



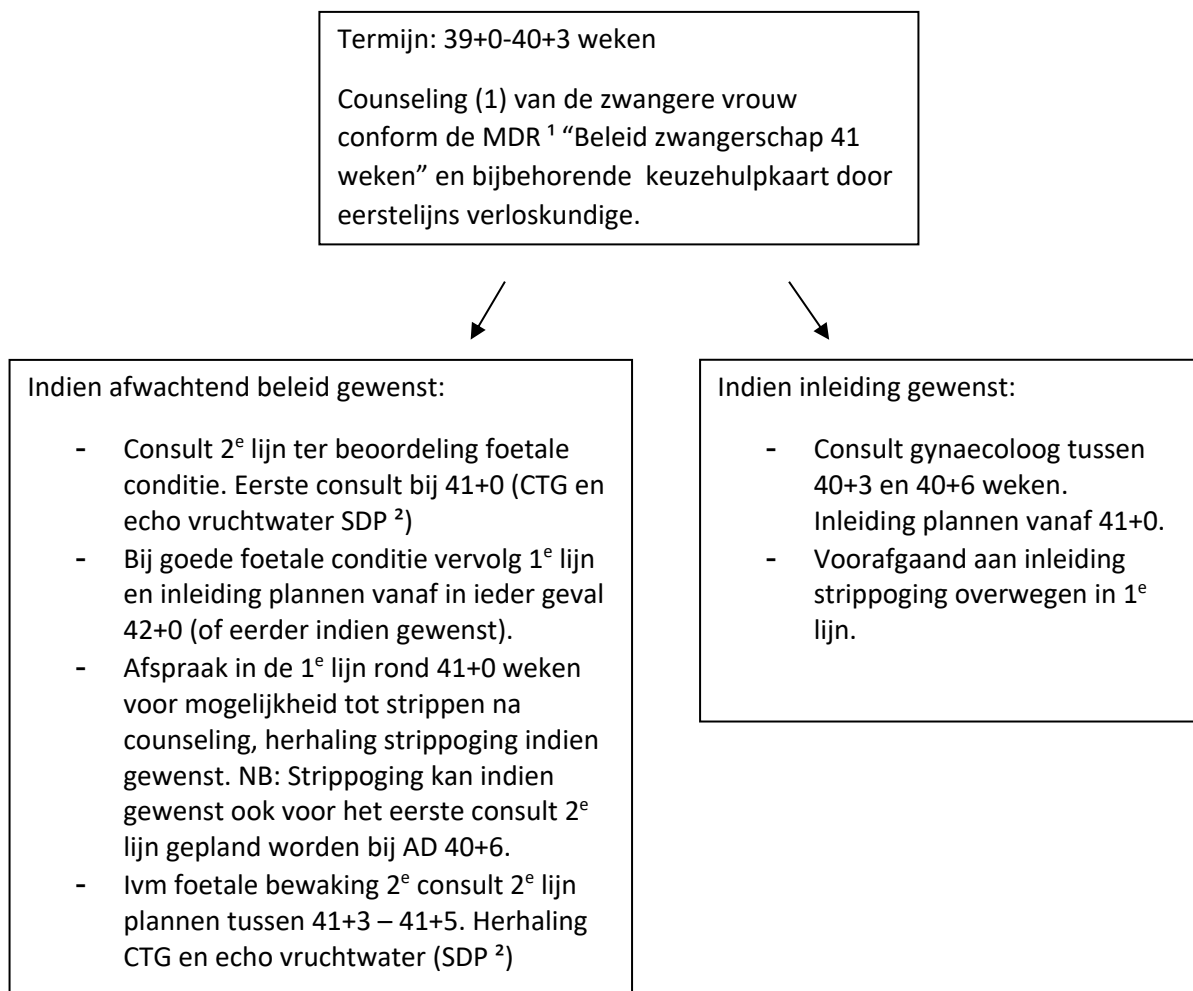
Werkafspraken ZRT zwangerschap >41 weken amenorroeduur

