO-richtlijn over dit onderwerp.¹ De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep. De werkgroep heeft zo veel mogelijk met het AGREE-instrument gewerkt.

Herpes genitalis (primo infect)	C
Herpes genitalis (recidief) bij uitgebreide klachten	A C
Bij een recidieve infectie, die frequent optreedt in de zwangerschap of durante partu, wordt aanbevolen na 24 tot 48 uur viruskweken bij het kind af te nemen, uit de oropharynx en van de conjunctivae. De laesie(s) worden eventueel geïsoleerd of afgeplakt.	
Herpes labialis	A

Referenties:

1. CBO.Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen en Herpes Neonatorum. Utrecht: CBO,2002. (www.cbo.nl).

Hoofdstuk 6 Verloskundige Echoscopie

Uitgangspunt

De Subgroep Echoscopisch Onderzoek 2 (SEO 2) heeft na uitgave van het Verloskundig Vademecum in mei 1999 de opdracht gekregen om het hoofdstuk verloskundige Echoscopie (opgesteld door de SEO1) waar nodig te herzien. Hierbij is opnieuw bijzondere aandacht aan de eerste trimester echoscopie en de standaardechoscopie geschonken. De Commissie Verloskunde heeft ten aanzien van dit onderwerp geadviseerd de betekenis van beide vormen van diagnostiek op basis van nader onderzoek te heroverwegen. Hierbij gaf de commissie aan de kwaliteit van zorg aan de orde te stellen, naast de relevantie van de huidige eindpunten perinatale morbiditeit en mortaliteit.

Uitwerking

Opleiding, richtlijnen, bevoegdheid en bekwaamheid, kwaliteitsbewaking en de plaats van echoscopisch onderzoek in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg

De SEO 2 heeft zich gebogen over de deskundigheid die vereist is om echoscopie toe te passen en de bevindingen te analyseren. Daarnaast heeft de SEO 2 de plaats van dit diagnosticum in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg vastgesteld. Ten aanzien van de deskundigheid en ervaring van de onderzoeker meent de SEO 2 dat de onderzoeker voldoende gekwalificeerd en bekwaam moet zijn in de obstetrische echoscopie (art. 36, lid 14, wet BIG). De SEO 2 stelt aan een ieder die obstetrisch, echoscopisch onderzoek verricht, dezelfde eisen ten aanzien van deskundigheid en ervaring, ongeacht uit welke discipline de onderzoeker afkomstig is. Uiteraard hangt de vereiste deskundigheid samen met de aard van de diagnostiek.

De SEO 2 stelt verder vast dat betrokken beroepsgroepen de richtlijnen voor echoscopisch onderzoek, de te gebruiken apparatuur, de verslaglegging en de indicaties voor echoscopisch onderzoek in de zwangerschap moeten omschrijven. Dit alles moet onderdeel zijn van algemene richtlijnen en kwaliteitsnormen. De SEO 2 onderschrijft het belang van concrete eensluitende parameters voor opleiding, deskundigheid en ervaring met betrekking tot echoscopische diagnostiek. De SEO 2 beveelt kwaliteitsborging in een kwaliteitssysteem met protocollen, rapportage en evaluatie (audit), bijscholing en herregistratie aan.

Gezien bovenstaande overwegingen, heeft de SEO 2 geconcludeerd dat voor eerstelijns zorgverleners de omschreven indicaties voor het uitvoeren, beoordelen of aanvragen van echoscopisch onderzoek, zoals vermeld in de aanbevelingen van de Werkgroep Echoscopie van de NVOG in 1989, niet meer aan de orde zijn. Zij zijn namelijk afhankelijk van de bevoegdheid en bekwaamheid van de aanvrager of beoordelaar van het onderzoek en van de zorgverlener die het onderzoek uitvoert. Hiervan uitgaande is het dan ook de aanvrager van het echoscopisch onderzoek, die de indicatie bepaalt voor de eventuele verwijzing voor verder onderzoek.

De routinematige en standaard uitgevoerde echoscopie

De SEO 2 heeft de routinematige en standaard uitgevoerde echoscopie wederom aan de orde gesteld. De SEO 2 geeft de voorkeur aan de volgende terminologie:

- *routine eerste trimester echoscopie*, uitgevoerd bij 12 tot 14 weken amenorroe en de
- *routine tweede trimester echoscopie*, uitgevoerd bij 18 tot 21 weken amenorroe.

Het gaat daarbij om twee in de praktijk min of meer gangbare vormen van echoscopische diagnostiek, waarvoor de zwangerschap op zichzelf de indicatie is en een meer specifieke indicatie ontbreekt.

Uitgangspunten voor de discussie over beide vormen van echoscopisch onderzoek in de SEO 2 vormden het standpunt van de SEO1, zoals verwoord in het Verloskundig Vademecum I, en het advies

van de Gezondheidsraad 'Prenatale screening. Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine echoscopie', uitgebracht in mei 2001.¹

De routine eerste trimester echoscopie bij 12 tot 14 weken amenorroe

Bij deze vorm van echoscopische diagnostiek wordt informatie verkregen over de aanwezigheid van een zwangerschap, een mogelijke meerlingzwangerschap, de aanwezigheid van hartactie, de zwangerschapsduur door middel van foetale biometrie en over de lokalisatie van de vruchtzak in de baarmoeder. In sommige gevallen kan een structurele afwijking worden vastgesteld. Uit een meta-analyse van onderzoeken naar de waarde van routine echoscopie in het eerste trimester blijkt een vermindering van het aantal inleidingen wegens vermeende overdragenheid, vroege detectie van meerlingzwangerschappen en een toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen bij gebleken ernstige malformaties.² Met dit onderzoek wordt *niet* bedoeld de nekplooiemeting (nuchal translucency) bij een amenorroe van 11 tot 14 weken voor de kansbepaling op syndroom van Down of een andere, chromosomale afwijking. Dit onderzoek vereist bijzondere deskundigheid. Op dit onderzoek is de Wet op het bevolkingsonderzoek van toepassing: de nekplooiemeting mag niet standaard aan alle zwangeren worden aangeboden.

De routine tweede trimester echoscopie bij 18 tot 21 weken amenorroe

Deze echoscopie vindt plaats ter opsporing van mogelijke anatomische afwijkingen. Ook hierbij worden specifieke eisen gesteld aan de deskundigheid en ervaring van de echoscopist. Dit onderzoek moet worden onderscheiden van het echoscopisch onderzoek op basis van artikel 2, Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, zoals dat plaatsvindt in de centra voor prenatale diagnostiek.

Over de onderzochte literatuur heeft de SEO 2 geconcludeerd dat daarin geen eenduidig, wetenschappelijk bewijs voorhanden is dat echoscopische screening bij 18 tot 21 weken een positief effect heeft op de obstetrische uitkomsten perinatale sterfte en morbiditeit.² Daarbij moet worden opgemerkt dat uit een meta-analyse van een aantal randomised controlled trials (RCT's) blijkt dat er door routine echoscopie in het tweede trimester wel een reductie van de perinatale mortaliteit optreedt. Dit komt doordat zwangerschappen in een eerder stadium, bij gebleken ernstige malformaties, afgebroken worden. Het is verder aannemelijk dat in de specifiek Nederlandse situatie tijdige aanpassing van het obstetrisch beleid kan leiden tot verbetering van de prognose. Het obstetrisch beleid behelst plaats, tijdstip en wijze van bevalling, anticipatie op en interventie direct na de bevalling. Routinematig uitgevoerde echoscopie kan echter ook gezien worden als instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De Gezondheidsraad oordeelde dat eventuele invoering van een routine echoscopie tussen 18 en 21 weken de volgende gunstige gevolgen kan hebben:

- prenatale detectie van structurele afwijkingen, leidend tot de mogelijkheid van zwangerschapsafbreking of tot aanpassing van het obstetrisch beleid, met verbetering van de prognose als mogelijk gevolg;
- detectie van overige voor het obstetrisch beleid relevante condities, met verbetering van de prognose als mogelijk gevolg;
- vermindering van angst en ongerustheid bij een niet-afwijkende echo, positieve invloed op de beleving van de zwangerschap;
- vermindering van het aantal 'te laat'-doorverwezen zwangeren als gevolg van standaardisering van de huidige praktijk van ongereguleerde routine echoscopie.

De SEO 2 sluit zich aan bij deze conclusies van de Gezondheidsraad. Ernstige, niet met het leven verenigbare afwijkingen zijn vóór het einde van het tweede trimester op te sporen, met detectiepercentages boven de 80%, voor anencefalie zelfs vrijwel 100%.^{3,4,5} Van ernstige, niet-letale afwijkingen (geassocieerd met een blijvend gehandicapt bestaan) kan bijvoorbeeld spina bifida voor het eind van het tweede trimester goed worden vastgesteld, met een detectiepercentage van 70%.^{4,6} . Voor afwijkingen aan nieren en urinewegen bedraagt het detectiepercentage ongeveer 88%.⁷ Relatief goed detecteerbaar bij een routine echoscopie in het tweede trimester zijn: hernia diafragmatica en bepaalde gastro-intestinale defecten.³ Hartafwijkingen kunnen echter door middel van routine echoscopie relatief slecht worden opgespoord. In bijna alle publicaties over echoscreening wordt een zeer hoge specificiteit gemeld (98–100%)⁸ voor afwijkingen aan alle orgaansystemen. Volgens een recent, Brits rapport kunnen fout-positieve bevindingen door goede trainingen teruggebracht worden tot 0,5%.³ Bij spina bifida is de specificiteit zelfs nagenoeg 100%.³

Uit psychologisch onderzoek naar de gevolgen van routine echoscopie voor het welbevinden van de zwangere vrouw, is gebleken dat echoscopie tot minder angst en ongerustheid leidt en een positief effect heeft op de moeder-kindbinding, wanneer geen afwijkende bevindingen worden gedaan.⁹⁻¹² Gegeven de verbreiding van de echoscopie, is het niet te verwachten dat in ons land nog gerandomiseerd onderzoek mogelijk is naar de effecten van de routine eerste trimester echoscopie en de routine tweede trimester echoscopie op perinatale mortaliteit en morbiditeit. Daarvoor is namelijk onderzoek bij zeer grote aantallen zwangere vrouwen noodzakelijk om een voldoende onderscheid in de obstetrische uitkomst te kunnen aantonen. Om dezelfde reden is ook een kosteneffectiviteitsonderzoek niet meer haalbaar. In het rapport van de Gezondheidsraad is dit probleem eveneens gesignaleerd. Een recent overzichtsartikel vermeldt overigens meerdere onderzoeken, waarin een positieve kosteneffectiviteit aangetoond wordt voor tweede trimester echoscopische screening.⁵

De SEO 2 constateert dat echoscopisch onderzoek nu in Nederland frequent wordt toegepast en dat er sprake is van wildgroei, waarbij aan het merendeel van de zwangere vrouwen echoscopisch onderzoek op willekeurige tijdstippen in de zwangerschap wordt aangeboden, terwijl dit veelal niet medisch geïndiceerd is. Dit heeft de vraag opgeroepen in hoeverre standaardisatie kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg en aan een ongeremde ontwikkeling een halt kan toeroepen. Bij standaardisatie wordt immers aan alle zwangeren een eerste en tweede trimester echoscopie aangeboden door daarin bekwame zorgverleners. In de huidige situatie worden de prenatale centra vaak laat geconfronteerd met consultaties, wegens verdenking op ernstige congenitale afwijkingen. Deze situaties laten dan onvoldoende ruimte voor weloverwogen besluitvorming, omdat de wettelijke termijn voor een eventuele zwangerschapsafbreking zo dringend is, zo deze termijn al niet verstreken is. Om de omvang van dit probleem in kaart te brengen, heeft de SEO 2 in april 2002 de centra voor prenatale diagnostiek gevraagd een overzicht (van het voorafgaande jaar) te geven van de aanvragen voor echoscopisch onderzoek, wegens vermoeden op aangeboren afwijkingen bij het kind. De SEO 2 heeft gevraagd naar het totale aantal zwangere vrouwen, verwezen voor geavanceerd ultrageluidonderzoek (GUG II)*, het aantal gevonden afwijkingen, classificatie van de afwijkingen, het aantal zwangere vrouwen verwezen na 24 weken amenorroe voor dit onderzoek en het aantal afwijkingen dat gevonden werd in die groep.

Resultaten:

Van negen centra (waaronder een aantal satellietcentra) werden gegevens verkregen. Het betreft 3733 patiënten die voor GUG II-onderzoek verwezen zijn. Er werden in deze groep 1840 afwijkingen

* met als indicatie een abnormale verloskundige bevinding die kan wijzen op een structurele afwijking of verdere diagnostiek bij een vermeende echoscopische afwijking elders vastgesteld

vastgesteld. Bij de gevonden afwijkingen bleken de zwangere vrouwen in 58% van de gevallen na 24 weken verwezen te zijn. De gevonden afwijkingen worden weergegeven in de tabel.

