

# Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Onderzoek van de pasgeborene

Jans SMPJ, Hammelburg R, Van Balen JAM, De Boone MM, Klomp GMT, Lubbers WJ, Oldenziel JH, Somford RG, Wijnsma MK, Flikweert S. Huisarts Wet 2008;51(13):S15-S19.

## Inleiding

De kwaliteit van de zorg is van groot belang voor een pasgeboren kind en diens ouders. Kwalitatief goede zorg kan worden bereikt doordat verloskundige en huisarts hun werkzaamheden op elkaar afstemmen, nauw samenwerken en de samenwerking vastleggen in werkafspraken. Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) biedt hiertoe een handvat en beschrijft daarnaast de inhoud van het lichamenlijk onderzoek van de pasgeborene direct postpartum.

Regionaal bestaan er verschillen in de samenwerking tussen verloskundigen en huisartsen met betrekking tot het onderzoek van de pasgeborene, vooral in de berichtgeving over en weer. Voor de continuïteit van de zorg is het van belang kennis te hebben van de overeenkomsten en verschillen van elkaars takenpakket. Centraal hierbij staat de vraag: wat verwachten beroepsbeoefenaren van elkaar? Onderlinge communicatie en afstemming van de zorg zijn onontbeerlijk om een goede kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen.

Bij de besprekingen is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene<sup>1</sup> en de protocollen over het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum van de Academie Verloskunde Maastricht en de Verloskundige Academie Rotterdam.<sup>2,3</sup>

## Achtergronden

Van alle geboortes die de Stichting Perinatale Registratie Nederland registreert, vindt ruim eenderde in de eerste lijn plaats.<sup>4</sup>

De pasgeborene wordt direct postpartum onderzocht door een eerstelijns verloskundig hulpverlener. Ondanks een beperkte wetenschappelijke onderbouwing bestaat er consensus over de globale inhoud van het onderzoek van de pasgeborene. Degene die de bevalling heeft begeleid dient niet alleen hartactie, ademhaling, kleur, spierspanning en reactie op prikkels te beoordelen ter bepaling van de apgarscore, maar ook een algemeen onderzoek te verrichten.

## Richtlijn routineonderzoek van de pasgeborene direct na de bevalling

De NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene wordt onderschreven door de

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Er is consensus onder verloskundigen en huisartsen dat een vervolgonderzoek van de pasgeborene later in de kraamperiode alleen plaatsvindt op indicatie.

Het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum is om verschillende redenen van belang: het geeft een eerste indruk van de conditie van de pasgeborene, het levert uitgangswaarden op die bij eventuele later ontstane symptomen of aandoeningen relevant zijn en het kan het bestaan van congenitale afwijkingen aan het licht brengen. Inspectie van de pasgeborene is het belangrijkste onderdeel van het onderzoek. Nader onderzoek of verwijzing vindt plaats op indicatie, bijvoorbeeld bij cyanose, dyspneu, hypotonie of dysmorphe kenmerken.

## Anamnese

Direct na de bevalling zal er logischerwijs geen anamnese plaatsvinden bij de moeder. De verloskundige hulpverlener die de bevalling begeleidt, behoort wel – onder andere door middel van de zwangerschapskaart – op de hoogte te zijn van de (medische) voorgeschiedenis en andere informatie over de moeder die van belang is voor het kind:

- de verloskundige voorgeschiedenis;
- pre-existente afwijkingen bij de moeder;
- gebruik van geneesmiddelen;
- gebruik van alcohol of drugs en het al of niet roken;
- erfelijke aandoeningen in de familie;
- lopende contacten met andere hulpverleners;
- verloop van de huidige zwangerschap en bevalling;
- wens ten aanzien van borstvoeding.

## Lichamenlijk onderzoek

### Randvoorwaarden

De verloskundig hulpverlener besteedt aandacht aan de randvoorwaarden voor het uitvoeren van het onderzoek van de pasgeborene, met name het warm houden van het kind. Het onderzoek wordt uitgevoerd in het bijzijn van (één van) de ouder(s). Het vindt bij voorkeur pas plaats nadat de ouders ruim gelegenheid hebben gehad voor het eerste contact met hun kind. Indien de moeder borstvoeding gaat geven wordt het kind zo mogelijk binnen één uur postpartum en bij voorkeur bloot aan de borst gelegd. Het is hierbij van belang te letten op de signalen van het kind en gebruik te maken van de

reflexen van het kind om te drinken.

