



College Perinatale Zorg

Addendum Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.1

24 maart 2020



FEDERATIE VAN VSV'S



Nederlandse
Vereniging voor
Kinder- en Neonatogeneeskunde



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen



Patiëntenfederatie
Nederland
samen de zorg beter maken



Zorgverzekeraars
Nederland

Achtergrond

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg beschrijft op hoofdlijnen de gewenste inhoud van de geboortezorg vanuit het perspectief van de (aanstaande) zwangere en haar (ongeboren) kind. Dat wil zeggen: geboortezorg die aansluit op de individuele behoeften en verwachtingen van zwangeren. De zorgstandaard geeft een zo actueel mogelijke en functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde preventie en zorg (incl. zelfmanagement) bij (voorgenomen) zwangerschap, geboorte en kraamperiode. Deze beschrijving is zo veel als mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde inzichten. De zorgstandaard behandelt op hoofdlijnen het complete zorgcontinuüm (incl. de daarbij behorende indicatoren). De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg biedt daarmee een kwaliteitskader (gebaseerd op wetgeving, richtlijnen, protocollen, onderlinge afspraken, etc.) waaraan geboortezorg zowel inhoudelijk als organisatorisch binnen de regionale samenwerking zou moeten voldoen. In samenhang met de behandelrichtlijnen wordt daarmee, naar verwachting, goede zorg tegen aanvaardbare kosten bevorderd die aansluit op de individuele zorgvraag van de zwangere. Op basis van de zorgstandaard kunnen regionaal beleid en zorgpaden en ook het individueel geboortezorgplan voor de (aanstaande) moeder worden opgesteld.

Het Zorginstituut Nederland heeft op 28 juni 2016 de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg vastgesteld en in het kwaliteitsregister opgenomen.

Onderhoud Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (de ZIG)

Het jaar 2020 staat in het kader van de evaluatie van de ZIG, Vanuit de evaluatie zal een herziening plaats gaan vinden. De herziening van de ZIG zal naar verwachting in 2021 worden afgerond en resulteren in de ZIG 2.0. Voorafgaand aan de herziening van de ZIG wordt deze aangepast met onderwerpen waarop reeds landelijke consensus is bereikt of die vanuit recente wetgeving verplicht zijn. Deze wijzigingen vindt u in dit addendum en resulteren in de ZIG 1.2.

Samenstelling en taken werkgroep actualisatie ZIG

Het college perinatale zorg heeft de werkgroep “actualisatie zorgstandaard integrale geboortezorg” samengesteld.

De werkgroep signaleert en agendeert nieuwe ontwikkelingen die betrekking hebben op de ZIG, evalueert de ZIG en stelt aanpassingen voor. De werkgroep is verantwoordelijk voor de bijgevoegde wijzigingen in het addendum en de herziening van de ZIG in een later stadium.

Deze werkgroep is op 11-11-2019 voor het eerst bij elkaar gekomen.

In de werkgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: Bo Geboortezorg, NVOG, KNOV, NVK, Patiëntenfederatie Nederland, Federatie VSV's

Meelezende partijen zijn: NVZ, ZN

Totstandkoming van dit addendum

Bij alle partijen is in 2019 een inventarisatie gedaan rondom de ZIG: welke onderdelen vragen om een aanpassing? Alle punten waar reeds landelijke consensus over is bereikt of die vanuit de wetgeving verplicht zijn, zijn in dit addendum opgenomen.

Naast de partijen binnen de geboortezorg heeft het RIVM meegelezen op de delen Prenatale counseling en kinkhoestvaccinatie.

De werkgroep actualisatie ZIG heeft het addendum besproken, aangepast en in 3 rondes goedgekeurd. De goedkeuring van dit addendum in de werkgroep heeft plaatsgevonden tijdens de bijeenkomst op 30-01-2020.

Hoe is het addendum geschreven?

- De nummering is een verwijzing naar de desbetreffende hoofdstukken in de ZIG 1.1, hierbij worden ook de paginanummers genoemd.
- De nummering tussen haakjes betreft de verwijzing naar de pagina's in de aangepaste ZIG 1.2.
- In "**vet**" zijn de wijzigingen aangegeven, tekst die niet "**vet**" staat is de bestaande tekst.
- Achteraan in het addendum zijn de voor de tot standkoming van de ZIG relevante documenten opgenomen. In "**vet**" weer de aanpassingen. De doorgestreepte tekst zijn de documenten die komen te vervallen in ZIG 1.2.

Accordering partijen

Het addendum is door alle partijen schriftelijk geaccordeerd op 24 maart 2020.

Vervolgstappen

- De ZIG 1.2 zal bij het Zorginstituut Nederland worden vastgesteld.

Addendum Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1.1

Algemene opmerking:

De naam van NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie) is veranderd in de **Patiëntenfederatie Nederland: overal waar NPCF staat mag Patiëntenfederatie Nederland gelezen worden.**

1. Inleiding

Pg 7 (pg 8, ZIG 1.2)

Cliëntenversie:

De cliëntenversie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is **in april 2017 opgeleverd** in samenwerking met Bo Geboortezorg, CPZ, Kind & Ziekenhuis, KNOV, NBvK, NVOG en Patiëntenfederatie Nederland. De cliëntenversie is met de folder Zwanger! samengevoegd tot de website www.allesoverzwanger.nl.

