

Werkgroep Leidraad
Stuurgroep Klinisch Verloskundige

Leidraad voor protocol positie klinisch verloskundigen

Versie januari 2014

Inhoud

Inhoud.....	2
Inleiding	3
1 Patiëntenzorg.....	7
2 Kwaliteit van zorg.....	8
Bijlage 1 Werkzaamheden klinisch verloskundige	9
Bijlage 2 Taken en verantwoordelijkheden in medische protocollen.....	11
Bijlage 3 Formulier bekwaamheden Klinisch Verloskundige.....	12
Bijlage 4 Voorbeeld werkafspraken ziekenhuis met arts-assistenten	17
Bijlage 5 Voorbeeld werkafspraken ziekenhuis zonder arts-assistenten	22
Bijlage 6 Voorbeeld medisch protocol Meconiumhoudend vruchtwater	25
Bijlage 7 Voorbeeld medisch protocol Zwangerschap en bevalling na voorgaande keizersnede	27

Inleiding

Waarom deze leidraad?

In de meeste Nederlandse ziekenhuizen werken klinisch verloskundigen. De positie, de werkervaring en het opleidingsniveau van deze verloskundige professionals kunnen onderling aanzienlijk verschillen. Het KNOV-NVOG Eindrapport Werkgroep Klinisch Verloskundigen beschrijft de formele positie van klinisch verloskundigen in juridische context, hun plaats in de organisatie, de kwaliteit van zorg, de competenties en eindtermen en het beoogde niveau¹

Op basis van dit eindrapport heeft een werkgroep onder auspiciën van de KNOV en de NVOG een leidraad voor de positie van klinisch verloskundigen ontwikkeld. Deze leidraad ligt nu voor u.

Met deze leidraad kan de organisatie van patiëntgebonden werkzaamheden beschreven worden. Ook geeft de leidraad handvatten voor de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de gynaecoloog en de klinisch verloskundige, onder meer door het opstellen van protocollen. Protocollen zijn geen statische documenten, maar worden waar nodig steeds aangepast aan gewijzigde omstandigheden. Een regeling van de positie van de klinisch verloskundige en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de gynaecoloog en de klinisch verloskundige zijn randvoorwaarden voor verantwoorde dienstverlening. Ziekenhuizen zijn op grond van artikel 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen hiervoor verantwoordelijk.

Uiteraard moeten de binnen de klinische setting opgestelde regelingen aan de wettelijke bepalingen voldoen. Aandachtspunt hierbij is, zoals ook blijkt uit genoemd Eindrapport, dat de juridische positie van de klinisch verloskundige op dit moment onvoldoende in de wet is geregeld. Om die reden wordt in het Eindrapport het instellen van een specialistenregister klinisch verloskundigen aanbevolen. Inschrijving in dit register zal duidelijkheid geven over de bijzondere deskundigheid van de klinisch verloskundige die wordt verworven door het volgen van nadere opleiding en scholing. Het instellen van het specialisme klinisch verloskundige zal tevens leiden tot aanpassing van het besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige (hierna AMvB). In de AMvB zal een aanvulling worden opgenomen die betrekking heeft op de klinisch verloskundige.

Zolang aanvullende wetgeving over de positie van de klinisch verloskundige ontbreekt, gelden de huidige wettelijke regelingen, die geen rekening houden met het werken van verloskundigen in een klinische setting en evenmin met het opleidingsniveau en de ervaring van klinisch werkende verloskundigen. Wanneer met het specialistenregister en de AMvB de juridische positie van de klinisch verloskundige is geregeld, komt deze leidraad te vervallen.

Juridisch kader

De zelfstandige bevoegdheid van een verloskundige tot het verrichten van voorbehouden handelingen is gekoppeld aan de voorwaarde dat deze handelingen op haar deskundigheidsgebied liggen. De AMvB beschrijft dit deskundigheidsgebied en bevat een opsomming van de daartoe behorende handelingen, zowel verloskundige als andere, voorbehouden en niet-voorbehouden handelingen. Volgens de toelichting van de Minister op de AMvB is het verrichten van handelingen

1 KNOV-NVOG, *Eindrapport Werkgroep Klinisch verloskundigen*, Utrecht, april 2010

op het gebied van de geneeskunst (die dus behoren tot het deskundigheidsgebied van de arts) aangewezen, als de verloskundige constateert dat er een gerede kans is op een pathologisch beloop. In die gevallen moet de verloskundige een arts consulteren dan wel diens hulp inroepen of de vrouw naar een arts verwijzen. Zo is de deskundigheid van de verloskundige afgegrensd van die van de arts. Uit de AMvB en de toelichting van de Minister hierop kan worden geconcludeerd dat een klinisch verloskundige altijd op het deskundigheidsgebied van de gynaecoloog werkt en buiten het in de AMvB omschreven deskundigheidsgebied van de verloskundige. Want ook al gaat het om handelingen die op zichzelf wel tot haar deskundigheidsgebied horen, het betreft in een klinische setting altijd patiënten die een medische indicatie hebben. Dit is ook het uitgangspunt in het KNOV – NVOG Eindrapport Werkgroep Klinisch Verloskundigen van 2010 en de NVOG Nota Klinisch Verloskundigen van 2008².

Een strikte uitleg van artikel 36 Wet Big impliceert dat de klinisch verloskundige niet zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van voorbehouden handelingen ten aanzien van patiënten in de 2^e/3^e-lijn. Deze liggen immers niet op haar deskundigheidsgebied. Gevolg van deze uitleg is dat zij deze handelingen alleen mag verrichten in (expliciete) opdracht van de gynaecoloog, mits ook aan de andere wettelijke voorwaarden voor het delegeren van voorbehouden handelingen is voldaan: bekwaamheid, toezicht en aanwijzingen van de arts en mogelijkheid van tussenkomst (artikel 38 Wet BIG).

In het Eindrapport van de Werkgroep Klinisch Verloskundigen wordt geen expliciet standpunt ingenomen over de zelfstandige bevoegdheid van de klinisch verloskundige om de in de AMvB beschreven voorbehouden handelingen te verrichten. De Nota Klinisch Verloskundigen is op dat punt meer uitgesproken. Daarin kan de zelfstandige bevoegdheid van de klinisch verloskundige gelezen worden. De klinisch verloskundige werkt volgens deze nota, evenals de andere leden van het team, onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Bij de toedeling en aanvaarding van de werkzaamheden wordt rekening gehouden met de specifieke bevoegdheden van de verloskundige, zoals geregeld in de wet BIG (artikel 3) en de geautoriseerde bevoegdheden en bekwaamheidsverklaringen volgens ter plaatse geldende richtlijnen. Er is dus opdrachtgeverschap en taakdelegatie, geen taakherschikking.