## Algemene indruk

Het onderzoek van de pasgeborene begint direct op het moment dat men zich een eerste indruk vormt van het pasgeboren kind (waarbij direct waarneembare afwijkingen in het oog springen) en door bepaling van de apgarscore:

- hartfrequentie (afwezig, < 100/min., > 100/min.);
- ademhaling (afwezig, niet frequent of onregelmatig, goed);
- spiertonus (slap, matig, goed);
- reactie op prikkels (geen, enige beweging, huilen);
- kleur (blauw of bleek, lichaam roze en extremiteiten blauw, geheel roze).

Voor elk item kan een score van 0, 1 of 2 worden gegeven, zodat de maximumscore 10 is. De apgarscore wordt tweemaal bepaald, één minuut en vijf minuten na de geboorte. Een apgarscore lager dan 7 bij vijf minuten wordt beschouwd als niet optimaal.

## Verder lichamenlijk onderzoek

### Huid

- Kleur: let op perifere en/of centrale cyanose en bleekheid. Stel vast of er risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van

## Kernpunten

- Deze LESA beschrijft de inhoud van het lichamenlijk onderzoek van de pasgeborene direct postpartum.
- Het lichamenlijk onderzoek van de pasgeborene is een routineonderzoek met als doel het opsporen van manifeste afwijkingen.
- Het is van belang dat de huisarts op korte termijn op de hoogte wordt gesteld van de geboorte van het kind en van de resultaten van het lichamenlijk onderzoek van de pasgeborene.
- Verloskundige en huisarts stemmen regionaal het verwijsbeleid naar de tweede lijn af en maken afspraken over de berichtgeving hierover tussen de verschillende hulpverleners.
- De LESA geeft aandachtspunten voor structureel overleg op regionaal niveau. Huisartsen en verloskundigen kunnen daarmee regionaal werkafspraken maken.

hyperbilirubinemie.<sup>5</sup>

- Oedeem.
- Bijzonderheden als gestuwd gelaat, naevus flammeus, hemangioom, petechiën.

#### Hoofd

- Schedel: palpeer de schedelnaden en fontanellen. Een cefaal hematoom is te onderscheiden van een caput succedaneum doordat het eerste altijd begrensd is door de schedelnaden en doorgaans niet direct postpartum aanwezig zal zijn.
- Ogen: let op de vorm, stand en grootte van de ogen, de kleur van de conjunctivae, de aanwezigheid van fotofobie of excessief tranen en de helderheid van de lens.
- Oren: inspecteer de vorm en de stand van de oren en het bestaan van eventuele bijoorrtjes.
- Neus: let op de doorgankelijkheid.
- Mond: besteed aandacht aan de kleur van de slijmvliezen, scheefstand, afwijkingen aan lippen, kaak, gehemelte (palpeer het palatum) en tong (zoals een verkort frenulum), en controleer de afwezigheid van tanden.
- Kin: stand en grootte.

#### Inbreng van de patiënt

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners. Doel is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de patiënt het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en stemmen de voorlichting daarop af.

#### Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken. Dat laat onverlet dat de LESA bedoeld is om te functioneren als maat en houvast.

Als in de LESA wordt gesproken over 'verloskundig hulpverlener', wordt bedoeld: verloskundige of verloskundig actieve huisarts. Bij het lichamelijk onderzoek van de pasgeborene is hun rol gelijk.

#### Hals

Bijzonderheden als fistels, cysten en torticollis.

#### Thorax

- Ademhaling: frequentie niet hoger dan 40/min.; let op intrekkingen, neusvleugelen of kreunen.
- Hartafwijkingen: het onderzoek hiernaar direct postpartum kan beperkt blijven tot het beoordelen van de huidskleur en hart- en ademhalingsfrequentie, die reeds zijn vastgelegd in de apgarscore.
- Onderzoek de claviculae op mogelijke fracturen.
- Let op bijzonderheden zoals mamma-zwelling (fysiologisch), tepels, symmetrie.