De grootste groepen worden gevormd door de afwijkingen aan nieren en afvoerwegen (20%), van het centrale zenuwstelsel (15%), multipele afwijkingen (9%), afwijkingen aan het hart vaatstelsel (6%) en gastro-intestinale afwijkingen (5%). Bij deze aandoeningen varieert het verwijsperscentage na 24 weken van 46% tot 72%. Als de rubrieken beschouwd worden waarbij de 24-wekengrens in het bijzonder van belang is (3, 4, 6 t/m 8, 12, 13, 15, 17 t/m 21 en 24 t/m 26), blijft het verwijsperscentage na 24 weken nagenoeg gelijk (57% bij een totaal van 1407 gevonden afwijkingen). Omdat de genoemde aandoeningen voor het overgrote deel voor 24 weken op te sporen zijn, is naar het oordeel van de SEO 2 sprake van suboptimale zorg. Op dit terrein is een duidelijke verbetering te bereiken van de kwaliteit van de prenatale zorg. Voor de totale, zwangere populatie in Nederland zal het aantal gevonden afwijkingen bij GUG II-onderzoek groter zijn dan in de tabel is weergegeven, omdat niet alle satellietcentra in dit onderzoek zijn meegenomen. Bovendien doet ongeveer 90% van de structurele afwijkingen zich voor bij zwangerschappen waarin geen sprake is van een verhoogde kans op een kind met zo'n afwijking.¹³ Deze zwangerschappen verlopen meestal asymptomatisch, de afwijking blijkt pas bij de geboorte of later. Een aanduiding hiervoor bieden ook de geëxtrapoleerde aantallen aangeboren afwijkingen, berekend uit het landelijke LVR/LNR-bestand voor 1999, eveneens weergegeven in de tabel.¹⁴

Gezien de hierboven beschreven ontwikkelingen in de echoscopische diagnostiek, is de SEO 2 van mening dat het uit oogpunt van kwaliteit van zorg de voorkeur verdient dat behalve een routine eerste trimester echoscopie, eveneens een routine echoscopisch onderzoek in het tweede trimester wordt aangeboden. Dit heeft ook te maken met de toenemende verbetering van de testwaarden van echoscopisch onderzoek, vooral van de specificiteit, eveneens voor screening op andere afwijkingen dan neuralebuisdefecten. Inmiddels zijn er voldoende goed opgeleide echoscopisten om dit onderzoek te verrichten. Het ontbreekt de gezondheidszorg echter aan een organisatiestructuur waarbij een tweede trimester echo op het juiste moment en door de juiste persoon wordt verricht.

Voorafgaande aan beide vormen van onderzoek is goede voorlichting aan de zwangere en haar partner over de (on)mogelijkheden van het onderzoek van groot belang. Het ongevraagde karakter van het screeningsaanbod houdt in dat bij aanbod en uitvoering van de screening niet van bepaalde vooronderstellingen mag worden uitgegaan wat betreft de voorkeur van de betrokkenen. Er moet sprake zijn van vrijwillige deelname op basis van een expliciete, 'informed consent'. Bij vermoeden van afwijkingen zal de (eventuele) verdere diagnostiek en counseling in de centra voor prenatale diagnostiek moeten plaatsvinden.

	Gevonden afwijkingen GUG II	<24 weken	>24 weken	totaal (%)	percentage >24 weken	Totaal in Nederland 1999 ¹⁴
1.	aangezicht	28	24	52	46%	
2.	buikwand-defect	27	9	36	25%	784
3.	centraal zenuwstelsel	116	101	217 (12)	46%	836
4.	extreme intra-uteriene groeivertraging	18	60	78	77%	
5.	IUVD	8	16	24	66%	
6.	foetale tumor	4	6	10	60%	
7.	foetale hydrops	37	39	76	51%	
8.	gastro-intestinale afwijkingen	28	73	101 (5)	72%	768
9.	hernia diafragmatica	14	18	32	56%	
10.	hartvaatstelsel	40	74	114 (6)	65%	1141
11.	Hartritme-stoornissen	27	85	112	76%	
12.	longen	8	6	14	43%	280
13.	nieren en afvoerwegen	114	257	371 (20)	69%	1488
14.	genitalia	1	3	4	75%	
15.	skelet-afwijkingen	7	12	19	63%	1422
16.	tweeling-problematiek	8	23	31	74%	
17.	multipele afwijkingen	85	74	159 (9)	46%	
18.	anhydramnion	16	25	41	61%	
19.	poly-hydramnion	18	40	58	69%	
20.	wervelkolom	18	12	30	40%	
21.	ledematen	27	26	53	49%	
22.	handen	10	4	14	29%	
23.	placenta	7	7	14	50%	
24.	2 vaten in de navelstreng	33	20	53	38%	
25.	nek/huid	40	8	48	17%	
26.	overig	36	43	79	54%	
	Totaal	775	1065	1840	58%	7985

Tabel. Afwijkingen vastgesteld bij GUG II-onderzoek in centra voor prenatale diagnostiek na verwijzing vóór en na 24 weken amenorroe.

Conclusies

Hieronder zijn de conclusies van de SEO 2 samengevat:

1. Indicaties echoscopie

De indicaties voor echoscopisch onderzoek zijn een integraal onderdeel van richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen, die binnen de verloskunde werken.

2. Uitvoering echoscopie in eerste en tweede lijn

De zorgverlener die daartoe bevoegd en bekwaam is, voert de echoscopie uit.

3. Kwalificaties: deskundigheid en ervaring

De SEO 2 hecht groot belang aan een welomschreven pakket van eisen die gesteld moeten worden aan de theoretische en praktische opleiding. Zowel de beroepsgroep van gynaecologen als de beroepsgroep van verloskundigen kennen een specifieke opleiding voor de toepassing van echoscopie in de eigen beroepsuitoefening. Daarbij is sprake van beroepsspecifieke, theoretische en praktische scholing. De huisartsen hebben eveneens een eigen opleiding voor echoscopie, terwijl de Vereniging Eerstelijns Gecertificeerde Echografie zich probeert in te zetten voor kwaliteit van de echoscopie verricht door de huisartsen en controle hiervoor door middel van certificering.

Ook de eisen die gesteld moeten worden om voldoende ervaring te onderhouden, dienen algemeen geldend te zijn. De verloskundigen hanteren als maatstaf dat per jaar een minimum aantal onderzoeken uitgevoerd moet worden, dat gerelateerd is aan de normpraktijk. De huisartsen hechten aan een systeem van registratie en periodieke toetsing ten behoeve van herregistratie. De SEO 2 is van mening dat de beroepsgroepen er zelf primair verantwoordelijk voor zijn dat specifieke ervaringseisen geformuleerd worden, maar dat voor alle beroepsgroepen een algemeen geldend minimum geformuleerd moet worden.

De SEO 2 onderschrijft het belang van concrete, eensluidende parameters voor opleiding, deskundigheid en ervaring met betrekking tot echoscopische diagnostiek. De SEO 2 stelt voor kwaliteitsborging in een kwaliteitssysteem met protocollen, rapportage en evaluatie (audit), bijscholing en herregistratie te realiseren.

4. Routine eerste trimester echoscopie en routine tweede trimester echoscopie

De SEO 2 heeft op basis van de geraadpleegde literatuur geconcludeerd dat noch de routine eerste trimester echoscopie, noch de routine tweede trimester echoscopie aantoonbaar tot betere obstetrische uitkomsten leidt in termen van perinatale morbiditeit of mortaliteit. Wel kan systematisch onderzoek naar bepaalde anatomische afwijkingen een gunstige invloed hebben op postnatale pathologie, vanwege een toename van zwangerschapsafbrekingen of een eventueel aanpassen van het obstetrische beleid. Wanneer als eindpunt ter beoordeling van de effectiviteit van beide soorten echoscopisch onderzoek niet de perinatale morbiditeit of mortaliteit, maar de kwaliteit van de verloskundige zorg wordt genomen, dan is de volgende diagnostiek zinvol:

A. Routine echoscopisch onderzoek bij een amenorroe van 12 tot 14 weken ter bepaling van :

- de zwangerschapsduur;
- eenling- of meerlingzwangerschap;

- mono- of dichoriale meerlingzwangerschap;
- intra-uterien aanwezig zijn van de vrucht(zak);
- intact zijn van de zwangerschap.

In enkele gevallen kan een structurele afwijking aangetoond worden.

Toelichting

Exacte bepaling van de zwangerschapsduur voorkomt ontijdige, onnodige en ongewenste interventies bij vermeende groeivertraging, prematuriteit en serotiniteit. De exacte bepaling van de zwangerschapsduur is ook een essentieel onderdeel van de door de Gezondheidsraad voorgestelde, kansbepalende screening op Downsyndroom en neuralebuisdefecten (tripeltest). Zwangerschapsduur, meerlingzwangerschap en de chorioniciteit daarvan zijn voor de verloskundige zorg basale gegevens die op een andere wijze minder nauwkeurig of helemaal niet kunnen worden vastgesteld.

B. Routine echoscopisch onderzoek bij een amenorroe van 18 tot 21 weken ter opsporing van:

- ernstige, structurele afwijkingen;
- afwijkende hoeveelheid vruchtwater;
- groeivertraging van de foetus.

Toelichting

Van de ernstige, veelal niet met het leven verenigbare, structurele aangeboren afwijkingen zijn de meeste ($\pm 85\%$) bij deze zwangerschapsduur vast te stellen. Hydramnion, oligohydramnion of intra-uteriene groeiretardatie kunnen een eerste signaal zijn voor de aanwezigheid van een afwijking. Bij het merendeel van de aangeboren afwijkingen ontbreken deze signalen. Tijdige herkenning biedt de mogelijkheid tot verdere diagnostiek en counseling. Eventueel kan de zwangerschap afgebroken worden binnen de wettelijke termijn. Bij behandelbare, aangeboren afwijkingen ontstaat de mogelijkheid om de zorg te optimaliseren en opvang te realiseren in gespecialiseerde centra.

De SEO 2 is van mening dat de 24-wekengrens voor het merendeel van de zwangere vrouwen en haar partner, evenals voor de zorgverleners, op morele en emotionele gronden te verkiezen zal blijven. Of in de toekomst de wettelijke termijn voor afbreking van de zwangerschap verruimd zal worden voor een aandoening die niet met het leven verenigbaar is, doet daar niets aan af. Voor routine echoscopisch onderzoek bij 18 tot 21 weken is een vergunning vereist, volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek. Een belangrijk toetsingscriterium voor verlening van zo'n vergunning zal de wetenschappelijke evidentie zijn van het nut van het onderzoek. Voor de detectie van neuralebuisdefecten staat dit reeds vast. Dit heeft de Gezondheidsraad ook als zodanig geformuleerd. Ook de gezamenlijke hoogleraren kinderneurologie in Nederland vragen om routine echoscopische screening naar neuralebuisdefecten.¹⁵

De SEO 2 komt tot de conclusie, dat de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening tekortschiet, wat betreft de resultaten van de huidige praktijkvoering met betrekking tot het gebruik van echoscopisch onderzoek. Enerzijds worden de gediagnosticeerde, ernstige, congenitale afwijkingen in bijna 60% van de gevallen ná 24 weken amenorroe vastgesteld. Anderzijds worden op veelal willekeurige gronden en op willekeurige momenten in bijna iedere zwangerschap meerdere echoscopische onderzoeken verricht. De SEO 2 stelt ook vast dat de testeigenschappen voor echoscopische screening naar ernstige congenitale afwijkingen het laatste decennium aanzienlijk verbeterd zijn. Dit geldt met name voor de specificiteit.^{5,7}

Aanbeveling

De SEO 2 bepleit de aanvraag van een WBO-vergunning. Bij een positief oordeel bepleit de SEO 2 dat het desbetreffende screeningsprogramma als gezondheidszorgvoorziening aan iedere zwangere

aangeboden wordt. Aan de beroepsgroepen wordt gevraagd richtlijnen en kwaliteitseisen op te stellen voor opleiding en uitvoering van het routine echoscopisch onderzoek in het eerste en tweede trimester. Een zorgvuldige, landelijke organisatie van dit programma is voorwaarde voor het slagen ervan, gezien het grote aantal onderzoeken.

