

Passende zorg bij zwangerschap

Anneke Pouwels

28 juni 2019

*Innovatie in
kennissynthese*

Academie Verloskunde
Maastricht

ZU
YD

Passende zorg

Zuyd
Hogeschool **ZU
YD**


inholland
hogeschool

KNOW

 Verloskundig Centrum
Midden Brabant


verloskundige praktijk
Raijer & Sup



 **'t hart verloskunde**

 *Verloskundige praktijk
Beverwijk*




Aiber
Verloskundige zorg die bij je past.

Academie Verloskunde
Maastricht

**ZU
YD**

- Verloskunde internationaal én in Nederland: steeds kleinere risico's leiden tot interventies (Kotaska, 2008)
- Behoeftte aan bruikbare kennis waarbij de gezonde zwangeren centraal staan
- Behoeftte aan ondersteuning bij het werken volgens Evidence Based Medicine (EBM)
 - positieve attitude, toepassing belemmert door hiaten in kennis en vaardigheden (Mets, 2013)
 - wens voor wetenschappelijke ondersteuning in het integrale zorgveld (Kruijt, 2016)

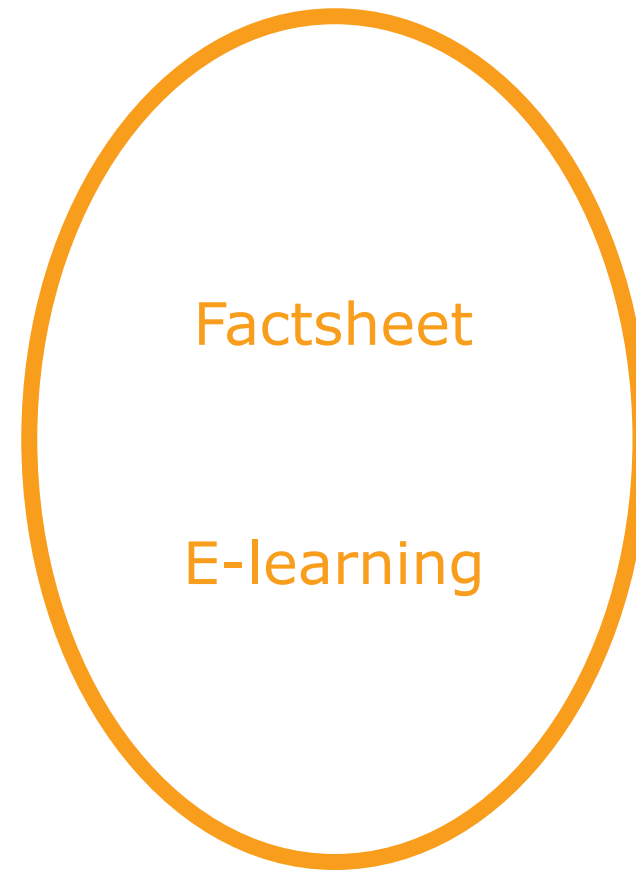
Speerpunten

- Beschikbare wetenschappelijke literatuur met up-to-date kennis uit de verloskundige praktijk beschikbaar stellen
- Het ondersteunen van verloskundigen bij evidence-based handelen

Uitvoering

FACTSHEET
Deelproject 1

BLENDED
PRACTICE
COMMUNITY
Deelproject 2



**Blended
Practice
Community
(BPC)**

→ **Obesitas & Macrosomie**

Huidige richtlijnen geven niet altijd voldoende houvast voor individuele zorgverlening en gezamenlijke besluitvorming

Factsheet Obesitas en verloskundigzorg

Februari 2019

Actuele ontwikkelingen op het gebied van integrale zorg en ontwikkeling van regionale protocollen over uiteenlopende onderwerpen in de verloskundige zorg, zijn de aanleiding om KNOV-factsheets op te stellen. Doel van de factsheets is om leden een kort overzicht te geven over onderwerpen die in VSV's besproken worden en waarover geen KNOV-richtlijn beschikbaar is. Zij geven een overzicht van kennis uit beschikbare nationale en internationale richtlijnen en de meeste relevante wetenschappelijke onderbouwing over het onderwerp. Leden kunnen de factsheets gebruiken voor de ontwikkeling van zorgpaden binnen de integrale zorg en voor de onderbouwing van regionale protocollen binnen het VSV. Factsheets zijn een kort overzicht, dat wil zeggen dat ze niet gebaseerd zijn op uitvoerig systematisch onderzoek zoals bij de ontwikkeling van richtlijnen het geval is. De wetenschappelijke afdeling van de KNOV ontwikkelt en beheert de factsheets.

