

De Verloskundige Indicatielijst 2003

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 zijn vermeld. Bij de specifieke indicaties is, waar nodig, een toelichting gegeven. Bij iedere indicatie is 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 paragraaf 5.4 en uitgewerkt in paragraaf 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:

Code	verantwoordelijke zorgverlener
Omschrijving	
A	
Eerstelijns verloskundige zorg	verloskundige/huisarts
De verantwoordelijkheid voor de verloskundige begeleiding in de genoemde situatie ligt bij de eerstelijns verloskundige zorgverlener.	
B	
Overleg Situatie	afhankelijk van afspraak
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).	
C	
Tweedelijns verloskundige Zorg	gynaecoloog
De vermelde situatie is zodanig dat de verloskundige begeleiding daarbij in de tweede lijn moet plaats vinden. Dit geldt slechts voor zolang de beschreven aandoening van betekenis is in verband met zwangerschap, baring of kraamperiode.	
D	
Verplaatste eerstelijns verloskundige zorg	verloskundige / huisarts
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.	

Voor één indicatie (sectio caesarea in de anamnese) is aangegeven dat de begeleiding in de zwangerschap in beide echelons kan geschieden, maar dat de baring in het tweede echelon moet plaatsvinden. De SVI 2 geeft hierbij een moment van overdracht naar de tweede lijn aan bij 37 weken amenorroe. 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. Bij 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

1 Preëxistente aandoeningen – niet gynaecologisch

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.

1.1 Epilepsie zonder medicatie

A

1.2 Epilepsie met medicatie

B

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.

1.3 Subarachnoïdale bloeding, aneurysma

C

In voorkomende gevallen kan de kraamperiode in de eerste lijn worden begeleid.

1.4 Multipole sclerose

B

Afhankelijk van het neurologische beeld moet rekening worden gehouden met een gestoorde baring en eventuele urineretentie. Voor optimale zorgverlening is overleg tussen alle betrokken behandelaren aangewezen.

1.5 Hernia nucleii pulposi**A/C**

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.

1.6 Longfunctiestoornis/COPD**B**

Bij de beoordeling moet het oordeel van de longarts worden betrokken.

1.7 Astma**A/C**

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.

1.8 Tuberculose met behandeling**C****Tuberculose in de anamnese****A**

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.

1.9 HIV-infectie**C**

In verband met de huidige medicamenteuze mogelijkheden ter voorkoming van verticale transmissie moeten deze patiënten gedurende zwangerschap en baring worden begeleid in een voor HIV en aids toegerust centrumziekenhuis.

1.10 HBsAg-dragerschap**A**

1.11 Hepatitis C**B**

Consultatie van de gynaecoloog en follow-up door de kinderarts worden aanbevolen.

1.12 Hartafwijking met hemodynamische consequenties**C**

De zwangerschap en baring zijn van invloed op de preëxistente, hemodynamische verhoudingen. Een cardiologische beoordeling is hierbij van belang.

1.13 Diep veneuze trombose/longembolie**B**

Van belang is de onderliggende pathologie en de aanwezigheid van een positieve familieanamnese. Preconceptioneel advies is hierbij in het bijzonder van belang.

1.14 Stollingsstoornissen**C**

1.15 Nierfunctiestoornissen**C**

Wanneer sprake is van een gestoorde nierfunctie, al dan niet met nierdialyse, is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.

1.16* Hypertensie**C**

Een preëxistente hypertensie, al dan niet medicamenteus behandeld, leidt tot verwijzing naar de tweede lijn.

Preconceptioneel advies is hierbij in verband met de medicatie in het bijzonder van belang.

1.17 Diabetes mellitus**C**

Preconceptioneel advies is hierbij in het bijzonder van belang

1.18* Schildklieraandoeningen

Bij schildklieraandoening in heden of verleden moet bepaling van TSH en vrij-T4 zo vroeg mogelijk in de zwangerschap plaatsvinden en TSH-receptor-antistoffen op indicatie worden bepaald.