Interpretatie van de wettelijke regeling

De hiervoor beschreven letterlijke uitleg van de wet sluit niet goed aan bij de praktijk. De klinisch verloskundige voert veel van de in de AMvB genoemde voorbehouden handelingen zelfstandig uit, voor zover dit past binnen de lokale afspraken (autorisatie, protocollen, en bekwaamheidsverklaringen); de gynaecoloog draagt dan de eindverantwoordelijkheid. De vraag rijst of de letterlijke interpretatie van de wet strookt met de bedoeling van de wetgever. Blijkens de toelichting op de AMvB moet de begrenzing tussen het deskundigheidsgebied van de verloskundige en dat van de gynaecoloog ervoor zorgen dat risicovolle zwangerschappen en bevallingen begeleid worden onder verantwoordelijkheid van een gespecialiseerde medicus. Een regeling over de verdeling van de verantwoordelijkheden en daarmee bevoegdheden in de 2^e/3^e-lijn ontbreekt. Kennelijk vertrouwt de wetgever erop dat de gynaecoloog de zorgverlening in risicovolle gevallen op verantwoorde wijze invult.

² NVOG, *Nota Klinisch Verloskundigen*, Utrecht, september 2008

Op grond van het voorgaande stellen we dat de wetgever met de regeling van het deskundigheidsgebied niet voor ogen heeft gehad het zelfstandig verrichten van in de AMvB genoemde handelingen door de verloskundige die in de 2e/3e-lijn werkzaam is, onder de eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog, te verbieden. Dit is conform uitspraken van tuchtcolleges over klinisch verloskundigen, waarin wordt uitgegaan van een onder de eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog werkende klinisch verloskundige met zelfstandige bevoegdheid, afhankelijk van haar bekwaamheid, en met de daarbij horende verantwoordelijkheid. Wij sluiten ons hierbij aan en hanteren een ruime uitleg van de wetgeving, inhoudende dat de klinisch verloskundige in beginsel zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van in de AMvB genoemde voorbehouden handelingen, uiteraard mits bekwaam. Hierbij geldt wel dat er – bij gebrek aan een wettelijke regeling van de positie van een klinisch verloskundige - een zware verantwoordelijkheid rust op de gynaecoloog om onder meer door middel van werkafspraken, protocollen en bekwaamheidsverklaringen te borgen dat het verrichten van de risicovolle handelingen door klinisch verloskundigen verantwoord is.

Alle andere dan de in de AMvB genoemde voorbehouden handelingen moeten wel aan alle wettelijke voorwaarden voor het delegeren van voorbehouden handelingen voldoen. Hiervoor verwijzen wij ook naar het Eindrapport Werkgroep Klinisch Verloskundigen. Een uitzondering hierop is het voorschrijven van niet in de AMvB genoemde medicatie. Deze voorbehouden handeling kan nooit aan een klinisch verloskundige gedelegeerd worden; dit volgt uit de Geneesmiddelenwet.

Leeswijzer

Deze leidraad geeft een raamwerk voor het regelen van de positie van de klinisch verloskundige en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de gynaecoloog en de klinisch verloskundige. Hoofdstuk 1 gaat over patiëntenzorg en beschrijft de verantwoordelijkheden van klinisch verloskundigen en gynaecologen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen protocollaire zorg en niet- of deels protocollaire zorg, zoals beschreven staat in het Eindrapport. Ook wordt ingegaan op de daarbij horende supervisie. In hoofdstuk 2 staat hoe de klinisch verloskundige haar kennis en vaardigheden op niveau houdt. Dit dient gefaciliteerd en gedocumenteerd te worden.

Bijlagen

De werkgroep heeft aan de Leidraad praktijkvoorbeelden toegevoegd, die ziekenhuizen kunnen helpen om het raamwerk - beschreven in hoofdstuk 1 en 2 - uit werken. Waarbij de invulling uiteraard afhankelijk is van de plaatselijke omstandigheden. Het gaat in dit kader dus niet om de specifieke medische inhoud. Bijlage 1 bevat informatie over de beschrijving van taken en verantwoordelijkheden in het algemeen. Bijlage 2 is een checklist voor de situatie dat u medisch inhoudelijke protocollen wilt aanpassen. Praktijkvoorbeelden hiervan staan in bijlage 6 en 7. Bijlage 3 is een praktijkvoorbeeld van een formulier bekwaamheden klinisch verloskundige. Bijlage 4 en 5 zijn voorbeelden van ziekenhuizen met en zonder artsen (al dan niet) in opleiding tot specialist, de A(N)IOS.

KNOV-NVOG Werkgroep Leidraad

Mw. dr. A. Kwee, gynaecoloog

Mw. J.M. Hilhorst, klinisch verloskundige

Dr F.J.L. Reijnders, gynaecoloog

Mw. A.N. Rosman MSc, klinisch verloskundige

KNOV-NVOG Stuurgroep Klinisch Verloskundige

Mw. J.M. Betlem, klinisch verloskundige

Mw. J.C. Droog, MBA, klinisch verloskundige

Mw. dr. H.R. Iedema-Kuiper, klinisch verloskundige

Dr. A.J. van Loon, gynaecoloog

Prof. dr. S.G. Oei, gynaecoloog

Mw. drs. G.C. Rijninks-van Driel (voorzitter)

Mw. R.M.A. Hakkenberg (secretaris)

Redactie

Lex Boezeman

Jurist

Mw. mr. A.M.P. Smilde

1 **Patiëntenzorg**

Categorieën

In de patiëntenzorg onderscheiden we voor de klinisch verloskundige, zorg die protocollair is vastgelegd en zorg die dat niet of slechts gedeeltelijk is. Welke zorg protocollair, dan wel niet- of deels-protocollair wordt vastgelegd kan tot op zekere hoogte per ziekenhuis verschillen.

Protocollair vastgelegde zorg

De klinisch verloskundige begeleidt zelfstandig patiënten met een verhoogd risico mits dit voor deze patiëntengroepen binnen die setting zo is afgesproken én de zorg voor deze patiëntengroepen met dit verhoogde risico protocollair is vastgelegd. De gynaecoloog is verantwoordelijk voor de inhoudelijke protocollen en voor de multidisciplinaire overlegstructuur.

Niet of deels protocollair vastgelegde zorg

Het gaat hier om zorg aan patiënten met complexe medische problematiek, die niet eenduidig in een patiëntengroep of protocol onder te brengen zijn. Deze zorg zal altijd onder (beperkte of strenge) supervisie van de gynaecoloog plaatsvinden.

Bij acute verloskundige problemen start de klinisch verloskundige in afwachting van de komst van de gynaecoloog met de behandeling. De behandeling van dergelijke acute situaties is in een lokaal protocol vastgelegd. De noodzakelijke interventies worden regelmatig getraind.

NB

1. De klinisch verloskundige die in opdracht van of onder supervisie van de gynaecoloog werkt behoudt haar eigen professionele verantwoordelijkheid.
2. De vakgroep, maatschap of afdeling verloskunde is verantwoordelijk voor het medisch beleid, de organisatiestructuur en het protocollair vastleggen van afspraken.

Werkafspraken

De werkafspraken over de rol van de klinisch verloskundige in het obstetrisch team worden in een algemeen document vastgelegd. Waar nodig wordt in medische protocollen de rol van de klinisch verloskundige beschreven. De leden van het Verloskundig Samenwerkingsverband zijn op de hoogte van de werkafspraken.

Supervisie

Wil een gynaecoloog zijn superviserende taak binnen het klinisch verloskundig team goed uit kunnen voeren, dan is het noodzakelijk dat de onderlinge communicatie en de bereikbaarheid goed geregeld zijn. Er is een wederzijdse informatieplicht door de supervisor en de gesuperviseerde. Hierbij anticipeert de supervisor op het competentieniveau van de gesuperviseerde.