Kader

Door het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijn 'Beleid zwangerschap 41 weken' is de aanbeveling voor zorg, voor laag risico vrouwen die naderend serotien (>42 weken obv echoscopische termijnvaststelling) zijn, aangepast (NVOG, 2021). De geldende aanbeveling is *'Bied de zwangere vrouw de mogelijkheid van inleiding van de baring aan bij 41 weken (287 dagen amenorrhoe) bij éénling in hoofdligging. Hierbij dienen de voor- en nadelen van zowel inleiding als afwachtend beleid te worden besproken. Counsel bij voorkeur met behulp van een consultkaart en benoem daarbij expliciet de effecten op perinatale sterfte en NICU opnames.'* Om de best mogelijke zorg te geven is het belangrijk dat de zorg binnen het NGR op elkaar is afgestemd. Binnen NGR wordt gestreefd naar objectieve counseling voor elke zwangere en goede logistieke afspraken om capaciteitsproblematiek zoveel mogelijk te beperken.

Voor wetenschappelijke onderbouwing van het beleid wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn 'Beleid zwangerschap 41 weken.' Deze werkafspraken geeft de regionale werkafspraken voor het NGR weer.

Stroomdiagram zorg voor eerstelijns zwangeren



¹ MDR; Multi Disciplinaire Richtlijn

² SDP; Single Deepest Pocket

Counseling (1)

Tijdens de counseling worden ten minste de volgende punten besproken:

- a. Een fysiologische zwangerschapduur is maximaal 42 wkn, vanaf 42 weken spreken we van serotiniteit.
- b. Periode tussen 41-42 weken noemen we naderende serotiniteit, in deze periode vinden extra controles plaats.
- c. Er is mogelijkheid om de baring in te leiden vanaf 41 weken op wens van de zwangere middels AROM door eigen verloskundige 1^e lijn, indien aan de voorwaarde wordt voldaan, zoals hieronder wordt uitgelegd. Of middels inleiding 2^e lijn gynaecoloog.
- d. Bespreek de voor- en nadelen van inleiden versus afwachtend beleid. Gebruik hiervoor de keuzehulpkaart.
- e. Benoem de effecten op perinatale uitkomsten (perinatale sterfte en NICU opnames) en het mogelijk verhoogde risico voor nulli- tov multipara mbv de keuzehulpkaart.
- f. Bespreek met zwangere de beperkingen van foetale bewaking.
- g. Bespreek met zwangere instructies wie te informeren bij in partu komen.
- h. Bespreek met zwanger het belang van 'leven voelen'.

Toelichting:

Als de verloskundige hoofdbehandelaar is, blijft zij dat tot aan de datum van de inleiding of 42+0 weken. Tenzij complicaties optreden die verandering van hoofdbehandelaar noodzakelijk maken.

AROM 1^e lijn:

Uitgangspunten:

- De ATD is vastgesteld in het 1 trimester nav het NVOG protocol datering van de zwangerschap
- Strippen van de vliezen vanaf 41 weken leidt tot een reductie van (inleiden wegens) serotiniteit.
- Wanneer bij een zwangerschapsduur tussen 41-42 weken ouders verzoeken om inleiden van de baring zonder dat risicofactoren aanwezig lijken te zijn, kan de zwangerschap worden beëindigd door inleiden van de baring na voorlichting over inleiden. Dit leidt niet tot meer kunstverlossingen en mogelijk tot minder sectio's.

Voorwaarden:

- 1^e lijns verloskundige is hoofdbehandelaar en draagt verantwoordelijkheid voor de partus
- Er is sprake van een ingedaald hoofd en minimaal een Bishopscore 5 (zie bijlage Bishop-score)
- De amenorroeduur is tussen 41-42 weken

