

Transmuraal protocol POP



Afspraken tussen verloskundigen welke lid zijn van het VSV Zwolle e.o.,
de gynaecologenmaatschap, de POP-poli en aanverwante hulpverleners, de diabetespoli
en de maatschap kindergeneeskunde Isala Zwolle

Protocol opgesteld met medewerking van:

Marieke Knol (gynaecoloog)
Fleur Emmink-Boersma (ziekenhuisarts verloskundige)
Jeroen Dijkstra (gynaecoloog)
Sylvia Bakker (1^e lijns verloskundige)
Wietske van Schaik (1^e lijns verloskundige)
Manon Wesselink (1^e lijns verloskundige)

Inhoud

1. Inleiding
2. Doel van dit protocol
3. Afkortingen
4. Definities
 1. Psychische- en psychiatrische aandoeningen (in anamnese)
 2. Middelengebruik
 3. Complexe sociale situatie
 4. Gesensibiliseerde groep / at risk
5. Beleid
 1. Preconceptieel
 2. Zwangerschap
 - a. Eerste lijn
 - b. Tweede lijn
 3. Partus
 - a. Eerste lijn
 - b. Tweede lijn
 4. Postpartum
 - a. Eerste lijn
 - b. Tweede lijn
6. Sociale kaart
7. Bronnen
8. Bijlages: Stroomdiagrammen

1. Inleiding

Psychiatrische aandoeningen zijn een vaak voorkomend verschijnsel in de zwangerschap. Daarnaast kunnen psychische klachten door de zwangerschap worden uitgelokt of verergerd. Een goede (multidisciplinaire) begeleiding van deze groep vrouwen heeft als doel klachten beheersbaar te maken, verergering van symptomen te voorkomen, goed voorbereid de bevalling in te gaan en de gevolgen van een psychiatrische aandoening in het kraambed te verminderen. Daarnaast vermindert het de kans op negatieve gevolgen voor het kind en optimaliseert het de kans op een goede ouder-kind binding.

Naast patiënten met een psychiatrische ziekte of psychische klachten (in de voorgeschiedenis) worden binnen het POP protocol ook vrouwen begeleid die extra aandacht behoeven zoals na een traumatisch ervaren eerdere baring, bij verslavingsproblematiek of vrouwen die zich in een complexe sociale situatie bevinden. Het POP team bestaat uit verloskundigen eerste en tweede lijn, gynaecologen, psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen, kinderartsen, maatschappelijk werkers, klinisch psycholoog, anesthesist, fysiotherapeut, verpleegkundigen van het VSO en een ziekenhuisapotheker. De namen van de aanspreekpunten staan onder aan dit protocol. Voor landelijke informatie voor patiënten en professionals kan verwezen worden naar www.lkpz.nl.

2. Doel

Doel van dit protocol

Definiëren van de doelgroep, informatie verstrekken aan zorgverleners ten aanzien van de pathologie en risico's die horen bij deze doelgroep. Beschrijven van screening op psychopathologie/sociale problematiek. Werkafspraken tussen eerste en tweede lijn over de plaats van controle en bevalling van patiënten uit deze groep.

Doel van de POP-poli

De zorg rondom de patiënte vanuit het multidisciplinaire standpunt op te zetten en te coördineren zowel prenataal, nataal als postnataal. Deze zorg op individueel niveau afstemmen op de patiënte als ook de verwijzer en als consulent advies verschaffen aan de verwijzer. Hierbij is het goed om te realiseren dat de POP-poli bestaat uit 3 afzonderlijke specialisaties welke intensief samenwerken: de zorgverleners op de obstetrische poli/verloskundige praktijken, de psychiaters op de psychiatrische poli en de kindergeneeskundigen.

3. Afkortingen en begrippen

BJZ	Bureau jeugdzorg.
CPV-er	Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige
CJG	Centrum Jeugd en Gezin: valt vanaf 2016 onder Het Wijkteam en GGD.
DBC	Diagnose Behandel Combinatie, financieel registratiesysteem in ziekenhuizen.
DOA screening	Drugs Of Abuse screening
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (therapie bij traumaverwerking)
GUO-1	Geavanceerd Ultra-geluid Onderzoek type 1 (op indicatie ipv SEO)
HELLP	Hemolyse, Elevated Liverenzymes, Low platelets, ziektebeeld passend bij pre-eclampsie.
i.a.	in anamnese
LKPZ	Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap
MMW	Medisch Maatschappelijk Werk
NVOG	Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie
PCA	Patient Controlled Anesthesia, pijnpompje
POP-poli	Psycho- Obstetrisch- Pediatrisch poli
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis.
Rooiboek	Maandelijks overleg tussen gynaecologen en kinderartsen over beleidsvoering post partum bij patiënten met bijv. medicatiegebruik
SSRI	Selectieve Serotonine Heropname Remmer (re-uptake inhibitor)
TCA	Tricyclische antidepressiva
TC	Telefonisch Consult
UHP	Uit Huis Plaatsing
VeiligThuis	Voorheen AMK, instantie welke de zorgmelding verwerkt en inhoud geeft.
VSO	Verpleegkundig Spreekuur Obstetrie
VOTS	Voorlopige Onder Toezicht Stelling (http://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1265176033.ppt)

4. Definities

1. Psychische- en psychiatrische aandoeningen (in anamnese)

- *Depressie*

Ongeveer 10 – 20% van alle vrouwen ervaart depressieve klachten tijdens de zwangerschap of in de eerste 3 maanden na de bevalling. Vooral in het kraambed is de kans om voor het eerst of opnieuw depressief te worden het grootst. Het herhalingsrisico na een eerdere postpartum depressie is 40 – 60%. Een postpartum depressie is niet ongevaarlijk (suicide risico). Er is een verhoogd risico op een depressieve aandoening bij:

 - depressieve klachten in het verleden
 - angstklachten (in het verleden)
 - stressvolle gebeurtenis
 - complicaties tijdens voorgaande zwangerschap of bevalling
 - gebrek aan steun uit de omgeving
 - positieve familie anamnese voor psychiatrische aandoeningen
- *Angst en paniekstoornis*

Een angststoornis komt vaak voor in combinatie met een paniekstoornis en/of OCD (obsessief-compulsieve stoornis = dwangstoornis) en ontstaat door een combinatie van biologische, sociale en psychische stoornissen. Soms is de aanleiding een (traumatische) gebeurtenis, vaker zien we een geschiedenis van angst en onzekerheid. We onderscheiden de volgende angststoornissen:

 - sociale fobie
 - specifieke fobie
 - paniekstoornis (evt. met agorafobie = straatvrees)
 - obsessieve-compulsieve stoornis
 - gegeneraliseerde angststoornis (piekerstoornis = meest voorkomend, 4,5% van de Nederlandse bevolking)
 - posttraumatische stress-stoornis, zie hieronder.
 - acute stress stoornis (bijvoorbeeld na een auto ongeluk tijdens de zwangerschap)

- *Posttraumatische stress stoornis*

De kans dat een vrouw na haar bevalling een PTSS ontwikkelt is 1,5-2%. Het is een veel voorkomende diagnose op de POP poli. De angsten uiten zich in het steeds weer herbeleven van de gebeurtenis, bijvoorbeeld door opdringende herinneringen of nachtmerries. Uitlokkende factor kan een vorige bevalling zijn, maar ook lichamelijk of seksueel misbruik. Behalve tot herbeleving leidt een PTSS ook tot het vermijden van prikkels die bij het trauma horen en het continu ervaren van een verhoogde prikkelbaarheid (zich uitend in slaapproblemen, overdreven waakzaamheid en schrikkerig gedrag). Risicofactoren voor het ontwikkelen van een PTSS zijn spoedsectio, vacuümextractie maar ook pre-eclampsie/eclampsie, HELLP, vroeggeboorte en zwangerschapsafbreking, bijv. vanwege congenitaal afwijkend kind. Toch komt PTSS in absolute aantallen het meest voor bij vrouwen die een spontane vaginale baring hebben gehad waar medisch gezien geen complicaties of onverwachte situaties zijn opgetreden. Belangrijk is om onderscheid te maken tussen “fysiologische” angst/verwerking en een PTSS.

