



Multidisciplinaire richtlijn

# Postnatale Zorg

Verloskundige basiszorg voor moeder en kind

## Colofon

Deze multidisciplinaire richtlijn is een publicatie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

© 2018 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, juli 2018

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de KNOV. U kunt deze uitgave ook inzien via [www.knov.nl](http://www.knov.nl)

### Auteurs

Josien de Boer en Lianne Zondag

### Contact KNOV

Postbus 2001

3500 GA Utrecht

T +31 (0)30 282 31 00

E [info@knov.nl](mailto:info@knov.nl)

# Inhoud

|            |                                                               |           |
|------------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>   | <b>Verantwoording .....</b>                                   | <b>7</b>  |
| <b>2</b>   | <b>Werkwijze .....</b>                                        | <b>9</b>  |
| <b>3</b>   | <b>Module normaal herstel van de vrouw .....</b>              | <b>12</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Samenvatting van de resultaten .....</b>                   | <b>12</b> |
| 3.1.1      | Uitgangsvragen.....                                           | 12        |
| 3.1.2      | Aanbevelingen .....                                           | 12        |
| <b>3.2</b> | <b>Gangbare klachten en beperkingen .....</b>                 | <b>13</b> |
| 3.2.1      | Kraamperiode.....                                             | 13        |
| 3.2.2      | Postnatale periode .....                                      | 13        |
| 3.2.3      | Conclusies.....                                               | 14        |
| <b>3.3</b> | <b>Factoren die het herstelproces beïnvloeden .....</b>       | <b>14</b> |
| 3.3.1      | Wijze van bevallen.....                                       | 14        |
| 3.3.2      | Pariteit .....                                                | 15        |
| 3.3.3      | Episiotomie en rupturen .....                                 | 15        |
| 3.3.4      | Borstvoeding.....                                             | 15        |
| 3.3.5      | Conclusies.....                                               | 15        |
| <b>3.4</b> | <b>Verloop van het herstel in het eerste jaar .....</b>       | <b>16</b> |
| 3.4.1      | Weer aan het werk .....                                       | 16        |
| 3.4.2      | Conclusies.....                                               | 16        |
| <b>4</b>   | <b>Module Postnatale zorg voor de vrouw .....</b>             | <b>18</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Alarmsymptomen .....</b>                                   | <b>18</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Observatie van de vrouw .....</b>                          | <b>19</b> |
| 4.2.1      | Controle van de uterus en lochia .....                        | 19        |
| 4.2.2      | Nabloeding.....                                               | 20        |
| <b>4.3</b> | <b>Infecties .....</b>                                        | <b>21</b> |
| 4.3.1      | Endometritis en sepsis .....                                  | 21        |
| <b>4.4</b> | <b>Hypertensieve aandoeningen .....</b>                       | <b>22</b> |
| <b>4.5</b> | <b>Veneuze trombo-embolie.....</b>                            | <b>22</b> |
| <b>4.6</b> | <b>Psychisch en emotioneel welbevinden .....</b>              | <b>23</b> |
| 4.6.1      | Postpartumblues.....                                          | 23        |
| 4.6.2      | Pre-existente psychische of psychiatrische problematiek ..... | 23        |

|             |                                                   |           |
|-------------|---------------------------------------------------|-----------|
| 4.6.3       | Acute psychische problemen .....                  | 23        |
| <b>4.7</b>  | <b>Perineumzorg .....</b>                         | <b>25</b> |
| <b>4.8</b>  | <b>Defecatie .....</b>                            | <b>25</b> |
| 4.8.1       | Obstipatie.....                                   | 25        |
| 4.8.2       | Hemorroiden .....                                 | 26        |
| 4.8.3       | Fecale incontinentie.....                         | 26        |
| <b>4.9</b>  | <b>Mictie .....</b>                               | <b>26</b> |
| 4.9.1       | Urineretentie .....                               | 26        |
| 4.9.2       | Urine-incontinentie .....                         | 27        |
| 4.9.3       | Urineweginfecties .....                           | 27        |
| <b>4.10</b> | <b>Problemen met de borstvoeding .....</b>        | <b>28</b> |
| 4.10.1      | Stuwing .....                                     | 28        |
| 4.10.2      | Pijnlijke tepels.....                             | 28        |
| 4.10.3      | Mastitis .....                                    | 29        |
| 4.10.4      | Medicatie en borstvoeding.....                    | 29        |
| 4.10.5      | (Mogelijk) onvoldoende melkproductie .....        | 29        |
| <b>4.11</b> | <b>Andere veelvoorkomende klachten .....</b>      | <b>29</b> |
| 4.11.1      | Hoofdpijn.....                                    | 29        |
| 4.11.2      | Vermoeidheid .....                                | 30        |
| 4.11.3      | Rugpijn.....                                      | 30        |
| 4.11.4      | Bekkenpijn.....                                   | 30        |
| <b>4.12</b> | <b>Seksualiteit en anticonceptie .....</b>        | <b>31</b> |
| <b>4.13</b> | <b>Bijzondere situaties .....</b>                 | <b>31</b> |
| 4.13.1      | Rhesusimmunisatie .....                           | 31        |
| 4.13.2      | Seronegatieve status rodehond .....               | 31        |
| 4.13.3      | Seronegatieve status waterpokken .....            | 32        |
| 4.13.4      | Koortslip-infectie.....                           | 32        |
| <b>5</b>    | <b>Module Postnatale zorg voor het kind .....</b> | <b>34</b> |
| <b>5.1</b>  | <b>Kenmerken van een gezond kind .....</b>        | <b>34</b> |
| <b>5.2</b>  | <b>Alarmsymptomen .....</b>                       | <b>34</b> |
| <b>5.3</b>  | <b>Observatie van het kind .....</b>              | <b>35</b> |
| 5.3.1       | Gewicht.....                                      | 36        |
| 5.3.2       | Temperatuur .....                                 | 36        |
| 5.3.3       | Defecatiepatroon.....                             | 37        |

|                  |                                                                                                                     |           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5.4</b>       | <b>Voeding van het kind .....</b>                                                                                   | <b>37</b> |
| <b>5.5</b>       | <b>Verzorging van het kind .....</b>                                                                                | <b>38</b> |
| <b>5.6</b>       | <b>Huilen .....</b>                                                                                                 | <b>38</b> |
| <b>5.7</b>       | <b>Hechting tussen ouders en kind .....</b>                                                                         | <b>39</b> |
| <b>5.8</b>       | <b>Veelvoorkomende gezondheidsproblemen .....</b>                                                                   | <b>39</b> |
| 5.8.1            | Spruw .....                                                                                                         | 39        |
| 5.8.2            | Reflux en braken .....                                                                                              | 39        |
| 5.8.3            | Darmkrampen.....                                                                                                    | 40        |
| <b>5.9</b>       | <b>Complicaties .....</b>                                                                                           | <b>41</b> |
| 5.9.1            | Hyperbilirubinemie.....                                                                                             | 41        |
| 5.9.2            | Pusogjes en ooginfecties.....                                                                                       | 41        |
| 5.9.3            | Dehydratie en ondervoeding.....                                                                                     | 41        |
| <b>5.10</b>      | <b>Vitaminesuppletie .....</b>                                                                                      | <b>42</b> |
| 5.10.1           | Vitamine K.....                                                                                                     | 42        |
| 5.10.2           | Vitamine D.....                                                                                                     | 42        |
| <b>5.11</b>      | <b>Bevolkingsonderzoek.....</b>                                                                                     | <b>42</b> |
| 5.11.1           | Hielprik.....                                                                                                       | 42        |
| 5.11.2           | Gehoorscreening.....                                                                                                | 42        |
| 5.11.3           | Vaccinaties en hepatitis B.....                                                                                     | 42        |
| <b>5.12</b>      | <b>Veiligheid.....</b>                                                                                              | <b>43</b> |
| 5.12.1           | Preventie wiegendood .....                                                                                          | 43        |
| 5.12.2           | Vroegsignalering van kindermishandeling .....                                                                       | 43        |
| <b>6</b>         | <b>Module Organisatie van integrale postnatale zorg .....</b>                                                       | <b>45</b> |
| <b>6.1</b>       | <b>Uitgangsvragen en aanbevelingen .....</b>                                                                        | <b>46</b> |
| <b>6.2</b>       | <b>Goede integrale postnatale basiszorg .....</b>                                                                   | <b>47</b> |
| 6.2.1            | Samenvatting literatuuronderzoek.....                                                                               | 48        |
| 6.2.2            | Overwegingen .....                                                                                                  | 49        |
| <b>6.3</b>       | <b>Organisatie van integrale postnatale basiszorg .....</b>                                                         | <b>51</b> |
| 6.3.1            | Samenvatting relevante literatuur.....                                                                              | 51        |
| <b>Bijlage 1</b> | <b>Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijk bewijs in de NICE guideline<br/>Postnatal care (2006).....</b> | <b>58</b> |
| <b>Bijlage 2</b> | <b>Belangenverklaringen .....</b>                                                                                   | <b>60</b> |
| <b>Bijlage 3</b> | <b>Literatuuronderzoek en evidence natuurlijk herstel .....</b>                                                     | <b>61</b> |

|           |                                                                      |    |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|----|
| Bijlage 4 | Literatuuronderzoek optimaal aantal contactmomenten.....             | 69 |
| Bijlage 5 | Stroomdiagram literatuursearch optimaal aantal contactmomenten ..... | 73 |
| Bijlage 6 | Stroomdiagram postnatale zorg .....                                  | 80 |
| Bijlage 7 | Overzicht postnatale basiszorg .....                                 | 81 |
| Bijlage 8 | Verslag cliënten focusgroepen .....                                  | 83 |

# 1 Verantwoording

## Aanleiding voor het opstellen van deze richtlijn

Eerder al hebben diverse organisaties richtlijnen en protocollen ontwikkeld over specifieke complicaties of zorgprocessen in de postnatale periode. Maar er zijn signalen dat er landelijk variatie is in de geleverde postnatale basiszorg.<sup>1, 2</sup> Bovendien is er nog geen multidisciplinaire richtlijn voor postnatale basiszorg aan vrouw en kind. Een eenduidige beschrijving van die zorg leidt niet alleen tot een betere kwaliteit van de zorg en meer veiligheid maar ook tot meer duidelijkheid bij pas bevallen vrouwen over wat zij kunnen verwachten. Kortom, er is behoefte aan een multidisciplinaire en wetenschappelijk onderbouwde richtlijn die eenduidig de verloskundige basiszorg aan pas bevallen vrouwen en hun kind beschrijft – met gebruikmaking van de al beschikbare richtlijnen.

## Aanbevelingen in deze richtlijn

De nu ontwikkelde richtlijn beschrijft wat goede integrale postnatale basiszorg voor vrouw en kind is in de postnatale periode. Daarbij komen de volgende onderwerpen aan bod:

- natuurlijk herstel van de vrouw na de bevalling
- mogelijke symptomen en complicaties in de kraamperiode (eerste veertien dagen) en de postnatale periode (tot zes weken na de bevalling)
- de organisatie van integrale postnatale zorg
- het optimale aantal postnatale contacten
- de functie en inhoud van de nacontrole zes weken na de bevalling.

## Context: postnatale zorg in Nederland

In Nederland bevallen jaarlijks ongeveer 175.000 vrouwen: 94% van hen heeft een volledig of gedeeltelijk kraambed in de eerste lijn,<sup>3</sup> en een klein gedeelte (6%) een volledig klinisch kraambed. Ongeveer 1 tot 2% van de vrouwen wordt in het kraambed verwezen naar de tweede lijn.<sup>3</sup> Van de thuis verblijvende pasgeborenen wordt in de kraamperiode tot en met de zevende dag na de bevalling 6% opgenomen op de kinderafdeling of neonatale intensive care unit (NICU).<sup>4</sup>

Het doel van postnatale zorg is vrouwen en kind samen een optimale en gezonde start te geven. De verloskundige zorgverleners geven daartoe medische en psychosociale begeleiding aan de vrouw en ondersteunen ouders bij de transitie naar het ouderschap. Daarnaast volgen zij de ontwikkeling van het kind in de eerste twee weken na de bevalling en signaleren zij eventuele afwijkingen van het normale patroon. Zo nodig zetten zij een interventie in, uiteraard ook bij afwijkingen van het normale herstel van de vrouw.

De postnatale periode start na het nageboortetijdperk van de bevalling en eindigt zes weken na de bevalling. In de eerste twee weken na de bevalling is de postnatale basiszorg voor vrouw en kind het intensiefst. Na tien dagen wordt de zorg voor het kind overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg en huisarts. Maar ook daarna kan er nog zorg op maat voor het kind worden geboden, bijvoorbeeld bij de voeding. Dat gebeurt dan in samenspraak met de vrouw<sup>5</sup> en in afstemming met de jeugdgezondheidszorg. De postnatale zorg voor de vrouw wordt na zes weken overgedragen aan de huisarts.

## Doel en doelgroep van deze richtlijn

De richtlijn wil verloskundige zorgverleners ondersteunen bij de begeleiding van vrouwen en hun pasgeborenen kinderen, bij het fysieke herstel, het geven van goede psychosociale begeleiding en het signaleren van eventuele afwijkingen in het kraambed en de postnatale periode. Daarom wordt in deze multidisciplinaire en modulaire richtlijn 'gestandaardiseerd' welke verloskundige basiszorg vrouw en kind in de eerste zes weken na de bevalling in elk geval moeten krijgen, en hoe die zorg moet zijn georganiseerd.

De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor en begeleiding van vrouwen en hun pasgeboren kinderen in de postnatale periode, maar primair voor verloskundigen, (verloskundig actieve) huisartsen en kraamverzorgenden. De verloskundigezorgverlener is eindverantwoordelijk voor de postnatale zorg. Regionaal is afstemming gewenst over welke zorg door welke zorgverlener wordt gegeven (door de verloskundigezorgverlener of de kraamverzorgende). De aanbevelingen zijn geschreven voor de eerstelijnszorg, maar kunnen voor een deel worden overgenomen voor de tweedelijnszorg. De richtlijn bevat ook aanbevelingen over de samenwerking met andere zorgverleners, zoals obstetrie verpleegkundigen, gynaecologen, kinderartsen, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.<sup>1</sup> Daarnaast geeft de richtlijn nuttige informatie voor aanpalende zorgverleners.

### **Uitgangspunten en afbakening**

In deze richtlijn wordt er allereerst van uitgegaan dat postnatale zorg zowel inhoudelijk als qua organisatie afgestemd moet zijn op kennis uit wetenschappelijke literatuur en op de individuele wensen en behoeften van de pas bevallen vrouw en haar kind. Daar komt bij: ook al wordt postnatale zorg door verschillende zorgverleners aangeboden, vanuit de cliënt beschouwd moet die naadloos op elkaar aansluiten (integrale zorg).<sup>6</sup>

De richtlijn bevat aanbevelingen voor de postnatale basiszorg door eerstelijnszorgverleners in de postnatale periode aan gezonde vrouwen en hun pasgeboren kind na een vaginale bevalling in de à terme-periode. De richtlijn bevat geen specifieke aanbevelingen voor de behandeling van eventuele complicaties die tijdens of na de bevalling zijn ontstaan bij vrouw of kind. Voor vrouwen die een sectio caesarea hebben gehad en kinderen die speciale postnatale zorg nodig hebben, worden nog aparte modules ontwikkeld. Aangezien er kort geleden een multidisciplinaire richtlijn voor borstvoeding is opgesteld, wordt waar mogelijk naar deze richtlijn verwezen.

### **Initiatief en financiering**

Initiatiefnemer van deze richtlijn is de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep met vertegenwoordigers van verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, de kraamzorg en de cliëntenorganisatie Hoe? Verder. De richtlijn is gefinancierd door Zorgverzekeraars Nederland uit kwaliteitsgelden van verloskundigen.

### **Autorisatiedatum en geldigheid**

Laatst beoordeeld: 26 april 2018

Laatst geautoriseerd: 18 april 2018

De KNOV is als houder van deze richtlijn eerstverantwoordelijk voor de actualiteit van deze richtlijn. In 2022 bepaalt het bestuur van de KNOV of deze richtlijn (of afzonderlijke modules) nog actueel is.

De richtlijn is geautoriseerd door de KNOV in 2018.

## **Referenties**

1. Koster L, Batterink M, Stoof R, Schipper M. Takenpakket verloskunde. Onderzoek naar taken, tijdsbesteding en productie van verloskundigen. Barneveld: Significant, 2015.
2. van Alst G, van Davelaar G, Duenk E, Rondaij C. Postnatale zorg in de spotlight. Implementatieplan voor cliëntgerichte zorg. Maastricht: Academie Verloskunde Maastricht, 2010.
3. Perined Insight LVR 1 2015. (Geraadpleegd op 17 november 2016).
4. Perined Insight LNR, 2015. (Geraadpleegd op 17 november 2016).
5. KNOV-visie Voeding van de pasgeborene. Utrecht: KNOV, 2016.
6. Zorgstandaard integrale geboortezorg. Expertgroep Zorgstandaard integrale geboortezorg - aanpassingen tijdelijke expertcommissie Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland. Utrecht: College Perinatale Zorg, 2016.

<sup>1</sup> In het vervolg wordt er gesproken van JGZ-medewerkers, waarmee jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en/of verpleegkundig specialisten worden bedoeld tenzij anders benoemd.



## 2 Werkwijze

### Inleiding

Deze richtlijn voldoet aan het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit ([www.kennisinstituut.nl](http://www.kennisinstituut.nl)).<sup>1</sup> Dat betekent dat de richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep en bestaat uit modules met specifieke uitgangsvragen. De modulaire opzet maakt het mogelijk om richtlijnen sneller te updaten, vergemakkelijkt de integratie tussen (onderdelen van) richtlijnen en maakt onderlinge verwijzing mogelijk. De modules kunnen eventueel apart worden herzien of aangepast. De modules in deze richtlijn gaan over de inhoud en organisatie van de postnatale basiszorg.

### Modules over de inhoud van de zorg (hoofdstuk 3, 4 en 5)

Inhoudelijk is deze multidisciplinaire richtlijn zowel wat de aanbevelingen als bewijsniveaus betreft gebaseerd op de Engelse richtlijn 'Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies', ontwikkeld door de National Institute for Health and Care Excellence (NICE).<sup>2,3</sup> De NICE-richtlijn werd in juli 2006 gepubliceerd; een aantal aanbevelingen is in december 2014 en oktober 2015 geactualiseerd. De bewijsniveaus worden beschreven in bijlage 1. De Engelse richtlijn is vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie, onder andere met aanbevelingen uit al bestaande Nederlandse richtlijnen en visiedocumenten (hoofdstuk 4 en 5). Omdat de NICE-richtlijn een overwegend medische insteek heeft, is in deze nieuwe Nederlandse multidisciplinaire richtlijn een hoofdstuk over natuurlijk herstel na de bevalling toegevoegd (hoofdstuk 3).

### Module over de organisatie van de zorg (hoofdstuk 6)

Wat de organisatie van de zorg betreft is uiteraard gekeken naar de Nederlandse situatie en aangesloten bij de ontwikkeling naar integrale zorg. De aanbevelingen in deze module moeten waarborgen dat de postnatale basiszorg zodanig georganiseerd wordt dat die effectief en veilig is, op elkaar aansluit (integrale zorg) en afgestemd is op de individuele cliënt. Voor deze module is een literatuursearch uitgevoerd naar het minimaal benodigde aantal postnatale contactmomenten. Ook wordt ingegaan op de inhoud van postnatale huisbezoeken, samenwerking, overdrachtsmomenten en informatievoorziening in de praktijk, met informatie die aansluit bij de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg', rapporten van Zorginstituut Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), standpunten en handreikingen van de KNOV en andere organisaties.

### Verschillen tussen de Nederlandse en Engelse richtlijnen: verantwoording

Bij het vertalen en bewerken van de NICE-richtlijn is steeds nagegaan of er vergelijkbare aanbevelingen uit Nederlandse richtlijnen over aspecten van postnatale zorg voorhanden waren. Aanbevelingen over hetzelfde onderwerp in Nederlandse richtlijnen, visiedocumenten of andere relevante documenten (standaarden, draaiboeken, protocollen) hadden dan de voorkeur boven de Engelse. Ze zijn immers al afgestemd op de Nederlandse situatie en geautoriseerd door de Nederlandse beroepsgroepen. De verschillen zijn transparant gemaakt in een tabel, die kan worden opgevraagd bij de KNOV. In deze tabel zijn de aanpassingen gemotiveerd, met verwijzing naar de bron van de aangepaste aanbeveling.

### Werkgroep

Voor de ontwikkeling van deze nieuwe richtlijn heeft de Verloskundige Adviesraad Standaarden (VAS) een multidisciplinaire werkgroep en klankbordgroep ingesteld. Aan de werkgroep nemen zorgverleners deel die direct betrokken zijn bij de postnatale zorg. Zij zijn gemandateerd voor deelname door hun beroepsvereniging. De leden van de werkgroep zorgen voor aansluiting bij hun eigen werkveld. De werkgroep heeft vanaf 2015, met ondersteuning van KNOV-beleidsmedewerkers, aan de richtlijn gewerkt.

De werkgroep bestaat uit:

- M.R.M. Streng, eerstelijnsverloskundige, Alphen aan de Rijn
- I. B. de Groot MSc, eerstelijnsverloskundige, Tilburg e.o.
- M.C. de Haan-Gremme MSc, klinisch verloskundige, UMC Groningen.
- Drs. R. Benneker, vertegenwoordiger NVBK (NVBK) (tot 1-12-2016)
- C.C. Akerboom, kraamverzorgende (NVBK)
- A.J.E. Vergunst, kraamverzorgende (NVBK)
- Drs. H.B. Burggraaff, verloskundig actieve huisarts, Weesp (VVAH)
- E. Corvers-Debets, cliëntvertegenwoordiging vanuit lotgenotencontact 'Hoe?Verder'
- dr. J.J.H. Bakker namens de Verloskundige Adviesraad Standaarden (VAS) (tot 1-6-2015)
- M. Zijlstra, beleidsmedewerker, Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) (vanaf 1-1-2016).

De werkgroep werd ondersteund door deze KNOV-beleidsmedewerkers richtlijnontwikkeling:

- G.E. Kolkman MSc, (van 1-3-2014 tot 1-6-2015)
- W.G. van Dijk MSc, (van 1-9-2014 tot 31-12-2015)
- dr. P.M. Offerhaus (van 1-1-2015 tot 31-12-2015)
- M. van Dijk MD (van 1-1-2015 tot 31-12-2015),
- A. de Roon-Immerzeel MSc (van 1-1-2016 tot 15-5-2016)
- dr. J.B. de Boer (vanaf 1-1-2016)
- D.C. Zondag MSc (vanaf 1-5-2016)

#### Klankbordgroep

De klankbordgroep, met een breder scala aan zorgverleners, speelde een rol bij het inventariseren van knelpunten in het veld. Deze groep kwam twee keer bij elkaar. Aan de klankbordgroep namen vertegenwoordigers deel van de volgende organisaties:

- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV): M.J.E. van Schaik-Kobes, eerstelijnsverloskundige (Breukelen) en S.M.C.A. Beijer, klinisch verloskundige (VU medisch centrum, Amsterdam)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): drs. R.I.W. Weersma, huisarts, Amsterdam
- AJN Jeugdartsen Nederland: drs. A. Kesler, jeugdarts
- Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK): L.H. van der Meer-Kappelle MD, kinderarts-neonatoloog, Delft
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBVK): C. Bonaparte, kraamverzorgende
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN): P. Monis, obstetrie-verpleegkundige
- Student verloskunde: J. den Hartog-van Veen, derdejaarsstudent VAR (inmiddels afgestudeerd en werkzaam als eerstelijnsverloskundige, Zoetermeer)
- Samenwerkende Opleidingen Verloskunde (SOV): dr. Y.A.C.A. Fontein
- De Geboortebeweging: N. A. Bakels-van Rijn

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) heeft via e-mail commentaar gegeven op het conceptprojectplan.

#### Belangenverklaringen

Aan alle leden van de werkgroep en klankbordgroep is gevraagd of zij in de laatste vijf jaar een (financieel ondersteunde) betrekking onderhielden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn (zie bijlage 2). In de werkgroep zijn deze verklaringen besproken. Er zijn geen conflicterende belangen gevonden. De verklaringen zijn in te zien op het secretariaat van de KNOV.

#### Commentaarfase

In de commentaarfase is commentaar gevraagd aan verloskundigen via een oproep op de website. Daarnaast zijn experts die deskundig zijn op het gebied van postnatale zorg en toekomstige gebruikers van de richtlijn (zorgprofessionals en zorggebruikers) aangeschreven. De experts zijn vertegenwoordigers van

organisaties uit de werkgroep of klankbordgroep. Zij toetsen de conceptrichtlijn op leesbaarheid, duidelijkheid, inhoud, toepasbaarheid en het ontwikkelingsproces. De organisaties, verenigingen en individuele experts waaraan om commentaar is gevraagd is op te vragen bij het secretariaat van de KNOV. Aan de professionals die commentaar gegeven hebben, is duidelijk gemaakt hoe hun commentaar is verwerkt in de definitieve tekst van de richtlijn. Een tabel met hun commentaar is op te vragen bij de KNOV.

### Cliëntenperspectief

Het cliëntenperspectief is bij de ontwikkeling van deze richtlijn op verschillende manieren ingebracht:

- Er zijn twee focusgroepbijeenkomsten gehouden, met in totaal zes cliënten. Een samenvatting van deze bijeenkomsten staat in bijlage 8.
- Er is literatuuronderzoek gedaan naar hoe vrouwen de kraamperiode en de postnatale periode ervaren en naar de ervaringen en wensen van vrouwen (in Nederland) met postnatale zorg.
- Een cliëntvertegenwoordigster van lotgenotencontact Hoe?Verder nam deel aan de werkgroep, en een cliëntvertegenwoordigster van de Geboortebeweging aan de klankbordgroep.
- In de commentaarfase is de conceptrichtlijn voorgelegd aan vertegenwoordigers van twee cliëntenorganisaties: Stichting Geboortebeweging en de Patiëntenfederatie Nederland.

### Indicatoren

Bij deze richtlijn werd een structuur/procesindicator ontwikkeld: het aantal uitgevoerde controles (percentages) ten opzichte van het aantal vrouwen die in de kraamperiode door de praktijk begeleid zijn. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen:

- huisbezoeken
- telefonische contactmomenten
- de nacontrole zes weken na de bevalling.

### Kennislacunes

- Er is onderzoek nodig naar de effectiviteit van de manier waarop de postnatale zorg in Nederland georganiseerd is (verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en kraamzorg).
- Er is onderzoek nodig naar de gezondheid van vrouwen in Nederland in de postnatale periode.
- Er is onderzoek nodig naar de wensen en behoeften van vrouwen over postnatale zorg.
- Er is onderzoek nodig naar het optimale aantal postnatale contactmomenten.
- Er is onderzoek nodig naar de effectiviteit van het standaard temperatuur van de vrouw en van bepaling van de fundusstand.
- Er is onderzoek nodig naar de (preventieve) waarde van de nacontrole.

## Referenties

1. Medisch-specialistische richtlijnen 2.0. Utrecht: Kennisinstituut, 2012.
2. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Londen: NICE, 2015.
3. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. Londen: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners, 2006.

## 3 Module normaal herstel van de vrouw

In deze module worden de gezondheidsstatus en veelvoorkomende klachten van pas bevallen vrouwen beschreven vanaf de bevalling tot zes weken postpartum. Daarbij wordt uitgegaan van normaal, ongecompliceerd herstel. De modules over postnatale zorg die gebaseerd zijn op de NICE-richtlijn (hoofdstuk 4 en 5), zijn meer gericht op het detecteren van (meer of minder ernstige) afwijkingen van dit normale herstel.

### Doel van de module

Het doel van deze module over natuurlijk herstel is de verloskundigezorgverlener informatie te verschaffen die zij kan gebruiken om vrouwen voor te lichten en realistische verwachtingen te creëren over het herstel na een bevalling. Deze informatie kan verloskundigen bovendien helpen om de zorg af te stemmen op de wensen en behoeften van vrouwen in het kraambed en de periode daarna. Het gaat in deze module om het postnatale herstel van vrouwen na een spontane vaginale bevalling of een vaginale kunstverlossing met een kraamperiode in de eerste lijn. Het herstel van vrouwen na een sectio caesarea komt nog aan bod in een andere module. Als vrouwen met een spontane vaginale bevalling in de bestudeerde literatuur worden vergeleken met vrouwen met een sectio caesarea of vaginale kunstverlossing, worden de resultaten in deze module wél beschreven.

De informatie in deze module is gebaseerd op onderzoek naar het lichamelijk en psychosociaal functioneren van vrouwen in de kraamperiode (eerste veertien dagen van de bevalling), in de postnatale periode (tot zes weken na de bevalling) en een jaar na de bevalling. Daarbij is ook geïnventariseerd wat het natuurlijk verloop van gangbare klachten en beperkingen is, en welke factoren op dat verloop van invloed zijn. Ook buitenlandse studies zijn in het onderzoek betrokken, omdat er op sommige terreinen onvoldoende Nederlands onderzoek voorhanden was. Zie over de werkwijze binnen het literatuuronderzoek en de evidence bij deze module bijlage 3.

## 3.1 Samenvatting van de resultaten

### 3.1.1 Uitgangsvragen

- Hoe verloopt het lichamelijke en psychosociale herstel van vrouwen in de kraamperiode en in de postnatale periode?
- Welke factoren beïnvloeden dit herstelproces?
- Hoe verloopt het herstel vanaf zes weken na de bevalling tot een jaar na de bevalling?

### 3.1.2 Aanbevelingen

- Bereid vrouwen tijdens de kraamperiode voor op de eventuele klachten die na de bevalling kunnen ontstaan. Houd daarbij rekening met pariteit en het soort bevalling. Maak duidelijk dat sommige klachten tijdelijk zijn en andere langer aanhouden of later ontstaan.
- Geef aan dat vrouwen contact kunnen opnemen bij een aanhoudend sombere stemming, incontinentieklachten en pijn bij het vrijen in de eerste zes weken postpartum.
- Rugpijn, schouderpijn, nekpijn en bekkenpijn komen regelmatig voor. Geef vrouwen met deze klachten passend advies (zie 4.11).
- Vraag bij de nacontrole naar lichamelijke en psychosociale klachten en informeer vrouwen over het herstel op de langere termijn. Geef aan met wie zij contact kunnen opnemen bij aanhoudende klachten.