Inleiding

Obesitas is in toenemende mate een aandachtspunt vanuit volksgezondheidsoverwegingen (Public Health), maar krijgt ook veel aandacht in de preconceceptiezorg en in verloskundige zorgverlening. Daarbij zijn er veel verschillen in beleid en in lokale protocollen. Een landelijke richtlijn voor verloskundigen ontbreekt. Deze factsheet beoogt om verloskundigen met relevante wetenschappelijke kennis te ondersteunen in hun zorgverlening aan obese vrouwen, en in het multidisciplinaire overleg over de zorgverlening en over lokale protocollen in de geboortezorgketen en bij het vormgeven van integrale zorg.

Deze factsheet behandelt niet de zorg aan vrouwen met een zwangerschap of kinderwens na bariatrische chirurgie.

De factsheet is geen richtlijn, maar zet beschikbare kennis op een rij en vertaalt deze naar relevante aspecten voor de zorgverlening. Daarbij wordt rekening gehouden met relevante richtlijnen. De wetenschappelijke onderbouwing is samengevat in de bijbehorende bijlagen met evidence tabellen.

De factsheet is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld door een werkgroep van verloskundige onderzoekers, docenten en studenten van de AVM en de AVAG in samenwerking met de KNOV en met verloskundigen.

Prevalentie van obesitas.

Obesitas wordt volgens de WHO-classificatie gedefinieerd als een BMI ≥ 30 kg/m² (zie bijlage 1).¹ De BMI kan bij een zwangerschap op twee manieren berekend worden: op grond van zelf-gerapporteerd gewicht vóór de zwangerschap en (zelf-gerapporteerde of gemeten) lengte, of op grond van gemeten gewicht tijdens intake en (zelf-gerapporteerde of gemeten) lengte. Wees hierop alert bij bestuderen van literatuur of intercollegiaal bespreken van cijfers.

Nederland

Perined cijfers over obesitas bij zwangere vrouwen ontbreken. Cijfers van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) geven ons inzicht in het percentage obesitas bij niet-zwangere vrouwen, gebaseerd op zelf-gerapporteerd gewicht en lengte. De BMI stijgt daarbij met de leeftijd (cijfers 2017):²

20 jaar en ouder: 15%

20-30 jaar: 7,6%

30-40 jaar: 13%

Deze prevalentie cijfers zijn per regio verschillend, en zijn per gemeente en gezondheidszorg regio online op te zoeken op een site van het RIVM.³

In een Nederlandse populatie zwangere vrouwen met een intake in het 1^e trimester in de eerstelijns verloskunde (steekproefomvang n=17.667, periode 2012-2016) is de prevalentie obesitas 12,1% op basis van zelf gerapporteerd preconceptioneel gewicht (bijlage 2)

Internationaal

Europa: Het percentage zwangeren met obesitas (BMI, zelf-gerapporteerd, vóór de zwangerschap) in Europa (12 van de 31 landen rapporteerden in 2015) is in de meest landen hoger dan 10% en vertoont een stijging ten opzichte van cijfers van 2010 (mediaan: 13,2%, laagste: 7,8% (Kroatië), hoogste: 25,6% (Wales)).⁴

In de Verenigde Staten komt obesitas en morbide obesitas veel vaker voor, zo is in de periode 2013-2016 het percentage obesitas bij vrouwen ≥ 20 jaar 41% (BI 38,9-43,1).⁵

Impact van obesitas op zwanger worden, zwangerschap, baring en kraambed

De impact van obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) op het reproductieve proces is inmiddels uitgebreid onderzocht, onderzoeksresultaten zijn samengevat in systematische reviews en meta-analyses en vertaald in aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk in verschillende richtlijnen. Obesitas is geassocieerd met een verhoogde kans op tal van ongunstige perinatale uitkomsten. Obese vrouwen hebben meer problemen met zwanger worden,^{6,7} krijgen vaker een (herhaalde) miskraam (in geval van spontaan zwanger worden)⁸⁻¹⁰ en inferilititsbehandelingen verlopen minder succesvol in vergelijking met vrouwen met een normale BMI¹¹ (bijlage 3). Tijdens de zwangerschap hebben ze een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen¹²⁻¹⁷ (bijlage 4), diabetes gravidarum,¹⁸ pre-eclampsie,¹⁹ foetale sterfte,^{20,22} serotiniteit²³ (bijlage 5). Tijdens de baring hebben obese vrouwen een verhoogde kans op inleiding, epidurale analgesie, niet vorderende baring, foetale nood, vaginale kunstverlossing,²³ sectio,²³⁻²⁵ meconiumhoudend vruchtwater en fluxus post partum²³. Ook kan een inleiding bij obese vrouwen langer duren en mogelijk vaker eindigen met een keizersnede (bijlage 6).²⁶

In de kraamperiode hebben obese vrouwen meer kans op infecties^{23,27} en trombo-embolische processen²⁷⁻²⁹ en minder kans op succesvolle borstvoeding³⁰⁻³⁶. (bijlage 7). Pasgeborenen van obese vrouwen hebben een verhoogde kans op een lage Apgarscore (5 minuten),²³ hoog geboortegewicht^{37,38} en NICU-opname²³ (bijlage 8).