Er is een verschil tussen beperkte en strenge supervisie. Bij beperkte supervisie gaat het om onderlinge afstemming en bepaling van beleid. Bij strenge supervisie is de supervisor ook daadwerkelijk fysiek aanwezig.

Functieomschrijving

In het ziekenhuis is een functieomschrijving voor de klinisch verloskundige aanwezig. In elk ziekenhuis waar klinisch verloskundigen werkzaam zijn, is een organogram waarin de positie van de klinisch verloskundige is vastgelegd. De klinisch verloskundige staat onder leiding van een gynaecoloog of leidinggevend verloskundige. De functieomschrijving klinisch verloskundige wordt hier verder niet beschreven.

2 Borging kwaliteit van zorg klinisch verloskundige

Vaardigheden

Het aanleren en onderhouden van vaardigheden wordt ondersteund door het gebruik van bekwaamheidsverklaringen. De klinisch verloskundige houdt dit zelf bij in een portfolio en de leiding van de afdeling houdt het bij in een formulier bekwaamheden Klinisch Verloskundige (zie voorbeeld in bijlage 3). Er zijn afspraken gemaakt over het aanleren en op peil houden van vaardigheden in acute en niet-acute situaties.

Bij- en nascholing

De klinisch verloskundige neemt deel aan geaccrediteerde bij- en nascholingen, symposia, trainingen, etc. conform de door de KNOV en NVOG vastgestelde normen. Het ziekenhuis faciliteert de klinisch verloskundige, zodat zij aan de verplichtingen kan voldoen.

Richtlijnen, protocollen, complicatieregistratie

De klinisch verloskundige kent de landelijke obstetrische richtlijnen, ondersteunt de ontwikkeling ervan, neemt deel aan de implementatie van lokale protocollen en aan de totstandkoming van die protocollen. Ook neemt zij deel aan de complicatieregistratie, aan de gestructureerde bespreking van complicaties en is zij medeverantwoordelijk voor de implementatie van de aanbevelingen in bestaande en nieuwe protocollen.

Visitatie en audit

De klinisch verloskundige maakt deel uit van de lokale auditgroep. Zij neemt actief deel aan de perinatale audits en visitaties op de afdeling verloskunde en is medeverantwoordelijk voor de implementatie van adviezen die uit de visitatie en audit voortkomen.

Zij zorgt samen met de gynaecologen voor de uitvoering van kwaliteitsrapportages zoals de LVR/PRN, IGZ, Zichtbare Zorg, etc. Deze activiteiten worden vastgelegd in het portfolio van de klinisch verloskundige.

Bijlage 1

Werkzaamheden klinisch verloskundige

De werkgroep beveelt aan de werkzaamheden van de klinisch verloskundige te beschrijven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in protocollaire en niet-protocollaire zorg, dit wordt door gynaecologen en verloskundigen gezamenlijk vastgesteld. De gegeven voorbeelden zijn ter illustratie en kunnen per kliniek op verschillende wijze worden ingevuld.

Acute situaties

In acute situaties start de klinisch verloskundige zelfstandig met de behandeling in afwachting van de komst van de gynaecoloog en/of kinderarts of andere hulpverleners. De behandeling van dergelijke acute situaties is in een lokaal protocol vastgelegd. De noodzakelijke interventies worden regelmatig getraind.

Polikliniek

Protocollair vastgelegde zorg

Als zich geen andere pathologie voordoet dan waarvoor de zorg is vastgelegd in het protocol, verleent de klinisch verloskundige de poliklinische zorg zelfstandig af conform het protocol. De patiënte wordt tenminste eenmaal in haar zorgtraject mede beoordeeld door gynaecoloog of AIOS. Voorbeelden van protocollair vastgestelde zorg kunnen zijn serotiniteit of diabetes gravidarum.

Niet of deels protocollair vastgelegde zorg

De klinisch verloskundige handelt onder (beperkte of strenge) supervisie van de gynaecoloog. Voorbeelden van niet of deels protocollair vastgelegde zorg kunnen zijn foetale groeivertraging of hypertensieve aandoeningen.

Verloskamers

Protocollair vastgelegde zorg

De klinisch verloskundige handelt zelfstandig. Voor patiënten die nog niet eerder onder controle waren en die verwezen worden of die zichzelf melden op de verloskamers, geldt voor protocollair vastgelegde zorg hetzelfde. De gynaecoloog wordt tijdens de reguliere overdrachtsmomenten op de hoogte gebracht. Voorbeelden kunnen zijn meconiumhoudend vruchtwater of inleiding van de baring.

Niet of deels protocollair vastgelegde zorg

De klinisch verloskundige handelt onder (beperkte of strenge) supervisie van de gynaecoloog. Voorbeelden zijn beleid bij verdenking infectie of (dreigende) vroeggeboorte.

Afdeling

Protocollair vastgelegde zorg

De klinisch verloskundige handelt zelfstandig. Voorbeeld is een ongestoord beloop van de kraamperiode.

Niet of deels protocollair vastgelegde zorg

In principe valt de zorg voor opgenomen zwangeren onder deze categorie. De klinisch verloskundige werkt hier onder supervisie van de gynaecoloog.

Bijlage 2

Taken en verantwoordelijkheden in medische protocollen

Het gebruik van deze lijst wordt aanbevolen bij het lokaal of regionaal opstellen of reviseren van medische protocollen. De lijst is niet uitputtend. Ook zijn niet alle punten van toepassing op elke situatie, dit hangt af van de ernst van een probleem, het al dan niet in partu zijn van de zwangere, of de zwangere wordt ingestuurd vanuit de 1e-lijn of bekend is uit de eigen 2e/3e-lijn, hoe de samenstelling van het aanwezige medisch team is, etc.

Eerste melding/aankondiging

- het eerste telefonisch contact met de patiënte;
- het eerste telefonische contact met de verwijzer;
- de verslaglegging van de melding / aankondiging;
- de informatieoverdracht van de klinisch verloskundige aan de gynaecoloog;
- de informatieoverdracht van de gynaecoloog aan de klinisch verloskundige.

Binnenkomst patiënte

- de triage;
- de informatieoverdracht van de klinische verloskundige aan de gynaecoloog en vice versa;
- het inzetten van onderzoek (welk onderzoek door wie, wanneer wel en niet, etc.);
- het inschakelen van derden (anesthesioloog, OK-team, kinderarts, etc.).

Diagnose

- de informatieoverdracht van de klinische verloskundige aan de gynaecoloog en vice versa;
- het zelfstandig stellen van een diagnose door de klinisch verloskundige en opstellen van een differentiaal diagnose;
- consequenties van een diagnose voor het verdere beleid.

Beleid

- het opstellen van beleidsafspraken;
- het vastleggen van beleidsafspraken;
- het uitvoeren van beleidsafspraken;
- het terugkoppelen van beleidsafspraken naar de verwijzende partij.