Hyperthyreoïdie

- nu geen medicatie én euthyreotisch én TSH-receptor-antistoffen afwezig **A**
- nu geen medicatie én euthyreotisch als TSH-receptor-antistoffen aanwezig **C**
- hyperthyreoïdie met medicatie **C**

Hypothyreoïdie

- t.g.v. behandelde hyperthyreoïdie d.m.v. partiële thyroïdectomie of ¹³²I-therapie, met levothyroxine goed ingesteld én TSH-receptor-antistoffen afwezig **A**
- t.g.v. behandelde hyperthyreoïdie d.m.v. partiële thyroïdectomie of ¹³²I-therapie, met levothyroxine goed ingesteld als TSH-receptor-antistoffen aanwezig **C**
- t.g.v. Ziekte van Hashimoto en met levothyroxine goed ingesteld **A**

Gerichte controle is aangewezen in verband met de dikwijls toegenomen levothyroxinebehoefte tijdens de zwangerschap en afname van die behoefte direct na de bevalling.

1.19 Hemoglobinopathie **B**

1.20 Inflammatory Bowel Disease **C**

Hieronder worden gerekend de colitis ulcerosa en de M. Crohn.

1.21. Systeemziekten en zeldzame aandoeningen

C

Hieronder worden zeldzame, maternale aandoeningen verstaan, zoals Morbus Addison en M. Cushing. Verder vallen hieronder systemische lupus erythematoses (SLE), anti-fosfolipiden syndroom (APS), sclerodermie, reumatoïde artritis, periarteriitis nodosa, ziekte van Marfan, ziekte van Raynaud en andere systemische en zeldzame aandoeningen.

1.22 Gebruik van harddrugs (heroïne, methadon, cocaïne, XTC en dergelijke)

C

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.

1.23 Alcoholmisbruik

C

Van belang is het foetaal alcoholyndroom. Uiteraard kan de betrokkenheid van de kinderarts bij de follow-up post partum aangewezen zijn.

1.24 Psychiatrische stoornissen

B

Begeleiding van zwangerschap en bevalling is afhankelijk van de ernst en omvang van de psychiatrische stoornis. Overleg met de behandelend arts kan aangewezen zijn.

2 Preëxistente aandoeningen, gynaecologisch

2.1 Bekkenbodembodem reconstructie

C/A

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.

2.2 Portio amputatie

C

Exconisatie

B

Cryo- en lisebehandeling

A

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.

2.3 Myoom enucleatie

C/A

Afhankelijk van de omvang van de ingreep wordt het beleid bepaald.

2.4 Afwijkende cervixcytologie (diagnostiek, follow-up)

B/A

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.

2.5 DES-dochter (onbehandeld en onder controle)**B**

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.

2.6 Niet te verwijderen IUD**B****Status nadat het IUD verwijderd is****A**

2.7 Status na behandeling subfertiliteit**A**

2.8 Bekkenafwijking (trauma, symfyseruptuur, rachitis)**B**

Overleg aan het begin van het laatste trimester is aangewezen. Hierbij moet worden aangekend dat begeleiding in de tweede lijn geen aantoonbare meerwaarde heeft bij bekeninstabiliteit en symfysolyse klachten.

2.9 Besnijdenis/ernstige anatomische afwijking**A/B**

Besnijdenis als zodanig kan extra psychosociale zorg vergen. Bij ernstige anatomische afwijkingen is overleg in het derde trimester aangewezen.

3 Obstetrische anamnese

3.1 Bloedgroepantagonisme (Rhesus, Kell, Duffy, Kidd)

C

ABO-antagonisme

A

Weliswaar kunnen zwangerschap en baring in de eerste lijn worden begeleid bij ABO-antagonisme, maar men moet alert zijn op neonatale problematiek.