## 3.2 Gangbare klachten en beperkingen

### 3.2.1 Kraamperiode

#### Nederlands onderzoek

Eén dag na de bevalling beoordelen vrouwen hun algemene gezondheid als zeer matig en geven zij aan vermoeid te zijn.<sup>1</sup> In vergelijking met vrouwen van dezelfde leeftijd die niet zwanger zijn (de normgroep), scoren de kraamvrouwen lager op fysiek en rolfunctioneren. Dat betekent dat zij meer moeite hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en zelfzorg. Ook hebben zij meer pijn en zijn zij vaker moe. Hun mentale gezondheid is wel vergelijkbaar met die van de normgroep.<sup>1</sup>

#### Buitenlands onderzoek

Een Engelse studie geeft als meest gerapporteerde psychologische symptomen in de eerste tien dagen: de 'babyblues' (34%), angst (16%) en concentratieproblemen (16%).<sup>2</sup> De meest gerapporteerde fysieke symptomen: (hevige) vermoeidheid (37%), problemen met de borstvoeding/borsten (35%), klachten door de hechtingen (34%) en rugpijn (28%).<sup>2</sup> Een Amerikaans onderzoek naar de stemming van vrouwen in het kraambed laat zien dat de negatieve gevoelens stijgen tot de vijfde dag en daarna weer afnemen.<sup>3</sup> De positieve gevoelens dalen tot dag vijf en blijven daarna op gelijk niveau. Vrouwen die later de diagnose postnatale depressie krijgen, hebben de eerste tien dagen meer negatieve en minder positieve gevoelens dan vrouwen zonder die diagnose.<sup>3</sup>

### 3.2.2 Postnatale periode

#### Nederlands onderzoek

Zes weken na de bevalling rapporteren vrouwen meer vermoeidheid dan tijdens de kraamperiode.<sup>1</sup> Hun gezondheidstoestand is op andere fronten wel verbeterd: de pijn is afgenomen en vooral het fysieke en rolfunctioneren zijn verbeterd vergeleken met de kraamperiode. Ook hun algemene functioneren beoordelen de vrouwen als beter. Hun mentale gezondheid is iets verbeterd ten opzichte van de kraamperiode, maar was ook toen al vrij goed.<sup>1</sup>

Een prospectief Nederlands onderzoek geeft een beeld van het vermoeidheidsverloop voor en na de bevalling.<sup>4</sup> Zes weken na de bevalling is de vermoeidheid minder dan tijdens de zwangerschap (dertig weken). Toch geeft ruimeen derde (37%) van de vrouwen zes weken na de bevalling aan heel erg moe te zijn.<sup>4</sup>

Een ander Nederlands onderzoek focust op het verband tussen bekkenpijn en ziekteverzuim.<sup>5</sup> Bekkenpijn wordt gemeten tijdens de zwangerschap (dertig weken) en zes en twaalf weken na de bevalling. De prevalentie van bekkenpijn is 48% in de periode tot zes weken na de bevalling. Tussen de zes en twaalf weken daalt dit percentage naar 43%. De beperkingen die vrouwen ervaren door de bekkenpijn zijn relatief mild, net als de pijn zelf. De mediane pijnscores (schaal 0-10) van vrouwen met bekkenpijn zijn respectievelijk zes en twaalf weken na de bevalling 4,3 en 4,5. Zes weken na de bevalling heeft 17% van de vrouwen een pijnscore boven de 6.<sup>5</sup> Een pijnscore boven de 4 wordt over het algemeen als indicatie voor een interventie gezien. Naast bekkenpijn is in dit onderzoek ook de mate van vermoeidheid en slaapbehoefte onderzocht. Na zes weken rapporteert 34% ernstige vermoeidheid. Ruim driekwart van de vrouwen zou meer willen slapen; 20% zegt genoeg slaap te krijgen.<sup>5</sup>

#### Buitenlands onderzoek

In een Zweeds onderzoek is aan pas bevallen vrouwen gevraagd welke klachten zij hebben en welke klachten zij als een groot probleem ervaren. Vier tot acht weken na de bevalling heeft 10% van de vrouwen geen klachten.<sup>6</sup> De overige 90% heeft één of meerdere klachten. Het meest genoemd worden: vermoeidheid (64%), nek- en schouderpijn (29%), lage rugpijn (28%), dyspareunie (29%), hemorrhoiden (25%) en hoofdpijn (23%).<sup>6</sup> Wat betreft de dyspareunie: 45% van de nulliparae en 41% van de multiparae heeft vier tot acht weken na de bevalling nog geen seksuele gemeenschap gehad.<sup>6</sup>

Van de vrouwen die op dat moment (dus vier tot acht weken na de bevalling) borstvoeding geven, heeft 15% pijnlijke tepels; de helft van deze 15% ervaart dat als een groot probleem. Van de vrouwen met een

ruptuur of een episiotomie heeft 16% pijn aan het perineum, 7% ervaart dit als groot probleem (nulliparae vaker dan multiparae).<sup>6</sup> Desgevraagd beoordeelt 91% van de vrouwen hun gezondheid als 'goed' of 'heel goed'.<sup>6</sup>

Een Amerikaans cohort is gemiddeld zeven maanden na de bevalling gevraagd in hoeverre dertien klachten gerelateerd aan de bevalling tijdens de eerste twee maanden na de bevalling een klein of groot probleem waren.<sup>7</sup> De klachten en de vraagstelling zijn vrijwel hetzelfde als in het Zweedse onderzoek van Schytt (2005).<sup>6</sup> Vrouwen rapporteerden vooral vermoeidheid en pijnklachten in de eerste twee maanden.<sup>7</sup> Bijna de helft van de vrouwen met een vaginale bevalling rapporteert een pijnlijk perineum.<sup>7</sup>

In een andere Amerikaanse studie geven vrouwen vijf weken na de bevalling gemiddeld zes symptomen aan.<sup>8</sup> Vooral vermoeidheid (64%), problemen met de borsten (60%), en minder zin in seks (52%). Vergeleken met een landelijke normgroep van dezelfde leeftijd hadden de pas bevallen vrouwen een slechtere lichamelijke gezondheid.<sup>8</sup>

### 3.2.3 Conclusies

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 3 | In het kraambed ervaren de meeste vrouwen lichamelijke klachten, zoals pijnklachten en vermoeidheid en een matig tot slecht lichamelijk functioneren. Behalve dan dat zij last hebben van de 'babyblues' is hun mentale gezondheid vergelijkbaar met die van een niet-zwangere normgroep.<br>C Jansen, 2007; Rowlands, 2012 |
| Niveau 3 | Vijf weken na de bevalling rapporteert ongeveer 10% van de pas bevallen vrouwen geen klachten.<br>C Schytt, 2005                                                                                                                                                                                                            |
| Niveau 3 | Zes tot acht weken na de bevalling rapporteren vrouwen nog steeds veel klachten, vooral vermoeidheid en pijnklachten: aan perineum, rug, schouder, nek, en pijn bij het vrijen.<br>C Schytt, 2005; McGovern, 2006; Jansen, 2007; Declercq, 2008.                                                                            |
| Niveau 3 | Bekkenpijn komt veel voor: de eerste zes weken bij 48% van de vrouwen, na twaalf weken bij 43% van de vrouwen.<br>C Stomp-van den Berg, 2012.                                                                                                                                                                               |
| Niveau 3 | Vermoeidheid is tijdens de zwangerschap erger dan zes weken na de bevalling. Ruim een derde van de vrouwen is zes weken na de bevalling heel erg moe.<br>C Stomp-van den Berg, 2012; Bakker, 2014.                                                                                                                          |
| Niveau 3 | Ondanks veel klachten beoordeelt 90% van de bevallen vrouwen hun gezondheid als '(heel erg) goed'.<br>C Schytt, 2005.                                                                                                                                                                                                       |

## 3.3 Factoren die het herstelproces beïnvloeden

### 3.3.1 Wijze van bevallen

In een aantal onderzoeken wordt gekeken naar het verband tussen de wijze van bevallen en lichamelijke klachten in het kraambed<sup>1, 2</sup> en in de periode tot zes weken na de bevalling.<sup>1, 7-9</sup> Een consistente bevinding is dat vrouwen, in het kraambed en daarna, na een spontane vaginale bevalling de minste klachten rapporteren en het snelst herstellen.<sup>1, 2, 7-9</sup> Een Engelse studie meldt dat vrouwen na een forcipale extractie de meeste klachten rapporteren, gevolgd door vrouwen met een vacuümextractie of een (spoed)sectio.<sup>2</sup>

Kraamvrouwen in Nederland met een vaginale bevalling geven een betere gezondheidsstatus en beter functioneren aan dan vrouwen met een geplande of spoedsectio.<sup>1</sup> Zij rapporteren ook een betere mobiliteit, betere zelfzorg, en minder pijn, angst en depressie.<sup>1</sup> De verschillen in gezondheidsstatus en vermoeidheid zijn na zes weken verdwenen.<sup>1</sup>

Na een vaginale kunstverlossing hebben vrouwen in een Amerikaans cohort veel vaker grote problemen met een pijnlijk perineum (65 versus 35%), mictie (24 versus 15%), darmproblemen (44 versus 17%) en pijn bij het vrijen (37 versus 27%) dan na een spontane vaginale bevalling.<sup>7</sup> Pariteit maakt wel uit (zie

verderop). De pijn aan het perineum houdt ook langer aan na een vaginale kunstverlossing: na zes maanden heeft 15% nog steeds perineumpijn tegenover 1% van de vrouwen met een spontane vaginale bevalling. Pijn tijdens dagelijkse activiteiten komt minder voor na een vaginale bevalling (10%) dan na een sectio (22%).<sup>7</sup>

In een Australisch cohort rapporteren vrouwen met een spontane vaginale bevalling de eerste acht weken minder vaak uitputting, gebrek aan slaap en blaasproblemen dan vrouwen met een sectio.<sup>9</sup> Wel lijden zij vaker aan perineumpijn en urine-incontinentie dan vrouwen met een sectio. Overigens hebben vrouwen met een spontane vaginale bevalling minder vaak perineumpijn en seksuele problemen dan vrouwen na een vaginale kunstverlossing, net als in het Amerikaanse cohort.<sup>7,9</sup>

### 3.3.2 Pariteit

In twee onderzoeken is gekeken naar verschillen tussen nulli- en multiparae die een vergelijkbare klachtenlijst hebben ingevuld.<sup>6,7</sup> Nulliparae geven over het algemeen meer (pijn)klachten aan dan multiparae.<sup>6,7</sup> De pijnklachten zijn gerelateerd aan de wijze van bevalling. Nulliparae melden meer en ernstigere pijn na een kunstverlossing dan na een sectio. Bij multiparae is dit precies omgekeerd. Multiparae met een (eerste) primaire sectio geven de meeste pijn aan (34%), gevolgd door nulliparae met een kunstverlossing (33%) of met een sectio (25%).<sup>7</sup> Pijn aan het perineum is in beide onderzoeken voor nulliparae een groter probleem dan voor multiparae.<sup>6,7</sup> Voor bijna de helft van de nulliparae met een vaginale kunstverlossing is pijn aan het perineum een groot probleem; bij de multiparae geldt dat voor 17%.<sup>7</sup> Daarnaast rapporteren nulliparae in beide onderzoeken meer vermoeidheid en/of uitputting en meer dyspareunie.<sup>6,7</sup> Nulliparae met een kunstverlossing rapporteren vaker urine-incontinentie in de eerste twee maanden dan multiparae. Zij melden ook meer darmklachten dan multiparae met een kunstverlossing (64% versus 30%).<sup>7</sup>

### 3.3.3 Episiotomie en rupturen

Vrouwen met een ruptuur of episiotomie hebben vaker last van pijn aan het perineum, seksuele problemen en incontinentie dan vrouwen met een intact perineum.<sup>6,10</sup> Urine-incontinentie leidt tot slechtere kwaliteit van leven.<sup>11</sup> Een intact perineum heeft een gunstige invloed op het herstel en de kwaliteit van leven van vrouwen na de bevalling.<sup>10,11</sup>

Multiparae met een episiotomie rapporteerden vaker een pijnlijk perineum, een infectie van het perineum, blaasproblemen, pijn bij het vrijen en pijn die interfereert met dagelijkse activiteiten dan multiparae zonder episiotomie.<sup>7</sup>

### 3.3.4 Borstvoeding

Pijnlijke tepels komen voor bij 15% van de vrouwen die de eerste twee maanden borstvoeding geven, mastitis bij 7%.<sup>6</sup> Deze klachten verminderen of verdwijnen na twee maanden.<sup>6</sup> Over het algemeen hebben vrouwen die borstvoeding geven een groter aantal gezondheidsklachten dan vrouwen die geen borstvoeding geven.<sup>8</sup>

### 3.3.5 Conclusies

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 3 | Vrouwen met een spontane vaginale bevalling rapporteren minder klachten en herstellen sneller dan vrouwen met een vaginale kunstverlossing – met name een forcipale extractie of een (spoed) sectio.<br>C Jansen, 2007; Rowlands, 2012; Thompson, 2002; McGovern, 2006; Declercq, 2008 |
| Niveau 3 | Nulliparae melden meer pijnklachten dan multiparae, vooral pijn aan het perineum en dyspareunie.<br>C Schytt, 2005; Declercq, 2008                                                                                                                                                     |
| Niveau 3 | Vrouwen met een ruptuur of een episiotomie hebben vaker last van incontinentie en meer seksuele problemen dan vrouwen met een intact perineum.<br>C Williams, 2007; Declercq, 2008                                                                                                     |
| Niveau 2 | Een intact perineum heeft een gunstige invloed op het herstel en de kwaliteit van leven van pas bevallen vrouwen.                                                                                                                                                                      |



|          |                                                                                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 3 | <p>B van der Woude, 2015</p> <p>Vrouwen die borstvoeding geven rapporteren een groter aantal gezondheidsklachten dan vrouwen die geen borstvoeding geven.</p> <p>C McGovern, 2006</p> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3.4 Verloop van het herstel in het eerste jaar

Uit een aantal longitudinale onderzoeken blijkt dat sommige klachten in de loop van het eerste jaar afnemen, terwijl andere klachten stabiel blijven of toenemen.<sup>5-7</sup> Bevallingsgerelateerde klachten zoals hemorrhoiden, pijn aan het perineum, pijn bij het vrijen en problemen met de borsten (pijnlijke tepels, mastitis) nemen in de loop van de tijd af.<sup>6,7</sup> Ook de incidentie van bekkenpijn daalt tussen zes en twaalf weken na de bevalling van 48% naar 43%.<sup>5</sup> Het percentage vrouwen dat een groot probleem heeft met vermoeidheid en pijnklachten (zoals nek-, schouder- en lage rugpijn) blijft daarentegen stabiel of neemt iets toe in de loop van het jaar.<sup>6</sup> Het aantal vrouwen dat slaapproblemen als een groot probleem ervaart, neemt ook toe in deze periode.<sup>6</sup> Twaalf maanden na de bevalling rapporteert ruim 20% van de vrouwen problemen met stressincontinentie. Vergeleken met 4-8 weken postpartum heeft een vergelijkbaar percentage nulliparae een groot probleem met stressincontinentie (1.4%), maar het percentage multiparae dat dit als groot probleem ervaart, neemt toe van 1.3% naar 2.5%. Opvallend in het Zweedse onderzoek is dat ongeveer 10% van de vrouwen zowel na twee als twaalf maanden klachtenvrij is.<sup>6</sup>

#### 3.4.1 Weer aan het werk

Het herstel van vrouwen na de bevalling kan ook worden afgeleid uit twee Nederlandse onderzoeken naar het ziekteverzuim en het tijdstip van werkherhvatting na het zwangerschapsverlof.<sup>4,5,12</sup> Zes weken na de bevalling is 9% van de vrouwen weer aan het werk.<sup>4</sup> Dit percentage loopt op tot 24% bij twaalf weken, 93% bij 24 weken en 97% bij 52 weken. Vermoeidheid speelt een rol bij de werkherhvatting, al is onduidelijk hoe groot die rol is. Vrouwen die tijdens de zwangerschap al moe zijn, zijn ook na de bevalling vaker moe.<sup>4</sup> Uit de andere Nederlandse studie blijkt dat 29% van de vrouwen zich na afloop van het zwangerschapsverlof twee weken of langer ziek meldt.<sup>12</sup> Bij ruim de helft (55%) van de vrouwen die zich ziek melden, duurt het ziekteverlof langer dan twaalf weken. De redenen van ziekmelding zijn: bekkenpijn (30%), rugpijn (26%), vermoeidheid (23%) en mentale problemen (14%).<sup>12</sup>

#### 3.4.2 Conclusies

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 3 | <p>Bij de meeste vrouwen nemen bevallingsgerelateerde klachten, zoals pijn aan het perineum en de borsten, in het eerste jaar af. Andere klachten blijven onveranderd of nemen toe in de loop van het eerste jaar: vermoeidheid, pijnklachten aan rug, schouder, nek en bekken. Weer andere klachten manifesteren zich later, zoals problemen met seksueel functioneren en incontinentie.</p> <p>C Schytt, 2005; Declercq, 2008</p> |
| Niveau 3 | <p>Het percentage vrouwen dat twee en twaalf maanden na de bevalling klachtenvrij is, blijft ongeveer 10%.</p> <p>C Schytt, 2005</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Niveau 3 | <p>De meeste vrouwen hervatten tussen drie en zes maanden na de bevalling hun werk. Pijnklachten, vermoeidheid en mentale problemen zijn redenen voor ziekteverzuim na het zwangerschapsverlof.</p> <p>C Bakker, 2014; Stomp-van den Berg, 2007</p>                                                                                                                                                                                 |

### Referenties

1. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdorp VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(5):579-84.
2. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:138.



3. Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW. Patterns of womens mood after delivery: a growth curve analysis. *J Affect Disord.* 2015;174:201-8.
4. Bakker M, van der Beek AJ, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, van Poppel MN. Predictive factors of postpartum fatigue: a prospective cohort study among working women. *J Psychosom Res.* 2014;77(5):385-90.
5. Stomp-van den Berg SG, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, Twisk JW, van Mechelen W, van Poppel MN. Predictors for postpartum pelvic girdle pain in working women: the Mom@Work cohort study. *Pain.* 2012;153(12):2370-9.
6. Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *Br J Obstet Gyn.* 2005;112(2):210-7.
7. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth.* 2008;35(1):16-24.
8. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med.* 2006;4(2):159-67.
9. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth.* 2002;29(2):83-94.
10. Williams A, Herron-Marx S, Carolyn H. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery.* 2007;23(4):392-403.
11. Van der Woude DA, Pijnenborg JM, de Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;185:45-52.
12. Stomp-van den Berg SG, van Poppel MN, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, Uegaki K, de Bruijne MC, et al. Improving return-to-work after childbirth: design of the Mom@Work study, a randomised controlled trial and cohort study. *BMC Public Health.* 2007;7:43.

## 4 Module Postnatale zorg voor de vrouw

Kernelementen van de postnatale zorg voor de vrouw zijn het met de vrouw (en haar partner) bespreken van het te verwachten herstel na de bevalling (zie ook hoofdstuk 3), haar zelfzorg/zelfmanagement, de hechting met het kind, de transitie naar het ouderschap en symptomen waar zij bij haar herstel alert op moet zijn omdat ze kunnen wijzen op mogelijke pathologie. Afwijkingen die niet worden beschreven, dienen te worden besproken met een gespecialiseerde zorgverlener. De voorlichting aan vrouwen en hun partners wordt verder besproken in de module over de organisatie van postnatale zorg (hoofdstuk 6).

### Basis: NICE-richtlijn 'Postnatal care'

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de Engelse NICE-richtlijn 'Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies'.<sup>1,2</sup> Over de volgende onderwerpen is geen evidence beschikbaar in de NICE-richtlijn: naweeën, vulvair hematoom, algemeen verloop van mictie en klachten op het gebied van seksualiteit.<sup>3</sup> In deze module wordt conform de NICE-richtlijn ook de mate van urgentie van een verwijzing aangeduid (zie voor toelichting bijlage 1, tabel 3). Tussen teksthaken [ ] is aangegeven op welke bladzijde van de NICE-richtlijn de tekst gebaseerd is. Als Nederlandse richtlijnen zijn gebruikt, wordt dit ook vermeld. Een tabel waarin de verschillen tussen de Engelse en Nederlandse richtlijn zijn aangegeven en gemotiveerd, kan worden opgevraagd bij de KNOV.

### Verloskundigzorgverlener, kraamverzorgende en huisarts

De verloskundigzorgverlener en kraamverzorgende ondersteunen en begeleiden vrouwen in de postnatale periode door het uitvragen van de situatie, door controles uit te voeren en door voorlichting te geven. De verloskundigzorgverlener is medisch verantwoordelijk voor de gezondheid van de vrouw tot aan het moment van overdracht van de zorg aan de huisarts, zes weken na de bevalling. De huisarts is in de kraamperiode verantwoordelijk bij medische klachten of problemen die niet aan de zwangerschap gerelateerd zijn, en verwijst eventueel naar andere zorgverleners dan de gynaecoloog en kinderarts.<sup>4</sup>

### Besluit werkgroep: minder controles

In de werkgroep die betrokken was bij het opstellen van deze richtlijn is afgewogen of er wetenschappelijke argumentatie is om routinematige controles te blijven uitvoeren. Daarbij bleek dat er geen onderzoek is gedaan naar het bepalen van de hoogte van de fundus uteri en het temperatuur van de vrouw. Naar de preventieve werking van controles is evenmin onderzoek gedaan. In de praktijk kunnen deze controles het fysiologische herstel van de vrouw bevestigen of een afwijking van het normale patroon laten zien. De uitkomst kan aanleiding geven tot preventief handelen, bijvoorbeeld door voorlichting te geven over stolsels bij een nog hoog staande fundus uteri, of vroege opsporing van cystitis bij een verhoogde temperatuur. Er is consensus bereikt in de werkgroep om minder vaak controles te blijven uitvoeren dan gangbaar is bij het huidige beleid, namelijk om de vrouw de eerste vijf dagen één keer per dag te temperatuur in plaats van twee keer, en daarna op indicatie. Hetzelfde geldt voor het bepalen van de stand van de fundus uteri. Aanhoudende klachten kunnen een indicatie zijn om langer controles te blijven uitvoeren, altijd in overleg met de vrouw en na uitleg over de meerwaarde van deze controles.

## 4.1 Alarmsymptomen

[NICE p 91, 143-145, KNOV-standaard 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode' p 25]

Meestal verloopt de kraamperiode ongecompliceerd, maar soms ontwikkelt een pas bevallen vrouw in de kraamperiode ernstige pathologie. Om te zorgen dat de vrouw of haar partner dan tijdig contact opneemt met de verloskundigzorgverlener, informeert deze zorgverlener vrouwen aan het begin van de postnatale periode over de symptomen in tabel 4.1. Daarbij geeft de zorgverlener aan welke actie moet worden ondernomen. Voorlichting over andere symptomen wordt afgestemd op de individuele situatie.

**Tabel 4.1 Symptomen van (potentieel) ernstige pathologie in de postnatale periode bij de kraamvrouw**

| Symptomen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Verdenking                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plotseling en overvloedig vaginaal bloedverlies, of aanhoudend toenemend bloedverlies</li> <li>• Secundaire symptomen: versnelde hartslag (&gt; 100 slagen/min), hartkloppingen, algehele zwakte, oorsuizingen, duizeligheid en collaberen</li> </ul>                                                                                                    | Nabloeding <sup>A</sup>                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koorts (&gt; 38,0°C) en/of koude rillingen</li> <li>• Buikpijn en/of foetide lochia</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | Ernstige infectie <sup>A</sup>           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoofdpijn (erger wordend, niet reagerend op paracetamol)</li> <li>• Pijn (rechtsboven) in de buik of tussen de schouderbladen</li> <li>• Misselijkheid en/of braken</li> <li>• Visusklachten (dubbelzien, sterretjes, flitsen, wazig zien)</li> <li>• Plotseling oedeem in handen, voeten en gezicht</li> <li>• Verminderd bewustzijn, onrust</li> </ul> | Hypertensieve aandoeningen <sup>B</sup>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eenzijdige pijn in het been, roodheid of zwelling</li> <li>• Kortademigheid in rust of pijn op de borst</li> <li>• Acute en hevige hoofdpijn</li> <li>• Hevige buikpijn</li> </ul>                                                                                                                                                                       | Trombo-embolische processen <sup>A</sup> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan slaap</li> <li>• Prikkelbaarheid, ontremming en achterdocht</li> <li>• Psychotische verschijnselen: verwardheid, hallucinaties en wanen.</li> </ul>                                                                                                                                                                                           | Psychose <sup>A</sup>                    |

Referenties tabel 4.1:

A: Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. Londen: NICE, 2006 p 91, 143-145.

B: KNOV-standaard 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode.

Aanbevelingen voor risicoselectie, diagnostiek en beleid'. Utrecht: KNOV, 2011.

#### Aanbevelingen

- Geef de vrouw en haar partner bij aanvang van de postnatale zorg voorlichting over symptomen die kunnen wijzen op potentieel (ernstige) pathologie (zie tabel 4.1). Adviseer om bij een of meer van deze symptomen direct contact op te nemen met de verloskundigezorgverlener (spoedeisend) [C, NICE p 91 aangepaste aanbeveling].

## 4.2 Observatie van de vrouw

Los van het verstrekken van informatie en het bespreken van vragen of eventuele zorgen vraagt de verloskundigezorgverlener bij iedere postnatale controle naar de gezondheid en het welbevinden van de vrouw (zie over het kind hoofdstuk 5). Zij vraagt de vrouw actief en op uitnodigende wijze naar eventuele klachten (bijvoorbeeld hoofdpijn, buikpijn, duizeligheid, vermoeidheid) en doet zo nodig lichamelijk onderzoek. De verloskundigezorgverlener overlegt tijdens de postnatale bezoeken met de kraamverzorgende over de controles en het te volgen beleid. Dat beleid wordt genoteerd in het zorgplan. Het overleg vindt in principe plaats in het bijzijn van de vrouw. Hieronder worden aandachtspunten voor de controles uiteengezet.

### 4.2.1 Controle van de uterus en lochia

[NICE p 92-93, 102-104, 113-120]

Tijdens de postnatale periode wordt de hoogte van de fundus uteri bepaald om de involutie van de uterus te beoordelen. Deze controle bestaat uit verschillende componenten, inclusief evaluatie van de tonus, stand en gevoeligheid van de uterus [Level 4, NICE p 104 en 117-118]. De NICE-richtlijn geeft aan dat het

routinematig controleren van de fundushoogte geen toegevoegde waarde heeft [NICE p 103]. Daar komt bij dat de variatie tussen vrouwen onderling groot is. Maar als de vrouw specifieke symptomen heeft (zoals abnormale lochia, koorts of gevoeligheid van de buik) kan een evaluatie van de uterus worden gebruikt om pathologie vast te stellen of uit te sluiten [Level 2+, NICE p 104, 116-118].

In de studies uit het literatuuronderzoek waarop de NICE-richtlijn gebaseerd is, is niet onderzocht of deze controles bij de vrouw een preventieve werking hebben. In de Nederlandse situatie hebben kraamverzorgenden een preventieve en signalerende taak. In de praktijk kunnen deze controles een bevestiging geven van het normale, ongecompliceerde herstel van de vrouw, of van een afwijking van het normale patroon. De uitkomst van de controle kan aanleiding geven om preventief te handelen, bijvoorbeeld door voorlichting te geven aan de vrouw over stolsels bij een nog hoog staande fundus uteri, of vroege opsporing van cystitis bij een verhoogde temperatuur. Er is consensus bereikt in de werkgroep om minder vaak controles uit te blijven uitvoeren dan bij het huidige beleid gangbaar is, altijd in overleg met de vrouw en in combinatie met voorlichting over het onderzoek.

#### 4.2.2 Nabloeding

[NICE p 92-93, 102-104, 113-120]

Een vrouw die in eerste instantie stabiel lijkt, kan plotseling weer toenemend of overvloedig vaginaal bloed verliezen. Afhankelijk van de mate van bloedverlies kan dit gepaard gaan met een of meer van de volgende symptomen: tachycardie, hartkloppingen, duizeligheid, algehele zwakte, zweten, rusteloosheid, bleekheid en collaberen [Level 3, NICE p 103, 114]. Een nabloeding is een potentieel ernstige complicatie waarvoor met spoed hulp moet worden gezocht. In de praktijk wordt er onderscheid gemaakt tussen een primaire en secundaire hemorraghia postpartum.

##### Definitie en incidentie van primaire en secundaire hemorraghia postpartum

De definitie van hemorraghia postpartum (HPP) is gebaseerd op een schatting van de hoeveelheid bloedverlies en van het moment waarop de symptomen optreden: in de eerste 24 uur na de bevalling (primair) of na de eerste 24 uur tot zes weken na de bevalling (secundair). Internationaal is HPP gedefinieerd als vaginaal bloeden met een hoeveelheid meer dan 500 ml na geboorte van het kind of in de eerste 24 uur na de bevalling (een onmiddellijke of uitgestelde HPP).<sup>3</sup> In Nederland wordt een HPP gedefinieerd als vaginaal bloedverlies van 1000 ml of meer.<sup>5</sup> De hoeveelheid bloedverlies wordt vaak onderschat (bijvoorbeeld doordat bloed is geabsorbeerd door het bedlinnen). De invloed op gezondheid en welzijn van de vrouw varieert, door het individuele hemoglobinegehalte (een vrouw met anemie tolereert mogelijk minder bloedverlies).<sup>3</sup> Studies die de ervaringen van vrouwen met bloedverlies na de bevalling evalueren, impliceren dat de hoeveelheid bloedverlies die nog normaal is (duur, consistentie en hoeveelheid) variabel is. Wetenschappelijke rapporten beschrijven mogelijk alleen de meest nadelige uitkomsten.<sup>3</sup>

In de literatuur is geen consensus over de hoeveelheid vaginaal bloedverlies die als abnormaal moet worden beschouwd in de periode van 24 uur tot zes weken na de bevalling. De verloskundige indicatielijst (VIL) geeft evenmin toelichting bij de indicatie 'abnormaal vaginaal bloedverlies'.<sup>5</sup> Descriptieve studies beschrijven methoden om de hoeveelheid bloedverlies te beoordelen door observatie van de kleur van de lochia, stolselgrootte en een schatting van absorptie in het maandverband [Level 3 NICE p 104].

##### Aanbevelingen

- Bepaal de tonus, stand en gevoeligheid van de uterus de eerste vijf dagen na de bevalling eenmaal per dag en in afstemming met de vrouw [D expert opinion, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Afwijkingen in afmeting, tonus en stand van de uterus moeten nader worden onderzocht. Zoek bij afwezigheid van uterusafwijkingen naar andere oorzaken van de symptomen, of verwijs naar de gynaecoloog (urgent) [D(GPP), NICE p 92].
- Als de vrouw klachten meldt, is dit een indicatie om de controles in overleg met haar langer uit te voeren [D, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].

- Verwijs naar de gynaecoloog voor nader onderzoek bij plotseling of overvloedig vaginaal bloedverlies of bloedverlies dat gepaard gaat met symptomen van shock, zoals tachycardie, hypotensie, hypoperfusie en veranderingen in bewustzijn (spoedeisend) [D(GPP), NICE p 93].

## 4.3 Infecties

[NICE p 120-121, 125-126]

In de kraamperiode zijn vrouwen vatbaar voor infecties. Tijdige onderkenning ervan is van belang: infecties van de tractus genitalis, vooral endometritis, kunnen tot een levensbedreigende sepsis leiden [NICE p 120-121]. De NICE-richtlijn beschrijft de beschikbare evidence over temperatuurmetingen in de kraamperiode [NICE p 125-126]. Hoewel koorts een primair symptoom is van infectie, zijn er nauwelijks studies voorhanden over de effectiviteit van het routinematig opnemen van de temperatuur in de kraamperiode [NICE p 125-126]. Daardoor is er geen onderbouwing voor het uitvoeren van deze controle, maar evenmin voor het niet uitvoeren ervan. Aangezien de kraamverzorgende de temperatuur meet voor een vroege signalering van mogelijke pathologie, is de werkgroep tot het advies gekomen om de eerste vijf dagen na de bevalling eenmaal per dag te tempereren. De gouden standaard is rectaal temperaturen, altijd in overleg met de vrouw.<sup>6</sup> Bij het interpreteren van de temperatuur moet rekening worden gehouden met de invloed van medicatie als paracetamol en NSAID's. Voor perineum infecties, urineweginfecties en mastitis wordt verwezen naar de betreffende onderdelen verderop in deze richtlijn. Post-operatieve wondinfecties worden in een later stadium besproken, in een afzonderlijke module over postnatale zorg na een sectio caesarea.

### 4.3.1 Endometritis en sepsis

[NICE p 93, 104-105, 120-126]

De in de NICE-richtlijn beschreven studies melden verschillende incidentiecijfers van endometritis na een vaginale bevalling; die cijfers liggen in de meeste studies onder de 3%. Endometritis kan zowel na een vaginale bevalling optreden (0,2%) als na een sectio, al is de incidentie na een sectio beduidend hoger (0,8%) [NICE p 121]. Interventies als een manuele placentaverwijdering kunnen het risico op endometritis verhogen. Er moet aan sepsis worden gedacht bij aanwezigheid van twee of meer van de volgende symptomen: een temperatuur boven de 38,5°C bij een eenmalige meting of van 38,0°C bij twee metingen met een tussenperiode van vier tot zes uur, koude rillingen, een gevoelige buik zonder andere bekende oorzaak van infectie, subinvolutie van de uterus, foetide en/of overvloedige lochia en tachycardie [Level 4, NICE p 105, 121-123].

#### Aanbevelingen

- Neem de eerste vijf dagen na de bevalling in overleg met de vrouw eenmaal per dag rectaal de temperatuur op om infecties uit te sluiten [D expert opinion, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Herhaal de meting na vier tot zes uur bij een temperatuur tussen 38,0°C en 38,5°C [D(GPP), NICE p 93] aangepaste aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Stel als de temperatuur bij één meting > 38,5°C is of bij de tweede meting boven de 38,0°C blijft, een differentiaal diagnose open doe nader onderzoek. Overleg met of verwijs zo nodig naar de huisarts of naar de gynaecoloog bij een vermoeden van sepsis (spoedeisend) [D(GPP), NICE p 93], aangepaste aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- De temperatuur wordt rectaal gemeten, via zelfmeting of in overleg met de vrouw.<sup>6</sup>

## 4.4 Hypertensieve aandoeningen

[KNOV-standaard 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode', 2011]

De belangrijkste symptomen van een ernstige hypertensieve aandoening (pre-eclampsie of eclampsie) zijn hoofdpijn, een strakke band voelen om hoofd of bovenbuik, pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen, misselijkheid en/of braken, visusklachten, plotseling oedeem in handen, voeten en gezicht en hyperreflexie [Level 2+, NICE p 105]. Veel vrouwen hebben geen lichamelijke klachten voorafgaand aan de diagnose van hypertensieve aandoeningen, inclusief HELLP [KNOV-standaard p 25, 37]. De KNOV-standaard adviseert een routinematige bloeddrukmeting op de volgende momenten: 24 tot 48 uur na de bevalling, op de achtste dag na de bevalling en tijdens de nacontrole. Het beleid bij hypertensieve aandoeningen wordt in deze standaard nader beschreven.<sup>7</sup>

### Aanbevelingen

- Meet de bloeddruk tijdens de kraamperiode bij alle vrouwen ten minste twee keer:
  - 24-48 uur na de bevalling
  - Op de achtste dag na de bevalling.
- Meet de bloeddruk bij ieder postnataal contact bij:
  - vrouwen met een hypertensieve aandoening op enig moment tijdens de zwangerschap
  - vrouwen met twee of meer risicofactoren.
- Bevestig een eenmalig gevonden hypertensie altijd met een nameting na ten minste vier uur (of langer) om witte jashypertensie uit te sluiten, behalve bij een systolische bloeddruk (SBD)  $\geq 160$  en/of een diastolische bloeddruk (DBD)  $\geq 100$ .
- Bepaal eventueel proteïnurie in katheterurine bij een SBD  $\geq 140$  en/of DBD  $\geq 90$ .
- Betrek de volgende factoren bij het bepalen van het verwijlsbeleid:
  - actuele bloeddrukwaarde
  - eventuele lichamelijke klachten passend bij (pre-)eclampsie
  - eventuele proteïnurie
  - eventuele risicofactoren.
- Verwijs in ieder geval bij een SBD  $\geq 150$  en/of DBD  $\geq 95$ , bij pre-eclampsische klachten of bij proteïnurie.

## 4.5 Veneuze trombo-embolie

[NICE p 94, 105, 132-136, NVOG-richtlijn 'Veneuze trombo-embolie en zwangerschap' 2009, NHG-standaard 'Diepe veneuze trombose en longembolie' 2015]

Veneuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van directe maternale sterfte [NICE p 105]. Een zwangerschap en de kraamperiode verhogen het risico op VTE, door met zwangerschap geassocieerde veranderingen in stolling [NICE p 132-133]. In de literatuur wordt een prevalentie beschreven die varieert van 0,5 tot 3,0 per 1000 zwangere vrouwen en kraamvrouwen.<sup>8</sup> Het is van belang om bij vrouwen met een klinische verdenking op diep-veneuze trombose (DVT) of longembolie de diagnose op tijd te stellen en adequaat te behandelen. Daarnaast is gerichte profylaxe van VTE bij vrouwen met een verhoogd risico aangewezen.<sup>8</sup>

De belangrijkste symptomen van DVT zijn een warm, gezwollen, pijnlijk been met roodheid en uitzetting van de oppervlakkige venen [Level 2++ voor linkerbeen bewijs; level 4 voor rest van bewijs NICE p 106; NHG-standaard 'Diepe veneuze trombose en longembolie', 2015]. Een DVT kan ook asymptomatisch zijn.<sup>8</sup> Een longembolie kan (sub)acute kortademigheid geven, pijn bij de ademhaling, tachypneu en tachycardie, al kan de presentatie ook atypisch zijn.<sup>9</sup> Aanbevelingen voor preventie en eerste herkenning van VTE zijn overgenomen uit de NICE-richtlijn. Trombose van de sinus sagittalis superior (kraamhoofd) of trombose van de vena ovarica zijn zeer zeldzaam (incidentie 1 op 45.000). Een kraamhoofd gaat gepaard met ernstige hoofdpijn en convulsies; ook bewustzijnsverlaging kan optreden [Praktische Verloskunde p 370]. Bij toenemende hevige buikpijn moet gedacht worden aan een vena ovarica trombose (incidentie 1 op 2000).<sup>10</sup>

### Aanbevelingen

- Moedig vrouwen aan om zo snel mogelijk na de bevalling weer te mobiliseren, ter preventie van puerperale VTE [D(GPP), NICE p 94].
- Verwijs vrouwen met eenzijdige pijn in het been, roodheid of zwelling conform regionale afspraken naar de huisarts of gynaecoloog om DVT aan te tonen of uit te sluiten (spoedeisend) [D(GPP), NICE p 94].
- Verwijs vrouwen met kortademigheid in rust of met pijn op de borst conform regionale afspraken naar de huisarts of gynaecoloog om een longembolie aan te tonen of uit te sluiten (spoedeisend) [D(GPP), NICE p 94 aangepaste aanbeveling].

## 4.6 Psychisch en emotioneel welbevinden

[NICE p 94-95, 107, 136-151, NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]

In de kraamperiode wordt de 'postpartumblues' (babyblues) gezien als een normaal verschijnsel. Het is van belang alert te zijn op eventuele ernstigere psychische aandoeningen, die zich mogelijk voor het eerst in de postnatale periode manifesteren.

