

# Postnatale zorg: 'Do as the British do?'

## Studenten verloskunde onderzochten de bruikbaarheid van de Britse richtlijn voor de Nederlandse praktijk

Nienke Schaap-Kosters en Karlijn Janssen

### Tevreden, maar ook goed en effectief?

De tevredenheid van cliënten over de ontvangen postnatale zorg in Nederland is redelijk goed. Uit cijfers van het NIVEL blijkt dat kraamvrouwen de begeleiding van verloskundigen tijdens het kraambed gemiddeld met een 4,57 op een schaal van 1 tot 5 beoordelen (waarbij 1= zeer negatief en 5= zeer positief) [NIVEL, 2003]. Hierbij lag de meest positieve waarde op 5.0 en de meest negatieve waarde 2,38.

Toch blijkt uit onderzoek dat de kwaliteit en de effectiviteit van de postnatale zorg in Nederland wel verbeterd kunnen worden. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat de incidentie van eclampsie in de late postnatale periode toeneemt, mogelijk door miskenning van de prodromale symptomen [Van Roosmalen et al, 2007; Van Weert, 2007].

Daarnaast treden met name in de latere postnatale periode (>dag 10) gezondheidsproblemen op, terwijl de zorg door verloskundigen dan al is afgesloten.

In 2005 was 30,7% van de indirecte maternale sterfte te wijten aan suïcide ten gevolge van psychische problemen postpartum. Hierbij is het van belang dat deze problemen zich in 90% van de gevallen pas na twee weken openbaren [Schutte, 2008].

### Eenduidigheid

De kraamzorg speelt binnen de postnatale zorg in Nederland een belangrijke rol. Het betekent dat bij het kraambed meerdere zorgverleners betrokken zijn. Geluiden uit de praktijk laten horen dat vrouwen behoefte hebben aan meer eenduidigheid in de adviezen van kraamverzorgers en verloskundigen.

De postnatale zorg is in de bestaande landelijke richtlijnen onderbelicht. De KNOV heeft daarom de ontwikkeling van een richtlijn postnatale zorg in haar beleidsplan voor 2009 opgenomen. Naar verwachting zal hier in 2010 een start mee worden gemaakt.

In Groot-Brittannië wordt reeds gebruikt gemaakt van een richtlijn voor postnatale zorg. In het kader van onze studie hebben wij onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre deze Britse richtlijn bruikbaar is voor het ont-



wikkelen van een Nederlandse richtlijn postnatale zorg. Hiervoor hebben wij de "NICE clinical guideline: Routine postnatal care of women and their babies" uit 2006 grondig bestudeerd, als ook een deel van de literatuur die daaraan ten grondslag lag. Tevens hebben we een kwaliteitsanalyse uitgevoerd aan de hand van het AGREE-instrument (Appraisal instrument for Guidelines, REsearch and Evaluation). Met dit gevalideerde instrument wordt een richtlijn op zes aspecten onderzocht: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, methodologie, helderheid en presentatie, toepassing en tenslotte onafhankelijkheid van de opstellers.

Daarnaast heeft er een werkbezoek aan Groot-Brittannië plaatsgevonden waarbij gesproken is met verschillende verloskundige zorgverleners uit diverse settings en met één van de leden van de RCM (Royal College of Midwives). In dit artikel zullen wij de meest opvallende verschillen beschrijven tussen de postnatale zorg in beide landen, die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen

### Britse richtlijn

De NICE (the National Institute for Health and Clinical Excellence) is een orgaan dat verbonden is aan de National Health Service (NHS). Het ontwikkelt op landelijk niveau evidence based richtlijnen voor de gehele Britse gezondheidszorg. In 2006 is de Postnatal NICE guideline gepubliceerd met als doelgroep alle verloskundige zorgverleners in Groot-Brittannië (NICE, 2006). In de richtlijn wordt de zorg beschreven voor cliënten en hun baby in

