

Samen bevalt goed!

Welkom!

**Groot Perinataal Overleg
17 november 2014**



Samen bevalt goed!

Agenda

1. Opening
2. Notulen 14 april 2014
3. Mededelingen en ingekomen stukken
4. Project Gezond werken tijdens de Zwangerschap
5. Netwerk Geboortezorg
6. Regioprotocollen
7. Rondvraag



Ingekomen vraag:

Houdt men zich in groot Amsterdam eraan om een kind, ongeacht de goede start, na geboorte met MHVW klinisch te observeren en voor hoeveel uur?

In het Amstelland houden we 8 uur observatie op de kraam aan. Graag hoor ik wat, VUmc, AMC en de omliggende centra doen om zo eenduidig te kunnen zijn naar de 1e lijn.

Nathalie Schrijver, kinderarts ziekenhuis Amstelland



REMIFENTANIL

Standard Operating Procedure mei 2014
Mariëlle van Pampus en Jolijn Vissers



SOP Remifentanil.

Standard operating procedure (SOP)

Is een werkinstructie die beschrijft hoe een handeling wordt uitgevoerd met als doel dat iedereen de handeling op dezelfde manier uitvoert.

De aanleiding:

Sterk toegenomen vraag naar Remifentanil en recent optreden van enkele ernstige complicaties bij het gebruik ervan.



Remifentanil

- Remifentanil is een zeer kort werkend opiaat dat intraveneus, eventueel gecombineerd met patiënt controlled analgesie (P.C.A) wordt toegediend.
- Snelle en korte werking
- Offlabel gebruik
- Lock-out periode

- Geen lange termijn effecten bij kind bekend.

- In het verleden RAVEL studie: epiduraal vs remifentanil.



Keuzevrijheid remifentanil?

Kern SOP:

Toediening van remifentanil als pijnbestrijding bij de baring wordt *alleen aanbevolen bij contra-indicaties* voor epidurale analgesie. (reactie: ingezonden brief medisch contact)

Elk ziekenhuis dient een lokaal protocol te hebben voor gebruik van Remifentanil.

Inhoud SOP:

Uitgebreide aanbevelingen opleiding, indicatiestelling, informed consent, contra-indicaties, toediening, monitoring, verslaglegging, complicaties en aandachtspunten voor het gebruik van remifentanil.



Literatuur

Onlangs 6x reanimatie in Nederland genoemd bij gebruik van remifentanil.

In literatuur (verwijzing via SOP):

- Cardiac arrest in an obstetric patient using remifentanil patient-controlled analgesia. *Marr R, Hiyams J, Bythell V. Anaesthesia 2013 68*

- Respiratory arrest in an obstetric patient using remifentanil patient-controlled analgesia. *Bonner JC, McClymont W. Anaesthesia 2012 67: 538-40.*

- Respiratory arrest with remifentanil patient-controlled analgesia-another case. *Prufer C, Bewlay A. Anaesthesia 2012 67: 1044-5.*

- IUVD, contra indicaties, multifactorieel, probleem observatie*



Gebruik in praktijk

Counselen begint in de 1^e lijn: **verwachting patiënte**

- bespreken indicaties/ contra-indicaties.
- primigravida versus multigravida
voorbeeld: primigravida met 3 cm met wens tot remifentanil
- Counselen patiënte voor starten gebruik.



Advies

Advies: richtlijn voor zorgvuldig gebruik.

OLVG: protocol volgens SOP (strikte controles patiënte, eerste 30 minuten arts/ verloskundige/ verpleegkundige op kamer)

Daarnaast

- scholing medisch personeel
- voorlichtingskaart patiënte
- calamiteitenkaart op verloskamer



Take home message

- Ernstige calamiteiten vergen terecht analyse en actie om herhaling te voorkomen.
- Advies: handelen volgens SOP
- Directief counselen 1^e lijn.
Directief counselen 2^e lijn (keuzevrijheid?)

Propellor studie

Myrthe Peelen

Evaluatie GPO april 2014

Negatieve reacties:

Saai; heb me verveeld; niet veel nieuws; er worden geen knopen doorgehakt; geboden informatie had ook in een nieuwsbrief gekund; aanwezigheid van patiëntenorganisaties/zorgverzekeraar/kraamzorg niet prettig.