### 4.6.1 Postpartumblues

[NICE p 107, 137-139]

In de NICE-richtlijn is de beschikbare evidence over postpartumblues geanalyseerd. Er is geen eenduidige definitie van postpartumblues [level 2+, NICE p 107, 137-138]. Afhankelijk van de gebruikte definitie varieert de prevalentie tussen de 15% en 85%. Normaal gesproken zijn de symptomen van postpartumblues het hevigst rond de vijfde dag na de bevalling en verdwijnen zij spontaan tussen de tiende en veertiende dag [level 2+, NICE p 107, 138-139]. De studies in NICE vermelden de volgende symptomen: vermoeidheid, huilerigheid, bezorgdheid, somberheid, geen plezier in interactie met het kind of dingen waar de vrouw voorheen wel plezier in had, verwardheid, hoofdpijn, slecht slapen en prikkelbaarheid [NICE p 137-138].

### 4.6.2 Pre-existente psychische of psychiatrische problematiek

[CPZ, 2016]

Voor vrouwen met een al eerder bestaande stemmings-, paniek- of angststoornis of andere psychiatrische problemen wordt in het individueel geboortezorgplan dat tijdens de zwangerschap wordt opgesteld ook postpartumbeleid op dit vlak opgenomen.

### 4.6.3 Acute psychische problemen

[NICE p 143-147]

Psychische problemen in de postnatale periode kunnen zeer ernstig zijn en acute behandeling vereisen. Voorbeelden zijn puerperale psychose, een postnatale depressie en een posttraumatische stressstoornis. Hieronder volgt een korte beschrijving van de symptomen van deze acute psychische problemen.

### Puerperale psychose

[NICE p 107, 144]

Komt voor bij ongeveer 1 tot 2 op de 1000 kraamvrouwen en ontstaat in de regel binnen een maand na de bevalling. Vrouwen met een bipolaire stoornis (manisch-depressief) en vrouwen die eerder een (postpartum)psychose doormaakten, hebben een verhoogd risico [Level 1+, NICE p 107]. Vaak manifesteren de eerste symptomen, slaapstoornissen, prikkelbaarheid en achterdocht zich bij deze vrouwen binnen een paar dagen of weken na de bevalling. Vervolgens zijn er psychotische verschijnselen als hallucinaties en wanen, die elkaar kunnen afwisselen en ook van intensiteit kunnen veranderen [NICE p 144].



### Postnatale depressie

[NICE p 107, 142]

Komt voor bij 7 tot 10% van de vrouwen binnen één jaar na de bevalling. Net als bij een depressie in het algemeen zijn de hoofdsymptomen een aanhoudend sombere stemming en/of het verlies van interesse en plezier. Daarnaast worden klachten ervaren als vermoeidheid, slaapproblemen, een opvallende toename of afname van de eetlust, concentratiestoornissen, je mislukt of schuldig voelen, rusteloosheid en suïcidale gedachten [NICE p 142]. Vijf van deze symptomen moeten dagelijks ten minste twee weken lang aanwezig zijn om deze diagnose te stellen [NICE p 142]. Risicofactoren zijn een eerder doorgemaakte depressie, een gebrek aan sociale ondersteuning en een slechte relatie met de partner [Level 1++, NICE p 107].

### Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Deze angststoornis kan het gevolg kan zijn van een traumatische, levensbedreigende gebeurtenis. In dit geval een bevalling. De prevalentie varieert volgens onderzoek van 1 tot 3%, afhankelijk van de gehanteerde criteria.<sup>11</sup> De symptomen zijn volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV): aanhoudende herbeleving van de gebeurtenis, aanhoudende vermijding van stimuli gerelateerd aan de gebeurtenis, verdoofd/verminderd reactievermogen, prikkelbaarheid, slapeloosheid en verhoogde alertheid. In DSM IV worden de criteria voor psychiatrische aandoeningen.<sup>12</sup> De symptomen moeten voor deze diagnose minimaal één maand aanwezig zijn en tot verstoring van de dagelijkse routine leiden [NICE p 145, 146]. Er zijn geen studies naar het effect van 'debriefing (na het trauma individueel of in groepsverband emoties uiten)' van PTSS-symptomen na een traumatisch ervaren bevalling [Level 2++, NICE p 107].

### Aanbevelingen

- Vraag vrouwen bij elk postnataal contact naar hun emotioneel welbevinden, de ondersteuning van familie, vrienden en vriendinnen of andere naasten, en of ze de alledaagse bezigheden aankunnen. Moedig vrouwen en hun familieleden/partners aan om eventuele veranderingen in stemming, emoties of gedrag (die afwijken van wat gebruikelijk is bij de vrouw) te bespreken met de verloskundige/zorgverlener [D(GPP), NICE p 94].
- Een formele psychologische nabespreking<sup>2</sup> over de ervaringen tijdens de bevalling wordt niet aanbevolen [A, NICE p 94].
- Alle zorgverleners moeten op de hoogte zijn van de mentale gezondheidsproblemen die vrouwen in de eerste weken na de bevalling en de maanden erna kunnen ervaren [D(GPP), NICE p 94-95].
- Vraag alle moeders tien tot veertien dagen na de bevalling naar symptomen van postpartum blues (bijvoorbeeld huilerigheid, angstgevoelens en een sombere stemming). Zijn de symptomen nog aanwezig, bied de moeder dan een afspraak aan voor een extra contactmoment (telefonisch of huisbezoek), of verwijs naar de huisarts. Plan ook meteen een nacontroleafspraak in voor zes weken na de bevalling [D(GPP), NICE p 95 aangepaste aanbeveling].
- Adviseer vrouwen om goed voor zichzelf te zorgen, bijvoorbeeld door voldoende te bewegen, voldoende rust te nemen, eventueel hulp te zoeken bij de verzorging van hun kind, te praten over hun gevoelens en te zorgen voor een ondersteunende sociale omgeving [D(GPP), NICE p 95].
- Verwijs bij een vermoeden van een psychose naar de huisarts (spoedeisend) [toegevoegde aanbeveling NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012].
- Overleg met of verwijs naar de voorschrijvend behandelaar over het gebruik van antidepressiva of anxiolytica (angstdempende middelen) in de postnatale periode [toegevoegde aanbeveling NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012].

<sup>2</sup> Specifieke vorm van vroegtijdige psychologische interventie snel na een schokkende gebeurtenis (meestal binnen drie dagen). De nabespreking is gericht stressvermindering, met het oog op preventie van psychische problemen op langere termijn.

## 4.7 Perineumzorg

[NICE p 95-96, 108, 152-158; NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]

Na een vaginale bevalling kan het perineum pijnlijk zijn. De intensiteit en duur van de ervaren pijn zijn subjectief en per vrouw verschillend [Level 4, NICE p 108, 152]. Tijdens de kraamperiode vraagt zowel de kraamverzorgende als de verloskundige naar perineumklachten. De NICE-richtlijn beschrijft gecontroleerde trials die hebben aangetoond dat koude kompressen verlichting bieden.<sup>3</sup> Er is vooralsnog onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van lokaal aangebrachte analgetica, bijvoorbeeld in de vorm van zalf [NICE p 154-156]. Oraal toegediende pijnstillers als paracetamol en NSAID's reduceren de pijn [Level 1+, NICE p 108, 156-157], evenals rectaal toegediende NSAID's, tot 24 uur na de bevalling [Level 1+, NICE p 108, 156-157].

Verwijdering van hechtingen is over het algemeen niet nodig. Een wondinfectie door een ruptuur of episiotomie komt zelden voor (0,5%). Bij een infectie is de wond rood en gezwollen en er kan purulente afscheiding zijn, vaak in combinatie met een temperatuurverhoging. Bij een wondinfectie wordt geadviseerd de hechtingen te verwijderen.<sup>6</sup> Het KNOV-standpunt 'Vrouwelijke genitale verminking' (2012) geeft specifieke aanbevelingen over perineumzorg bij vrouwen die besneden zijn.<sup>13</sup>

### Aanbevelingen

- Vraag de vrouw bij elk postnataal contact naar de genezing van het perineum. Vraag bijvoorbeeld naar pijn, ongemak, een stekend of trekkend gevoel en een onaangename geur [D(GPP), NICE p 95, aangepaste aanbeveling].
- Bied aan om minimaal eenmaal in de kraamperiode (tussen de vierde en zesde dag) de genezing van een ruptuur of episiotomie te controleren, in overleg met de vrouw. De verantwoordelijkheid voor deze controle ligt bij de verloskundige zorgverlener, in overleg met de vrouw en kraamzorg [D, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Adviseer vrouwen om het perineum schoon te houden door te spoelen, regelmatig te wisselen van kraamverband, handen te wassen voor en na wisseling van het kraamverband en dagelijks te douchen [D(GPP), NICE p 96].
- Adviseer vrouwen met klachten om de pijn te verlichten met ijskompressen of koelende gelpads [A, NICE p 95].
- Adviseer bij pijnklachten, zo nodig, paracetamol (oraal), behalve bij een contra-indicatie [A, NICE p 96].
- Als koelen en paracetamol niet helpen, kunnen NSAID's worden geadviseerd, behalve bij een contra-indicatie (bijvoorbeeld bij allergie) [A, NICE p 96].
- Behandel een infectie van een ruptuur of episiotomie door een aantal hechtingen te verwijderen of door het knoopje los te knippen bij een intracutane hechting [toegevoegde aanbeveling uit de NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode'].

## 4.8 Defecatie

Na de bevalling heeft een vrouw gemiddeld binnen vijf dagen ontlasting gehad. De kraamverzorgende geeft in samenwerking met de verloskundige voedings- en ontspanningsadvies en stimuleert voldoende vochtinname om het fysiologisch verloop te bevorderen. Klachten als obstipatie en hemorrhoiden komen veel voor in de postnatale periode [NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]. De kraamverzorgende en verloskundige moeten daarom vragen naar het defecatiepatroon van de vrouw en naar eventuele klachten op dat gebied.

### 4.8.1 Obstipatie

[NICE p 98, 109, 167-168]

Een systematische review laat zien dat vezelrijke voeding helpt tegen obstipatie [Level 1+, NICE p 109, 167]. Als de klachten aanhouden, kan een laxeremiddel worden geadviseerd [Level 1+, NICE p 109, 167].

#### Aanbevelingen

- Informeer vanaf de derde dag na de bevalling of de kraamvrouw ontlasting heeft gehad [D(GPP), NICE p 98, aangepaste aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Wijs op het belang van voldoende vochtinname en beweging voor een goede stoelgang [D(GPP), aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Adviseer vezelrijke voeding, en als dat niet helpt een mild laxerend middel [A, NICE p 98, aangepaste aanbeveling].

#### 4.8.2 Hemorroïden

[NICE 98, 109, 168-169; NHG-standaard 'Rectaal bloedverlies' 2012; NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]

Ongeveer 85% van de vrouwen heeft tijdens de zwangerschap en na de bevalling last van hemorroïden.<sup>6</sup> Deze hoge prevalentie is het gevolg van hormonale veranderingen en verhoogde abdominale druk. Er zijn geen studies gevonden die specifiek op de behandeling van hemorroïden na de bevalling ingaan [NICE p 168]. Hemorroïden tijdens de zwangerschap en na de bevalling verdwijnen meestal na enkele weken.<sup>14</sup> In het kraambed komt geregeld een acuut getromboseerde anale randvene voor.<sup>6</sup> De huisarts kan deze behandelen door verwijdering van de trombus.

#### Aanbevelingen bij hemorroïden

- Leg de vrouw uit dat hemorroïden meestal vanzelf verdwijnen na enkele weken.<sup>14</sup>
- Verwijs naar de huisarts bij acuut getromboseerde hemorroïden of rectaal bloedverlies (urgent) [D(GPP), NICE p 98, aangepaste aanbeveling].

#### 4.8.3 Fecale incontinentie

[NICE p 98, 109, 169-173]

Door de bevalling kan mechanisch of neurologisch letsel ontstaan van de anale sfincter. Dit kan leiden tot incontinentie voor flatus of ontlasting [NICE p 169]. Vrouwen zijn terughoudend in het bespreken van fecale incontinentieklachten [Level 4, NICE p 109, 170]. Betrouwbare incidentiecijfers zijn dan ook niet te geven, aangezien fecale incontinentie ondergerapporteerd en ondergediagnosticeerd wordt [Level 4 voor rapportage, Level 2 voor diagnosticering, NICE p 109, 152]. Onderzoek heeft uitgewezen dat een vaginale kunstverlossing een risicofactor is voor fecale incontinentie en verborgen sphincter ani-defecten [Level 2, NICE p 109, 169-172].

#### Aanbevelingen

- Beoordeel bij vrouwen met fecale incontinentie de ernst, duur en frequentie van de symptomen. Als de klachten aanhouden, verwijs naar een huisarts, bekkenfysiotherapeut of (uro)gynaecoloog (urgent) [D(GPP), NICE p 98].

### 4.9 Mictie

[NICE p 98-99, 109, 174-178]

#### 4.9.1 Urineretentie

[NICE p 98-99, 109, 174-175]

Er is één literatuurreview beschikbaar met een algemeen gebruikte definitie van 'urineretentie': er is sprake van urineretentie als er geen spontane mictie heeft plaatsgevonden binnen zes uur na de bevalling.<sup>3</sup> Urineretentie wordt door de vrouw gemeld of door de zorgverlener geïdentificeerd [NICE p 174]. De urineretentie kan gepaard gaan met kleine beetjes urineverlies, een verschijnsel dat soms wordt verward met stressincontinentie (zie daarover verderop). In de NICE-richtlijn is geen evidence gevonden over het optimale beleid bij urineretentie [NICE p 109, 174].

#### Aanbevelingen bij urineretentie

- Documenteer of de vrouw binnen zes uur na de bevalling heeft geplast [D(GPP), NICE p 98].
- Adviseer een vrouw die zes uur na bevalling nog niet geplast heeft, om een warme douche of een warm bad te nemen, of om tijdelijk in een andere houding te plassen (op handen en knieën). [D(GPP), [NICE p 99, NHG- standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012].
- Bij geen of onvoldoende mictie, katheteriseer dan eenmalig en beoordeel de hoeveelheid urine (normaal is 250 tot 300 ml). Stimuleer haar om voldoende te drinken en elke drie uur te plassen, en daarbij de hoeveelheid urine te meten. Overleg, afhankelijk van de bevindingen, met de gynaecoloog (urgent).  
[D(GPP), NICE p 99 aangepaste aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep]

#### 4.9.2 Urine-incontinentie

[NICE p 99, 109, 175-178, NHG-standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' 2015, NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]

Urine-incontinentie komt veel voor tijdens de zwangerschap en in de periode daarna. Stressincontinentie komt in de eerste drie maanden na de bevalling voor bij ongeveer 30% van de vrouwen.<sup>6</sup> Urine-incontinentie wordt onderverdeeld in drie categorieën:<sup>15</sup>

- *stressincontinentie* – als het urineverlies optreedt tijdens drukverhogende momenten (niezen, hoesten)
- *urgency-incontinentie* – als het urineverlies optreedt bij sterke aandrang
- *gemengde incontinentie* – als het urineverlies zowel optreedt tijdens drukverhogende momenten als bij sterke aandrang.

Meerdere systematische reviews laten zien dat bekkenbodemspieroefeningen effect hebben bij vrouwen met stressincontinentie of gemengde incontinentie, vergeleken met geen behandeling of een placebo [level 1++, NICE p 110, 175-178]. Wetenschappelijk bewijs over het nut van bekkenbodemspieroefeningen ter *preventie* van urine-incontinentie is niet eenduidig [level 1++, NICE p 110, 177-178]. Voor de vrouwen is het belangrijk te weten wat de achterliggende oorzaak is en welke impact incontinentie kan hebben op het dagelijks leven.<sup>15</sup> Daarnaast is het belangrijk dat zij weten wat geschikte bekkenbodemspieroefeningen zijn. Bij stressincontinentie is dit: ten minste drie keer per dag tien keer maximaal aanspannen gedurende zes tot acht seconden (en rustig doorademen) en daarna volledig ontspannen gedurende enkele seconden.

#### Aanbevelingen

- Bespreek met de pas bevallen vrouw met urine-incontinentie het normale beloop (bij de helft van de vrouwen gaat de incontinentie vanzelf over binnen een half jaar na de bevalling). Bespreek met de vrouw wat haar voorkeur heeft: meteen starten met bekkenbodemspieroefeningen of een expectatief beleid volgen tot een half jaar na de bevalling [aanbeveling uit NHG-standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' 2015].
- Geef voorlichting over de oorzaak van het type urine-incontinentie:<sup>15</sup>
  - Stressincontinentie: leg uit dat de klachten worden veroorzaakt doordat de afsluiting van de blaas niet optimaal functioneert, wat komt door verslapping van de bekkenbodemspieren.
  - Urgency-incontinentie: leg uit dat de klachten worden veroorzaakt door toegenomen prikkelbaarheid van de blaas. Hoe dat komt, is meestal niet bekend.
- Adviseer vrouwen met stressincontinentie om bekkenbodemspieroefeningen te doen. [A, NICE p 99].
- Adviseer vrouwen met urgency-incontinentie om een consult bij de huisarts te plannen om blaas training te bespreken [NHG-standaard 'Incontinentie voor urine bij vrouwen' 2015].
- Verwijs (eventueel via de huisarts) naar een bekkenfysiotherapeut als de incontinentieklachten langer aanhouden of erger worden [aangepaste aanbeveling, D(GPP) NICE p 99].

#### 4.9.3 Urineweginfecties

[NHG-standaard 'Urineweginfecties' 2013]

Cystitis kan in het kraambed lastig te herkennen zijn. De symptomen kunnen bestaan uit pijn of een branderig gevoel bij het plassen, vaker plassen, loze aandrang, klachten in de onderbuik en soms een lichte temperatuurverhoging.<sup>16</sup> Bij pyelonefritis is er ook sprake van koorts, rillingen, algemene malaise, flank- of perineumpijn, of delier.<sup>16</sup>

#### Aanbevelingen

- Overleg met de huisarts over het beleid bij het vermoeden van een urineweginfectie [D(GPP), aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].

## 4.10 Problemen met de borstvoeding

Als vrouwen borstvoeding geven, kunnen er zich situaties voordoen die extra aandacht vragen. Daarom moet zowel de kraamverzorgende als de verloskundige informeren naar eventuele klachten met betrekking tot de borsten.

#### Basis: multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (2015)

Voor het normale verloop van borstvoeding en voor specifieke klachten die hieronder niet worden genoemd: zie de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Borstvoeding' (2015).<sup>17</sup> Een aantal aanbevelingen uit de NICE-richtlijn zijn niet overgenomen, omdat ze in tegenspraak zijn met de MDR Borstvoeding.<sup>17</sup> Voor het beleid rond stuwing bij vrouwen die borstvoeding geven, verwijzen we naar deze multidisciplinaire richtlijn.

#### Aanbevelingen bij borstvoeding

- De verloskundigezorgverlener moet vrouwen die borstvoeding geven daarbij ondersteunen en begeleiden. Bij voedingsproblemen kan de verloskundigezorgverlener de vrouw lactatiekundige hulp aanraden [D, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep]

### 4.10.1 Stuwing

[MDR Borstvoeding, 2015; NICE p 195, 204, 237-243]

Als het kind twee tot vier dagen oud is, nemen de vocht- en bloedtoevoer naar de borsten van de vrouw toe en kunnen haar borsten gespannen raken, ook bij vrouwen die geen borstvoeding geven.<sup>17</sup> Stuwing kan ook ontstaan door obstructie van de melkkanalen na het begin van de lactatie. Als de melk dan niet wordt afgevoerd, kunnen de borsten warm, gevoelig, gezwollen en pijnlijk worden. Het kan bovendien leiden tot druk op het omliggende weefsel en afsluiting van de capillaire vaten [NICE p 240]. Kiest een vrouw voor het geven van borstvoeding, dan kan stuwing worden behandeld door de borsten te legen en via borstmassage en pijnstilling [Level 1+, NICE p 204]. Koolbladeren of koude kompressen bieden volgens sommige vrouwen verlichting, maar dat kan ook een placebo-effect zijn [Level 1+, NICE p 204].

#### Aanbevelingen

- Vertel vrouwen dat de borsten mogelijk gevoelig, hard en pijnlijk zijn rond de derde dag na de bevalling [D, GPP NICE p 195].
- Stuwing kan worden behandeld met:
  - frequent en onbeperkt aanleggen, inclusief verlengd voeden om de druk te doen afnemen
  - borstmassage, eventueel gevolgd door met de hand kolven
  - pijnmedicatie [A, NICE p 195].

### 4.10.2 Pijnlijke tepels

Pijnlijke tepels zijn vaak een signaal van een niet-optimale borstvoedingstechniek [Level 4, NICE p 204]. Zorgverleners dienen samen met de vrouw de oorzaak van de pijnklachten te achterhalen. Als de pijn aanhoudt na het evalueren van de aanlegtechniek, wordt de lengte van de tongriem van het kind geëvalueerd. Daarnaast moet spruw (een candida albicans-infectie) bij het kind worden uitgesloten [MDR Borstvoeding, 2015; (D)GPP NICE 195]. Bij aanhoudende klachten kan de zorgverlener verwijzen naar een

lactatiekundige. Behandelingen met borstschelpen of tepelbeschermers helpen niet bij pijnlijke tepels [Level 1++, NICE p 204].

### 4.10.3 Mastitis

Een mastitis kan variëren van een plaatselijke ontsteking met minimale symptomen tot een abces en sepsis [Level 1++, NICE p 244]. Een vrouw kan griepachtige verschijnselen hebben en koorts, in combinatie met warme en gevoelige borsten [Level 1++, NICE p 244]. Mastitis wordt behandeld met warme kompressen op de borst voorafgaand aan het voeden en continuering van het geven van borstvoeding, om voor een goede melkafvoer te zorgen [Level 1++, NICE 205]. Massage van de pijnlijke plek tijdens het geven van borstvoeding kan verlichting geven. Als de klachten na 24 uur niet zijn verminderd – of als de klachten acuut beginnen en de vrouw zich ziek voelt – is het advies te starten met antibiotica. Dat geldt ook bij een abces, en als tepelkloven gepaard gaan met koorts [B, NICE p 195 en MDR Borstvoeding, 2015].

#### Aanbevelingen

- Adviseer vrouwen om symptomen van mastitis (griepachtige verschijnselen, temperatuurverhoging, rode, gevoelige of pijnlijke borsten) te melden bij de zorgverlener (urgent) [C, NICE p 195-196].
- Verwijs naar de huisarts als de klachten na 24 uur niet verminderd zijn, als de klachten acuut beginnen en de vrouw zich ziek voelt, bij een abces, en als tepelkloven gepaard gaan met koorts [B, NICE p 195-196 aangepast in overeenstemming met de MDR Borstvoeding (2015)]

### 4.10.4 Medicatie en borstvoeding

Medicijnen kunnen in de moedermelk terechtkomen. Sommige geneesmiddelen kunnen dan een (al dan niet nadelig) effect hebben op het kind dat borstvoeding krijgt, of de melkproductie beïnvloeden. De multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (2015) geeft aanbevelingen over geneesmiddelengebruik voor vrouwen die borstvoeding geven.<sup>3</sup>

### 4.10.5 (Mogelijk) onvoldoende melkproductie

In de postnatale periode vragen vrouwen en hun partners zich vaak af of de melkproductie wel voldoende is. Zorgverleners stellen objectief vast of er sprake is van onvoldoende melkproductie en passen hun beleid daarop aan. Onnodig vroegtijdig stoppen met het geven van borstvoeding moet worden voorkomen. De richtlijn Borstvoeding (2015) geeft aanbevelingen over hoe de zorgverlener kan vaststellen of er inderdaad sprake is van onvoldoende melkproductie, met het bijbehorende beleid en adviezen aan de moeder.<sup>17</sup>

## 4.11 Andere veelvoorkomende klachten

In de module over het natuurlijk herstel van vrouwen na de bevalling (hoofdstuk 3) komen klachten aan bod die veel voorkomen in de postnatale periode en meestal vanzelf weer overgaan. Zulke klachten kunnen soms toch wijzen op pathologie. Als vrouwen deze klachten melden, moet de verloskundige zorgverlener daarom de klacht specificeren en diagnosticeren of er al dan niet sprake is van pathologie. Het gaat hierbij onder andere om de volgende klachten.

### 4.11.1 Hoofdpijn

[NICE p 97, 108, 160-163]

Hoofdpijn is een algemeen voorkomend symptoom, niet alleen bij pas bevallen vrouwen [NICE p 160]. In de literatuur worden drie soorten hoofdpijn beschreven: migraine, spanningshoofdpijn en hoofdpijn die ontstaat vanuit de nek [NICE p 160]. Uit onderzoek blijkt niet of hoofdpijn meer voorkomt bij vrouwen in de postnatale periode dan bij de bevolking in het algemeen. De incidentie van hoofdpijn in de postnatale periode is volgens onderzoek 14 tot 22% [NICE p 160]. Bij (ernstige) hoofdpijn in het kraambed moet gedacht worden aan pre-eclampsie/eclampsie of sinus sagittalis-trombose (zie ook 4.5) [NICE p 97].

<sup>3</sup> <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=27&rlpag=1151>



Daarnaast heeft 0,2 tot 0,7% van de vrouwen na epidurale of spinale anesthesie last van postdurale hoofdpijn [level 1+++, NICE p 160-161].

#### Aanbevelingen

- Neem bij vrouwen met (ernstige) hoofdpijn een anamnese af en stel een differentiaaldiagnose op. Denk daarbij ook aan hypertensieve aandoeningen, postdurale hoofdpijn en sinus sagittalis-trombose. Stel passend beleid op, zo nodig met verwijzing naar een huisarts of gynaecoloog [aangepaste aanbeveling, D(GPP) NICE p 97].
- Adviseer vrouwen met spanningshoofdpijn of migraine over hoe ze kunnen ontspannen en hoe ze het risico op hoofdpijn kunnen verminderen [D(GPP) NICE p 97].

### 4.11.2 Vermoeidheid

[NICE p 97, 108, 163-164; KNOV-standaard 'Anemie in de verloskundige praktijk' 2010]

Vermoeidheid komt veel voor bij vrouwen in de postnatale periode [NICE p 163]. Vaak blijven de klachten nog bestaan tot acht weken na de bevalling [NICE p 163]. Er is vrijwel geen wetenschappelijke literatuur over behandeling van vermoeidheid in de postnatale periode [NICE p 108, 163-164].

#### Aanbevelingen

- Vraag vrouwen die voortdurend moe zijn naar hun algemeen welbevinden. Geef advies over slapen, rust, ontspanning, voeding, beweging en planning van activiteiten (inclusief de tijd die ze doorbrengen met het kind) [D(GPP), NICE p 97].
- Evalueer mogelijke lichamelijke, psychologische en sociale oorzaken als aanhoudende vermoeidheid een negatieve invloed heeft op hoe de vrouw voor zichzelf of het kind zorgt [D(GPP), NICE p 97].
- Laat een Hb-bepaling uitvoeren bij een aanhoudende nabloeding (zie 4.2.1) of bij aanhoudende vermoeidheid. Volg bij een laag Hb de aanbevelingen uit de KNOV-standaard 'Anemie in de verloskundige praktijk' 2010.<sup>18</sup>

### 4.11.3 Rugpijn

[NICE p 97-98, 108-109, 164-167]

Rugpijn komt in de postnatale periode bij ongeveer de helft van de vrouwen voor, in meer of minder ernstige mate [level 3, NICE p 109, 164]. In diverse studies uit de NICE-richtlijn is onderzocht of er een verband is tussen rugpijn en epidurale anesthesie. De bewijslast daarvoor is zwak: er zijn uitsluitend correlaties gevonden in observationele studies [Level 2, NICE p 109, 164-166]. Er is geen literatuur gevonden over effectieve interventies bij de behandeling van rugpijn in de postnatale periode. Wat de bevolking in het algemeen betreft, is de evidence voor de effectiviteit van interventies niet eenduidig [Level 3, NICE p 109, 166].

#### Aanbevelingen

- Het beleid bij rugpijn in de postnatale periode verschilt niet van de behandeling van rugpijn bij de bevolking in het algemeen. Besteed aandacht aan voldoende beweging, geef adviezen voor het dagelijks leven en over de houding bij het voeden [D(GPP), NICE p 98 aangepaste aanbeveling].

### 4.11.4 Bekkenpijn

[NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]

Bekkenpijn is houdingsafhankelijk. De pijn bevindt zich in de symfyse en de sacro-iliacale gewrichten (heiligbeengewrichten), al dan niet met uitstraling naar de achterkant van het bovenbeen.<sup>6</sup> Deze pijn of een toename van de pijn leidt op zich niet tot schade. Meestal volstaat het om vrouwen te adviseren om hun activiteiten te doseren.<sup>6</sup> Een bekkenfysiotherapeut kan oefeningen en begeleiding geven bij bekkenpijn.



### Aanbevelingen

- De beste benadering lijkt voorsnoggeruststelling, eventueel ondersteund met pijnstillende medicatie.<sup>6</sup>
- Geef bij veel pijn en beperkingen voorlichting en adviezen over hoe de gewone dagelijkse taken kunnen worden uitgevoerd.<sup>6</sup>
- Als de klachten nog lang na de bevalling aanhouden: overweeg om stabiliserende oefeningen te adviseren, onder begeleiding van een (bekken)fysiotherapeut.<sup>6</sup>

## 4.12 Seksualiteit en anticonceptie

[NICE p 96, 108, 159-160; KNOV-standpunt 'Anticonceptie' 2014]

Veertig tot vijftig procent van de vrouwen hervat binnen zes weken na de bevalling coïtus [KNOV-standpunt 'Anticonceptie']. Vrouwen blijken het lastig te vinden om dyspareunie te bespreken met een zorgverlener [level 3, NICE p 108, 159]. Overleg over het juiste moment van een anticonceptieconsult met de vrouw en haar partner.<sup>19</sup>

### Aanbevelingen

- Vraag tijdens het anticonceptieconsult naar hervatting van coïtus en naar eventuele dyspareunie [C, NICE p 96 aangepaste aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Vraag bij vrouwen die tegen hervatting van coïtus opzien naar de redenen daarvan [D(GPP), NICE p 96].
- Vertel vrouwen welke invloed hormonen (vooral bij borstvoeding) na de bevalling hebben op seksualiteit en coïtus [D, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Bied vrouwen tijdens de nacontrole ook controle van het perineum aan [D(GPP), NICE p 96, aangepaste aanbeveling].
- Bespreek eventueel gebruik van een glijmiddel op waterbasis, met name bij vrouwen die borstvoeding geven [D(GPP), NICE p 96].
- Verwijs vrouwen die klachten hebben op het gebied van seksualiteit eventueel naar de huisarts (niet urgent) [D(GPP), NICE p 96, aangepaste aanbeveling].

## 4.13 Bijzondere situaties

[NICE p 96, 108, 159-160; KNOV-standpunt 'Anticonceptie' 2014]

### 4.13.1 Rhesusimmunisatie

[Bloedgroep Rhesus D-negatief, RIVM]

Bij het bloedonderzoek Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE) worden vrouwen met een Rhesus D-negatieve bloedgroep geïdentificeerd. In Nederland is ongeveer 15% van de inwoners Rhesus D-negatief.<sup>20</sup> Vrouwen met een Rhesus D-negatieve bloedgroep die zwanger zijn van een Rhesus D-positief kind, lopen het risico Rhesus D-antistoffen aan te maken. Deze vrouwen krijgen voorafgaand aan de bevalling (in de dertigste week), naargelang de uitslag van de foetale Rhesus D-typering, en binnen 48 uur na de bevalling 1000 IE anti-Rhesus D-Immunoglobuline (Ig) intramusculair toegediend.<sup>21</sup>

### 4.13.2 Seronegatieve status rodehond

[LCI-richtlijn 'Rodehond' 2015]

Routinematige screening van zwangere vrouwen op rodehond-antistoffen wordt in Nederland niet door het RIVM aanbevolen, aangezien de seroprevalentie hoog is. Bij vrouwen die niet in Nederland geboren zijn (bijvoorbeeld asielzoekers en immigranten) kan overwogen worden om tijdens de zwangerschap te controleren op antistoffen. Als er geen rodehond-antistoffen worden aangetroffen, kan de huisarts de vrouw na de bevalling een vaccinatie geven. Bij andere groepen die niet gevaccineerd zijn (bijvoorbeeld

om principiële redenen), is eenzelfde selectief screeningsbeleid op indicatie van toepassing, mits vaccinatie na de bevalling bespreekbaar is.<sup>22</sup>

#### 4.13.3 Seronegatieve status waterpokken

[NVMM-richtlijn 'Varicella' 2010, RIVM 2014]

Een perinataal verworven primo-infectie met waterpokken (varicella zoster) is een ernstige infectie. Pasgeboren kinderen van vrouwen die van vijf dagen voor tot twee dagen na de bevalling klinisch waterpokken doormaken, kunnen deze infectie oplopen. Het advies is om varicella zoster-immunoglobuline (VZIG) te geven aan alle pasgeboren kinderen van deze vrouwen. Het beloop van de perinatale waterpokken bij het kind zal dan namelijk milder zijn. Een postnataal verworven varicella zoster-virusinfectie verloopt over het algemeen mild bij pasgeboren kinderen, ongeacht de serostatus van de vrouw. Bij waterpokkencontact in de neonatale periode wordt aciclovir niet geadviseerd als preventieve behandeling. Behandeling met aciclovir kan wél worden overwogen als het pasgeboren kind inderdaad waterpokken blijkt te hebben.<sup>23</sup>

#### 4.13.4 Koortslip-infectie

[RIVM, LCI-richtlijn 'Infectieziektebestrijding 2011 – Herpes simplexvirusinfecties']

Een koortslip-infectie (labiale herpes simplex) bij de ouder, een verzorger of familielid kan na de bevalling worden overgedragen aan het kind via de handen of mond ('kiss of death'). Een neonatale herpesinfectie kan milde tot zeer ernstige symptomen geven. Ernstige vormen – waarbij niet alleen huid en slijmvliezen maar ook de lever, bijniere, longen en het centraal zenuwstelsel aangetast worden – hebben een hoge mortaliteit of kans op restverschijnselen. Heeft de vrouw voor het eerst een koortslip, adviseer dan te voorkomen dat het kind in aanraking komt met de koortslip. Heeft de vrouw al vaker een koortslip gehad (ook buiten de zwangerschap), dan is het kind waarschijnlijk beschermd tegen een neonatale herpesinfectie. Voor mensen met een (terugkerende) koortslip die in de periode rond de bevalling intensief met het kind omgaan (ouders, familie, ziekenhuispersoneel, kraamverzorgende, verloskundige) wordt aanbevolen om direct contact tussen de blaasjes en wondjes (laesies) en het kind te voorkomen (bijvoorbeeld: niet kussen), de handen goed te wassen vóór verzorging van het kind en de laesies bij verzorging van het kind te bedekken met een mondmasker, totdat ze zijn ingedroogd.<sup>24</sup>

## Referenties

1. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Londen: NICE, 2015.
2. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. Londen: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners, 2006.
3. Clinical guidelines and evidence review for postnatal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. Londen: National Collaborating centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners, 2006.
4. NHG-KNOV samenwerkingsafspraken huisartsen en verloskundigen. Utrecht: NHG, 2011.
5. Verloskundig vademecum 2003. Diemen: College voor Zorgverzekeraars, 2003.
6. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode Huisarts & Wet. 2012;55(3):112-25.
7. KNOV-standaard Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Aanbevelingen voor risicoselectie, diagnostiek en beleid. Utrecht: KNOV, 2011.
8. NVOG-richtlijn Veneuze trombo-embolie en zwangerschap. Utrecht NVOG, 2009.
9. NHG-Standaard Diepe Veneuze trombose en longembolie Utrecht: NHG, 2015.
10. Perquin DA, Warmerdam PE, Yedema CA, Puylaert JB. Vena-ovaricatrombose. Ned Tijdschr Geneeskd. 1997;141(48):2350-3.
11. Stramrood CA, Paarlberg KM, Huis In 't Veld EM, Berger LW, Vingerhoets AJ, Schultz WC, et al. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2011;32(2):88-97.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
13. KNOV-richtlijn Vrouwelijke genitale verminking. Bilthoven: KNOV, 2007.