Nienke Schaap-Kosters en Karlijn Janssen zijn verloskundigen in opleiding (vierde jaar) aan de Verloskunde Academie Amsterdam

de eerste zes tot acht weken postpartum. De richtlijn gaat in op drie hoofdonderwerpen (key questions): het behoud van de maternale gezondheid, voeding van de neonat en het behoud van neonatale gezondheid. Om de kwaliteit van deze Postnatal NICE guideline te toetsen is er een kwaliteitsanalyse uitgevoerd aan de hand van het AGREE-instrument. De richtlijn komt hierbij over het algemeen goed uit de verf. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is er goed nagedacht over de klinische vragen waarop de richtlijn antwoord wil geven. Deze vragen zijn ook goed beschreven. Daarnaast is er voor een goede samenstelling van professionals gekozen die betrokken waren bij de richtlijnontwikkeling. Ook zijn de zoekstrategieën waarmee de literatuur is verzameld, zeer inzichtelijk. In de richtlijn wordt niet ingegaan op de monitoring van de naleving van de richtlijn. Daarmee is onduidelijk of de aanbevelingen in de richtlijn in de praktijk daadwerkelijk toegepast worden. Ook de Royal College of Midwives kon ons daar geen cijfers over geven. Tijdens het werkbezoek in Groot-Brittannië hebben we gezien dat elke instelling eigen lokale protocollen heeft die onderling behoorlijk van elkaar kunnen verschillen. Ondanks dat het in de meeste gevallen afgeleiden van de NICE guideline zijn. In de NICE guideline vallen er een aantal zorginhoudelijke aspecten op die interessant zijn voor de te ontwikkelen Nederlandse postnatale richtlijn. Deze worden hier behandeld.

### **Binnen zes uur eenmalige tensiemeting**

Eclampsie komt volgens verschillende literatuur bij 6,2 tot 11 per 10.000 geboorten voor [Van Roosmalen, 2007; Van Weert, 2007]. Hierbij is het belangrijk te weten dat één derde (20-40%) van de eclampsie na de bevalling optreedt. Uit onderzoek blijkt dat de meeste vrouwen met eclampsie in de late postpartumperiode, vóór en tijdens de bevalling juist geen tekenen van pre-eclampsie laten zien. In het huidige Nederlandse beleid wordt in de thuissituatie alleen op indicatie tensie gemeten om een eventuele (pre)eclampsie in het kraambed tijdig te identificeren. In Groot-Brittannië is ervoor gekozen om niet alleen op indicatie, maar routinematig tensie te meten. Er zijn helaas geen cijfers te vinden waaruit blijkt dat met deze routinematige tensiemeting meer vrouwen met postpartum (pre)eclampsie worden opgespoord en ernstige pathologie voorkomen wordt.

### **Geen routinematige uteruspalpatie**

Uit de literatuur komt naar voren dat de snelheid en de manier waarop de uterus involueert zeer uiteen kunnen lopen. Hierdoor is het moeilijk om te bepalen wat een normale involutie inhoudt en kan puur op basis van de uteruspalpatie geen conclusie worden getrokken. Om

deze reden heeft NICE besloten dat routinematig bepalen van de uterusinvolutie niet zinvol is bij normaal bloedverlies. Binnen het Nederlandse beleid is het bepalen van de uterusinvolutie momenteel wel een routinematig onderdeel van de postnatale controles. Bij de ontwikkeling van een Nederlandse richtlijn is het belangrijk om na te gaan in hoeverre deze routinematige handeling daadwerkelijk zinvolle informatie geeft.

### **Aandacht voor kraamvrouwen met obesitas**

Gezien de ontwikkelingen van de laatste jaren waarin het aantal volwassenen maar ook het aantal kinderen met obesitas toeneemt, zal het van toegevoegde waarde zijn wanneer er in de Nederlandse richtlijn specifiek wordt ingegaan op deze groep. Er moet bij obese kraamvrouwen bijvoorbeeld alerter gereageerd worden op symptomen van trombose maar ook op andere specifieke gezondheidsproblemen. In de NICE guideline wordt een drietal aandachtspunten in de zorg aan kraamvrouwen met obesitas (BMI >30 kg), naar voren gehaald: het verhoogde risico op diepe veneuze trombose in het kraambed, fluxus postpartum en borstvoeding. Mensen die geen of nauwelijks borstvoeding hebben gehad, hebben een verhoogd risico voor obesitas op latere leeftijd. Er wordt in de richtlijn helaas geen specifiek beleid gemaakt ten aanzien van obesitas. Dit zou een absolute verbetering zijn voor de postnatale richtlijn.