- *Post partum psychose*

De prevalentie is laag maar het is een ernstig ziektebeeld met hoge mortaliteit en morbiditeit voor moeder en kind en met een hoog herhalingsrisico indien er geen preventieve maatregelen worden genomen. De incidentie is 1-2:1000 bevallingen (3-8 patiënten in regio Zwolle per jaar). Vrouwen met een bipolaire stoornis in eigen of in de familie anamnese hebben een sterk verhoogd risico op het oplopen van een kraambedpsychose (tot 40%). Verschijnselen: slaapstoornis, onrust, achterdocht, verwardheid, wanen/hallucinaties, wisselend bewustzijn, depersonalisatie en of derealisatie. Omdat er hallucinaties zijn die gericht kunnen zijn op de neonat, is er een kans dat het kind in gevaar is maar ook dat de patiënte een suicide-poging onderneemt. Het herhalingsrisico tijdens een volgend kraambed als het niet adequaat (preventief) wordt behandeld is 75-80%.

2. Middelengebruik

Hierbij is er sprake van alcohol-, drugs- of medicatiegebruik die de neonat (ernstige) schade kunnen berokkenen. Soms gaat het om vrouwen zonder vast woonadres waarbij er vaak sprake is van een onregelmatig bestaan en psychiatrische problematiek. Het kan ook om zwangeren gaan waarbij er sprake is van een laag sociaal-economische situatie of beperkt IQ. Voor deze groep zwangeren is het moeilijk hun leefstijl te veranderen, ondanks intensieve begeleiding. Kenmerkend hierbij is dat ze adviezen niet opvolgen, afspraken niet nakomen en hulpmijndend gedrag vertonen. In dergelijke situaties ontstaat voor hulpverleners een spanning tussen het niet (kunnen) aanbieden van goede zorg (voorkomen van blijvende gezondheidsschade bij de foetus en organiseren van een veilige leefomgeving) en het respecteren van de eigen keuzes van deze vrouwen. Een goede handleiding over hoe om te gaan met verslaving in de zwangerschap is te vinden op: http://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1318230109.pdf
Het Nederlands instituut voor alcohol-beleid heeft een goede presentatie over alcohol en zwangerschap en over het foetaal alcohol syndroom. Zie hiervoor http://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1266580220.pdf

3. Complexe sociale situatie

- tienerzwangerschap
- huiselijk geweld
- ernstige financiële of sociale problemen (lage sociaal-economische situatie)
- eerdere VeiligThuis-melding of bekendheid bij het Wijkteam
- patiënte zelf of eerdere kinderen onder toezicht van jeugdzorg of voogd
- prostitutie
- ouders met verstandelijke beperking

4. Gesensibiliseerde groep / at risk

- langer durende onvruchtbaarheid en/of fertiliteitstraject
- eerder verlies van een kind of zwangerschap, herhaalde miskramen
- medisch gecompliceerd beloop van huidige of eerdere zwangerschap of beloop als traumatisch ervaren.

5. Beleid

Preconceptioneel

In beeld brengen van de problematiek en betrokken hulpverleners. Indien er medicatie gebruikt wordt in overleg met de behandelend (psychiatrisch) arts bekijken of de juiste medicatie ingezet is en of een overstap naar een voorkeursmedicatie zinvol en wenselijk is. Optimaliseren/stabiliseren van het (psychiatrische) ziektebeeld door desgewenst een preconceptioneel advies consult bij de gynaecologie of psychiatrie af te spreken.

Zwangerschap

Algemeen

Tijdens de intake in eerste dan wel tweede lijn zal aandacht zijn voor de psychische en sociale status en zal geïnformeerd worden naar middelengebruik. Onderstaande vragen zullen standaard onderdeel zijn van de intake:

Anamnese:

- Voorgeschiedenis: Ben je nu of in het verleden onder controle geweest bij een psycholoog, psychiater of maatschappelijk werk? Zo ja: Wanneer, aanleiding, diagnose, medicijn gebruik?
- Heb je te maken gehad met negatieve seksuele ervaring of een vervelende ervaring tijdens een inwendig onderzoek?
- Medicatiegebruik: Wie heeft deze voorgeschreven? (Wie heeft de regie)
- Hulpverlening: Heb je te maken gehad met instanties zoals jeugdzorg of schuldhulpverlening?
- Intoxicaties: Roken, alcohol, drugs?
- Sociale anamnese: Opleidingsniveau, werk. Heb je wel eens te maken gehad met huiselijk geweld?
- Familie anamnese: Komen er psychiatrische problemen voor bij je vader, moeder, broers en/of zussen?

Casemanager, bevalplan, informatieverstrekking

Behalve de standaard verloskundige zorg is het voor deze doelgroep extra belangrijk dat er een casemanager aangesteld wordt welke het overzicht houdt. De casemanager faciliteert het proces van begeleiding van de zwangere en documentatie zodat alle betrokken zorgverleners goed op de hoogte zijn. Onder de taken van een casemanager kan gedacht worden aan de volgende punten.

- Kraamzorg tijdens de zwangerschap al informeren dat het gaat om een kwetsbare zwangere.
- Op indicatie rond 34 weken (en bij voorkeur eerder) een schriftelijke informatieoverdracht van het beleidsplan van eerste naar tweede lijn en vice versa. Hiervoor wordt informed consent gevraagd van de cliënt/patiënt welke genoteerd zal worden in het patiëntendossier. Met name bij een sociale indicatie is het aan te raden in de overdracht duidelijk het advies te noteren voor het post partum beleid met betrekking tot moeder-kind interactie. Tevens zullen belangrijke telefoonnummers van betrokken instanties hierin vermeld worden.
- De verloskundig zorgverlener/casemanager zal het maken van een beval- en signaleringsplan stimuleren en er samen met de cliënt zorg voor dragen dat deze bekend is bij de betrokken zorgverleners tijdens de baring en de post partum periode.

Welke POP-patiënten mogen waar begeleid worden

Cliënten met problematiek die in de eerste lijn begeleid kunnen worden

- Antidepressiva (mono-therapie) gebruik, die al langere tijd stabiel zijn.
- Onder controle van een psycholoog, psychiater of psychotherapeut en al langere tijd stabiel.
- Psychiatrische klachten hebben (gehad), angst en/of paniek of een traumatische ervaringen hebben gehad waarbij de verloskundige zich bekwaam voelt om de cliënte te begeleiden. Eventueel in samenwerking met andere 1^e lijns zorgverleners.

Cliënten met problematiek waarbij (telefonisch) overleg met het POP-team overwogen moet worden.

- Cliënten die een angst- en/of paniekstoornis hebben welke tijdens de partus een hoge kans hebben op decompensatie of een pijnstillingsverzoek. Ter reductie van de angst kan een eenmalig gesprek aangeboden worden op de POP-poli welke gecombineerd kan worden met een gesprek op het verpleegkundig spreekuur (VSO) waarbij er ook een rondleiding op de afdeling kan plaatsvinden.
- Cliënten die een traumatische ervaring hebben gehad tijdens een vorige zwangerschap, bevalling en/of kraambed waarbij er behoefte is de vorige partus te bespreken, de 1^e lijns verloskundige zich niet bekwaam voelt óf in samenspraak met de tweede lijn een bevalplan op wil stellen.
- Cliënten waarbij meerdere zorginstanties hulp bieden (overleg met tweede lijn sterk aan te raden).