Referenties

1. Gezondheidsraad. Prenatale screening. Downsyndroom , neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001. publicatienr 2001/11.
2. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Review. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD000182.
3. Ultrasound screening for fetal abnormalities. Report of the RCOG Working Party. London: RCOG Press, October 1997.
4. Boyd PA, Wellesley DG, Walle de HEK, et al. Evaluation of the prenatal diagnosis of neural tube defects by fetal ultrasonographic examination in different countries across Europe. J Med Screen 2000; 7: 169-4.
5. Levi S. Ultrasound in prenatal diagnosis: polemics around routine ultrasound screening for second trimester fetal malformations. Pren Diagn 2002; 22: 285-95.
6. Vos JMI, Offringa M, Bilardo CM, et al. Sensitieve en specifieke screening ter detectie van spina bifida door echografie in het tweede trimester; systematische review en meta-analyse. Ned Tijdschr Geneesk 2000; 144: 1736-41.
7. Grandjean H, Larroque D, Levi S. Sensitivity of routine ultrasound screening of pregnancies in the Eurofetus database. The Eurofetus team. Ann N Y Acad Sci 1998; 847: 118-24.
8. Romero R. Routine obstetric ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 1993; 3: 303-7.
9. Ayers S, Pickering AD. Psychological factors and ultrasound: differences between routine and high-risk scans. Ultrasound Obstet Gynaecol 1997; 9: 76-9.
10. Michelacci L, Fava GA, Grandi S et al. Psychological reactions to ultrasound. Psychother Psychosom 1988; 50: 1-4.
11. Reading AE, Cox DN, Sledmere CM et al. Psychological changes over the course of pregnancy: a study of attitudes toward the fetus/neonate. Health Psychol 1984; 3: 211-21.
12. Fletcher JC, Evans MI. Maternal bonding in early fetal ultrasound examinations. N Engl J Med 1983; 308: 392-3.
13. Exalto N, Wladimiroff JW. Routine-echoscopie in de verloskunde? Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1439-41.
14. Anthony S, Kateman H, Dorrepaal CA, et al. Aangeboren afwijkingen in Nederland 1995-1999. TNO Preventie en Gezondheid 2002 (PG/JGD 2002.051).
15. Barth PG, Arts WFM, Brouwer OF, et al. Screening op spina bifida. Echografie tijdens de zwangerschap kan problemen voorkomen. Medisch Contact 2002; 57: 1775-6.

Hoofdstuk 7 Perinatale audit

Inleiding

De Commissie Verloskunde van het CVZ heeft (opnieuw) een werkgroep Perinatale audit ingesteld, de Subgroep Perinatal Audit 2 (SPA 2), na uitgave van het Verloskundig Vademecum in mei 1999. De taakopdracht van de SPA 2 is bij haar instelling als volgt geformuleerd:

'De SPA 2 richt zich primair op de perinatale sterfte en laat vooralsnog de perinatale morbiditeit buiten beschouwing. De doelstelling is onderzoek naar en ontwikkeling van een landelijke perinatale sterfteregistratie, met aandacht voor het voorkómen van onderregistratie. Daarnaast wil SPA 2 op effectieve wijze inzicht verwerven in de kwaliteit van de geleverde zorg. De rol van de zorgverlener moet hierbij in het bijzonder beschouwd worden. De ontwikkeling van een dergelijke registratie is een noodzakelijke stap om perinatale audit mogelijk te maken. Het begrip perinatale audit wordt omschreven als 'het bevorderen van de kwaliteit van de verloskundige zorg door een structurele voorziening gericht op alle bij de verloskundige zorg betrokken beroepsbeoefenaren'. De Commissie Verloskunde heeft daarbij besloten dat onderzoek naar en ontwikkeling van een dergelijke registratie wordt uitbesteed aan een deskundige organisatie, maar dat inhoudelijk deskundige begeleiding noodzakelijk is. De commissie wil binnen enkele jaren een landelijk dekkend registratiesysteem tot stand brengen.

Haar uiteindelijke doel is:

- perinatale sterfte in kaart te brengen door gegevens te verzamelen en te analyseren;
- dat deskundigen uit de betrokken beroepsgroepen perinatale sterfte beoordelen op substandaardfactoren en deze sterfte classificeren naar oorzaken, op genormeerde wijze;
- dat zij deze beoordelingen terugkoppelen naar de betrokkenen;
- dat zij op basis daarvan perinatale sterfte op lokaal niveau bespreken;
- dat zij bij gebleken 'substandard care'¹ de verloskundige zorg zo nodig bijstellen.

Perinatale audit heeft hierdoor een cyclisch, kwaliteitsbevorderend karakter.

Uitwerking

Voor cyclische kwaliteitsbevordering zijn drie structuren van belang.

1. *Dataverzameling*

Allereerst moeten actuele, gedetailleerde data over perinatale sterfte verzameld worden om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg.

2. *Perinatale audit*

Vervolgens zal vorm moeten worden gegeven aan de uitvoering van de audit. Bij perinatale audit staat evaluatie van de opgetreden perinatale sterfte centraal. Op die manier wil de commissie de kwaliteit van de geboden zorg inventariseren en zo nodig aanbevelingen doen tot verbetering.

3. *Epidemiologie*

Tot slot is er zowel een epidemiologisch, wetenschappelijk belang als een belang voor de volksgezondheid. Een zo volledig mogelijk, landelijk inzicht in de stand van de verloskundige zorg,

¹ Onder substandard care wordt zorg verstaan, die in ongunstige zin afwijkt van de zorg die onder normale omstandigheden kan worden geboden. Om substandard care te kunnen benoemen is het noodzakelijk dat de gebruikelijke zorg is omschreven.

waarbij de perinatale sterfte als indicator voor 'perinatal health' wordt beschouwd, is noodzakelijk voor surveillance en voor internationale vergelijking. Daaronder valt bijvoorbeeld participatie in Peristat, een health monitoring project van de Europese commissie, betreffende de perinatologie. Tot op heden kan de perinatale sterfte in Nederland niet volgens internationale normen berekend worden. Daarbij is namelijk tevens de beschikbaarheid over de totale perinatale registratie noodzakelijk ter bepaling van de epidemiologische noemer(s). De toegang tot deze gegevens zal onontbeerlijk zijn voor wetenschappelijk onderzoek, beleidsonderzoek en evaluatieonderzoek na beleidsveranderingen.

SPA 2 is zich bewust van het indringende, persoonlijke karakter van audit. Hoewel bij audit de kwaliteitsverbetering van de zorg voorop staat, wordt voor de acceptatie groot belang gehecht aan de persoonlijke positie van alle betrokken beroepsbeoefenaren. Daarom heeft SPA 2 besloten de audit na anonimiseren van de gevallen te verrichten en terugkoppeling voor de betrokken beroepsgroep geaggregeerd te realiseren. Dit gebeurt na uitvoerig overleg en consultatie van buitenlandse onderzoekers met ervaring op dit gebied (CESDI, Nordic Baltic group). SPA 2 acht de kans op volledige participatie in de registratie en optimale implementatie van voorgestelde verbeteringen op deze wijze groter. Op termijn valt te denken aan de mogelijkheid van terugkoppeling van de 'eigen casuïstiek' op het niveau van een verloskundig samenwerkingsverband, als dit gewenst wordt.

Dataverzameling

SPA 2 is van mening dat voor een audit van perinatale sterfte een specifieke voorziening voor actuele dataverzameling, analyse en beoordeling noodzakelijk is. Voor een inzicht in de feitelijk verleende zorg moet actuele informatie uit verscheidene bronnen opgespoord en verzameld worden. De ervaring in enkele perinatal-auditprojecten in de afgelopen jaren (Europees onderzoek, Euronatal in Leiden, PARIS in Amsterdam) heeft geleerd dat deze procedure zeer arbeidsintensief is en dat voor een doelmatige dataverzameling een structurele voorziening noodzakelijk is. Aangenomen wordt dat er in Nederland jaarlijks perinatale sterfte optreedt bij 1500 tot 2000 kinderen. Naar schatting zijn 1000 gevallen per jaar relevant voor perinatale audit vanwege mogelijke substandard care.

De SPA 2 is van mening dat een landelijke voorziening voor registratie aangewezen is. Van belang is daarbij de continue bereikbaarheid van een dergelijke instelling, om de actuele en zo volledig mogelijke melding van casuïstiek te waarborgen. Daarnaast is het van belang een protocol te ontwikkelen met een beschrijving van de noodzakelijke, organisatorische stappen als perinatale sterfte optreedt (zie 'praktische werkwijze'). Voor de dataverzameling is door de SPA 2 een vragenlijst ontwikkeld, die in principe alle gegevens bevat die nodig zijn voor het auditproces. Hierin zijn zo veel mogelijk gegevens verwerkt die gebaseerd zijn op aanbevelingen uit richtlijnen en op consensus over minimaal vereiste zorg.^{1,2}

Definities

Voor de afbakening van de reikwijdte van perinatale audit wordt onder andere uitgegaan van de WHO-definities³:

- De *perinatale periode* begint bij 22 complete weken (154 dagen) amenorroeduur (het tijdstip waarop het geboortegewicht normaliter 500 gram bedraagt), en eindigt zeven complete dagen na de geboorte (168 uur);
- De *neonatale periode* begint bij de geboorte en eindigt 28 complete dagen na de geboorte;
- *Neonatale sterfte* (sterfte onder levendgeborenen gedurende de eerste 28 complete dagen van het leven) kan verdeeld worden in *vroege* neonatale sterfte, gedurende de eerste zeven dagen, en *late* neonatale sterfte, na de zevende dag, maar voor 28 complete dagen van het leven.

Meldingscriteria

De wettelijke meldingscriteria wisselen van land tot land. Als het mogelijk is, zouden voor internationale vergelijking alle foetussen en kinderen in de geboortestatistieken opgenomen moeten worden met een geboortegewicht van minimaal 500 gram, dood of levend. Als informatie over het geboortegewicht ontbreekt, moet het overeenkomend criterium voor zwangerschapsduur (22 complete weken) of lichaamslengte (25 cm kruin–hiellengte) gebruikt worden. SPA 2 beveelt de inclusie in de nationale statistieken aan van foetussen en kinderen met een geboortegewicht tussen 500 en 1000 gram. Het heeft namelijk een inherente waarde en vergroot de volledigheid van de gegevens van kinderen met een geboortegewicht van 1000 gram en meer.¹

In Nederland bestaat echter geen verplichting om de pasgeborene te wegen. Sedert 1991 geldt in Nederland de wettelijke verplichting dat elke foetus die dood of levend ter wereld komt na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer, als een geboorte wordt geregistreerd. Deze geboorten en de kinderen die binnen zeven dagen na de geboorte sterven, worden opgenomen in de perinatale-sterftecijfers die door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) worden geregistreerd.

De SPA 2 stelt voor om perinatale sterfte zo breed mogelijk voor audit te registreren, inclusief de late neonatale sterfte en hierbij de WHO criteria te volgen:

Alle gevallen van doodgeboorte en neonatale sterfte (t/m 4 weken):
vanaf 500 gram geboortegewicht
en/of vanaf 22 complete weken (154 dagen) amenorroeduur
en/of met 25 cm kruin–hiellengte

Met deze gegevens is optimale perinatale audit en internationale vergelijking mogelijk.

SPA 2 heeft ook gekozen voor inclusie van de late neonatale sterfte, omdat sterfte na de eerste levensweek samen kan hangen met substandard care. Dit is bijvoorbeeld het geval bij ernstige asfyxie en sterfte als gevolg van dysmaturiteit en/of prematuriteit.

Perinatale audit

De SPA 2 beveelt aan om een landelijk bureau op te zetten, om registratie, analyse en audit concreet gestalte te geven. Hierbij moet gebruik gemaakt worden van zowel administratieve en epidemiologische als zorginhoudelijke expertise. Er worden externe toetsingsgroepen gevormd die bestaan uit vertegenwoordigers van de verschillende bij de verloskunde betrokken beroepsgroepen, eventueel ad hoc aan te vullen met adviseurs uit andere beroepsgroepen (b.v. een patholoog–anatom). Het landelijk bureau verzamelt, ordent en analyseert gegevens, stuurt de te vormen toetsingsgroepen aan en verleent daarbij administratieve ondersteuning. Het bureau is daarnaast verantwoordelijk voor de landelijke registratie en participatie in Peristat. De externe toetsingsgroepen beoordelen de kwaliteit van de geleverde zorg in de voorgelegde casussen ten behoeve van het bureau. Een goede perinatale audit is afhankelijk van volledige, voldoende inhoudelijk gedetailleerde informatie. Voor een onafhankelijke analyse en beoordeling van de informatie moet de beoordelaar niet alleen deskundig zijn, maar ook professioneel afstand kunnen nemen van de materie.

Van belang is ook dat analyse transparant is en op basis van heldere criteria plaatsvindt. Het is essentieel dat alle betrokkenen de wijze van analyseren accepteren. In aansluiting daarop zullen de beroepsgroepen een gezamenlijke toetsing van multidisciplinair verleende zorg tot stand moeten brengen. Verloskundige zorg waarbij perinatale sterfte plaatsvindt, en zeker de analyse van de kwaliteit van de verleende zorg, vormen immers over het algemeen een multidisciplinaire aangelegenheid. Perinatale audit, die om te beginnen gericht is op perinatale sterfte en op den duur op perinatale morbiditeit, is leerzaam en vormend voor alle bij de verloskundige zorg betrokken partijen. SPA 2 wil

dat perinatale audit op den duur, na een proces van acceptatie en gewenning, bestaansrecht houdt op basis van een vanzelfsprekend/verplicht karakter. SPA 2 adviseert om uiteindelijk aan het bestaansrecht ook een formele invulling te geven. Dit kan door in de basiseisen voor goede verloskundige zorg de deelname aan sterfteregistratie en aan perinatale audit (op termijn) op te nemen.