14. NHG-standaard Rectaal bloedverlies. Huisarts & Wet. 2009;52(1):23-8.
15. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening). Utrecht: NHG, 2015.
16. NHG-standaard Urineweginfecties. Utrecht: NHG, 2013.
17. Multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding. Geautoriseerd door ActiZ jeugd, AJN, GGD GHOR Nederland, Kenniscentrum Kraamzorg, KNOV, La Leche League, NVD, NVDA, NVL, Stichting babyvoeding, Stichting Zorg voor Borstvoeding, Vereniging Borstvoeding Natuurlijk, Voedingscentrum, V&VN fractie jeugd, V&VN overige afdelingen. De richtlijn wordt onderschreven door de NVOG. Leiden: TNO, 2015.
18. KNOV-standaard Anemie in de verloskundige praktijk. Aanbevelingen voor preventie, diagnostiek en behandeling. Utrecht: KNOV, 2010.
19. KNOV-standpunt Anticonceptie. Utrecht: KNOV, 2014.
20. Bloedgroep Rhesus D-negatief.  
[http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bloedonderzoek\\_zwangeren/Welke\\_aandoeningen/Antistoffen\\_teg\\_en\\_bloedgroepen/Bloedgroep\\_Rhesus\\_D\\_negatief](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bloedonderzoek_zwangeren/Welke_aandoeningen/Antistoffen_teg_en_bloedgroepen/Bloedgroep_Rhesus_D_negatief) (Geraadpleegd op 24 april 2017).
21. Draaiboek prenatale screening infectieziekten en erytrocytenimmunisatie Bilthoven: RIVM; 2016.  
[http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Draaiboeken/Preventie\\_Ziekte\\_Zorg/Draaiboek\\_Prenatale\\_Screening\\_Infectieziekten\\_en\\_Erytrocytenimmunisatie\\_pdf](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Draaiboeken/Preventie_Ziekte_Zorg/Draaiboek_Prenatale_Screening_Infectieziekten_en_Erytrocytenimmunisatie_pdf) (Geraadpleegd op 17 februari 2017).
22. LCI-richtlijn Rodehond. Bilthoven: RIVM, 2015.
23. Richtlijn varicella. Leeuwarden: Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, 2010.
24. Richtlijn Infectieziektebestrijding - herpessimplexvirusinfectie. Bilthoven: RIVM/LCI, 2011.

## 5 Module Postnatale zorg voor het kind

Kernelementen van de postnatale zorg voor het kind zijn advies over voeding, de dagelijkse verzorging, de hechting tussen ouders en kind en alertheid op mogelijke gezondheidsproblemen. Doel is dat ouders het gedrag van hun kind leren herkennen en de algemene gezondheid van hun kind leren beoordelen. Zij krijgen informatie over wie ze kunnen bellen als zij zich zorgen maken over hun kind. De voorlichting aan ouders wordt verder besproken in de module over organisatie van de postnatale zorg (hoofdstuk 6).

### Primair uitgangspunt: KNOV-richtlijnen

De KNOV heeft meegewerkt aan diverse richtlijnen rond de onderwerpen in deze module. Door de KNOV geautoriseerde richtlijnen zijn het primaire uitgangspunt bij aanbevelingen over de zorg voor pasgeboren kinderen in deze module. De NICE-richtlijn is de basis voor de overige onderwerpen.<sup>1, 2</sup> Afwijkingen van het normale herstel die in deze module niet zijn beschreven, dienen te worden besproken met een gespecialiseerde zorgverlener.

### Verloskundigezorgverlener, kraamverzorgende en JGZ

De verloskundigezorgverlener en kraamverzorgende ondersteunen en begeleiden de ouders in de kraamperiode bij het leren kennen van hun kind. De verloskundigezorgverlener is verantwoordelijk voor de gezondheid van het kind tot de overdracht aan de jeugdgezondheidszorg (JGZ), na maximaal tien dagen. Maar in samenspraak met de vrouw kan ervoor worden gekozen om ook na de tweede week zorg op maat te bieden, bijvoorbeeld bij de voeding van kind. Die zorg wordt dan afgestemd met de JGZ.<sup>3</sup>

## 5.1 Kenmerken van een gezond kind

[D(GPP), NICE p 257]

Een gezond pasgeboren kind heeft een normale huidskleur (passend bij de etniciteit), een stabiele lichaamstemperatuur en een normaal en regelmatig mictie- en defecatiepatroon. Het kind geeft aan wanneer het gevoed wil worden, drinkt goed en is rustig tussen de voedingen. Het is niet geprikkeld, gespannen, suf of slap. Het kind heeft een:

- ademhalingsfrequentie van tussen de 30 en 60 ademhalingen per minuut
- hartfrequentie van tussen de 100 en 160 slagen per minuut
- temperatuur van rond de 37°C, gemeten bij een normale omgevingstemperatuur.

## 5.2 Alarmsymptomen

[Richtlijn 'Hyperbilirubinemie, preventie, diagnostiek en behandeling bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken', 2008]

[Richtlijn 'Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties', 2017]

[NVK-richtlijn 'Gastro-oesofageale reflux (ziekte) bij kinderen van 0-18 jaar', 2012]

[LESA-V 'Onderzoek van de pasgeborene', KNOV 2008]

De meeste kinderen worden gezond geboren en blijven gezond in de postnatale periode. Maar er zijn een paar symptomen die kunnen wijzen op (ernstige) pathologie bij een pasgeboren kind. Na de bevalling geven verloskundigezorgverleners voorlichting over deze symptomen (zie tabel 5.1). Ouders worden geadviseerd als ze een of meer van deze symptomen waarnemen te allen tijde contact opnemen met de verloskundigezorgverlener.

**Tabel 5.1 Alarmsymptomen bij de pasgeborene in de kraamperiode**

| Symptomen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Verdenking                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Icterus (geelzucht) binnen 24 uur postpartum</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pathologische hyperbilirubinemie <sup>A</sup>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Afwijkend gedrag (bijvoorbeeld ontroostbaar huilen of lusteloosheid)</li> <li>Hypotonie</li> <li>Slecht drinken</li> <li>Koorts (<math>\geq 38,0^{\circ}\text{C}</math>)</li> <li>Ondertemperatuur (<math>&lt; 36,0^{\circ}\text{C}</math>), niet verklaarbaar door omgevingsfactoren</li> <li>Tachypnoe (<math>&gt; 40</math> maal/minuut)</li> <li>Kreunende ademhaling</li> <li>Grauw zien</li> </ul> | Early-onset neonatale infectie <sup>B</sup>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Centrale cyanose</li> <li>Dyspneu</li> <li>Slechte perifere circulatie</li> <li>Kortademigheid bij huilen of drinken</li> <li>Transpireren</li> <li>Snel moe zijn</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             | Congenitale hartafwijking <sup>C</sup>         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Projectielbraken</li> <li>Geprikkeld</li> <li>Voedselweigering</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Gastro-oesofageale reflux(ziekte) <sup>D</sup> |

#### Referenties tabel 5.1

A: Richtlijn 'Hyperbilirubinemie, preventie, diagnostiek en behandeling bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken'. Utrecht: NVK/CBO, 2008.

B: Richtlijn 'Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties'. Utrecht: NVK, 2017.

C: NVK-richtlijn 'Gastro-oesofageale reflux(ziekte) bij kinderen van 0-18 jaar'. Utrecht: NVK, 2012.

D: LESA-V 'Onderzoek van de pasgeborene'. Utrecht: KNOV, 2008.

#### Aanbevelingen

- Geef de ouders bij aanvang van de postnatale zorg voorlichting over symptomen die kunnen wijzen op potentieel (ernstige) pathologie (zie tabel 5.1). Instrueer ouders om bij een of meer van deze symptomen direct contact op te nemen met de verloskundige zorgverlener (spoedeisend) [D, aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep]

## 5.3 Observatie van het kind

[LESA-V 'Onderzoek van de pasgeborene', KNOV 2008]

Het pasgeboren kind wordt na de bevalling nagekeken door de verloskundige of arts die de bevalling begeleidt, of door de kinderarts als daar een indicatie voor is.<sup>4</sup> Dit lichamelijk onderzoek biedt een eerste indruk van het kind en is een eerste oriëntatie op aangeboren afwijkingen of een geboortetrauma.<sup>4</sup> Dit eerste onderzoek is geen onderdeel van deze module. Als het klinische beeld daartoe aanleiding geeft of bij zorgen van de ouders of kraamverzorgende, wordt het onderzoek van het pasgeboren kind herhaald.<sup>4</sup> Er is geen evidence voor de noodzaak van standaardherhaling van dit algemene lichamelijk onderzoek [NICE p 269 – geen vermelding van evidence level; NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]. In sommige gevallen zal de kinderarts al aanvullend onderzoek hebben afgesproken, bijvoorbeeld voor een heuponderzoek na een geboorte in stuitligging of bij aangeboren heupdysplasie in de familie. Vier weken na de bevalling vindt bij de jeugdarts standaard nogmaals een lichamelijk onderzoek plaats (zie tabel 6.2, over contactmomenten).<sup>4</sup>

Het is belangrijk dat de verloskundigezorgverlener het kind in de eerste week na de bevalling goed observeert. Aangeboren afwijkingen of andere afwijkingen kunnen zich dan namelijk alsnog manifesteren, zoals een slokdarmafsluiting (oesophagusatresie), malrotatie of darmobstructie. Bij het eerste postnatale contact – bij voorkeur binnen 24 uur – vraagt de verloskundigezorgverlener de vrouw en kraamverzorgende naar de temperatuur van het kind, de eerste mictie en defecatie en het verloop van de eerste voedingen. Daarnaast wordt de kleur van het kind beoordeeld (bij daglicht en op een neutrale ondergrond), vooral met het oog op pathologische geelzucht. Bij vervolfbezoeken beoordeelt de verloskundigezorgverlener de temperatuurregulatie, voeding, het gedrag, de mictie en defecatie en de kleur. De kraamverzorgende heeft hierbij een belangrijke signalerende functie en kan de verloskundige op indicatie vragen om beoordeling van de ademhaling en tonus, het hoofd, de huid en de navelstomp [Praktische Verloskunde p 199].

#### Aanbevelingen

- Bespreek het vermoeden van een eventuele afwijking met de ouders. Overleg, afhankelijk van de ernst van de afwijking en van wat de ouders willen, met de huisarts of kinderarts [D expert opinion].

### 5.3.1 Gewicht

[‘Multidisciplinaire richtlijn borstvoeding’ 2015]

Wegen is een instrument om te bepalen of het kind voldoende groeit. Als het kind voldoende groeit, krijgt het genoeg (borst)voeding. Door te wegen kan onnodig bijvoeden worden voorkomen en kan stille ondervoeding of uitdroging tijdig worden opgespoord. Als het kind te veel afvalt is er een verhoogde kans op ‘geel zien’.<sup>5</sup>

#### Aanbevelingen

- Weeg de pasgeborene in elk geval minimaal op de eerste, tweede, vierde en zevende dag, liefst zonder kleertjes aan en met dezelfde (geijkte) weegschaal [D expert opinion].
- Zet de waarde uit in de groeidiagram opgenomen in de MDR Borstvoeding (hoofdstuk 21, figuur 1) en bepaal aan de hand daarvan het voedingsbeleid. Voldoende groei betekent dat de pasgeborene >20 gram per dag of >150 gram per week in gewicht toeneemt [D expert opinion].

### 5.3.2 Temperatuur

[NICE p 265,271,304-308]

De normale temperatuur van een pasgeborene ligt tussen de 36,5°C en de 37,5°C. Pasgeboren kinderen verliezen snel warmte omdat ze een relatief groot lichaamsoppervlak en een dunne vetlaag hebben [Praktische Verloskunde p 191]. Een te hoge of te lage temperatuur kan worden veroorzaakt door omgevingsfactoren (te warm/koud gekleed, warme of koude omgeving), maar kan ook wijzen op een infectie of andere pathologie [NICE p 304-305]. De onderzoeksliteratuur is niet eenduidig over de meerwaarde van het temperatuur van een pasgeboren kind. Op basis van consensus in de werkgroep en klankbordgroep die betrokken waren bij het opstellen van deze richtlijn, is besloten om de temperatuur de eerste dagen na de bevalling routinematig rectaal te blijven meten (in overleg met de ouders) totdat het kind een stabiele lichaamstemperatuur heeft. De werkgroep is tot deze aanbeveling gekomen omdat het risico dat met name een te lage temperatuur over het hoofd wordt gezien anders te groot is. Voordat de temperatuur wordt gemeten moet aan de ouder(s) worden uitgelegd waarom die meting van belang is; ook de uitkomst moet met hen worden besproken. Uit vergelijkend onderzoek naar meetmethoden blijkt dat een oorthermometer minder accuraat is dan rectale of axillaire (onder de oksel) temperatuurmeting [Level 2+, NICE p 271, 304-307].

Bij een afwijkende temperatuur moet de verloskundigezorgverlener alert zijn op eventuele infecties of cardiale problematiek bij het kind [NICE p 304-307]. Bacteriële infecties manifesteren zich via subtiele symptomen maar kunnen snel leiden tot sepsis en meningitis [Praktische Verloskunde p 374]. Belangrijke algemene symptomen van infectie bij een pasgeborene zijn kreunen, slecht drinken of braken, een hoge ademhalingsfrequentie, koorts of ondertemperatuur, lethargie, een veranderde (bijvoorbeeld grauwe)

kleur, bradycardie of tachycardie, convulsies of lokale tekenen van infectie (bijvoorbeeld van de huid of ogen) [Praktische Verloskunde p 374]. Risicofactoren zijn langdurig gebroken vliezen, koorts bij de vrouw tijdens de bevalling, vroeggeboorte en GBS-besmetting (B-streptokokkeninfectie) bij de vrouw [Praktische Verloskunde p 374].

#### Aanbevelingen

- Bespreek met de ouders wat het nut is van temperatuurmeting bij het kind. Geef hierbij informatie over koorts ( $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) en ondertemperatuur ( $< 36,5^{\circ}\text{C}$ ), en over symptomen van een infectie (kreunen, suf, slecht drinken) waar zij op kunnen letten [expert opinion, aanbeveling op basis van consensus binnen werkgroep].
- Neem de eerste vijf dagen minimaal tweemaal per dag de temperatuur van het kind rectaal op met een digitale, gekalibreerde thermometer. Zodra een kind een stabiele lichaamstemperatuur heeft, kan het temperatuur worden afgebouwd [expert opinion, aanbeveling op basis van consensus binnen werkgroep].
- Als er sprake is van ondertemperatuur ( $< 36,5^{\circ}\text{C}$ ): breng de situatie in kaart via een anamnese en zorg voor optimale temperatuurregulatie. Meet de temperatuur na minimaal één uur nogmaals. Is die dan nog niet gestegen, verricht dan aanvullend lichamelijk onderzoek en verwijs naar de kinderarts (spoedeisend) [expert opinion, aanbeveling op basis van consensus binnen werkgroep].
- Doe bij koorts ( $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) een volledig algemeen onderzoek – inclusief lichamelijk onderzoek – en stel een differentiaaldiagnose op. Verwijs naar de kinderarts (spoedeisend) [D(GPP), NICE p 265, aangepaste aanbeveling].

### 5.3.3 Defecatiepatroon

[NICE p 263, 270; MDR Borstvoeding 2015]

De eerste meconiumlozing dient binnen 36 uur na de bevalling plaats te vinden. Gebeurt dat niet, dan moet er nader onderzoek worden gedaan naar de oorzaak van het uitblijven.<sup>6</sup> Mogelijke oorzaken zijn de voeding of onderliggende pathologie [D(GPP), NICE p 263]. Bij kinderen die borstvoeding krijgen, varieert het defecatiepatroon sterk. Er werd geen literatuur gevonden waarin obstipatie bij pasgeboren kinderen na de eerste meconiumlozing werd beschreven [NICE p 300]. Verkeerde bereiding van kunstvoeding kan aanleiding geven tot obstipatieklachten. Vraag ouders hoe zij kunstvoeding bereiden bij de postnatale contactmomenten [D(GPP), NICE p 263].

#### Aanbevelingen

- Overleg met en verwijs naar de kinderarts als een kind geen meconiumlozing heeft gehad binnen 36 uur na de bevalling (spoedeisend) [NHG zwangerschap en kraamperiode 2012].
- Inventariseer bij een pasgeborene met obstipatie die kunstvoeding krijgt hoe die kunstvoeding wordt bereid (bereidingstechniek, hoeveelheid, frequentie, verhouding van de voeding) [D(GPP), NICE p 263].

## 5.4 Voeding van het kind

[NICE p 190-197; MDR Borstvoeding 2015]

Voeding is een basisbehoefte, dus adequate voeding is een belangrijk aandachtspunt bij de zorg voor het kind. Ouders hebben recht op goede voorlichting over en begeleiding bij de voeding van hun kind.<sup>3</sup> 70% van de vrouwen beslist al (vroeg) tijdens de zwangerschap hoe zij hun kind gaan voeden.<sup>7</sup> Actuele, wetenschappelijk onderbouwde en merkonafhankelijke informatie door de verloskundige is bij die beslissing een noodzakelijke voorwaarde.<sup>3</sup> Tijdens de zwangerschap kiest 90% van de vrouwen ervoor om hun kind in elk geval eerst borstvoeding te geven. Na de bevalling start 80% van de vrouwen daadwerkelijk met borstvoeding; na twee weken geeft nog 60% van de vrouwen borstvoeding.<sup>8</sup>

De verloskundige zorg bestaat uit ondersteuning en begeleiding van vrouwen en hun kind bij het geven van borstvoeding. Als (uitsluitend) borstvoeding geven niet mogelijk of wenselijk is, wordt de zorg



afgestemd op de individuele situatie. De MDR Borstvoeding<sup>7</sup> geeft adviezen over het informeren, stimuleren en adviseren van vrouwen die borstvoeding geven aan een gezond kind. De richtlijn behandelt de basisprincipes van borstvoeding, borstvoeding bij een meerling, het beleid bij eventuele borstvoedingsproblemen en adviseert over zorg aan vrouwen die geen (volledige) borstvoeding geven. De verloskundige informeert de vrouw en haar partner over alternatieven als (volledige) borstvoeding niet (meer) mogelijk of gewenst is, ook over het reinigen en steriliseren van flessen, spenen en eventueel kolfhulpstukken. Als een vrouw (deels) kunstvoeding wil geven, wordt haar geleerd hoe de voeding correct moet worden bereid en bewaard.

#### Aanbevelingen

- Begeleiding bij het geven van borstvoeding moet altijd mogelijk worden gemaakt, ongeacht de locatie van zorg [A, NICE p 190].
- De verloskundigezorgverlener geeft ondersteuning en begeleiding als vrouwen borstvoeding geven. Bij voedingsproblemen kan de zorgverlener lactatiekundige hulp consulteren [D(GPP), aanbeveling op basis van consensus in de werkgroep].
- Aan alle ouders/verzorgers die hun kind kunstvoeding geven, moet voorlichting op maat worden gegeven over kunstvoeding. De voorlichting is erop gericht dat de kunstvoeding zo veilig mogelijk wordt bereid en voldoet aan de voedingsbehoefte van het kind [D(GPP), NICE p 197].
- Bij geven van kunstvoeding moet de ouders worden geleerd hoe zij de voeding in de juiste verhouding moet maken en hoe flessen moeten worden schoongemaakt en gesteriliseerd [D(GPP), NICE p 197].

## 5.5 Verzorging van het kind

[NICE p 262-296; NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode', 2012]

Bij het geven van voorlichting over de verzorging van het kind en het aanleren van vaardigheden aan de ouders, heeft de kraamverzorgende in de kraamperiode voor ouders een belangrijker rol. Daarnaast zijn de verloskundige postnatale contacten een goed moment om ouders te informeren en begeleiden bij de verzorging van hun kind.<sup>9</sup> Er worden adviezen gegeven over bijvoorbeeld het wassen van het kind, en de verzorging van de navel en huid. Deze aan te leren vaardigheden bevorderen ook de hechting tussen ouders en kind.

Literatuuronderzoek laat zien dat het droog- en schoonhouden van de navelstomp even effectief is als gebruik van antiseptica [Level 1+, NICE p 270]. Een nadeel van antisepticagebruik kan zijn dat het mogelijk langer duurt voor de navelstomp eraf valt; bovendien kunnen antiseptica de huid irriteren [level 1+, NICE p 296]. Bij een rood opgezwollen rand om de navel in combinatie met temperatuurverhoging moet de zorgverlener bedacht zijn op een infectie.<sup>6</sup>

#### Aanbevelingen

- Geef de ouders advies over het schoon- en drooghouden van de navelstomp en raad gebruik van antiseptica af [A, NICE p 262].
- Verwijs bij een vermoeden van een navelinfectie naar de huisarts of kinderarts, vanwege de kans op sepsis (urgent) [NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode', 2012].

## 5.6 Huilen

[Multidisciplinaire richtlijn excessief huilen, NCJ 2013]

Huilen heeft voor de pasgeboren kind een communicatieve functie. Het slaap-waakpatroon van een pasgeborene, inclusief het huilgedrag, verandert vanaf de geboorte. Normaal huilgedrag vertoont een toename na de tweede week, met een piek bij zes tot acht weken en een afname tot ongeveer drie maanden. Over het algemeen huilen pasgeboren kinderen 's avonds meer.<sup>10</sup> In de kraamperiode krijgen ouders uitleg over huilgedrag, over hoe ze het kind kunnen troosten en mogelijke oorzaken. Ook wordt gekeken naar de draagkracht van de ouders op dit vlak.<sup>11</sup> Stress, somberheid en angsten bij ouders kunnen het gedrag van het pasgeboren kind beïnvloeden. In de 'Multidisciplinaire richtlijn excessief huilen' (NCJ,

2013) is anticiperende voorlichting over huilen opgenomen, die zorgverleners kunnen geven tijdens de zwangerschap en de kraamperiode.<sup>12</sup> Ook het Shaken Baby Syndroom moet daarbij ter sprake komen.

#### Aanbevelingen

- Geef voorlichting aan ouders over huilgedrag, over hoe ze hun kind kunnen troosten en mogelijke oorzaken van het huilen [Multidisciplinaire richtlijn excessief huilen, NCJ 2013]

## 5.7 Hechting tussen ouders en kind

[NICE p 258, 269, 274-282]

Al in de eerste weken ontstaat er een relatie tussen kind en moeder, vader of andere volwassenen.<sup>13</sup> Het kind begint al snel na de geboorte met het ontwikkelen van sociale interacties. De hechting en interactie met het kind worden versterkt als zorgverleners deze onderwerpen bespreken met de ouders [Level 2+, NICE p 269]. Deze informatie kan individueel of in groepsverband worden gegeven, en daarbij kan bijvoorbeeld videomateriaal worden gebruikt [level 2+, NICE p 269].

#### Aanbevelingen

- Let bij postnatale contacten op tekenen van hechting bij de vrouw met haar kind. Voert zij verzorgende handelingen uit en maakt zij contact met het kind? Beleeft zij plezier aan het contact met het kind? [D(GPP), NICE p 258 aangepaste aanbeveling].
- Geef tijdens de postnatale contacten aan hoe de emotionele hechting tussen ouders en kind bevorderd kan worden [B, NICE p 258].
- Moedig vrouwen (al tijdens de zwangerschap) aan om sociale netwerken op te bouwen. Ze bevorderen een positieve interactie tussen moeder en kind [B, NICE p 258].
- Bespreek met ouders die geïnteresseerd zijn in deelname aan ouderschapscursussen de mogelijkheden (op indicatie) [A, NICE p 258].
- Bespreek ook met partners van de vrouw het opbouwen van een band met hun kind en ondersteun ze bij de aanpassing aan hun nieuwe rol en verantwoordelijkheid in het gezin [aangepaste aanbeveling, (D)GPP, NICE p 258].

## 5.8 Veelvoorkomende gezondheidsproblemen

### 5.8.1 Spruw

[MDR Borstvoeding 2015]

Spruw is een infectie met candida albicans in de mondholte van de baby. Spruw is te herkennen aan witte, gele, niet-afstrijkbare plekken (plaques) in de mond. Verwar dit niet met melk op de tong, die wel makkelijk afstrijkbaar is. Symptomen zijn een pijnlijke mond, slecht drinken en soms moeite met slikken (dysfagie). Bij borstvoeding treedt vaak tegelijkertijd met spruw een candida-infectie van de tepel(s) bij de vrouw op.<sup>7</sup> Bij een candida-infectie wordt gestreefd naar een optimale behandeling van kind én vrouw, zodat de pijn zo snel mogelijk verdwijnt en de continuïteit van de borstvoeding niet in gevaar komt. De behandeling van spruw wordt uitgebreid besproken in de MDR Borstvoeding (2015).

#### Aanbevelingen

- Verwijs bij een candida-infectie naar de huisarts, zodat kind én moeder gelijktijdig en snel kunnen worden behandeld [D, consensus in de werkgroep].

### 5.8.2 Reflux en braken

[NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012; NVK-richtlijn 'Gastro-oesofageale reflux(ziekte) bij kinderen van 0-18 jaar' 2012]

Gastro-oesofageale reflux (GOR) is een fysiologisch fenomeen dat gepaard kan gaan met regurgitatie (terugvloeien van voeding in de mond) en spugen. Het treedt vooral op in het eerste uur na de voeding, als de maag van het kind nog vol is. Geschat wordt dat regurgitatie bij 50% van de pasgeborenen

voorkomt. Meestal verdwijnt dit in de eerste maanden, en het gaat vaak om een volumereflux in plaats van een zure reflux. Bij regurgitatie is geen behandeling nodig. Er is sprake van refluxziekte als GOR leidt tot groeivertraging, overmatig huilen, prikkelbaarheid en het weigeren van voedsel.<sup>6</sup> In dit geval moet er wel worden verwezen naar de huisarts.

Ook bij pasgeboren kinderen die braken, moet worden gedacht aan pathologie. Bij hardnekkig braken moet snel diagnostiek worden ingezet, omdat het kind in dat geval uitgedroogd kan raken. Mogelijke oorzaken zijn gastro-intestinale obstructies (bijvoorbeeld pylorusstenose), voedselallergie en infecties. Maar braken kan ook een neurologische of andere oorzaak hebben. Projectielbraken (kenmerkend voor pylorusstenose), gallig braken of bloedbraken zijn alarmsymptomen.<sup>14</sup>

#### Aanbevelingen

- Verwijs bij regurgitatie of reflux die gepaard gaat met klachten of complicaties naar de huisarts. Verwijs ook naar de huisarts als pasgeboren kinderen braken (met name bij projectielbraken, gallig braken of bloedbraken) [NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode'].
- Geef voorlichting aan ouders over regurgitatie en het verwachte natuurlijke beloop ervan [D, consensus werkgroep].

### 5.8.3 Darmkrampen

[NICE p 263,270-271,302-304]

Darmkrampen komen veel voor bij pasgeboren kinderen, doordat de darmen verder uitrijpen na de geboorte. Daarnaast kan het binnenkrijgen van lucht tijdens de voeding (bijvoorbeeld door een tong- of lipfrenulum) de krampen verergeren. Bij 95% van de kinderen hebben de darmkrampen geen medische oorzaak [NICE p 303]. Vaak gaan darmkrampen bij verder gezonde kinderen gepaard met veel en ontroostbaar huilen, vooral in de avonduren, en het optrekken van de benen of krommen van de rug [NICE p 303]. Het is belangrijk dat de ouders goed worden voorgelicht over darmkrampen en dat zij adviezen krijgen over hoe ze een kind bij darmkrampen het beste kunnen vasthouden en helpen ontspannen. Dat simethicon (bijvoorbeeld Infacol®) effectief zou zijn tegen darmkrampen, is niet aangetoond [NICE p 303].

#### Aanbevelingen

- Vraag naar de volgende factoren bij een vermoeden van darmkrampen:
  - algehele gezondheid van de baby
  - antenatale en perinatale geschiedenis
  - begin en duur van het huilen
  - defecatiepatroon
  - voedingspatroon
  - dieet van de vrouw bij borstvoeding
  - allergie in de familie (anamnese)
  - de reactie van de ouders op het huilen
  - factoren die het huilen verminderen of doen toenemen [D(GPP), NICE p 264]
- Geef voorlichting aan ouders over darmkrampen en het verwachte natuurlijke beloop ervan. Benoem daarbij dat het geen signaal van afwijzing is. Adviseer ouders hoe ze het kind het beste kunnen vasthouden en kunnen helpen ontspannen tijdens darmkrampen. Bespreek ook hoe zij elkaar kunnen afwisselen en ondersteunen tijdens periodes van darmkrampen. Desgewenst kunnen ouders worden gestimuleerd om contact te zoeken met ouders van kinderen met darmkrampen. [D(GPP), NICE p 264, aangepaste aanbeveling].

## 5.9 Complicaties

### 5.9.1 Hyperbilirubinemie

[Richtlijn 'Hyperbilirubinemie, preventie, diagnostiek en behandeling bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken, 2008]

Veel pasgeboren kinderen maken in meer of mindere mate een periode van 'geel zien' door (icterus neonatorum). Ongeveer 2 tot 5% ontwikkelt echter een mate van hyperbilirubinemie die niet meer als veilig of ongevaarlijk kan worden beschouwd, en die daarom interventie vereist (fototherapie of wisseltherapie). Voor aanbevelingen, preventie, diagnostiek en beleid van icterus bij pasgeborenen wordt hier verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn 'Preventie, diagnostiek en behandeling van hyperbilirubinemie bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken' (NVK, 2008)<sup>15, 16</sup> en de bijbehorende website [www.babyzietgeel.nl](http://www.babyzietgeel.nl).

Volgens het advies van deze richtlijn moeten zorgverleners waarborgen dat pasgeborenen systematisch worden beoordeeld op de ontwikkeling van icterus. Daarbij moeten dan worden gelet op de aanwezigheid van risicofactoren, de klinische toestand van het kind en signalen van de kraamverzorgende en/of verloskundige. Over het algemeen verdwijnt de geelheid vanaf de zevende dag na de bevalling. Geel zien is pathologisch als het binnen 24 uur na de bevalling optreedt en bij een te hoog bilirubinegehalte. In de eerste dagen staat het signaleren van ernstige hyperbilirubinemie op de voorgrond, met het oog op preventie van kernicterus.

#### Aanbevelingen

- Volg ieder kind gedurende de eerste week systematisch om het risico op ernstige hyperbilirubinemie tijdig te onderkennen.
- Verwijs alle pasgeborenen die binnen 24 uur na de geboorte zichtbaar icterisch worden direct door naar de kinderarts.
- Bepaal bij alle pasgeborenen het risico op ernstige hyperbilirubinemie met behulp van de [voorafkanstabel](#).
- Geef ouders mondelinge en schriftelijke informatie over icterus.

### 5.9.2 Pusoogjes en ooginfecties

[NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' 2012]

Bij niet-rode 'pusoogjes' zijn de ogen vuil zonder conjunctivale roodheid; dat komt meestal door een gebrekkige afvoer van traanvocht, dat daardoor indikt. Bij rode pusoogjes is er meestal sprake van conjunctivitis, veroorzaakt door een virus of een bacterie. Bij ontstaan van een conjunctivitis binnen tien dagen na de bevalling, moet de mogelijkheid van een infectie met *Neisseria gonorrhoeae* of *Chlamydia trachomatis* worden overwogen.<sup>6</sup>

#### Aanbevelingen

- Adviseer de ouders om niet-rode pusoogjes een paar keer per dag schoon te maken met vers leidingwater, en om de traanzakjes dagelijks leeg te strijken [NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode'].
- Verwijs bij een (soms hevig pussende) conjunctivitis die binnen tien dagen na de bevalling ontstaat naar de huisarts [NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode'].

### 5.9.3 Dehydratie en ondervoeding

[MDR Borstvoeding 2015]

Zorgverleners hebben een rol bij de herkenning van uitdroging (dehydratie) en ondervoeding bij pasgeboren kinderen, om ernstige complicaties bij het kind en mogelijk overlijden te voorkomen. De belangrijkste signalen van uitdroging: weinig urine (onvoldoende natte luiers) en/of geconcentreerde urine, geen gele ontlasting binnen een week na de bevalling, extreme lusteloosheid, geelzucht, lage spierspanning, verminderde turgor, een ingezonken fontanel en lage temperatuur. Ondervoeding uit zich

doordat het kind afvalt of onvoldoende in gewicht toeneemt (<20 g per dag of <150 g per week).<sup>7</sup>  
Aanbevelingen rond dehydratie staan in hoofdstuk 17 van de MDR Borstvoeding (2015).

## 5.10 Vitaminesuppletie

### 5.10.1 Vitamine K

[KNOV-website 'Vitamine D en K',<sup>17</sup>, Gezondheidsraad 2010]

Vitamine K is een in vet oplosbare vitamine die van belang is voor de bloedstolling en ook een rol speelt bij processen in de botten, vaatwanden en hersenen.<sup>18</sup> Het advies van de Gezondheidsraad is om alle pasgeborene direct na de bevalling 1 milligram vitamine K oraal toe te dienen, mits de ouders hiervoor toestemming geven. Aangezien borstvoeding de vitamine K-behoefte niet dekt, wordt geadviseerd om vanaf de achtste dag na de bevalling tot en met twaalf weken na de bevalling 150 microgram vitamine K per dag toe te dienen. Als een kind meer dan 500 ml kunstvoeding per dag krijgt, vervalt dit advies.<sup>18</sup> Voor kinderen die de eerste twaalf weken deels borstvoeding en daarnaast minder dan 500 ml kunstvoeding per dag krijgen, volstaat een lagere dosering vitamine K. In kunstvoeding zit namelijk ook al vitamine K.<sup>19</sup>

### 5.10.2 Vitamine D

[KNOV-Standpunt 'Vitamine D'; Gezondheidsraad: 'Evaluatie van voedingsnormen voor vitamine D' 2012]

Vitamine D is nodig voor de aanleg van botten en het gebit. Bij kinderen kan een gebrek aan vitamine D rachitis veroorzaken. De Gezondheidsraad adviseert om bij kinderen van vanaf de achtste dag na de bevalling tot dat ze 4 jaar zijn te suppleren met 10 microgram vitamine D per dag, ongeacht het type voeding dat zij krijgen. Dit om een eventueel tekort aan vitamine D aan te vullen.<sup>20, 21</sup>

## 5.11 Bevolkingsonderzoek

In de postnatale periode krijgen ouders bevolkingsonderzoek aangeboden in de vorm van hielprikscreening, gehoorscreening en deelname aan het rijksvaccinatieprogramma. Deze onderzoeken zullen hieronder kort worden beschreven.