- Cliënten welke zich in een lastige sociale situatie bevinden denkend aan huiselijk geweld, huisvesting, zwakbegaafdheid, eerder uit huis geplaatste kinderen en eerder voogdijschap over patiënte zelf of oudere kinderen van hetzelfde gezin. Hierbij is het de taak van de verloskundige dat hij/zij zich goed op de hoogte stelt van de zorg die al geregeld is en welke nog geregeld moet worden. Als er eerder een uit huis plaatsing heeft plaatsgevonden of er is eerder voogdij geweest over patiënte zelf of één van de oudere kinderen dan zal tenminste eenmaal tijdens de zwangerschap overleg gepleegd moeten worden met bureau jeugdzorg.
- Tienerzwangerschappen. Hierbij moeten de volgende punten goed in kaart worden gebracht vóór de a-terme periode:
 - waarborgen van de veiligheid van de neonaat.
 - sociaal netwerk, (24uurs) opvang thuis voor in kraambed (ten minste eerste 4 dg post-partum).
 - huisvesting, financiële middelen.
 - begeleiding passend bij de leeftijd en sociale situatie, denkend aan NCJ-Voorzorg/ Vroeghulp, prenataal zorgteam, sociaal wijkteam, en bij moeizame sociale situatie met zwakbegaafdheid: JP vd Bent, Stichting MEE
- Cliënten waarbij een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is. Dit kan ook op het multidisciplinair POP overleg besproken worden. Naast het maken/bespreken van de melding is het een advies om de tweede lijn van de situatie op de hoogte te brengen omdat er vaak een poliklinische partus zal plaatsvinden.

Eenmalig consult of bespreken op het multidisciplinair POP overleg

Als er sprake is van een meer gecompliceerde casus of als er twijfel is over een medische indicatie, kan er gebruik worden gemaakt van een eenmalig consult om advies in te winnen. Hierbij wordt de patiënte verwezen naar de obstetrische POP-poli en zal de gynaecoloog of de klinisch verloskundige die onderdeel uitmaakt van het POP-team samen met de patiënte en in overleg met de eerste lijn een advies en zo nodig een behandelplan opstellen. De verslaglegging van dit consult is schriftelijk.

Ook kan er telefonisch overlegt worden met een psychiater van het POP-team door te bellen naar het secretariaat van de psychiatrie. Een verwijzing vanuit de eerste lijn naar een psychiater welke verbonden is aan de POP-poli moet gedaan worden door de huisarts of door de arts-assistent/gynaecoloog (verloskundigen mogen helaas niet verwijzen naar de (klinisch) psychiater in verband met landelijke afspraken rondom het declaratiesysteem van de GGZ). De patiënte zou dit kunnen regelen via haar huisarts, of de patiënte mag ingestuurd worden naar de obstetrische (POP-)poli om door de arts aldaar verwezen te worden. Mocht een cliënte vanuit de eerste lijn rechtstreeks doorverwezen worden naar de psychiatrie, is het goed om te realiseren dat die cliënte dan niet automatisch bekend is op de obstetrische POP-poli. Een verwijzing naar de psychiater, ook als dit vanuit de tweede lijn gebeurt, zal ten koste gaan van de eigen bijdrage/ eigen risico van de cliënt.

Er kan ook gebruik worden gemaakt van het maandelijks multidisciplinair POP-overleg waarbij o.a. de eerste lijn, de medisch specialisten verbonden aan de POP-poli en medisch maatschappelijk werk aanwezig zijn. Hierbij worden casus ingebracht door de eerste en tweede lijn. Een behandelplan zal tezamen opgesteld worden door de verschillende disciplines en zo nodig bij een volgende bespreking geëvalueerd worden. Van dit maandelijks multidisciplinair POP overleg worden aantekeningen gemaakt in het EPD van de desbetreffende patiënte.

Cliënten met problematiek waarbij een overdracht naar het POP-team geïndiceerd is.

- Polyfarmacie (meerdere psychiatrische medicamenten)
- Lithiumgebruik of overige antipsychotica
- Instabiele psychische status
- Psychische of sociale problematiek welke in de eerste lijn niet te begeleiden zijn.
- Middelen gebruik of verdenking hiervan excl. roken
- Iedere patiënte waarbij de verloskundige zich niet (langer) veilig of bekwaam voelt om de begeleiding te doen ongeacht de achtergrond van de patiënte.

Zwangerschap: Behandelplan eerste lijn

Bij alle kwetsbare zwangeren een casemanager aanstellen en adviseren om een geboortepan op te stellen. Kraamzorgbureau informeren en op indicatie bij 34 weken een beleidsplan doorgeven aan de tweede lijn. Doorverwijzen naar een psycholoog buiten het ziekenhuis kan overwogen worden.

Indien een melding bij VeiligThuis gedaan moet worden is het raadzaam om af te wegen of het verstandig is dat de behandelend verloskundig hulpverlener zelf de melding doet omdat dit de verstandhouding/relatie met de cliënte kan verstoren. Er kan overwogen worden dit door een collega te laten verrichten.

- ***Cliënten met psychofarmaca gebruik, psychiatrische aandoening (i.a.) en/of begeleiding door een psychiater/psycholoog tenminste:***
 - Inventarisatie medicatie, welke medicatie en door wie voorgeschreven? Wie controleert de medicatie in de zwangerschap.
 - Consult regelen met de arts die de medicatie voorschrijft (huisarts of psychiater) met vraag of medicatie aangepast moet worden.
 - Regelen van GUO-I bij 18-20 weken (hoeft niet bij SSRI gebruik), bij twijfel over de indicatie overleggen met de perinatoloog.
 - Voorlichting geven over gebruik van deze medicatie en effecten op de baby.
 - Mogelijkheid borstvoeding bespreken, zo nodig in overleg met tweede lijn.
 - Let op: lithium-gebruik is een tweedelijns indicatie.
- ***Cliënten met traumatische, dan wel ingrijpende, fertiliteit-, zwangerschaps- of bevallingservaringen***
 - In kaart brengen: wat is het pijnpunt, wat is de impact, wat heeft de zwangere zelf al gedaan.
 - Ruimte en tijd creëren.
 - Zorgpad afstemmen.
 - Eventueel begeleiding eerste lijns psycholoog (zie onderaan dit document voor namen), bij (aanwijzing voor) PTSS laagdrempelig consult psycholoog, voor evt EMDR behandeling in de zwangerschap.
 - Bij angst rondom (ziekenhuis)bevalling: eenmalig consult tweedelijns POP-poli overwegen.
- ***Cliënten met middelen gebruik (alcohol en/of drugs) of verdenking hiervan***
 - Inventarisatie welke middelen, hoe lang en hoe vaak.
 - Welke hulpverleners zijn in beeld.
 - Urine drugs test (DUO), hiervoor zn doorverwijzing naar tweede lijn. Bij positieve test doorverwijzen/overname naar tweede lijn. Dit geldt ook voor cannabis.
 - Beleid bij roken: verwijzing naar VSV protocol 'roken in de zwangerschap'.
- ***Cliënten met een complexe sociale situatie tenminste:***
 - In kaart brengen welke zorgverleners betrokken zijn bij het gezin. Contact met hen zoeken en zorg zo goed mogelijk op elkaar afstemmen.
 - Sociaal netwerk in kaart brengen.
 - Veiligheid voor het (ongeboren) kind inschatten en bij twijfel extra begeleiding inschakelen. Mocht de cliënt dit weigeren dan een VeiligThuis melding sterk overwegen.

