

een verloskundige voor een volledige baan geen 110 zorgenheden te doen, maar 35-40!”

In de duopraktijken zijn de verloskundigen in eerste instantie elkaars achterwacht. In tweede instantie worden er andere praktijken ingeschakeld, vaak wel met dezelfde ideeën over intensieve begeleiding. Verschillende praktijken samen verenigen zich dan ook als het gaat om zaken als kringvertegenwoordiging, bijscholing, kwaliteitsbeleid etc. Indien de praktijk bestaat uit zelfstandig opererende kleinschalige teams wordt zowel de financiële als organisatorische overhead met elkaar gedeeld. Marieke (moeder van vier kinderen): “Praktijkassistenten zijn voor ons niet betaalbaar, maar dat is ook niet nodig. Beetje gevoel voor ondernemerschap is wel belangrijk want je moet alles zelf doen. Je weet daardoor ook heel goed wat er allemaal speelt”.

De verloskundigen benoemen als grote verschil met een (drukke) groepspraktijk dat ze zelf alles kunnen indelen en bepalen. Men kent alle cliënten en weet wat belangrijk voor ze is. De cliënt is ook tevreden. Catrien: “Onze ervaringen zijn eigenlijk alleen maar positief, rust voor de cliënten, rust voor de vroedvrouwen en tevreden klanten. Toen we begonnen hoopten we dat onze werkvorm inderdaad een positief effect zou hebben, nu zien we dat het nog beter werkt dan gedacht/gehoopt.

Rebekka: “Toen we hier mee begonnen waren we niet allemaal even enthousiast, integendeel. Nu wil niemand meer terug!”. ■

# Vitamine K beleid

*Suze Jans*

**In september 2009 heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) de nieuwe landelijke richtlijn Vitamine K beleid bij voldragen baby's geaccordeerd.**

**Om de nieuwe richtlijn te kunnen uitvoeren is een nieuw vitamine K preparaat nodig, dat nu nog niet beschikbaar is. Fabrikanten zijn wel bereid de bestaande preparaten te vervangen door een nieuw preparaat, maar alleen na goedkeuring van de Gezondheidsraad. Het bestuur van de NVK is daarom van mening dat de nieuwe richtlijn niet kan worden ingevoerd, zolang een dergelijk preparaat niet ruim beschikbaar en vrij verkrijgbaar is. Bovendien vindt de NVK dat een publiekscampagne moet worden voorbereid om verwarring bij zowel professionals als publiek te voorkomen.**

Omdat de NVK deze implementatievoorwaarden niet zelf kan vervullen is aan de minister van VWS gevraagd hierin het voortouw te nemen door een verzoek neer te leggen bij de Gezondheidsraad om de richtlijn te onderschrijven. De NVK heeft besloten de nieuwe richtlijn niet actief onder de aandacht te brengen van het grote publiek.

*Suze Jans MSc is verloskundige en beleidsmedewerker KNOV*



© nationalebeeldbank.nl

Ik doe het nog wel met de oude vitamine K-richtlijn

Bovendien is het dus nog niet de bedoeling dat de richtlijn al wordt geïmplementeerd. Desondanks is de nieuwe richtlijn op sommige plaatsen in het land in de VSV's besproken.

De KNOV wil er op wijzen dat de NVK heeft uitgesproken dat **tot nader order het oude (huidige) beleid van kracht blijft**. De KNOV sluit zich hierbij aan.

### Wat staat er in de nieuwe richtlijn Vitamine K beleid bij voldragen baby's?

Het besluit de richtlijn te wijzigen komt voort uit de observatie dat de oude Nederlandse richtlijn voor profylaxe met vitamine K zuigelingen met een niet onderkende cholestatische leverziekte onvoldoende beschermt. Gevolg hiervan is een hogere incidentie van (hersen) bloedingen door vitamine K tekort in Nederland in vergelijking met de ons omringende landen.

De belangrijkste veranderingen in de nieuwe richtlijn betreffen het volgende:

- De orale profylaxe voor alle voldragen pasgeborenen direct na de geboorte wordt opgehoogd van 1 mg naar 2 mg.
- De profylaxe bij alle borstgevoede voldragen pasgeborenen gedurende drie maanden wordt 1 mg per week in plaats van 25 microgram per dag.
- Voor omschreven risicogroepen kan straks gekozen worden voor eenmalig 1 mg vitamine K intramusculair en is geen verdere profylaxe gedurende 3 maanden noodzakelijk

Er is expliciet geen plaats meer voor de intraveneuze toediening van Vitamine K als profylaxe.

De doorslaggevende reden om voor orale profylaxe te kiezen is dat orale toediening enerzijds net zo effectief is als een intramusculaire gift en anderzijds noch de potentiële nadelen heeft van dubbele dosering van flesgevoede kinderen. Bovendien heeft een intramusculaire gift een mogelijke verhoogde kans op ouderlijke weigeringen zoals in Engeland het geval is geweest.

Er zouden vraagtekens kunnen worden geplaatst bij de compliance van een wekelijks regime. De ervaringen in Denemarken, waar dit al langer landelijk beleid is, heeft niet geresulteerd in een hogere incidentie van Vitamine K deficiënte bloedingen.

De KNOV verwacht dat wanneer de richtlijn in de toekomst zal worden geïmplementeerd hierover met de ketenpartners, zoals de JGZ en de huisartsen nog zal worden gesproken.

Voor vragen: [Suze Jans sjans@knov.nl](mailto:Suze.Jans.sjans@knov.nl) of [Mieke Beentjes mbeentjes@knov.nl](mailto:Mieke.Beentjes@mbeentjes@knov.nl) ■

Het kan alleen maar méér worden