#### Abdomen

- Tonvormig, niet opgezet of ingevallen.
- Buikwanddefecten.
- Navel(streng): de navelvaten bestaan uit twee arteriën en één vene.

#### Rug

- Tast de wervelkolom af om te bepalen of deze intact en gesloten is.
- Let op bijzonderheden zoals een zwelling, fistel, beharing, sacrale pit of mongolenvlek.

#### Extremiteten

- Bewegingspatroon van armen en benen.
- Normale afmetingen en/of verhoudingen.
- Dysmorphe kenmerken zoals syndactylie, polydactylie en doorlopende handplooï.
- Stand van handen en voeten.
- Onderzoek van de heup behoort niet tot het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum.

#### Genitalia externa

- Stel het geslacht vast.
- Bij jongens: leg de indaling van de testes vast en let op epi- of hypospadië, phimosis of hydrokèle testis.
- Bij meisjes: let op vergroting van de clitoris.

#### Anus

Inspecteer de toegankelijkheid.

#### Beknopt neurologisch onderzoek

Het neurologisch onderzoek van de pasgeborene beperkt zich tot het beoordelen van spiertonus, motoriek en houding van de pasgeborene.<sup>6</sup>

#### Gewicht, hoofdomvang en temperatuur

- Geboortegewicht: de pasgeborene wordt bloot gemeten. Een geboortegewicht

dat onder het vijfde percentiel valt van de PRN-referentiecurven<sup>7</sup> is volgens de Verloskundige Indicatielijst<sup>8</sup> te laag. Een kind met een geboortegewicht boven het 97,7e percentiel kan worden aangeduid als macrosoom. Premature, dysmature en macrosome aspecten bij het kind worden genoteerd.

- Meet de fronto-occipitale hoofdomvang om de verdere ontwikkeling van het kind te kunnen volgen. Indien er sprake is van vervorming van het hoofd door bijvoorbeeld moulage, wordt de hoofdomtrek enkele dagen later gemeten.
- De temperatuur: afkoeling kort na de baring kan niet volledig worden voorkomen maar moet wel worden beperkt. Na het lichamelijk onderzoek wordt de temperatuur van de pasgeborene rectaal gemeten.<sup>9</sup>
- Omdat het in de thuissituatie niet mogelijk is een gestandaardiseerde meting uit te voeren, wordt direct postpartum geen lengtemeting uitgevoerd.

De verloskundig hulpverlener sluit het lichamelijk onderzoek af met de volgende handelingen:

- Dien oraal fytomenadion (vitamine K) toe. Vóór toediening worden de ouders hierover geïnformeerd en wordt hiervoor toestemming gevraagd.
- Indien de moeder drager is van het hepatitis-B-virus, krijgt de pasgeborene met toestemming van de ouders binnen twee uur postpartum hepatitis-B-immunoglobuline toegediend en binnen 48 uur een eerste vaccinatie met hepatitis-B-vaccin (dit met uitzondering van de regio Amsterdam, waar de GGD de verantwoordelijkheid voor de volledige vaccinatie draagt).

#### Evaluatie/verwijzing

- *Algemene indruk.* Bij een apgarscore na vijf minuten van 7 of hoger heeft het kind de bevalling over het algemeen goed doorstaan. Een apgarscore onder de 7 kan duiden op perinatale asfyxie. Indien de apgarscore vóór vertrek van de verloskundig hulpverlener nog onder de 10 is, moet gezocht worden naar de reden hiervan. Als de algehele toestand van de pasgeborene niet verbeterd, verwijst de verloskundig hulpverlener direct naar de kinderarts.
- *Congenitale hartafwijkingen.* De belangrijkste symptomen direct postpartum die kunnen wijzen op een congenitale hartafwijking zijn: centrale cyanose, dyspneu en een slechte perifere circulatie. Na kortere of langere tijd kunnen er tekenen van inspanningsintolerantie ont-

staan, zoals kortademigheid bij huilen of drinken, transpireren of snel moe zijn (moeizaam drinken). Bij verdenking op een congenitale hartafwijking verwijst de verloskundig hulpverlener direct naar de kinderarts of kindercardioloog. Ook wordt zo snel mogelijk de huisarts op de hoogte gesteld. De afwezigheid van een hartgeruis sluit een hartafwijking niet uit. Opgemerkt moet worden dat niet alle afwijkingen detecteerbaar zijn in de eerste weken postpartum. Zo worden veel hartafwijkingen pas manifest nadat de ductus Botalli is gesloten.