Vervolg

- het opvolgen van beleidsafspraken;
- situaties waarin de gynaecoloog al dan niet wordt geïnformeerd;
- situaties waarin de gynaecoloog al dan niet persoonlijk de patiënte (mede) beoordeelt;

Bijlage 3

Formulier bekwaamheden Klinisch Verloskundige

Voorbeeld afkomstig uit een academisch ziekenhuis

Categorie 1 Basisbevoegdheden

Verzoek klinisch verloskundige voor: Kruis aan: Ja/nee	Basisbekwaamheden en basisvaardigheden verloskunde	Goedkeuring afgegeven door afdelingshoofd voor:		
		G	G/S	A
	Diagnostiek en behandeling miskraam			
	Vaststellen indicatie en voorlichting over cervixcerclage profylactisch en therapeutisch			
	Meting cervixlengte			
	Vaginale baring (een- en meerlingen) in hoofdligging, incl. oplossen schouderdystocie			
	Kennis en interpretatie Cardiotocografie tijdens zwangerschap en baring (incl. Stan)			
	MBO uitvoering en interpretatie			
	Protocollaire start van zorgverlening in acute obstetrische situaties: schouderdystocie, uitgezakte navelstreng, uterus ruptuur, abruptio placentae, onverwachte stuitligging, haemorrhagia post partum, eclampsie en behandeling ernstige hypertensie; kennis van Protocol Parallele Actie			
	Vacuüm extractie			
	Vaginale stuitbevalling			
	Assisteren bij Sectio Caesarea			
	Hechten verse rupturen tot graad 2 en episiotomieën			
	Inbrengen intraveneuze catheter t.b.v. het afnemen van bloed, dan wel het toedienen van infusievloeistof, medicatie of bloedproducten			
	Behandeling HPP (conservatief)			
	Medische begeleiding van zwangerschappen met een verhoogd risico op complicaties			
	Medische begeleiding van bevallingen met een verhoogd risico op complicaties			
	Medische begeleiding van kraambedden met een verhoogd risico op complicaties			
*G=goedgekeurd, G/S=goedgekeurd mits onder supervisie, A= afgewezen. Indien G/S, noteer hier de naam van een supervisor3:.....				

3 Deze vereisen minimaal een opleidingsniveau overeenkomend met de eisen gesteld voor de beroepsvereniging en is registratie in het MRSC en BIG-register verplicht

Categorie 2 Specifieke bevoegdheden

Specifieke bevoegdheden omvatten de onder Categorie 1 vermelde rechten, en de hieronder vermelde items en -/of gelijkwaardige activiteiten. Deze bekwaamheden vereisen een niveau van opleiding, deskundigheid en bekwaamheid overeenkomend met de eisen van de beroepsvereniging/ MRSC, academische opdracht en-/of registratie in een specifiek aandachtsgebied.

Verzoek klinisch verloskundige voor:	Specifieke bevoegdheden verloskunde	Goedkeuring afgegeven door afdelingshoofd voor:		
		G	G/S	A
Kruis aan: Ja/nee				
	Counseling prenatale screening (combitest en SEO), zowel pre- als posttest			
	Voorlichting over invasieve prenatale diagnostiek (AP, CVB) en niet invasieve diagnostiek (GUO 1 en 2)			
	Voorlichting over stuitligging, versie en modus partus bij een stuitligging			
	Verrichten van een uitwendige versie van een kind in stuitligging, inclusief alle controles die daar bij horen en evt. toedienen van weeënremmende medicatie			
	Voorlichting over vaginale baring na een sectio caesarea			
	NT			
	SEO			
	GUO I / II			

Categorie 3 Gelimiteerde bevoegdheden

Gelimiteerde bevoegdheden binnen het patiëntmanagement omvatten de onder Categorie 1 en vermelde rechten (indien toepasbaar) en de hieronder vermelde items en/of activiteiten voor zover ze een gelijkwaardige graad van opleiding, deskundigheid en bekwaamheid vereisen. Gelimiteerde bevoegdheden vereisen een niveau van opleiding, deskundigheid en bekwaamheid overeenkomend met de eisen gesteld door de beroepsvereniging/MRSC.

Verzoek klinisch verloskundige voor:	Gelimiteerde bevoegdheden	Learning program	Certification	Goedkeuring afgegeven door afdelingshoofd voor		
				G	G/S	A
Kruis aan: Ja/nee						
vb	Sedatie	E-learning sedation				
	Toedienen geprotocolleerde medicatie in de graviditeit					
	Toedienen geprotocolleerde medicatie tijdens de bevalling					
	Toedienen geprotocolleerde medicatie tijdens het kraambed					
*G=goedgekeurd, G/S=goedgekeurd mits onder supervisie, A= afgewezen Indien G/S, noteer hier de naam van een supervisor.....						

Overige relevante scholing

Klinisch verloskundige heeft onderstaande ervaring: (kruis aan)	Scholing	Periodiek	Datum laatste scholing
	Ziekenhuis introductieprogramma	Eenmalig	
	Divisie introductieprogramma	Eenmalig	
	o.a. EZIS verdiepingstraining	Eenmalig	
	o.a. DOT training	Eenmalig	
Periodieke scholing			
	Teach the teacher	1 x per 5 jaar ⁴	
	Basic Life Support Resuscitatie pasgeborene Reanimatie volwassene	Jaarlijks interne MOET training	
	Basis Kwalificatie Onderwijs (BKO)	Eenmalig	
	Kennis hebben van de organisatie waarbinnen de zorg wordt verleend (VSV)		

**Stuur kopieën van uw scholingsregistraties mee bij dit formulier*

⁴ Door ABAN geaccrediteerde didactische (na-)scholing voor opleiders en leden van de opleidingsgroep conform het (concept) Kaderbesluit CCMS november 2012 (a), Artikel C.6., eerste lid, onder J. Zie <http://knmg.artsenet.nl/Opleiding-en-Registratie/CGS-1/Regelgeving/Huidige-regelgeving-CCMS.htm>

Datum/bijzonderheden van relevante (her-)registraties

Klinisch verloskundige heeft onderstaande registraties (kruis aan)	Registraties*	
	Registratie BIG	
	Betreft	verloskundige
	Datum	
	Actuele (her-)registratie register klinisch verloskundige	
	Betreft	
	Datum	
	Verloopdatum	
	Actuele (her-)registratie register echografie	
	Betreft	
	Datum	
	Verloopdatum	

**Stuur kopieën van uw actuele (her)registraties als bijlage mee bij dit formulier*

Ondertekening

	Naam	Datum	Handtekening
Aanvrager Klinisch verloskundige			
Afdelingshoofd			
Volledigheid gecheckt door P & O- adviseur			
Gearchiveerd door Personeelsadministratie			

Bijlage 4

Voorbeeld werkafspraken ziekenhuis met arts-assistenten

Voorbeeld verantwoordelijkheden arts-assistenten, staf en klinisch verloskundigen afkomstig uit een academisch ziekenhuis

Logistieke afspraken

Doel van de wijziging van het dienstensysteem is optimale inzet van het medisch personeel tijdens de diensten. Tijdens de diensten is er aanwezig (1+2)/beschikbaar (3):

- een verloskundige of jongste assistent
- een oudste assistent
- een dienstdoende gynaecoloog (en zonodig obstetrisch/gynaecologische achterwacht na consultaanvraag door d.d. gynaecoloog)

Overdrachtstijden

Tijdens werkdagen:

- 08.00 uur medische overdracht in overdrachtsruimte
- 16.30 uur medische overdracht in overdrachtsruimte
- 23.00 uur multidisciplinaire overdracht in koffiekamer VK

Tijdens weekenddagen:

- 09.00 en 21.00 uur multidisciplinaire overdracht in koffiekamer VK

Verpleging en verloskundigen starten om 22.45 uur met hun nachtdienst en om 7.30 uur de dagdienst, zodat er altijd **zowel** voor de zorg **als** voor de overdrachten (23.00 en 8.00 uur) iemand beschikbaar is.