2. Integrale geboortezorg

2.4 Vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden

pg 16 verwijzing (pg 19, 1.2)

32: <https://www.ncj.nl/voorzorg/>

2.5 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (pg 20, 1.2)

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is aangepast en per 01-2019 verplicht. De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals bij vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling. Aan de hand van 5 stappen bepalen professionals of ze een melding moeten doen bij Veilig Thuis en of er voldoende hulp kan worden ingezet. Vanaf 1 januari 2019 is het verplicht voor organisaties om in de meldcode afwegingskaders op te nemen. Voor professionals is het verplicht om te werken met een afwegingskader in de meldcode.

Benieuwd naar het afwegingskader dat voor uw beroep geldt? Kijk dan hier:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/documenten/publicaties/2018/07/01/toolkit-meldcode-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling>

3. Preconceptiezorg

In 2018 is de Preconceptie Indicatie Lijst (de PIL) opgeleverd. Naar aanleiding van de PIL is er een aantal begrippen in de ZIG dat aangepast moet worden.

Collectieve preconceptiezorg (ZIG versie 1.1., pg 17, pg 21, 1.2): Algemene preconceptiezorg (PIL)

Individuele preconceptie zorg (ZIG versie 1.1., pg 17, pg 23, 1.2):

- Algemene individuele preconceptie zorg (PIL)
- Specialistische individuele preconceptie zorg (PIL)

Pg 17 (pg 21, 1.2)

“In het kader van preconceptie zorg kan een onderscheid worden gemaakt tussen algemene preconceptie voorlichting en preconceptie zorg op individueel niveau: het zogenaamde algemene individuele of specialistisch individuele preconceptie consult. Het doel van preconceptie zorg is de gezondheid van de aanstaande ouder(s) en het toekomstige kind bevorderen en de handelingsopties van de betrokkenen vergroten.

Algemene preconceptie zorg bestaat uit heldere en uniforme voorlichting (zowel medische als psychosociaal) gericht op een algemeen publiek of specifieke doelgroepen. Hierin zou ook aan de leeftijd waarop vrouwen zwanger worden expliciet aandacht besteed kunnen worden. Op deze vorm van preconceptie zorg wordt in het kader van deze zorgstandaard niet verder ingegaan. **37 *Individuele preconceptie zorg* wordt toegespitst op een persoonlijk gezondheidsadvies voor een toekomstige zwangerschap. Tijdens het consult kan, waar nodig gebruik gemaakt worden van de menukaart Kansrijke start. In deze menukaart staan ruim 100 interventies beschreven die kunnen bijdragen meer gezondheid (?) voor de (aanstaande) moeder en het kind in de 1^e 1000 dagen (of in de eerste drie levensjaren van het kind) <https://menukaart.kansrijkestart.nl>**

37.1 Een dergelijk algemeen individueel of specialistisch individueel preconceptie consult gericht op de specifieke individuele omstandigheden van een paar, kan plaats vinden bij de huisarts, verloskundige, gynaecoloog, kinderarts, jeugdarts of een andere (behandelend) specialist.

De inhoud van en verantwoordelijkheden (o.a. van het interprofessionele geboortezorgteam) rondom de individuele preconceptie zorg zijn in 2018 vastgesteld in de Preconceptionele indicatielijst (PIL). De PIL moet gezien worden als een levend document, de inhoud zal periodiek worden herzien en aangepast naar nieuwe inzichten. Dit toekomstige onderhoud wordt veiliggesteld door inspanning te vragen van de meest betrokken beroepsgroepen.

Algemeen individueel preconceptie consult

Als een paar een kinderwens heeft, kunnen zij een afspraak maken voor een algemeen individueel preconceptie consult. Voor aanvang van het consult wordt hen gevraagd digitale of schriftelijke een anamnese in de vorm van een vragenlijst in te vullen (ZwangerWijzer) om het preconceptie consult voor te bereiden. 40

De anamnese is specifiek gericht op een toekomstige zwangerschap

Conform de PIL bestaat de anamnese uit:

- **Het bespreken van de (gezondheids-) omstandigheden van een paar,**
- **Het opsporen van risicofactoren ten aanzien van een toekomstige zwangerschap,**
- **Het geven van voorlichting**
- **Het bespreken van reproductieve keuzemogelijkheden**
- **Eventuele interventies voor individuele paren met een kinderwens.**

In een algemeen **individueel** preconceptie consult wordt expliciet aandacht besteed aan het feit dat de kans op een gezond kind groot is, maar dat een aantal problemen effectief kan worden voorkomen of verminderd door specifieke maatregelen die door de vrouw zelf genomen kunnen worden.