### **Toediening van vitamine K**

Vitamine K wordt toegediend ter voorkoming van vitamine K deficiënte bloedingen (VKDB). Deze bloedingen zijn te onderscheiden in drie vormen: vroeg (binnen 24 uur postpartum), klassiek (eerste week postpartum) en laat (tussen de 2e-12e levensweek). In Groot-Brittannië wordt een eenmalige intramusculaire toediening van 1 mg na de geboorte toegepast, waarna een orale dosis van 2 mg volgt na één en vier weken bij borstgevoede kinderen. In Nederland daarentegen krijgt de pasgeborene 1 mg per os, en vervolgens krijgen na de achtste dag borstgevoede kinderen 25 microgram per dag gedurende drie maanden. De intramusculaire en orale toedieningsvormen hebben beide voor- en nadelen. Een enkele intramusculaire toediening van vitamine K direct postpartum fungeert als depot en kan late bloedingen bij zuigelingen zo goed als volledig voorkomen [Van Hasselt et al, 2008]. Een orale dosis van 1 mg postpartum is afdoende om de klassieke vorm van VKDB te voorkomen maar beschermt de pasgeborene minder goed tegen de late bloedingen bij de zuigeling met malabsorptie (NVK, 2009). De intramusculaire toediening heeft echter een klein maar reëel risico op lokale infectie, hematoom of zenuwbeschadiging. Het geeft een grotere pijnbelasting voor de pasgeborene en is duurder dan de orale vorm. Daarbij komt dat indien

de eerste gift wordt vergeten de consequenties bij een intramusculaire toedieningsvorm veel groter zijn dan bij een vergeten orale gift. Nadelen van de orale toediening zijn problemen met de therapietrouw en de onvoorspelbare absorptie bij darm- en leverziekten.

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft onlangs een nieuwe richtlijn vastgesteld waarin ze nieuwe aanbevelingen doet voor de vitamine K toediening aan voldragen pasgeborenen in Nederland [NVK, 2009]. De NVK adviseert de orale vorm te handhaven maar de huidige dosis te verhogen, d.w.z.: naar 2 mg bij de geboorte gevolgd door een wekelijkse orale dosis van 1 mg (gedurende eerste drie maanden). De richtlijn zal pas van kracht worden na goedkeuring door het ministerie van VWS en de Gezondheidsraad. Zie voor meer informatie: de KNOV-ledensite > werken aan kwaliteit > werken met richtlijnen > vitamine D.

### Borstvoeding

Het onderwerp borstvoeding is een belangrijk onderdeel van de NICE guideline. Net zoals in Nederland wordt borstvoeding in Groot-Brittannië ook gezien als de absolute voorkeursvoeding voor pasgeborenen en de richtlijn focust zich dan ook op het stimuleren van borstvoeding. Ondanks de NICE richtlijn en het 'Baby Friendly Initiative' dat in 1991 door de WHO en UNICEF is gelanceerd, zijn de Britse borstvoedingscijfers schrikbarend laag. De 'Office for National Statistics' voert elke vijf jaar een onderzoek uit naar 'Infant feeding' waarin de laatste cijfers uit 2005 (gepubliceerd in 2008) weliswaar laten zien dat er sinds het 'Baby Friendly Initiative' significante verbeteringen zijn opgetreden wat betreft het percentage vrouwen dat borstvoeding geeft. Groot-Brittannië blijft echter behoren tot de Europese landen met de laagste borstvoedingscijfers. Na één week krijgt slechts 35% van de kinderen nog uitsluitend borstvoeding, na zes weken is dit 21%, na vier maanden is dit 7% en na 5 maanden nog maar 3% [ONS, 2008].

In Nederland staat het 'Baby Friendly Initiative' bekend als het borstvoedingscertificaat voor gezondheidszorginstellingen. Het lijkt hier haar werk beter te doen dan in Groot-Brittannië. Uit het TNO onderzoek bleek namelijk een significant verschil in borstvoedingspercentages tussen vrouwen die gecertificeerde zorg kregen: 84% van de vrouwen startte direct met borstvoeding terwijl vrouwen met niet-gecertificeerde zorg slechts in 79% met borstvoeding startten [TNO, 2007]. Ook na acht dagen bleek er nog een significant verschil te zijn in borstvoedingspercentages tussen beide groepen (respectievelijk 72% en 62%).

Binnen de postpartumzorg zijn er echter nog wel verbeterpunten ten aanzien van borstvoeding. Het NIVEL-onderzoek geeft aan dat vrouwen behoefte hebben aan

meer begeleiding bij de borstvoeding [NIVEL, 2003]. Met het oog op de continuïteit van zorg is het logisch dat dit nog onder de verloskundige zorg valt. Cijfers uit 2007 laten zien dat gemiddeld 81% van de vrouwen begon met het geven van borstvoeding [TNO, 2007]. Na een maand loopt dit percentage terug naar 48% terwijl de verloskundige in de eerste vier tot zes weken juist nog een belangrijke rol kan spelen. Als reden om te stoppen met borstvoeding in de eerste maand werd het vaakst genoemd; 'te weinig voeding/het was te pijnlijk/het wilde niet lukken' [TNO, 2007]. Dit zijn problemen voor kraamvrouwen die met goed eenduidig beleid en advies in de vorm van een richtlijn en multidisciplinair overleg voor een deel voorkomen zou kunnen worden. De KNOV werkt momenteel aan de ontwikkeling van een standpunt over voeding voor de pasgeborene en tevens aan een multidisciplinaire richtlijn voor borstvoeding.