3.2 Zwangerschapshypertensie in de vorige zwangerschap

A

(Pre-)eclampsie/HELLP-syndroom in de vorige zwangerschap

B

3.3 Herhaalde miskramen

A

Bij voortgaande zwangerschap vindt begeleiding in de eerste lijn plaats.

3.4* Vroeggeboorte (<37 weken), vorige zwangerschap

vroeggeboorte (<33 weken), vorige zwangerschap

C

vroeggeboorte (≥33 weken), vorige zwangerschap

A

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.

3.5 Cervixinsufficiëntie en/of cerclage

C

Begeleiding tijdens de zwangerschap in de tweede lijn is tot 37 weken aangewezen;
à terme kan de begeleiding in de eerste lijn plaatsvinden.

A

Was er in de vorige zwangerschap zonder cerclage sprake van een normaal verloop, dan kan daarna begeleiding van zwangerschap en bevalling in de eerste lijn plaatsvinden.

3.6 Abruptio placentae

C

3.7 Forciple extractie of vacuümextractie

A

Van belang is de beoordeling van de anamnestiche informatie, die verkregen wordt van de toenmalige zorgverlener.

3.8* Sectio caesarea

Prenatale zorg

A

Overdracht bij 37 weken

C

Baring

C

De prenatale zorg kan in principe in de eerste lijn plaatsvinden, als er geen redenen zijn voor controles in de tweede lijn vóór die 37 weken.

3.9* Dysmaturiteit

C

Uitgegaan wordt van een geboortegewicht <p5 of evidente klinische verschijnselen van dysmaturiteit, zoals neonatale hypoglykemie op basis van groeivertraging.

3.10 Asfyxie

B

De grens ligt bij een Apgar score <7 bij 5'.

3.11 Perinatale sterfte

B

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.

3.12 Eerder kind met aangeboren en/of erfelijke afwijking

B

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.

3.13 Haemorrhagia post partum ten gevolge van episiotomie**A**

3.14 Haemorrhagia post partum ten gevolge van cervixruptuur (klinisch vastgesteld)**D**

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.

3.15 Haemorrhagia post partum, andere oorzaken (>1000 cc)**D**

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.

3.16 Manuele placentaverwijdering in de anamnese**D**

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.

C

3.17 Totaalruptuur (functioneel herstel/geen functioneel herstel)**A/C**

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 totaalruptuur, dan moet begeleiding van de baring door de tweede lijn plaatsvinden.

3.18 Symfyolyse**A**

Er wordt geen meerwaarde toegekend aan begeleiding in de tweede lijn van een zwangere of barend met een anamnestiche symfyolyse of met een bekkeninstabiliteit.

3.19 Post-partumdepressie

A

Er wordt geen meerwaarde toegekend aan begeleiding door de tweede lijn van een zwangere of berende 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.

3.20 Post-partumpsychose

A

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.

3.21 Grande multipara

A

Hiervan is sprake bij para >5. Aan begeleiding van zwangerschap en bevalling door de tweede lijn wordt geen meerwaarde toegekend.

3.22 Serotiniteit

A

Serotiniteit in de anamnese heeft geen voorspellende waarde voor het verloop van de huidige zwangerschap en baring.

4 Ontstaan/vastgesteld tijdens zwangerschap

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 vindt terugverwijzing naar de eerste lijn plaats.

4.1* 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 p50 liggen. Een zwangerschapsduur is dan daarop vast te stellen. Als de metingen niet conform de normale curven zijn, de hoeveelheid vruchtwater afwijkend lijkt, of de metingen anderszins niet eenduidig zijn, is een consult nodig.

4.2* 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 en 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

4.3* Urineweginfectie in de zwangerschap

A

Het is van belang om de infectie door middel van een urinekweek nader te analyseren en vast te stellen.

Recidiverende urineweginfecties in de zwangerschap

B

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

4.4 Pyelitis

C

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.

4.5 Toxoplasmose, diagnostiek en therapie

C

Voor zowel diagnostiek als therapeutisch beleid is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.