Voorwaarden

- Optimale communicatie is noodzakelijk met regelmatig overlegmomenten.
- Duidelijk inzicht **-hebben en geven-** in ieders kennis- en handelingsniveau en zorgvraag & zorgaanbod.
- Bereikbaarheid is gegarandeerd en iedere discipline is zelf verantwoordelijk om de andere disciplines te informeren hierover.
- Dienstdoende arts-assistent heeft altijd pieper * xxx.
- De juiste hulpverlener bij de juiste patiënt passend bij de zorgvraag & aanbod op het verloscentrum.

Uitgangspunten

- optimale kwaliteit van zorg nastreven
- iedere discipline is op de hoogte van het actuele patiëntenbestand en welke zorg noodzakelijk wordt geacht
- minimaal verlies van informatie nastreven
- optimaal benutten van onderwijsmomenten
- inschakelen van dd gynaecoloog bij dreigend kwaliteitsverlies door onvoldoende bezetting (in overleg voor verloskundige of gynaecologische handelingen)
- klinisch verloskundige is voldoende opgeleid, of krijgt hiervoor aanvullende scholing
- verloskundige is in principe aanwezig op de verloskamers en heeft overzicht over **verloscentrum** (dwz verloskamers/afdeling zwangeren en kraam en aankomende passanten).

- arts-assistent is in principe aanwezig op de verloskamers en heeft overzicht over **verloscentrum, afdeling gynaecologie en EHBO /consulten binnen het ziekenhuis**
- bij verlaten van de verloskamers voor EHBO/ OK of consult elders in ziekenhuis dient dit altijd gecommuniceerd te worden met de verpleegkundige
- eenduidigheid in verslaglegging
- de overdacht van 08.00 uur wordt gezamenlijk door de klinisch verloskundige en assistent van de nacht verzorgd.

Afspraken over uitbreiding handelingen/ beslissingen door klinisch verloskundigen

- Indicatie MBO altijd na overleg arts-assistent/of gynaecoloog
- Uitvoeren van MBO door verloskundige is wenselijk.
- Inbrengen van balloncatheter voor priming door verloskundige.
- Echovaardigheid op niveau voor zelfstandig afhandelen consulten
- Medicatie waaronder remming/ en voorkoming eclampsie mag alleen door verloskundige gestart worden na gedocumenteerd overleg en is i.p. beperkt tot protocollair voorgeschreven medicatie
- Begeleiding van IUVD/zwangerschapsafbrekingen
- Mede- begeleiding van baringen van meerlingen en kinderen in stuit, waarbij een vaginale baring nagestreefd wordt.

Triage/patiënt toewijzing

Voor verloscentrum

- Opname van patiënt altijd via verloskundige/jongste assistent => direct verpleging informeren tijdig/ zonodig direct informeren arts-assistent of dd gynaecoloog
- Verwijzing vanuit 1e lijn i.p via verloskundige/jongste assistent =>direct verpleging informeren tijdig/ zonodig direct informeren arts-assistent of dd gynaecoloog
- Consulten bij ernstig zieke patiënt op afdeling /verloskamers direct arts-assistent
- Consulten op de afdeling/ verloskamers bij patiënten in minder acute situaties en/of passend binnen klinisch verloskundige domein via verloskundige/assistent
- Begeleiding partus IUVD & zwangerschapsafbrekingen door arts-assistent of verloskundige

Patiëntstromen in ziekenhuis: verloscentrum en polikliniek

Fysiologie Ziekenhuis

Onder verantwoording van de verloskundigen. Indien er ante- durante of post-partum een medische indicatie ontstaat, draagt de verloskundige in overleg met de assistent/ gynaecoloog de verantwoording.

2e lijns patiënten, uit spreekuur assistenten of klinisch verloskundigen ziekenhuis

In overleg wordt de partuszorg toegewezen aan assistent of verloskundige.

Door de eerste lijn ingestuurde patiënten

De verantwoording voor de overname ligt in principe bij de assistent. De zorg kan in overleg gedelegeerd worden aan de klinisch verloskundige.

Consult patiënt verwezen door de eerste lijn.

Assistent/klinisch verloskundige beoordeelt de patiënt, vervolgens wordt in overleg met de eerstelijns zorgverlener het beleid bepaald.

3e lijns, topklinische zorg

Verantwoording ligt bij de (oudste)assistent, altijd na overleg met de dienstdoende gynaecoloog.

Patiënten vanuit de stafspreekuren.

Op geleide van de indicatie valt de partus zorg onder verantwoording van de klinisch verloskundige, jongste assistent of oudste assistent.

Tijdens de diensten op de afdeling verloskunde-gynaecologie werken de artsen volgens een twee- of drietrapsstelsel. Idealiter is er 24 uur per dag een klinisch verloskundige aanwezig op de verloskamers. Deze artsen/verloskundigen dienen steeds gemakkelijk (telefonisch of via de semafoon) bereikbaar te zijn. Voor de dienstdoende gynaecoloog moet het steeds mogelijk zijn binnen 20 minuten het ziekenhuis te bereiken.

De zgn. "jongste" assistent is een agio of een agio in de eerste helft van de opleiding. Zij/hij en de klinisch verloskundige zijn degene die als eerste met vragen of problemen, komende van de eigen of andere afdelingen of van buiten het ziekenhuis, geconfronteerd zal worden.

De zgn. "oudste" assistent is een agio die geautoriseerd is tot het uitoefenen van een superviserende functie.

De zgn. achterwacht is een stafid van de afdeling gynaecologie of verloskunde. Zij/hij kan op elk moment door de "oudste" assistent opgeroepen worden voor overleg, advies en daadwerkelijke hulp. Zij/hij kan dan nog een zgn. "super"-achterwacht (specifiek chirurgisch -of obstetrisch stafid) consulteren.

Van een ieder die dienst doet, wordt verondersteld dat zij/hij haar/zijn competentie correct kan inschatten. Er bestaat een lage drempel voor telefonisch overleg.

Zij/hij moet verzoeken om de aanwezigheid van degene met meer ervaring:

- In situaties waarin theoretische aanwijzingen alleen niet volstaan.
- In situaties waarbij het competentieniveau snel overschreden kan worden.
- Ook bij werkoverlast.
- Indien een medische handeling ook bij herhaalde pogingen mislukt.
- Indien binnen het team (artsen, verloskundigen, verpleegkundigen) ernstig verschil van mening bestaat over het te voeren actuele beleid.
- Als de arts-patiënt-relatie verstoord lijkt.

Verantwoordelijkheden

De nu volgende opsomming is niet bedoeld als taakomschrijving. Ze heeft ook niets te maken met afgrenzing van territoria. Ze wil een beschrijving geven van de bestaande situatie en wil de omstandigheden schetsen, waarin het verstandig geacht wordt de verantwoordelijkheid te delen met een meer ervaren iemand. De gedeelde verantwoordelijkheid begint met telefonisch overleg.