- **Dysplastische heupontwikkeling.** Risicogroepdetectie (opsporen van kinderen met een verhoogd risico) en het eerste systematische heuponderzoek vinden veelal op de leeftijd van ongeveer 4 weken plaats, meestal op het consultatiebureau voor zuigelingen. Bij het onderzoek direct postpartum kan een niet-symmetrisch bewegingspatroon van de benen aanleiding zijn voor nader onderzoek van de heupen (verschil in abductie, kniehoogteverschil). Bij afwijkingen wordt dan verwezen naar de (kinder)orthopeed. Kinderen geboren in stuitligging en kinderen met een ouder, broer of zus met dysplastische heupontwikkeling hebben een verhoogde kans op hierop. Zij worden in de meeste gevallen op een leeftijd van 4 tot 6 weken door de consultatiebureau-arts verwezen voor echografisch onderzoek van de heupen.
- **Niet-ingedaalde testis.** Degene die de bevruchting heeft begeleid doet het eerste testisonderzoek en vermeldt expliciet in het dossier en in de geboortemelding aan de huisarts of beide testes zijn ingedaald.<sup>10</sup> Van belang is dat deze bevindingen ook aan de ouders worden gemeld. Als de testes bij de geboorte geheel ingedaald zijn, kan men een afwachende houding aannemen ingeval één testis op latere leeftijd niet in het scrotum wordt aangetroffen. Als één of beide testes bij de geboorte niet zijn ingedaald, dient dit vervolgd te worden op het consultatiebureau.
- **Congenitale oogafwijkingen.** Troebeling van de lens is zichtbaar bij een uitgesproken cataract. Een abnormaal groot oog, excessief tranen of fotofobie past bij congenitaal glaucoom. Bij vermoeden van een congenitale oogafwijking verwijst de verloskundig hulpverlener binnen een week naar de oogarts.
- **Overige afwijkingen.** Pre-auriculaire aanhangsels, een doorlopende handploo, syndactylie, een extra tepel, hydrokèle testis en een sacrale pit zijn 'minor defects': triviale afwijkingen die meestal

geen klinische betekenis hebben. De aanwezigheid van meerdere triviale afwijkingen kan wijzen op ernstigere structurele en functionele afwijkingen en richting geven in de verdere diagnostiek hiervan.

Bij een uitvoerig en correct uitgevoerd eerste routineonderzoek van de pasgeborene is het toch mogelijk dat afwijkingen niet worden opgespoord. Ook kunnen bepaalde afwijkingen zich pas in de loop van uren tot dagen gaan manifesteren. Daarom blijft het belangrijk om alert te zijn, indien er zich kort na het eerste onderzoek van de pasgeborene niet-alledaagse symptomen aandienen. Aan ouders moet worden uitgelegd dat een eerste onderzoek waarbij geen afwijkingen worden gevonden geen garantie is voor een gezond kind. De verloskundig hulpverlener brengt dit bij de bespreking van de uitslag van het onderzoek van de pasgeborene ter sprake. De verloskundig hulpverlener registreert de bevindingen van het onderzoek in het dossier.

Vervolgonderzoek van de pasgeborene is slechts noodzakelijk op indicatie, bijvoorbeeld als bij het eerste routineonderzoek direct post partum onzekerheden zijn gerezen of indien ouders, kraamverzorgende, verloskundige of huisarts bijzonderheden hebben opgemerkt, zoals slecht drinken, kortademigheid, hevig transpireren of geel zien.

### Samenwerking

Bij samenwerking tussen beroepsbeoefenaars is het van belang dat zij zich bewust zijn van hun eigen taak en van de taak van de andere beroepsbeoefenaars met wie zij samenwerken.