Behandelplan tweede lijn (zie ook stroomdiagram)

Van alle zwangeren die gezien worden op de POP poli wordt rond 34 weken contact gezocht met de eerstelijns verloskundig hulpverlener om informatie te verstrekken over de cliënt. Er is een voorkeur voor papieren terugkoppeling.

- ***Patiënten met psychofarmaca gebruik, psychiatrische aandoening (i.a.) en/of begeleiding door een psychiater:***
 - Consult naar psychiater verbonden aan POP en dit beleid noteren in het dossier.
 - Consult psychiatrisch MMW overwegen bij gecombineerde psychiatrische en sociale problematiek. Vaak kan de psychiater een gezamenlijke intake doen met MMW. Schrijf dit expliciet op het consultformulier. Psychiatrisch MMW kan geen geïsoleerd consult verrichten zonder dat de patiënt gezien wordt door de psychiater omdat ze niet zelfstandig een DOT kunnen openen.
 - Overweeg een consult bij MMW welke verbonden is aan de gynaecologie als de psychiatrie niet op de voorgrond staat of de patiënte niet naar de psychiater wil, maar er wel sprake is van een moeizame sociale situatie. Consult t.n.v. MMW en daarin vermelden dat het om een POP-patiënte gaat.
 - Overweeg een consult bij de (klinisch) psycholoog als er geen sprake is van medicatiegebruik maar wel behoefte is aan psychische begeleiding (bijvoorbeeld traumaverwerking). Namen van eerstelijns psychologen staan onder aan dit document.

- GUO I bij 18-20 weken afspreken bij medicatiegebruik (hoeft niet bij SSRI gebruik).
- Beleid postpartum wordt duidelijk onder “beleid” in het dossier vastgelegd. Bespreken op nieuwe zwangere bespreking.
- Bij multifarmaca gebruik de patiënte bespreken op Rooiboek zodat beleid post-partum en evt. geven van borstvoeding is vastgelegd.
- Alle POP-patiënten verwijzen naar het VSO. Het VSO bespreekt of er behoefte is aan het maken van een bevalplan, waar de kraamzorg geregeld is en neemt (indien nodig) contact op met kraamzorg om kraambed voor te bereiden.
- Eventueel casus inbrengen in het maandelijks multidisciplinair POP overleg. Dit overwegen bij gecompliceerde psychiatrische dan wel/en sociale casuïstiek.
- Bij milde psychiatrie kan overwogen worden de controles te combineren met de eerste lijn en/of een poliklinische partus na te streven.
- **Patiënten met traumatische, dan wel ingrijpende, fertiliteit-, zwangerschaps- of bevallingservaringen**
 - In kaart brengen van het trauma/gebeurtenis, de al geleverde zorg en de verwachtingen van de patiënte. Bevalplan maken waarbij de patiënte zich gehoord voelt, maar welke medisch verantwoord en realistisch is.
 - Eventueel consult (klinisch) psycholoog i.v.m. traumaverwerking/ EMDR.
 - Zo nodig haptonoom. Consult versturen naar de fysiotherapie t.n.v. Elly Daamen/haptonomie. Leg aan de patiënte uit dat de haptonomie onder de fysiotherapie valt en zij dus een rekening krijgt van de fysiotherapie die eventueel vergoed kan worden door haar verzekering.
 - Controles: individualiseren. Na een aantal gesprekken kan overwogen worden de controles te combineren met of weer volledig te laten plaatsvinden in de eerste lijn of/en een poliklinische partus na te streven.
 - Beleid postpartum wordt duidelijk onder “beleid” in het dossier vastgelegd, met schriftelijke terugkoppeling naar 1^e lijn.
 - Patiënten verwijzen naar het VSO. Het VSO bespreekt met de patiënte of er behoefte is aan het maken van een bevalplan. VSO bespreekt met patiënt waar de kraamzorg geregeld is en neemt zo nodig contact op met kraamzorg om kraambed voor te bereiden.
 - Eventueel casus inbrengen in het maandelijks multidisciplinair POP-overleg
- **Patiënten met middelen gebruik (alcohol, drugs) tenminste:**
 - Let op: drugsgebruik (ook cannabis) is vaak een signaal dat de patiënte psychisch en/of sociaal niet goed in haar vel zit. Bij drugsgebruik is het dus van belang door te vragen naar de sociale en emotionele situatie, vroegere behandelingen/diagnoses, etc.
Doel: Veiligheid voor het (ongeboren) kind inschatten en bij twijfel extra begeleiding inschakelen. Mocht de cliënt dit weigeren dan een VeiligThuis melding sterk overwegen.
 - Consult psychiater op indicatie (vraag gericht naar psychiatrische voorgeschiedenis).
 - Consult bij MMW (‘verplicht’):
 - Consult psychiatrisch MMW overwegen bij gecombineerde psychiatrische problematiek en drugsgebruik. Vaak kan de psychiater een gezamenlijk intake doen met hun MMW. Schrijf dit expliciet op het consultformulier. De psychiatrisch MMW kan geen geïsoleerd consult verrichten zonder dat de patiënt gezien wordt door de psychiater omdat ze niet zelfstandig een DOT kunnen openen.
 - Overweeg een consult bij het MMW welke verbonden is aan de gynaecologie als de psychiatrie niet op de voorgrond staat of de patiënte niet naar de psychiater wil, maar er wel sprake is van een moeizame sociale situatie.
 - Alle patiënten verwijzen naar het VSO. Het VSO bespreekt met de patiënt of er behoefte is voor het maken van een bevalplan, waar de kraamzorg geregeld is, of alle babyspullen gekocht zijn en neemt zo nodig contact op met kraamzorg om kraambed voor te bereiden.
 - Naast routine lab Hepatitis-C bij prostitutie of intraveneus drugsgebruik (in verleden) afnemen.
 - GUO I bij 18-20 weken of alsnog indien patiënte later wordt gezien.
 - Rooiboek bespreking ten aanzien beleid neonaat post-partum: observatie op kinderafdeling? Borstvoeding? Dit beleid vervolgens ook terugkoppelen naar de eerste lijn.
 - Altijd casus inbrengen in het maandelijks multidisciplinair POP overleg
 - Indien Veilig Thuis melding in de zwangerschap, dan duidelijk beleid post partum afspreken en eerste lijn op de hoogte brengen/zw-kaart toesturen met toestemming van de patiënte

- Bij roken: zie VSV Protocol 'Roken in de zwangerschap'
- DOA-screening (at random urinecontrole op afbraakproducten):
 - Elk trimester indien drugsverslaafd in huidige zwangerschap
 - Indien binnen 1 jaar zwanger na staken middelenmisbruik: eenmalig DOA bij intake, indien positief elk trimester herhalen.
 - Indien > 1 jaar geen middelenmisbruik meer: geen DOA screening

Procedure DOA: bij twijfel aan eigen urine: zwangerschapstest uitvoeren op ingeleverde urine. De procedure bij DOA-screening: laat de patiënte urine opvangen in de WC in de wachtkamer, tegenover de balie. De secretaresse weet dat het om warme urine moet gaan. Uitslag duurt 5-8 werkdagen. Bij een positieve uitslag wordt dit doorgegeven aan het MMW waar patiënte bekend is omdat dit invloed zal hebben op de intensiteit van de begeleiding die patiënte thuis gaat ontvangen.