Van degene die het overleg aanvraagt wordt in het algemeen verwacht dat zij/hij:

- De patiënt in kwestie zelf gezien heeft.
- Anamnese en klinisch onderzoek verricht heeft.
- De belangrijkste informatie uit de status weet te resumeren.

Van degene die in overleg geroepen wordt, verwacht men dat zij/hij:

- Zich duidelijk informeert en daarbij rekening houdt met de mogelijkheid van werkoverlast, vermoeidheid en eventuele leemten in de klinische ervaring van de aanvrager.
- Bij twijfel de situatie ter plekke komt evalueren.
- Op de hoogte is van het stadium van ervaring van de arts(en) met wie zij/hij samen de dienst doet.

- Bereid is, in verband met de situatie waarvoor overleg is aangevraagd, verantwoordelijkheid op zich te nemen.

Deze opsomming gaat dus over het afbakenen van verantwoordelijkheden. Het moge duidelijk zijn dat deze lijst als referentiepunt geldt indien over de toewijzing van verantwoordelijkheden discussie ontstaat (bijv. naar aanleiding van een casus met ongunstige afloop).

*Tot de verantwoordelijkheden van de **jongste assistent/ klinisch verloskundige** behoren in het algemeen de volgende situaties:*

- Aanwezigheid op de zgn. overdracht aan het begin en einde van de dienst.
- Aanpassen van behandeling van opgenomen patiënten.
- Weekendvisite lopen op de afdeling verloskunde of (in overleg met de "oudste" assistent) op de afdeling gynaecologie.
- Poliklinische consulten bij patiënten van de polikliniek.
- Telefonisch beantwoorden van vragen uit de eerste lijn.
- Supervisie co-assistenten bij het begeleiden van partus.
- Stellen van indicaties voor pijnbestrijding en/of bijstimuleren tijdens de baring .
- Stellen van indicatie tot weeënremming.
- Uitvoeren microbloedonderzoek.
- Begeleiden van inleiding, proefbaring of baring met andere medische indicatie.
- Curettage bij abortus incompletus.

Vooraf de groep der "jongste assistenten" is heterogeen voor wat betreft het stadium van ervaring. A fortiori geldt hier dus, dat een correcte inschatting van de eigen competenties een basisvoorwaarde is om in het dienstensysteem mee te draaien. Naar gelang het competentieniveau kan bovenstaande lijst dan aangevuld of ingekrompen worden. Bij twijfel dient steeds overlegd te worden met de supervisor.

*Tot de verantwoordelijkheden van de **oudste assistent** behoren in het algemeen de volgende situaties:*

- Aanwezigheid op de overdracht aan het begin en einde van de dienst.
- Na deze overdracht contact opnemen met de dienstdoende gynaecoloog, indien deze niet aanwezig was.
- Beslissen over de opname van patiënten
- Beslissen over ontslag van patiënten.
- Regelen van zgn. intra-uteriene overplaatsingen.
- Gynaecologisch consult bij patiënten van andere afdelingen (vb. acute opname).
- Weekend visite op de afdeling gynaecologie of verloskunde (in overleg met "jongste").
- Verwijderen cerclage.
- Obstetrisch consult aangevraagd door verloskundige (uit het academische centrum of perifeer).
- Supervisie partus bij hemolytische ziekte van de foetus, bij ernstige (<32 w) prematuriteit en ander "high risk"partus.
- Evaluatie fluxus antepartum.
- Evaluatie fluxus postpartum.
- Verdenking van cervix- of hoge vaginawandruptuur.
- Bepalen van beleid bij verdenking extra-uteriene graviditeit.
- Stellen van de indicatie voor microbloedonderzoek, voor het inleiden van de baring.
- Stellen van de indicatie tot en de supervisie van vaginale kunstverlossingen (vacuümextractie (echter geen proefvacuüm), forcipale extractie) en manuele placentaverwijdering.

Tot de verantwoordelijkheden van de **dienstdoende gynaecoloog** behoren in het algemeen de volgende situaties:

- Stellen van de indicatie voor proefvacuüm, sectio, laparoscopie, laparotomie.
- Supervisie proefvacuüm, sectio, laparoscopie, laparotomie, hechten (sub-) totaalruptuur.
- Aanwezigheid bij vaginale stuitbevalling, meerlingbevalling.
- Coördineren behandeling bij ernstige preëclampsie.

Bijlage 5

Voorbeeld werkafspraken ziekenhuis zonder arts-assistenten

Voorbeeld werkafspraken klinisch verloskundigen afkomstig uit een perifeer ziekenhuis

Doel

Het creëren van duidelijkheid m.b.t. de samenwerking tussen klinisch verloskundigen en gynaecologen door het beschrijven van taken en verantwoordelijkheden.

Begrippen

NVOG = Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

BIG = Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

EPD = Elektronisch Patiënten Dossier

CTG = CardioTocoGrafie

MBO = Micro Bloed Onderzoek

Werkafspraken

- Laagdrempelig overleg met de gynaecoloog door de klinisch verloskundige is altijd mogelijk.
- Overleg vindt plaats d.m.v. SBAR.
- De klinisch verloskundige draagt zorg voor documentatie en registratie in het EPD.
- Verwijzing van patiënt uit eerste lijn rechtstreeks naar gynaecoloog. De gynaecoloog geeft vervolgens instructies aan de klinisch verloskundige.
- Bij een spoedverwijzing het vervolgtraject in overleg met de gynaecoloog formuleren.
- Bij spoedeisende problematiek direct gynaecoloog waarschuwen en protocollair de zorgverlening starten, zie bijlage 5.A.
- Bij opname van patiënten uit eigen populatie: adequaat (verloskundig) onderzoek verrichten, bevindingen, conclusie en beleid documenteren en tijdig de gynaecoloog inlichten, d.w.z. op moment dat overleg gewenst is om beleid te formuleren of bij protocollair geregeld beleid op vast overdrachtmoment.
- Vaste overdrachtmomenten: plenair ochtendoverleg en voor vertrek van de gynaecoloog uit het ziekenhuis.
- Indien een neonat een onverwacht slechte start heeft en bij prematuriteit waarschuwt de klinisch verloskundige eerst de kinderarts en daarna de gynaecoloog.
- De anesthesioloog wordt door de gynaecoloog of door de klinisch verloskundige, altijd na overleg met de gynaecoloog, in consult gevraagd.
- Situaties waarin de verloskundige rechtstreeks overlegt met de anesthesioloog, zie bijlage 5.B.
- De verwijzend verloskundige/ huisarts krijgt bij elk consult een telefonische of schriftelijke rapportage door klinische verloskundige of gynaecoloog.

Aandachtspunten

- Bij een meerlingzwangerschap of stuitbevalling is de gynaecoloog bij de partus aanwezig.
- Overleg met gynaecoloog over aanwezigheid bij partus, zie bijlage 5.C.
- Indicaties voor overleg tijdens de baring met de gynaecoloog, zie bijlage 5.D.
- Die patiënten waarvoor continue CTG registratie noodzakelijk is, staan vermeld in bijlage 5.E. Bij de overige patiënten wordt tijdens de baring de foetale conditie bewaakt d.m.v. CTG registratie.
- Indicaties echoscopisch onderzoek door de klinisch verloskundige, zie bijlage 5.F.

