

BASIS PRENATALE ZORG

Versie 1.0

Verantwoording

NVOG

Omschrijving van het probleem

De tot op heden in ons land gangbare prenatale zorg voldoet niet aan hedendaagse criteria voor verantwoorde en doelmatige zorg. Tot de z.g. routine of basis prenatale zorg worden die zorghandelingen gerekend welke onafhankelijk van individuele risicofactoren van zwangeren worden toegepast. Wat deze basis prenatale zorg, naar heersend medisch inzicht, zou moeten inhouden staat ter discussie. Daarom wordt in deze richtlijn eerst uiteengezet wat het hedendaagse concept van de prenatale zorg is en aan welke voorwaarden deze zorg moet voldoen. Vervolgens wordt aan de hand daarvan de inhoudelijke kennis geïnterpreteerd en een pakket voor de hedendaagse basis prenatale zorg samengesteld. De doelgroep voor deze richtlijn is de zwangerenpopulatie onder controle bij de gynaecoloog. Aanpassingen voor zwangeren met een verhoogd risico en voor specifieke noden en wensen van individuele zwangeren kunnen als aanvulling op dit basispakket op analoge wijze worden vastgesteld en verantwoord.

Analyse van de beschikbare kennis

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Historische ontwikkeling

Vanaf het einde van de negentiende eeuw trachtte men de destijds hoge kindersterfte terug te dringen door vrouwen al tijdens de zwangerschap voor te bereiden op het moederschap en de verzorging van het kind¹. Zo ontstond *prenatale* zorg. Sindsdien is het concept niet veranderd. De uitwerking is wel meer medisch geworden: beperking van de kans op moeder- en kindersterfte en op ziekte door zwangerschap en geboorte door vroegtijdig ontdekken van aandoeningen en stoornissen. Aanvankelijk ging het vooral om (pre-) eclampsie en liggingsafwijkingen. Met de ontwikkeling van nieuwe medische mogelijkheden werden doelstellingen toegevoegd. Steeds wanneer bleek dat de moederlijke en kinderlijke sterfte niet zo sterk waren afgenomen als verwacht, werd dat geweten aan onvoldoende toepassing van prenatale zorg. Daardoor werd uitbreiding met nieuwe onderzoeken en controles bevorderd zodra deze van waarde bleken bij individuele zwangeren. Slechts zelden werden handelingen geschrapt. De uiteindelijk gunstige ontwikkeling van perinatale sterfte, die gelijke tred hield met de snelle medisch-technologische ontwikkeling, werd lange tijd beschouwd als het beste bewijs voor het nut van de intensivering van de prenatale zorg.

Nieuwe inzichten

Aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw werden voor het eerst vraagtekens geplaatst bij de betekenis van de prenatale zorg. De tot dan toe vermoede 'dosis-responsrelatie' van intensiteit en uitkomst bleek te berusten op vertekening². De gerezen vragen en twijfel leidden tot een groot aantal overzichtspublicaties over de toepassing, uitvoering en waarde^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}. De prenatale zorg werd daarin beschouwd en getoetst als een complex meervoudig screeningsprogramma (systematisch onderzoek naar stoornissen of risicofactoren bij asymptomatische individuen) aan daarvoor gangbare criteria van Wilson en Jünger¹⁵. Die studies leidden tot de volgende conclusies^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}:

- vele van de gebruikelijke elementen van de prenatale zorg hebben maar een geringe invloed op de uitkomsten (o.a. laboratorium-screeningstesten),
- weinig onderdelen voldoen aan de toetsingscriteria voor screeningsprogramma's,
- van veel onderdelen is niet voldoende bekend om de waarde goed te kunnen beoordelen,
- het gangbare prenatale controleschema (van Dame Janet Campbell, ca. 1920) is verouderd (weinig bezoeken tussen 24 en 32 weken en veel na 34 weken) en niet aangepast aan de huidige mogelijkheden van de perinatologie,
- het rendement van de prenatale controles is laag,
- grote verschillen in (routine) prenatale-zorgbeleid leiden niet tot uiteenlopen van resultaten,
- de uitvoering van de schema's voor routine prenatale zorg in de praktijk is gebrekkig, evenwel zonder dat dit grote gevolgen voor de uitkomsten lijkt te hebben,
- de kans op iatrogene schade door intensieve prenatale zorg is niet verwaarloosbaar,
- een routine-controleprotocol sluit niet aan bij de individuele zorgbehoefte van zwangeren.