37.1 <https://menukaart.kansrijkstartnl.nl/> (noot 39, pg 21, ZIG 1.2)

Pg 18 (pg 22, ZIG 1.2)

De adviezen, voorlichting en zorg worden afgestemd op de situatie en de mogelijkheden van het paar.⁴¹ De voorlichting betreft niet alleen de maatregelen die preconceptioneel genomen kunnen worden, maar ook die in de eerste weken van de zwangerschap van belang zijn, aangezien vrouwen zich doorgaans pas na twee maanden zwangerschap bij een verloskundig zorgverlener melden.⁴² Tijdens het preconceptieconsult kunnen ook interventies voorgesteld worden. Daarbij kan gedacht worden aan foliumzuurgebruik, vaccinaties tegen infectieziekten, doorverwijzen voor stoppen met roken, alcohol of drugs, overgewicht, wijziging van het medicatiegebruik, wijziging werkomstandigheden, etc. Voor aandachtspunten en mogelijke interventies wordt verwezen naar de **PIL**. Resultaat is een preconceptieadvies dat door de vrouw en haar (eventuele) partner is begrepen, met duidelijke, op maat gemaakte afspraken voor het vervolg. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van het paar en de daarop gebaseerde adviezen kunnen meerdere consulten nodig en verschillende zorgverleners of meerdere instanties (bijv. huisarts, klinisch geneticus of andere gespecialiseerd zorgverlener, sociaal-wijkteam, team Veilig thuis? etc.) betrokken zijn. Dit geldt ook voor problemen van psychosociale aard. De uitkomsten van het preconceptieconsult worden vastgelegd in het **individuele geboortezorgplan**.

*Specialistische **individuele** preconceptieconsult*

Als er tijdens het algemene **individuele** preconceptieconsult **en/of het consult bij de huisarts en/of het consult bij een medisch specialist** specifieke risicofactoren⁴³ worden vastgesteld, is voor de aanstaande zwangere een aanvullend, specialistisch preconceptieconsult beschikbaar. In het specialistisch preconceptieconsult wordt tenminste aandacht besteed aan:

- Aard, ernst en behandelbaarheid van de aandoeningen en/of risicofactoren;
- Mogelijke invloed van de zwangerschap op de gezondheid van de vrouw;
- Gevolgen van de aandoening en/of risicofactoren voor het verloop van de zwangerschap en de ontwikkeling van de foetus;
- De kans dat het toekomstige kind eventueel een (erfelijke of aangeboren) aandoening krijgt.

Verwijzing onderaan de pagina

41: Toolkit “zwanger worden” is offline sinds 01-09-19. Alle informatie is te vinden op strakswangerworden.nl en zwangerwijzer.nl. Op deze laatste is ook informatie voor professionals te vinden. Hier zijn alle benodigde voorlichtingsproducten te vinden om paren die zwanger willen worden ervan bewust te maken dat zij voor de zwangerschap al veel kunnen doen om ervoor te zorgen dat hun toekomstige kind een gezonde start krijgt.

43: Verwijzen naar de PIL (2018)

Pg 19 (pg 24, ZIG 1.2)

Relevante richtlijnen en standaarden:

- ✓ **CPZ: ‘Preconceptie Indicatielijst’ mei 2018**

4. Prenatale zorg

3e paragraaf lettertype fout: geëvalueerd

Pg 20 (pg 26, ZIG 1.2)

Zoals hiervoor gesteld is de risico-inschatting in de verloskundige zorg primair gebaseerd op de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL). 48 Hierin ligt het accent op medische en obstetrische risicofactoren. Het wordt echter steeds duidelijker dat ook sociale, psychische, zorg- en leefstijl gerelateerde risicofactoren kunnen leiden tot ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zeker wanneer sprake is van risicocumulatie. Om deze in kaart te brengen en zorgtoeleiding in de vorm van zorgpaden te faciliteren **zijn** signaleringsinstrumenten ontwikkeld. Deze worden nog op effectiviteit onderzocht. 49

...

“De verloskundig zorgverlener geeft tenslotte voorlichting en beantwoordt vragen van de zwangere (counseling en coaching). Het betreft onder andere arbeid en leefstijl; zwangerschapseducatie; bereikbaarheid en beladvies, alsmede het belang en het tijdig organiseren van kraamzorg. De voorlichting en informatie wordt aangeboden mede op basis van de **preventieagenda 2018 (p. 12-14)** en de behoefte van de zwangere zelf. **Gezondheid en omstandigheden van de aanstaande moeder (ouders) worden in kaart gebracht. Zwangerschap en geboorte is een life event waarin ouders vaak “open staan” voor verbeteren van leefstijl (roken, alcohol, overgewicht, etc.) en op de persoon toegesneden hulpverlening. 50-a (noot 51, ZIG 1.2)**

De zwangere ontvangt bij wijze van schriftelijke ondersteuning bij alle gegeven voorlichting in ieder geval de folder ‘Zwanger!’ van de betrokken beroepsgroepen en organisaties uitgegeven door het RIVM.

Iedere vrouw wordt aan het begin van de zwangerschap op de hoogte gebracht van haar recht op geïnformeerde keuze, zoals vastgelegd in de WGBO. Zij heeft te allen tijde de mogelijkheid om af te zien dan wel af te wijken van het zorgaanbod zoals vastgelegd in deze standaard. De zwangere wordt geïnformeerd over de registratie van gegevens in haar dossier, in de **PRN (Perinatale Registratie Nederland)** en over de registratie van gegevens in het kader van bevolkingsonderzoeken waar zij aan mee doet (in respectievelijk Praeventis voor het PSIE programma en Peridos voor de screening op **down-, edwards-, en patausyndroom** en de 20-wekenecho). In het kader van privacybescherming wordt haar ook duidelijk gemaakt dat voor het delen van tot de persoon herleidbare gegevens haar expliciete toestemming nodig is. Dit wordt genoteerd in haar dossier.