### 5.11.1 Hielprik

['Draaiboek neonatale hielprikscreening', RIVM 2015]

Zo snel mogelijk na 72 uur (derde dag) na de bevalling en uiterlijk binnen 168 uur (zevende dag) na de bevalling krijgt elke kind in Nederland een hielprik, mits de ouders daarvoor toestemming geven. Jaarlijks wordt de hielprik uitgevoerd bij ongeveer 175.000 kinderen. De screening van het hielprikbloed levert belangrijke informatie op over een aantal ernstige ziektes. Vroegtijdige opsporing van deze ziektes is belangrijk om schade aan de gezondheid te voorkomen of te beperken. De verloskundigezorgverleners zijn verantwoordelijk voor de voorlichting over de hielprikscreening. Zij verstrekken zwangere vrouwen in het derde trimester van de zwangerschap de folder over de hielprikscreening. Zie voor meer informatie het 'Draaiboek neonatale hielprikscreening' van het RIVM.<sup>22</sup>

### 5.11.2 Gehoorscreening

['Draaiboek neonatale gehoorscreening', RIVM 2013]

Binnen zes weken na de bevalling wordt ouders aangeboden dat er een gehoortest bij hun kind wordt uitgevoerd, om te meten of hun kind voldoende hoort om te leren praten. De exacte timing van de gehoortest is afhankelijk van hoe de jeugdgezondheidszorg dit organiseert. Als snel na de bevalling wordt ontdekt dat een kind slecht hoort, kan de behandeling sneller al worden gestart. In het derde trimester van de zwangerschap verstrekt de verloskundigezorgverlener ouders de folder over de gehoorscreening.<sup>23</sup> Zie voor verdere informatie over de gehoorscreening het Draaiboek neonatale gehoorscreening van het RIVM.

### 5.11.3 Vaccinaties en hepatitis B

[Rijksvaccinatieprogramma, RIVM]

Het Rijksvaccinatieprogramma bestaat uit 4 fases, waarbij de eerste fase tot 14 maanden postpartum loopt. In fase 1 worden er vaccinaties aangeboden bij 6 tot 9 weken, 3 maanden, 4 maanden, 11 maanden en 14 maanden voor Difterie, Kinkhoest, Tetanus en Polio (DKTP), haemophilus influenzae type b (Hib), hepatitis B en Bof, Mazelen, Rodehond (BMR). Zie het Rijksvaccinatieprogramma van het RIVM<sup>24</sup> voor specifieke informatie over vaccinaties. Het Rijksvaccinatieprogramma wordt uitgevoerd door jeugdgezondheidszorgorganisaties, GGD'en, (thuis)zorgorganisaties, kinderartsen en in het geval van hepatitis B door verloskundige-hulpverleners.<sup>24</sup>

Als de zwangere vrouw draagster van het hepatitis B-virus is, loopt het kind via verticale transmissie een groot risico op infectie met het hepatitis B-virus. Daarom moet het dan binnen twee uur na de bevalling passief geïmmuniseerd worden met hepatitis B-immunoglobuline (HBIG), gevolgd door vijf actieve immunisaties: de eerste op de leeftijd van maximaal 48 uur, en daarna op de leeftijd van 2 maanden, 3 maanden, 4 maanden en 11 maanden. Het HBIG-vaccin op de leeftijd van maximaal 48 uur worden toegediend door de verloskundige. De vaccins op de leeftijd van 2, 3, 4 en 11 maanden worden toegediend door medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Zie ook het 'Draaiboek hepatitis B-vaccinatie bij zuigelingen van hepatitis B-draagsters'.<sup>25</sup> Daarin zijn alle procedures uitgewerkt.

## 5.12 Veiligheid

### 5.12.1 Preventie wiegendood

[‘Richtlijn preventie wiegendood’ 2009; Landelijke samenwerkingsafspraken/LSA 2017]

De incidentie van wiegendood is in de afgelopen jaren sterk gedaald in Nederland. In 2008 waren er achttien gevallen van wiegendood; in 2013 overleden er tien kinderen aan wiegendood.<sup>26</sup> Factoren die het risico op wiegendood vergroten en verkleinen worden beschreven in de LSA ‘Preventie wiegendood’.<sup>26</sup> Het is van belang dat zorgverleners de ouders goed informeren over preventieve maatregelen.

### 5.12.2 Vroegsignalering van kindermishandeling

[KNOV-meldcode ‘Kindermishandeling en huiselijk geweld’ 2013]

Naar schatting worden er in Nederland jaarlijks minimaal 100.000 kinderen mishandeld of verwaarloosd, of ze worden slachtoffer van seksueel geweld, vrouwelijke genitale verminking, aan een gerelateerd geweld of zijn getuige van huiselijk geweld tussen andere huisgenoten.<sup>27</sup> Deze kinderen ondervinden daarvan lichamelijke en geestelijke schade, die een bedreiging vormt voor hun gezondheid, ontwikkeling en veiligheid. Het is daarom belangrijk dat mishandeling zo snel mogelijk wordt gesignaleerd en gestopt en dat het gezin hulp krijgt. Door de vertrouwensband die een verloskundigezorgverlener met een zwangere vrouw en haar partner ontwikkelt en de huisbezoeken tijdens de zwangerschap, bij de bevalling en in de kraamperiode heeft de verloskundige een beeld van de thuissituatie en van hoe de vrouw en haar partner omgaan met het pasgeboren kind. Mocht de verloskundige signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling opvangen, dan dient zij de stappen te doorlopen die zijn beschreven in de KNOV-meldcode ‘Kindermishandeling en huiselijk geweld’.<sup>27</sup>

## Referenties

1. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. Londen: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners, 2006.
2. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Londen: NICE, 2015.
3. KNOV-visie Voeding van de pasgeborene. Utrecht: KNOV, 2016.
4. LESA-V Onderzoek van de pasgeborene. Utrecht: KNOV, 2008.
5. Richtlijn Hyperbilirubinemie, preventie, diagnostiek en behandeling bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken. Utrecht: NVK/CBO, 2008.
6. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode Huisarts & Wet. 2012;55(3):112-25.
7. Multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding. Geautoriseerd door ActiZ jeugd, AJN, GGD GHOR Nederland, Kenniscentrum Kraamzorg, KNOV, La Leche League, NVD, NVDA, NVL, Stichting babyvoeding, Stichting Zorg voor Borstvoeding, Vereniging Borstvoeding Natuurlijk, Voedingscentrum, V&VN fractie jeugd, V&VN overige afdelingen. De richtlijn wordt onderschreven door de NVOG. Leiden: TNO, 2015.

8. Peeters D, Lanting CJ, Van Wouwe JP. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2015. Leiden: TNO, 2015.
9. Zorgstandaard integrale geboortezorg. Expertgroep Zorgstandaard integrale geboortezorg - aanpassingen tijdelijke expertcommissie Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland. Utrecht: College Perinatale Zorg, 2016.
10. Multidisciplinaire richtlijn excessief huilen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2013.
11. Zorgprotocol preventie Shaken Baby Syndroom. Hoofddorp: Kenniscentrum Kraamzorg, 2015.
12. Richtlijn Excessief huilen Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2013.  
<https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=21> (Geraadpleegd op 17 februari 2017).
13. Thema: psychosociale ontwikkelingen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2011.
14. Richtlijn Gastro-oesofageale reflux(ziekte) bij kinderen van 0-18 jaar. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2012.
15. Richtlijn Preventie, diagnostiek en behandeling van hyperbilirubinemie bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2008.
16. . <http://www.babyzietgeel.nl/> (Geraadpleegd op 17 februari 2017).
17. Vitamine D en K. <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/536-2/vitamine-d-en-k/hoofdstuk/790/vitamine-k/> (Geraadpleegd op 13 september 2017).
18. Briefadvies over Vitamine K-suppletie bij zuigelingen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2010.
19. Vitamine K. <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/536/vitamine-d-en-k/hoofdstuk/790/vitamine-k/> (Geraadpleegd op 17 februari 2017).
20. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012.
21. KNOV-standpunt Vitamine D. Utrecht: KNOV, 2014.
22. Draaiboek neonatale hielprikscreening – versie 13.0. Utrecht: RIVM, 2017.
23. Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg - versie 6.0. Bilthoven: RIVM, 2016.
24. Rijksvaccinatieprogramma. Bilthoven: RIVM, 2016.
25. Draaiboek hepatitis B-vaccinatie bij zuigelingen van hepatitis B-draagsters (mei 2008). Bilthoven: RIVM, 2008.
26. Richtlijn Preventie wiegendood (2009, Landelijke Samenwerkingsafspraken 2017) Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg; 2017. <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=11&rlpag=542> (Geraadpleegd op 3 augustus 2017).
27. KNOV-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNOV, 2013.



## 6 Module Organisatie van integrale postnatale zorg

### Inleiding

Inhoudelijk gezien is postnatale zorg in West-Europese landen min of meer vergelijkbaar. Maar de postnatale zorg is in deze landen wel op verschillende manieren georganiseerd.<sup>1</sup> Alleen in Nederland wordt bijvoorbeeld kraamzorg bij gezinnen thuis gegeven.<sup>1</sup> Daarnaast is het wisselend of er frequente huisbezoeken in de eerste week worden afgelegd en welke zorgverlener die bezoeken aflegt.<sup>1</sup> Bovendien verblijven Nederlandse vrouwen korter in het ziekenhuis. Voor poliklinische en klinische bevallingen tezamen is de gemiddelde opnameduur 1,3 dagen, bij een klinische bevalling iets langer, gemiddeld 1,9 dagen. In andere landen van de Europese unie verblijven vrouwen gemiddelde 3,6 dagen in het ziekenhuis.<sup>1, 2</sup>

Zulke organisatorische verschillen maken het lastig om buitenlandse onderzoeksresultaten of richtlijnen toe te passen op de Nederlandse situatie.

### Doelgroep

94% van de vrouwen in Nederland krijgt in de postnatale periode zorg van een eerstelijns verloskundigezorgverlener.<sup>3</sup> Daarom is de informatie over postnatale huisbezoeken specifiek van belang voor zorgverleners uit de eerste lijn. Maar de informatie over continuïteit van zorg, samenwerking en voorlichting is uiteraard ook van toepassing voor zorgverleners in de tweede lijn, bijvoorbeeld de klinisch verloskundige.

### Doel

In deze module wordt aangegeven hoe zorgverleners gezamenlijk goede integrale postnatale zorg voor moeder en kind kunnen organiseren en waarborgen. Kernelementen zijn planning van het gewenste aantal huisbezoeken in de postnatale periode, het organiseren van de nacontrole en de samenwerking tussen ketenpartners. Bij die samenwerking gaat het onder andere om de afstemming (met de vrouw en tussen zorgverleners onderling) en de overdracht van gegevens (continuïteit van zorg, informatievoorziening, communicatie en documentatie).

### Uitgangspunt

Bij het ontwikkelen van deze module stond het streven naar het bieden van integrale, cliëntgerichte postnatale zorg centraal, afgestemd op de individuele behoeften van vrouwen. De richtlijn sluit aan bij rapporten van Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), standpunten en handreikingen van de KNOV en andere bij postnatale zorg betrokken organisaties. Aan de basis stond de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg' van het Zorginstituut Nederland, omdat deze inhoudelijke kaders geeft voor kwalitatief goede basiszorg voor vrouwen en kind.<sup>4</sup> Daarnaast is er voor enkele onderwerpen een literatuursearch uitgevoerd (zie bijlage 4, 5 en 6).

Aangezien de organisatie van de postnatale zorg een veelomvattend onderwerp is, is deze gevat in twee submodules. Een submodule richt zich op de frequentie, timing en globale inhoud van de postnatale contactmomenten. De andere submodule behandelt de samenwerkingsafspraken en andere randvoorwaarden die nodig zijn om goede integrale postnatale zorg te bieden.

## 6.1 Uitgangsvragen en aanbevelingen

### Uitgangsvragen

#### Submodule 1: Uitgangsvraag: Wat is goede integrale postnatale basiszorg?

Deelvragen: Hoeveel postnatale contacten moeten minimaal worden ingepland om de gezondheid van vrouw en kind te waarborgen, zowel in het kraambed als in de postnatale periode?

Wat moet in elk geval aan bod komen in deze contacten?

#### Submodule 2: Uitgangsvraag: Hoe kan de integrale postnatale basiszorg het beste georganiseerd worden?

Deelvragen: Welke taken en verantwoordelijkheden hebben de zorgverleners die postnatale basiszorg geven en welke samenwerkingsafspraken zijn nodig om transparante, cliëntgerichte zorg te verlenen en continuïteit van zorgverlening te waarborgen?

### Wat is goede integrale postnatale basiszorg?

### Aanbevelingen

#### Vier postnatale huisbezoeken en een nacontrole

- Plan bij een *eerstelijnsbevalling* (thuis of poliklinisch) minstens vier huisbezoeken in voor de kraamperiode: (1) bij de bevalling of in de eerste 24 uur (2) op de tweede dag (3) op de derde of vierde dag en (4) tussen de achtste en veertiende dag.
- Plan bij een *tweedelijnsbevalling* minstens drie huisbezoeken in: (1) binnen 24 uur na thuiskomst uit het ziekenhuis (2) op de derde of vierde dag postpartum, tenzij de vrouw nog in het ziekenhuis ligt, en (3) tussen de achtste en veertiende dag postpartum.
- Geef bij alle postnatale contacten voldoende aandacht aan het lichamelijke en psychosociale herstel van de vrouw en de transitie naar het ouderschap. Geef uitleg en ondersteuning bij de voeding van het kind. Geef voorlichting op maat en verricht op indicatie lichamelijk onderzoek (zie tabel 2 in bijlage 7). Geef ook preconceptioneel advies, met het oog op eventuele toekomstige zwangerschappen.
- Bij een bevalling die in de eerste lijn gestart is (thuis of poliklinisch), gaat de verloskundige die betrokken was bij de bevalling in de eerste week postpartum op huisbezoek om de bevalling te evalueren.
- Maak in het VSV afspraken wie bij een volledig tweedelijns bevalling de bevalling evalueert in de eerste week.
- Nodig elke vrouw uit voor de nacontrole en leg het nut ervan uit. Plan tijdens de huisbezoeken in de kraamperiode de nacontroleafspraak in, voor zes weken na de bevalling.
- Laat de nacontrole verrichten door een voor de cliënt vertrouwde verloskundige zorgverlener (de coördinerend zorgverlener of zorgverlener die de partus heeft begeleid).

#### Geïndividualiseerde postnatale zorg

- Plan de postnatale huisbezoeken in overleg met de vrouw. Houd daarbij rekening met het verloop van de bevalling, pariteit, eventuele risicofactoren en complicaties in de kraamperiode, haar lichamelijke en emotionele conditie en haar wensen en behoeften. Stem de (objectieve) informatie af op de specifieke situatie en behoeften. Onderwerpen die minimaal besproken moeten worden zijn besproken in bijlage 7, tabel 2.
- Spreek desgewenst nog een of meer contactmomenten af na de afsluiting van de kraamperiode.
- Bied de vrouw als zij bij het laatste huisbezoek in de kraamperiode nog symptomen heeft van postpartum blues een afspraak aan voor een extra contactmoment (telefonisch of huisbezoek), of verwijst naar de huisarts.
- Bied de vrouw (en haar partner), als daar aanleiding voor is, een warme overdracht naar de JGZ aan.

Hoe kan de integrale postnatale basiszorg het beste georganiseerd worden: met het waarborgen van continuïteit en overdracht, goede samenwerkingsafspraken en transparante communicatie

## Aanbevelingen

### Continuïteit en overdracht

- Stel in overleg met de (zwangere) vrouw een individueel geboortezorgplan op waarin ook de zorg in de kraamperiode is opgenomen, met inachtneming van individuele wensen en behoeften en de lokale zorgsituatie.
- Wijs aan elke vrouw een coördinerende zorgverlener toe, die haar vaste aanspreekpunt is. Deze zorgverlener ondersteunt haar zelfmanagement en ziet erop toe dat de postnatale zorg wordt geleverd volgens het samen met haar opgestelde individuele geboortezorgplan.
- Beperk het aantal verloskundigen bij de postnatale begeleiding.
- Zorg ervoor dat een schriftelijke overdracht van de tweedelijnszorgverlener naar de eerstelijnszorgverlener beschikbaar is op het moment van overdracht.
- Zorg, na toestemming van de kraamvrouw, voor een complete en tijdige overdracht naar andere zorgverleners, waaronder de huisarts en JGZ, waarbij de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Maak hierbij, indien van toepassing, gebruik van bestaande formats of organiseer een warme overdracht in het bijzijn van de kraamvrouw en haar partner.

### Samenwerkingsafspraken

- Beschrijf regionaal voor zowel de eerste als tweede lijn wat de verdeling van taken en verantwoordelijkheden is en wie de coördinerend zorgverleners is.
- Maak regionaal duidelijke afspraken tussen partijen over de overdracht en het contact tussen verloskundige en kraamverzorgende, en aan het einde van de kraamperiode over de praktische uitvoering van de overdracht naar JGZ.

### Transparante communicatie

- Ondersteun de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners bij voorkeur via een perinataal webbased dossier (PWD). Alle betrokken partners nemen bij vragen of onduidelijkheid over en weer contact met elkaar op.
- De tweedelijns verloskundigezorgverlener (klinisch verloskundige, gynaecoloog) informeert de JGZ en huisarts via een brief. De jeugdarts informeert de huisarts over alle verwijzingen van de JGZ naar de tweede lijn (bijvoorbeeld een kinderarts), met een kopie van de verwijsbrief van de jeugdarts. Lokaal kunnen hier afspraken over worden gemaakt, die in samenwerkingsafspraken moeten worden opgenomen.
- Zorg voor adequate dossiervoering en streef naar een gezamenlijk dossier, zodat de samenwerking gestructureerd en snel verloopt en de vrouw en haar partner continuïteit ervaren (zie ook 'Overdracht en continuïteit' hieronder).

### Competenties

- De verloskundige beschikt over de competenties zoals beschreven in het verloskundig beroepsprofiel en in het bijzonder: een persoonlijke aanpak bij huisbezoeken, met aandacht voor emotionele aspecten van de transitie naar het ouderschap (zie ook het Beroepsprofiel Verloskundige, in paragraaf 6.5.2).<sup>5</sup>

## 6.2 Goede integrale postnatale basiszorg

### Inleiding

Hoeveel postnatale contactmomenten precies nodig zijn voor een zo goed mogelijke gezondheid van vrouw en kind is niet duidelijk. In Nederland lijkt het aantal contactmomenten, het soort

contactmomenten (huisbezoek of telefonisch) en de momenten waarop de verloskundige contact heeft met de vrouw en haar partner, te variëren.<sup>6</sup>

De WHO (2013)<sup>7</sup> adviseert minimaal de volgende vier postnatale contactmomenten: binnen 24 uur na de bevalling, op de derde dag (48-72 uur na de bevalling), in de tweede week na de bevalling (tussen de zevende en veertiende dag) en zes weken na de bevalling. Dit advies komt overeen met de tijdframes van de NICE-richtlijn.<sup>8,9</sup> In beide richtlijnen wordt geen wetenschappelijke onderbouwing voor dit advies gegeven. Daarom is aanvullend literatuuronderzoek gedaan naar de relatie tussen het aantal huisbezoeken en de gezondheid van vrouw en kind en naar het cliëntenperspectief van Nederlandse vrouwen op de postnatale zorg (zie bijlage 4 en 8 voor een toelichting op dit onderzoek).

### 6.2.1 Samenvatting literatuuronderzoek

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag over het optimaal aantal postnatale contactmomenten is systematisch literatuur onderzoek gedaan (zie bijlage 4). Daarnaast is gezocht naar literatuur over het (Nederlandse) cliëntenperspectief op postnatale zorg en is gebruik gemaakt van (inter)nationale richtlijnen en andere relevante literatuur. De resultaten uit de focusgroep voor deze richtlijn (bijlage 8) zijn meegenomen in de overwegingen.

#### Uitgangsvragen literatuuronderzoek

- Wat is in de kraamperiode het optimale aantal contactmomenten gelet op de gezondheid van vrouw en kind?
- Wat zijn de ervaringen van vrouwen met de postnatale zorg en welke wensen en behoeften hebben zij ten aanzien van de organisatie en zorgverleners?

#### Samenvatting literatuuronderzoek

Er is geen onderzoek gevonden waarin de effectiviteit van het Nederlandse postnatale zorgsysteem in de kraamperiode wordt geëvalueerd.<sup>1</sup>

Eén systematische (Cochrane-)review evalueert verschillende controleschema's voor postnatale zorg.<sup>10</sup> (zie bijlage 4) Een deel van de onderzoeken uit deze review gaat over de relatie tussen het aantal huisbezoeken door een verloskundige en de gezondheidsuitkomsten voor vrouw en kind.<sup>11-14</sup> Kanttekening daarbij is dat de onderzoeken uit deze review heterogeen van opzet zijn, en dat slechts één onderzoek methodologisch van goede kwaliteit was.<sup>12</sup> Daarom worden de resultaten uit individuele onderzoeken besproken.

Onderzoek naar verschillende controleschema's en het effect op het lichamelijk herstel laat geen verschil zien voor levensbedreigende problemen als hemorraghia postpartum (HPP), koorts, infectie, trombo-embolische aandoeningen (VTE) en complicaties aan de urinewegen.<sup>10</sup>

Vrouwen die een huisbezoek van een verloskundige krijgen, geven wel vaker volledige borstvoeding, zo blijkt uit twee onderzoeken.<sup>11, 13</sup> Eén onderzoek signaleert een verbeterde mentale conditie bij vrouwen (in de Britse situatie) als verloskundigen huisbezoeken 'op maat' aanbieden, in vergelijking met een standaardschema met routinematige controles.<sup>12</sup> 'Op maat' betekent in dit onderzoek: als huisbezoeken worden afgestemd op de lichamelijke en psychologische behoeften van vrouwen. De inhoud en timing van de zorg worden vastgesteld aan de hand van evidencebased aanbevelingen. Vrouwen die deze vorm van zorg op maat krijgen aangeboden, scoren vier maanden na de bevalling lager op een depressievragenlijst, en rapporteren dus minder vaak symptomen die wijzen op een mogelijke depressie.<sup>12</sup> Ze scoren ook gunstiger op een vragenlijst naar emotioneel welbevinden.

### Conclusies literatuuronderzoek

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Laag GRADE</b> | Er zijn geen aanwijzingen voor een relatie tussen het aantal postnatale huisbezoeken en een betere gezondheid bij het kind of betere lichamelijke gezondheid van de vrouw.<br><i>Bron (Yonemoto, 2017)</i>                                                                                   |
| <b>Laag GRADE</b> | Er zijn aanwijzingen dat (meerdere) postnatale huisbezoeken een positief effect hebben op het geven van volledige borstvoeding, en op de mentale gezondheid en het welbevinden van de vrouw.<br><i>Bronnen (Ransjö-Arvidsen, 1998; MacArthur, 2002; Steel O'Connor, 2003; Bashour, 2008)</i> |

## 6.2.2 Overwegingen

### Geïndividualiseerde postnatale zorg

Uit de wetenschappelijke literatuur kan niet worden afgeleid wat het optimale controleschema voor de postnatale zorg is. De NICE-richtlijn, waarop deze richtlijn gebaseerd is, leidt uit de inhoud van de zorg (hoofdstuk 4 en 5) een aantal momenten af waarop medische controles door de verloskundigezorgverlener gewenst zijn. Net als de WHO (2013)<sup>7</sup>, adviseert de NICE-richtlijn minimaal vier postnatale contactmomenten: drie in de eerste twee weken postpartum en één zes weken na de bevalling.<sup>8</sup> In bepaalde gevallen beveelt de NICE-richtlijn aanpassing van het controleschema aan.<sup>8</sup> Bijvoorbeeld wanneer er een aanhoudende postpartumblues is of bij aanwezigheid van andere klachten of problemen. Dit kan aanleiding zijn om het afsluitende (extra) bezoek van de verloskundige te plannen in de tweede week na de bevalling, na het vertrek van de kraamverzorgende of om contact te houden in de periode tot de nacontrole.<sup>8</sup> Verloskundigen merken ook geregeld dat vrouwen behoefte hebben aan meer begeleiding in de postnatale periode, vooral na de kraamperiode.<sup>6</sup>

Specifiek onderzoek naar de ervaringen en behoeften van Nederlandse vrouwen ten aanzien van het aantal huisbezoeken en de nacontrole is niet gevonden. Wel blijkt uit een onderzoek dat Nederlandse vrouwen over het algemeen tevreden zijn over de postnatale zorg.<sup>15</sup>

In een kwalitatief onderzoek geven Nederlandse vrouwen aan behoefte te hebben aan een geïndividualiseerd controleschema met voldoende tijd om vragen te stellen en een goede en open gespreksvoering.<sup>16</sup>

Ook vrouwen in de cliëntenfocusgroep hebben behoefte aan meer geïndividualiseerde zorg (bijlage 8). Daarnaast vinden vrouwen het wenselijk dat een verloskundige op huisbezoek komt nadat de kraamverzorgende vertrekt. Dit vult een lacune op tussen de zorg in de eerste week na de bevalling en de aanvang van de zorg van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) (bijlage 8).

Geïndividualiseerde zorg is ook in de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg' de gewenste zorg.<sup>4</sup>

Wanneer welke zorgverlener in de postnatale periode contact heeft met de moeder en/of haar kind staat in bijlage 8, tabel 1.

De werkgroep is van mening dat uit meerdere bronnen de behoefte van de cliënt aan geïndividualiseerde postnatale zorg duidelijk naar voren komt.

### Voorlichting

In het zorgpad dat in de NICE-richtlijn is opgenomen (NICE p25-34) is aangegeven welke onderwerpen op welk moment door zorgverleners moeten worden besproken. Deze aanbevelingen zijn in overeenstemming met de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg', hoofdstuk 6<sup>4</sup> en zijn verwerkt in tabel 2 van bijlage 7. Welke zorgverlener voorlichting geeft over welk onderwerp kan regionaal worden afgesproken.

### Standaardisering nacontrole

De nacontrole zes weken na de bevalling wordt in richtlijnen gezien als een vanzelfspreken de afsluiting van de postnatale verloskundige zorg.<sup>7,8</sup> Vanwege de involutie van de uterus en om eventuele afwijkingen op te sporen, wordt de nacontrole van oudsher ongeveer zes weken na de bevalling gehouden.<sup>8</sup> In Groot-

Brittannië krijgt 90% van de vrouwen een nacontrole.<sup>8</sup> In Nederland wordt de nacontrole niet geregistreerd in de LVR-1 of in de LVR-2. Dat betekent dat niet bekend is hoe vaak vrouwen met een bevalling in de eerste of tweede lijn een nacontrole krijgen. Ook is er geen richtlijn voor de inhoud van de nacontrole.<sup>6</sup> Bij inventarisatie van de tijdsbesteding van verloskundigen voor het basistakenpakket komt naar voren dat van de vrouwen met een eerstelijns bevalling 30% een nacontrole heeft gekregen.<sup>17</sup> Het is onbekend of deze cijfers representatief zijn en waarom het percentage nacontroles zo laag is.

Er zijn verschillende overwegingen om de nacontrole een standaard onderdeel van de postnatale zorg te maken. De meeste vrouwen hebben, afhankelijk van het soort bevalling en de pariteit, zes weken na de bevalling nog (pijn)klachten (zie module 1, hoofdstuk 3). Sommige vrouwen blijven depressieve klachten houden of last houden van terugkerende beelden en gedachten over de bevalling. Van deze klachten weten zij niet of zij normaal zijn en vanzelf weer overgaan. Daarom zoeken zij niet altijd hulp.<sup>18</sup> Begeleiding, voorlichting en eventuele verwijzing aan het eind van de postnatale periode voorzien wellicht in de behoeften van vrouwen met klachten. Dit kan ervoor zorgen dat klachten tijdig gesignaleerd en of behandeld worden.

De nacontrole heeft ten doel samen met de vrouw haar psychologisch en lichamelijk herstel en de transitie naar het ouderschap te evalueren.<sup>8, 16, 19</sup> Op indicatie wordt er lichamelijk onderzoek verricht. De zorgverlener kan informatie geven of ondersteuning bieden die aansluit op vragen of behoeften van de vrouw en haar partner.<sup>4</sup> Zo kan er worden verwezen naar andere zorgverleners, bijvoorbeeld een bekkenfysiotherapeut of lactatiekundige. Ook anticonceptie en eventuele preconceptioneel advies zijn gespreksonderwerpen.<sup>20, 21</sup> Daarnaast kan de zorgverlener pre-existente risicofactoren bespreken, en kunnen bij een nacontrole problemen in de gezinssituatie tijdig worden gesignaleerd.<sup>4</sup>

Vrouwen in de focusgroep geven aan niet goed te weten wat het belang van de nacontrole is (zie bijlage 8). Zij hebben behoefte aan meer informatie over de inhoud, het nut en de meerwaarde ervan. Het actiever aanbieden van de nacontrole of deze tot standaardzorg maken is volgens hen een verbeterpunt bij de postnatale zorg.

In de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg' wordt een overzicht gegeven van het lichamelijk onderzoek en de voorlichtingsthema's bij de nacontrole, dat aansluit bij de NICE-richtlijn.<sup>4, 8</sup> Dit overzicht is terug te vinden bijlage 7, schema 2.

Bij de nacontrole wordt de verloskundige zorg voor de vrouw in principe afgesloten en overgedragen aan de huisarts.

De werkgroep is van mening dat uit meerdere bronnen de potentiële meerwaarde van de nacontrole duidelijk naar voren komt en dat deze standaard zorg zou moeten zijn.

#### Schema 6.1

##### *Standaard, bij alle vrouwen:*

- het algemeen psychologisch, sociaal en lichamelijk welbevinden (vraag naar haar stemming, hoe het is om moeder te zijn, de relatie met de partner, hoe het met haar kind gaat)
- als het nog niet besproken is of als de vrouw er behoefte aan heeft: evaluatie van de bevalling
- eventueel opgetreden complicaties of verwijzing naar het ziekenhuis
- lichamelijke en psychische klachten en verschijnselen (inclusief depressie en PTSS-klachten)
- voorlichting over fysiek en psychisch herstel (menstruatie, bekkenbodemp, beweging en sporten, urine- en fecale incontinentie, enzovoort)
- beleving ouderschap en band met het kind
- voeding van het kind
- seksualiteit en anticonceptie
- sociale steun
- arbeids- en leefstijlfactoren
- evaluatie van de verloskundige zorgverlening tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum
- het belang van preconceptioneel- en interconceptioneel advies

|                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - bloeddrukmeting <sup>22</sup>                                                                                                                                          |
| <i>Op verzoek of indicatie:</i>                                                                                                                                          |
| - ander lichamelijk onderzoek (bijvoorbeeld controle van het perineum en de involutie van de uterus)                                                                     |
| - Hb-bepaling bij anemie <sup>23</sup>                                                                                                                                   |
| - follow-up beleid bij hypertensieve stoornissen <sup>22</sup>                                                                                                           |
| - follow-up beleid bij diabetes gravidarum <sup>24, 25</sup>                                                                                                             |
| - follow-up beleid bij trombo-embolische aandoeningen <sup>26, 27</sup>                                                                                                  |
| - medicatie bij hypothyreoïdie <sup>28</sup>                                                                                                                             |
| - roken, alcohol, partydrugs <sup>29-31</sup>                                                                                                                            |
| - hervatting van werk en regelgeving rondom borstvoeding, en werk- en rusttijden <sup>32</sup>                                                                           |
| - vroegsignalering van problemen in de gezinssituatie                                                                                                                    |
| Vrouwen met complicaties tijdens de zwangerschap (bijvoorbeeld een hypertensieve aandoening, diabetes of een vroeggeboorte) krijgen specifieke voorlichting en adviezen. |

### Voorlichting

In het zorgpad dat in de NICE-richtlijn is opgenomen (NICE p25-34) is aangegeven welke onderwerpen op welk moment door zorgverleners moeten worden besproken. Deze aanbevelingen zijn in overeenstemming met de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg', hoofdstuk 6<sup>4</sup> en zijn verwerkt in tabel 6.2. Welke zorgverlener voorlichting geeft over welk onderwerp kan regionaal worden afgesproken.

## 6.3 Organisatie van integrale postnatale basiszorg

### Uitgangsvraag: Hoe kan de integrale postnatale basiszorg het beste georganiseerd worden?

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden, is niet gezocht naar wetenschappelijke literatuur, omdat deze vraag logischerwijs niet in een klinische trial kan worden onderzocht. Bovendien is de internationale literatuur niet zonder meer van toepassing aangezien de Nederlandse postnatale zorg anders georganiseerd is.

Daarom is er, met de 'Zorgstandaard integrale geboortezorg'<sup>4</sup> als leidraad, geïnventariseerd in diverse documenten en richtlijnen welke samenwerkingsafspraken er zijn of nodig zijn tussen de betrokken ketenpartners om goede integrale postnatale basiszorg te kunnen geven. De volgende vragen zijn daarbij gesteld:

- Welke ketenpartners zijn actief in de postnatale periode, en welke zorgverlener is waarvoor verantwoordelijk?
- Wat is er nodig voor transparante, effectieve samenwerking en waarborging van de continuïteit van de zorg?
- Welke samenwerkingsafspraken zijn er nodig om integrale postnatale zorg te kunnen bieden?
- Over welke competenties moet de verloskundige zorgverlener beschikken om kwalitatief goede postnatale zorg te geven?

In verschillende documenten worden aanbevelingen gedaan voor gestroomlijnde samenwerking tussen de zorgverleners die betrokken zijn bij integrale postnatale zorg.<sup>4, 33-36</sup> De daarop gebaseerde aanbevelingen in deze paragraaf gaan onder andere over samenwerkingsafspraken, de rol van de coördinerende zorgverlener, transparante en effectieve communicatie, verantwoordelijkheden, en het zodanig organiseren van overdrachtsmomenten dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd is (zie ook het 'Stroomdiagram postnatale zorg' in bijlage 6).

### 6.3.1 Samenvatting relevante literatuur

Voor het overzicht zullen de literatuur en de overwegingen beschreven worden onder de kopjes samenwerkingsafspraken, overdracht en continuïteit en transparante communicatie.



### Partners in de ketenzorg - algemeen

In de postnatale periode werken diverse zorgverleners met elkaar samen: de verloskundigezorgverlener (verloskundige en/of gynaecoloog), de kraamverzorgende, de huisarts, kinderarts en de JGZ.<sup>33</sup>

### De verloskundigezorgverlener

De verloskundigezorgverlener is medisch verantwoordelijk voor de zorg voor de vrouw tot zes weken na de bevalling.<sup>37</sup> Aangezien 94% van de vrouwen thuis het kraambed doorbrengt is dit meestal de eerstelijns verloskundigezorgverlener.<sup>3</sup> Deze bezoekt de vrouw in het kraambed en sluit de zorg af bij de nacontrole na zes weken. Op dat moment draagt de verloskundigezorgverlener de zorg over aan de huisarts (zie het 'Stroomdiagram postnatale zorg' in bijlage 6).<sup>36</sup> Dit gebeurt in overleg met en na toestemming van de ouders. De verloskundigezorgverlener is ook verantwoordelijk voor voorlichting, en begeleiding bij lactatie en begeleidt de vrouw bij de transitie naar het ouderschap. Zonodig kan zij de vrouw adviseren contact op te nemen met een lactatiekundige of fysiotherapeut. In het kraambed kan de verloskundigezorgverlener direct verwijzen naar de gynaecoloog en kinderarts.