Bij het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum is de taak van de verloskundig hulpverlener het opsporen van afwijkingen bij de pasgeborene door middel van routinematig onderzoek.

Het verdient aanbeveling de huisarts op korte termijn op de hoogte te stellen van de geboorte van het kind en de gezondheidstoestand van het kind, met inbegrip van eventueel geconstateerde afwijkingen bij het onderzoek van de pasgeborene.

Duidelijke afstemming van zorg, verwijfsbeleid en berichtgeving in de regio zorgen voor een optimale samenwerking in de eerste lijn tussen verloskundige en huisarts.

### Uitwisseling van informatie

*Welke informatie wil de huisarts ontvangen?*<sup>11</sup>

De volgende informatie dient binnen 48 uur te worden opgestuurd door de verloskundig hulpverlener:

- Geboortemelding (bij voorkeur elektronisch en zonder 'geen bijzonderheden'

den'-formulering). Deze bevat naam en geslacht van de pasgeborene, termijn en de uitkomst van het onderzoek direct postpartum (gewicht; apgarscore; het wel/niet geven van borstvoeding; indaling testes; overige manifeste afwijkingen).

- Informatie over specifieke bijzonderheden, zoals congenitale afwijkingen.

De volgende informatie kan eventueel op een later tijdstip naar de huisarts gestuurd worden:

- Informatie over de psychosociale omstandigheden van het gezin (voor zover niet bij de huisarts bekend).
- Informatie met betrekking tot 'vroegsignalering' (het signaleren van risico's die later mogelijk problemen in de opvoeding kunnen geven), voor zover niet bij de huisarts bekend.
- Informatie over het verloop en einde van de kraamperiode. Afspraken hierover vallen echter buiten het bestek van deze LESA. Momenteel werkt het RIVM aan een landelijk overdrachtsprotocol van de verloskundig hulpverlener naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het verdient aanbeveling dat de huisarts in de toekomst een kopie van dit verslag ontvangt bij wijze van overdracht aan het eind van het kraambed. Het is van belang dat informatie naar beide kanten toe wordt uitgewisseld. Indien de huisarts zonder tussenkomst van de verloskundige door de moeder wordt geconsulteerd over de pasgeborene, of wanneer het kind binnen zes weken postpartum naar de tweede lijn wordt verwezen, behoort de verloskundige hierover ook geïnformeerd te worden.

### Aandachtspunten voor bespreking in de regio

► Hoe ziet iedere hulpverlener zijn rol met betrekking tot het onderzoek van de pasgeborene? Welk beeld hebben de hulpverleners van elkaar en wat is de werkelijke situatie met betrekking tot hun taak bij het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum? Is het mogelijk een omschrijving te geven van eenieders taken en hierover afspraken te maken?

► Wat zijn de afspraken over de momenten van verwijzing? Duidelijk moet zijn welke hulpverlener in welke specifieke situaties verwijst en naar wie. In sommige situaties kan het bijvoorbeeld voldoende zijn dat de verloskundig hulpverlener het kind naar de huisarts verwijst en dat de huisarts het kind vervolgt. In andere situaties verwijst de verloskundig

hulpverlener direct naar de betreffende specialist. In de meeste gevallen is de kinderarts de aangewezen specialist om mee te overleggen of naar te verwijzen, maar in sommige gevallen, bijvoorbeeld in het geval van klompvoeten, kan de verloskundig hulpverlener ook verwijzen naar een andere specialist. Van groot belang is dat hierover duidelijke werkafspraken worden gemaakt. Uitgangspunt hierbij is: wat in de eerste lijn kan gebeuren, moet in de eerste lijn blijven.