Positieve reacties:

Prettige sfeer; grote opkomst; goede sprekers, tijd voor vragen/discussie, gpo op deze wijze goed initiatief.

Ideeën:

Een keer een anonieme casus presenteren waar veel disciplines bij betrokken zijn (evt met acteurs); graag meer inhoudelijk zaken, protocollen bespreken; meer besluitvormend; inhoudelijke verdieping; PAN bevindingen op regionaal niveau / de regionale aanbevelingen bespreken.



App Gezond werken tijdens de zwangerschap

Monique van Beukering
Onderzoeker AMC
Bedrijfsarts/manager DNV GL



Programma

- Waar werken zwangere vrouwen?
- Welke risico's lopen ze in hun werk tijdens de zwangerschap
- Begeleiding zwangere werknemers in de praktijk
- Project App gezond werken tijdens zwangerschap



Waar werken zwangere vrouwen?

Bedrijfstak	Aantal werkzame zwangere vrouwen (2011)
Gezondheidszorg	38.880
Handel	23.400
Zakelijke dienstverlening	20.160
Cultuur recreatie en overig	11.520
Onderwijs	10.080
Industrie	7.200
Horeca	5.760
Overig	27.360
Totaal	144.000



1. Invloed van werk op zwangerschap (werkgebonden risicofactoren)

- Fysieke belasting
- Onregelmatige werktijden, ploegendienst
- Mentale belasting: werkdruk/ agressie
- Chemische factoren
- Biologische agentia
- Fysische factoren



Afwijkingen in de zwangerschap

2. Invloed van zwangerschap op werk (persoonsgebonden risicofactoren)

- Groeivertraging in de anamnese
- Zwangerschapshypertensie
- Erge vermoeidheid
- Depressieve klachten
- Bekkenklachten
- Baby te klein/ ziek



Verandering in belastbaarheid werk

Werk- & persoonsgebonden risicofactoren in zwangerschap?



Aanpassing van werk & werktijden

NVAB Richtlijn:
Zwangerschap postpartumperiode en werk

NVAB, KNOV, NVOG, NHG, UWV, NVVG

www.nvab-online.nl:

Bijlage 1,3,4: werkgebonden risico's
Bijlage 2: persoonsgebonden risico's

- Via werkgever
- Via bedrijfsarts



De praktijk:

- 25% van de zwangeren krijgt voorlichting over risico's (TNO 2007)
- 'medische' begeleiding door 'casemanagers', arbo artsen (geen geregistreerde bedrijfsartsen)
- Verloskundigen/gynaecologen krijgen veel vragen en weten niet wat te doen (NVAB 2012)

Baas zwijgt over risico's van doorwerken bij zwangerschap

Van onze redactie economie

UTRECHT – Driekwart van de werkgevers geeft zwanger personeel geen voorlichting over de risico's van doorwerken, hoewel dit wettelijk verplicht is. Doorwerken kan leiden tot te vroeg of te klein geboren baby's, zegt Irene Houtman van onderzoeksinstituut TNO.

Werkgevers en werknemers overleggen momenteel over een nieuwe richtlijn zwangerschap en arbeid. "Slechts een kwart van de zwangere werknemers kreeg in 2006 voorlichting van de werkgever. In de zorg en de horeca, met veel zwaar fysiek werk, ligt dat percentage

wat hoger," aldus Houtman.

Bedrijfsarts Monique van Beukering waarschuwt voor de gang van zaken. "Nacht diensten draaien of te veel lopen, tillen of bukken kunnen tot gevolg hebben dat de baby te klein of te vroeg geboren wordt. En stress veroorzaakt soms een te hoge bloeddruk. Dat is slecht voor de doorbloeding van de placenta, waardoor het ongeboren kind niet goed kan groeien."

Zwangere schoonmaaksters lopen extra risico's, maar juist in die sector is de zorg niet altijd goed geregeld, aldus Van Beukering. "Werken met chemische stoffen kan al bij de conceptie invloed hebben.

Van sommige oplosmiddelen en schoonmaakmiddelen heeft een werknemer normaal geen last, maar bij zwangerschap kan het leiden tot een miskraam."