Wordt het kraambed in het ziekenhuis doorgebracht, dan draagt de tweedelijns zorgverlener de zorg voor de vrouw meestal direct over aan de huisarts.

De verloskundigezorgverlener is vaak ook de coördinerend zorgverlener voor de vrouw.

Voor de zorg van het kind geldt dat de verloskundigezorgverlener medisch verantwoordelijk is tot het eind van de kraamperiode, waarna zij de zorg overdraagt aan de JGZ (zie het 'Stroomdiagram postnatale zorg' in bijlage 6).

### Kraamverzorgende

De kraamverzorgende is meestal de eerste acht tot tien dagen dagelijks aanwezig. Op indicatie kunnen er meer kraamzorguren worden geïndiceerd door de verloskundige, via het Landelijk Indicatie Protocol Kraanzorg (LIP).<sup>38</sup> De kraamverzorgende ondersteunt, begeleidt en verzorgt de kraamvrouw en geeft daarnaast voorlichting aan de kraamvrouw en haar partner.

Kraamverzorgenden bespreken hun bevindingen en acties met de ouders en de verloskundigezorgverlener. De kraamverzorgende informeert de verloskundigezorgverlener via het kraamdossier over haar observaties, of zo nodig persoonlijk of telefonisch.<sup>4</sup> Bij acute situaties neemt de kraamverzorgende onmiddellijk contact op met de verloskundigezorgverlener, en voert de kraamverzorgende zo nodig acute handelingen uit. Als de kraamverzorgende niet aanwezig is bij het huisbezoek van de verloskundige, raadpleegt de verloskundige dit dossier; bij bijzonderheden of vragen neemt de verloskundige contact op met de kraamverzorgende.

De kraamverzorgende heeft een belangrijke signalerende functie bij hoe het gaat met moeder en kind.<sup>1,4</sup> Kraamverzorgenden moeten hun zorg laten aansluiten bij het individueel geboortezorgplan (zie verderop), en werken onder supervisie van en op indicatie van de verloskundigezorgverlener. De kraamverzorgende gebruikt ook het instrument voor vroegsignalering.<sup>39</sup> Dat is erop gericht vroegtijdig gezinnen te signaleren die extra hulp nodig hebben bij de opvoeding van het kind. Het instrument helpt de kraamverzorgende risicofactoren te signaleren, te bespreken met het gezin en te rapporteren aan de verloskundigezorgverlener of JGZ.

In het geval dat er geen kraamverzorgende aanwezig is, is de verloskundigezorgverlener verantwoordelijk voor de controles, observaties, begeleiding, voorlichting en instructies, afgestemd op de vragen in overleg met de vrouw (bijlage 7, tabel 2). Deze zorgverlener waarborgt ook de continuïteit en kwaliteit van de postnatale zorg, bespreekt met de vrouw wat zij kan verwachten van deze zorg en waarvoor een verloskundigezorgverlener al dan niet aansprakelijk kan worden gesteld.

### Huisarts

De huisarts kan worden geconsulteerd door de verloskundigezorgverlener bij het vermoeden van een infectie (cystitis, mastitis), getromboseerde hemorrhoiden, psychosociale problemen, (aanpassing van) medicijngebruik en overleg over veiligheid thuis. Bij consultatie of verwijzing geeft de verloskundige een korte samenvatting over het verloop van zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode; zij formuleert

de vragen welke zorg of actie gewenst is. De huisarts antwoordt met een terugrapportage, waarin ook de vervolgacties zijn opgenomen.<sup>36</sup> De huisarts verwijst eventueel naar andere zorgverleners dan de gynaecoloog en kinderarts.

De NHG-standaard 'Zwangerschap en kraamperiode' (2012) geeft aan dat vrouwen een kraambezoek op prijs stellen van hun huisarts die geen kraambegleiding geeft. Telefonisch contact kan een alternatief zijn voor dit huisbezoek. Een optie is het bezoek van de huisarts te plannen na afsluiting van de kraambegleiding door de verloskundige.<sup>40</sup>

## Continuïteit en overdracht

### Individueel geboortezorgplan

Al tijdens de zwangerschap is een individueel geboortezorgplan voor de vrouw opgesteld.<sup>4</sup> Dit plan is afgestemd op haar persoonlijke situatie, wensen en behoeften en op de lokale zorgsituatie, en sluit aan bij de geldende protocollen en richtlijnen.<sup>4</sup> Het geboortezorgplan wordt opgesteld en beheerd door de coördinerende zorgverlener. Alle betrokken zorgverleners hebben toegang tot het individuele geboortezorgplan, zodat er duidelijkheid over afspraken en verdeling van taken en verantwoordelijkheden is.<sup>33</sup>

Het geboortezorgplan wordt geraadpleegd bij elke postnatale controle, waaronder de huisbezoeken. Specifiek in de postnatale periode zijn de volgende inhoudelijke aandachtspunten uit het geboortezorgplan van belang:<sup>4, 8, 15</sup>

- Beladvies
- Voorlichting
- Informatie over huisbezoeken van de verschillende zorgverleners
- Inhoud van de huisbezoeken
- Verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de betrokken zorgverleners
- De contactgegevens van de betrokken zorgverleners (NAW en wanneer bereikbaar)
- Het postpartumbeleid bij medicatiegebruik (SSRI's, antihypertensiva, insuline en dergelijke)
- Bij psychische problemen tijdens de zwangerschap of na de bevalling: opstellen van een aanvullend plan, in overleg met de andere betrokken zorgverleners.

### Coördinerende zorgverlener

De coördinerende zorgverlener is de professional die het meest direct betrokken is bij de zorg voor de vrouw in kwestie, al tijdens haar zwangerschap.<sup>4</sup> Afhankelijk van de situatie kan het gaan om een eerstelijns verloskundigezorgverlener, maar ook om een klinisch verloskundige of gynaecoloog. Deze zorgverlener is het vaste aanspreekpunt van de vrouw en zorgt ervoor dat de vrouw altijd weet bij wie ze met wat moet zijn. Hij of zij ondersteunt de vrouw in de postnatale periode bij haar zelfmanagement, ziet erop toe dat er integrale zorg wordt geleverd conform het geboortezorgplan en let op de continuïteit van de zorg.<sup>4</sup>

Deze zorgverlener is eindverantwoordelijk voor de complete dossiervoering, de afstemming van de zorg en de overdracht van zorg naar onder andere de huisarts en de JGZ.<sup>4, 41</sup>

De coördinerende zorgverlener bewaakt de zorg voor *het kind* tot uiterlijk de tiende dag na de bevalling (het moment van overdracht naar de JGZ), en voor *de vrouw* tot maximaal zes weken na de bevalling.

### Samenwerkingsafspraken

Om de continuïteit te bevorderen is het nodig dat zorgverleners duidelijke afspraken maken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden, en die afspraken schriftelijk vastleggen in protocollen en het individuele geboortezorgplan. Deze afspraken worden ook gecommuniceerd naar de ouders, zodat zij weten wie voor welke zorg verantwoordelijk is.<sup>4</sup>

Om continuïteit te waarborgen moeten alle zorgverleners die samenwerken in de postnatale zorg bij een cliënte de beschikking hebben over alle relevante gegevens van collega's en zorgen voor de gegevensuitwisseling die voor collega's nodig is om verantwoorde zorg te leveren.<sup>34</sup> Alle zorgverleners zijn alert op de grenzen van hun eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar

een andere zorgverlener. Daarnaast heeft elke professional een eigen verantwoordelijkheid wat betreft de meldcode kindermishandeling, als het gaat om professioneel handelen bij gesignaleerde risico's.<sup>34, 42</sup>

### Clientperspectief op organisatie van postnatale zorg

In Nederland en Noorwegen is onderzoek gedaan naar hoe vrouwen de postnatale zorg ervaren en wat zij belangrijk vinden bij hun contacten met verloskundigzorgverleners.<sup>16, 43</sup>

Nederlandse vrouwen zijn over het algemeen tevreden over de verloskundige zorg na de bevalling. Op een schaal waarbij vier de maximum score is, geven nulliparae en multiparae respectievelijk een 3.79 en 3.83.<sup>15</sup>

Een Nederlandse onderzoek (2015)<sup>16</sup> naar de gewenste eigenschappen van zorgverleners levert drie clusters antwoorden op: 'interpersoonlijke vaardigheden', 'communicatie' en 'competentie'.

Verbeterpunten zijn meer informatie, informatie die beter is afgestemd op het individu en waarbij de vrouw als cliënt centraal staat. De respondenten signaleren dat er niet altijd genoeg aandacht en ondersteuning is bij het geven van borstvoeding, of duidelijke onbevooroordeelde en aandacht voor interdisciplinaire samenwerking.<sup>16</sup>

In een Noorse studie<sup>43</sup> zijn zes focusgroepinterviews gehouden (n=24), waarbij is gevraagd naar de ervaringen van vrouwen met de verloskundige huisbezoeken vroeg in de postnatale periode. Dit onderzoek levert drie hoofdthema's op: 'het belang van relationele continuïteit', 'het belang van het gesprek in de postpartumperiode' en 'kwetsbaarheid in de vroege postnatale periode'. Als vrouwen voorafgaand aan de bevalling een persoonlijke band met de verloskundigzorgverlener hebben opgebouwd, vinden zij de zorg voorspelbaarder, beter beschikbaar en ervaren zij meer vertrouwen en meer vrijheid om dingen te bespreken of te vragen.<sup>43</sup> Als de verloskundige de vrouw al kent tijdens de zwangerschap, blijkt het makkelijker om de behoeften van de vrouw te achterhalen en staan vrouwen meer open voor begeleiding. Vrouwen geven duidelijk aan dat de verloskundige tijdens huisbezoeken moet focussen op de emotionele aspecten van het ouderschap en zich niet alleen moet concentreren op de gezondheid van het kind. Zij voelen zich kwetsbaar in hun rol als moeder en over het geven van borstvoeding.<sup>43</sup>

Cliënten stellen het op prijs dat de verloskundigzorgverlener die de bevalling heeft begeleid in de eerste week na de bevalling een huisbezoek aflegt om de bevalling te evalueren.<sup>16, 43</sup> Evaluatie met een andere (bekende) verloskundige blijkt geen meerwaarde te hebben aangezien het gesprek zich dan richt op medische en praktische aspecten in plaats van de bevallingservaring van de vrouw.<sup>43</sup>

Als er continuïteit in de relatie met de zorgverlener is, hebben vrouwen meer vertrouwen in de expertise en adviezen.<sup>43</sup> Bovendien voelen zij zich vrijer om dingen te bespreken of te vragen als zij de zorgverlener al kennen. Ook vrouwen in de focusgroep geven dit aan. Huisbezoeken door verschillende verloskundigen worden als onprettig ervaren, met name als de kraamperiode minder goed verloopt.

Vrouwen willen graag bij het huisbezoek worden betrokken in plaats van dat de verloskundige en kraamverzorgende de controles en het verloop van de kraamperiode samen bespreken. Vrouwen uit de cliëntenfocusgroep geven aan dat zij graag willen weten welke zorgverlener wanneer langs komt, en welke zorgverlener wanneer en waarvoor te bereiken is. Zij gaven ook aan dat er relatief weinig tijd wordt besteed aan de transitie naar het ouderschap en de balans in het nieuwe of uitgebreide gezin, terwijl zij dit wel wenselijk vinden.

### Overdracht

In de postnatale periode kunnen zorgverleners afhankelijk van de situatie op uiteenlopende momenten zorg aan elkaar overdragen (zie ook bijlage 6):

- Bij thuiskomst van moeder en/of kind na een klinische bevalling (overdracht van de tweede naar de eerste lijn)
- Bij een geheel klinisch kraambed (overdracht van de tweede lijn naar de JGZ en huisarts)
- Afsluiting van de kraamperiode door de eerstelijnszorgverlener, waarbij de zorg voor het kind wordt overgedragen aan de JGZ en huisarts, en de zorg voor de vrouw aan de huisarts

- Afsluiting van de postnatale periode (bij de nacontrole), waarbij de zorg voor de vrouw bij eventuele bijzonderheden wordt overgedragen aan de huisarts.

Voor uitwisseling van gegevens tussen een verloskundige en andere zorgverlener moet de vrouw/cliënt toestemming hebben gegeven. In uitzonderingsgevallen mag die toestemming worden verondersteld in het kader van goede zorgverlening: de zorgverlener moet zijn verantwoordelijkheid kunnen nemen als hij iets weet wat moeder en/of kind kan schaden.<sup>36</sup>

### Warme overdracht

In specifieke gevallen kan worden besloten voor 'warme overdracht', met het oog op betere informatieoverdracht en/of een versnelling in de continuïteit van de zorgverlening.<sup>34</sup> Bijvoorbeeld bij medisch ingewikkelde problematiek, of informatie over de kwetsbaarheid van een gezin of lage gezondheidsvaardigheden. De verloskundigezorgverlener kan zo'n warme overdracht persoonlijk of telefonisch uitvoeren, samen met de vrouw en haar eventuele partner, en in combinatie met een schriftelijke overdracht.

### Informatieverstrekking tussen verschillende ketenpartners

Als de verloskundige de bevalling heeft begeleid, informeert zij de huisarts binnen 48 uur na de bevalling over het verloop ervan en bijzonderheden bij het onderzoek van het kind.<sup>34</sup> Ook aan het eind van de kraamperiode informeert zij de huisarts/JGZ. Daarbij geeft de verloskundige aan of er factoren zijn die follow-up van de huisarts behoeven.<sup>34</sup> Bijvoorbeeld het monitoren van de bloeddruk na constatering van hypertensieve problemen die met de zwangerschap samenhangen (PIH), na glucosecontroles waarbij diabetes gravidarum is geconstateerd of bij een (vermoeden van) psychiatrische/psychologische klachten. De tweedelijnszorgverlener doet minstens verslag van de bevalling en eventuele bijzonderheden uit het verloop van de zwangerschap.<sup>4,33</sup> De eerstelijns verloskundigezorgverlener moet die informatie bij aanvang van de postnatale zorg hebben, om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Ook factoren die van invloed kunnen zijn op een volgende zwangerschap maken deel uit van die informatie (het risico op herhaling van pathologie, adviezen voor een volgende zwangerschap en bevalling).

Bij de overdracht van de zorg voor het kind aan het einde van de kraamperiode naar de JGZ is zowel de verloskundigezorgverlener als de kraamverzorgende betrokken. Deze disciplines maken in hun regio afspraken met elkaar over de praktische uitvoering van de overdracht.<sup>34</sup> Voor deze overdracht heeft de KNOV een factsheet met bijbehorend format voor samenwerkingsafspraken en een gegevensset beschikbaar.<sup>34</sup> De verloskundigezorgverlener is hoe dan ook verantwoordelijk voor de overdracht.

Een doorlopend traject van preventieve integrale zorg ontstaat als de kraamverzorgende en verloskundigezorgverlener de informatie uit de zwangerschap, over de bevalling en de kraamperiode overdragen aan de JGZ.<sup>4</sup> De JGZ kan vervolgens zijn informatie, adviezen en ondersteuning laten aansluiten bij eerder gegeven informatie. Bij een zorgelijke gezinssituatie kan mondelinge overdracht nodig zijn, of een multidisciplinair overleg met de betrokken zorgverleners.

De jeugdarts brengt de huisarts op de hoogte van alle verwijzingen vanuit de JGZ naar de tweede lijn, met steeds een kopie van de verwijsbrief.<sup>34</sup> Lokaal kunnen hierover concrete afspraken worden gemaakt, die in de samenwerkingsafspraken (en dus in het individueel geboortezorgplan) worden opgenomen.<sup>34</sup>

De verloskundigezorgverlener is er bij afsluiting van de postnatale periode verantwoordelijk voor dat het dossier compleet is<sup>44</sup> en dat er is teruggekoppeld naar Peridos.<sup>45</sup> Als de vrouw daarvoor toestemming geeft, levert de verloskundigezorgverlener de perinatale registratiegegevens digitaal correct aan volgens het PRN-formulier.

### Tijd voor postnatale zorg

In het rapport 'Takenpakket en tijdsbesteding' wordt beschreven dat de (eerstelijns) verloskundige tijd moet hebben om een vertrouwensrelatie op te bouwen en een veilig klimaat te creëren en daarnaast vraaggericht te werken.<sup>17</sup> Om dit te kunnen bereiken is de postnatale zorg in het algemene takenpakket beraamd op 4 uur en 49 minuten.<sup>17</sup>

## Competenties

In het Beroepsprofiel Verloskundige staan de beroepscompetenties waar Nederlandse verloskundigen over moeten beschikken.<sup>5</sup> Tijdens de begeleiding in de postnatale periode, inclusief de kraamperiode, vervult de verloskundige weliswaar alle rollen uit dit beroepsprofiel, maar het accent ligt toch op de rol van coach/begeleider en die van voorlichter/counselor. Als coach/begeleider moet de verloskundige tijdens de postnatale begeleiding het volgende kunnen: vraaggericht werken, een ontwikkelingsklimaat scheppen, en stimuleren. In de rol van voorlichter gaat het vooral om inlevingsvermogen en informatie overbrengen.<sup>5</sup>

## Referenties

1. Latta JM, Mastenbroek CG, van der Meer FM. Kraamzorg. Verzekerd van een goed begin? . Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.
2. Kort in het ziekenhuis, weinig rokers: Nederland vergeleken met de EU Den Haag/Heerlen: CBS; 2014. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/49/kort-in-het-ziekenhuis-weinig-rokers-nederland-vergeleken-met-de-eu> (Geraadpleegd op 14 december 2017).
3. Perined Insight LVR 1 2015. (Geraadpleegd op 17 november 2016).
4. Zorgstandaard integrale geboortezorg. Expertgroep Zorgstandaard integrale geboortezorg - aanpassingen tijdelijke expertcommissie Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland. Utrecht: College Perinatale Zorg, 2016.
5. Aitink M, Goodarzi B, Martijn L. Beroepsprofiel verloskundige zorg. Utrecht: KNOV, 2014.
6. van Alst G, van Davelaar G, Duenk E, Rondaij C. Postnatale zorg in de spotlight. Implementatieplan voor cliëntgerichte zorg. Maastricht: Academie Verloskunde Maastricht, 2010.
7. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneve: World Health Organization, 2013.
8. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Londen: NICE, 2015.
9. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. Londen: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners, 2006.
10. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev. 2017;8:CD009326.
11. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. Public Health Nurs. 2008;25(2):115-25.
12. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2002;359(9304):378-85.
13. Ransjo-Arvidson AB, Chintu K, Ng'andu N, Eriksson B, Susu B, Christensson K, et al. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):385-91.
14. Steel O'Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. Can J Public Health. 2003;94(2):98-103.
15. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9:18.
16. Baas CI, Erwich JJ, Wiegers TA, de Cock TP, Hutton EK. Women's Suggestions for Improving Midwifery Care in The Netherlands. Birth. 2015;42(4):369-78.
17. Koster L, Batterink M, Stoof R, Schipper M. Takenpakket verloskunde. Onderzoek naar taken, tijdsbestedingen en productie van verloskundigen. Barneveld: Significant, 2015.
18. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. Birth. 2008;35(1):16-24.
19. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. Br J Obstet Gyn. 2000;107(10):1194-201.
20. KNOV-standpunt Anticonceptie. Utrecht: KNOV, 2014.

21. Preconceptie Indictie Lijst. Utrecht: CPZ, 2017.
22. KNOV-standaard Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Aanbevelingen voor risicoselectie, diagnostiek en beleid. Utrecht: KNOV, 2011.
23. KNOV-standaard Anemie in de verloskundige praktijk. Aanbevelingen voor preventie, diagnostiek en behandeling. Utrecht: KNOV, 2010.
24. NVOG-richtlijn Diabetes mellitus en zwangerschap. Utrecht: NVOG, 2010.
25. Zorgstandaard diabetes - zwangerschapsdiabetes: Nederlandse Diabetes Federatie.  
<http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2015/08/NDF-Zorgstandaard-zwangerschapsdiabetes-2015.pdf> (Geraadpleegd op 17 februari 2017).
26. NHG-Standaard Diepe Veneuze trombose en longembolie Utrecht: NHG, 2015.
27. NVOG-richtlijn Veneuze trombo-embolie en zwangerschap. Utrecht NVOG, 2009.
28. NVOG-richtlijn Schildklier en zwangerschap. Utrecht: NVOG, 2004.
29. De V-MIS zwangere vrouwen begeleiden bij het stoppen met roken. Handleiding voor verloskundigen en gynaecologen. Utrecht: Trimbos-instituut
30. Richtlijn Preventie wiegendood (2009, Landelijke Samenwerkingsafspraken 2017) Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg; 2017. <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=11&rlpag=542> (Geraadpleegd op 3 augustus 2017).
31. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving - herziening 2009. Den Haag: Partnership Stop met Roken, 2009.
32. Richtlijn Zwangerschap, postpartumperiode en werk. Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB, 2007.
33. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, 2010.
34. JGZ- standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar JGZ Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2011. <https://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/516-4/gegevensoverdracht-jgz/hoofdstuk/687/standpunt/> (Geraadpleegd op 22 januari 2018).
35. Thema: psychosociale ontwikkelingen. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2011.
36. NHG-KNOV samenwerkingsafspraken huisartsen en verloskundigen. Utrecht: NHG, 2011.
37. de Boer J, Zeeman K. KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding. Utrecht: KNOV, 2008.
38. Landelijk indicatieprotocol kraamzorg. Instrument voor toekenning van kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode. Diemen: CVZ, 2008.
39. Checklist vroegsignalering in de kraamtijd. Leiden: TNO, 2011.
40. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode Huisarts & Wet. 2012;55(3):112-25.
41. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EA. Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte' 2010. Lijnen in de perinatale sterfte. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
42. KNOV-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNOV, 2013.
43. Dahlberg U, Haugan G, Aune I. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. Midwifery. 2016;39:57-62.
44. Burgerlijk Wetboek Boek 7. [http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2017-01-01#Boek7\\_Titel7\\_Afdeling5](http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2017-01-01#Boek7_Titel7_Afdeling5) (Geraadpleegd op 17 november 2015).
45. Peridos, kwaliteitsborging en monitoring Bilthoven: RIVM.  
[http://www.rivm.nl/Onderwerpen/D/Downscreening\\_en\\_SEO\\_professionals/Peridos](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/D/Downscreening_en_SEO_professionals/Peridos) (Geraadpleegd op 17 november 2016).



## Bijlage 1 Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijk bewijs in de NICE-guideline 'Postnatal care' (2006)

De NICE guideline 'Postnatal care' geeft aan op welk niveau van bewijs de (uit de literatuur verkregen) evidence en aanbevelingen zijn gebaseerd. De methodiek die de NICE-werkgroep gebruikt heeft, lijkt op de GRADE-methodiek en wordt beschreven in de NICE Technical Manual (NICE 2014). De NICE werkgroep gebruikte de onderstaande classificatie:

**Tabel 1 Niveau van bewijs**

| Niveau van bewijs | Soort bewijs                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <sup>++</sup>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Goede kwaliteit meta-analyse, systematische review van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCTs), of RCTs met een erg laag risico op bias (vertekening)</li> </ul>                                                                          |
| 1 <sup>+</sup>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Goed uitgevoerde meta-analyses, systematische review van RCTs, of RCTs met een laag risico op bias</li> </ul>                                                                                                                                  |
| 1 <sup>-</sup>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Meta-analyses, systematische review van RCTs, of RCTs met een hoog risico op bias</li> </ul>                                                                                                                                                   |
| 2 <sup>++</sup>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Goede kwaliteit systematische review van case-control- of cohortstudies</li> <li>Goede kwaliteit case-control of cohortstudie met een erg laag risico op confounding, bias en een hoge waarschijnlijkheid dat de relatie causaal is</li> </ul> |
| 2 <sup>+</sup>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Goed uitgevoerde case-control of cohortstudie met een laag risico op 'confounding' of bias en een redelijke kans dat de relatie causaal is</li> </ul>                                                                                          |
| 2 <sup>-</sup>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Case-control of cohort studie met een hoog risico op 'confounding' of bias en een geringe kans dat de relatie niet causaal is</li> </ul>                                                                                                       |
| 3                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Niet-vergelijkend onderzoek (bijvoorbeeld case studies, case series)</li> </ul>                                                                                                                                                                |
| 4                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>De mening van deskundigen/werkgroepleden, formele consensus</li> </ul>                                                                                                                                                                         |



**Tabel 2 Classificatie van aanbevelingen over interventies**

| Niveau van aanbeveling | Evidence/bewijs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenminste één meta-analyse, systematische review, of gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) die beoordeeld is als 1<sup>++</sup>, en direct toepasbaar is op de doelgroep, <b>of</b></li> <li>Een systematische review van RCTs of een aantal studies waarvan er een paar beoordeeld zijn als 1<sup>+</sup>, die direct toepasbaar zijn op de doelgroep en consistente resultaten laten zien, <b>of</b></li> <li>Evidence/bewijs uit een 'NICE technology appraisal'</li> </ul> |
| B                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bewijs uit een aantal studies die beoordeeld zijn als 2<sup>++</sup>, die direct toepasbaar zijn op de doelgroep en over het algemeen consistente resultaten laten zien <b>of</b></li> <li>Geëxtrapoleerd bewijs uit individuele studies die beoordeeld zijn als 1<sup>++</sup> or 1<sup>+</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                         |
| C                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Een aantal studies die beoordeeld zijn als 2<sup>+</sup>, die direct toepasbaar zijn op de doelgroep en consistente resultaten laten zien, <b>of</b></li> <li>Geëxtrapoleerd bewijs uit studies die beoordeeld zijn als 2<sup>++</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   |
| D                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidence niveau 3 of 4, <b>of</b></li> <li>Geëxtrapoleerd bewijs uit studies die beoordeeld zijn als 2<sup>+</sup>, <b>of</b></li> <li>Formele consensus</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| D (GPP)                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Good practice point (GPP) is een aanbeveling voor de beste zorg volgens de werkgroep van de richtlijn</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanbeveling uit de "NICE interventional Procedures guidance"</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Voor het aangeven van de mate van urgentie van verwijzing wordt de volgende classificatie gebruikt:

**Tabel 3 Mate van urgentie van verwijzing**

| Mate van urgentie         |                                                                  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 'Emergency'- Spoedeisend  | Levensbedreigende of potentieel levensbedreigende situatie       |
| 'Urgent' – Urgent         | Potentieel ernstige situatie, die een juiste handelwijze vereist |
| 'Non-urgent'- Niet urgent | Blijven volgen en evalueren                                      |

#### Referentie

Developing NICE guidelines: the manual. Londen: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014.

<https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf> (Geraadpleegd oktober 2014).

## Bijlage 2 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze de laatste vijf jaar (al dan niet betaalde) relatie of bemoeienis hebben gehad met bedrijven of organisaties, die op enigerlei wijze verband houden met het onderwerp van de onderhavige richtlijn. Een overzicht van de belangen van de werkgroepleden vindt u in de onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het kennisinstituut van Medisch Specialisten.

**Tabel 1. Overzicht werkgroepleden**

| Wergroeplid      | Functie                                                     | Nevenfuncties                                                                                                                                                                                                                                                              | Opmerkingen                             |
|------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Benneker         | Nederlandse beroepsorganisatie van kraamverzorgenden (NBVK) | Consultatie/advisering NBvK (onbetaald)                                                                                                                                                                                                                                    | Tot oktober 2016 lid van de werkgroep   |
| De Haan - Gremme | Tweedelijns verloskundige                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| Bakker           | Tweedelijns verloskundige                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| De Groot         | Eerstelijns verloskundige                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| Streng           | Eerstelijns verloskundige                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| Burggraaff       | Verloskundig actieve huisarts                               |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| Vergunst         | Kraamverzorgende - NBVK                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| Akerboom         | Kraamverzorgende - NBVK                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
| Corvers          | Cliëntenvertegenwoordiging                                  | Consultatie/advisering De geboortebeweging en Het Ouderschap (onbetaald)<br><br>Lid cliëntenraad UMC Utrecht (onbetaald)<br><br>Consultatie/ advisering Hoe?Verder (betaald)<br><br>Oprichten website <a href="http://www.hoeverder.info">www.hoeverder.info</a> (betaald) |                                         |
| Zijlstra         | Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ)                              |                                                                                                                                                                                                                                                                            | Vanaf januari 2016 lid van de werkgroep |

**Tabel 2. Overzicht klankbordgroepleden**

| Klankbordgroep lid  | Functie                   | Nevenfuncties                  | Opmerkingen |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------|
| Boneparte           | Kraamverzorgende - NBVK   | Het geboortecollectief, D.A.Z. |             |
| Kesler              | AJN                       |                                |             |
| Monis               | V&VNVOG                   |                                |             |
| Den Hartog-van Veen | Student                   |                                |             |
| Van Schaik-Kobes    | Eerstelijns verloskundige |                                |             |
| Fontein             | VAR                       |                                |             |
| Van Rijn            | Geboortebeweging          |                                |             |
| Van der Meer        | NVK                       | Docent Albeda College          |             |

## Bijlage 3 Literatuuronderzoek en evidence natuurlijk herstel

### Werkwijze bij het literatuuronderzoek

De documentalist van de KNOV heeft systematisch gezocht in Pubmed en Psychinfo. Zoektermen waren: health-related quality of life (HRQL)/health status/postpartum health/health problems after childbirth/recovery after childbirth/Netherlands.

Deze search leverde tachtig titels op. Er werd een eerste selectie gemaakt op basis van titel en abstract, waarbij in eerste instantie naar Nederlandse studies is gezocht. Daarbij zijn er vijf artikelen geselecteerd<sup>1-5</sup> en één systematische review.<sup>6</sup> Met louter Nederlandse studies kon geen volledig beeld worden gegeven van de klachten in het kraambed en erna. Daarom zijn ook acht internationale studies geselecteerd<sup>7,8-14</sup> en één niet-systematische review.<sup>15</sup>

De gevonden studies geven, in grote lijnen, een beeld van het natuurlijke lichamelijke en psychologische herstel na de bevalling en van de factoren die dit herstel beïnvloeden:

De niet-systematische review geeft een overzicht van 22 studies naar symptomen en de algemene gezondheidsstatus in de postnatale periode.<sup>15</sup>

Twee studies gaan over klachten in het kraambed<sup>1,9</sup>, zes studies over klachten in de eerste zes weken na de bevalling.

Drie longitudinale studies gaan over het verloop van klachten.<sup>7,8,12</sup>

Vijf studies vergelijken de klachten van vrouwen na verschillende soorten bevallingen.<sup>8,1,9-11</sup>

Eén studie vergelijkt de postnatale gezondheid van vrouwen met complicaties tijdens de zwangerschap of bevalling.<sup>5</sup>

Drie studies gaan vooral in op specifieke klachten: vermoeidheid,<sup>2</sup> incontinentie en bekkenpijn,<sup>3</sup> en emotioneel functioneren.<sup>12</sup> De studies verschillen in meetmomenten en meetinstrumenten, waardoor de uitkomsten moeilijk te vergelijken zijn. Sommige studies zijn retrospectief,<sup>8</sup> bij andere studies ontbreekt een nulmeting tijdens de zwangerschap.<sup>2,3,12</sup>

De onderzoeken worden gepresenteerd in de evidencetabel hierna.