Epidemiologie

SPA 2 constateert dat er nu in principe twee bronnen zijn voor informatie over de verloskundige zorg in Nederland: de Landelijke Verloskunde Registraties (LVR1+2) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daarnaast vormt de Landelijke Neonatologie Registratie (LNR) een informatiebron voor neonatale zorg. SPA 2 constateert dat de huidige LVR een goede bron van verloskundige informatie is voor inzicht in de verleende zorg. Om te beantwoorden aan de doelstelling van de subgroep moet de registratie wel verder ontwikkeld worden. Op deze manier kunnen trends in de verleende zorg zichtbaar gemaakt worden, waarop beleid ter bevordering van de kwaliteit van de verloskundige zorg kan worden gestoeld.

Alle bij de verloskunde betrokken beroepsbeoefenaren zullen aan de registratie moeten deelnemen. Daardoor wordt een vollediger dekking van de zorg bereikt dan nu het geval is. De consensus die daarover in SPA 2 bereikt is, zal een zo breed mogelijk draagvlak in het veld moeten krijgen, zodat deelname aan de LVR een vanzelfsprekend en zelfs verplicht karakter kan krijgen.

De LVR behoeft een verdere ontwikkeling, zodat de registratie toegankelijk wordt voor analyse van de perinatale sterfte. Zo'n analyse is alleen mogelijk als gegevens onderling gekoppeld kunnen worden, als de verifieerbaarheid gewaarborgd kan worden en als de gegevens op een specifiek geaggregeerde wijze verwerkt kunnen worden. Aan deze ontwikkelingen wordt hard gewerkt; eind 2001 hebben de bij de verloskunde betrokken beroepsverenigingen de Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) opgericht. De SPRN heeft als doelstelling tot één volledige perinatale registratie te komen. Met deze registratie kan de ketenzorg inzichtelijk worden en kunnen nationale cijfers en analyses geproduceerd worden. Deze registratie kan dienen als spiegelinformatie voor verloskundige samenwerkingsverbanden. Zij moet teruggekoppeld worden op het niveau van een maatschap. Deze ontwikkeling zal nog enkele jaren vergen, maar tussentijds worden de bestaande LVR-registraties geoptimaliseerd, beter op elkaar afgestemd en wordt onderlinge koppeling tot stand gebracht. Inmiddels heeft de SPRN een nationaal bureau opgericht voor gegevensverwerking en voorbereidingen voor genoemde doelstellingen.

SPA 2 is zich ervan bewust dat met de nu beschikbare, verloskundige registratie een actuele analyse voorlopig nog niet mogelijk is. Informatie wordt tot nu toe immers pas na afloop van een kalenderjaar opgeleverd. De bevolkingsregistratie door het CBS heeft in dit opzicht een beperkte betekenis. Deze is gebaseerd op wettelijk verplichte aangifte van geboorte en overlijden. De informatie kan nu niet op individueel niveau worden geanalyseerd: er is geen mogelijkheid om de geaggregeerde CBS-gegevens aan klinische gegevens te koppelen. Nader onderzoek van de CBS-gegevens stuit vaak op formele bezwaren die voortvloeien uit de bescherming van privacy-aspecten.

Praktische werkwijze

I. Praktische uitvoering

I.1. Sterfte treedt op.

I.2. Door de zorgverlener (huisarts, verloskundige, gynaecoloog of pediater) wordt de sterfte zo spoedig mogelijk gemeld aan het bureau voor perinatale sterfte (telefonisch of per fax). In de toekomst zal melding on line via het elektronisch patiëntendossier van de PRN tot de mogelijkheden gaan behoren. Desgewenst kunnen niet-directe zorgverleners of de ouders melden.

- I.3. Het bureau neemt contact op met de melder/zorgverlener en vraagt op gestandaardiseerde wijze informatie op bij alle betrokken zorgverleners. Op termijn kan deze procedure voor een groot deel verweven zijn in de PRN-gegevens, die de zorgverlener bij een geval van perinatale sterfte direct aanvult.
- I.4. Omdat het onmogelijk is jaarlijks alle gevallen van perinatale sterfte aan audit te onderwerpen, zal het bureau per jaarperiode een of meerdere onderwerpen vaststellen voor de uitvoering van audit.
- I.5. Het bureau stuurt de desbetreffende, volledige dossiers (geanonimiseerd) naar de externe toetsingsgroep(en) voor beoordeling.
- I.6. De toetsingsgroepen brengen een oordeel uit op basis van omschreven criteria.
- I.7. Het bureau verzamelt de beoordelingen. Zo kan een (geanonimiseerd) landelijk overzicht van substandard care bij specifieke rubrieken van perinatale sterfte worden gevormd en in het betreffende epidemiologische kader geplaatst worden.
- I.8. Er vindt ten minste jaarlijks terugkoppeling plaats naar alle beroepsbeoefenaren in de vorm van een overzicht van alle meldingen, epidemiologische analyses en van de auditresultaten. Op grond hiervan worden aanbevelingen gedaan voor kwaliteitsverbetering, implementatie en bijscholing.

II. Aandachtspunten

- II.1. SPA 2 heeft uitgebreid van gedachten gewisseld over de implicaties van perinatale audit. Zij beveelt aan om de ontwikkeling van perinatale audit te presenteren in samenhang met andere aspecten van kwaliteitsbeleid, zoals de ontwikkeling van protocollen, van samenwerking en van overleg. Op deze manier maakt perinatale audit deel uit van het professionele kwaliteitsbeleid dat de zorg voor de individuele pasgeborene overstijgt. Dit betekent dat de ouder(s) van de doodgeborene of de overleden pasgeborene formeel geen toestemming hoeven te geven voor audit, hoewel zij er uiteraard wel over geïnformeerd worden dat individuele sterftegevallen gemeld worden ten behoeve van de landelijke registratie.
- II.2. SPA 2 heeft besloten dat het van groot belang is dat sterftegevallen gemeld worden en dat onderrapportage voorkomen wordt. Om zo veel mogelijk mensen ertoe te bewegen mee te werken aan registratie en audit, wordt benadrukt dat perinatale audit als vanzelfsprekend onlosmakelijk verbonden is met goede zorg. Hierop dient zowel in de opleidingen als in bij- en nascholing gewezen te worden. Hier ligt ook een rol voor de zorgverzekeraar in zijn relatie met medewerkers. Uiteindelijk moeten alle beroepsbeoefenaren zich op dit terrein als het ware verplicht voelen hun medewerking te verlenen.
- II.3. SPA 2 heeft zeer veel aandacht besteed aan de privacyaspecten. Uiteraard moeten melding en analyse zodanig worden vormgegeven dat verzamelde gegevens niet tot personen herleid kunnen worden. Op het landelijk bureau moet dossiervorming geanonimiseerd plaatsvinden. Anonimiseren is ook aan de orde bij bespreking in de toetsingsgroepen en bij terugkoppeling in geaggregeerde vorm.
- II.4. Tussen de primaire melding en eventuele melding van andere zorgverleners moet koppeling plaatsvinden: daartoe dient elke melding een uniek nummer te krijgen. De dataverzameling moet zo georganiseerd zijn dat 'dubbele melding' (bijvoorbeeld door verloskundige en kinderarts) niet tot dubbele telling of dubbele audit leidt.
- II.5. De externe toetsingsgroepen moeten zodanig worden aangestuurd dat de beoordelingen zo eenduidig mogelijk zijn. Dat vereist een specifieke deskundigheid die zal moeten worden opgebouwd. Toetsing van de beoordeling kan gebeuren door jaarlijks een aantal zelfde meldingen door verschillende toetsingsgroepen te laten beoordelen (interne validiteit). Daarnaast kunnen case-control-onderzoeken waardevol zijn om de generaliseerbaarheid van de resultaten te bepalen.
- II.6. Bespreking van thema's en reflectie op de kwaliteitsanalyse op lokaal niveau vormt in dit model het uiteindelijke leermoment en is daarmee de kern van de perinatale audit. In dit opzicht valt op

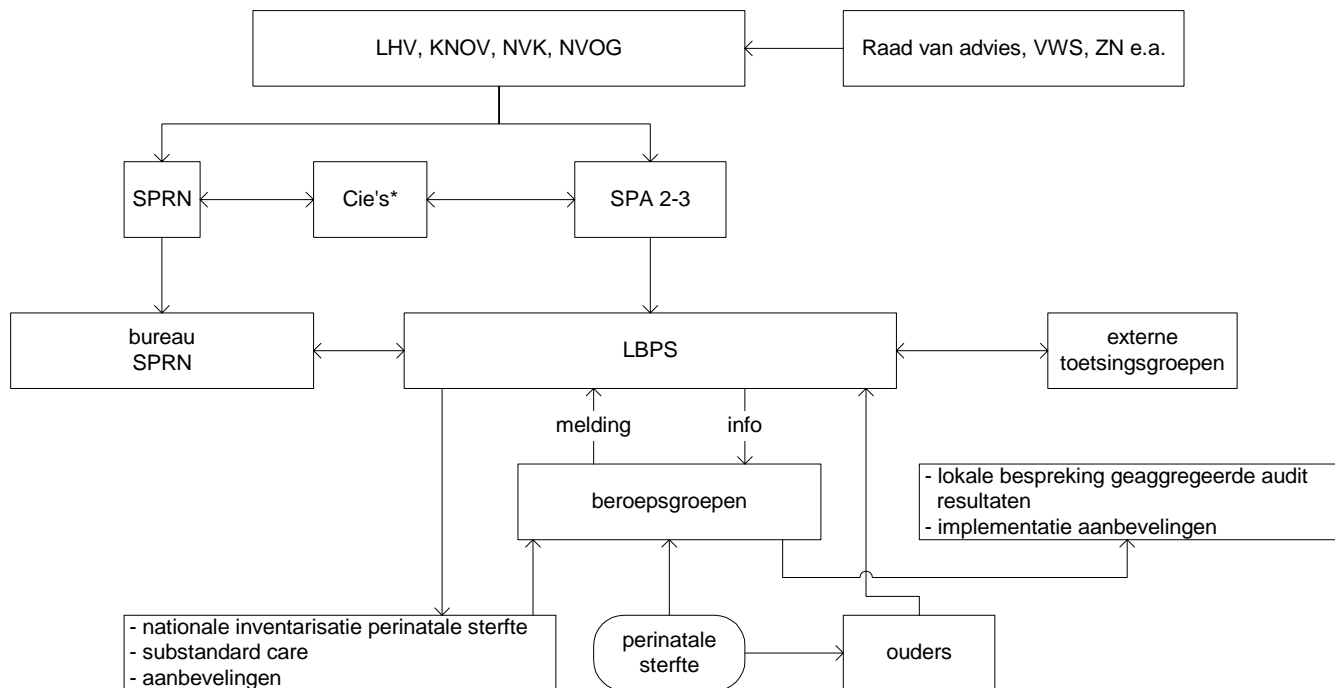
termijn ook te denken aan terugkoppeling van de 'eigen' resultaten van verloskundige samenwerkingsverbanden, als dat gewenst is.

- II.7. SPA 2 heeft tot slot overwogen dat een formeel kader van belang is. Perinatale audit wordt niet geacht deel uit te maken van de zorgverlening aan de individuele patiënt, maar behoort tot het domein van de kwaliteitsbewaking van de beroepsbeoefenaar. Daaruit vloeit uiteindelijk voort dat gegevens van de audit geen deel uitmaken van een individueel patiëntendossier.

Organisatiestructuur

De SPA 2 heeft de volgende organisatiestructuur voor perinatale audit voorgesteld:

Organogram perinatale audit



LBPS = Landelijk Bureau Perinatale Sterfte

SPRN= Stichting Perinatale Registratie Nederland

SPA 2-3= Subgroep Perinatale audit 2-3

ZN= Zorgverzekeraars Nederland

VWS= ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

*Cie's= privacycommissie, wetenschapscommissie, registratiecommissie

Landelijk bureau perinatale sterfte LBPS

SPA 2 stelt voor zo spoedig mogelijk het Landelijk Bureau Perinatale Sterfte (LBPS) op te richten voor het beheer en analyse van de gegevens over perinatale sterfte en organisatie van het auditproces. Hoewel intensieve samenwerking met het bureau van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (SPRN) vanaf de start wordt nagestreefd, lijkt het aanvankelijk het meest duidelijk en praktisch als apart bureau te starten, temeer daar de PRN (Perinatale Registratie Nederland) en haar bureau nog in ontwikkeling zijn. Wel lijkt het voor de hand te liggen, gezien de overlap in het gebruik van gegevens, al spoedig gebruik te maken van gezamenlijke onafhankelijke commissies (privacy-, wetenschap- en registratiecommissie). Het LBPS valt voorlopig nog onder de Commissie Verloskunde (CoV) en haar Subgroep Perinatale audit (SPA 2). Op termijn zal één stichting zowel het bureau van de SPRN als van de LBPS beheren. In het bestuur hebben vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen zitting (zie organogram). In de Raad van Advies hebben onder andere vertegenwoordigers van VWS en ZN zitting (zie organogram).