Samenvattend voldoet de huidige prenatale zorg niet aan de gangbare (screenings-)criteria om toepassing ervan te kunnen aanbevelen. Bovendien omvat prenatale zorg, naast de preventieve aspecten, ook curatieve zorg en welzijnszorg. Daarvoor gelden andere toetsingscriteria dan voor screening. Daarmee is tot dusver onvoldoende rekening gehouden.

Hoofdzaken van het concept

Het primaire doel van de prenatale zorg is een optimale uitkomst van de zwangerschap voor moeder en kind. Daarnaast is een door de zwangere als optimaal ervaren zwangerschapsbeloop een belangrijk doel. Juist in de combinatie van beide ligt de gezondheidswinst van de prenatale zorg. De strategie is onveranderd: met preventieve en anticiperende interventies de risicofactoren, stoornissen en aandoeningen opsporen en beïnvloeden die een bedreiging kunnen vormen voor het beloop en de uitkomst van de zwangerschap. Alle interventies (onderzoeken, zorghandelingen en zorgactiviteiten) die redelijkerwijs kunnen bijdragen aan gezondheidswinst voor de vrouw en/of het kind kunnen tot de prenatale zorg worden gerekend. Gangbare interventiemogelijkheden zijn als volgt in te delen:

- algemene en obstetrische anamnese,
- lichamelijk onderzoek,
- laboratorium- en instrumenteel onderzoek (echo),
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding,
- zwangerschapsvoorlichting en -instructie,
- medische adviezen, medicamenteuze en andere behandelingen,
- psychosociale begeleiding en -ondersteuning,
- ouderschapsvoorbereiding.

Zwangerschapsvoorlichting en -instructie wordt expliciet onderscheiden van algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo). Zwangerschapsvoorlichting en -instructie beoogt vooral een goede samenwerking tussen de zwangere en haar zorgverlener tot stand te brengen. De zwangere moet bijvoorbeeld weten wanneer en waar zij hulp moet zoeken als dat nodig is.

Voorwaarden

De combinatie van aangeboden en anticiperende zorg enerzijds, en gevraagde (klachten-) behandeling anderzijds, met daarbij het grote belang van de beleavingsaspecten, is complex. De prenatale-zorginterventies moeten daarom voldoen aan bijzondere eisen [1](#) [4](#) [5](#) [9](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [15](#) :

- de zorg moet wetenschappelijk en/of rationeel gefundeerd zijn en aangepast aan individuele behoeften van de vrouw ('evidence-based wanneer het kan, gezond verstand als het moet'),
- de zorg moet in overeenstemming zijn met de verschillen in ethisch uitgangspunt tussen aangeboden en gevraagde zorg (primum non nocere); dat betekent dat de eisen die gesteld worden aan de werkzaamheid en veiligheid van een aangeboden interventie in het algemeen hoger zijn dan de eisen voor een gevraagde curatieve handeling,
- routinehandelingen moeten toetsing aan algemeen erkende criteria voor screeningsprogramma's kunnen doorstaan,
- het handelen moet in overeenstemming zijn met de vereisten die in de wgbo en wbo zijn vastgelegd,
- het handelen moet algemeen toepasbaar zijn in de bestaande verloskundige organisatie in ons land.

Risico-afhankelijke structuur

De prenatale-zorghandelingen kunnen vervolgens naar de aard van de gezondheidsrisico's waarop ze gericht zijn, als volgt worden onderverdeeld.

1.

- ♦ *Feitelijk verhoogd risico.*

Als een individueel gezondheidsrisico wordt vastgesteld kan een afweging van de voor- en nadelen van een specifiek onderdeel van prenatale zorg plaatsvinden. Altijd zal informatie en toestemming voor de handeling vereist zijn. De uitgebreidheid van de voorlichting hangt af van de vraag hoe ingrijpend de mogelijke consequenties van het wel of niet handelen zijn (wgbo). Als men niet wordt ondersteund door relevante medisch-wetenschappelijke gegevens terzake, is een gezond-verstandbenadering de enig mogelijke basis voor de besluitvorming.