Een aantal van de bovenstaande studies toont dat de kansen op ongunstige uitkomsten toenemen naarmate de obesitas ernstiger is.

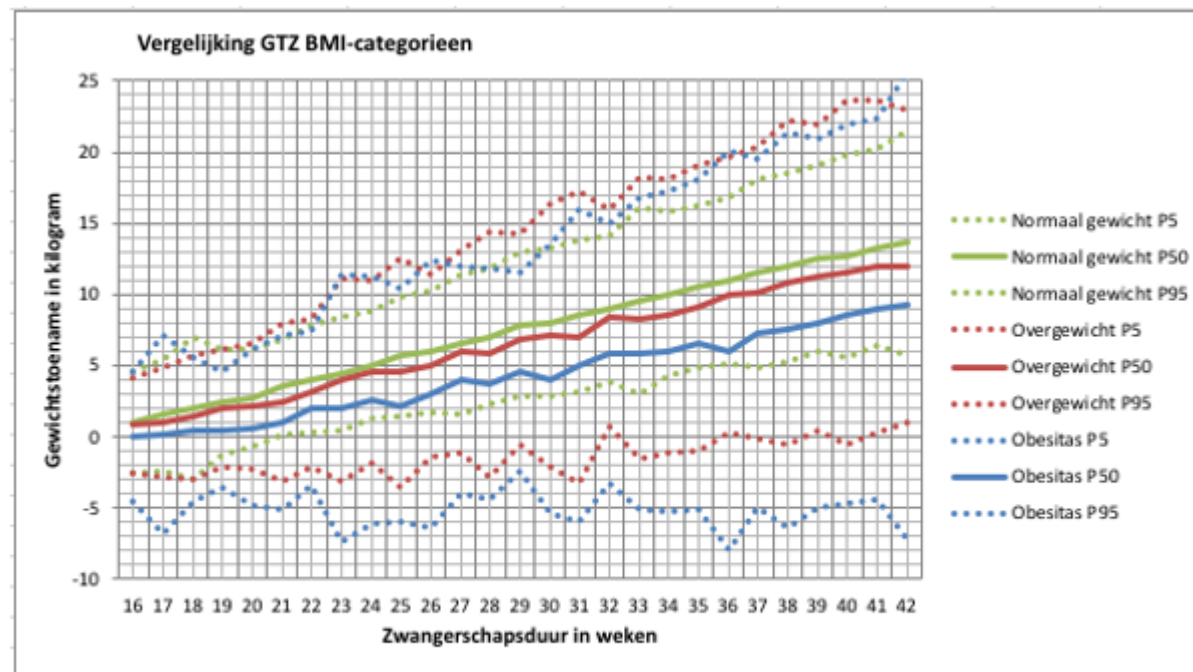
Anderzijds lijkt het er op dat obesitas ook een beschermend effect heeft ten aanzien van een aantal ongunstige perinatale uitkomsten zoals aangeboren gastrochisis (bijlage 4),¹³ placenta praevia (bijlage 5)²³ en SGA (<p10) (bijlage 8)³⁷. Obesitas lijkt geen invloed te hebben op uitkomsten zoals abruptio placentae, spontane vroeggeboorte (bijlage 5), perineumbeschadigingen (bijlage 6), en hyperbillirubinaemie (bijlage 8).²³ Voor schouderdystocie wordt vaak een associatie met obesitas genoemd maar als er geen sprake is van



In deze populatie is de prevalentie obesitas bij **nullipara** (n=8.459) **11,2%**

BMI gebaseerd op zelf gerapporteerd preconceptioneel gewicht: **nullipara**

	n	%	geldig %	cumulatief %
ondergewicht	273	3,2	3,2	3,2
normaal	5369	62,0	63,5	66,7
overgewicht	1873	21,6	22,1	88,8
obesitas I	668	7,7	7,9	96,7
obesitas II	212	2,4	2,5	99,2
obesitas III	64	,7	,8	100,0
totaal	8459	97,7	100,0	
Missing	202	2,3		
Totaal	8661	100,0		



Figuur 1. Vergelijking gewichtstoename gedurende de zwangerschap tussen BMI-categorieën