### Verskil in postnatale zorg tussen Groot-Brittannië en Nederland

Bij het bepalen van de bruikbaarheid van de richtlijn voor de Nederlandse situatie, is het van belang om niet alleen naar de inhoudelijke aspecten te kijken, maar ook naar algemene verschillen qua organisatie van postnatale zorg. Het postnatale zorgsysteem van Groot-Brittannië komt deels overeen met de postnatale zorg in Nederland. Vrouwen met ongecompliceerde partus blijven gemiddeld 24 uur postpartum in het ziekenhuis. Voor een vrouw met een kunstverlossing is dit gemiddeld een tot twee dagen en met een Sectio Caesarea gemiddeld twee tot vier dagen (NHS, 2009). Evenals in Nederland staan het aantal dagen van ziekenhuisopname niet vast. Afhankelijk van complicaties en de wens van cliënte wordt het moment van ontslag bepaald. Vervolgens zijn vrouwen in Groot-Brittannië net zoals hier tot zes weken postpartum kraamvrouw. De manier waarop de zorg binnen deze zes weken georganiseerd is, verschilt echter wel van de onze. Deze hangt in de eerste plaats af van het type zorg waarvoor de cliënt gekozen heeft: midwifery-led, obstetric-led of een community-midwife. Midwifery-led betekent zorg door verloskundigen die vanuit een ziekenhuispraktijk werken en die zich richt op laag risico vrouwen. Obstetric-led is zorg vergelijkbaar met de Nederlandse tweedelijns; verloskundigen werken onder supervisie van gynaecologen. De community-midwife is zelfstandig en werkt vanuit een eigen praktijk of huisartsenpraktijk. De organisatie van de postnatale zorg verschilt per praktijk en hangt samen met de mate van urbanisatie.

Binnen de midwifery-led care worden de kraamvisites in de eerste tien dagen tot twee weken meestal gedaan door de verloskundige zelf en daarna neemt een Public Health Nurse het over. De frequentie van bezoeken is net

zoals in Nederland afhankelijk van wat er nodig is aan zorg. Wanneer een kraambed ongecompliceerd verloopt wordt de kraamvisite door de verloskundige in Groot-Brittannië dikwijls afgewisseld met een telefonisch consult. Op basis van wat er uit het telefonisch consult ter sprake komt wordt besloten om alsnog langs te gaan of wordt er een vervolgccontrole afgesproken. Het kraambed wordt normaliter afgesloten op dag 10-14. Vanaf het moment dat een kraamvrouw mobiel is, heeft zij de mogelijkheid om binnen te lopen in een Children's Centre in haar buurt (vergelijkbaar met onze OKC-centrum) voor begeleiding en vragen. Deze Children's Centres functioneren alleen in en om Londen. In andere delen van het land moet dit concept nog van de grond komen. Voor het huishoudelijke werk is de kraamvrouw geheel afhankelijk van mantelzorg. Kraamzorg is onbekend.

Er bestaat ook nog een mogelijkheid om voor een independent midwife te kiezen. Dit type verloskundigen praktiseert vanuit een visie van volledig geïndividualiseerde zorg, volledig in samenspraak met de cliënt. Zij hebben een lage caseload. De verzekering vergoedt niet hun kosten; ze komen voor rekening van de cliënte. De independent midwife levert in vergelijking tot NHS midwives uitgebreidere postnatale zorg. Gemiddeld leggen zij tien kraambezoeken af in de eerste zes weken en zij voorkomen op die manier dat hun cliënt al snel weer op pad moet om naar één van de Children's Centres te gaan voor controles [NHS, 2009].

## Conclusie

Het is belangrijk dat de postnatale zorg weer meer aandacht krijgt. Dit is immers de periode waar onze cliënten en hun partners de gehele zwangerschap naar toe leven. De postnatale zorg zoals we die in Nederland bieden leidt tot redelijk goede tevredenheid bij de cliënten. Er is echter nog wel gezondheidswinst te behalen, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. De ontwikkeling van een richtlijn postnatale zorg zou hier een belangrijke stimulans aan kunnen geven.

