



Werkafsprak Obesity en geïntegreerde zorg bij BMI ≥ 40

BMI = gewicht in kg / (lengte in meters)

Om maternaal gewicht te classificeren wordt de Body Mass Index (BMI) gebruikt.

Gebruik voor het berekenen van het BMI het pre-conceptioneel gewicht of het gewicht tijdens de eerste controle.

Classificatie BMI volgens de WHO-criteria:

	BMI
Ondergewicht	< 19
Normaal gewicht	19-24,9
Overgewicht	25-29,9
Klasse I Obesity Mild	30-34,9
Klasse II Obesity Ernstig	35-39,9
Klasse III Obesity Morbide	>40

Complicaties bij obese vrouwen

Mogelijke complicaties gedurende de graviditeit

- Spontane miskraam
- Diabetes gravidarum (RR 2,6-4,0)
- Zwangerschapshypertensie (RR 2,5-3,2)
- Pre-eclampsie (RR 1,6-3,3)
- Macrosomie (RR 3,2)
- Intra-uteriene vruchtdood (RR 1,2)
- Congenitale afwijkingen, zoals neurale buisdefecten en hartafwijkingen
- Complicaties ten gevolge van bariatrische chirurgie
- Serotiniteit
- op placenta previa

Mogelijke complicaties durante partu

- Inleiding: kan langer duren bij obese vrouwen en mogelijk vaker eindigen met een sectio.
- Epidurale analgesie.
- Langzame vordering van de baring: met name tijdens de eerste fase van de ontsluiting, vanwege een grotere kans op inadequate weeën activiteit.
- Meconiumhoudend vruchtwater



- Foetale nood.
- Schouderdystocie: obesitas is een onafhankelijke risicofactor voor het optreden van een schouderdystocie.
- Vaginale kunstverlossing.
- Secundaire sectio caesarea.
- Anesthesie: er is een hogere kans op complicaties ten aanzien van de anesthesie. Er bestaat een hoger risico op mislukken van regionale anesthesie en lastige intubatie.
- Fluxus: een tweemaal verhoogd risico op fluxus >1L postpartum bij BMI = 40 ten opzichte van vrouwen met een normaal gewicht. Dit verschil is nog sterker na een kunstverlossing.
- Moeizame veneuze toegang.

Mogelijke complicaties postpartum

- Infecties-Endometritis-Postpartum anemie
- Trombo-embolische processen: hoger risico op met name diep veneuze trombose.
- Mictieproblemen: vaker urine incontinentie en urineweginfecties.
- Borstvoeding: lagere kans om te starten met borstvoeding en kortere duur door verminderde prolactine respons.
- Pasgeborenen van obese vrouwen hebben een verhoogde kans op:
 - o Een lage Apgarscore (5 minuten)
 - o Hoog geboortegewicht
 - o Hoger risico op opname kind op NICU
 - o Juist verlaagd risico op SGA.

De kansen op ongunstige uitkomsten lijken toe te nemen naarmate de obesitas ernstiger is.

Obesitas lijkt geen invloed te hebben op uitkomsten, zoals:

- Abruptio placentae
- Spontane vroeggeboorte
- Perineumbeschadigingen
- Hyperbilirubinemie

Vanuit de vrouw gezien

Uit internationaal onderzoek blijkt dat obese mensen zich vaak gestigmatiseerd voelen en vaak geconfronteerd worden met vooroordelen en discriminatie op grond van hun gewicht, ook binnen de gezondheidszorg.



Bejegening door de verloskundig zorgverlener beïnvloedt de ervaring van de zwangerschap: positief ervaren bejegening empowerde de vrouw, negatief ervaren bejegening zorgde voor emoties als angst voor complicaties, boosheid naar de zorgverleners, zich vernederd voelen en een schuldgevoel over de risico's van obesitas voor hun kind. Controle van het gewicht zorgde voor stress.

Vanuit de verloskundige/ gynaecoloog gezien

Zorgaspecten die als moeilijk ervaren worden bij toenemend BMI:

1. Het monitoren van foetale harttonen
2. Maternale bloeddruk (juiste apparatuur)
3. Het inschatten van foetaal gewicht/groei
4. Toedienen van anesthesie

Adviezen verloskundige zorg

Obese zwangere vrouwen hebben baat bij informatie en (psychosociale) begeleiding op maat waarvoor hieronder specifieke adviezen gegeven worden. Het onderwerp gewicht en gewichtstoename hoeft niet vermeden te worden.

Vrouwen verwachten een open, professionele, niet stigmatiserende communicatie.

Zorg tijdens de zwangerschap

1. Obesitas geeft weliswaar een grotere kans op zwangerschapscomplicaties, maar de kans op een fysiologisch verloop is groot, zeker bij multipara vrouwen.
2. Obesitas is geen indicatie voor extra prenatale screening naar congenitale afwijkingen (bijv GUO). Wanneer een SEO incompleet is en er geen verbetering van beeldvorming te verwachten is, kan afgezien worden van een verwijzing naar een centrum voor prenatale diagnostiek.
3. Hypertensieve aandoeningen: bloeddruk wordt gemeten met aangepaste manchet. Alertheid op hypertensieve aandoeningen is geboden.
4. Groei van het kind kan bij palpatie lastig te evalueren zijn. Echoscopische evaluatie kan helpen maar kan eveneens bemoeilijkt worden door slechte beeldvorming.
5. Obese vrouwen lijken gevoeliger voor symptomen van angst en depressie gedurende de zwangerschap dan vrouwen met een normaal gewicht. Wees hierop alert en pas informatie en begeleiding gedurende zwangerschap en baring hierop aan.