♦ *Afwijkende risicoperceptie.*

Hieronder wordt verstaan dat het door een zwangere *ervaren* gezondheidsrisico groter is dan de werkelijke (statistische) kans op gezondheidsschade. Door de zorgbehoefte overeenkomstig de risicobeleving te vervullen ontstaat een kans op nadeel die relatief groot is ten opzichte van de kans op feitelijk voordeel van de interventie. Deze situatie doet zich typisch voor bij een belaste obstetrische anamnese en bij het recent of in de naaste omgeving meemaken van gezondheidsschade in relatie tot zwangerschap en baring. Of men uiteindelijk een met klem verzochte (be)handeling toch uitvoert, zal afhangen van een individuele afweging van voor- en nadelen, waarbij ook de (maatschappelijke) kosten in aanmerking moeten worden genomen.

2. Basiszorg die is gericht op algemene gezondheidsrisico's

Onderdelen waarvan algemeen erkend wordt dat ze vrouw en kind *meer goed dan kwaad* zullen doen, en die kunnen worden beschouwd als obligate en impliciete onderdelen van het basis prenatale-zorgpakket (b.v. bloedgroep/rhesusbepaling en gestructureerde voorlichting). Informatie en toestemming komen bij het eerste bezoek aan de orde.

3. Individuele risico-afhankelijke zorg

4. Niet aan risico gerelateerde zorgbehoefte

Behalve aan de basiszorg en de individuele risicoafhankelijke zorg kan een zwangere vanuit haar eigen onzekerheden behoefte hebben aan extra ondersteuning en begeleiding, onafhankelijk van haar obstetrisch risico. Daarbij is een richtsnoer dat, hoewel voor persoonlijke keuzes van de zwangere veel ruimte moet zijn, er een grens is tussen wat voor de patiënt noodzakelijk is (gezondheidszorg) en wat de zwangere als cliënt wenselijk beschouwt (welzijnszorg).

Inventarisatie van inhoudelijke kennis

In [tabel 1](#) zijn de gangbare doelen van de prenatale zorg weergegeven; daarbij is uitgegaan van de belangrijkste problemen en stoornissen die gezondheidsschade voor moeder en kind kunnen opleveren ('target disorders'). Deze tabel is ingedeeld in vier onderwerpen, naar primaire gerichtheid:

- vastleggen van de uitgangssituatie,
- problemen voor foetus/kind,
- problemen voor de vrouw,
- algemene aspecten.

Per onderdeel is de volgorde willekeurig. De preventiemogelijkheden (primair, secundair en tertiair*) en het optimale uitvoeringstijdstip van de interventies zijn weergegeven. Alleen wanneer aannemelijk is dat een handeling past in het bovengeschetste concept van de prenatale zorg, is deze opgenomen in de tabel. Dat betekent dat van elke handeling in redelijkheid kan worden verwacht dat deze zal bijdragen aan gezondheidswinst van de moeder en/of het kind. Ook de aspecten gezondheidsbeleving en welzijn zijn verwerkt. De inhoud van de tabel is een resumé gebaseerd op een groot aantal publicaties [1](#) [4](#) [5](#) [9](#) [11](#) [12](#) [13](#) [16](#) [17](#) [18](#) . Voor sommige interventies is de bewijsvoering kwalitatief sterk. Voor veel andere geldt dat zij steunen op observationele studies, en soms zijn ze slechts biologisch plausibel en rationeel verdedigbaar. De onderdelen van de anamnese zijn uitgewerkt in [tabel 2](#).

* Primaire preventie: voorkomen dat de aandoening ontstaat; secundaire preventie: de aandoening in een vroeg of asymptomatisch stadium opsporen en behandelen; tertiaire preventie: de manifeste aandoening of de gevolgen ervan behandelen met het doel de nadelige consequenties ervan te verminderen.