4.6 Rubella

C

Bij een primo-infectie met rubella tijdens de zwangerschap moet rekening gehouden worden met een verhoogd risico op groeivertraging, vroeggeboorte en oog- en gehoorafwijkingen.

4.7 Cytomegalie

C

Er moet rekening worden gehouden met een verhoogd risico op perinatale sterfte en op latere morbiditeit.

4.8* Herpes genitalis (primo-infect)**C****Herpes genitalis (recidief)****A/C**

Afhankelijk van uitgebreidheid klachten.

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.

Herpes labialis**A**

4.9 Parvovirusinfectie**C**

Deze infectie kan leiden tot foetale anemie en hydrops. Voor de problematiek bestaan behandelingsmogelijkheden.

4.10 Varicella/Zostervirusinfectie**B**

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.

4.11 HBsAg-dragerschap**A**

4.12 Virale hepatitis A, B, C, D of E**B**

4.13 Tuberculose**C**

Bedoeld wordt een actief tuberculeus proces, behandeld met tuberculostatica.

4.14 HIV-infectie

C

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.

4.15 Lues

Positieve serologie en behandeld

A

Positieve serologie en nog onbehandeld

B

Primo-infectie

C

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 venereoloog. Een uitwerking van structurele afspraken kan plaatsvinden in het lokaal overleg.

4.16 HNP ontstaan tijdens zwangerschap

B

Beleid moet worden bepaald naar aanleiding van klachten en klinische verschijnselen. Bij afwezigheid van klachten kan begeleiding (verder) in de eerste lijn plaatsvinden.

4.17 Laparotomie tijdens zwangerschap

C/A

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 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

B

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.

4.19 Geneesmiddelengebruik

A/B

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).

4.20 Harddrugs gebruik (heroïne, methadon, cocaïne, XTC en dergelijke)

C

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.

4.21 Alcoholmisbruik

C

Van belang is het foetaal alcoholyndroom. Uiteraard kan de betrokkenheid van de kinderarts bij de follow-up langdurig aangewezen zijn.

4.22 Psychiatrische aandoeningen (neurosen/psychosen)

A/C

Van belang is de ernst van de psychiatrische problematiek en het oordeel daarover van de behandelend arts.

4.23 Hyperemesis gravidarum

C

Voor behandeling van de problematiek is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen. Na herstel vindt de begeleiding van de verdere zwangerschap en baring in de eerste lijn plaats.

4.24 Extra-uteriene graviditeit

C

4.25 Prenatale diagnostiek

C

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.

4.26 Vruchtwaterverlies (<37 weken amenorroe)

C

4.27* 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.

4.28* Zwangerschapshypertensie

Onder zwangerschapshypertensie wordt een hypertensie verstaan (conform de definitie volgens de ISSHP: diastolisch ≥ 90 mm Hg, Korotkoff V) in de tweede helft van de zwangerschap. De hypertensie wordt vastgesteld door twee opeenvolgende bloeddrukmetingen met een interval van minimaal 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 moet frequenter gecontroleerd worden en urineonderzoek op eiwit is aangewezen.

Diastolische bloeddruk vanaf 95 tot 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.

4.29 Pre-eclampsie, gesuperponeerde pre-eclampsie, HELLP-syndroom
C

Pre-eclampsie is een combinatie van zwangerschapshypertensie en proteïnurie. Van proteïnurie is sprake bij albustix ++ in een urinemonster of bij een totale eiwitexcretie van 300 mg of meer gedurende een periode van 24 uur. Van een gesuperponeerde pre-eclampsie is sprake bij een proteïnurie de novo gedurende de zwangerschap bij een patiënte met een preëxistente hypertensie.

Het HELLP-syndroom wordt gekenmerkt door de combinatie van haemolyse, gestoorde leverfuncties en een verlaagd aantal trombocyten.