Prevalentie obesitas bij **multipara** (n=9.206) **13,0%**

BMI gebaseerd op zelf gerapporteerd preconceptioneel gewicht: **multipara**

	n	%	geldig %	cumulatief %
ondergewicht	305	3,2	3,3	3,3
normaal	5417	56,5	58,8	62,2
overgewicht	2289	23,9	24,9	87,0
obesitas I	869	9,1	9,4	96,5
obesitas II	276	2,9	3,0	99,5
obesitas III	50	,5	,5	100,0
totaal	9206	96,0	100,0	
Missing	388	4,0		
Totaal	9594	100,0		

e-learning Passende zorg Deel 1



- Interactief
- EBM
- Literatuur uit factsheet
- +/- 2 uur

BPC Obesitas

Sessie 1	"Sessie 2"	Sessie 3	Sessie 4
Face-to-face kennismaking <ul style="list-style-type: none">- Regionaal protocol- Introductie Factsheet- EBM attitude	E-learning	Online <ul style="list-style-type: none">- EBM- Implementatie- Casuïstiek- Gezamenlijke besluitvorming	Online <ul style="list-style-type: none">- Intervisie

→ EBM nul- en nameting (FAME: Fresno Adapted for Midwifery Education)



Academie Verloskunde
Maastricht



Ervaringen

"Vaker evidence proberen te zoeken en bespreken"

"Update in kennis rondom de factsheets van de KNOV en hoe deze te gebruiken"

"Meer counseling naar cliënten ipv altijd maar 'volgens protocol' iemand voor bijv. een OGTT sturen"

"Waardevolle en moderne manier van nascholing"

"Beter inzicht in het interpreteren van onderzoek, meer skills in het lezen en kunnen inzetten"

**Rapportcijfer
8,5**

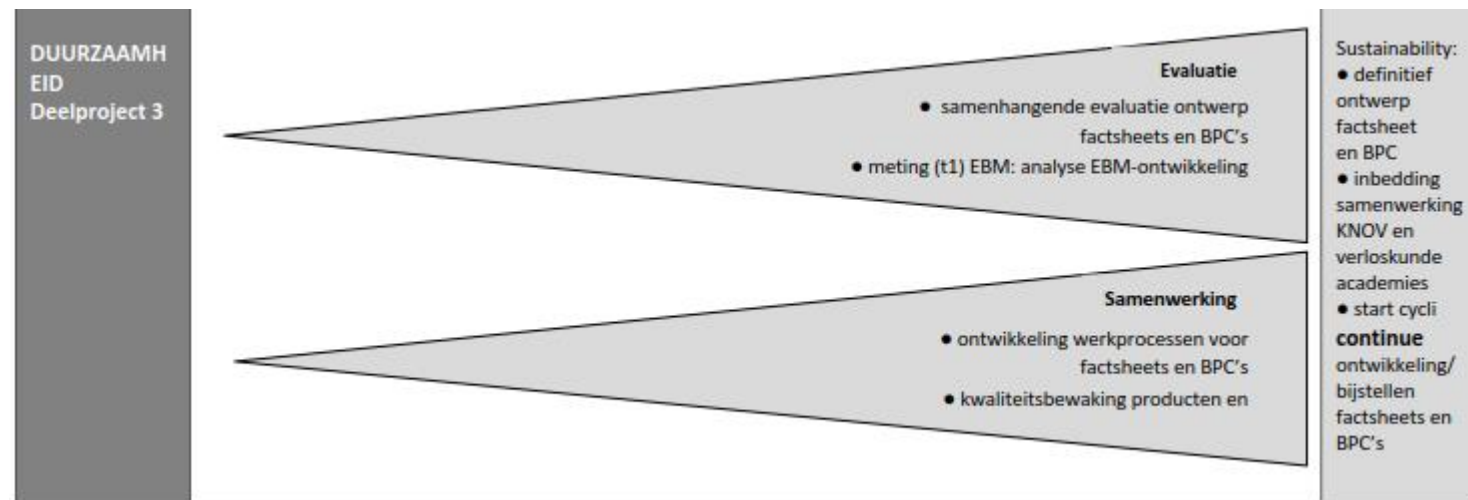
"Het nut van het gebruik en verwijzen naar onderzoeken en EBM is mij zeer duidelijk geworden. Ik ga zeker proberen dit meer te gebruiken. Ook de wetenschap dat praktijkervaring gezien wordt als een onderdeel van EBM is nieuw voor mij"

"Opfrissing onderzoeksvaardigheden"

"Ik kwam erachter dat protocollen verouderd zijn dus die gaan herzien worden"

"Horen hoe andere verloskundigen in het land met bepaalde vraagstukken omgaan en hiervan leren"

- Vormgeving en publiceren factsheet
- Start deel 2 project 'macrosomie'
- Sustainability



Bedankt voor
uw aandacht

Academie Verloskunde
Maastricht

ZU
YD