- **Patiënten met een complexe sociale situatie tenminste:**
 - Doel: Veiligheid voor het (ongeboren) kind inschatten en bij twijfel extra begeleiding inschakelen. Mocht de cliënt dit weigeren dan een VeiligThuis melding sterk overwegen.
 - Controles: individualiseren
 - Consult maatschappelijk werk:
 - Consult psychiatrisch MMW overwegen bij gecombineerde psychiatrische en sociale problematiek. Vaak kan de psychiater een gezamenlijk intake doen met hun MMW. Schrijf dit expliciet op het consultformulier. De psychiatrisch MMW kan geen geïsoleerd consult verrichten zonder dat de patiënt gezien wordt door de psychiater omdat ze niet zelfstandig een DOT kunnen openen.
 - Overweeg een consult bij het MMW welke verbonden is aan de gynaecologie als de psychiatrie niet op de voorgrond staat of de patiënte niet naar de psychiater wil, maar er wel sprake is van een moeizame sociale situatie.
 - Noteer het (vaak uitgebreide) beleid in het dossier
 - Laagdrempelig casus inbrengen in het maandelijks multidisciplinair POP overleg
 - Na een aantal gesprekken kan overwogen worden de controles te combineren met of weer volledig te laten plaatsvinden in de eerste lijn of/ en een poliklinische partus na te streven als dit in het voordeel is van de patiënte. Hierbij is het belangrijk de coördinatie van de zorg rondom dit gezin als prioriteit te beschouwen.
 - Patiënte verwijzen naar het VSO tenzij er een terugverwijzing naar de eerste lijn volgt. Het VSO bespreekt met de patiënt of er behoefte is voor het maken van een bevalplan, waar de kraamzorg geregeld is en neemt (indien nodig) contact op met kraamzorg om kraambed voor te bereiden
 - Indien Zorgmelding in de zwangerschap duidelijk beleid post partum afspreken en eerste lijn op de hoogte brengen/zw-kaart toesturen met toestemming van de patiënte

Partus

Behandelplan eerste lijn

- Bij psychofarmaca gebruik, ongeacht of er sprake is van mono- of multi-farmaca, is er een kans van 1:10.000 op PPHN: *Persisterende Pulmonale Hypertensie bij de Neonaat*. Het is een zeldzame maar zeer ernstige aandoening waarbij beademing van de neonaat niet of nauwelijks lukt met mogelijk de dood tot gevolg. Om die reden wordt vanuit het LKPZ en de NVOG een medium-risk dan wel een klinische partus geadviseerd om zo nodig een directe opvang door de kindergeneeskunde te garanderen.
- Streven naar continue begeleiding, let op het bevalplan.
- Cliënten met een complexe sociale situatie tenminste: streven naar continue begeleiding. Medium risk partus (B-D) op sociale indicatie indien nodig.
- Cliënten met traumatische, dan wel ingrijpende, fertiliteit-, zwangerschaps- of bevallingservaringen streven naar continue begeleiding. Duidelijke communicatie over de situatie en het te verwachten beloop. Laagdrempelig pijnstilling overwegen zodat de cliënte de controle kan behouden.

Behandelplan tweede lijn

Algemeen: als een patiënt uit het POP protocol opgenomen wordt, geef dan duidelijk in de overdracht aan wat de reden is dat patiënte in het POP zit. Let op de afspraken in HIX en in het bevalplan.

- Patiënten met psychofarmaca gebruik/psychiatrische aandoening (i.a.) of patiënten met een traumatisch ervaren eerdere partus tenminste:
 - Er is geen indicatie om patiënten binnen het POP protocol op grond van alleen het protocol in te leiden of te primen. Op basis van individuele problematiek (bijvoorbeeld “psychische decompensatie”) kan altijd besloten worden hier van af te wijken. Hierbij is er een sterke voorkeur voor inleiden boven primen gezien de risico’s.
 - Let (extra) op heldere, duidelijke communicatie. Maak duidelijke afspraken met de patiënt en probeer je daaraan te houden. Let op bevalplan.
 - Pijnstilling: geen bijzondere maatregelen. Kijk in HIX of er een consult anesthesist is geweest en wat daar is afgesproken.
- Patiënten met middelen gebruik (alcohol, cocaïne/heroïne, cannabis) tenminste:
 - Partus in tweede lijn
 - Houd rekening met een verlaagde gevoeligheid voor opiaten bij heroïne gebruik! Geen contra-indicatie tegen pethidine en/of PCA, echter soms verminderde werking.
- Patiënten met een complexe sociale situatie tenminste:
 - Partus in tweede lijn
 - Geen bijzondere maatregelen m.b.t. pijnstilling.

Postpartum

Indien in de kraamtijd sprake is van een psychose of een ander acuut psychiatrisch beeld, dan kan via de huisartsenpost de crisisdienst bereikt worden door de eerstelijns verloskundige. Indien in de kraamtijd verdenking is op (een verhoogd risico op) een depressie kan in eerste instantie de huisarts dit met de cliënte oppakken. Zo nodig kan de cliënte verwezen worden naar een psycholoog/psychiater. Indien er twijfel is over het psychiatrische beeld of wat te doen, kan er altijd overlegd worden met de dienstdoende psychiater.

Behandelplan eerste lijn (zie ook stroomdiagrammen)

Bij een poliklinische partus of mediumrisk partus waarbij observatie in het kraambed afgesproken is, wordt post partum de kraamvrouw persoonlijk of telefonisch overgedragen aan de arts-assistent of tweedelijns verloskundige bij vertrek van de eerste lijns verloskundige. Hierbij een kopie van de zwangerenkaart en partusverslag achterlaten. Bij ontslag zal de verpleegkundige een warme overdracht naar het kraamzorgbureau verzorgen en vragen om een ervaren kraamverzorgende. De kraamvrouw belt zelf de eerstelijns verloskundige dat ze met ontslag is gegaan.

- **Cliënten met psychofarmaca gebruik:**

Kinderarts postpartum in consult. Het consult kan telefonisch worden aangevraagd bij de dienstdoende kinderarts waarbij de aanvraag op papier kan worden geschreven. Tevens dient er een mondelinge overdracht naar de arts-assistent of verloskundige te worden gedaan zodat de tweede lijn op de hoogte is dat deze patiënte opgenomen ligt. Moment van ontslag: zie stroomdiagram 2, als er sprake is van monotherapie welke langer dan 2 jaar wordt gebruikt, niet opgehoogd is tijdens de zwangerschap, de patiënte psychisch stabiel en niet bekend is bij een psychiater binnen de Isala, dan is 12u observatie van de neonat voldoende. Ontslag vindt plaats nadat de kinderarts in consult is geweest en ontslag akkoord heeft bevonden. Bij cliënten waarbij bovenstaande niet geldt zal de opnameduur uitgebreid worden tot in totaal 48u observatie. Dit ter observatie van ontweningsverschijnselen van de neonat en de interactie tussen moeder en kind. Hier wordt een observatielijst bij gebruikt welke in samenwerking met de kindergeneeskunde is opgesteld. Mocht de cliënte korter dan 2 jaar SSRI gebruiken maar acht de eerste lijns verloskundige het ontslag na 12u veilig omdat de cliënte psychisch stabiel is, kan met goede/gegronde motivatie van de 48u observatie afgeweken worden op verantwoordelijkheid van de verloskundige en de cliënte. Hiervan duidelijke notities maken in het dossier. Het advies is wel om de eerste dagen in het kraambed extra thuisvisites in te plannen.

 - Let op psychose en depressie in kraambed.
 - Extra aandacht voor stemming, slaapgedrag, eet/drink gedrag, emoties.
 - Aandacht voor continueren contact met betrokken hulpverlener(s).