Minister Ab Klink van Volksgezondheid zal een brief schrijven aan de Tweede Kamer met maatregelen om de bobysteffe in Nederland terug te dringen. Op de duizend baby's overlijden er 13,4 laat in de zwangerschap of in de eerste levensmaand. Dat is hoger dan in veel andere Europese landen.

Volgens de CDA-bewindsman doen sommige moeders te weinig aan het voorkomen van problemen rond de zwangerschap.

Als het werk niet wordt aangepast:

Samen bevalt goed!

Medewerker bakkerij

Kans op vroeggeboorte: **1,5 x** zo groot (11%)



Verpleegkundige

Kans op vroeggeboorte: **2 x** zo groot (15%)



Management assistent/ manusje van alles

Kans op daling geboortegewicht met **150 gram**



ZonMw M.D.M. van de Beukering, T. Brand januari 2014

22

Preventie kan beter

Samen bevalt goed!

Risicovolle werkomstandigheden:

5 tot 12,5% te vroeg geboren kinderen: 700 tot 1750 per jaar ZonMw '14



Subsidie ZonMw: Pilot gezond werken in de zwangerschap

App: Gezond werken tijdens de zwangerschap

Implementatie NVAB richtlijn 'via zorg'



App: Gezond werken tijdens de zwangerschap

Samen bevalt goed!

Bij 1^e bezoek aan verloskundige of gynaecoloog:
zwangere krijgt toegang tot App



App: Gezond werken tijdens de zwangerschap

Samen bevalt goed!

Zwangere voert kort in:

- werk- en
- persoonsgebonden risico's

Ze krijgt persoonlijk advies:

- over de risico's
- over werkaanpassing



App: Gezond werken tijdens de zwangerschap



Algemeen advies:

- rusttijden
- borstvoeding en werk
- verwijzing naar websites

Algemeen advies +

- aanpassing van werk- en werktijden
- advies tot overleg met de werkgever of bezoek aan bedrijfsarts of gynaecoloog/verloskundige.

Opzet project

App (en/of mobiele website)

- Basis: NVAB richtlijn Zwangerschap postpartumperiode en werk
- Ontwikkelen met focusgroepen

Project

- Minimaal 4 VSV's
- 660 betaald werkende zwangeren
- Looptijd: 2015-2016
- Vragenlijst onderzoek onder zwangeren
 - Voorjaar tot najaar 2015: **zonder app**
 - Najaar 2015 tot voorjaar 2016: **met toegang tot app**

Nascholing

September 2015: bijwonen gratis geaccrediteerde nascholing over zwangerschap en werk, multidisciplinair

Tijdelijk project App gezond werken in zwangerschap

Voorjaar 2015 najaar 2015 voorjaar 2016 najaar 2016

Aanleveren betaald werkende zwangeren door VSV's

Nascholing
VSV's

VSV's
zwangeren

vragenlijstonderzoek werkende zwangeren

gebruik app door zwangeren



Wat vragen we van deelnemende VSV's?

periode	Deelnemende VSV
voorjaar 2015 tot voorjaar 2016	Werven zwangeren die betaald werk doen Email adres
September 2015	bijwonen gratis geaccrediteerde nascholing over zwangerschap en werk, 1 dagdeel
Vanaf najaar 2015	<ul style="list-style-type: none"> toegang geven tot app aan zwangeren Eventueel korte toelichting geven hierover. De rest doet de zwangere zelf of kan ze vragen aan projectmedewerkers



Wat vragen we van deelnemende zwangeren?

Samen bevalt goed!

periode	Deelnemende VSV
Voorjaar 2015 tot voorjaar 2016	3x (16, 24, 32 weken) vragenlijst invullen over zwangerschap en werk
Vanaf september 2015	App gebruiken
Na de zwangerschap:	Korte vragenlijst hoe over de app bevalt



Waarom meedoen?

Samen bevalt goed!



Wilt u weten:

- waarom deze zwangeren een kans lopen op afwijkingen
- Hoe we deze afwijkingen kunnen voorkomen?

Wilt u helpen:

- Zwangeren zelf meer inzicht te geven in de risico's
- Te stimuleren zelf de juiste acties te ondernemen?