De Britse Postnatal NICE guideline is een kwalitatief goede richtlijn die grotendeels bruikbaar is voor het ontwikkelen van een Nederlandse richtlijn postnatale zorg. Echter wel onder een aantal voorwaarden en met aanpassingen. Dit is de uitkomst van ons onderzoek naar de bruikbaarheid van de Britse richtlijn.

Een van de aanpassingen betreft het beleid rond borstvoeding. De borstvoedingscijfers zijn ondanks het invoeren van het Baby-Friendly Initiative in Groot-Brittannië schrikbarend laag. Hoewel sinds de invoering enige stijging in het aantal vrouwen die borstvoeding geven, behoort Groot-Brittannië nog steeds tot de landen met de slechtste borstvoedingscijfers van Europa. Voor een effectief beleid

in Engeland is dus meer nodig dan het Baby-Friendly Initiative. Uit onderzoek in Nederland kennen wij al de knelpunten die vrouwen bij borstvoeding ondervinden. Een Nederlandse richtlijn zou hier specifiek aandacht aan moeten besteden en met gerichte aanbevelingen moeten komen om deze knelpunten op te lossen.

Een andere voorwaarde of aanpassing is dat er in de Nederlandse richtlijn dieper wordt ingegaan op obesitas. De NICE guideline benadrukt het belang van meer aandacht aan obesitas maar maakt geen specifiek beleid. Tot slot, zal voor een Nederlandse richtlijn een team met Nederlandse experts moeten worden samengesteld. Veel aanbevelingen in de NICE guideline hebben de classificering D(GPP) gekregen. Dit wil zeggen dat de aanbevelingen gebaseerd zijn op basis van expert opinion. Uiteraard is er nog niet voor elk onderwerp literatuur beschikbaar en is een dergelijke aanbeveling dus soms de enige optie. Deze expert opinions zijn echter gebaseerd op de Britse visie op verloskundige zorg en op de Britse normen en waarden. Aangezien de Nederlandse visie veel meer de fysiologie als uitgangspunt neemt, is het voor de ontwikkeling van de Nederlandse richtlijn postnatale zorg van belang dat er een Nederlands team met experts wordt gecreëerd die deze D(GPP) geclassificeerde aanbevelingen uit de NICE guideline onder de loep neemt. Dit zou in sommige gevallen tot andere conclusies en aanbevelingen kunnen leiden. ■

## Referenties

- Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline, 2006. [www.nice.org.uk/CG037](http://www.nice.org.uk/CG037) (Laatst geraadpleegd 8 juli 2009).
- Monitor verloskundige zorgverlener. NIVEL, 2003. <http://www.nivel.nl/pdf/monitor-verloskundige-zorgverlening-3e-meting.pdf>. (Laatst geraadpleegd 8 juli 2009).
- The Information Centre. NHS, 2007. <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/hospital-care/maternity/nhs-maternity-statistics-england-2007-08>. (laatst geraadpleegd op 26 augustus 2009)
- Een nieuwe richtlijn voor vitamine K toediening aan voldragen pasgeborenen in Nederland. NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde), 2009. Beschikbaar op [www.nvk.pedinet.nl](http://www.nvk.pedinet.nl)
- Office for National Statistics (ONS). <http://www.babyfriendly.org.uk/page.asp?page=21> (laatst geraadpleegd op 26 augustus 2009)
- Roosmalen van J., Schuitemaker N.W.E., Schutte J.M., Dillen van J. Zwart, J.J. Late eclampsie post partum. 'LEMMON-studie'. NTvG 2007;151 (16).
- Schutte, J. et al. Maternal mortality due to psychiatric disorders in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2008;3:151-153
- Peiling Melkvoeding van Zuigelingen. TNO rapport, 2007 [http://www.zorgvoorbtorstvoeding.nl/files/TNO\\_peiling\\_2007\\_definitief.pdf](http://www.zorgvoorbtorstvoeding.nl/files/TNO_peiling_2007_definitief.pdf) (laatst geraadpleegd op 26 augustus 2009)
- Van Hasselt PM, De Koning TJ, Kvist N, De Vries E, et al. Prevention of vitamin K deficiency bleeding in breastfed infants: lessons from the Dutch and Danish biliary atresia registries. *Pediatrics*, 2008;121: e857-e863
- Van Weert JM, Richard E, Bleker OP, Wolf H, Hajenius PJ. Casuïstiek, Late eclampsie post partum. NTvG, 2007; 151:414-7.