50a Afspraken vastgelegd in de preventieagenda voor de geboortezorg (2018-2022) (noot 51, versie 1.2)

Pg 22 (pg 27, ZIG 1.2)

Relevante richtlijnen en standaarden

RIVM: ‘Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (**versie 6.0 april 2018**)

RIVM: ‘Draaiboek prenatale screening down-, edwards, en patausyndroom en structureel echoscopisch onderzoek (**versie 9.0 juni 2019**) (pg. 32, ZIG 1.2)

4.2 Vervolgconsulten

Centering Pregnancy (CP)

Een alternatief voor individuele consulten is Centering Pregnancy. Dit is een vorm van prenatale groepszorg, gebaseerd op een succesvolle Amerikaanse methode, waarbij in plaats van de huidige één op één controles tijdens de zwangerschap, de prenatale zorg in tien sessies wordt aangeboden aan een groep van 10 tot 12 zwangere vrouwen met eenzelfde zwangerschapsduur. Tijdens een sessie worden de zwangerschapscontroles (zoals de bloeddruk, groei van de foetus, etc.) gecombineerd met voorlichting, interactieve leermethoden en gesprekken over wat vrouwen bezig houdt tijdens hun zwangerschap. CP is in Nederland ontwikkeld door TNO in nauwe samenwerking met onder andere de KNOV en de afdelingen Public Health en Obstetrie van het LUMC. CP bestaat uit negen bijeenkomsten tijdens de zwangerschap en een terugkombijeenkomst wanneer alle vrouwen bevallen zijn. Elke bijeenkomst kent zijn eigen thema.

Pg 23 (Pg 28, ZIG 1.2)

Tijdens deze bijeenkomsten kan ook een rol weggelegd zijn voor de kraamzorg, de gynaecoloog en andere zorgverleners (bijv. diëtisten, fysiotherapeuten, anesthesiologen, etc.). 52, 52a Gaande het traject wordt de rol van zorgverleners steeds bescheidener. De ontstane netwerken blijven vaak bestaan tot ver na de geboorte van de kinderen.

52a M.E.B. Rijnders S.B. Detmar K.C. Herschderfer Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015 TNO/CH 2016 R10627 (noot 54, ZIG 1.2)

4.2.1 Zwangerschap 9 tot 14 weken

In deze fase vindt indien gewenst counseling over **screening op down-, edwards-, patausyndroom met de combinatietest of de NIPT (in onderzoek setting)** en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en wordt de combinatietest of de NIPT ook **op verzoek** uitgevoerd.

Volgende zin weglaten: Met deze test is het mogelijk de individuele kans op tot te bepalen. De zwangere en haar partner ontvangen de uitslag indien zij onderzoek hebben laten doen. **Bij een verhoogde kans (bij de combinatietest) danwel een afwijkende uitslag (bij de NIPT) wordt de zwangere, indien zij dat wenst, verwezen naar een Centrum voor Prenatale Diagnostiek voor posttest-counseling. Daar krijgt ze informatie over eventueel vervolgonderzoek.**

Voor de te stellen eisen aan de counseling wordt verwezen naar het Draaiboek "Draaiboek Prenatale screening down-, edwards- en patausyndroom en structureel echoscopisch onderzoek" RIVM, versie 9.0 juni 2019. 53 (noot 55, ZIG 1.2)

(weglaten van de volgende zin (De niet-invasieve prenatale test (NIPT) is mogelijk na een positieve combinatietest en op basis van strikte criteria binnen een implementatiestudie. Zie verder paragraaf 4.3.))

4.2.2 Zwangerschap 14-22 weken

Tijdens deze fase vindt, na counseling hierover, desgewenst de 20 weken **echo**, het SEO plaats. Op indicatie kan dat ook een 'Geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO) zijn. Ook voor deze onderzoeken geldt dat de zwangere, na adequate counseling, expliciet toestemming moet geven. Deze echo is ~~immers vooraf~~ bedoeld om tijdens de zwangerschap te onderzoeken of het kind een structurele afwijking heeft. Zie verder paragraaf 4.3 en het "**Draaiboek Prenatale screening down-, edwards- en patausyndroom en structureel echoscopisch onderzoek**" RIVM, versie 9.0 juni 2019.

Alle zwangeren worden geïnformeerd over de mogelijkheid om zich tijdens de zwangerschap (vanaf 22 wkn) te laten vaccineren tegen kinkhoest. De vaccinatie tegen kinkhoest wordt kosteloos aangeboden via de JGZ om kinderen meteen na de geboorte te beschermen. 53-a (noot 56, ZIG 1.2)

4.2.3 Zwangerschap 22 tot 28 weken

Tijdens de zwangerschapscontroles wordt door de verloskundig zorgverlener de adequate groei van baarmoeder en kind ingeschat. Een meer systematische aanpak zou de opsporing van kinderen met een verhoogd risico door een achterblijvende groei sterk kunnen verbeteren. Om foetale groeivertraging op te sporen kan voor elke zwangere vanaf de 26ste zwangerschapsweek een individuele groeicurve ingevuld worden die gebaseerd is op haar lengte, gewicht, etniciteit en pariteit. 54 Verricht niet standaard een derde-trimester-echo voor het opsporen van foetale groeivertraging ter verlagings van perinatale morbiditeit en mortaliteit. 54a (noot 58, ZIG 1.2) **De KNOV en de NVOG zijn een gezamenlijk standpunt aan het opstellen ten aanzien van het gebruik van fundus-symfyse metingen en de te gebruiken echoscopische curven om de groei te vervolgen.**

Verwijzing onderaan de pagina

53 Draaiboek Prenatale screening down-, edwards- en patausyndroom en structureel echoscopisch onderzoek” RIVM, versie 9.0 juni 2019.

