

Time task matrix zorgproces bij hypertensie

Versie 2, 18 januari 2017

Auteur: Lianne Zondag

In deze time task matrix is weergegeven welke zorg specifiek is voor opsporing en begeleiding bij hypertensieve aandoeningen. Voor de gebruikelijke zorg voor iedere zwangere wordt voor de meest recente en uitgebreide versie verwezen naar de time task matrix basis consultschema op www.knov.nl.

Een time task matrix is bedoeld als hulpmiddel bij het maken van een zorgpad en kan gebruikt worden in het gesprek met ketenpartners. Het is géén eindproduct. De regionale mogelijkheden in de samenwerking bepalen de mate van integrale zorg.

- Diagnose zwangerschapshypertensie: bloeddruk van $\geq 140/90$ mmHg (na tweede meting met tussenpoze ≥ 4 uur), ontstaan na 20 wk
- Bij bloeddruk van $\geq 160/100$ spoedverwijzing, wacht niet tot herhaalde meting na 4 uur
- Bij pre-eclampsische klachten ongeacht de bloeddruk: verwijs voor consult
- Beleid tijdens de zwangerschap is afhankelijk van het aantal risicofactoren. Volg de KNOV-praktijkaart.
- Zorg voor zorgvuldige en eenduidige bloeddrukmeting (zie KNOV-praktijkaart)

Onderdeel	5-8 weken	6 – 10 weken	10 -13 weken	14-18 weken	18 -20 weken	20 – 26 weken	27 – 32 weken	32 – 36 weken	37-40 weken	41 – 42 weken	Bevalling	Kraamperiode	6 weken post partum
Aanmelding tel	NAW ELM												
Controles							Aandacht voor midpregnancy drop als risicofactor: pas zo nodig beleid aan (zie KNOV-standaard/praktijkaart)						
		Inventariseer + noteer risicofactoren (zie KNOV-standaard/praktijkaart) Bij ≥ 2 risicofactoren: bespreken met zwangere				Vraag naar klachten en verschijnselen van hypertensieve aandoeningen							
Onderzoeken		Bij RR $\geq 140/90$: herhaal RR meting na 1 week, indien dan idem of hoger → verwijzing				Op indicatie aanvullend onderzoek verrichten: afhankelijk van gemeten bloeddruk of pre-eclampsische klachten (Zie KNOV-standaard/praktijkaart):					Meet bloeddruk tijdens ontsluiting; blijf elk uur monitoren bij RR $\geq 140/90$ Hypertensieve aandoening is indicatie voor CTG bewaking Meet RR 1 uur na geboorte placenta	Meet bloeddruk 24-48 uur pp en bij laatste bezoek N.B. bij vrouwen met hypertensie in zwangerschap, of bij ≥ 2 risicofactoren: meet elk consult Indien RR $\geq 150/95$: meet na 1 dag opnieuw en vraag naar symptomen, bepaal eventueel proteïnurie (zie KNOV-standaard/praktijkaart) VIL: overleg 2 ^e lijn	Meet bloeddruk