Uit de buitenlandse en Amsterdamse (PARIS) ervaringen blijkt dat de perinatale-sterfteregistratie de grootste kans op volledigheid heeft als melding direct kan plaatsvinden. Dit betekent voor de uitvoering een dagelijkse bezetting op kantooruren en rond-de-klok-meldingsmogelijkheid via een faxapparaat, e-mail en op termijn via internet. Het aantal te verwachten gevallen van perinatale sterfte bedraagt ongeveer 2000 per jaar, of 38 per week, 8 per werkdag. De gegevensverzameling is het meest betrouwbaar binnen enkele weken na melding.

SPA 2 heeft een vragenlijst ontworpen die door de zorgverlener(s) wordt ingevuld. Gedetailleerde data over iedere perinatale-sterftecasus worden verzameld. De vragenlijst moet in principe alle gegevens opleveren die nodig zijn voor het auditproces. Met name moet het goed mogelijk zijn een indruk te verkrijgen over de inhoud en organisatie van de verleende zorg en de rol van de cliënt in het zorgproces. De vragenlijst moet tevens geschikt zijn om de oorzaak van sterfte vast te stellen en voor wetenschappelijk onderzoek. De gegevens worden vastgelegd in een 'case record form' (CRF) en zijn zo veel mogelijk gebaseerd op aanbevelingen uit richtlijnen en op consensus over minimaal vereiste zorg. In voorkomende gevallen zullen een kopie van de zwangerschapskaart, het baringsverslag, CTG-registraties en bijv. een PA-verslag de gegevens completeren. Deze 'papierene gegevens' zijn nodig om een chronologisch verslag ('narrative') van een casus te maken of om details voor de audit uitvoeriger toe te voegen. De 'narratives' zullen ter verificatie aan de betrokken zorgverleners worden voorgelegd. Het bureau zorgt voor het anonimiseren van alle gegevens.

Opbouw landelijk perinataal audit systeem

De SPA 2 heeft gekozen voor een stapsgewijze opbouw bij het tot stand brengen van een uiteindelijk landelijk perinataal audit systeem. De volgende fasering wordt voorgesteld:

Fase 1

Najaar 2002: SPA 2 geeft opdracht om een database voor de ontwikkelde vragenlijst te ontwikkelen. Dit gebeurt in nauw overleg met het bureau van de SPRN, opdat beide registratiesystemen optimaal op elkaar afgestemd (kunnen) worden. De database wordt uiteindelijk onderdeel van de database van de PRN en zal tevens via internet (als beveiligd bestand) in te vullen zijn.

fase 2

1 januari 2003 tot 1 januari 2005: het project zal starten met een onderzoek in een drietal regio's met (groot)stedelijke gebieden, plattelandsgebieden en gebieden met en zonder ervaring met audit. In deze regio's kan de haalbaarheid van de voorgestelde gegevensverzameling onderzocht worden, de vragenlijsten getest en zo nodig aangepast worden. Eveneens wordt onderzocht of volledige melding van perinatale sterfte plaatsvindt. Gaandeweg wordt een inventarisatie van de noodzakelijke personele bezetting van het landelijk bureau gemaakt. In deze fase vindt al intensieve samenwerking plaats met het bureau van de SPRN. Tevens wordt een plan ontwikkeld voor het opzetten van de regionale auditororganisatie. De omvang van de populatie beslaat in de onderzoeksfase ongeveer 200 gevallen van perinatale sterfte per jaar. De volgende locaties zijn geselecteerd:

Amsterdam

Hier loopt al een auditproject sinds 1999. Publicatie van de resultaten is in voorbereiding (o.a. een dissertatie). De audit wordt hier verricht door de zorgverleners uit de regio. Terugkoppeling van de auditresultaten naar de zorgverleners heeft hier nog niet plaatsgevonden. In Amsterdam vinden ongeveer 10.000 bevallingen per jaar plaats; dit betekent ongeveer 100 gevallen van perinatale sterfte.

Zuid-Limburg

Het aantal geboorten per jaar is ongeveer 5000. In dit gebied treden ongeveer 50 gevallen van perinatale sterfte op. In deze regio vindt nu nog geen perinatale audit plaats.

Midden- en Noordoost-Brabant

In deze regio vinden per jaar 10.000 geboorten plaats. De regio Den Bosch heeft al ervaring met audit, de regio Tilburg nog niet. De totale regio kan informatie verschaffen over ongeveer 100 gevallen van perinatale sterfte per jaar.

Organisatie onderzoek

SPA 2 spreekt haar voorkeur uit voor een centrale melding, ook in de onderzoekfase en kiest voor het CVZ als meldpunt. Het secretariaat van het CVZ registreert de meldingen en stuurt de vragenlijsten naar de betrokken zorgverleners. Het secretariaat zorgt ervoor dat de gegevens vastgelegd worden in de database. Het controleert de registratie op volledigheid in de regio door periodiek navraag te doen naar de melding van perinatale sterfte. Dit gebeurt bij de burgerlijke stand, bij de ziekenhuizen, de verloskundige praktijken en eventueel de verloskundig actieve huisartsen in de betrokken regio's. In deze opzet zal per regio sprake zijn van gemiddeld een tot twee casus per week. Na een periode van een jaar, waarin dan in totaal ongeveer 200 tot 250 gevallen van sterfte zijn geregistreerd, bereidt het secretariaat in overleg met SPA 2/3 de auditbijeenkomsten voor.

De voorkeur van SPA 2 gaat uit naar de benoeming van een projectleider per regio, die ook kan zorgen voor maximale medewerking van de zorgverleners en de volledigheid van de meldingen. SPA 2/3 zal optreden als deskundigen- of begeleidingscommissie, waarin ook vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen zitting hebben. Het secretariaat van het CVZ zal hierover de dagelijkse leiding hebben, inclusief het secretariaat en de organisatie van de audit. SPA3 zal een onafhankelijk voorzitter van de auditbijeenkomsten voorstellen. Voor de onderzoeksfase wordt toestemming gevraagd aan de Medisch Ethische ToetsingsCommissies (METC's) van de betrokken ziekenhuizen.

Voor het onderzoek adviseert SPA 2 de aanstelling van een arts of verloskundige (fulltime) met ervaring in de klinische verloskunde, ter ondersteuning van het secretariaat in de beschreven loketfunctie. Deze arts of verloskundige werkt ook aan de opbouw en ontwikkeling van de database, de invoer van de gegevens en de voorbereiding van de auditororganisatie. Voor de lokale projectleiders wordt secretariële ondersteuning noodzakelijk geacht. Financiering van het onderzoek is tot 1 januari 2005 voorzien door subsidie van VWS.

Rapportage

Medio 2004 zal een evaluatie van het onderzoek plaatsvinden in een eindrapportage. Hierin komen aanbevelingen voor het op te richten landelijk bureau perinatale sterfte met een bedrijfsplan voor een landelijk dekkend systeem van registratie, epidemiologische analyses en Perinatale-Auditorganisatie. Dit rapport wordt door SPA3 medio 2004 via het bestuur van CVZ aan de minister van VWS aangeboden. Het streven is om op 1 januari 2005 het Landelijk Bureau Perinatale Sterfte op te nemen in een stichting met de SPRN. Op 1 januari 2005 zal naar verwachting ook de perinatale registratie volledig ontwikkeld zijn. De perinatale-sterfteregistratie gaat daar dan onderdeel van uitmaken. De vragenlijsten zijn dan inmiddels bruikbaar met een beveiligde internettoegang voor de invoer van de gegevens.

Literatuur

1. Ziekenfondsraad. Verloskundig Vademecum. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999 (de Verloskundige Indicatielijst en engelse samenvatting van het Verloskundig Vademecum: www.cvz.nl).
2. Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. (www.nvog.nl).
3. WHO. Statistical presentation. Standards and reporting requirements related to fetal, perinatal, neonatal and infant mortality. In: ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems. Vol. 2 10th rev. Geneva: World Health Organization, 1993: 129-34.

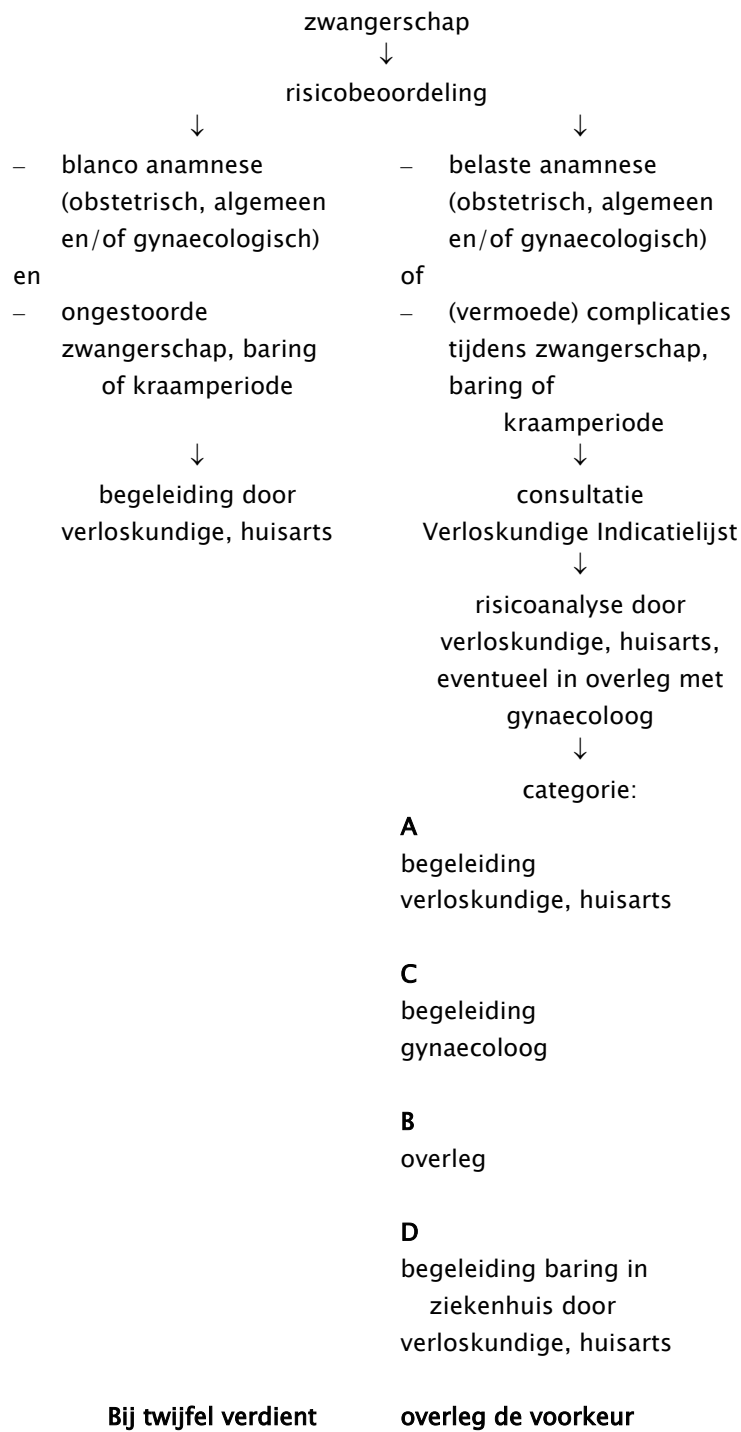
De Verloskundige Indicatielijst

Hierna volgt de specifieke Verloskundige Indicatielijst, inclusief een toelichting op de omschrijving van de verloskundig zorgverlener en richtlijnen 'hoe om te gaan met de overlegsituatie'. In de Verloskundige Indicatielijst is een onderverdeling gemaakt in zes hoofdgroepen, waarbinnen de diverse verloskundige en medische aandoeningen en ziektebeelden worden vermeld. Bij de specifieke indicaties is, waar nodig, een toelichting gegeven. Bij iedere indicatie wordt in de rechterkolom aangegeven wie de meest aangewezen verloskundige zorgverlener is.

Het doel van de Verloskundige Indicatielijst is een hulpmiddel te bieden om risicoselectie in de verloskunde in goede banen te leiden. De eerstelijns verloskundige zorgverlener, verloskundige of huisarts, is primair verantwoordelijk voor deze risicoselectie. De indicatielijst is een consensusdocument waarin de door de beroepsgroepen bereikte overeenstemming over de besliskundige structuur is weergegeven.

Een tiental indicaties is in deze tweede editie herzien volgens een werkwijze, zoals beschreven in §5.4 en uitgewerkt in §5.5. De herziene indicaties zijn in de lijst met * aangegeven.