53a <https://www.rivm.nl/kinkhoest/kinkhoestvaccinatie-voor-zwangere-vrouwen> (noot 56, ZIG 1.2)

54a Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2017 Foetale groeirestrictie. (noot 58, ZIG 1.2)

Pg 24 (pg 30, ZIG 1.2)

Draaiboek Prenatale Screening infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie, RIVM versie 6.0 april 2018

1. Indien de zwangere draagster is van hepatitis B dient in deze periode een recept uitgeschreven te worden voor HBig wat binnen 2 uur na de bevalling moet worden toegediend aan de pasgeborene. (Zie ook draaiboekpsie.nl voor Checklist Bescherming tegen hepatitis B voor baby's van dragermoeders).

Pg 25 (pg 30, ZIG 1.2)

Relevante richtlijnen en standaarden (pg 32, ZIG 1.2)

RIVM Draaiboek Prenatale Screening infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie, RIVM versie 6.0 april 2018

RIVM Draaiboek “Draaiboek Prenatale screening down-, edwards- en patausyndroom en structureel echoscopisch onderzoek” RIVM, versie 9.0 juni 2019.

4.3 Prenatale screening ⁶⁰

Door het RIVM worden er op landelijk niveau twee prenatale screenings gedefinieerd: de prenatale screening op Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE) en de prenatale screening

op down-, edwards-, en patausyndroom, en de screening op ernstige foetale afwijkingen door middel van het Structureel Echoscopisch Onderzoek (de screening op **down, edwards en patausyndroom** en het SEO).⁶² De prenatale screening op Infectieziekten en erythrocytenimmunisatie heeft als doel hepatitis B, hiv, congenitale syfilis en ernstige gevolgen van hemolytische ziekten van de foetus en/of de pasgeborene te voorkomen. Het doel van prenatale screening **op down-, edwards-, en patausyndroom** en het SEO is om aanstaande ouders die dat willen, tijdig te informeren over de eventuele aanwezigheid van een of meer aandoeningen, zodat zij een keuze kunnen maken uit de handelingsopties.

Prenatale screening op Down-, edwards-, en patausyndroom bestaat uit een combinatietest (kansberekening op down-, edwards-, patausyndroom door middel van een echo gecombineerd met bloedonderzoek **en leeftijd moeder**) of de NIPT (niet invasieve prenatale test).

Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is een echo-onderzoek dat rond 20 weken verricht wordt. Als bij het echoscopisch onderzoek iets afwijkends wordt gezien, is niet altijd duidelijk wat daarvan de gevolgen zijn. De zwangere komt dan in aanmerking voor een geavanceerd ultrageluid onderzoek (GUO) in een Centrum voor Prenatale Diagnostiek. Zie hiervoor paragraaf 4.4.

Bij een verhoogde kans (bij de combinatietest), een afwijkende uitslag (NIPT) of een verdenking op een afwijking bij het SEO informeert de zorgverlener de zwangere over de mogelijkheid van een verwijzing voor posttest counseling naar een Centrum voor Prenatale Diagnostiek. Om zekerheid te krijgen over de testuitslag is vervolgonderzoek nodig.

Uit dit vervolgonderzoek kan blijken dat er geen afwijkende bevindingen zijn, maar het is ook mogelijk dat er afwijkingen worden geconstateerd. Bij een afwijkende uitslag kan de verloskundig zorgverlener een vervolggesprek voeren met de zwangere. De zwangere kan voor begeleiding bij het maken van een keuze ten aanzien van de handelingsopties terecht bij de verloskundige, huisarts, gynaecoloog, klinisch geneticus en/of kinderarts. De handelingsopties in de laatste situatie hangen sterk af van de aard en ernst van de bevindingen. De zwangere kan kiezen voor het continueren van de zwangerschap, waarbij de zwangere en partner zich kunnen voorbereiden op het krijgen van een kind met een structurele afwijking. Tot 24 weken zwangerschap bestaat de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken.⁶²

Verwijzing onderaan de pagina

⁶² RIVM Draaiboek “Draaiboek Prenatale screening down-, edwards- en patausyndroom en structureel echoscopisch onderzoek” RIVM, **versie 9.0 juni 2019**. (noot 67, ZIG 1.2)

Pg 26/27 (pg 34, ZIG 1.2)

NIPT

Per 1 april 2017 is de TRIDENT-2 studie van start gegaan. In deze studie wordt onderzocht of de niet-invasieve prenatale test (NIPT) geschikt is als eerste screeningstest op down-, edwards- en patausyndroom in een laagrisico populatie. De NIPT is een bloedtest waarbij placentair DNA in het bloed van de zwangere wordt onderzocht op chromosoomafwijkingen. De bloedtest vindt plaats vanaf 11 weken zwangerschap. Alle zwangeren die prenatale screening op down-, edwards- en patausyndroom wensen, kunnen nu kiezen tussen de combinatietest en de NIPT (tenzij er een contra-indicatie is).