Samen bevalt goed!

Waarom meedoen?

Wij vragen:

Aanleveren zwangeren (maximaal 160 per VSV)
promoten van de app bij zwangeren en/of aanleveren email adres

U krijgt:

Meer inzicht in 'zwangerschap en werk' :

Wat is plus en niet plus (≠ adviseren)
door scholing (1 dagdeel) en toegang app

Uw werkende zwangere krijgt:

Betere begeleiding

En:

Minder werkgerelateerde zwangerschapscomplicaties

Vroeggeboorte, laag geboorte gewicht, hypertensie en aangeboren afwijkingen



Samen bevalt goed!

Vragen?

- Marjolein Kok
- Stacy Dubos
- Monique van Beukering

Contact: monique.vanbeukering@dnvgl.com



Samen bevalt goed!

Netwerk Geboortezorg

Stacy Dubos, coördinator
E-mail: coördinatorrca@gmail.com
Tel. 06-20482245



Samen bevalt goed!

Alle richtlijnen overal en altijd bij de hand?
Download de app van het
Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland!
(ga voor iPhone naar de App Store en voor Android naar Google Play)



NETWERK GEBORTEZORG
NOORDWEST NEDERLAND

Check ook
onze website
www.nwgz.nl

Regioprotocollen

Aanleiding:

Bij de overdracht van de eerste naar de tweede lijn maken verloskundige praktijken deel uit van verschillende VSV's, en verwijzen naar meerdere ziekenhuizen. Voor bepaalde verwijsindicaties bestaan in deze ziekenhuizen verschillende behandelprotocollen. Dit levert verwarring voor patiënten en zorgverleners.

Doel:

Een eenduidige werkwijze voor de zorgprofessionals in de regio
Transparantie naar de zwangeren en hun omgeving

Doelgroep: alle zorgprofessionals in de regio Noord-Holland en Flevoland



Regioprotocollen

Status:

Werkafspraken om doel te bereiken. Gemotiveerd afwijken mag waar nodig.
Hiervoor gebruikt ieder zijn eigen expertise en professionaliteit.

Werkwijze:

Opgesteld met behulp van het beschikbaar wetenschappelijk bewijs,
bestaande landelijke richtlijnen, expertise uit de praktijk (multidisciplinaire
werkgroep).

Cliëntenparticipatie:

Cliënten zijn betrokken bij de werkconferentie diabetes, een aantal
werkgroepvergaderingen en de feedbackronde.



Samen bevalt goed!

Activiteiten vaststellen protocollen

Januari 2013-Juni 2014

Multidisciplinaire en regiobrede werkgroepen hebben concept opgesteld.

Juli 2014-September 2014

Concepten zijn via de VSV's verspreid en VSV's hebben feedback gegeven.

Oktober 2014

Werkgroepen hebben protocollen aangepast aan de hand van de ontvangen feedback.

November 2014

3 november is alle feedback inclusief reacties van de werkgroep teruggekoppeld aan de regio.

Definitieve regioprotocollen zijn verspreid.



Samen bevalt goed!

Activiteiten implementatie en evaluatie

2015

Kwartaal 1 Korte inventarisatie bekendheid, gebruik en eerste knelpunten

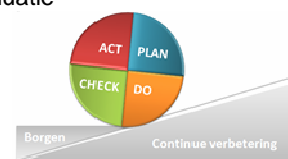
Kwartaal 2 Knelpunten signaleren en melden via meldformulier op website
Vraag en Antwoordpagina op de website

Kwartaal 3 Praktijktest

Kwartaal 3 Werkgroep stelt regioprotocol zo nodig bij na ervaringen

Kwartaal 4 In GPO terugblik op implementatie en evaluatie

Hierna 2 jaarlijkse evaluatie



Regioprotocol Diabetes

Maurice Wouters



Feedbackronde: regioprotocol GDM

Meest relevante discussiepunten:

- Screening preexistente diabetes bij intake: nuchter glucose?
- Echoscopische follow-up: geen aanbeveling?
- Aanbevelingen gebaseerd op evidence?
- Aanbeveling B: Mislukte OGTT/4-puntsdagcurve gedurende 4 dagen?
- Aanbeveling C: Gestoorde OGTT met alleen dieet/zwangerschapsbegeleiding?
- Aanbeveling E: Bevalling bij insuline-therapie/keuzes vrouw en partner leidend?