De volgende 'beslisboom' vormt een handreiking voor het gebruik van de indicatielijst in de dagelijkse praktijk:



Toelichting op de omschrijving van de verantwoordelijke zorgverlener in de indicatielijst:

<i>Code</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>verantwoordelijke zorgverlener</i>
A Eerstelijns verloskundige zorg	De verantwoordelijkheid voor de verloskundige begeleiding in de genoemde situatie ligt bij de eerstelijns verloskundige zorgverlener.	verloskundige/huisarts
B Overleg Situatie	Een beoordeling op het raakvlak van eerste en tweede lijn is aangewezen. Onder het betrokken item wordt de individuele situatie van de zwangere beoordeeld. Ook worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid voor de verloskundige begeleiding (zie hoofdstuk 5).	afhankelijk van afpraak
C Tweedelijns verloskundige zorg	De vermelde situatie is zodanig dat de verloskundige begeleiding daarbij in de tweede lijn plaats moet vinden. Dit geldt slechts voor zolang de beschreven aandoening van betekenis is in verband met zwangerschap, baring of kraamperiode.	gynaecoloog
D Verplaatste eerstelijns verloskundige zorg	De verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg ligt bij de eerstelijns verloskundige zorgverlener, maar in de genoemde situatie bestaat aanleiding de bevalling in het ziekenhuis te laten plaatsvinden om een eventueel transportrisico tijdens de baring te vermijden	verloskundige / huisarts

Voor één indicatie (sectio caesarea in de anamnese) is aangegeven dat de begeleiding in de zwangerschap in beide echelons kan geschieden, maar de baring moet in het tweede echelon plaatsvinden. De SVI geeft hierbij een moment van overdracht naar de tweede lijn aan bij 37 weken amenorrhoe. Als algemene gang van zaken wordt voorgesteld: bij de nacontrole bespreekt de gynaecoloog zowel de prognose voor een eventueel volgende zwangerschap en baring als de betekenis hiervan voor de begeleiding. In geval van prenatale zorg in de eerste lijn geeft de indicatielijst overdracht naar de tweede lijn in principe aan bij 37 weken. De gynaecoloog legt een verslag van dit overleg, inclusief voorgesteld beleid, vast in een brief aan de huisarts of de verloskundige.

Specifieke Verloskundige Indicatielijst

	toelichting op het verloskundig beleid	code
1	<p>Preëxistente aandoeningen – niet gynaecologisch</p> <p>Bij preëxistente aandoeningen die obstetrisch van invloed kunnen zijn, zijn naast de verloskundig betrokkenen regelmatig andere zorgverleners bij de vrouw betrokken. Het is in overlegsituaties dan aangewezen dat die andere zorgverleners ook aan overleg deelnemen. Bij aandoeningen met een code B in dit hoofdstuk wordt daarom aandacht gevraagd voor afstemming met anderen buiten het verloskundige veld. Aandacht wordt gevraagd voor preconceptionele advisering.</p>	
1.1	Epilepsie zonder medicatie	A
1.2	<p>Epilepsie met medicatie</p> <p>In verband met het gebruik van anti-epileptische medicatie wordt prenatale diagnostiek aanbevolen. Overleg met alle betrokken behandelaren (verloskundige, huisarts, gynaecoloog, neuroloog) is voor optimale zorg aangewezen.</p>	B
1.3	<p>Subarachnoïdale bloeding, aneurysma</p> <p>In voorkomende gevallen kan de kraamperiode in de eerste lijn worden begeleid.</p>	C
1.4	<p>Multiple sclerose</p> <p>Afhankelijk van het neurologische beeld moet rekening gehouden worden met een gestoorde baring en eventuele urineretentie. Voor optimale zorgverlening is overleg tussen alle betrokken behandelaren aangewezen.</p>	B
1.5	<p>Hernia nucleï pulposi</p> <p>Bij een recent doorgemaakte HNP of nog bestaande neurogene klachten is een C-situatie aanwezig. Bij een status na behandelde hernia is sprake van een A-situatie, met name als een voorgaande zwangerschap normaal is verlopen. Zowel anamnese als een actueel, klinisch beeld zijn relevant.</p>	A/C
1.6	<p>Longfunctiestoornis/COPD</p> <p>Bij de beoordeling moet het oordeel van de longarts worden betrokken.</p>	B
1.7	<p>Astma</p> <p>Alleen astmapatiënten met ruime klachtenvrije intervallen, al dan niet met gebruik van inhalatietherapie, kunnen in de eerste lijn begeleid worden tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Overleg met de behandelend (huis)arts is aangewezen.</p>	A/C

--	--	--

	toelichting op het verloskundig beleid	code
1.8	<p>Tuberculose met behandeling</p> <p>Tuberculose in de anamnese</p> <p>Wanneer sprake is van een actief tuberculeus proces en bijbehorende behandeling, moet overleg plaatsvinden met de behandelend arts en de gynaecoloog over het klinisch beeld en de begeleiding van zwangerschap en baring. Bij niet-actieve tuberculose kan begeleiding van zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvinden.</p>	<p>C</p> <p>A</p>
1.9	<p>HIV-infectie</p> <p>In verband met de huidige medicamenteuze mogelijkheden ter voorkoming van verticale transmissie moeten deze patiënten gedurende zwangerschap en baring begeleid worden in een voor hiv en aids toegerust centrumziekenhuis.</p>	C
1.10	HBsAg-dragerschap	A
1.11	<p>Hepatitis C</p> <p>Consultatie van de gynaecoloog en follow-up door de kinderarts worden aanbevolen.</p>	B
1.12	<p>Hartafwijking met hemodynamische consequenties</p> <p>De zwangerschap en baring zijn van invloed op de preëxistente, hemodynamische verhoudingen. Een cardiologische beoordeling is hierbij van belang.</p>	C
1.13	<p>Diep- veneuze trombose/longembolie</p> <p>Van belang is de onderliggende pathologie en de aanwezigheid van een positieve familie-anamnese. Preconceptioneel advies is hierbij in het bijzonder van belang.</p>	B
1.14	Stollingsstoornissen	C
1.15	<p>Nierfunctiestoornissen</p> <p>Wanneer sprake is van een gestoorde nierfunctie, al dan niet met nierdialyse, is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.</p>	C
1.16*	<p>Hypertensie</p> <p>Een preëxistente hypertensie, al dan niet medicamenteus behandeld, leidt tot verwijzing naar de tweede lijn.</p>	C

	Preconceptioneel advies is hierbij in verband met de medicatie in het bijzonder van belang.	
	Toelichting op het verloskundig beleid	code
1.17	Diabetes mellitus Preconceptioneel advies is hierbij in het bijzonder van belang	C
1.18*	Schildklierandoeningen Bij schildklierandoening in heden of verleden moeten TSH en vrij-T4 zo vroeg mogelijk in de zwangerschap bepaald worden en TSH-receptor-antistoffen op indicatie bepaald worden – Hyperthyreoïdie nu geen medicatie én euthyreotisch én TSH-receptor-antistoffen $\leq 1,5$ IE/l (bij een volgende zwangerschap hoeft de TSH bepaling niet herhaald te worden) als TSH-receptor-antistoffen $> 1,5$ IE/l hyperthyreoïdie met medicatie – Hypothyreoïdie t.g.v. behandelde hyperthyreoïdie d.m.v. partiële thyroïdectomie of ^{131}I -therapie, met levothyroxine goed ingesteld én TSH-receptor-antistoffen $\leq 1,5$ IE/l als TSH-receptor-antistoffen $> 1,5$ IE/l t.g.v. Ziekte van Hashimoto en met levothyroxine goed ingesteld Gerichte controle is aangewezen in verband met de dikwijls toegenomen medicatiebehoefte tijdens de zwangerschap en afname van die behoefte direct na de bevalling.	A C C A C A
1.19	Hemoglobinopathie	B
1.20	Inflammatory Bowel Disease Hieronder worden gerekend de colitis ulcerosa en de M. Crohn.	C
1.21	Systeemziekten en zeldzame aandoeningen Hieronder worden zeldzame, maternale aandoeningen verstaan, zoals Morbus Addison en M. Cushing. Verder vallen hieronder systemische lupus erythematoses (SLE), antifosfolipiden syndroom (APS), sclerodermie, reumatoïde	C

	artritis, periarteriïtis nodosa, ziekte van Marfan, ziekte van Raynaud en andere systemische en zeldzame aandoeningen.	
1.22	<p>Gebruik van harddrugs (heroïne, methadon, cocaïne, XTC en dergelijke)</p> <p>Relevant is aandacht voor het feitelijk gebruik. Ook bij een anamnese van gestaakt gebruik kan onderzoek van met name de urine van belang zijn. Uiteraard kan betrokkenheid van de kinderarts bij de follow-up post partum aangewezen zijn.</p>	C
1.23	<p>Alcoholmisbruik</p> <p>Van belang is het foetaal alcoholyndroom. Uiteraard kan de betrokkenheid van de kinderarts bij de follow-up post partum aangewezen zijn</p>	C
1.24	<p>Psychiatrische stoornissen</p> <p>Begeleiding van zwangerschap en bevalling is afhankelijk van de ernst en omvang van de psychiatrische stoornis. Overleg met de behandelend arts kan aangewezen zijn.</p>	B

	Toelichting op het verloskundig beleid	code
2	Preëxistente aandoeningen, gynaecologisch	
2.1	<p>Bekkenbodembodem reconstructie</p> <p>Hieronder worden verstaan: de colposuspensie bij prolaps, fistel en oude ruptuur. Op basis van de oorzaak, de toegepaste operatietechniek en het resultaat daarvan, stelt de gynaecoloog het beleid betreffende de partus vast. Hij kan overwegen een primaire sectio of een vroege primaire episiotomie, te herstellen door de gynaecoloog. Als het vastgestelde beleid geen speciale maatregelen en geen specifieke, operatieve expertise omvat, kan de baring in de eerste lijn worden begeleid, in overleg met de gynaecoloog.</p>	C/A
2.2	<p>Portio amputatie</p> <p>Exconisatie</p> <p>Cryo- en lis-behandeling</p> <p>De praktische uitvoering van verloskundig beleid op dit terrein kan nader worden uitgewerkt in lokaal overleg. Als na conisatie een ongecompliceerde zwangerschap en baring zijn opgetreden, kunnen een volgende zwangerschap en baring in de eerste lijn worden begeleid.</p>	C B A
2.3	<p>Myoom enucleatie</p> <p>Afhankelijk van de omvang van de ingreep wordt het beleid bepaald.</p>	C/A
2.4	<p>Afwijkende cervixcytologie (diagnostiek, follow-up)</p> <p>Er moet gedifferentieerd worden naar obstetrisch versus gynaecologisch beleid. Gynaecologische consultatie kan ook zonder obstetrische consequenties aangewezen zijn. Aan zwangeren wordt geen deelname aangeboden aan bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. De gynaecologische follow-up staat een verloskundige begeleiding in de eerste lijn niet in de weg.</p>	B/A
2.5	<p>DES-dochter (onbehandeld en onder controle)</p> <p>Er moet gedifferentieerd worden naar obstetrisch versus gynaecologisch beleid. Zo kan gynaecologische begeleiding in verband met de DES-problematiek noodzakelijk zijn, terwijl de verloskundige begeleiding in de eerste lijn plaatsvindt.</p>	B
2.6	<p>Niet te verwijderen IUD</p> <p>Status nadat het IUD verwijderd is</p>	B A
2.7	Status na behandeling met subfertiliteit	A

2.8	<p>Bekkenafwijking (trauma, symfyseruptuur, rachitis)</p> <p>Overleg aan het begin van het laatste trimester is aangewezen. Hierbij moet worden aangetekend dat begeleiding in de tweede lijn geen aantoonbare meerwaarde heeft bij bekkeninstabiliteit en symfysiolyse klachten.</p>	B
2.9	<p>Besnijdenis/ernstige anatomische afwijking</p> <p>Besnijdenis als zodanig kan extra psychosociale zorg vergen. Bij ernstige anatomische afwijkingen is overleg in het derde trimester aangewezen.</p>	A/B

	Toelichting op het verloskundig beleid	code
3	Obstetrische anamnese	
3.1	Bloedgroepantagonisme (Rhesus, Kell, Duffy, Kidd) ABO-antagonisme Weliswaar kunnen zwangerschap en baring in de eerste lijn worden begeleid bij ABO-antagonisme, maar men moet alert zijn op neonatale problematiek.	C A
3.2	Zwangerschapshypertensie in de vorige zwangerschap (Pre-)eclampsie/HELLP-syndroom in de vorige zwangerschap	A B
3.3	Herhaalde miskramen Bij voortgaande zwangerschap vindt begeleiding in de eerste lijn plaats.	A
3.4*	Vroeggeboorte (<37 weken), vorige zwangerschap 1. vroeggeboorte (<33 weken), vorige zwangerschap 2. vroeggeboorte (≥33 weken), vorige zwangerschap Is er na de vroeggeboorte vervolgens een normaal verlopen zwangerschap geweest, dan kan daarna begeleiding van een volgende zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvinden.	C A
3.5	Cervixinsufficiëntie en/of cerclage Begeleiding tijdens de zwangerschap in de tweede lijn is tot 37 weken aangewezen; à terme kan de begeleiding in de eerste lijn plaatsvinden.	C A
3.6	Abruptio placentae	C
3.7	Forcipale extractie of vacuümextractie Van belang is de beoordeling van de anamnestiche informatie, die verkregen wordt van de toenmalige zorgverlener	A
3.8*	Sectio caesarea Prenatale zorg Overdracht bij 37 weken Baring De prenatale zorg kan in principe in de eerste lijn plaatsvinden, als er geen andere redenen zijn voor controles in de tweede lijn.	A C C