Onderdeel	5-8 weken	6 – 10 weken	10 -13 weken	14-18 weken	18 -20 weken	20 – 26 weken	27 – 32 weken	32 – 36 weken	37-40 weken	41 – 42 weken	Bevalling	Kraamperiode	6 weken post partum
Informatie		Bij peridontale en urineweginfecties: bespreek belang behandeling				-Voorlichting over symptomen hypertensieve aandoeningen (23–26 wk) -Geef HELLP-blokje mee aan alle zwangeren - Geef beladvies t.a.v. hypertensieve aandoeningen aan alle zwangeren			- Bij diastole ≥ 95 , of bij milde pre-eclampsie (diastole ≥ 90 + proteïnurie): counseling over inleiden of afwachten door behandelend zorgverlener (Zie factsheet) Maak hierover afspraken in VSV-verband				-Voorlichting over herhalingsrisico etc. (zie KNOV-standaard/praktijkaart)
Consult						RR $\geq 140/90$ (zie KNOV-standaard/praktijkaart)			RR $\geq 140/90$: individualiseer beleid (zie KNOV-standaard/praktijkaart)				
Verwijzing	Bij herhaalde meting (na 1 week) van bloeddruk $\geq 140/90$ verwijs wegens chronische hypertensie (zie KNOV-standaard/praktijkaart)					RR $\geq 150/95$: verwijs zelfde dag (zie KNOV-standaard/praktijkaart) N.B. bij aanwezigheid risicofactoren en/of klachten: spoedverwijzing na 1 ^e meting (zie KNOV-standaard/praktijkaart)			RR $\geq 150/95$: verwijs zelfde dag (zie KNOV-standaard) N.B. bij aanwezigheid risicofactoren: spoedverwijzing na 1 ^e meting (zie KNOV-standaard/praktijkaart)	RR $\geq 150/95$ of hoger bij herhaalde meting: spoedverwijzing (zie KNOV-standaard/praktijkaart)	RR $\geq 150/95$ bij herhaalde meting: verwijs zelfde dag (zie KNOV-standaard/praktijkaart)	RR $\geq 140/90$: verwijs naar huisarts voor verdere monitoring (zie KNOV-standaard/praktijkaart)	
Bron	-KNOV-standaard en praktijkkaart hypertensieve aandoeningen								-KNOV-standaard en praktijkkaart hypertensieve aandoeningen -Factsheet inleiden bij zwangerschaps-hypertensie of milde pre-eclampsie à terme?	-KNOV-standaard en praktijkkaart hypertensieve aandoeningen			
Doelen totale zorgpad	<p>Hoofddoel: Alle zwangeren met een hypertensieve aandoening ontvangen continuïteit van zorg door de inhoud van zorg af te stemmen met alle betrokken disciplines en het structureren van voorlichting, aanvullende diagnostiek en overdrachtsmomenten. Dit draagt bij aan preventie van calamiteiten t.g.v. hypertensieve aandoeningen.</p> <p>Subdoelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iedere zwangere is op de hoogte van de verschijnselen van HELLP en weet met wie zij contact op kan nemen • Aanvullende diagnostiek wordt, volgens protocol, bij iedere zwangere met een hypertensieve aandoening ingezet • Iedere zwangere die voor een inleiding in aanmerking komt op basis van de HYPITAT I-studie, wordt eerst zorgvuldig gecounseld over de voor- en nadelen. Afwachten en monitoren wordt daarbij als reële optie gepresenteerd. 												
Aandachtspunten voor VSV	<ul style="list-style-type: none"> • Maak afspraken over kwaliteit van de bloeddruk meting in 1^e en 2^e lijn (zie KNOV-standaard/praktijkaart) • Maak afspraken over proteïnurie bepaling in 1^e lijn: welke test, eventueel toegang tot 24 uren-bepaling en EKR-bepaling in lab (zie KNOV-standaard/praktijkaart) • Maak afspraken over de gehanteerde definities voor zwangerschapshypertensie en PE (zie KNOV-standaard/praktijkaart en factsheet) • Maak indien gewenst (bijv. in regio's waar sprake is van integrale zorg) afspraken over aanvraag van aanvullende laboratoriumdiagnostiek voorafgaand aan consult of verwijzing. Denk hierbij aan welke testen, wat zijn normaalwaarden en afwijkende waarden, wie krijgt de uitslag, communicatie over uitslagen, etc. • Maak afspraken over noodzaak tot goede, objectieve counseling over afwachten of inleiden bij milde hypertensie of milde pre-eclampsie à terme. Bespreek daarvoor de HYPITAT I-studie binnen het VSV (zie factsheet) • Volg regelmatig een calamiteitentraining in VSV-verband waarbij ook handelen bij een eclamptisch insult wordt getraind • Maak afspraken over begeleiding van de vrouw met hypertensie (1^e en 2^e lijn) 												

In de 'kritische beschouwing van de HYPITAT I studie' wordt een uitgebreide beschrijving van de HYPITAT I studie (Koopmans et al, 2009) gegeven. In de factsheet wordt een beschouwing van de HYPITAT I studie gegeven en overwegingen gegeven voor samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Kort samengevat heeft de HYPITAT I studie onderzoek gedaan naar inleiden of afwachten bij **à terme vrouwen met milde hypertensie (diastole ≥ 95 mmHg) of pre-eclampsie (diastole ≥ 90 mmHg en proteïnurie)**. Uitkomst van deze studie was een toename van maternale morbiditeit in de afwachtgroep, voornamelijk veroorzaakt door verergering van de hypertensieve aandoening. Eclampsie trad in beide groepen niet op. Er was geen verschil in sectio percentage, kinderen in de inleidgroep werden gemiddeld 1 week eerder geboren en het geboortegewicht was 270 gram lager. In de studie was er geen verschil in neonatale uitkomsten, echter zijn er geen gegevens over lange termijneffecten bekend.

Deze resultaten zijn volgens het team richtlijnontwikkeling van de KNOV geen aanleiding om routinematig iedere à terme zwangere met een zwangerschapshypertensie en een diastole ≥ 95 mmHg (of diastole ≥ 90 mmHg en proteïnurie) in te leiden. Een afwachtend beleid is ook een verantwoorde optie voor de zwangere, mits de hypertensieve aandoening goed wordt gemonitord en indien nodig behandeld (zie richtlijn NVOG). Goede en objectieve counseling is noodzakelijk, waarbij beide opties worden besproken, voordat een zwangere een weloverwogen keuze kan maken (zie factsheet). De zwangere kan zelf een belangrijke rol vervullen bij de monitoring, als zij goed geïnformeerd is over de verschijnselen van HELLP (o.a. met hulp van HELLP memo blokje).