- ▶ De werkafspraken dienen te gaan over de meest voorkomende afwijkingen direct postpartum: huidafwijkingen (naevi), syndactylie/polydactylie, bijoortjes, klompvoeten en sacrale pit. Ook over het beleid naar aanleiding van het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) dat in de zwangerschap wordt gedaan (bijvoorbeeld bij een verwijd pyelum), moeten werkafspraken gemaakt worden.
- ▶ De verloskundig hulpverlener beslist op basis van de bevindingen bij het onderzoek of verwijzing naar een specialist noodzakelijk is. Van belang is dat in dit geval de huisarts wordt geïnformeerd over relevante uitkomsten van het SEO en de eventuele verwijzing naar de medisch specialist.
- ▶ Hoe en wanneer wordt de huisarts geïnformeerd over de verwijzing naar de tweede lijn met betrekking tot afwijkingen die aan het licht komen tijdens het onderzoek van de pasgeborene?
- ▶ Hoe en binnen welke termijn willen de verschillende zorgverleners op de hoogte worden gebracht van de geboorte van het kind en de uitslag van het onderzoek van de pasgeborene, met name buiten kantooruren?
- ▶ Hoe is de samenwerking met de tweede lijn? Bestaat er een gezamenlijk overleg tussen verloskundigen, huisartsen en kinderartsen of anderszins betrokken medisch specialisten? In de meeste gevallen ontvangt zowel de verloskundige als de huisarts de ontslagbrief van de specialist. Dit is echter niet in iedere regio het geval. Van groot belang is dat zowel de kinderartsen of anderszins betrokken medisch specialisten als de medewerkers van de JGZ worden betrokken bij afspraken die gemaakt worden rondom het onderzoek van de pasgeborene. De JGZ wordt door de verloskundig hulpverlener op de hoogte gebracht van de uitslag van het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum. De wijze waarop dit gebeurt,

verschilt per regio. Duidelijk moet worden wie wat doet en op welk moment. Hierover moeten werkafspraken worden gemaakt in de regio.

### Totstandkoming

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Onderzoek van de pasgeborene is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Koninklijke Organisatie van Verloskundigen (KNOV). De werkgroep startte in juni 2007.

Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: J.A.M. van Balen, R. Hammelburg (voorzitter), W.J. Lubbers, J.H. Oldenziel en R.G. Somford. Namens de KNOV hadden zitting: M.M. de Boone, S.M.P.J. Jans, G.M.T. Klomp en M.K. Wijnsma. De belangrijkste discussie punten waren:

- de huidige samenwerking tussen verloskundigen en huisartsen omtrent het onderzoek van de pasgeborene;
- het beleid rondom de pasgeborene direct postpartum;
- het verwijfsbeleid.

In maart 2008 is een conceptversie ter commentariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden) en twaalf verloskundigen (KNOV-leden). Bij de KNOV is een conceptversie tevens commentarierend door de VAS (Verloskundige Adviesraad Standaarden).

Commentaar en advies zijn ontvangen van de volgende referenten: dr. M. Boere-Boonekamp, prof. dr. W.P.F. Fetter, dr. A. de Jonge, prof. dr. T. Lagro-Janssen, A.C. van Loenen, A.M. Serrarens en H.W. Torij. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Nadat het commentaar verwerkt was, is de concepttekst september/oktober 2008 bestuurlijk vastgesteld door het NHG en de KNOV.

De coördinatie was in handen van R. Hammelburg (NHG) en S.M.P.J. Jans (KNOV). S. Flikweert (NHG) was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA.

De totstandkoming van de LESA Onderzoek van de pasgeborene werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van VWS in het kader van het Netwerk Eerstelijns Organisaties (<http://www.neonetwerk.nl>).

© 2008 Nederlands Huisartsen Genootschap en Koninklijke Organisatie van Verloskundigen.

### Literatuur

Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie <http://www.nhg.org>.

### Noten

#### Noot 1

Van Aarnhem AMS, Van Bommel MD, Crone-Kraaijeveld E, Merckx JAM, Renckens ALJM, Somford RG, et al. NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborene. Huisarts Wet 2001;44:609-14. <http://www.nhg.org> > NHG-Standaarden > Kinderziekten, geraadpleegd oktober 2008.

#### Noot 2

Standaard onderzoek pasgeborene (direct) postpartum [vaardigheidsonderwijs]. Maastricht: Academie Verloskunde Maastricht; 2006-2007.

#### Noot 3

Het onderzoek van de pasgeborene direct postpartum [protocol]. Rotterdam: Verloskundige Academie Rotterdam; 2007.

#### Noot 4

Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2006. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie; 2008.