De verwachting is dat met het beschikbaar komen van de NIPT invasieve prenatale diagnostiek in de toekomst minder vaak zal worden uitgevoerd.⁶³ (noot 68, ZIG 1.2)

Relevante richtlijnen en standaarden (1^e blok)

- ✓ NVOG: Richtlijn 'Prenatale screening'
- ✓ RIVM: Draaiboek 'Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie versie **6.0, april 2018**'
- ✓ RIVM: Draaiboek 'Prenatale Screening Downsyndroom en Structureel Echoscopisch Onderzoek, versie **9.0, juni 2019**'.
- ✓ <https://www.rivm.nl/down-edwards-patau-en-seo>
- ✓ <https://onderzoekvanmijnongeborenkind.nl/>

2^e blok relevantie richtlijnen en standaarden

Aanvullen met:

- ✓ **Preventieagenda voor de geboortezorg 2018-2022: Samen aan de start voor een beter Nederland**

Foetale groeivertraging:

- ✓ NVOG richtlijn Foetale groeirestrictie (FGR)

5. Bevalling en geboorte

Pg 31 (pg 40, ZIG 1.2)

verwijzing 70: De richtlijn "Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling" is multidisciplinair gereviseerd en ligt inmiddels ter autorisatie bij de partijen. Verwachte oplevering begin 2020. (noot 75, ZIG 1.2)

5.3 Partusassistentie

Bij een normaal verlopende bevalling, ondersteund door een verloskundig zorgverlener, wordt partusassistentie in principe verleend door een kraamverzorgende ongeacht de plaats van de bevalling. Ook andere zorgverleners zoals bijvoorbeeld de O&G-verpleegkundige kunnen, afhankelijk van de locatie, partusassistentie verlenen. De kraamverzorgende (of verpleegkundige) die de partusassistentie biedt, treft voorbereidingen en verzorgt de zwangere vlak voor, tijdens en kort na de bevalling en verzorgt de pasgeborene na de geboorte. Daarnaast biedt zij de zwangere ondersteuning en begeleiding tijdens **de bevalling volgens** het Individueel geboortezorgplan.

Pg 33 (pg 41, ZIG 1.2)

78: De standaard 'Onderzoek van de pasgeborene' van de NHG is in 2016 komen te vervallen. De KNOV heeft in april 2015 ingestemd met de vraag van de NHG om de LESA (Landelijk Eerstelijns Samenwerking) 'Onderzoek van de pasgeborene' niet te actualiseren. (noot 83, pg 43 ZIG 1.2)

6. Na de bevalling en geboorte

Pg 36 (pg 46, ZIG 1.2)

Vermelding onderaan de pagina

82 Multidisciplinaire richtlijn KNOV 2018: Postnatale Zorg Verloskundige basiszorg voor moeder en kind (noot 87, pg 46, ZIG 1.2)

82 a: Checklist postnatale zorg, CPZ, mei 2018 (positie onbekend)

Pg 37 (pg 49, ZIG 1.2)

Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ **Multidisciplinaire richtlijn KNOV 2018: Postnatale Zorg Verloskundige basiszorg voor moeder en kind**
- ✓ **KNOV richtlijn: postnatale zorg na sectio (verwachte oplevering 2020)**
- ✓ KNOV-standaard: 'Prenatale verloskundige begeleiding'
- ✓ KNOV-standpunt: Anticonceptie'
- ✓ Landelijk indicatieprotocol kraamzorg
- ✓ NHG-standaard: 'Zwangerschap en kraamperiode'
- ✓ NVAB: Richtlijn 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk'
- ✓ RIVM/Centrum Jeugdgezondheid: 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg'
- ✓ Verloskundige indicatielijst

6.2 Zorg voor de pasgeborene

6.2.1 Observatie

Verloskundig zorgverlener

De pasgeborene wordt in de eerste levensweek door de verloskundig zorgverlener frequent geobserveerd. Deze observatie is evenals het eenmalig onderzoek direct na de geboorte van grote betekenis. In de eerste week kunnen congenitale aandoeningen alsnog manifest worden of kunnen er (alsnog) neonatale infecties optreden. De observatie is erop gericht eventuele complicaties tijdig op te sporen. Het onderzoek bestaat uit het observeren en met de kraamvrouw en kraamverzorgende bespreken van zaken als temperatuurregulatie, mictie en defecatie, controle navelstomp, vochtbalans en voedingsgedrag, gewichtsbeloop, alertheid en gedrag (bijv. veel huilen). Daarnaast is een beoordeling van de kleur (bij daglicht) en de eventuele signalering van hyperbilirubinemie van belang. **Hierbij is de verloskundig zorgverlener op de hoogte van de vooraf kans op hyperbilirubinemie. Vooraf kans tabel richtlijn hyperbilirubinemie te vinden op www.babyzietgeel.nl.**⁸⁴ (noot 89, pg 48, ZIG 1.2) Het eerste bezoek door de verloskundig zorgverlener vindt bij voorkeur binnen 24 uur na de bevalling en in aanwezigheid van de kraamverzorgende plaats.

