

Time task matrix zorgproces diabetes gravidarum bij mild gestoorde OGTT

Versie 3, 4 juni 2018

Auteur: Lianne Zondag en Daphne Leefters

In deze time task matrix is weergegeven welke zorg specifiek is voor vrouwen met diabetes gravidarum (GDM) bij een gestoorde OGTT. Deze TTM gaat uit van vrouwen die geen diabetes mellitus type 1 of 2 hebben. 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.

Diabetes gravidarum: de diagnose diabetes gravidarum wordt gesteld op basis van een gestoord OGTT in het 2^e trimester (24-28 weken)

Orale glucose tolerantie test (OGTT): als gouden standaard wordt de 75 grams OGTT geadviseerd voor diagnostisering van diabetes gravidarum (zie factsheet diabetes gravidarum)

Onderdeel	5-8 weken	6 – 10 weken	10 -13 weken	16-18 weken	18 -20 weken	24 – 26 weken	27 – 32 weken	32 – 36 weken	40 weken	41 – 42 weken	Bevalling	Kraam periode	6 weken post partum
Aanmelding tel	NAW ELM												
Controles		Risicofactoren voor GDM zijn bekend (zie factsheet diabetes gravidarum)									Goede glucoseregulering bij vrouwen met insuline is geïndiceerd. Borstvoeding: kind is zo snel moeder na geboorte aangelegd. Voeding kind is binnen 1 uur gestart.	Medicatie ivm GDM kan direct post partum gestaakt worden (zie factsheet diabetes gravidarum pag 7.)	Nuchtere glucosebepaling (uitslag naar verloskundige en huisarts) (zie factsheet diabetes gravidarum pag 8.)
Onderzoeken		Overweeg nuchtere of random glucose bij elke zwangere te bepalen (zie factsheet diabetes gravidarum pag 5 stroomdiagram)		OGTT verrichten bij vrouwen die eerder een GDM hebben doorgemaakt: -niet verhoogd; geen GDM -herhaling OGTT 24-26 weken -verhoogd: GDM (zie factsheet diabetes gravidarum pag. 4)		Bij risicofactoren voor GDM of eerder doorgemaakte GDM wordt een OGTT verricht: -niet verhoogd: geen GDM -verhoogd: GDM (zie factsheet diabetes gravidarum pag 6.)	Monitoring van glucosewaarden volgens regionaal beleid (NVOG adviseert 2x per week een dagcurve). Vervolg de foetale groei zoals afgesproken in de regio (zie factsheet diabetes gravidarum pag 6.)	Idem	Idem	Idem	Afwachtend beleid/inleiden afhankelijk type GDM en i.c.m. shared decision making (zie factsheet diabetes gravidarum pag 7.)	Screening hypoglykemie neonaat volgens regionale afspraken. (zie factsheet diabetes gravidarum pag 8.)	
Informatie			Voorlichting over OGTT bij aanwezigheid risicofactoren.			Voorlichting op maat is gegeven over screening, de diagnose GDM en behandeling (shared decision making) (zie factsheet diabetes gravidarum pag 5.)	Informatie en begeleiding is gegeven over voedingsdieet en invloed van beweging op de glucosewaarden. Voorlichting op maat over de risico's van GDM. (zie factsheet diabetes gravidarum)	Informatie is gegeven over het belang van snel starten van de voeding na de partus en evt. start kolven voor aanvang baring (zie factsheet diabetes				Moeder is geïnformeerd over belang bloedsuikercontrole bij 6 wk pp en vervolgens iedere 1 a 2 jaar i.v.m. verhoogde kans op ontwikkelen	Leefstijladvies is gegeven met aandacht voor gezonde voeding en voldoende beweging. Advies voor preconceptie-zorgconsult bij eventuele volgende