Een doelgericht schema

Uit de voorgaande analyse ontstond een nieuw controleschema voor de basis prenatale zorg door de geselecteerde interventies in het tijdsverloop van een zwangerschap uit te zetten ([tabel 3](#)). Zo resulteerde een schema van vijf tot zeven doelgerichte controlebezoeken met een omschreven inhoud. De effectiviteit en veiligheid van vergelijkbare schema's zijn al in de praktijk onderzocht. Daarbij werd overigens geen onderscheid gemaakt tussen primi- en multigravidae.

Uit de WHO Antenatal Care Randomised Trial en een recente systematische review van zeven randomised trials op het gebied van routine prenatale zorg is gebleken dat de voorgestelde reductie van het aantal prenatale controles niet leidt tot aantoonbare risico's voor de moeder en/of het kind^{19 20}. De perinatale sterfte was met 1,7% in de interventiegroep en 1,6% in de controlegroep niet verschillend (typical odds ratio = 1,06 met 95%-bi: 0,82-1,36), maar wel iets hoger dan in ons land²⁰. In de WHO-trial werd een trend gevonden naar meer foetale sterfte voor 36 weken in de experimentele groep ($p = 0,08$; number needed to treat = 333). Deze sterfte was mogelijk geassocieerd met intra-uteriene groeivertraging¹⁹.

In de studies opgenomen in de review waren meer dan 57.000 zwangeren betrokken. Hoewel de trials deels werden uitgevoerd buiten Europa en in ontwikkelingslanden, is er geen reden om te twifelen aan de generaliseerbaarheid van de resultaten naar ons land.

Een deel van de zwangeren bleek wel minder tevreden over het nieuwe model met een gereduceerd aantal doelgerichte bezoeken. Deze vrouwen twijfelden aan de veiligheid van het kleinere aantal en vonden het interval tussen bezoeken te lang. Toch prefereerden meer vrouwen het nieuwe model voor een volgende zwangerschap, mogelijk omdat per bezoek nu meer tijd voor hen werd genomen. Bij de WHO-trial bleek invoering van het nieuwe model nauwelijks op weerstand bij zwangeren of de zorgverleners te stuiten. Dat was in tegenspraak met de ervaring bij voorgaande studies. Het nieuwe model met het gereduceerde schema leidt niet tot een toename, mogelijk zelfs tot een afname van de kosten van de perinatale zorg.

Conclusie

Het doel van prenatale zorg is gezondheidswinst in de vorm van een optimaal verloop en optimale uitkomst van de zwangerschap voor moeder en kind. Dat doel kan worden bereikt door doeltreffende en doelmatige toepassing van preventieve, therapeutische en ondersteunende interventies. Het gepresenteerde prenatale-zorgschema is het resultaat van de rationele afweging welke doelgerichte interventies wanneer tijdens de zwangerschap moeten worden toegepast. Het schema is te beschouwen als het - naar heersend medisch inzicht - verantwoorde intensiteitsniveau van de basis prenatale zorg. Uit valide en representatief wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat het doel van de prenatale zorg even goed bereikt kan worden met een veel kleiner aantal controlebezoeken dan nu gebruikelijk is bij zwangeren met een laag risico, zonder dat dit een klinisch relevante risicoverhoging voor moeder of kind betekent. De kosten van het nieuwe prenatale-zorgmodel zijn mogelijk lager dan die van het gangbare schema. Goede acceptatie van een gereduceerd prenatale-zorgschema vereist goede voorlichting over de veiligheid ervan.

Advies

De prenatale zorg die onafhankelijk van het individuele obstetrische risico behoort te worden aangeboden bestaat uit de interventies die zijn vermeld in [tabel 2](#) (anamnese) en [3](#) (controleschema). Bij individuele zwangeren kan op grond van risico, zorgbehoefte en het beschreven concept rationeel verantwoord van het schema worden afgeweken. De volgende adviezen gelden als vuistregels ter ondersteuning van aanpassingen in het beleid in individuele gevallen.