**Evidencetabel 1: Nederlandse studies naar postpartumgezondheid**

| Auteur, jaar, land                      | Design, uitkomstmaten                                                                                                                                                                                                                                                               | Populatie                                                                                      | Resultaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Opmerkingen                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bakker et al, 2014<br/>Nederland</b> | Prospectieve cohortstudie bij zwangeren in 15 bedrijven.<br>Uitkomstmaat: vermoeidheid, gemeten met CIS (Checklist Individual Strength) Score (0-140) gedichotomiseerd: score > 76 is 'vermoeid'.<br>CIS werd afgenomen bij 30 wk zwangerschap (zws) en 12 en 52 wk postpartum (pp) | 12 wk pp: N=523 en<br>52 wk pp: N=436                                                          | - Gem CIS score daalt van 72.9 (30 wk zws), naar 67.7 (6 wk p.p.), naar 60.9 (12 wk p.p.), naar 61.4 (24 wk p.p.), naar 53.9 (52 wk p.p.).<br>-Percentage vermoeid (CIS score >76) daalt van 46% (30 wk zws) naar 37% (6 wk p.p.) naar 18% (52 wk p.p.).<br>-Weer aan het werk: 6 wk p.p. 9%; 12 wk p.p. 24%; 24 wk p.p. 93%; 52 wk p.p. 97%.<br>14 voorspellende factoren voor vermoeidheid 12 w pp: minder goede werkomstandigheden, slechtere mentale gezondheid, meer passieve copingstijlen, meer slaapproblemen, meer vermoeidheid tijdens zws, en overtuigingen over kinderopvang waren gerelateerd aan pp vermoeidheid. Deze factoren zijn met andere vragenlijsten bij 30 wk zws gemeten. | Verschillen in pariteit of wijze bevallen niet onderzocht.<br>Sectio in anamnese (30 wk zws) voorspellende factor vermoeidheid met 52 wk p.p.<br>Discussie: beter op voorbereiden: actieve coping stijl |
| <b>Prick et al, 2015<br/>Nederland</b>  | Determinanten van HRQL na obstetrische complicaties. 6 weken postpartum SF-36.<br>WOMB (anemie en bloeding transfusie of afwachtend beleid, Digitat en Hypitat trials.                                                                                                              | N=1391 vrouwen met complicaties voor of na de baring.<br>60% van de deelnemers aan             | -Deelnemers aan Digitat- en Hypitat studie hebben lagere mentale gezondheid en fysieke gezondheid dan deelnemers WOMB trial.<br>-vrouwen na sectio slechtere fysieke gezondheid dan na vaginale bevalling.<br>-Van onderzochte factoren heeft alleen sectio een negatief effect op fysiek HRQL. Op mentaal HRQL waren niet veel factoren van invloed.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Deels zwangeren met ongecompliceerde zws (WOMB) en deels met complicaties (Hypitat en Digitat studie).                                                                                                  |
| <b>Jansen et al, 2007<br/>Nederland</b> | Prospectieve longitudinale studie: 12-48 uur na bevalling of sectio (t=0) en 1,3 en 6 wk p.p.: MFI en EQ-5D . SF36 alleen pp.<br>Studie naar psychometrische eigenschappen en van de vragen- lijsten en verband Hb-vermoeidheid (MFI)                                               | N=141 opeen- volgende vrouwen: n=71 vag. bevalling; n=36 na electieve sectio; n=34 spoedsectio | -Vragenlijsten zijn valide, want ze maken onderscheid in HRQL tussen verschillende wijzen van bevallen.<br>-Vaginale bevalling betere HRQL, vooral fysiek functioneren en minder vermoeidheid na bevalling vergeleken met electieve - en spoedsectio.<br>- sectio's: lagere HRQL scores, slechtste herstel.<br>- Zwak/Geen verband Hb waardes en scores op MFI op t0/ t3 en t6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                         |

Wk=weken; zws=zwangerschap; MFI= multidimensional fatigue inventory; SF-36=Rand Short Form; vag = vaginale; p.p.= postpartum, HRQL = health-related quality of life; EQ-5D= EuroQol 5 dimensies; hb=hemoglobine;

**Evidencetabel 2 . Internationale studies naar postpartum gezondheid.**

| Auteur, jaar                                    | Design, uitkomstmaten                                                                                                                                                                                                                 | Populatie                                                               | Resultaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Opmerkingen                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Thompson et al, 2002</b><br><b>Australie</b> | Prospectieve cohortstudie<br>Uitkomstmaten: zelf-rapportage gezondheidsproblemen.<br>4 vragenlijsten (EDPS, sociaal demografisch en obstetrische gegevens, 12 gezondheidsproblemen ) op dag 4 pp, en 8, 16 en 24 wk p.p. via de post. | N= 1295 waarvan N=1193 de studie afmaakten:43% primi- en 57% multiparae | -6%, 17% en 19% van de moeders heeft geen gezondheidsproblemen resp. 2, 4 en 6 mnd p.p.<br>-gezondheidsproblemen die tussen 8 en 24 weken afnemen: uitputting/extreme vermoeidheid (60-49%); rugpijn (53-45%), blaasproblemen (37-17%), gebrek aan slaap/huilende baby (30-15%), aambeien (30-13%), pijn perineum (22-4%), excessief/langdurig vloeien (20-2%), urine incontinentie (19-11%), borstontsteking (15-3%), en andere blaasproblemen (5-3%)<br>-Geen significante veranderingen in hoofdpijn/migraine, seksuele problemen of depressie tijdens deze 6 mnd.<br>- vrouwen na sectio eerste 8 weken meer problemen: uitputting, slaapproblemen door huilende baby, blaasproblemen. Week 24: vaker problemen met urineren dan vrouwen met spontaan vaginale bevalling.<br>- primi's vaker vag. kunstverlossing (31 vs 6%) en wond perineum (71 vs 50%).<br>- vrouwen met vag. kunstverlossing meer pijn perineum en seksuele problemen, dan vrouwen met spontaan vag. baring (gecorrigeerd voor pariteit, duur baringen perineum trauma).<br>- primi's rapporteerden de eerste 8 weken vaker gebrek aan slaap door een huilende baby, en rugpijn; pijn aan perineum bij 8 (gecorrigeerd voor wijze bevallen), 16 en 24 wk; en seksuele problemen bij 8 en 16 wk, niet bij week 24. Geen verschillen in andere uitkomsten.<br>- 33% kreeg EA: geen verband met rugpijn of hoofdpijn. | Grote groep, resultaten consistent met andere onderzoeken. Niet alle symptomen opgenomen, bv wond pijn of infectie bij SC of anemie, hoge bloeddruk. |

| Auteur, jaar                                     | Design, uitkomstmaten                                                                                                                                                 | Populatie                                               | Resultaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Opmerkingen                                                                |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|                                                  |                                                                                                                                                                       |                                                         | -multiparae rapporteerden geen significante daling van rugpijn of andere problemen met urineren in tegenstelling tot primi's. Primi's rapporteren geen vermindering van depressieve symptomen, multiparae wel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |
| <b>Rowlands, 2012</b><br><b>Engeland</b>         | Data van landelijk onderzoek naar ervaringen met maternity care.<br>Symptoom checklist uit postnataal onderzoek na 10 dagen, 1 en 3 mnd en verband met wijze bevallen | N=5332,                                                 | <p>Relatie moederlijke gezondheid p.p. en soort bevalling.</p> <p>-Soort bevalling van invloed op welzijn en gezondheid na 3 mnd p.p.</p> <p>-vrouwen met tangverlossing en spoedsectio rapporteren na 3 mnd p.p. de slechtste gezondheid en welzijn.</p> <p>- bij meeste vrouwen verbeterde de fysieke en emotionele gezondheid in de loop van de tijd. Vrouwen met tangverlossing meer PTSS symptomen na 3 mnd p.p.</p> <p>-meest gerapporteerde symptomen tm dag 10: vermoeidheid 37%, problemen met borstvoeding 35%, pijnlijke hechtingen 34%, en rugpijn 28%, 'blues' 34%, angsten moeite concentreren 16%. – na 1 mnd: vermoeidheid 24-32%, lichamelijke veranderingen 34-46%,</p> <p>-na 3 mnd: kunstverlossing vaker seks problemen en stress incontinentie en rugpijn. Verder geen verschillen.</p> <p>-bij vrouwen met vag. bevalling gaan de klachten eerder weg.</p> |                                                                            |
| <b>McGovern, 2006</b><br><b>Verenigde Staten</b> | Prospectief cohort. Telefonisch interview 5 weken pp, SF-12 en 28-SCL                                                                                                 | N=817 geïncludeerd, 71% respons: N=716 werkende moeders | <p>-Gem. 6.2 symptomen (van de 21 symptomen in vragenlijst), vooral hevige vermoeidheid 63.8%, pijnlijke tepels 50,0%, problemen met borsten 60.3%, lage rugpijn 43.3%, hoofdpijn 49.6%, minder zin in seks 52.4%.</p> <p>–na sectio minder goede gezondheid dan na vaginale bevalling: slechter fysiek en rol functioneren en minder vitaliteit. (Multivariate analyse: beta= -5.96 p&lt;.01)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Reeks van onderzoeken met dezelfde populatie. McGovern 2007, 11 weken p.p. |

| Auteur, jaar                                    | Design, uitkomstmaten                                                                                                                                                                                                                                                                           | Populatie                                                                                             | Resultaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Opmerkingen                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                       | <p>–Vergeleken met landelijke normgroep minder goede lichamelijke gezondheid.</p> <p>–vrouwen die borstvoeding geven hebben meer symptomen dan vrouwen die geen borstvoeding geven. (Multivariate analyse: <math>\beta = 4.63</math> <math>p &lt; .01</math>).</p> <p>Rode of gespannen borsten of mastitis 6.3%.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| <b>Buttner, 2015</b><br><b>Verenigde Staten</b> | Prospectief cohort. Vrouwen vullen de eerste 10 dagen na de bevalling tussen 17 en 20 uur online (60%) of in telefoongesprek (40%) de Daily Experience Questionnaire (DEQ) (vragenlijst met negatieve en positieve gevoelens) en krijgen een interview om postnatale depressie vast te stellen. | N=216 pas bevallen vrouwen. Gem leeftijd 28 jr, 80% Kaukasisch, 75% geeft borstvoeding, 70% getrouwd. | <p>-scores op DEQ omgezet in groeicurves</p> <p>-negatieve gevoelens stijgen vanaf de dag van de bevalling tot dag 5 en dalen daarna weer tot het niveau van dag 1. (stijgen van 30.28 naar 33.22 op dag 5 en dalen naar 30.4)</p> <p>- positieve gevoelens dalen vanaf de dag van de bevalling tot dag 10 (van 35.4 naar 33.07)</p> <p>-vrouwen die met postnatale depressie worden gediagnosticeerd hebben vanaf de bevalling meer negatieve en minder positieve gevoelens dan vrouwen zonder diagnose PND.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                 |
| <b>Williams, 2007</b><br><b>Engeland</b>        | Retrospectieve cohortstudie<br>Zelfrapportage vragenlijst via de post met vragen over perineum en seksueel functioneren                                                                                                                                                                         | N=482: 23.3% respons rate.                                                                            | <p>-Responders vs non-responders: responders vaker &gt; 35 jr en 25-35 jr, vaker Kaukasisch, even vaak getrouwd (60-63%)</p> <p>-na 12 mnd heeft 87% tenminste 1 klacht. 54% heeft stressincontinentie, 36.6% urge incontinentie; 54% heeft een seks klacht: 30% pijn bij vrijen, 10% vloeibare fecale incontinentie, 5% vaste fecale incontinentie. 32% van de vrouwen met episiotomie of ruptuur heeft perineum pijn.</p> <p>-vrouwen met episiotomie of spontane ruptuur rapporteren significant meer seksuele morbiditeit: pijn bij vrijen, stress urine incontinentie en urge urine incontinentie dan vrouwen met een intact perineum. Geen verschil ruptuur en episiotomie!</p> <p>-Vrouwen met epi of ruptuur beginnen later met seks/vrijen dan vrouwen met intact perineum: gem 16.6 wk versus 10.6 wk.</p> | Lage response rate en wellicht selectieve steekproef. Hoog % klachten en restverschijnselen na 1 jaar! Ook met intact perineum. |



| Auteur, jaar                   | Design, uitkomstmaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Populatie                                                                                                                       | Resultaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Opmerkingen                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                 | -Ook met intact perineum veel klachten: 34.8% en 19.5% stress en urge urineincontinentie, dyspareunie 25.3%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Schytt, 2005<br/>Zweden</b> | Prospectieve cohortstudie<br>3 vragenlijsten: in zwangerschap (wk 16): socio-dem gegevens en pariteit; 10 wk p.p. (time frame 4-8 wk p.p.); 12 mnd p.p. (time frame 1 week).<br>Postpartum symptom checklist met 18 symptomen (geen probleem-heel veel problemen) en oordeel algehele gezondheid.<br>Algehele gezondheid vergeleken met cohort bevallen vrouwen in 1999 en Zweeds cohort met vergelijkbare leeftijd. | N=2413 vrouwen uit 593 antenatale klinieken met 3 ingevulde vragenlijsten<br>Dit is 54% van de vrouwen die in aanmerking komen. | -44% nulliparae, 79% vag bevalling, 7% vag kunstverlossing, 14% sectio; 56% ruptuur 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graad, 3% 3 <sup>e</sup> of 4 <sup>e</sup> graad, 12% episiotomie.<br>-89% geeft borstvoeding na 2 mnd, 21% na 1 jaar.<br>- 9% primi's en 11% van de multen had geen problemen na 2 mnd en na 1 jaar.<br>-45% van de primi's en 41% van de multen heeft na 4-8 weken nog geen seksuele gemeenschap gehad.<br>-meest voorkomende symptomen (> 25% klein +groot) na 2 mnd: vermoeidheid, nek en schouder pijn, lage rugpijn, pijn bij vrijen. Na 1 jaar: vermoeidheid, hoofdpijn, verkoudheid, nek en schouder pijn, lage rugpijn.<br>-Groot probleem na 2 mnd/ 1 jaar: vermoeidheid; 25.1%/23%; nek en schouderpijn: 15%/16.8%; lage rugpijn: 13.3%/19.1%; pijn bij vrijen: 11.7%/3.6%; aambeien: 11%/4.8%; slaapproblemen: 6.7%/11%.<br>-vrouwen die borstvoeding geven: Pijnlijke tepels groot probleem: 7.3%, na 1 jaar 1.8%; mastitis 1.9%, 0.5% na 1 jaar.<br>-vrouwen met ruptuur of episiotomie: Pijn perineum groot probleem 2 mnd/1 jaar: 5.7%/1.5%<br>- 2 mnd/1 jaar pp: 91%/86% beoordeelt gezondheid als goed of heel goed. Primi's vaker 'Oerg goed' op beide momenten. Dat is iets beter dan vrouwen uit het Zweedse cohort met vergelijkbare leeftijd.<br>- 2 mnd verschillen Nulli/Multi: Nulli's vaker pijnlijke tepels, dyspareunie (39%), pijn perineum, dysurie, en constipatie dan multi's. | Geen nulmeting tijdens de zwangerschap. Zorgvuldig mbt vergelijking met het Zweeds cohort.<br>Onderscheid 'major en minor problem': hier samengenomen. Gezonde vrouwen, lage interventie graad, lijkt goed vergelijkbaar met NL eerstelijns populatie.<br>Zelfde vragenlijst als in studies Declerq. |

| Auteur, jaar                               | Design, uitkomstmaten                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Populatie                                                                                                                                                                              | Resultaat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Opmerkingen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Declercq, 2008<br/>Verenigde Staten</b> | Retrospectieve cohortstudie (Listening to mothers II)<br>Vragenlijst met 11 symptomen: wel/ niet symptoom, mate en duur. Subschaal pijn (2 items) van SF-36, online ingevuld of via telefoon.<br>Nieuwe klachten (retrospectief) eerste 2 mnd postpartum en op moment van vragenlijst invullen (gem. 7.3 mnd pp). | N=1573<br>18-45 jr,<br>ziekenhuisbevalling, eenling,<br>Engelssprekend.<br>(1373 online en 200 telefoon) zh bevalling in 2005. Resultaten vergeleken met nationale geboorteregistratie | -na 1 jaar: 21.6% stressincontinentie, multen meer dan primi's. (groot probleem 2.5 vs 1.4)<br>-33% nulli, 62% vag bevalling, 6% vag kunst verlossing, 32% sectio (16% prim en 16% sec sectio).<br>-Veel pijnklachten, vooral vrouwen met een sectio. Nulliparae meer problemen dan multiparae.<br>-Pijn aan perineum is groot probleem bij 27.5%/7.6% van nulli-/multiparae met SVB, 47.2%/17.4% nulli-/multiparae met vag kunstverlossing, 4.1%/2.7% nulli/multi met SC.<br>-Vermoeidheid is ook groot probleem voor 30-35% van de nulli's, groter dan voor multen, behalve multen met primaire sectio: 37% groot probleem.<br>-48% van vrouwen met vaginale bevalling heeft een pijnlijk perineum 2 mnd pp, na 6 mnd 2%.<br>-nulli's met SVB en episiotomie: 31.1%: 82% pijn perineum met 2 mnd vs 67% zonder episiotomie.<br>-19% van multi's heeft episiotomie. Zij hebben 3 keer zo vaak (18% vs 5%) erge pijn aan het perineum dan multen zonder episiotomie (p=.000).<br>-vrouwen met sectio of vaginale kunstverlossing rapporteren meeste pijn tot 6 mnd.<br>-pijn bij het vrijen vooral bij nulli's met een vaginale kunstverlossing: 34.6% groot probleem (multen: 2.1% groot probleem).<br>-vrouwen met vag bevalling minder pijn die interfereert met activiteiten dan vrouwen met SC (10 vs 22%)<br>-geen verschillen in pijn postpartum tussen groepen verschillende in soc dem geg. | 200 Hispanic en Afro-American vrouwen<br>-zelfde vragen lijst als Schytt, 2005 – vragen over borsten.<br>-subanalyses met episiotomie, sectio<br>-pleit voor betere voorlichting van vrouwen over pijn pp en voor meer bewustzijn bij zorgverlener van de schade die met een episiotomie, vag kunstverlossing of sectio wordt aangericht. |

Wk=weken; zwsch=zwangerschap; mnd=maanden; SC=sectio Caesaria; VB=vaginale bevalling; soc dem geg= sociodemografische gegevens; gem=gemiddeld; MFI=multidimensional fatigue inventory; SF-36=Rand Short Form; vag = vaginale; pp= postpartum, HRQL = health-related quality of life; EQ-5D= ; PND=postnatale depressie; PTSS=posttraumatische stress stoornis; vs=versus;

## Referenties

1. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdorp VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(5):579-84.
2. Bakker M, van der Beek AJ, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, van Poppel MN. Predictive factors of postpartum fatigue: a prospective cohort study among working women. *J Psychosom Res.* 2014;77(5):385-90.
3. Stomp-van den Berg SG, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, Twisk JW, van Mechelen W, van Poppel MN. Predictors for postpartum pelvic girdle pain in working women: the Mom@Work cohort study. *Pain.* 2012;153(12):2370-9.
4. Bijlenga D, Boers KE, Birnie E, Mol BW, Vijgen SC, Van der Post JA, et al. Maternal health-related quality of life after induction of labor or expectant monitoring in pregnancy complicated by intrauterine growth retardation beyond 36 weeks. *Qual Life Res.* 2011;20(9):1427-36.
5. Prick BW, Auf Altenstadt JF, Hukkelhoven CW, Bonsel GJ, Steegers EA, Mol BW, et al. Regional differences in severe postpartum hemorrhage: a nationwide comparative study of 1.6 million deliveries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:43.
6. Van der Woude DA, Pijnenborg JM, de Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;185:45-52.
7. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *Br J Obstet Gyn.* 2005;112(2):210-7.
8. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth.* 2008;35(1):16-24.
9. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:138.
10. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth.* 2002;29(2):83-94.
11. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med.* 2006;4(2):159-67.
12. Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik AR, Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *Br J Obstet Gyn.* 2012;119(3):298-305.
13. Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW. Patterns of women's mood after delivery: a growth curve analysis. *J Affect Disord.* 2015;174:201-8.
14. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Dagher R, Ukestad L, McCaffrey D, et al. Mothers' health and work-related factors at 11 weeks postpartum. *Ann Fam Med.* 2007;5(6):519-27.
15. Cheng CY, Li Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues.* 2008;18(4):267-80.

## Bijlage 4 Literatuuronderzoek optimaal aantal contactmomenten

(bijlage bij module Organisatie van postnatale zorg (NL); versie 19 januari 2018)

### Uitgangsvraag Wat zijn de optimale momenten voor postnatale contacten?

#### Inleiding

De dagelijkse observatie en verzorging van moeder en kind is in Nederland, in tegenstelling tot in andere landen, meestal gewaarborgd door de aanwezigheid van kraamzorg. De uitgangsvraag is daarom gericht op de onderbouwing van het aantal huisbezoeken en de timing van de medisch-verloskundige begeleiding, waarbij we aannemen dat bij elk postnataal contact een medische evaluatie plaatsvindt van moeder en kind. Het literatuuronderzoek dient informatie te geven over de optimale momenten en/of de frequentie van medische evaluatie door de verloskundige en over een mogelijke relatie met morbiditeit of mortaliteit van moeder of kind.

#### Selectie literatuur

Naar aanleiding van de knelpuntenanalyse voor de KNOV-richtlijn 'Postnatale zorg' is er literatuuronderzoek verricht naar de beste momenten voor postnatale huisbezoeken door de verloskundige.

De uitgangsvraag kan worden uitgesplitst in optimale momenten voor en frequentie van postnatale contacten (1) voor de moeder en (2) voor het kind. Dat leidt tot de volgende PICO.

|                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Patient: (1x maternal; 1x neonatal)</i></p> <p><i>Interventie: visit(s), control, check up</i></p> <p><i>Control: no visit(s), no control, no check up</i></p> <p><i>Outcome: morbidity/mortality</i></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Er is aan de hand van deze PICO gezocht in de Cochrane-database en in PubMed. In de eerste selecties op titel en later op abstracts zijn er artikelen geselecteerd op relevantie aan de hand van drie criteria (zie bijlage 5, figuur 1):

- Beschrijft het artikel onderzoek met uitkomsten (neonataal en/of maternaal)?
- Zijn de uitkomsten op basis van 'huisbezoeken' onderzocht?
- Zijn medische controles van moeder en/of kind onderdeel geweest van de huisbezoeken?

In de Cochrane-database zijn 5 titels gevonden, waarvan 1 relevant voor de uitgangsvraag.<sup>1</sup> In Pubmed zijn voor de eerste deelvraag 1021 artikelen gevonden, en voor de tweede deelvraag 115 artikelen. Op basis van titel en vervolgens op abstract zijn er 40 artikelen geselecteerd voor een beoordeling op basis van het volledige artikel. 13 van deze artikelen zijn een RCT. 7 van die RCT's komen ook voor in de Cochrane-review van Yonemoto. De overige 6 RCT's zijn niet relevant voor de uitgangsvraag, omdat ze alleen deelonderwerpen behandelen, soms alleen in specifieke groepen (bijvoorbeeld verlengde of intensieve begeleiding bij borstvoeding; nazorg bij traumatische partus).

De Yonemoto-review omvat 12 RCT's. 7 van die RCT's zijn geselecteerd voor beoordeling op basis van het hele artikel. 3 ervan zijn niet gevonden maar als 'niet relevant' beoordeeld op basis van titel of abstract, op basis van onze criteria. 2 van de 7 geselecteerde RCT's die wel als relevant worden gezien, zijn niet gevonden (Paul 2012; MacArthur 2002).<sup>2,3</sup> Deze artikelen zijn alsnog opgevraagd.

De onderzoeksvraag van de Cochrane-review luidt vertaald:

## “Zijn er verschillen in gezondheidsuitkomsten voor moeder of kind bij verschillende schema’s van postnatale zorg?”

Deze onderzoeksvraag komt grotendeels overeen met de initiële onderzoeksvraag van deze KNOV-richtlijn ‘Postnatale zorg’. De RCT’s in de review van Yonemoto overlappen voor een belangrijk deel de opbrengst aan relevante RCT’s van de uitgevoerde search. Vanwege deze overeenkomst heeft de werkgroep besloten om de artikelen uit de Cochrane-review te gebruiken voor het beschrijven van de beschikbare evidence. De uitgangsvraag is vervolgens meer in lijn gebracht met de uitgangsvraag van de Cochrane-review. De definitieve uitgangsvraag luidt:

## “Is er een relatie tussen het aantal postnatale verloskundige huisbezoeken en de maternale en neonatale gezondheid?”

De Cochrane-review heeft een overzichtelijke ordening aangebracht in de diversiteit van gevonden onderzoeken. De review maakt een indeling in onderzoek naar ‘meer of minder huisbezoeken’, naar ‘verschillende vormen van het aanbieden van postnatale zorg’, en onderzoek waarin ‘één huisbezoek na ontslag uit het ziekenhuis wordt vergeleken met één ziekenhuisbezoek na ontslag’. Alleen het onderzoek waarin een verschil in aantal medische checks tijdens huisbezoeken wordt onderzocht is relevant voor de richtlijn ‘Postnatale zorg’. De geïncludeerde artikelen in de review zijn daarom aan de hand van de eerder genoemde criteria beoordeeld op relevantie. In bijlage 5, tabel 4 staan de RCT’s die in deze Cochrane review niet aan de selectiecriteria voldoen.

### Beschrijving gebruikte literatuur

Er zijn uiteindelijk 4 relevante RCT’s geselecteerd: Ransjö-Arvidsen (1998); Bashour (2008); Christie (2011); Steel (2003).<sup>4-7</sup> Deze RCT’s verschillen van opzet, uitkomstmaten en context. De geïncludeerde RCT’s uit niet-westerse landen (Ransjö-Arvidsen 1998; Bashour 2008) zijn uitgevoerd in een omgeving met voldoende adequate gezondheidsvoorzieningen om relevante informatie te kunnen geven over dit onderwerp.<sup>4, 6</sup>

Het onderzoek van *Ransjö-Arvidsen* vergelijkt 4 postnatale huisbezoeken (3, 7, 28 en 42 dagen postpartum) met 1 huisbezoek 42 dagen postpartum bij vrouwen na een normale à terme-bevalling met een gezond kind, in een universitair ziekenhuis in Lusaka (Zambia).<sup>6</sup> *Bashour et al.* onderzochten in Damascus (Syrië) het effect van 4 postnatale huisbezoeken (op dag 1, 3, 7 en 28) of van 1 huisbezoek (op dag 1) vergeleken met standaardzorg waarbij geen postnatale huisbezoeken worden verricht. Verloskundigen werden speciaal getraind voor deze interventie. Vrouwen met een gezond kind, zowel vaginaal bevallen als per sectio caesarea, kwamen in aanmerking voor inclusie.<sup>4</sup> *Steel et al.* vergelijken postnatale zorg in Canada in de vorm van een telefonisch consult na ontslag gevolgd door twee huisbezoeken binnen 10 dagen, met een telefonisch consult op de eerste werkdag na ontslag en aanvullende huisbezoeken alleen op indicatie. Inclusie voor interventie of de controlegroep werd verricht vanuit twee ziekenhuizen. In een van deze ziekenhuizen is één postnataal huisbezoek onderdeel van de standaardzorg, in het andere ziekenhuis niet.<sup>7</sup> Nulliparae die binnen twee dagen werden ontslagen na een vaginale bevalling van een gezonde eenling kwamen in aanmerking voor inclusie. *MacArthur et al.* onderzochten een nieuw ontwikkeld programma voor postnatale zorg met standaard postnatale zorg in Birmingham.<sup>2</sup> Het nieuwe programma is gericht op het leveren van zorg op maat. Een checklist met gezondheidsvragen en bijbehorende evidencebased aanbevelingen is gebruikt om de zorgbehoefte vast te stellen. Verloskundigen die de interventie aanboden, werden hiervoor speciaal getraind. In de controlegroep werd de standaardzorg geleverd, met routinematig geplande huisbezoeken. Alle vrouwen die postnatale zorg kregen aangeboden, kwamen in aanmerking voor inclusie. De RCT’s zijn door de Cochrane-auteurs beoordeeld op het risico op vertekening van de resultaten (risk of bias) aan de hand van 7 kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de RCT’s varieerde, en slechts bij 1 van de RCT’s was het risico op vertekening laag.<sup>2</sup> De andere RCT’s scoorden voldoende op geen enkele tot 3 van de 7

kwaliteitscriteria. In tabel 10 staan kenmerken van de geselecteerde onderzoeken en de risico's op vertekening beschreven.

### Keuze uitkomstmaten

In lijn met de Grade-methodiek stelde de werkgroep vast welke uitkomsten het meest relevant ('critical') worden geacht voor het bepalen van het optimale aantal contactmomenten. Bij de maternale uitkomsten is gekozen voor 'ernstige hypertensieve complicaties (HELLP/pre-eclampsie)', 'nabloeding', 'infecties (koorts)', 'trombo-embolische processen', 'psychiatrische aandoeningen (o.a. depressie)'. Deze uitkomsten vormen de belangrijkste maternale complicaties, zoals ook wordt besproken in hoofdstuk 4 (tabel 4.1 'alarmsymptomen, en paragraaf 4.6.3 over 'acute psychische problemen'). Bij het kind is gekozen voor 'neonatale mortaliteit', 'hyperbilirubinemie' en 'infecties (koorts/sepsis)'.

## Resultaten

### Maternale uitkomsten

Alleen voor de uitkomstmaten 'nabloeding', 'infecties (koorts)' en 'psychiatrische aandoeningen (onder andere depressie)' zijn resultaten beschikbaar. Meta-analyses zijn niet verricht; de resultaten zijn steeds uit één enkel onderzoek afkomstig (zie bijlage 5, tabel 1 maternale uitkomsten). 'Nabloeding' en 'infecties (koorts)' worden in het onderzoek van Bashour gerapporteerd.<sup>4</sup> Er is voor beide resultaten geen significant verschil tussen de interventie- en controlegroep. De kwaliteit van deze bevinding is laag. De aanwezigheid van een depressie is beoordeeld in het onderzoek van MacArthur et al.<sup>2</sup> In de interventiegroep wordt significant minder vaak een EPDS-score  $\geq 13$  gerapporteerd dan in de controlegroep. De kwaliteit van deze bevinding wordt als redelijk ('moderate') beoordeeld door de werkgroep. Dat betekent dat dit *waarschijnlijk* een werkelijk bestaand effect is, maar mogelijk ook niet. De belangrijkste reden daarvoor is dat een EPDS-score gebaseerd zijn op zelfrapportage. Het is een indirecte uitkomstmaat en op zichzelf geen diagnose van depressie. Dit resultaat wordt nog wel ondersteund door een andere uitkomst in ditzelfde onderzoek. Het mentale welbevinden, gemeten met de MCS (Mental Component Score) is significant hoger in de interventiegroep. De kwaliteit van deze bevinding is hoog. Er is in ditzelfde onderzoek geen verschil in fysieke maternale uitkomsten gemeten met een PCS (Physical Component Score). MacArthur concludeert dat flexibele zorg op maat kan bijdragen aan een hogere maternale mentale gezondheid vier maanden postpartum.<sup>2</sup> Volgens de auteurs is dit verschil waarschijnlijk te verklaren door de zorg op maat die in de interventiegroep aangeboden is, en niet door een klein verschil in het aantal huisbezoeken.

### Neonatale uitkomsten

Alle beschikbare neonatale resultaten komen uit de onderzoeken van Ransjö-Arvidsen en Bashour (zie bijlage 5, tabel 2 neonatale uitkomsten).<sup>6</sup> Voor geen van de bevindingen zijn significante verschillen gevonden tussen de controle- en de interventiegroep. De kwaliteit van de bevindingen is laag (mortaliteit, hyperbilirubinemie) tot zeer laag (infectie).

### Overwegingen

Naar de mening van de werkgroep ondersteunen de uitkomsten van het literatuuronderzoek het *cliëntgericht* aanbieden van postnatale huisbezoeken door de verloskundige. Dat wil zeggen dat het moment waarop huisbezoeken worden afgelegd en het aantal huisbezoeken worden afgestemd op de wensen en behoeften van moeder en kind. Het minimaal wenselijke aantal contacten (zie paragraaf 6.2) moet daarbij worden worden gewaarborgd.

Een extra argument voor zorg op maat komt uit de cliëntfocusgroep. Vrouwen gaven tijdens deze focusgroep aan dat het wenselijk is dat een verloskundige een bezoek kan afleggen na het afsluiten van de zorg door de kraamverzorgende. Dit vult een lacune op tussen de zorg in de eerste week postpartum en de start van de zorg door de JGZ.

Ook aanhoudende postpartumblues of aanwezigheid van andere problemen of ongemakken kunnen aanleiding zijn om het afsluitende bezoek van de verloskundige te plannen in de tweede week postpartum, na het vertrek van de kraamverzorgende. Bij aanhoudende problemen moet bij het afsluitende bezoek ook een eventuele overdracht naar andere zorgverleners worden besproken. In de module over organisatie van postnatale zorg (hoofdstuk 6) wordt nader ingegaan op het cliëntgericht plannen van postnatale zorg, en op de samenwerking met en overdracht naar andere zorgverleners.

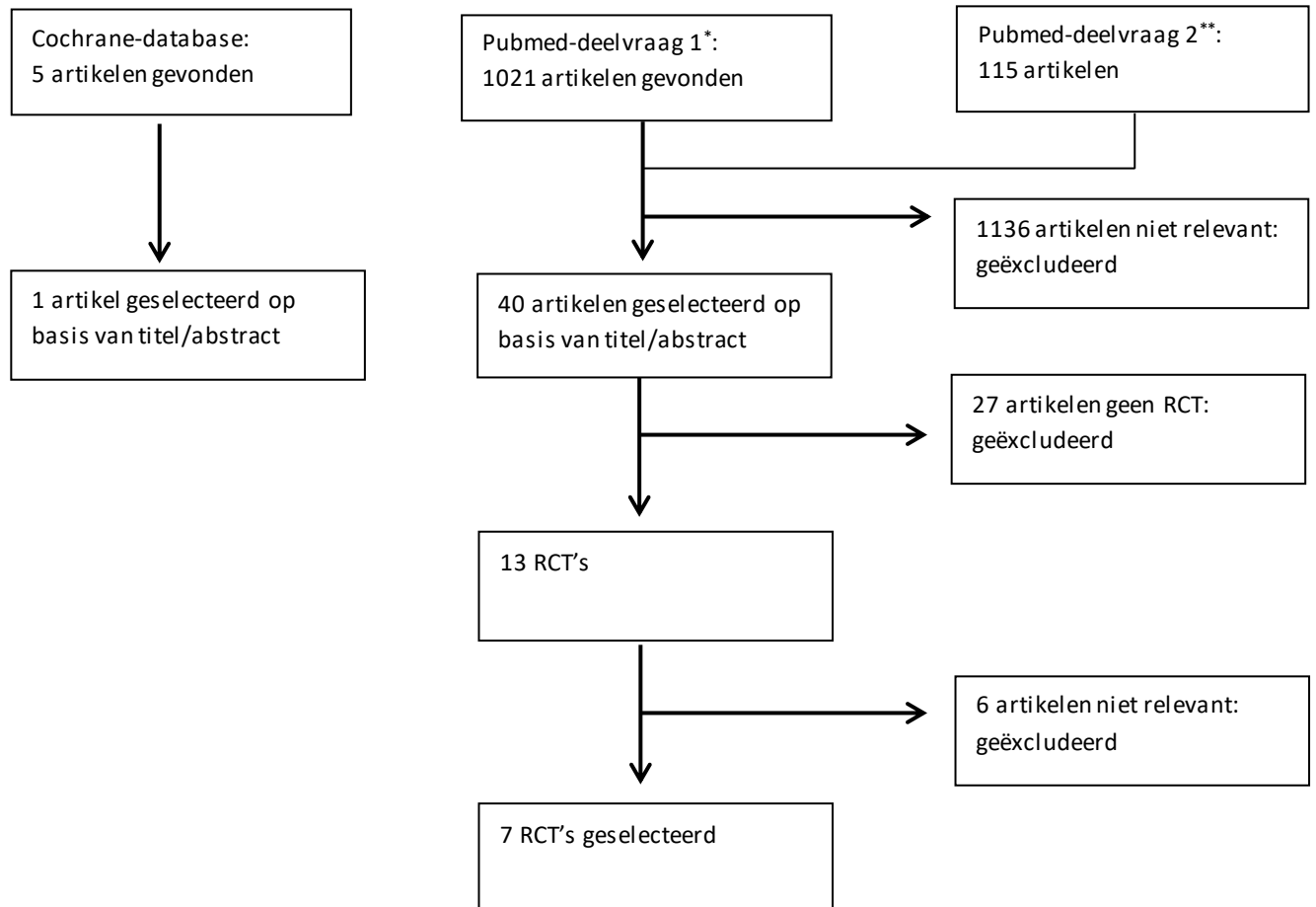
## Referenties

1. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD009326.
2. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9304):378-85.
3. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: the Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(3):263-70.
4. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs*. 2008;25(2):115-25.
5. Christie J, Bunting B. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(6):689-702.
6. Ransjo-Arvidson AB, Chintu K, Ng'andu N, Eriksson B, Susu B, Christensson K, et al. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):385-91.
7. Steel O'Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. *Can J Public Health*. 2003;94(2):98-103.



## Bijlage 5 Stroomdiagram literatuursearch optimaal aantal contactmomenten

Uitgangsvraag: Wat zijn de optimale momenten voor postnatale contacten?