3.9*	Dysmaturiteit Uitgegaan wordt van een geboortegewicht <p5 of evidente klinische verschijnselen van dysmaturiteit, zoals neonatale hypoglykemie op basis van groeivertraging.	C
3.10	Asfyxie De grens ligt bij een Apgar score <7 bij 5'.	B
3.11	Perinatale sterfte Een dergelijke voorgeschiedenis vormt aanleiding tot overleg. Van belang is tevens of er na de perinatale sterfte nog een normaal verlopen zwangerschap is opgetreden. Zwangerschap en bevalling kunnen dan in de eerste lijn worden begeleid.	B
3.12	Eerder kind met aangeboren en/of erfelijke afwijking Van belang is wat de aard van de aandoening was en welke eerdere diagnostiek heeft plaatsgevonden. Als er nu geen afwijkingen worden vastgesteld, dan kan verdere begeleiding in de eerste lijn plaatsvinden.	B
3.13	Haemorrhagia post partum ten gevolge van episiotomie	A
3.14	Haemorrhagia post partum ten gevolge van cervixruptuur (klinisch vastgesteld) Aangenomen wordt dat er een herhalingskans aanwezig is; begeleiding van zwangerschap en baring kan door de eerste lijn gebeuren, maar de bevalling moet in het ziekenhuis plaatsvinden.	D
3.15	Haemorrhagia post partum, andere oorzaken (>1000 cc) Gegeven de kans op herhaling, kan de begeleiding van zwangerschap en baring weliswaar door de eerste lijn plaatsvinden, maar moet de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden.	D
3.16	Manuele placentaverwijdering in de anamnese Gegeven de kans op herhaling, kunnen de volgende zwangerschap en baring weliswaar door de eerste lijn begeleid worden, maar moet de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Als er sprake was van een placenta accreta, dan moet de begeleiding door de tweede lijn plaatsvinden.	D C
3.17	Totaalruptuur (functioneel herstel/geen functioneel herstel)	A/C

	<p>Is er na de totaalruptuur sprake van een goed functioneel herstel, dan kan de begeleiding van zwangerschap en baring plaatsvinden in de eerste lijn. Overwogen moet worden om bij de baring een primaire episiotomie te zetten. Is er sprake geweest van een secundaire hersteloperatie, dan is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen, conform het gestelde bij 'bekkenbodemp reconstructies'. Is er geen sprake van functioneel herstel na de totaal ruptuur, dan moet begeleiding van de baring door de tweede lijn plaatsvinden.</p>	
3.18	<p>Symfyysiolyse</p> <p>Er wordt geen meerwaarde toegekend aan begeleiding in de tweede lijn van een zwangere of barend met een anamnestiche symfyysiolyse of met een bekkeninstabiliteit.</p>	A
3.19	<p>Post-partumdepressie</p> <p>Er wordt geen meerwaarde toegekend aan begeleiding door de tweede lijn van een zwangere of barend met een anamnestiche post-partumdepressie. Post-partumdepressie treedt op een zodanig tijdstip post partum op, dat ook de kraamperiode in de eerste lijn kan worden begeleid.</p>	A
3.20	<p>Post-partumpsychose</p> <p>Er moet gedifferentieerd worden of er sprake was van langdurig medicatiegebruik. Van belang is een psychiatrisch oordeel over de ernst van de psychose en het herhalingsrisico.</p>	A
3.21	<p>Grande multipara</p> <p>Hiervan is sprake bij para >5. Aan begeleiding van zwangerschap en bevalling door de tweede lijn wordt geen meerwaarde toegekend.</p>	A
3.22	<p>Serotiniteit</p> <p>Serotiniteit in de anamnese heeft geen voorspellende waarde voor het verloop van de huidige zwangerschap en baring.</p>	A

	Toelichting op het verloskundig beleid	Code																		
4	<p>Ontstaan/vastgesteld tijdens zwangerschap</p> <p>In dit hoofdstuk geldt dat begeleiding in de tweede lijn in de met de code C aangeduide situaties is aangewezen, zolang er van het vermelde probleem sprake is. Is daarvan geen sprake meer, dan kan terugverwijzing naar de eerste lijn plaatsvinden.</p>																			
4.1*	<p>Onzekere zwangerschapsduur bij >22 weken</p> <p>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 (DBP, HC, AC en FL) in combinatie met een beoordeling van de hoeveelheid vruchtwater geïndiceerd. Dit gebeurt met een interval van 2–3 weken. Als de resultaten van de metingen conform de normale groeicurven zijn, mag worden aangenomen dat die in de buurt van de p50 liggen. In dat geval kan een zwangerschapsduur daarop worden vastgesteld. 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.</p>	A/B																		
4.2*	<p>Anemie</p> <p>Hb <5,6 mmol/l</p> <p>Nadere diagnostiek (meestal mogelijk in de eerste lijn) is aangewezen bij :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb <p5° voor zwangerschapsduur én MCV <70 fl óf ≥100 fl - Hb <p5° voor zwangerschapsduur en Hb daling na 4 tot 6 weken <p>ijzersuppletie:</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>amenorroe <22 weken</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Hb meer dan 0.3 mmol/l gedaald t.o.v. vorige waarde</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>amenorroe ≥22 weken</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Hb gedaald t.o.v. vorige waarde</p> <p>° hemoglobinegehalte-afkappunten (p5-waarden) in mmol/l</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">amenorroe</th> <th style="text-align: left;">blank</th> <th style="text-align: left;">negroïde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 t/m 13 weken</td> <td>7,1</td> <td>6,6</td> </tr> <tr> <td>14 t/m 17 weken</td> <td>6,8</td> <td>6,3</td> </tr> <tr> <td>18 t/m 21 weken</td> <td>6,5</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>22 t/m 37 weken</td> <td>6,3</td> <td>5,8</td> </tr> <tr> <td>vanaf 38 weken</td> <td>6,5</td> <td>6,0</td> </tr> </tbody> </table>	amenorroe	blank	negroïde	10 t/m 13 weken	7,1	6,6	14 t/m 17 weken	6,8	6,3	18 t/m 21 weken	6,5	6,0	22 t/m 37 weken	6,3	5,8	vanaf 38 weken	6,5	6,0	B
amenorroe	blank	negroïde																		
10 t/m 13 weken	7,1	6,6																		
14 t/m 17 weken	6,8	6,3																		
18 t/m 21 weken	6,5	6,0																		
22 t/m 37 weken	6,3	5,8																		
vanaf 38 weken	6,5	6,0																		
4.3*	<p>Urineweginfecties in de zwangerschap</p> <p>Het is van belang om de infectie door middel van een urinekweek nader te analyseren en vast te stellen.</p>	A																		

	<p>Recidiverende urineweginfecties in de zwangerschap</p> <p>Van recidiverende urineweginfecties is sprake als een infectie meer dan tweemaal optreedt. De kans op pyelonefritis is hierbij verhoogd, waardoor het risico op vroeggeboorte verhoogd is. Dat geldt ook voor de kans op maternale complicaties als (voorbijgaande) nierfunctiestoornis en sepsis.</p>	B
4.4	<p>Pyelitis</p> <p>Bij een pyelitis is opname voor behandeling gewenst. Dat is dus behandeling in de tweede lijn. Na afdoende behandeling van de pyelitis kan de verdere begeleiding van zwangerschap en bevalling in de eerste lijn plaatsvinden.</p>	C
4.5	<p>Toxoplasmose, diagnostiek en therapie</p> <p>Voor zowel diagnostiek als therapeutisch beleid is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.</p>	C
4.6	<p>Rubella</p> <p>Bij een primo-infectie met rubella tijdens de zwangerschap moet rekening gehouden worden met een verhoogd risico op groeivertraging, vroeggeboorte en oog- en gehoorafwijkingen.</p>	C
4.7	<p>Cytomegalie</p> <p>Er moet rekening worden gehouden met een verhoogd risico op perinatale sterfte en op latere morbiditeit.</p>	C

	Toelichting op het verloskundig beleid	Code
4.8*	<p>Herpes genitalis (primo-infect)</p> <p>Herpes genitalis (recidief) afhankelijk van uitgebreidheid klachten</p> <p>Herpes labialis</p> <p>Bij een recidief infectie, frequent optredend in de zwangerschap of durante partu, wordt aanbevolen bij het kind viruskweken af te nemen uit de oropharynx en van de conjunctivae na 24-48 uur. De laesie(s) worden eventueel geïsoleerd of afgeplakt.</p>	<p>C</p> <p>A/C</p> <p>A</p>
4.9	<p>Parvovirusinfectie</p> <p>Deze infectie kan leiden tot foetale anemie en hydrops. Voor de problematiek bestaan behandelingsmogelijkheden.</p>	C

4.10	<p>Varicella/Zostervirusinfectie</p> <p>Hiermee wordt een maternale infectie bedoeld. Primo-infectie met varicella-/zostervirus (waterpokken) tijdens de zwangerschap leidt mogelijk tot behandeling van de zwangere met VZV-immunoglobuline, wegens het risico op een foetaal varicellasyndroom. Als varicella zich voordoet kort voor de baring of in de vroege kraamperiode, is er een risico op neonatale infectie. Soms is behandeling van moeder en kind met een antiviraal middel aangewezen. Als er sprake is van een klinisch manifeste herpes zoster (gordelroos), dan is er geen risico op een foetaal varicellasyndroom.</p>	B
4.11	HBsAg-dragerschap	A
4.12	Virale hepatitis A, B, C, D of E	B
4.13	<p>Tuberculose</p> <p>Bedoeld wordt een actief tuberculeus proces, behandeld met tuberculostatica.</p>	C
4.14	<p>Hiv-infectie</p> <p>In verband met de medicamenteuze mogelijkheden ter voorkoming van verticale transmissie moeten deze patiënten gedurende zwangerschap en baring worden begeleid in een voor hiv en aids toegerust centrumziekenhuis.</p>	C
4.15	<p>Lues</p> <p>Positieve serologie en behandeld</p> <p>Positieve serologie en nog onbehandeld</p> <p>Primo-infectie</p> <p>De afstemming tussen de betrokkenen in de eerste en tweede lijn bij verwijzing moet aandacht krijgen. Van belang is een sluitende informatievoorziening tussen de verloskundige, de huisarts, de gynaecoloog en de behandelend veneroloog. Een uitwerking van structurele afspraken kan plaatsvinden in het lokaal overleg.</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p>
4.16	<p>HNP ontstaan tijdens zwangerschap</p> <p>Beleid moet worden bepaald naar aanleiding van klachten en klinische verschijnselen. Bij afwezigheid van klachten kan begeleiding (verder) in de eerste lijn plaatsvinden.</p>	B
4.17	<p>Laparotomie tijdens zwangerschap</p> <p>Zodra de wond genezen is en als de aard van de operatie geen verder verloskundig risico betekent, kan de zwangere weer begeleid worden in de eerste lijn. Tijdens het ziekenhuisverblijf zal de gynaecoloog betrokken zijn bij</p>	C/A

	de zwangerschap. Als er geen verdere consequenties voor het verloskundig beleid zijn, kan de zwangere vrouw verder begeleid worden in de eerste lijn.	
4.18	Cervixcytologie Pap.-III A of hoger Van belang is hier dat nader gynaecologisch beleid (t.b.v. vervolgdagnostiek) aangewezen kan zijn, terwijl de begeleiding van zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvindt.	B
4.19	Geneesmiddelengebruik Van belang is hier uiteraard het effect van geneesmiddelen op zwangere en ongeboren vrucht. Daarnaast moet aandacht worden besteed aan het effect op lactatie en de effecten in de neonatale periode. In geval van twijfel is overleg aangewezen. Gewezen wordt op informatie vanuit het teratologiecentrum van het RIVM (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieuhygiëne, tel 030-2742017) en het Trimbos-instituut (kennisinstituut voor psychische problemen en verslaving, tel 030-2971100).	A/B
4.20	Harddrugs gebruik (heroïne, methadon, cocaïne, XTC en dergelijke) Van belang is de ernst van de harddrug verslaving en de effecten daarvan tijdens zwangerschap, baring en in de postnatale periode, met name voor het kind.	C
4.21	Alcoholmisbruik Van belang is het foetaal alcoholyndroom. Uiteraard kan de betrokkenheid van de kinderarts bij de follow-up langdurig aangewezen zijn.	C
4.22	Psychiatrische aandoeningen (neurosen/psychosen) Van belang is de ernst van de psychiatrische problematiek en het oordeel daarover van de behandelend arts.	A/C
4.23	Hyperemesis gravidarum Voor behandeling van de problematiek is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen. Na herstel kan de begeleiding van de verdere zwangerschap en baring in de eerste lijn plaatsvinden.	C
4.24	Extra-uteriene graviditeit	C
4.25	Prenatale diagnostiek Van belang is de aanwezigheid van een risico op aangeboren afwijkingen. Als er geen afwijkingen worden aangetoond, kan verdere begeleiding in de eerste lijn plaatsvinden. Bij een leeftijdsgebonden indicatie kan rechtstreeks vanuit de eerste lijn naar een klinisch-genetisch centrum verwezen worden.	C