4.30 Bloedgroepantagonisme**C****4.31 Diep veneuze trombose****C****4.32 Stollingsstoornissen****C****4.33 Persistierend bloedverlies voor 16 weken****B****4.34 Bloedverlies na 16 weken****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****B**

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

4.37 Positieve dyscongruentie (evaluatie van)**B****4.38 Serotiniteit****C**

Bedoeld wordt een termijn >294 dagen amenorroe.

4.39 (Dreigende) vroeggeboorte**C/A**

Zodra er geen sprake meer is van een dreigende vroeggeboorte, kan de begeleiding van zwangerschap en baring verder in de eerste lijn plaatsvinden.

4.40 Cervixinsufficiëntie**C**

Wanneer een zwangerschapsduur van 37 weken is bereikt, is verdere begeleiding in de eerste lijn mogelijk.

4.41 Bekkeninstabiliteit**A**

Gedoeld wordt op klachten die ontstaan zijn in de huidige zwangerschap.

4.42 Meerlingzwangerschap**C**

4.43 Liggingsafwijking à terme (waaronder stuitligging)**C**

4.44 Niet ingedaalde schedel à terme**B**

Overleg is aangewezen indien er à terme verdenking ontstaat op een wanverhouding, een placenta praevia of vergelijkbare pathologie.

4.45 Geen voorgaande prenatale zorg (\pm à terme)**A**

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.

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 Foetus mortuus**C**

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.

4.48 Obstetrisch relevante uterus myomatosus**B**

Afhankelijk van de anatomische verhoudingen moet rekening gehouden worden met een gestoord verloop van zwangerschap of baring.

5 Ontstaan tijdens bevalling

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.

5.1 Afwijkende ligging van het kind

C

Van belang is dat het om een afwijkende ligging gaat, en niet om een afwijkende presentatie.

5.2 Tekenen van foetale nood

C

Van belang is dat foetale nood op verschillende wijzen tot uitdrukking kan komen (foetale hartfrequentie, meconiumhoudend vruchtwater).

5.3 Foetale sterfte durante partu

C

In dit geval moet postmortaal onderzoek overwogen worden.

5.4 Niet in partu komen nadat de vliezen gebroken zijn

C

Verwijzing moet plaatsvinden op de eerste ochtend, nadat de vliezen 24 uur gebroken zijn.

5.5 Niet-vorderende ontsluiting

B

5.6 Niet-vorderende uitdrijving

C

5.7 Overmatig bloedverlies tijdens de baring

C

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.

5.8 Abruptio placentae**C**

5.9 Vasa praevia**C**

5.10 Achterblijven van (deel van) de placenta**C**

Niet altijd kan met zekerheid worden vastgesteld of een deel van de placenta achterblijft. Bij gerede twijfel is een verwijzing naar de tweede lijn daarom aangewezen.

5.11 Totaalruptuur**C**

5.12 Meconiumhoudend vruchtwater**C**

5.13 Koorts**C**

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.

5.14 Pijnbestrijding/sedatie**B**

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.

5.15 Vulvahematoom**C**

Beleid wordt bepaald naar aanleiding van de klachten durante partu en vroeg in de kraamperiode.

5.16 Symfyolyse**B**

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.

5.17 Geen voorgaande prenatale zorg tijdens de baring

C

Wanneer prenatale zorg ontbreekt, kan dit duiden op psychosociale problematiek en met name verslaving. Van belang is de partusbewaking, serologische screening en immunisatie.

6 Ontstaan tijdens de kraamperiode

6.1 (Dreigende) eclampsie, (verdenking op) HELLP-syndroom

C

6.2 Diep veneuze trombose

C

6.3 Psychose

B

Van belang is de (niet-obstetrische) betrokkenheid van de huisarts en de psychiater bij de behandeling van de psychiatrische stoornis.

6.4 Abnormaal vaginaal bloedverlies

C

6.5 Opname-indicatie voor het kind

C

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.