Verantwoordelijkheden

- De regie en supervisie van de zorg rond zwangerschap, baring en kraamperiode berust in alle gevallen bij de gynaecoloog.
- De klinisch verloskundige zal de eigen professionele verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening in acht nemen, zoals geregeld in de wet BIG en volgens richtlijnen en aanwijzingen geldend in het ziekenhuis. Voor een aantal handelingen geldt een autorisatie systeem, zie bijlage 5.G.
- Leidraad voor het klinisch handelen zijn de NVOG richtlijnen en de daaruit opgestelde lokale protocollen op het kwaliteitsportaal.
- De klinisch verloskundige wordt geacht het CTG te kunnen beoordelen op basis van haar (aanvullende) opleiding en op basis van het structureel overleg waarbij CTG's met de gynaecologen worden besproken.
- De klinisch verloskundige neemt minimaal 1x/ jaar deel aan de lokale acute verloskunde trainingen.

Samenhangende documenten/literatuur

Nota Acute verloskunde Zorg, zie [http://nvog-](http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectNTG_110=111&fSelectedSub=110)

[documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectNTG_110=111&fSelectedSub=110](http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectNTG_110=111&fSelectedSub=110)

website NVOG voor de richtlijnen www.NVOG.nl

Definitie spoedeisende problematiek

- Abruptio placentae.
- Fluxus ante/ post partum.
- Shock.
- Ernstige CTG-afwijkingen (suboptimaal en/ of terminaal CTG).
- Navelstrengprolaps.
- Schouderdystocie.
- Uterusruptuur.
- Eclampsie.
- Ernstige hypertensie.
- Anderszins bedreiging van vitale functies van patiënt en/of neonaat.

Overleg met de anesthesioloog zonder voorafgaand overleg met gynaecoloog

- Acute situaties bij patiënt die epidurale anesthesie heeft, zoals acute bloeddruk daling, anafylactische reactie.
- Bij onvoldoende pijnstilling na epidurale anesthesie.

Overleg met gynaecoloog over aanwezigheid bij partus bij

- Klinisch opgenomen patiënten.
- Partus prematurus.
- HELLP syndroom/ ernstige PE.
- Intra-uteriene groei retardatie.
- Koorts durante partu.
- CTG-afwijkingen.
- Meconium houdend vruchtwater.
- Te verwachten macrosomie.
- Schouderdystocie in anamnese.
- IUVD.
- Overige situaties naar beoordeling klinisch verloskundige.

Overleg met gynaecoloog tijdens de baring

- Start en manier van inleiden van de baring.
- Bijstimulatie met oxytocine i.v.
- Pijnstilling en sedatie.
- Ontslag direct post partum.

Indicaties voor continue foetale bewaking durante partu

- Verdenking foetale nood.
- Langdurige baring.
- Pijnstilling en/ of sedatie.
- Sectio caesarea in voorgeschiedenis/ littekenuterus.
- Abnormale uterusactiviteit.
- Meconiumhoudend vruchtwater.
- Abnormaal vaginaal bloedverlies.
- Verdenking intra-uteriene infectie.
- Meerling zwangerschap.
- Foetale groeivertraging.
- Partus prematurus.

Indicaties echo-onderzoek door verloskundige

- Echo eerste trimester: vitaliteit, termijn.
- Ligging van de foetus.
- Placenta localisatie.
- Beoordelen hoeveelheid vruchtwater.

Autorisatie voorbehouden handelingen

- Guedel (Mayo-tube) inbrengen bij volwassenen.
- Intravaginaal inbrengen van medicatie.
- COOK ballon inbrengen.
- MBO verrichten.
- Plaatsen van een schedelelektrode.
- Intra-uteriene drukkatheter inbrengen.
- Amnio-infusie.
- Intraveneuze medicatie toedienen via perifeer intraveneuze katheter of injectienaald.
- Via epiduraal katheter medicatie toedienen.
- Epiduraal katheter verwijderen.
- Medicatie toedienen in opgeloste vorm via toedieningsstelsel (perifeer/centraal).
- Bereiden en opstarten Remifentanyl.
- Toedienen bloed producten.

Bijlage 6

Voorbeeld medisch protocol Meconiumhoudend vruchtwater

Versiedatum: 25-12-12 afkomstig uit een academisch ziekenhuis.

Kennisdomein

De aanwezigheid van meconium in het vruchtwater is geassocieerd met perinatale asfyxie en infecties en leidt bij een minderheid van de kinderen tot het meconiumaspiratiesyndroom. Mede hierdoor is het ook geassocieerd met perinatale sterfte.

Diagnostiek

De diagnose meconiumhoudend vruchtwater wordt visueel gemaakt door de obstetrisch hulpverlener. Door de grote inter- en intra-observer variatie ten aanzien van de mate van verontreiniging van het vruchtwater met meconium wordt in het beleid geen onderscheid meer gemaakt in dun of dik meconiumhoudend vruchtwater.

Beleid t.a.v. de partus

- Indien gebroken vliezen à terme zonder weeën, baring inleiden met oxytocine of prostaglandines bij onrijpe portio.
- Continu CTG-bewaking.
- Er is geen evidence dat amnioninfusie voor de indicatie meconiumhoudend vruchtwater de uitkomst verbetert.
- Het uitzuigen mond-neus in de vulva is niet zinvol.
- Het endotracheaal uitzuigen is niet zinvol bij kinderen met een goede start.

Kinderarts

- Bij meconiumhoudend vruchtwater en bijkomende risicofactoren voor een slechte start (reden voor kunstverlossing ivm foetale nood) wordt de kinderarts ten tijde van de partus gevraagd op de VK (reanimatiekamer) aanwezig te zijn.
- Bij slechte Apgarscore bij adequate intubatie-ervaring bij voorkeur intuberen en endotracheaal uitzuigen. Indien er geen intubatie-deskundigheid aanwezig is, (diep) uitzuigen en starten met basic life support door de aanwezige hulpverleners. Dus wel iets doen, ook met masker en ballon.
- Bij meconiumhoudend vruchtwater en verder ongecompliceerde partus zijn geen additionele maatregelen nodig. Bij goede start is consult kinderarts niet nodig.

Observatie

- Indien ongecompliceerde partus en kind met goede start, ontslag na 8 uur als het kind het, door een deskundige geobjectiveerd, goed doet (goed drinkt en goed ademt). Beoordeling en verantwoordelijkheid bij arts-assistent verloskunde/klinisch verloskundige.
- Als de kinderarts in consult is geweest, beslist hij/zij hoe lang het kind moet blijven en of hij/zij het kind voor ontslag nog komt beoordelen. Verantwoordelijkheid aanvragen consult ligt bij de assistent-verloskunde of klinisch verloskundige, tenzij duidelijk is afgesproken dat een verpleegkundige rechtstreeks contact heeft met de kinderarts.

N.B. In de literatuur zijn geen gegevens te vinden over de optimale observatieperiode post partum.