Regioprotocol Hypertensie

Wessel Ganzevoort



Samenstelling werkgroep:

M. de Boer, gynaecoloog VUmc Amsterdam
W. Ganzevoort, gynaecoloog AMC Amsterdam, voorzitter
M. van Pampus, gynaecoloog OLVG Amsterdam
S. Rang, gynaecoloog BovenIJ ziekenhuis Amsterdam
M. Sanders, verloskundige AMC Amsterdam
C. Scheffer, 1^o en 2^o lijns verloskundige, Waterland ziekenhuis Purmerend
H. Visser, gynaecoloog Tergooi ziekenhuis Blaricum
T. Zamani, 1^o lijns verloskundige, geboortecentrum Amsterdam
H. van Zandvoort, gynaecoloog Slotervaart Amsterdam



Doel

- Dit protocol definieert kort en bondig de zorg en overdracht zoals die gewenst is wanneer hulpverleners samenwerken.
- De basiszorg wordt gedefinieerd door de relevante richtlijnen van de beroepsverenigingen KNOV en NVOG, daar wordt ook principieel naar verwezen.
- In appendix een voorbeeld van een uitgewerkt volledig ziekenhuisprotocol, dat centra naar gelang hun eigen situatie kunnen aanpassen.



Verwijzingen

6. Verwijzing tussen eerste en tweede lijn

Ante partum, durante partu en post partum

Verwijzing vanuit eerste lijn naar tweede lijn voor consult (evt. overdracht) gebeurt op basis van de praktijkkaart KNOV-protocol:
http://dutchmidwife.com/docs/uploads/Praktijkkaart_hypertensie_web.pdf.

Minimale aanvullend onderzoek bij evaluatie betreft bepaling proteïnurie; serum trombocytengetal, kreatinine, ASAT en/of ALAT
Voorwaarden voor terugverwijzing vanuit tweede lijn naar eerste lijn: bij herhaling niet (meer) voldoen aan oorspronkelijke criteria voor verwijzing.

Bij hypertensie die ante partum bekend was en post partum persisteert wordt de zorg expliciet via de ontslagbrief aan de huisarts overgedragen. De verloskundige (en kraamzorg) worden adequaat geïnformeerd. De verloskundige draagt zo nodig de zorg aan de huisarts over conform de praktijkkaart KNOV. Als er bloeddrukmedicatie nodig blijft gebeurt deze overdracht ook telefonisch. Patiënte komt minimaal rond de 10^e dag PP voor bloeddrukcontrole bij de huisarts. De gynaecoloog kan er ook voor kiezen zelf de hypertensiezorg langer voort te zetten, en draagt in dat geval de zorg uiterlijk bij 6 weken post partum over aan de huisarts. Ook volgt 6-12 maanden post partum een minimale screening van cardiovasculaire risicofactoren. De huisarts zal handelen conform de richtlijn cardiovasculair risicomanagement van de NHG.
Bij keuze bloeddrukmedicatie wordt gestreefd naar inname 1dd om compliantie te verhogen. Zo mogelijk monotherapie, echter bij hoge benodigde doseringen van 1 medicament leidt een keuze voor 2 medicamenten uit een andere klasse die laag gedoseerd worden tot betere effectiviteit met minder bijwerkingen.

Verwijzingen

7. Verwijzing tussen tweede en derde lijn

Bij pre-eclampsie

1. <24 weken overname perinatale zorg derdelijn. Counseling over prognose en evt beëindigen zwangerschap
2. 24-32 weken zeer laagdrempelig overname perinatale zorg derdelijn omdat meestal binnen 10 dagen na ontstaan van ernstige pre-eclampsie de geboorte van het kind noodzakelijk wordt.
3. >32 weken overweeg consultatie danwel overname perinatale zorg derdelijn bij matig tot ernstige maternale ziektelast (HELLP-syndroom, ernstige therapieresistente hypertensie, stollingsstoornis, nierfunctiestoornis, ernstige hoofdpijn of andere neurologische symptomen, eclampsie), co-morbiditeit of twijfels over foetale conditie, bijvoorbeeld ernstige foetale groeirestrictie.