#### Noot 5

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Conceptrichtlijn Hyperbilirubinemie. Utrecht: CBO; 2008. <http://www.cbo.nl> > Publicaties > Richtlijnen > Kindergeneeskunde, geraadpleegd oktober 2008. In deze multidisciplinaire richtlijn worden risicofactoren aangegeven voor het ontwikkelen van hyperbilirubinemie. Bij een à terme geboren kind zijn de risicofactoren: aanwezigheid van cefaal hematoom of blauwe plekken; uitsluitend krijgen van borstvoeding; Oost-Aziatische afkomst; bloedgroepincompatibiliteit; broer of zus heeft fototherapie gehad; zwangerschapsduur van < 38 weken; macrosomie bij maternale diabetes; mannelijk geslacht en maternale leeftijd > 25 jaar.

#### Noot 6

Voor het neurologisch onderzoek van de pasgeborene is het bekijken van tonus, motoriek en houding van de pasgeborene voldoende. Het uitlokken van reflexen in de eerstelijnspraktijk geen aangetoonde meerwaarde. De eerste dagen postpartum zal bij het drinken van borst- of flesvoeding spontaan blijken of de zuigreflex aanwezig is.

#### Noot 7

Stichting PRN 2007; [www.perinatreg.nl](http://www.perinatreg.nl) > Referentiecuren, geraadpleegd oktober 2008. De nieuwe geboortegewichtcurven zijn gecorrigeerd voor pariteit, sekse en etnische achtergrond. Dit heeft geresulteerd in aparte curven voor meisjes en jongetjes en kinderen van hindoestaanse afkomst.

#### Noot 8

Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. Verloskundige indicatielijst 2003. In: Verloskundig Vademeem 2003 [eindrapport]. Diemen: CVZ; 2003.

#### Noot 9

De normale temperatuur van de pasgeborene wordt algemeen geaccepteerd als zijnde tussen de 36,5 °C en 37,5 °C.

#### Noot 10

Verloskundigen noteren gewoonlijk alleen of de testes al dan niet in het scrotum aanwezig zijn en niet, zoals de NHG-Standaard aanbeveelt, of een niet in het scrotum aanwezige testis wel stabiel in het scrotum te brengen is. Dit laatste is namelijk direct postpartum niet goed te bepalen. Soms geeft de verloskundige aan dat een of beide testes hoog in het scrotum liggen. De werkgroep heeft besloten aan te sluiten bij de gebruikelijke praktijk.

#### Noot 11

Deze informatie kan alleen met toestemming van de cliënt worden doorgegeven aan de huisarts. Bij het maken van afspraken over de overdracht aan en het informeren van de huisarts dan wel verloskundige over specifieke afwijkingen of andere informatie betreffende moeder en/of kind is het van belang het beroepsgeheim in acht te nemen: de huisarts en de verloskundige gaan ieder een afzonderlijke behandelovereenkomst aan met de cliënt; daarmee zijn zij dus ketenpartners van elkaar. Beide beroeps groepen zijn gebonden aan een beroepsgeheim dat ligt vastgelegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, het Burgerlijk Wetboek, de Wet bescherming persoonsgegevens en het Wetboek van Strafrecht. Dit betekent dat zij voor het uitwisselen van informatie over de cliënt, dus ook voor de overdracht, in beginsel toestemming nodig hebben van de cliënt. Indien er sprake is van een conflict van plichten (bijvoorbeeld bij vermoedens van kindermishandeling), of van

een wettelijke plicht tot spreken, mag hierop een uitzondering worden gemaakt. Voor meer informatie, zie:

- KNOV-Meldcode kindermishandeling, Utrecht: KNOV; 2007. <http://www.knov.nl> > kwaliteit > Richtlijnen gedragscodes en werkafspraken, geraadpleegd oktober 2008.
- KNMG-Handreiking Beroepsgeheim arts jegens politie en justitie. Utrecht: KNMG; 2005. <http://www.knmg.artsennet.nl> > vademecum > onder IX.1.1, geraadpleegd oktober 2008.
- Artsen en kindermishandeling, meldcode en stappenplan. Utrecht: KNMG; 2008. <http://www.knmg.artsennet.nl> > publicaties, geraadpleegd oktober 2008.