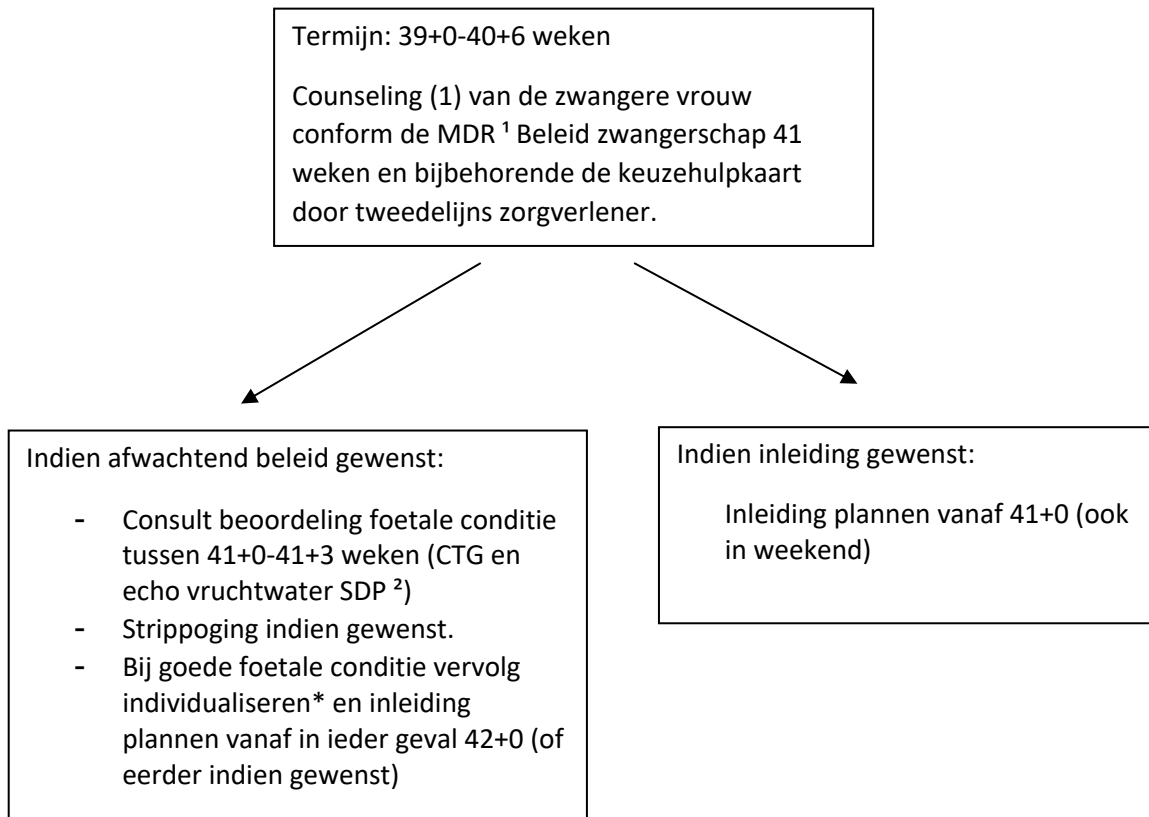
Werkwijze:

- Indicatie wordt gesteld en voorwaarden worden gecheckt
- De 1^e lijns verloskundige belt met klinisch verloskundige of gynaecoloog op de ochtend van wens tot AROM tussen 8.00-9.00 uur. Zij stemmen gezamenlijk de mogelijkheden af indien er sprake van overdracht mocht ontstaan.
- De klinisch verloskundige reserveert een suite tot in ieder geval 4 uur na het verrichten van AROM.
- De 1^e lijns verloskundige breekt in overleg met zwangere thuis (of op indicatie in ziekenhuis) de vliezen en beoordeelt kleur vruchtwater.
- Indien MHVW (of andere risicofactoren) vindt direct overdracht 2^e lijn plaats.
- Er wordt 4 uur afgewacht of contracties ontstaan, indien niet in partu binnen 4 uur volgt overdracht 2^e lijn.
- Wanneer er binnen 4 uur contracties ontstaan, communiceert de eerste lijns verloskundige dit met de klinisch verloskundige, de gereserveerde suite kan dan eerder vrijgegeven worden.