Kraamverzorgende

Omdat in veel gevallen in de eerste 8 tot 10 dagen na de geboorte de kraamverzorgende dagelijks aanwezig is (of tot en met 10 dagen na thuiskomst uit het ziekenhuis) heeft ook zij voor de pasgeborene een belangrijke signalerende functie. De kraamverzorgende informeert de verloskundig zorgverlener via het kraamdossier over bovengenoemde zaken. Zo nodig informeert zij de verloskundig zorgverlener persoonlijk of telefonisch over haar observaties. Bij acute situaties neemt zij direct contact op met de verloskundige zorgverlener en voert indien nodig acute handelingen uit.

De kraamzorg voor de pasgeborene bestaat uit verschillende handelingen die met elkaar 'kraamzorg voor de pasgeborene' vormen:

- Medische zorg: controles pasgeborene uitvoeren, zorg voor noodzakelijke hygiëne;
- Medisch noodzakelijke zorg signaleren (kritische observatiepunten) en interveniëren na overleg en in opdracht van de verloskundig zorgverlener en in overleg en met toestemming van de ouders;
- Risicosignalering en risicomanagement, bijv. signaleren shaken baby syndroom, mogelijke verwaarlozing en mishandeling;
- Dossiervoering, risicocommunicatie en overdracht.

6.2.2. Neonatale screening

In het derde trimester van de zwangerschap krijgt de zwangere informatie over de hieprikscreening van de verloskundig zorgverlener en ontvangt dan tevens de gehoor- en hieprikscreeningsfolder. Deze folder wordt opnieuw uitgereikt door de ambtenaar van de burgerlijke stand bij de aangifte van de geboorte. **Vanuit het RIVM is er een “Voorlichtingsgesprek Checklist voor verloskundig zorgverleners, Informatie in het kader van de neonatale hieprikscreening”, zie “draaiboek neonatale hieprikscreening”**

Pg 39 (pg 49, ZIG 1.2)

1^e blok Relevante richtlijnen en standaarden

- ✓ RIVM: <https://draaiboekhieprikscreening.rivm.nl/>
- ✓ RIVM: ‘Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg’, versie 7.0

6.3 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) ondersteunt kinderen en hun ouders in het gezond en veilig opgroeien en positief opvoeden, stimuleert om hun talenten zo optimaal mogelijk te ontplooiën zodat zij naar vermogen kunnen participeren in de samenleving. De kraamverzorgende en de verloskundig zorgverlener dragen de informatie uit de zwangerschap en de kraamperiode over aan de JGZ. ^{87a (noot 92, ZIG 1.2)}

Relevante documenten

- ✓ JGZ: Richtlijn ‘Opvoedondersteuning’
- ✓ JGZ: Richtlijn ‘Vroeg en/of small voor gestational age (SGA) geboren kinderen’
- ✓ **Multidisciplinaire richtlijn, KNOV 2018: Postnatale Zorg Verloskundige basiszorg voor moeder en kind**
- ✓ **KNOV: Postnatale zorg na sectio (in ontwikkeling, verwachte oplevering 2020)**
- ✓ **Factsheet van overdracht verloskundig zorgverleners en kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg (integraal ontwikkelde factsheet opgeleverd nov 2016)**
- ✓ NHG-standaard: ‘Zwangerschap en kraamperiode’
- ✓ NVAB: Richtlijn ‘Zwangerschap, postpartumperiode en werk’
- ✓ RIVM/Centrum Jeugdgezondheid: ‘Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg’
- ✓ TNO: Checklist ‘Vroegsignalering in de kraamtijd’

Verwijzingen onderaan de pagina

87a Factsheet van overdracht verloskundig zorgverleners en kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg (Noot 92, ZIG 1.2)

8 Gezonde levensstijl

8.3 Bewegen

De zorgmodule ‘Bewegen’ beschrijft de norm waaraan kwalitatief goede beweegzorg moet voldoen. Op dit moment is een concept-zorgmodule ‘Bewegen’ gereed. Deze is ontwikkeld door Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. **De generieke zorgmodule “Bewegen” is beschikbaar op www.kngf.nl**

8.4 Zelfmanagement

<https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/zorgmodule-zelfmanagement-1-0/>

9. De samenwerkingsstructuur

Pg 47 verwijzing 100: (pg 61, noot 100, ZIG 1.2)

“ Op dit moment wordt de juridische vraag over de verantwoordelijkheden in geval van integrale zorg nog verder uitgezocht”

Belangrijk thema waar hard aan gewerkt wordt. Onderliggende stukken worden beschikbaar gesteld door het CPZ op de VSV toolkit, tzt zullen ze worden toegevoegd bij de herziening van de zorgstandaard.

<https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/organisatie-bekostiging/vsv-toolkit/>

Pg 51 (pg 61, ZI 1.2)

9.2.3

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van zwangeren op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)**).

