



Zorgpad geïntegreerde zorg bij meconiumhoudend vruchtwater in de actieve fase

Doel

Het realiseren van kwalitatief optimale zorg en patiënttevredenheid door gezamenlijke zorg op maat door de eerste en tweede lijn tijdens de baring.

Uitgangspunt: Zie bijlage doelstellingen geïntegreerde zorg door de 1e en 2e lijn.

Risicofactoren

Foetaal/neonataal:

Risico op asfyxie, infectie en meconiumaspiratiesyndroom (MAS), waardoor er verhoogd risico is op neonatale acidose, lage Apgar scores, respiratoire problemen, neonatale convulsies, NICU-opname en perinatale sterfte

Maternaal:

risicofactor voor chorioamnionitis en voor endometritis.

Werkwijze

Opname op de verloskamers

- Uitwisselen van verloskundige gegevens van de patiënte en het geboorteplan
- De verpleegkundige legt het CTG aan (in gezamenlijk overleg zou dit eventueel ook gedaan kunnen worden door een VIO of coassistent)
- Bij een goed CTG komt de patiënte in aanmerking voor geïntegreerde zorgverlening (zorgactiviteit aanmaken). Bij een suboptimaal CTG wordt de patiënte direct overgedragen aan de tweede lijn.
- De eerstelijns verloskundige is continu bij de baring aanwezig. Indien dit niet mogelijk is wordt de gehele begeleiding overgenomen door de tweede lijn.
- De eerstelijns verloskundige informeert bij de patiënte of zij geïntegreerde zorg wenst of volledige overname door de tweede lijn.
- In geval van specifieke wensen van de patiënte in het geboorteplan wordt er naar gestreefd om hieraan tegemoet te komen mits dit de kwaliteit van zorg niet nadelig beïnvloedt
- De betrokken zorgverleners (klinisch verloskundige, verpleegkundige) stellen zich voor aan de patiënte, waarbij de eerstelijns verloskundige de taakverdeling (kort) uitlegt. De verpleegkundige neemt de zorg over van de kraamverzorgster.

Begeleiding van de baring:

- De eerstelijns verloskundige begeleidt de baring, zolang er geen sprake is van een suboptimaal CTG, bijkomende pathologie of meer dan 1 medische indicatie.
- De verloskundige wordt tijdens de baring bijgestaan door de verpleegkundige, die o.a. verantwoordelijk is voor adequate CTG registratie.
- De tweede lijn is verantwoordelijk voor de beoordeling van het CTG en legt dit vast in het patiëntendossier bij tab beoordeling foetus/foetale bewaking.
- Er is bij alle betrokken zorgverleners bereidheid tot en mogelijkheid voor intercollegiaal overleg, dit wordt niet beschouwd als ongewenste interferentie
- Eventuele discussie over taken en verantwoordelijkheden wordt niet gevoerd in het bijzijn van de patiënt.
- De eerste lijn kan de zorg te allen tijde overdragen aan de tweede lijn.
- De tweede lijn kan de zorg te allen tijde overnemen van de eerste lijn.
- Het moment van de start van de uitdrijving wordt gecommuniceerd naar de tweedelijns zorgverlener (digitaal in patiëntendossier d.m.v. een partusnotitie en mondeling).
- Het nageboortetijdperk wordt begeleid door de eerstelijns verloskundige, tenzij de patiënte al eerder was overgedragen aan de tweede lijn of er een reden is om de patiënte hiervoor over te dragen.
- De episiotomie/ ruptuur wordt gehecht door de eerstelijns verloskundige, tenzij de patiënte al eerder was overgedragen aan de tweede lijn of er een reden is om de patiënte hiervoor over te dragen.

Beoordeling van het CTG tijdens de baring:

- Continue foetale bewaking
- Beoordeling door de tweede lijn
- Tenminste 1x per uur digitale verslaglegging van het CTG tijdens de ontsluitingsfase en iedere 15 minuten tijdens de uitdrijving, conform het geldende protocol.

Indicaties voor overname 2^e lijn:

- Suboptimaal CTG tijdens de baring, als dusdanig beoordeeld door de tweede lijn/ noodzaak tot MBO.
- Een bijkomende medische indicatie

Bij overname door de tweede lijn wordt in het belang van de patiënte gezamenlijk overlegd over de rol van de eerstelijns verloskundige. De verloskundige is hierbij niet verplicht om een (ondersteunende) rol te vervullen, de tweede lijn is niet verplicht om taken te delegeren.

Rol van de kinderarts

De kinderarts komt niet standaard in consult na de geboorte indien er sprake is van meconium houdend vruchtwater en een goede start van de pasgeborene. Alleen op indicatie wordt de kinderarts geconsulteerd conform de geldende richtlijnen van het WZA.