	Nadat het bloedverlies gestopt is, kan de begeleiding weer in de eerste lijn plaatsvinden, als er verder geen belastende oorzaken zijn gevonden.	
4.35	Abruptio Placentae	C
4.36*	Verdenking foetale groeivertraging Bij verdenking op foetale groeivertraging is onderzoek door de gynaecoloog aangewezen.	B
4.37	Positieve dyscongruentie (evaluatie van)	B
4.38	Serotiniteit Bedoeld wordt een termijn >294 dagen amenorroe.	C
4.39	(Dreigende) vroeggeboorte Zodra er geen sprake meer is van een dreigende vroeggeboorte, kan de begeleiding van zwangerschap en baring verder in de eerste lijn plaatsvinden.	C/A
4.40	Cervix insufficiëntie Wanneer een zwangerschapsduur 37 weken bereikt, is verdere begeleiding in de eerste lijn mogelijk.	C
4.41	Bekkeninstabiliteit Gedoeld wordt op klachten die ontstaan zijn in de huidige zwangerschap.	A
4.42	Meerlingzwangerschap	C
4.43	Liggingsafwijking à terme (waaronder stuitligging)	C
4.44	Niet ingedaalde schedel à terme Overleg is aangewezen indien er à terme verdenking ontstaat op een wanverhouding, een placenta praevia of vergelijkbare pathologie.	B
4.45	Geen voorgaande prenatale zorg (± à terme) In dit geval verdient de thuissituatie extra aandacht. Als prenatale zorg ontbreekt, kan dit duiden op psychosociale problematiek. Dit kan leiden tot nader overleg en een bevalling in het ziekenhuis.	A
4.46	Afstandskind	A

	De afstandssituatie hangt vaak samen met psychosociale problematiek. Dit kan leiden tot nader overleg en een bevalling in het ziekenhuis.	
4.47	<p>Foetus mortuus</p> <p>In de situatie waarin de zwangere er de voorkeur aan geeft om thuis te bevallen, moet de begeleiding dezelfde invulling krijgen als wanneer de bevalling in het ziekenhuis zou plaatsvinden. Geprotocolleerd postmortaal onderzoek en evaluatie verdienen aandacht.</p>	C
4.48	<p>Obstetrisch relevante uterus myomatosus</p> <p>Afhankelijk van de anatomische verhoudingen moet rekening gehouden worden met een gestoord verloop van zwangerschap of baring.</p>	B

	toelichting op het verloskundig beleid	Code
5	<p>Ontstaan tijdens bevalling</p> <p>Voor de C-categorisering in dit hoofdstuk geldt dat bij het optreden van een van de hieronder vermelde condities steeds moet worden gestreefd naar een optimale situatie voor de begeleiding van de verdere partus. In verband met benodigde spoed is verwijzing naar de tweede lijn hierbij aangewezen. Bij een verwijzing vanuit de thuissituatie moet daarbij steeds het risico worden meegewogen, dat transport van de barende met zich meebrengt.</p>	
5.1	<p>Afwijkende ligging van het kind</p> <p>Van belang is dat het om een afwijkende ligging gaat, en niet om een afwijkende presentatie.</p>	C
5.2	<p>Tekenen van foetale nood</p> <p>Van belang is dat foetale nood op verschillende wijzen tot uitdrukking kan komen (foetale hartfrequentie, meconiumhoudend vruchtwater).</p>	C
5.3	<p>Foetale sterfte durante partu</p> <p>In dit geval moet postmortaal onderzoek overwogen worden.</p>	C
5.4	<p>Niet in partu komen nadat de vliezen gebroken zijn</p> <p>Verwijzing moet plaatsvinden op de eerste ochtend, nadat de vliezen 24 uur gebroken zijn.</p>	C
5.5	Niet-vorderende ontsluiting	B
5.6	Niet-vorderende uitdrijving	C
5.7	<p>Overmatig bloedverlies tijdens de baring</p> <p>De mate van bloedverlies tijdens de bevalling is niet objectief meetbaar vast te stellen, maar gebeurt op basis van inschatting. Overmatig bloedverlies kan een teken zijn van ernstige pathologie.</p>	C
5.8	Abruptio placentae	C
5.9	Vasa praevia	C
5.10	<p>Achterblijven van (deel van) de placenta</p> <p>Niet altijd kan met zekerheid worden vastgesteld of een deel van de</p>	C

	placentarest achterblijft. Bij gerede twijfel is een verwijzing naar de tweede lijn daarom aangewezen.	
5.11	Totaal-ruptuur	C
5.12	Meconiumhoudend vruchtwater	C
5.13	Koorts Hierbij is het van belang na te gaan wat de onderliggende oorzaak is. Er moet met name rekening gehouden worden met een intra-uteriene infectie. De toediening van antibiotica tijdens de baring moet worden overwogen.	C
5.14	Pijnbestrijding/sedatie Het is van belang na te gaan wat de effecten zijn op ontsluiting en ademdepressie. Hoe pijnbestrijding tijdens de baring uitgevoerd wordt, is een onderwerp dat in het lokaal overleg met behulp van richtlijnen kan worden uitgewerkt. Er moet gestreefd worden naar beargumenteerde consensus.	B
5.15	Vulvahematoom Beleid wordt bepaald naar aanleiding van de klachten durante partu en vroeg in de kraamperiode.	C
5.16	Symfyliolyse Bedoeld wordt de rupturering van de symfyse. Er moet hierbij een onderscheid worden gemaakt met bekkeninstabiliteit. Bij bekkeninstabiliteit is de meerwaarde van overleg niet aangetoond.	B
5.17	Geen voorgaande prenatale zorg tijdens de baring Wanneer prenatale zorg ontbreekt, kan dit duiden op psychosociale problematiek en met name verslaving. Van belang is de partusbewaking, serologische screening en immunisatie.	C

	Toelichting op het verloskundig beleid	Code
6	Ontstaan tijdens de kraamperiode	
6.1	(Dreigende) eclampsie, (verdenking op) HELLP-syndroom	C
6.2	Diep veneuze trombose	C
6.3	Psychose Van belang is de (niet-obstetrische) betrokkenheid van de huisarts en de psychiater bij de behandeling van de psychiatrische stoornis.	B
6.4	Abnormaal vaginaal bloedverlies	C
6.5	Opname-indicatie voor het kind Van belang is hier de (niet-obstetrische) betrokkenheid van de huisarts en de kinderarts. Van belang is ook de gezamenlijkheid van moeder en kind in de eerste fase na de geboorte.	C

INDEX INDICATIELIJSTEN

A

aangeboren afwijking bij eerder kind	3.12
ABO antagonisme	3.1
abortus, recidiverende	3.3
abruptio placentae in anamnese	3.6
abruptio placentae	4.35, 5.8
ademdepressie	5.14
afstandskind	4.46
afwijkende ligging	5.1
AIDS	1.9 4.14
alcoholmisbruik	1.23, 4.21
anemie	4.2
anemie, ferriprive	1.20
anemie, overige	1.21
aneurysma	1.3
asfyxie in anamnese	3.10
astma	1.7

B

bekkenafwijking	2.8
bekkenbodem reconstructie	2.1
bekkeninstabiliteit	4.41
besnijdenis	2.9
bloedgroepantagonisme	3.1, 4.29
bloedverlies, durante partu, overmatig	5.7
bloedverlies in de zwangerschap, voor 16 weken	4.33
na 16 weken	4.34
bloedverlies in de kraamperiode	6.4

C

cervix insufficiëntie	
cervixcytologie, afwijkende	2.4, 4.18
cervixinsufficiëntie	3.5, 4.40
cervixruptuur	
cocaïne	

colposuspensie	
conisatie	2.2
COPD	1.6
cryo- en lis-behandeling	2.2
cytomegalie	4.7

D

depressie	
DES-dochter	2.5
diabetes mellitus	1.17, 4.27
diastolische bloeddruk	
diep- veneuze trombose	1.13 4.31 6.2
dyscongruentie	
dysmaturiteit in anamnese	3.9

E

eclampsie	3.2 4.29 6.1
epilepsie	1.1 1.2
episiotomie	
erfelijke afwijking bij eerder kind	3.12
exconisatie	2.2
extra-uteriene graviditeit	4.24

F

fluxus	
fluxus post partum	
foetale afwijkingen	
foetale nood	5.2
foetale sterfte	4.47 5.3
foetale groeivertraging	4.36
foetus mortuus	4.47
forcipale extractie in anamnese	3.7

G

gebroken vlieze, niet in partu	5.4
geneesmiddelengebruik	4.19
grande multipara	3.21

H

haemorrhagia post partum	
in anamnese	3.13 3.14 3.15
harddrugs	1.22, 4.20
hartafwijking	1.12
HBsAg–dragerschap	1.10 4.11
HELLP–syndroom	3.2 4.29 6.1
hemoglobinopathie	1.19
herpes genitalis	4.8
herpes labialis	4.8
hepatitis B	
hepatitis C	1.11
hernia nucleï pulposi	1.5, 4.16
heroïne	
Herpes genitalis	
HIV–infectie	1.9, 4.14
HNP	1.5, 4.16
hyperemesis gravidarum	4.23
hypertensie	1.16
hyperthyreoïdie	1.18
hypothyreoïdie	1.18

I

immunisatie	
infertiliteitsbehandeling	2.7
inflammatory bowel disease	1.20
intra–uteriene infectie	
IUD	2.6
IUVD	4.476

K

keizersnede in anamnese	3.8
koorts durante partu	5.13
kraambed	6
kunstverlossing in anamnese	3.7

L

laparotomie	4.17
liggingsafwijking	4.43
lis–behandeling	

longembolie	1.13
longfunctiestoornis	1.6
lues	4.15

M

manuele placentaverwijdering	
in anamnese	3.16
meconiumhoudend vruchtwater	5.12
meerlingzwangerschap	4.42
methadon	
morbus Addison	
multipara	
multiple sclerose	1.4
myoom enucleatie	2.3

N

neonatale herpes	
neurose	
nierdialyse	
nierfunctiestoornissen	1.15
niet in partu komen na breken vliezen	
niet ingedaalde schedel	4.44
niet vorderende ontsluiting	5.5
niet vorderende uitdrijving	5.6

O

obstetrische anamnese	3
ontsluiting	
onzekere zwangerschapsduur > 22 weken	4.1
opname-indicatie kind	6.5
oude ruptuur	
overmatig bloedverlies tijdens de baring	

P

partus prematurus in anamnese	3.4
parvovirusinfectie	4.9
peri-arteritis nodosa	
perinatale sterfte in anamnese	3.11
pijnbestrijding durante partu	5.14
placentarest	5.10

placenta praevia	
portioamputatie	2.2
positieve dyscongruentie	4.37
postmortaal onderzoek.	
post-partum depressie in anamnese	3.19
post-partum psychose in anamnese	3.20
pre-eclampsie	3.2
pre-existente aandoeningen	
– niet gynaecologisch	1
– gynaecologisch	2
prenatale diagnostiek	4.25
prenatale zorg, ontbrekende	4.45, 5.17
primo-infectie	
prolaps	
psychiatrische stoornissen	1.24, 4.22
psychose	6.3
psycho-sociale problematiek	
pyelitis	4.4

R

rachitis	2.8
Rubella	4.6

S

schildklier-aandoeningen	1.18
sectio caesarea in anamnese	3.8
sedatie durante partu	5.14
serologische screening	
serotiniteit in anamnese	3.22
serotiniteit	4.38
Shirodkar procedure	
SLE	
solutio placentae in anamnese	3.6
soluio placentae	4.35, 5.8
stollingsstoornissen	1.14, 4.31
stuitligging	4.43
subarachnoïdale bloeding	1.3
subfertiliteitsbehandeling	2.7
symfyseruptuur	2.8
symfyysiolyse	5.16
symfyysiolyse in anamnese	3.18
systeemziekten	1.21

Gebruikte afkortingen en begrippen

CoV	Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
eerstelijns zorgverlener	verloskundige of huisarts
HAGRO	huisartsengroep
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
INK	Instituut voor Nederlandse Kwaliteit
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LBPS	Landelijk Bureau Perinatale Sterfte
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNR	Landelijke Neonatologie Registratie
LVR	Landelijke Verloskunde Registratie
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
SEO	Subgroep Echoscopisch Onderzoek
SPA	Subgroep Perinatal Audit
SPRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland
SVI	Subgroep Verloskundige Indicatielijst
tweedelijns zorgverlener	gynaecoloog, andere medisch specialist
WOV	WerkOverleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad
ZFR	Ziekenfondsraad