Pg 55 (pg 66, ZIG 1.2)

Relevante documenten (Bijlage 1, pg 70, ZIG 1.2)

- Ambulancezorg Nederland, ‘Landelijk protocol Ambulancezorg’, **versie 8.1 (2016)**
- ~~CBO, Multidisciplinaire richtlijn “Borstvoeding” (2011)~~
- **NCJ Richtlijn Multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (2015)**
- Preconceptie Indicatielijst **(2018)**
- ~~JGZ ‘Preventie Wiegendood’(2009)~~
- **Landelijke Samenwerkings Afspraak (LSA) Preventie van Wiegendood gepubliceerd 2017**
- JGZ ‘Voeding en eetgedrag’(2013, **aangepast in 2017**)
- ~~JGZ ‘Vroegsignalering van psychosociale problemen’(2008)~~
- **JGZ richtlijn Psychosociale problemen (2016)**
- ~~KCKZ, ‘Baby bij warm of koud weer’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Pasgeborene verzorgen bij warm of koud weer (2018)**
- ~~KCKZ, ‘Excessief huilen en prikkelreductie’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Omgaan met huilgedrag (2018)**
- ~~KCKZ, ‘Groep A streptokokken’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Groep A streptokokken (2018)**
- ~~KCKZ, ‘Groep B streptokokkenziekte bij de pasgeborene’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Groep B streptokokken (2018)**
- ~~KCKZ, ‘Hyperbilirubinemie pasgeborene’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Signaleren en evalueren Hyperbilirubinemie (2018)**
- ~~KCKZ, ‘Koortslip in de kraamtijd’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Koortslip in de kraamtijd**
- ~~KCKZ, ‘Kunstvoeding’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Kunstvoeding (2018)**
- ~~KCKZ, ‘Medicatie Veiligheid’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Medicatiegebruik (2018)**
- ~~KCKZ, ‘MRSA en kraamzorg’ (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol MRSA in de kraamzorg (2018)**

- ~~KCKZ, 'Observatie en controle van de pasgeborene in de kraamtijd' (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Observatie en controle pasgeborene (2018)**
- ~~KCKZ, 'Observatie kraamvrouw' (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Observatie en controle kraamvrouw (2018)**
- ~~KCKZ, 'Preventie shaken baby syndroom' (2015)~~
- **KCKZ Preventie van het Shaken Baby Syndroom (2018)**
- ~~KCKZ, 'Preventie voorkeurshouding' (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Hanteringsadviezen ter preventie voorkeurshouding (2018)**
- ~~KCKZ, 'Veilig slapen en preventie wiegendood' (2015)~~
- **KCKZ Zorgprotocol Veilig slapen en preventie wiegendood (2018)**
- Ketenrichtlijn 'Geboortezorg Asielzoekster' (2016)
- KNMG 'Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld' (nov 2018)
- ~~KNMG 'Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking' (2012)~~
- **NVOG Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV) (2019)**
- KNOV 'Factsheet Diabetes Gravidarum (GDM)' (2018)
- ~~KNOV 'Hygiëne en infectiepreventie in de eerstelijns verloskundige praktijk' (2004)~~
- **KNOV en NHG 'Richtlijn infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk (2017)**
- KNOV 'Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, stappenplan voor verloskundigen.' (2019)
- **Praktijk Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling (2019)**
- ~~KNOV standpunt, 'Reanimatie van de pasgeborene in de thuissituatie of vergelijkbare omstandigheden' (2009)~~
- **KNOV standpunt: Ondersteuning bij de transitie en reanimatie van de pasgeborene in de thuissituatie of vergelijkbare omstandigheden**
- ~~LESA, 'Anemie tijdens zwangerschap en kraamperiode' (2007) (komen te vervallen)~~
- **LESA, 'Kindermishandeling' (2016)**
- ~~LESA V, 'Onderzoek van de pasgeborene' (2008) (komen te vervallen)~~
- **NHG-standaard, 'Anemie' (2014)**
- **NHG-standaard, 'Miskraam' (2014)**
- **NHG-standaard, 'Urinsteinlijden' (2019)**
- **NVAB, 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk' (2018)**
- **NVK, 'Reanimatie van pasgeborenen' (2014)**
- **NVK, 'Update landelijk HIV expositie protocol neonaten, inclusief follow-up pasgeborene en kind.**
- **Pediatriesch HIV overleg Nederland (PHON)' (2019)**
- **NVN et al, 'Epilepsie' (2019)**
- **NVOG, 'Datering van de zwangerschap' (2018)**
- **NVOG, 'Dreigende vroeggeboorte' (2012)**
- **NVOG, 'Foetale bewaking' (2013)**
- ~~NVOG, 'Foetale Groeibeperking' (2008)~~
- **NVOG foetale groeirestrictie (2018)**
- ~~NVOG, 'Genitale verminking VGV'~~
- **Leidraad medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijk genitale verminking (VGV) (2019)**
- ~~NVOG, 'Indicaties voor prenatale diagnostiek' (2000)~~
- **NVOG, 'Indicatiestelling voor prenatale diagnostiek' (2019)**

- NVOG, 'Modelprotocol: Datering van de zwangerschap' **(2018)**
- NVOG, 'Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)' **(2019)**
- NVOG, 'Tubaire EUG, diagnostiek en behandeling' **(2005)**
- ~~NVOG: 'Preventie vrouwelijke genitale verminking VGV' (2010)~~
- NVOG, 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' **(2015)**
- RIVM, 'Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg, versie 8.0' **(2018)**
- RIVM, 'Draaiboek Neonatale Hielprikscreening', **digitaal draaiboek**
- RIVM, 'Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie', **versie 6.0 (2018)**
- RIVM, 'Draaiboek Prenatale Screening Downsyndroom en Structureel Echoscopisch Onderzoek, versie 9.0' **(2019)**
- WIP, 'Meticilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)' **(2017)**