\*Deelvraag 1: optimale momenten en frequentie van postnatale contacten voor de moeder

\*\*Deelvraag 2: optimale momenten en frequentie van postnatale contacten voor de neonat

Bijlage 5 tabel 1 Samenvatting maternale uitkomsten (Grade table: summary of findings)

| Meer postnatale controles vergeleken met minder postnatale controles voor maternale morbiditeit                     |                                         |                                                                                                 |                           |                              |                                   |                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Outcomes                                                                                                            | Anticipated absolute effects* (95% CI)  |                                                                                                 | Relative effect (95% CI)  | No of participants (studies) | Quality of the evidence (GRADE)** | Comments                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                     | Risico bij minder postnatale controles  | Risico bij meer postnatale controles                                                            |                           |                              |                                   |                                                                                                                                                                        |
| Nabloeding<br>Beoordeeld met:<br>zelfrapportage in<br>semigestructureerd<br>interview<br>follow-up: 4 maanden       | <b>Study population</b>                 |                                                                                                 | RR 0.62<br>(0.33 to 1.15) | 577<br>(1 RCT)               | ⊕⊕○○<br>LOW <sup>1,2,3</sup>      | Bashour, 2008. Relatief Risico zelf berekend, interventiegroep A vergeleken met interventiegroep B als controlegroep                                                   |
|                                                                                                                     | 85 per 1000                             | <b>53 per 1000</b><br>(28 tot 98)                                                               |                           |                              |                                   |                                                                                                                                                                        |
| Koorts maternaal<br>Beoordeeld met:<br>zelfrapportage in<br>semigestructureerd<br>interview<br>follow-up: 4 maanden | <b>Study population</b>                 |                                                                                                 | RR 1.15<br>(0.81 to 1.63) | 581<br>(1 RCT)               |                                   | Bashour, 2008. Relatief Risico zelf berekend, interventiegroep A vergeleken met interventiegroep B als controlegroep                                                   |
|                                                                                                                     | 167 per 1000                            | <b>192 per 1000</b><br>(135 tot 272)                                                            |                           |                              |                                   |                                                                                                                                                                        |
| Depressie<br>Beoordeeld met EPDS<br>score ≥ 13<br>follow-up: 42 dagen                                               | <b>Study population</b>                 |                                                                                                 | RR 1.47<br>(1.13 to 1.92) | 1068<br>(1 RCT)              | ⊕⊕⊕○<br>MODERATE <sup>4,5</sup>   | Mc. Arthur, 2002. McArthur HTA rapport 2003. De gemiddelde depressiescore was in de controlegroep 8.06 en in de interventiegroep 6.40. (MD -2,68, BI -3.46 tot - 1.89) |
|                                                                                                                     | 144 per 1000                            | <b>212 per 1000</b><br>(163 tot 277)                                                            |                           |                              |                                   |                                                                                                                                                                        |
| Welbevinden<br>beoordeeld met:<br>vragenlijst, MCS- score<br>follow-up: 42 dagen                                    | Gemiddelde MCS-score is<br><b>47.54</b> | Gemiddelde MCS score in de interventiegroep is<br><b>2.96 hoger</b> (1.16 hoger tot 4.77 hoger) | -                         | 1068<br>(1 RCT)              | ⊕⊕⊕⊕<br>HIGH                      | Mc. Arthur, 2002. McArthur HTA rapport 2003.<br>Een hogere MCS-score betekent een hoger maternaal welbevinden                                                          |

\*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio; MD: Mean difference

\*\* GRADE Working Group grades of evidence

**High quality:** We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect

**Moderate quality:** We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different

**Low quality:** Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect

**Very low quality:** We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

selectiebias, blokrandomisatie onduidelijk uitgevoerd, 2. zelfrapportage, 3. assessmentuitkomsten niet goed geblindeerd, 4. zelfrapportage, aangevuld met dossieronderzoek maar slechtere dossiervoering in de controlegroep, 5. EPDS-score ≥13 is geen diagnose

Bijlage 5 tabel 2 Samenvatting neonatale uitkomsten (Grade table: summary of findings)

| Meer postnatale controles vergeleken met minder postnatale controles voor neonatale morbiditeit en mortaliteit                             |                                           |                                      |                             |                                 |                                       |                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Outcomes                                                                                                                                   | Anticipated absolute effects*<br>(95% CI) |                                      | Relative effect<br>(95% CI) | No of participants<br>(studies) | Quality of the evidence<br>(GRADE) ** | Comments                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                            | Risico bij minder postnatale controles    | Risico bij meer postnatale controles |                             |                                 |                                       |                                                                                                                                                                          |
| Mortaliteit<br>follow-up: 42 days                                                                                                          | <b>Study population</b>                   |                                      | RR 0.84<br>(0.26 to 2.72)   | 985<br>(2 RCTs)                 | ⊕⊕○○<br>LOW <sup>1,2</sup>            | Bashour 2008, 2 interventiegroepen groep A en groep B. Ransjo- Arvidsen 1998. Relatief risico zelf berekend, Interventiegroep A vergeleken met groep B als controlegroep |
|                                                                                                                                            | 12 per 1000                               | <b>10 per 1000</b><br>(3 to 33)      |                             |                                 |                                       |                                                                                                                                                                          |
| Hyperbilirubinemie<br>Beoordeeld met:<br>zelfrapportage in semi<br>gestructureerd interview<br>follow up: 42 days                          | <b>Study population</b>                   |                                      | RR 0.88<br>(0.71 to 1.11)   | 568<br>(1 RCT)                  | ⊕⊕○○<br>LOW <sup>1,3</sup>            | Bashour 2008, 2 interventiegroepen groep A en groep B. Ransjo- Arvidsen 1998. Relatief risico zelf berekend, Interventiegroep A vergeleken met groep B als controlegroep |
|                                                                                                                                            | 372 per 1000                              | <b>327 per 1000</b><br>(264 to 412)  |                             |                                 |                                       |                                                                                                                                                                          |
| Infectie<br>Beoordeeld met: respiratory<br>tract infection<br>(gerapporteerd door<br>verloskundige)<br>follow up: 42 days                  | <b>Study population</b>                   |                                      | RR 0.39<br>(0.12 to 1.22)   | 352<br>(1 RCT)                  | ⊕⊕○○<br>LOW <sup>1,4</sup>            | Ransjo-Arvidson 1998                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                            | 57 per 1000                               | <b>22 per 1000</b><br>(7 to 70)      |                             |                                 |                                       |                                                                                                                                                                          |
| Infectie<br>Beoordeeld met: resp tract<br>inf ( 'cold/cough'<br>zelfrapportage in semi-<br>gestructureerd interview)<br>follow up: 42 days | <b>Study population</b>                   |                                      | RR 0.97<br>(0.84 to 1.13)   | 572<br>(1 RCT)                  | ⊕○○○<br>VERY LOW <sup>1,3,4</sup>     | Bashour 2008, 2 interventiegroepen groep A en groep B. Ransjo- Arvidsen 1998. Relatief risico zelf berekend, Interventiegroep A vergeleken met groep B als controlegroep |
|                                                                                                                                            | 553 per 1000                              | <b>537 per 1000</b><br>(465 to 625)  |                             |                                 |                                       |                                                                                                                                                                          |

\*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

\*\* GRADE Working Group grades of evidence

**High quality:** We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect

**Moderate quality:** We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different

**Low quality:** Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect

**Very low quality:** We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

1. selectiebias bij randomisatie, 2. brede betrouwbaarheidsintervallen, kleine aantallen, 3 zelfrapportage, 4 onduidelijkheid over ernst van de gerapporteerde infecties

## Bijlage 5 tabel 3 (A en B): Geselecteerde studies

| MEER VERSUS MINDER POSTNATALE BEZOEKEN |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |                                              |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auteur, jaartal                        | Studiedesign, inclusie                                                                                                                                                                               | Interventie                                                                    | Controle                                     | Methode/Uitkomstmaten                                                                                                                                                         | Opmerkingen                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Ransjo-Arvidsen; 1998                  | RCT                                                                                                                                                                                                  | 4 huisbezoeken (3-7-28-42d)                                                    | 1 huisbezoek bij 42 dg                       | KIND, MOEDER: assessment door arts in ZH 42 dgn pp; verder is dossier (health records) bijgehouden tijdens huisbezoeken                                                       | Zambia: ontwikkelingsland, maar wel in stedelijk gebied, vanuit universiteits-ZH, met goede zorg-infrastructuur                                                                                                                                                                |
| Zambia, Lusaka                         | Geselecteerd/ 3 aan 3 'gerandomiseerd' vanuit het opnameboek van de 'postnatal ward'. Standaardbeleid is ontslag naar huis 8-12 uur postpartum.<br><br>Inclusie: normale à terme-baring; gezond kind | n=208                                                                          | n=200                                        | Gezondheidsproblemen 42 dgn pp<br>KIND: neonatale mortaliteit/neonatale morbiditeit mbv diagnose pediater bij 42 wk;<br>MOEDER: ernstige morbiditeit = artsbezoek door moeder | Voldoet aan inclusiecriteria<br><br>Mogelijke risico's op vertekening:<br>Geen goede randomisatie (selectiebias); niet goed geblindeerd voor uitkomsten (detection bias); incomplete data (attrition bias); betere rapportage bij meer huisbezoeken (reporting bias),          |
| Bashour 2008                           | RCT<br>Blockrandomisatie (blocks van 7), 903 gerandomiseerd (3x301)                                                                                                                                  | A: 4 huisbezoeken (1-3-7-30d); n=285                                           | B: 1 huisbezoek (dag 3); n=294               | Semigestructureerd interview door getrainde interviewers tijdens een thuisbezoek 4 mnd pp                                                                                     | Damascus: westers niveau van zorg ten tijde van onderzoek.<br><br>Voldoet aan inclusiecriteria<br>Mogelijke risico's op vertekening:<br>Onduidelijke blockrandomisatie (selectiebias); niet goed geblindeerd voor uitkomsten (detection bias); zelfrapportage (reporting bias) |
| Syrie, Damascus                        | Inclusie: à terme, na CS of vaginale geboorte; kind > 2500 gram en gezond,<br><br>Standaardbeleid in en rond Damascus is "geen postnatale zorg" en wel vroeg ontslag, ook na CS                      | Huisbezoek: check-up en support/educatie, door speciaal getrainde vroedvrouwen | C: vroeg ontslag, geen postnatale zorg n=297 | KIND ; MOEDER: neonatale en maternale morbiditeit met een veelheid aan gezondheidsuitkomsten; (zie artikel/Cochrane-review)                                                   | groep A als interventiegroep en groep B als controlegroep beschouwen (4 vs 1 huisbezoeken). RR zelf berekend (Cochrane vergelijkt 4 vs 0 en 1 vs 0 in de meta-analyse)                                                                                                         |

| Verschillende vormen van het aanbieden van postnatale zorg |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auteur, jaartal                                            | Studiedesign, inclusie                                                                                                                                                                            | Interventie                                                                                                                                                                                   | Controle                                                                                                                                                                             | Methode/Uitkomstmaten                                                                                                                                                                                                                    | Opmerkingen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Steel 2003                                                 | RCT                                                                                                                                                                                               | Tel na ontslag + 2 geplande huisbezoeken binnen 10 d./tel screening op 1e werkdag na ontslag; gericht op voeding en gezondheid pasgeborene, welbevinden moeder                                | Tel na ontslag + alleen (extra) huisbezoek op verzoek moeder of indicatie// tel screening op 1e werkdag na ontslag; gericht op voeding en gezondheid pasgeborene, welbevinden moeder | Telefonische interviews bij 2 en 4 weken postpartum, aangevuld met gegevens uit medische dossier<br><br>KIND: BV; gezondheidsproblemen+gebruik van gezondheidszorg voor de pasgeborene; MOEDER Maternal Confidence; KOSTEN EFFECTIVITEIT | Nb geen informatie over thuiskomst na geboorte kind en verschillen tussen sites//in de helft van de controlegroep minstens 1 visite (dat was voorheen gebruikelijke zorg)// NB de twee onderzoeks sites verschillen in kenmerken moeder, in zorg, en voor sommige resultaten.<br><br>Voldoet aan inclusiecriteria<br>Mogelijke risico's op vertekening:<br>Uitkomsten met interview gemeten: (detection bias); missende data (attrition bias); overig: verschillen in uitvoering tussen de sites<br>Lage generaliseerbaarheid van resultaten ivm verschillen tussen sites. (imprecision) |
| Canada, Ontario                                            | Inclusie: Primi, eenling, vaginale bevalling, ontslag uit ZH < 48 uur. Inclusie van twee universitaire centra.<br><br>Site A: ivgroep: 174/controle 184;<br><br>Site B: ivgroep 179; controle 196 | Site A: 237 visits; site B: 300 visits                                                                                                                                                        | Site A: 11 visits; site B: 16 visits                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| MacArthur 2002                                             | RCT<br>Cluster design: 36 general practices (GP) als eenheid voor randomisatie                                                                                                                    | Flexibel aanbod van postnatale zorg op basis van 'symptom checklist' bij 1e huisbezoek +EBM aanbevelingen, huisbezoeken tot 28 dgn pp, en nacontrole bij 10-12 wkn door speciaal getrainde VK | Routine postnatale zorg = huisbezoeken tot 10-14 dagen, en nacontrole bij 6-8 wk door GP                                                                                             | KIND, niet gemeten, was niet het doel van het onderzoek.<br>MOEDER, gezondheids/welbevinden moeder oa EPDS en MCS.<br>Secundair: o.a women's views; health services usage, en professional views about care.<br>KOSTEN EFFECTIVITEIT     | Postnatale zorg werd geleverd door verloskundigen (geen kraamzorg).<br><br>De interventie is een complexe zorginnovatie, een combinatie van flexibel aanbod ( oa op basis van checklist bij huisbezoeken en evidence based zorgaanbod) vergeleken met 'standaard zorg' die op routine observaties en handelingen is gebaseerd.<br><br>Voldoet aan inclusiecriteria<br>Mogelijke risico's op vertekening:<br>Incomplete uitkomsten en zelfrapportage; aanvulling met dossier onderzoek was gebrekiger in de controlegroep (attrition bias)                                                |
| Engeland, West-Midlands                                    | inclusie: alle vrouwen die in aanmerking komen voor postnatale zorg kwamen in aanmerking. Inclusie uitgevoerd door de VK die bij de GP hoort                                                      | 1087 vrouwen                                                                                                                                                                                  | 977 vrouwen                                                                                                                                                                          | Vragenlijst moeder aangevuld met dossier onderzoek in records van de VK, en dagboeken van de moeders                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                   |                                                                                        |                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Standaard zorg is: max 7 VK huisbezoeken in 1e 14 dagen, en daarna health visitors (HV) (+/- vergelijkbaar JGZ) en bij 6 wk een na controle door de huisarts. | (gemiddeld 6 huisbezoeken); 1,67 (BI 0,95-2,39) bezoek meer dan in controlegroep. (NB Op basis dagboek vrouwen was het aantal huisbezoeken 5,82 ) | gemiddeld 4.07 huisbezoeken. (NB op basis van de dagboeken waren er 5.99 huisbezoeken) | Auteurs suggereren dat vooral de systematiek van de bezoeken (afgestemd op de vrouwen), en niet het aantal bezoeken bijdraagt aan de betere mentale uitkomsten na 6 wk |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Bijlage 5 Tabel 4: Geëxcludeerde studies

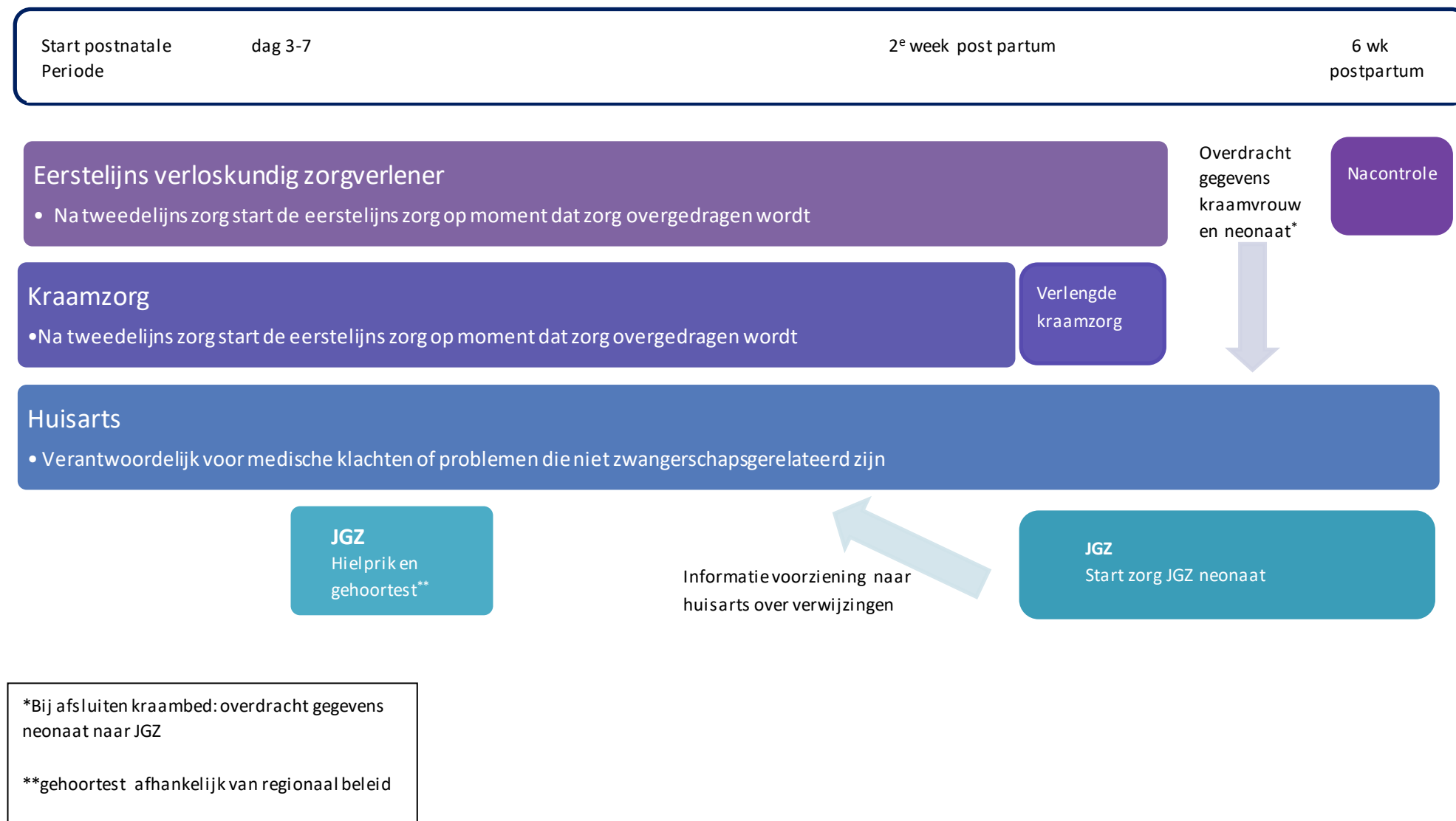
| Auteur, jaartal                                                   | Studiedesign, inclusie                                                                                                   | Interventie                                                                                | Controle                                                                       | Opmerkingen; reden voor exclusie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meer of minder huisbezoeken</b>                                |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Christie 2011</b><br><br>Noord-Ierland, (1 health region)      | RCT<br><br>Cluster design: Health visitor als eenheid van randomisatie, cliënten worden toegewezen op basis van postcode | 6 huisbezoeken tussen 10 <sup>e</sup> en 42 <sup>e</sup> dag door health visitor           | 1 huisbezoek tussen 10 <sup>e</sup> en 14 <sup>e</sup> dag door health visitor | Alle deelnemers ontvingen gebruikelijke zorg van een verloskundige tijdens 1 <sup>e</sup> 10-14 dagen.<br><br>Dit onderzoek geeft geen informatie in verschil in aantal medische checks in de 1 <sup>e</sup> 10-14 dagen pp. evt verschil geeft alleen informatie over aanvullende zorg na 2 wk<br><br><b>Niet includeren, geeft geen antwoord op aantal check ups 1e week</b> |
| <b>Aksu 2010</b><br><br>Turkije, Aydin                            | RCT                                                                                                                      | 3 dg pp thuisbezoek met advies en support voor BV                                          | Alleen standaard zorg                                                          | Vrouwen in beide groepen kregen standaard zorg, inclusief borstvoedings educatie in het ziekenhuis. Geen verschil in check-ups, alleen in BV-ondersteuning<br><b>niet includeren</b>                                                                                                                                                                                           |
| <b>Morell, 2000</b><br><br>Engeland, Sheffield                    | RCT, uitgevoerd in twee tertiaire ZH                                                                                     | Aanvullende ondersteuning door 'community support workers'                                 | Routine postnatale zorg                                                        | Alle deelnemers ontvingen gebruikelijke zorg van een verloskundige. Geen verschil in check-ups, alleen in extra ondersteuning<br><b>Niet includeren</b>                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Verschillende vormen van het aanbieden van postnatale zorg</b> |                                                                                                                          |                                                                                            |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Kronborg 2007</b><br><br>Denemarken,                           | RCT                                                                                                                      | BV interventie (gestructureerde training voor Health Visitor; HV legde 1-3 huisbezoeken af | Routine zorg : 1-3 huisbezoeken, zonder gestructureerde training               | Onduidelijk of huisbezoeken ook medische check-up omvat. Interventie alleen gericht op BV ondersteuning<br><br><b>Niet includeren</b>                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                               |     |                                          |                                                                                      |                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Eén huisbezoek na ontslag uit het ziekenhuis wordt vergeleken met één ziekenhuisbezoek</b> |     |                                          |                                                                                      |                                                                                                                                                         |
| <b>Lieu 2000</b><br><br>VS; Sacramento (Californië)                                           | RCT | 1 huisbezoek < 48 uur na ontslag         | Standaard zorg = Consult kinderarts <48 uur                                          | Onderzoek zegt alleen iets over verschil verloskundige thuis/ kinderarts ziekenhuis, niets over verschillend aantal check-ups<br><b>Niet includeren</b> |
| <b>Escobar; 2001</b><br><br>VS, Santa Clara (Californië)                                      | RCT | 1 home visit < 48 uur na ontslag         | Standaard zorg = groeps-sessie (of voor multiparae evt pediatrisch consult) < 48 uur | Onderzoek zegt niets over verschillend aantal check-ups<br><br><b>Niet includeren</b>                                                                   |
| <b>Gagnon 2002</b>                                                                            | RCT | Telefoon < 48 uur + huisbezoek 3-4 dg pp | Telefoon < 48 uur, consult 3-4 dgn pp                                                | Onderzoek zegt niets over verschillend aantal check-ups                                                                                                 |

|                                          |     |                                                                                         |                                                       |                                                                                   |
|------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Canada, Montreal (Quebec)                |     |                                                                                         |                                                       | <b>Niet includeren</b>                                                            |
| <b>Paul 2012</b><br><br>VS, Pennsylvania | RCT | Huisbezoek < 48 uur na ontslag<br>Neonatale afspraak 1 week na huisbezoek / 5-14 dgn pp | Followup in ZH,<br><br>Neonatale afspraak 5-14 dgn pp | Onderzoek zegt niets over verschillend aantal check-ups<br><b>Niet includeren</b> |



## Bijlage 6 Stroomdiagram postnatale zorg



## Bijlage 7    Overzicht postnatale basiszorg

Tabel 1 Overzicht postnatale basiszorg door de verschillende zorgverleners

|                                                                                               | Eerste 24 uur na de bevalling                      | Tweede tot zevende dag na de bevalling                                                                                                  | Tweede tot zesde week na de bevalling                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <i>Verloskundige-zorgverlener</i>                                                             | Aanwezig na bevallingen/of bezoek in eerste 24 uur | Bezoek op tweede dag, en op derde of vierde dag<br><br>Als de verloskundige de hielprik doet: extra bezoek tussen vierde en zevende dag | Afsluitend bezoek, nacontrole in of rond de zesde week    |
| <i>Kraamverzorgende</i>                                                                       | Aanwezig                                           | Dagelijks aanwezig                                                                                                                      | Afsluitende zorgdag (zevende tot tiende dag)              |
| <i>Huisarts</i>                                                                               |                                                    | Indien gewenst een sociaal bezoek                                                                                                       | Eventueel huisbezoek na tiende dag                        |
| <i>Jeugdverpleegkundige</i>                                                                   |                                                    | Als JGZ-verpleegkundige de hielprik doet: bezoek tussen de vierde en zevende dag (dan ook gehoorscreening)                              | In elk geval een huisbezoek vóór het eind van tweede week |
| <i>Jeugdarts</i>                                                                              |                                                    |                                                                                                                                         | Lichamelijk onderzoek kind op consultatiebureau in week 4 |
| Zie tabel 2 voor een totaaloverzicht van de medische controles en voorlichting per tijdframe. |                                                    |                                                                                                                                         |                                                           |

**Tabel 2 Overzicht (minimale) controles en thema's van voorlichting bij postnatale huisbezoeken**

| Moment huisbezoek                                 | Medische controles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Thema's voorlichting en onderwerpen van evaluatie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eerste 24 uur na de bevalling                     | <p>Moeder:</p> <p>Stand fundus uteri</p> <p>Maternale temperatuur</p> <p>Mate van bloedverlies</p> <p>Kind:</p> <p>Algehele gezondheid van het kind, incl. lichamelijk onderzoek</p> <p>Mate van icterus</p> <p>Temperatuur</p>                                                                                                                                  | <p>Lichamelijk herstel: normaal herstel met aandacht voor verschil in herstel afhankelijk van het verloop van de bevalling en pariteit</p> <p>Beladvies bij symptomen van pathologie, incl. tijdige mictie</p> <p>Hygiëne</p> <p>Voeding van het kind</p> <p>Vitamine K-suppletie</p> <p>Aangifte bij de gemeente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tweede tot zevende dag na de bevalling            | <p>Moeder:</p> <p>Bloeddrukmeting 24-48 uur na de bevalling</p> <p>Tot en met 5<sup>e</sup> dag stand fundus uteri</p> <p>Tot en met 5<sup>e</sup> dag maternale temperatuur</p> <p>Mate van bloedverlies</p> <p>Vanaf 3<sup>e</sup> dag informeren naar ontlasting</p> <p>Kind:</p> <p>Mate van icterus</p> <p>Neonatale temperatuur</p> <p>Gewichtsverloop</p> | <p>Lichamelijk en psychosociaal herstel</p> <p>Leefstijl</p> <p>Seksualiteit en anticonceptie, indien gewenst</p> <p>Contact en gedrag van het kind: huilen, slapen, tegengaan voorkeurshouding</p> <p>Transitie naar ouderschap: contact maken met het kind, lichamelijk contact, veranderende rolverdeling</p> <p>Algehele gezondheid kind</p> <p>Hyperbilirubinemie</p> <p>Voeding van het kind</p> <p>Vitamine K en D vanaf de achtste dag</p> <p>Hielprik en gehoorscreening</p> <p>Veiligheid (van het kind)</p> <p>Nabespreking van de bevalling, liefst door verloskundige die betrokken was bij de bevalling</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Tweede tot zesde week na de bevalling             | <p>Moeder:</p> <p>Bloeddrukmeting</p> <p>Kind:</p> <p>Mate van icterus</p> <p>Neonatale temperatuur</p> <p>Gewichtsverloop</p>                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Lichamelijk en psychosociaal herstel (incl. stemming/ postpartumblues)</p> <p>Jeugdgezondheidszorg</p> <p>Informatie zorgoverdracht</p> <p>Seksualiteit en anticonceptie (indien gewenst)</p> <p>Inschrijven bij de zorgverzekering</p> <p>Algehele gezondheid van het kind</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nacontrole in 6 <sup>e</sup> week na de bevalling | <p><i>Standaard, bij alle vrouwen:</i></p> <p>Bloeddrukmeting</p> <p><i>Op verzoek of indicatie:</i></p> <p>Ander lichamelijk onderzoek: controle van het perineum, involutie van de uterus.</p> <p>Hb-bepaling bij anemie</p>                                                                                                                                   | <p>Lichamelijk herstel: vloeien, menstruatie, bekkenbodemp, urine- en fecale incontinentie</p> <p>Psychosociaal herstel: stemming (depressie/PTSS-klachten), transitie naar ouderschap, hechting met kind, relatie met partner</p> <p>Informeren gezondheid kind incl. voeding</p> <p>Leefstijl (beweging en sporten, voeding, roken, alcohol)</p> <p>Hervatting van werk en regelgeving rondom borstvoeding, en werk- en rusttijden</p> <p>Seksualiteit en anticonceptie (indien gewenst)</p> <p>Vrouwen met complicaties tijdens de zwangerschap (bijvoorbeeld een hypertensieve aandoening, diabetes of een vroeggeboorte) krijgen specifieke voorlichting en adviezen.</p> <p>Preconceptioneel advies</p> <p>Evaluatie: - de bevalling<br/>- de verloskundige-zorgverlening tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum<br/>- voldoende sociale steun?<br/>- Vroegsignalering van problemen in de gezinssituatie</p> |

## Bijlage 8 Verslag cliënten focusgroepen

Via twee cliëntenfocusgroepen is er aandacht besteed aan het cliëntenperspectief. Dit is het verslag van deze cliëntenfocusgroepen.

### Doel

Vanuit cliëntenperspectief inzichtelijk maken wat de verwachtingen zijn over postnatale zorg en de nacontrole, en hoe de zorg in de postnatale periode en tijdens de nacontrole is ervaren.

### Opzet

Ruim 120 vrouwen zijn via hun verloskundig zorgverlener aangeschreven om deel te nemen aan de focusgroepbijeenkomsten. In totaal hebben zes vrouwen deelgenomen, die op het moment van deelname zes weken tot driemaanden ervoor waren bevallen. Bij drie vrouwen gaat het om het eerste kind, bij de andere drie om het tweede. Vier vrouwen zijn thuis bevallen. Drie vrouwen namen deel aan een Centering Pregnancy-groep.

### Verwachtingen over de postnatale zorg en de nacontrole

De vrouwen uit de cliëntenfocusgroep hadden geen specifieke verwachtingen over de zorg in de kraamperiode. Tijdens de prenatale controles is hun verteld welke zorgverleners in de kraamperiode langs zouden komen. Het was voor de vrouwen echter onduidelijk wanneer ze zouden langskomen en wat de taak van deze zorgverleners zou zijn.

### Ervaringen met de postnatale zorg en de nacontrole

**Ondersteuning:** De vrouwen ervoeren de kraamzorg als 'zeer prettig', omdat ze veel informatie kregen en waar nodig hulp. Ondanks dat was aangegeven dat de verloskundige in de avond en nacht bereikbaar was, hadden de vrouwen echter het gevoel er in de avond en nacht alleen voor te staan. Zij hadden behoefte aan een telefoonnummer dat ze bij vragen ook 's avonds en 's nachts kunnen bellen, zonder dat ze het gevoel hebben iemand wakker te bellen. Eén vrouw vond het gewenst dat dat de kraamverzorgende de eerste nacht na de bevalling aanwezig blijft.

**Huisbezoeken in de kraamperiode:** Bij alle vrouwen uit de focusgroep legde de verloskundige drie tot vier huisbezoeken af. De kraamperiode werd afgesloten op de zevende of achtste dag na de bevalling. De huisbezoeken in de kraamperiode werden door uiteenlopende verloskundigen afgelegd. Vooral als de kraamperiode minder goed verloopt (veel kraamtranen), wordt dit als niet prettig ervaren. Niet alle vrouwen hebben de verloskundige die de bevalling heeft begeleid teruggezien in de kraamperiode; sommigen hadden daardoor niet de mogelijkheid om de bevalling na te bespreken. De vrouwen in de focusgroep vinden het wenselijk dat de verloskundige die de bevalling heeft begeleid binnen 48 uur na de bevalling een huisbezoek aflegt; later in de kraamperiode wordt zo'n nabespreking minder relevant.

**Zorg voor moeder en kind:** De zorg voor het kind (door de verloskundige) was voor de moeders minder zichtbaar dan de zorg die de verloskundige aan de moeders zelf besteedde. Daarnaast vonden zij de afbakening van taken tussen de kraamverzorgende en de verloskundigen niet duidelijk. Zij vonden het ook onduidelijk welke zorgverlener ze waarvoor konden benaderen in de postnatale periode. Enkele moeders gaven aan dat ze het idee hadden dat de verloskundige en kraamverzorgende de controles bespraken zonder hen daarin te betrekken. De vrouwen hadden wisselende ervaringen met hulp bij de voeding; niet iedereen vond dat de ondersteuning van de kraamverzorgende of verloskundige toegevoegde waarde had. Een van de vrouwen kreeg langer kraamzorg. Een andere vrouw nam na het afsluiten van de kraamperiode contact met de huisarts op. Er valt volgens de vrouwen een gat in de postnatale zorg tussen het afsluiten van de kraamperiode door de kraamverzorgende en verloskundige en het eerste bezoek op het consultatiebureau, dat vooral op het kind gericht is. De vrouwen vonden het wenselijk dat de zorg van de verloskundige meer wordt gespreid, zodat de kloof tot de eerste controle op het consultatiebureau wordt overbrugd.

**Transitie naar het ouderschap:** De ervaringen van de vrouwen variëren van het aan de orde stellen van dit onderwerp in de Centering Pregnancy-groep of bij een zwangerschapscursus, tot helemaal geen aandacht besteden aan de transitie en ook de partner er niet bij betrekken. Meer aandacht voor de transitie naar het ouderschap en balans in de vernieuwde gezinssamenstelling is volgens hen wenselijk.

**Anticonceptie:** Bespreking van anticonceptie zou meer op het individu moeten worden afgestemd, vinden de vrouwen. Een vrouw uit de focusgroep had te maken met vruchtbaarheidsproblematiek; zij signaleerde dat dit niet in aanmerking werd genomen bij het afsluiten van de kraamperiode of bij de nacontrole.

**Nacontrole:** Van de zes vrouwen hebben er twee geen nacontrole gehad. Drie vrouwen kregen de nacontrole in de Centering Pregnancy-groep. Wat bij de nacontrole aan bod komt en wat het doel ervan is, was onduidelijk voor de vrouwen. Ze vonden het al dan niet maken van een afspraak voor de nacontrole te vrijblijvend. Als de nacontrole zo belangrijk is, zou dit duidelijker aangegeven moeten worden. Een reminder om een afspraak voor de nacontrole te maken, zou de vrouwen ook helpen. De nacontrole in de Centering Pregnancy-groep werd als te generiek ervaren, doordat er geen lichamelijk onderzoek werd gedaan en doordat ook de individuele ervaringen met de bevalling niet werden nabesproken. Tijdens deze nacontroles werd wel veel gesproken over borstvoeding, en de sfeer werd als gezellig ervaren.

#### **Verbeterpunten en aanvullingen op de postnatale basiszorg volgens de cliëntenfocusgroep**

- Telefoonnummer dat 24 uur per dag bereikbaar is, waar je drie tot vier weken na de bevalling terecht kunt met al je vragen.
- Globaal overzicht van welke hulpverlener na de bevalling wanneer langskomt en wat die komt doen. Dit overzicht bij voorkeur al rond 36 weken zwangerschap bespreken.
- Duidelijkheid over welke zorgverlener wanneer en waarvoor bereikbaar is.
- Bericht geven aan de moeder over het tijdstip van huisbezoeken (bijvoorbeeld via een app, of een uur voor een huisbezoek). Of de dag en tijd vooraf afspreken met het gezin, zodat vrouwen meer controle hebben over de dagindeling en planning.
- De verloskundige die de bevalling heeft begeleid binnen 48 uur na de bevalling een huisbezoek laten afleggen om de bevalling na te bespreken.
- Meer maatwerk: de zorg meer afstemmen op het individu en het gezin.
- Meer continuïteit (niets steeds wisselende zorgverleners) bij de huisbezoeken aan het kraambed.
- Wenselijk geachte aantal controles door de verloskundige: één bezoek in de eerste week na de bevalling, één in de tweede week en één in de derde week.
- Bij de bezoeken op het consultatiebureau meer aandacht voor de moeder; de focus ligt nu op de groei van het kind.
- De nacontrole zou actiever aangeboden kunnen worden, of misschien standaardzorg kunnen worden.