6. Baringsvoorbereiding voor deze vrouwen is van groot belang. Verloskundige begeleiding dient gericht te zijn op empowerment van deze vrouwen. Stimuleer deelname aan voorbereidende cursussen of centering pregnancy.
7. Besteed expliciet aandacht aan de voorbereiding van borstvoeding. Verwijs laagdrempelig naar een lactatiekundige tijdens zwangerschap voor voorbereiding en ondersteuning.

Zorg tijdens de baring

1. Obese vrouwen hebben kans op een langere ontsluitingsduur. Dat hoeft niet te wijzen op pathologie maar vergt wel begeleiding op maat.
2. In geval van inleiding blijken obese vrouwen meer kans te hebben op een langere ontsluitingsduur, moeilijker cervicale rijping, hogere doses prostaglandines en synthetische oxytocine, meer kans op sectio dan vrouwen met een normaal gewicht.

* NB -Overweeg vervoer: partus niet op de eerste verdieping vanwege verhoogde kans op fluxus, tilassistentie (tijdsverlies) en (on)mogelijkheid van aortacompressie.

Zorg bij kraambed en nacontrole

1. Borstvoeding vraagt juist bij obese vrouwen om geduld en goede begeleiding. Verwijs laagdrempelig naar een lactatiekundige.
2. In verband preventie van trombo-embolische processen is mobiliseren van belang.
3. Wees alert op en heb aandacht voor preventie van wondinfectie en endometritis.

Overleg ambulancevervoer

(NB terugkoppeling naar Ambulancezorg H.Oosting@rav.nl)

Knelpunten:

1. Elke brancard kan tot 250 kg. dragen
2. Bevaling op begane grond, ook geen treetjes naar voordeur of in de kamer!
3. Bij problemen op de eerste etage is til-assistentie van de brandweer vereist (met bijbehorend tijdsverlies)
4. Moeilijker infuus prikken, maar er kan in nood wel via andere weg vocht worden toegediend.



Werkwijze geïntegreerd zorgpad BMI >40

Preconceptioneel advies

- Counseling met betrekking tot maternale en foetale risico's zoals hierboven beschreven.
- Bespreek dieetadviezen voor gewichtsreductie, verwijs indien gewenst door patiënte naar een diëtiste of gecombineerde leefstijlinterventie in overleg met de huisarts.
- Adviseer gebruik foliumzuur 0,5mg 1dd1.
- Schildklierwaardes niet standaard bepalen, tenzij er klachten zijn die hierop wijzen.
- Medische indicatie bij BMI >40 bespreken.
- Indien zwangerschapswens na bariatrische chirurgie, zie zorgpad bariatrische chirurgie.

Polikliniek

- Gemiddelde verantwoorde gewichtstoename maximaal 6 kg. Eventueel via de huisartsverwijzing naar eerstelijns diëtiste.
- Screening op diabetes gravidarum middels OGTT.
- Cave pre-eclampsie: meet met de juiste cuff, meet zo nodig bij de intake de omtrek van de bovenarm.
- Indien door de zwangere gewenst, controles met gedeelde zorg 1e en 2e lijn
 - o Controles 1e lijn
 - o Groei-echo 28-32-36 wk door 1e lijn, indien gewenst evt 2e lijn
 - o Consult 2e lijn rond 24 wk ter kennismaking
 - o Consult anesthesist rond 30 wk (door 2e lijn te regelen)
 - o Consult 2e lijn rond 34 wk (evaluatie consult anesthesist + beantwoorden specifieke vragen voor de 2e lijn.
 - o Verdere controles 1e lijn, tenzij afwijkende bevindingen bij de controles

Durante partu

- Cave schouderdystocie en HPP
- Bij opname op de verloskamers:
 - o Uitwisselen van de verloskundige gegevens van de patiënte en het geboorteplan.



- De verpleegkundige legt het CTG aan (kan in overleg ook door de VIO of coassistent) en prikt een waakinfuus.
- De 1e lijn verloskundige is continue bij de baring aanwezig, indien dit niet mogelijk is wordt de gehele begeleiding overgenomen door de 2e lijn.
- De betrokken zorgverleners van de 2e lijn stellen zich voor aan patiënte, waarbij de 1e lijn verloskundige de taakverdeling kort uitlegt.
- Begeleiding van de baring
 - De 1^e lijn 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 2^e 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 1^e lijn kan de zorg te allen tijde overdragen aan de 2^e lijn.
 - De 2^e lijn kan de zorg te allen tijde overnemen van de 1^e lijn.
 - Het moment van start uitdrijving wordt gecommuniceerd naar de 2^e lijn zorgverlener.
 - Het nageboortetijdperk en eventueel hechten wordt gedaan door de 1^e lijn verloskundige, tenzij de patiënte al eerder was overgedragen aan de 2^e lijn of er een reden is om de patiënte hiervoor over te dragen.
- Beoordeling van CTG tijdens de baring
 - Continue foetale bewaking.
 - Beoordeling CTG door 2^e 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 door de 2^e lijn:
 - Suboptimaal CTG tijdens de baring, als zodanig beoordeeld door de 2^e lijn.
 - Een bijkomende medische indicatie



VSV Assen

herzien juni 2026

Bij overname door de 2^e lijn wordt in het belang van de patiënte gezamenlijk overlegd over de rol van de 1^e lijns verloskundige.

Bronnen

- Factsheet Obesitas en verloskundigenzorg: KNOV 2019
- Zwangerschap bij obesitas: NVOG-richtlijn 2009.
- Weighing the evidence on weight and weight gain for pregnant women; Darie Daemers, 2017

Auteurs

Esther Tuinman-Vollaard, Jolien Verstrae te en Rianne Jonkman