Bevoegdheden klinisch verloskundige

- De klinisch verloskundige begeleidt zelfstandig de partus en observatieperiode.
- De klinisch verloskundige overlegt met de gynaecoloog (i.o.) indien er sprake is van een abnormaal CTG en/of een abnormaal baringsverloop.
- De klinisch verloskundige consulteert de kinderarts bij twijfel over de conditie van het kind, zo lang het kind op de afdeling verblijft.

Bijlage 7

Voorbeeld medisch protocol Zwangerschap en bevalling na voorgaande keizersnede

Versiedatum: 24-10-12 afkomstig uit een academisch ziekenhuis

Probleem

Over de beste manier van bevallen na een eerdere sectio bestaat in de literatuur geen eenduidigheid. De risico's van een 'trial of labour (TOL)', inclusief de kans op een secundaire sectio, moeten worden afgewogen tegen de risico's van een electieve repeat sectio (ERCS). Risico's en kansen zijn voor de individuele patiënte vaak niet precies te geven.

Het huidige protocol is grotendeels gebaseerd op de NVOG-richtlijn 'Zwangerschap en bevalling na een voorgaande keizersnede'.

Prenatale zorg

Consult 2e lijn voor 20 weken voor patiënten van buiten het VSV of bij wie de vorige sectio in een ander ziekenhuis is verricht

- Evaluatie obstetrische voorgeschiedenis en eventueel opvragen relevante gegevens.
- Bespreken wat de verwachtingen van de zwangere mbt de bevalling zijn.
- Korte uitleg over vaginale bevalling versus keizersnede.
- Beslissen of patiënte tot 36 weken in de eerste lijn gecontroleerd kan worden.
- Patiënten uit het eigen VSV, bij wie de voorgaande sectio in het ziekenhuis is verricht, worden na intake door de eerste lijn -met de relevante gegevens en na kennisneming van de verwachtingen van de zwangere zelf mbt de bevalling- besproken op de nieuwe patiëntenbespreking. Hierna wordt in gezamenlijk overleg besloten of patiënte in de 2e lijn gezien moet worden. Zo niet, dan wordt zij bij 36 weken door de 2e lijn overgenomen.

Indien SEO wordt verricht: placentaallocalisatie en indien laagliggend retour voor echoscopisch onderzoek bij 30-34 weken.

Indien geen SEO wordt verricht: placentaallocalisatie rond 30 weken.

Overname zorg rond 36 weken

Counselingsgespek over manier van bevallen als er geen contra-indicatie is voor vaginale partus. Beoordelen of patiënte tot 40 weken in de eerste lijn (van eigen VSV) gecontroleerd kan worden. Bij in partu komen valt zorg wel direct onder verantwoordelijkheid 2e lijn, dus patiënte belt als zij denkt in partu te zijn naar de 2e lijn en wordt beoordeeld in 2e lijn.

Absolute contra-indicaties voor vaginale partus bij levend kind

- ≥ 3 sectio's in VG.
- Uterusruptuur in VG.
- Klassieke sectio in VG.
- T incisie in VG.
- Myoomenucleatie met openen van het cavum.

Inhoud counselingsgesprek

- De volgende risico's worden afgewogen en besproken en afgevinkt in MOSOS (medische notities/VBAC-gesprek):
- Kans op een geslaagde vaginale baring na een trial of labour (60-80%).
- Kans op een uterusruptuur (0.5-1.0% bij spontane weeën).
- Verhoogde kans op uterusruptuur als weeën stimulerende middelen worden gebruikt.
- Een algemene discussie over risico's en voordelen van een sectio.
- Informeren naar eventuele wens tot een volgende zwangerschap en dit in de beslissing laten meewegen.
- Risico op een placenta praevia en/of accreta in een volgende zwangerschap indien primaire sectio wordt overwogen.
- Genomen besluit betreffend trial of labour of electieve sectio.
- Eventueel: mogelijkheid sterilisatie.
- Beleid als patiënte eerder in partu komt dan de geplande datum van een electieve sectio.

Bij indicatie beëindigen van de zwangerschap

Als er een indicatie is voor het beëindigen van de zwangerschap wordt overlegd met de supervisor en worden de voor- en nadelen van inleiding met de zwangere besproken. Hierna wordt een beslissing genomen over de methode van inleiding of het verrichten van een primaire sectio.

Zorg rondom de partus

Electieve sectio

Niet plannen voor AD 39 weken, tenzij er een duidelijke reden is (altijd overleg supervisor).

Trial of labour

De belangrijkste symptomen (alhoewel weinig specifiek) van een uterusruptuur zijn: CTG-afwijkingen, pijn tussen de weeën door, maternale tachycardie, hypotensie, hematurie, pijn ter plaatse van het oude litteken, vaginaal bloedverlies, onrust en verlies van indaling.

- Patiënten met SC litteken die bellen met klachten, worden in principe gezien en zo niet, wordt de overweging hiervoor in MOSOS genoteerd.
- Vanaf moment dat patiënte in partu is vindt continue CTG-registratie plaats.
- Vanaf moment dat patiënte in partu is krijgt zij een i.v. toegangsweg (infuus).
- Partogram wordt bijgehouden.
- Bij afwijkend CTG komt supervisor patiënte mee beoordelen (NB bij uterusruptuur zijn CTG-afwijkingen vaak eerste symptoom). De beslissing om een MBO te doen wordt weloverwogen gemaakt en deze overwegingen worden in MOSOS gedocumenteerd.
- Bij een indicatie voor bijstimulatie komt supervisor mee beoordelen en wordt de beslissing hiertoe in samenspraak met patiënte gemaakt en worden de overwegingen in MOSOS genoteerd.

NB er is geen contra-indicatie voor epidurale anesthesie.

Onderstaande punten kunnen gevonden worden in MOSOS, notities, medisch, VBAC gesprek

Counselingsgesprek	Datum: Arts:
Kans op geslaagde vaginale baring	
Kans op uterusruptuur	
Beleid t.a.v. gebruik weeënstimulerende middelen	
Algemeen voor- en nadelen sectio	
Wens tot volgende zwangerschap	
Risico op placenta praevia en/of accreta als electieve sectio wordt overwogen	
Beleid als patiënte eerder in partu komt dan geplande datum sectio	
Eventuele wens tot sterilisatie	
BESLUIT	Trial of labour / electieve sectio
Bijzondere afspraken	

Verantwoordelijkheden voor klinisch verloskundige/arts-assistent

Ten tijde van counselingsgesprek

- Indien er sprake is geweest van een primaire sectio in een vorige zwangerschap, dan kan de verloskundige het counselingsgesprek zelfstandig uitvoeren, waarna dit consult wordt nabesproken met de op dat moment op de polikliniek verantwoordelijk gynaecoloog.
- Indien er sprake is geweest van een secundaire sectio in de vorige zwangerschap wordt de verantwoordelijk gynaecoloog ten tijde van het consult betrokken en wordt patiënte ook door hem/haar gezien.
- Indien patiënte vaginaal bevallen is na een eerdere sectio, kan de klinisch verloskundige het counselingsgesprek zelfstandig uitvoeren.

Ten tijde van de baring

- De klinisch verloskundige brengt de dienstdoend arts-assistent op de hoogte van het feit dat patiënte in partu is.
- Wanneer de dienstdoend gynaecoloog wordt gewaarschuwd staat beschreven in bovenstaande.