Bijlage Bishop-score

Score	0	1	2	3 ²⁸
Ontsluiting (cm)	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	> 5 cm
Verstrekenheid van de portio (in percentages van de lengte)	0-30%	40-50%	60-70%	> 80%
Consistentie van de portio	stug	vrij week	week	
Positie van de portio	achter de bekkenas	in de bekkenas	voor de bekkenas	
Indaling van het voorliggende deel	Hodge 1	Hodge 2	Hodge 3	Hodge 3-4

Stroomdiagram zorg voor tweedelijns zwangeren



***Tussen 41 en 42 weken: 2 maal CTG en 2 maal echo vruchtwater met single deepest pocket**

- (1) Counseling: tijdens de counseling worden ten minste de volgende punten besproken:
- Een fysiologische zwangerschap duur maximaal 42 wkn, vanaf 42 weken spreken e van serotiniteit.
 - Periode tussen 41-42 weken noemen we naderende serotiniteit, in deze periode vinden extra controles plaats.
 - Er is mogelijkheid om de baring in leiden vanaf 41 weken op wens zwangere middels AROM door eigen verloskundige 1^e lijn of middels inleiding 2^e lijn gynaecoloog.
 - Bespreek de voor- en nadelen van inleiden versus afwachtend beleid. Gebruik hiervoor de keuzehulpkaart.
 - Benoem de effecten op perinatale uitkomsten (perinatale sterfte en NICU opnames) en het mogelijk verhoogde risico voor nulli tov multipara mbv keuzehulpkaart.
 - Bespreek met zwangere de beperkingen van foetale bewaking.
 - Bespreek met zwangere instructies wie te informeren bij in partu komen.
 - Bespreek met zwanger 'leven voelen' .

¹ MDR; Multi Disciplinaire Richtlijn

² SDP; Single Deepest Pocket

Inhoud consult gynaecoloog:

- Voor het consult: CTG
- Tijdens consult uitvragen leven voelen, echoscopische bepaling: biometrie (ter opsporing foetale groeirestrictie), ligging, single deepest vruchtwater pocket meten. Dopplers op indicatie.
- Counseling herhaling keuzeopties expectatief beleid of inleiding vanaf 41+0 weken
- Uitleg procedure inleiden
- Datum voor inleiden plannen, waarbij aandacht voor andere medische inleidingen (prioritering) en mogelijke capaciteitsproblematiek. Tevens optie AROM door 1^e lijn counselen.
- Instructies wie te bellen bij klachten (hoofdbehandelaar)
- Uitleg kans bij capaciteitsproblemen op verschuiven van tijdstip aanvang inleiding of datum van inleiding. Bij geen mogelijkheid inleiding op geplande dag wel diezelfde dag evaluatie foetale conditie (cortonen of CTG).

Literatuur:

Bricker L, Luckas M. (2000). Amniotomy alone for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev., 4:CD002862.

College voor zorgverzekeringen. (2003). Verloskundig Vademecum 2003. Eindrapport van de commissie verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, Diemen.

Cooley SM, Geary MP, O'Connell MP, McQuillan K, McParland P, Keane D. (2010). How effective is amniotomy as a means of induction of labour? Ir J Med Sci., Sep;179(3):381-3.

<https://tvv.knov.nl/artikelen/detail/273/amniotomie-in-de-eerste-lijn>

Index studie. Informatie officiële site Index-studie URL <http://www.studies-obsgyn.nl/index/>

KNOV. <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/693/serotiniteit/>

<http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/693/serotiniteit/>

KNOV, Duiding SWEPIIS-studie(1), Anna Seijmonsbergen-Schermer en Ank de Jonge,

KNOV, 2019. Amniotomie in de eerste lijn bij naderende serotiniteit. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Utrecht.

NVOG. (2011). Datering van de zwangerschap, versie 1.1. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht.

NVOG, (2013). Richtlijn Spontane vaginale baring.

NVOG (2021). (Conceptmodules) Beleid zwangerschap 41 weken.

Rijnders MEB, Dusseldorp E, Prins MP, van der Post JAM, Buitendijk SE. (2011). A Randomised Controlled Trial of Amniotomy at Home for Induction between 292 and 294 days gestation. Onderdeel van het proefschrift: Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes: effects and women's experiences van M.E.B. Rijnders, Faculteit AMC-UvA.

Selo-Ojeme DO, Pisal P, Lawal O, Rogers C, Shah A, Sinha S. (2009). A randomised controlled trial of amniotomy and immediate oxytocin infusion versus amniotomy and delayed oxytocin infusion for induction of labour at term. Arch Gynecol Obstet., Jun;279(6):813-20. doi: 10.1007/s00404-008-0818-x.