Verslaglegging

- De eerste en tweede lijn rapporteren in het patiëntendossier d.m.v. partusnotities.
- De verpleegkundige rapporteert overige controles en verslaglegging zoals gewend bij zowel 1^e lijn als 2^e lijn partus.
- De tweede lijn is verantwoordelijk voor het invullen van de probleemlijst, aanmaken DBC(arts); het documenteren van allergieën, behandelaanwijzing, medisch en chirurgische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en het orderen van medicatie; de order aanvraag consult kinderarts; afronden van de bevallingssamenvatting; de ontslag order; ontslagbrief (klinisch verloskundige of arts); het opnemen van de zwangere; aanmaken 'tijdelijke pasgeborene' (gegevens wijzigen na geboorte) en partusboek (verpleegkundige).

Bronvermelding

[Meconiumhoudend-vruchtwater-1.0-23-03-2011.pdf](#)

Auteurs

Rianne Jonkman, Esther Tuinman-Vollaard en Jolien Verstraete

Bijlage 1: Doelstellingen en kaders geïntegreerde zorg door de 1e en 2e lijn.**Doelstelling**

Het realiseren van kwalitatief optimale zorg en patiënttevredenheid door gezamenlijke zorg op maat door de eerste en tweede lijn tijdens de baring. Dit houdt in de praktijk in dat concrete zorgpaden ontwikkeld worden voor patiënten met een medische indicatie voor zorg die voorheen uitsluitend werd geleverd door de tweede lijn. In de nieuwe zorgpaden is een prominente rol weggelegd voor de eerstelijns verloskundige om de continuïteit van de zorg te behouden.

Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

- Alle partijen werken gezamenlijk ten dienste van optimale patiëntenzorg, met respect voor elkaars professionaliteit
- Er blijft een indicatie voor tweedelijns begeleiding bestaan
- De tweedelijns zorg kan geleverd worden door de tweedelijns verloskundige of dienstdoende gynaecoloog, afhankelijk van de bezetting en/of aard van de pathologie. De dienstdoende gynaecoloog blijft eindverantwoordelijk
- De eerstelijns verloskundige begeleidt de baring, zolang er geen sprake is van bijkomende pathologie of meer dan 1 medische indicatie
- De eerstelijns verloskundige is continu bij de baring aanwezig. Indien dit niet mogelijk is wordt de gehele begeleiding overgenomen door de tweede lijn
- Zolang de eerstelijns verloskundige de baring begeleidt is zij/hij degene die met de patiënt communiceert over de gang van zaken.
- En er is regelmatig, in ieder geval a 2-3 uur, een terugkoppeling/update naar de 2e lijn over de voortgang.
- In geval van specifieke wensen van de patiënte in het geboorteplan wordt ernaar gestreefd om hieraan tegemoet te komen mits dit de kwaliteit van zorg niet nadelig beïnvloedt.
- Is er geen goede registratie mogelijk dan plaatst de tweedelijns zorgverlener een schedelelectrode (SE) zonder overname.
- De tweede lijn is verantwoordelijk voor de beoordeling van het CTG op dezelfde manier als voorheen.
- Er is bij alle betrokken zorgverleners bereidheid tot en mogelijkheid voor intercollegiaal overleg, dit wordt niet beschouwd als ongewenste interferentie.
- Eventuele discussie over taken en verantwoordelijkheden wordt niet gevoerd in het bijzijn van de patiënt.



- De eerste lijn kan de zorg te allen tijde overdragen aan de tweede lijn.
- De tweede lijn kan de zorg te allen tijde overnemen van de eerste lijn, uiteraard dient de wens tot overname wel gemotiveerd te worden.
- Bij overname door de tweede lijn wordt in het belang van de patiënte gezamenlijk overlegd over de rol van de eerstelijns verloskundige. De verloskundige is hierbij niet verplicht om een (ondersteunende) rol te vervullen, de tweede lijn is niet verplicht om taken te delegeren.
- De betrokken zorgverleners stellen zich voor aan de patiënt bij opname op de Verloskamers.

Bij de implementatie van deze nieuwe manier van werken moeten we rekening houden met:

- Het feit dat er voor alle zorgverleners tijd nodig is om bekend en vertrouwd te raken met een nieuwe manier van werken en met elkaar.

Ter overweging:

Voor de tweedelijns zorgverlener kan het leerzaam zijn om te ervaren hoe de baring door de eerstelijns verloskundige wordt begeleid. Indien de patiënte en de eerstelijns verloskundige hiermee instemmen en er nog geen eerstelijns VIO bij de baring aanwezig is zou een tweedelijns zorgverlener of VIO/ coassistent mee kunnen kijken.

Evaluatie

- Iedere partus waarbij sprake is geweest van geïntegreerde zorg wordt (kort) besproken op de grote overdracht.
- In het partusboek wordt aangegeven of er sprake is geweest van geïntegreerde zorg (GZ).
- Ieder nieuw zorgpad wordt na een half jaar gezamenlijk geëvalueerd.