Onderdeel	5-8 weken	6 – 10 weken	10 -13 weken	16-18 weken	18 -20 weken	24 – 26 weken	27 – 32 weken	32 – 36 weken	40 weken	41 – 42 weken	Bevalling	Kraam periode	6 weken post partum
								gravidarum pag 8.)				diabetes (zie factsheet diabetes gravidarum pag 8.)	kinderwens. (dan ook glucose bepalen)
Consult							Consult 2 ^e lijn bij: -onvoldoende glucoseregulatie -positieve discrepantie of een groeiversnelling (zie factsheet diabetes gravidarum)						
Verwijzing				-Zwangere met gestoorde OGTT is besproken in MDO*(afhankelijk van regionale afspraken). Bij een gestoorde OGTT: - Is de zwangere verwezen naar diëtist/diabetes verpleegkundige/huisarts voor dieet- en bewegadvies en glucosecontroles (binnen 1week). - Zijn ≤ 2 weken na start van het dieet glucoses bekend. Bij goede glucoses blijft zorg in 1 ^e lijn. Streefwaarden: nuchter ≤ 5,3 mmol/l, 1 uurswaarde ≤ 7,8 mmol/l en/of 2 uurswaarde ≤ 6,7 mmol/l capilair. (zie factsheet diabetes gravidarum pag 6.)								Communicatie naar huisarts t.a.v. GDM en verzoek tot follow-up elke 1-2 jaar.	
Bron		KNOV factsheet diabetes gravidarum (GDM)	KNOV factsheet diabetes gravidarum (GDM)		NVOG richtlijn diabetes mellitus en zwangerschap, 2010		KNOV factsheet diabetes gravidarum (GDM)	NVOG richtlijn diabetes mellitus en zwangerschap, 2010			KNOV factsheet diabetes gravidarum (GDM)	KNOV factsheet diabetes gravidarum (GDM)	
Doelen totale zorgpad	<p>Hoofddoel: “Alle zwangeren met GDM ontvangen continuïteit van zorg door het reduceren en structureren van overdrachtsmomenten en door de inhoud van zorg af te stemmen met alle betrokken disciplines.”</p> <p>Subdoelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iedere zwangere met GDM behandeld met alleen dieet, zonder bijkomende problematiek, ervaart continuïteit van zorg en wordt begeleid door de verloskundige. - Iedere zwangere met GDM behandeld met alleen dieet, zonder bijkomende problematiek heeft keuzevrijheid in plaats van bevallen. - De kosten voor de zorg van zwangeren met GDM zijn geminimaliseerd. - Aantal opnames voor comorbiditeit neemt niet toe. - Alle kinderen hebben < 1 uur na de geboorte hun eerste voeding gehad. 												
Aandachtspunten voor VSV	<ul style="list-style-type: none"> - Maak regionale afspraken over het te volgen screeningsbeleid voor het opsporen van GDM. - Maak afspraken over de organisatie en verantwoordelijkheden van de behandeling van GDM met alleen dieet: kan dit in de eerste lijn? Zo ja, denk aan onderwerpen zoals: waar vindt het dieetadvies plaats, hoe vaak is monitoring van bloedglucose gewenst en wordt de zwangere in het multidisciplinair overleg besproken? - Maak regionale afspraken wanneer een echoscopisch onderzoek is geïndiceerd voor monitoring van de foetale groei en vruchtwater en wie dit uitvoert. - Maak afspraken over het beleid ten aanzien van de baring bij zwangeren met GDM en alleen dieet. - Maak regionale afspraken over screening op hypoglykemie bij kinderen van een moeder met GDM. - Maak afspraken over de lange termijn follow-up. - Maak afspraken over het verloop van communicatie tussen verschillende zorgverleners. Denk hierbij aan communicatie tussen eerste en tweede lijns zorgverleners, verloskundig zorgverleners en de huisarts en indien van toepassing de diëtiste. - Maak afspraken over preconceptiezorg met het oog op een mogelijke volgende zwangerschap. 												

*Multidisciplinair overleg: overleg met betrokken ketenpartners dat regelmatig plaatsvindt. Doel: afstemmen van zorg. Disciplines die in ieder geval aanwezig zijn: eerstelijns verloskundige, tweedelijns verloskundige, gynaecoloog en diëtist en/of diabetes verpleegkundige. Mogelijke andere disciplines: kraamzorg, huisarts, kinderarts, anesthesioloog, public health medewerkers.