Bij alle overplaatsingen: bespreek de gewenste omstandigheden van de overplaatsing, met name ten aanzien van medicatie: magnesiumsulfaat, antihypertensiva, corticosteroiden.

Feedback

- KNOV-praktijkaart
- Details ziekenhuisprotocol
 - [Medicamenten](#)
 - [Derdelijns details](#)
 - [Intensiteit van frequentie follow-up](#)

Regioprotocol Partus Prematurus

Karlijn Vollebregt



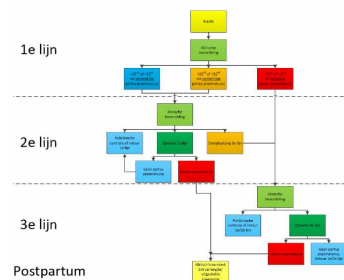
Feedback en antwoorden

- Protocol opgesteld voor vrouwen met een partus prematurus (verdenking). Partus prematurus in anamnese zie NVOGprotocol
- Geen onderscheid p. immaturus/ prematurus
- Zo veel mogelijk cf richtlijnen NVOG (RCOG) + adviezen werkgroep infectie NVOG



Feedback en antwoorden

- Bij een zwangerschapsduur boven de 23^{5/7} en onder de 32^{0/7} weken en een *evidente* partus prematurus kan worden overwogen om direct te overleggen met en te verwijzen naar het derdelijns centrum.
- In een *acute situatie* geldt het regioprotocol *Acute prehospitala verwijzingen met het opstarten van parallelle acties en vervoer van de zwangere per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.*



Antibiotica beleid

Profylactisch

- 2 miljoen IE penicilline G iv. waarna elke 4 uur 1 miljoen E tot aan de geboorte

Therapeutisch

- Amoxicilline 1 g iv elke 4 uur en gentamycine 5 mg/kg iv. eenmalig (indien niet bevallen na 24 uur herhalen)

Dosering profylaxe i.o.m. werkgroep infecties NVOG

De werkgroep baseert het advies van amoxicilline en gentamycine op de dekingsgraad. Alleen augmentin is waarschijnlijk niet breed genoeg. Gram negatieve verwekkers kunnen resistent zijn tegen augmentin.

Fibronectine + cervixmetingen

- Bij een dreigende partus prematurus met *staande vliezen* is de *echoscopische cervixlengte* meting al dan niet in combinatie met de fibronectinetest uitslag bepalend voor het geven van corticosteroïden en weeënremming, zie Tabel 1.

Fibronectine test ongeveer 70 euro (Hologic)

Bespaart ongeveer 10% overplaatsingen derde lijn en geven celestone/adalat



Table 3. Risk of Preterm Delivery Within 7 Days: Reclassification With the Fetal Fibronectin Test of Women With Different Cervical Lengths

Cervical Length (mm)	Fetal Fibronectin Negative		Fetal Fibronectin Positive		Fetal Fibronectin Positive and Negative	
	n	PTD Within 7 d (%)	n	PTD Within 7 d (%)	n	PTD Within 7 d (%)
Less than 15 mm	22	6 (27)*	91	47 (52)*	113	53 (47)
15–20 mm	41	0 (0)†	54	9 (17)*	95	9 (9.5)
20–25 mm	62	3 (4.8)†	58	8 (4)*	120	11 (9.2)
25–30 mm	46	1 (2.2)†	36	4 (11)*	82	5 (6.1)
30 mm or greater	193	0 (0)†	62	2 (3.2)†	255	2 (0.7)
All cervical lengths	364	10 (2.7)	301	70 (23)	665	80 (12)

Twenty-five millimeters was the cervical length cutoff.

* Risk equal to or greater than 5% to deliver within 7 days.

† Risk less than 5% to deliver within 7 days.

Van Baaren et al. Obst & Gyn 2014.123;1185



Samen bevalt goed!

Rondvraag



Samen bevalt goed!

GPO data 2015:
Maandag 13 april in het AMC
Maandag 16 november in het VUmc

**BEDANKT VOOR UW
AANWEZIGHEID**