- Monitoren veiligheid pasgeborene. Als er sprake is geweest van ontslag 12u postpartum is het belangrijk dat de kraamzorg hiervan duidelijk op de hoogte gebracht wordt, bij twijfel of vragen over de conditie van de baby contact opnemen met de dienstdoende kinderarts.
- Eventueel warme overdracht Centrum Jeugd en Gezin/ huisarts.
- In ieder geval nacontrole afspreken
- **Cliënten met traumatische, dan wel ingrijpende, fertiliteit-, zwangerschaps- of bevallingservaringen, cliënten met psychische klachten:**
Moment van ontslag: individualiseren, in principe 3u postpartum. Mocht het nodig zijn een langere observatieduur af te spreken dan dit overleggen met de arts-assistent of klinisch verloskundige.
 - Cave psychose en depressie in kraambed.
 - Extra aandacht voor stemming, slaapgedrag, eet/drink gedrag, emoties.
 - Aandacht voor continueren contact met betrokken hulpverlener(s).
 - Monitoren veiligheid pasgeborene.
 - Eventueel warme overdracht Centrum Jeugd en Gezin/ huisarts.
 - In ieder geval een nacontrole afspreken
- **Cliënten met een complexe sociale situatie tenminste:**
Moment van ontslag: individualiseren. Laagdrempelig een langere observatieduur afspreken en dit bespreken met de arts-assistent of klinisch verloskundig.
 - Bij overdracht naar de tweede lijn: sociale situatie, aanspreekpunten bij begeleidende instanties en afspraken voor in kraambed duidelijk overdragen. Afspreken wie die instanties op de hoogte gaat brengen van de partus.
 - Betrokken hulpverleners op de hoogte stellen en begeleiding waarborgen
 - Monitoren veiligheid pasgeborene
 - Warme overdracht consultatiebureau/huisarts
 - In ieder geval een nacontrole afspreken

Behandelplan tweede lijn (zie ook de stroomdiagrammen)

Na iedere partus waarbij 12 of 48u observatie heeft plaatsgevonden en de patiënte met ontslag gaat, zal er een warme overdracht naar de eerste lijn en kraamzorg plaatsvinden.

- **patiënten met psychofarmaca gebruik/psychiatrische aandoening (i.a.) tenminste:**
 - bij psychofarmaca gebruik: KA postpartum in consult binnen kantoortijden tenzij spoed. De arts-assistent of klinisch verloskundige meldt op consult middelen die gebruikt zijn en wanneer die voor het laatst zijn ingenomen (denk aan benzodiazepine gebruik!)
 - Bij mediumrisk bevallingen: patiënten zijn niet altijd in de tweede lijn bekend, dus scan de zwangerenkaart in. De eerste lijns verloskundige zorgt voor het consult kinderarts, dit kan telefonisch. Indien de patiënte wordt overgedragen naar de tweede lijn zal er een opnamestatus in HIX moeten worden gemaakt.
 - Moment van ontslag: zie stroomdiagram. Als er sprake is van monotherapie welke langer dan 2 jaar wordt gebruikt, niet opgehoogd is tijdens de zwangerschap, de patiënte psychisch stabiel en niet bekend is bij een psychiater binnen de Isala, dan 12u observatie neonat, ontslag ná akkoord van de kinderarts. Indien geen medicatiegebruik dan beleid individualiseren. Bij cliënten welke aan bovenstaande eisen niet voldoen, opname uitbreiden tot in totaal 48u observatie. Dit ter observatie van ontweningsverschijnselen van de neonat en de interactie tussen moeder en kind waar wordt een observatielijst bij gebruikt wordt die in samenwerking met de kindergeneeskunde is samengesteld. Bepalen van de Finnegan score is alleen in onderzoeksetting zinvol gebleken. Mocht de cliënte korter dan 2 jaar SSRI gebruiken maar acht de parteur/medisch behandelaar/case manager het ontslag na 12u veilig omdat de cliënte psychisch stabiel is, kan met goede/gegronde motivatie van de 48u observatie afgeweken worden op verantwoordelijkheid van de verloskundige en de cliënte. Hiervan duidelijke notities maken in het dossier. Het advies is wel om de eerste dagen in het kraambed extra thuisvisites in te plannen
 - Consult psychiatrie als de patiënte bij een van de psychiaters onder controle is geweest. Hiervoor bellen naar secretariaat psychiatrie en een ICC order psychiatrie schrijven. Je mag ook bellen met de dienstdoende CPV-er.
 - Observatie van stemming van de moeder en manier van zorg/aandacht voor het kind.
 - Nacontrole afspreken bij case manager dan wel parteur.

- **Patiënten met traumatische, dan wel ingrijpende, fertiliteit-, zwangerschaps- of bevallingservaringen**
 - Moment van ontslag: individualiseren, in principe 3u post-partum. Afhankelijk van kliniek kan 48u observatie worden afgesproken ten aanzien van de moeder-kind interactie.
 - nacontrole afspraak maken bij POP-begeleider of de parteur.
 - directe begeleiders op de hoogte brengen van de partus (behandelend psycholoog/psychiater) en zo nodig tijdens opname voor consult laten komen.
 - Op verzoek van patiënten postnataal opvolgen door POP-begeleider, klinisch psycholoog of MMW, met aandacht voor interactie (hechting).
- **Patiënten met middelen gebruik (alcohol, drugs) tenminste:**
 - Kinderarts in consult tijdens kantoortijden, tenzij spoed.
 - Ten minste 48u observatie ten aanzien van ontweningsverschijnselen van de neonat als ook observatie moeder-kind interactie. Geen ontslag in het weekend tenzij anders afgesproken is.
 - Contact maken met directe begeleiders zoals eerstelijns verloskundigen, MMW, voogd, stichting, bureau jeugdzorg/wijkteam, etc. Afspraken en telefoonnummers zullen genoteerd staan in het dossier
- **Patiënten met een complexe sociale situatie tenminste:**
 - MMW in consult, tot dat moment geen ontslag.
 - Te overwegen valt om in het weekend niet met ontslag te gaan zodat de zorgverlenende instanties het e.e.a. kunnen regelen vóóordat de patiënte thuis komt, tenzij anders afgesproken.
 - Plan uitvoeren zoals tevoren is besproken in rooiboek/multidisciplinair POP overleg. Betrokkenen op de hoogte stellen na geboorte van de baby.
 - Individualiseren. Zie beleid in het dossier.

6. Sociale kaart

Er is een sociale kaart van de regio Zwolle opgesteld en te vinden op de website:

<http://www.zorgindebuurt.info/Gallery> Dit is ook via de website van het VSV Zwolle te vinden. De sociale kaart is opgesteld om het aanbod van hulpverleners in Zwolle en omstreken inzichtelijk te maken. Deze kan nuttig zijn bij het verwijzen van cliënten.

7. Bronnen

Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. BJOG 2009;116(5):672-80

Klompshouwer JL, Hulst AM van. Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. Ned Tijdschr Geneesk. 1994;138:1009-14

A.Wewerinke, A.Honig, M.H.B.Heres en J.M.B.Wennink. Capita selecta. Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen. Ned Tijdschr Geneesk. 2006 11 februari;150(6)

E.Hink, J.M.Schutte, M.H.B.Heres, J.M.B.Wennink en A.Honig. Sterfte bij zwangeren en kraamvrouwen door psychiatrische stoornissen. Klinische lessen. Ned Tijdschr Geneesk. 2008 19 april;152(16)

Website www.lkpz.nl

Contactpersonen:

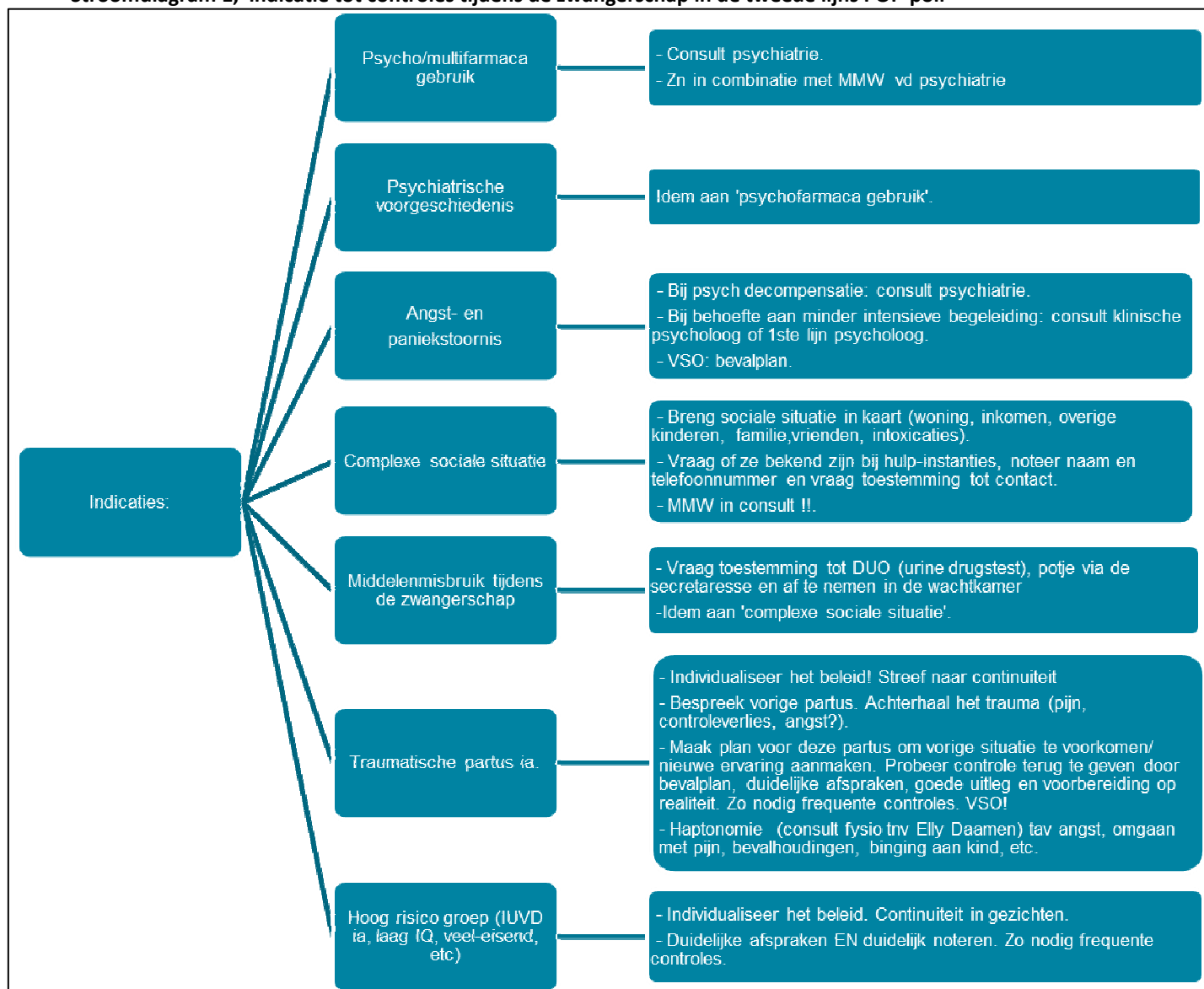
Gynaecologie	: Marieke Knol, Guus Vermeulen.
Verloskunde tweede lijn	: Linda de Boer, Emily Holtmaat, Rineke van den Brink, Annegreet Petersen, Anne Grethe Buiting
Verloskunde eerste lijn	: Wietske van Schaik, Manon Wesselink
Psychiatrie	: Elvera Damer, Inge Konings, Doete Terpstra
Kindergeneeskunde	: Dorien Broekhuijsen en Joris van Driel
Medisch Maatschappelijk Werk	: Monique ter Avest, Sarah Heres, Joan vd Horst, Katarina Noorlander
Medische psychologie	: Rik Withaar
Anesthesiologie	: Loes Snel
Fysiotherapie	: Elly Daamen
Klinische farmacie	: Peter ter Horst

8. Bijlages

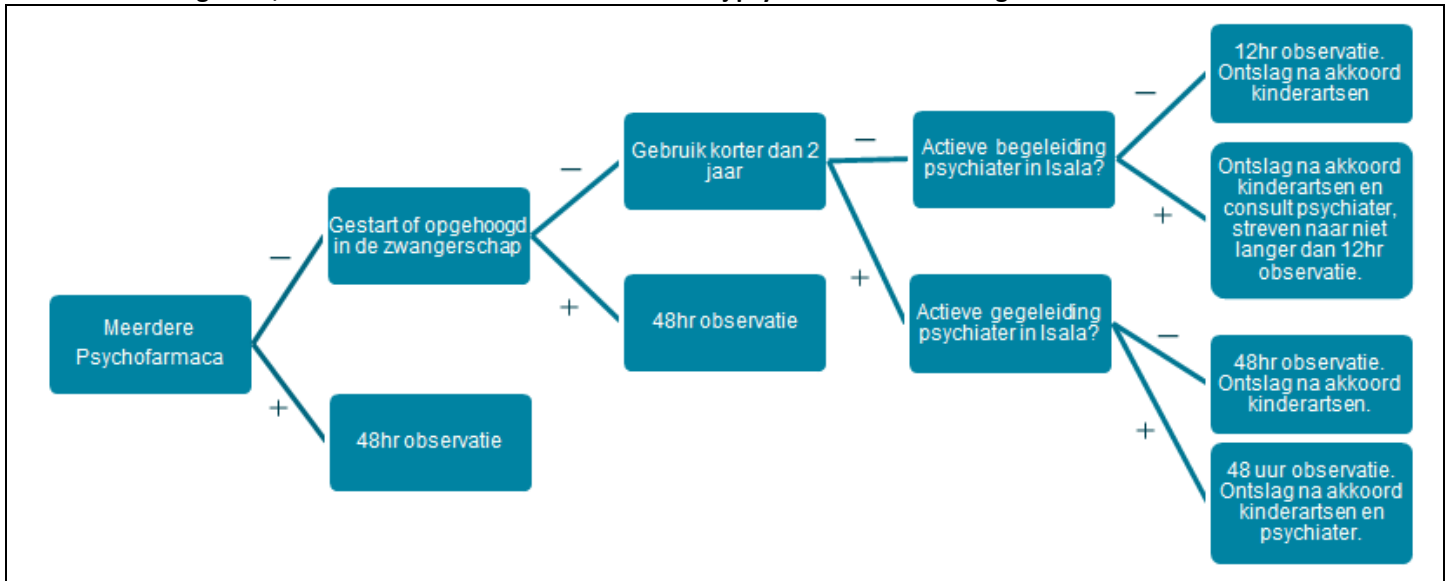
5 stroomdiagrammen

- Stroomdiagram 1: indicatie tot controles tijdens de zwangerschap in de tweede lijns POP-poli
- Stroomdiagram 2: duur van observatie in het kraambed bij psychiatrisch medicatiegebruik.
- Stroomdiagram 3: duur van observatie bij patiënten met een angst/paniekstoornis, traumatische baring ia of anderszins psychiatrische anamnese.
- Stroomdiagram 4: kraambed bij sociale indicatie zonder medicatie gebruik.
- Stroomdiagram 5: wat te doen bij zorgen over de sociale situatie tijdens de zwangerschap of kraambed.