1. Elke prenatale-zorginterventie moet een redelijkerwijs haalbaar doel dienen ('evidence-based wanneer het kan en gezond verstand als het moet').
2. (H)erkenning van de individuele zorgbehoefte van de zwangere is belangrijk voor de satisfactie over de prenatale zorg en daarmee voor de doeltreffendheid ervan.
3. Veilige rationalisatie en reductie van de prenatale zorg vereisen een goede samenwerkingsrelatie met de zwangere.
4. Bij de afweging welke zorg zinvol en noodzakelijk is, moet voortdurend rekening worden gehouden met verschillen in de toetsingscriteria voor aangeboden anticiperende en gevraagde curatieve zorg.
5. Het verrichten van prenatale controles, onderzoeken of bepalingen zonder een expliciete en haalbare doelstelling doet meer kwaad dan goed.

Colofon

© 2002 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie Deze richtlijn, ontwikkeld door de Commissie Kwaliteit nvog onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, is vastgesteld in de 571e ledenvergadering d.d. 18 april 2002 te Utrecht. De richtlijn is namens de Obstetrische Werkgroep Otterlo samengesteld door dr. M.P.Heringa.

NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van een richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.

Dagtekening juni 2002.

De geldigheidstermijn van deze richtlijn is verstreken. Vanwege transparantie blijft de richtlijn wel beschikbaar. Het is denkbaar dat inmiddels nieuwe informatie beschikbaar is, die maakt dat (delen van) de richtlijnen als verouderd moeten worden beschouwd.

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

www.nvog.nl/

Tabellen

[Tabel 1](#): Inventarisatie basis prenatale-zorghandelingen

[Tabel 2](#): Specificatie onderdelen van de anamnese bij basis prenatale zorg

[Tabel 3](#): Schema voor basis prenatale zorg

Referenties

1 - [Heringa MP](#)

Heringa MP. Computer-ondersteunde screening in de prenatale zorg (Proefschrift). Groningen, 1998.

2 - [Hall MH](#)

Hall MH, Chng PK, MacGillivray I. Is routine antenatal care worthwhile? Lancet 1980; ii: 78-80.

3 - [Chng PK](#)

Chng PK, Hall MH, MacGillivray I. An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit. bmj 1980; 281: 1184-6.

4 - [Enkin M](#)

Enkin M, Chalmers I. Effectiveness and satisfaction in antenatal care. London: Spastics International Medical Books, 1982.

5 - [Wald NJ](#)

Wald NJ, ed. Antenatal and neonatal screening. Oxford: Oxford University Press, 1984.

6 - [Blondel B](#)

Blondel B, Pusch D, Schmidt E. Some characteristics of antenatal care in 13 European countries. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92: 565-8.

7 - [Heringa MP](#)

Heringa MP, Huisjes HJ. Prenatal screening: Current policy in ec countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1988; 28 (suppl): 7-52.

8 - Heringa MP

Heringa MP, Huisjes HJ. Antenatal care; current practice in debate. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95: 836-40.

9 - Chalmers I

Chalmers I, Enkin M, Keirse MJCN, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 1989.

10 - Heringa MP

Heringa MP. Het nut van screeningtests in de prenatale zorg. In: Slager E, Van Geijn HP, Buytaert Ph, red. Preventie morbiditeit en mortaliteit antenataal anno 1992. Ciba-Geigy 1992: 39-46.

11 - Fiscella K

Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. Obstet Gynecol 1995; 85: 468-79.

12 - Wildschut HIJ

Wildschut HIJ, Weiner CP, Peters TJ, eds. When to screen in obstetrics and gynecology. London: Saunders, 1996.

13 - Villar J

Villar J, Bergsjø P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. i. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 1-14.

14 - Villar J

Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.

15 - Wilson JMG

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization, Public Health Papers, no 34, 1968.

16 - Oldenziel JH

Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. nhg-Standaard Zwangerschap en kraambed. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993/1996.

17 - Franx A

Franx A. Measurement and clinical significance of bloodpressure in pregnancy (Proefschrift). Utrecht: 1997.

18 - Amelink-Verburg MP

Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk. Bilthoven/Leiden: knov en tno, 2000.

19 - Villar J

Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, et al. who antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001; 357: 1551-64.

20 - Carroli G

Carroli G, Villar J, Piaggio G, et al. who systematic review of randomised trials of routine antenatal care. Lancet 2001; 357: 1565-70.

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).