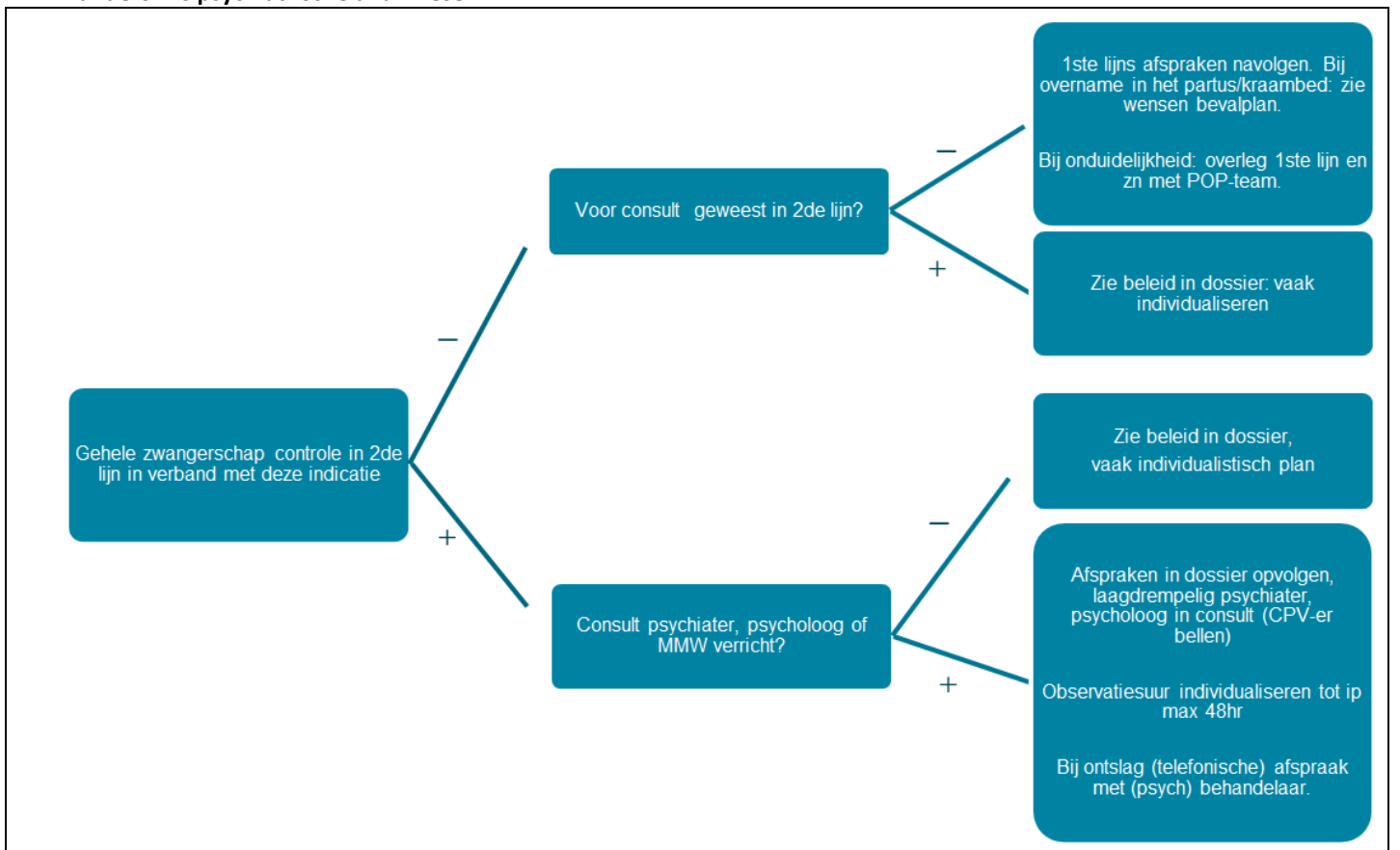
Stroomdiagram 1, indicatie tot controles tijdens de zwangerschap in de tweede lijns POP-poli



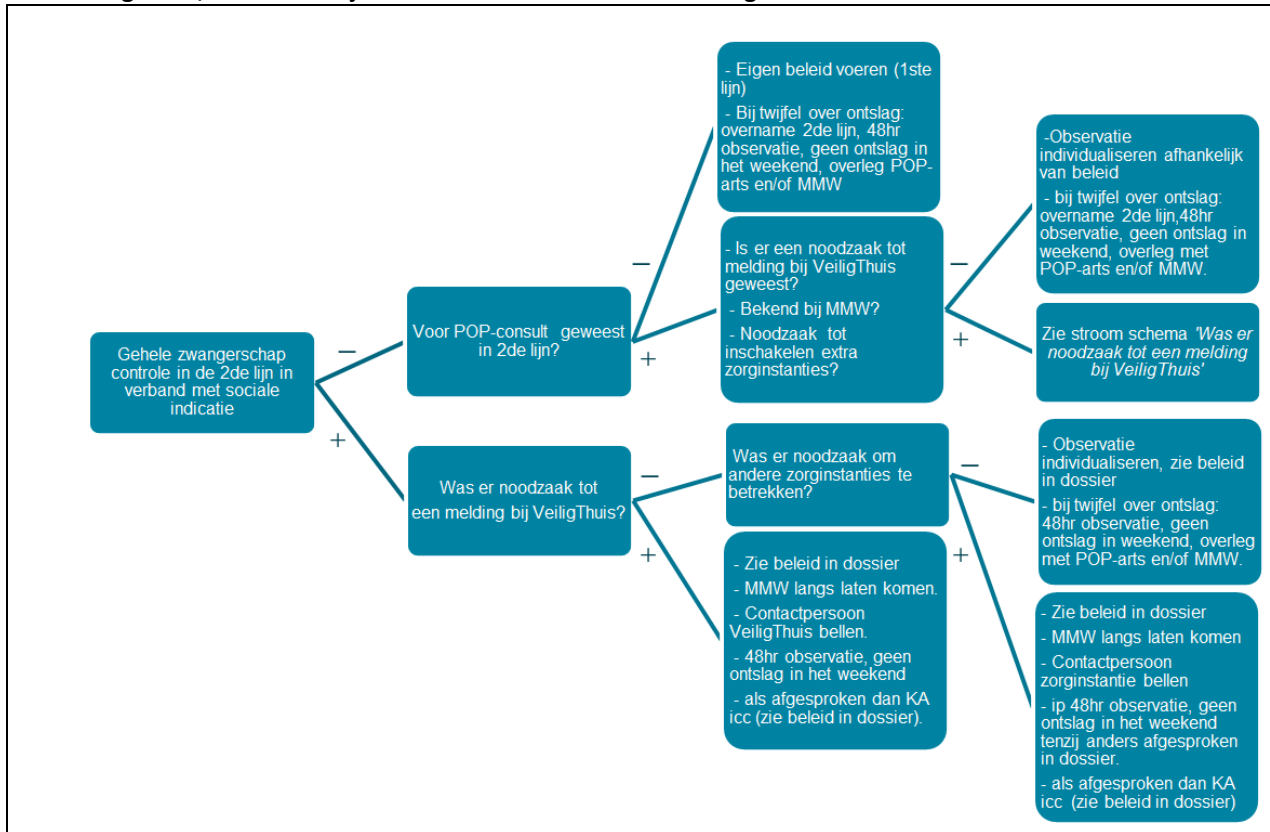
Stroomdiagram 2, duur van observatie in het kraambed bij psychiatrisch medicatiegebruik: 12u versus 48u.



Stroomdiagram 3, duur van observatie bij patiënten met een angst/paniekstoornis, traumatische baring ia of anderszins psychiatrische anamnese.



Stroomdiagram 4, kraambed bij sociale indicatie zonder medicatie gebruik.



Stroomdiagram 5, wat te doen bij zorgen over de sociale situatie tijdens de zwangerschap of kraambed.

