

katholieke hogeschool  
associatie KU Leuven



## Zorgeloos naar huis

Een beschrijvende studie omtrent de  
informatiebehoefte van kersverse ouders

Studiegebied gezondheidszorg

Bachelor in de vroedkunde

Eindwerk aangeboden tot het  
Behalen van het diploma van  
Bachelor in de vroedkunde

Door Cocquyt Charlotte

i.s.m. Petra Injon  
Sofie Ommeslagh

Campus Brugge  
academiejaar 2014 - 2015

## Abstract

|                   |  |
|-------------------|--|
| Titel             | Zorgeloos naar huis, een beschrijvende studie omtrent de informatiebehoefte van kersverse ouders.  |
| Auteur            | Cocquyt Charlotte  |
| Afstudeerrichting | Bachelor in de Vroedkunde  |
| Promotoren        | Sofie Ommeslagh, zelfstandig vroedvrouw bij vroedvrouwenpraktijk 'De Oever'.<br>Petra Injon, vroedvrouw en docente vroedkunde aan de Vives Hogeschool campus Brugge. |

### *Inleiding:*

Deze bachelorproef peilt naar de informatiebehoefte van primipara's, met het oog op de actuele trend om de ligdagen te verkorten in Belgische ziekenhuizen en de postnatale thuiszorg hieraan aan te passen. De volgende onderzoeksvraag kan worden geformuleerd: 'Welke zijn de behoeftes die primipara's binnen de eerste weken postpartum ondervinden en hoe kan de organisatie van de postnatale zorgen hieraan aangepast worden?'

### *Methodologie:*

Na onderzoek in de literatuur, werden vragenlijsten opgesteld om te peilen naar de informatiebehoefte van primipara's. Deze vragenlijsten werden verspreid en terugbezorgd. De antwoorden werden verwerkt en beschreven in de resultaten.

### *Resultaten:*

Er wordt een groot informatietekort opgemerkt bij primipara's. Bovendien is de verstrekte informatie vaak tegenstrijdig of foutief. Minder dan de helft van de proefpersonen is van mening dat zij voldoende informatie verkregen bij het ontslag van de materniteit naar de thuissituatie.

### *Conclusie:*

De organisatie van het perinataal zorgnetwerk in België is aan verandering toe. Allereerst moet gestandaardiseerde informatie worden verkregen bij het ontslag, deze mondelinge informatie moet gestaafd worden met een schriftelijke brochure. Bovendien zou het ideaal zijn als het ziekenhuisverblijf wordt gekoppeld aan de thuisopvolging van een zelfstandig vroedvrouw. Deze kan onmiddellijk inpikken en de opvolging waarborgen tot het eerste jaar na de geboorte. Er zou een samenwerking moeten komen tussen de verschillende zorginstanties (ziekenhuizen, kraamcentra, Kind & Gezin, zelfstandig vroedvrouwen, etc).

### *Zoektermen:*

Informatiebehoefte, primipara, postpartum

## Woord vooraf

Allereerst wil ik mijn externe promotor Sofie Ommeslagh bedanken, voor de deskundige hulp en tips bij mijn zoektocht naar relevante informatie. Verder wil ik haar bedanken voor de leerrijke momenten tijdens mijn stage bij vroedvrouwenpraktijk 'De Oever'. Dankzij haar kreeg ik de smaak te pakken om zelfstandig vroedvrouw te worden en kreeg ik eveneens de kans hiertoe.

Vervolgens verdient mijn interne promotor, Petra Injon een speciaal dankwoord. Zij stuurde mij bij waar nodig en gaf advies om mijn bachelorproef tot een goed einde te brengen.

Tijdens mijn stage bij vroedvrouwenpraktijk 'De Oever' kreeg ik eveneens de kans om mijn enquêtes schriftelijk te verspreiden, dank aan Sofie, Yakina en Lotte om me hierbij te helpen. Tevens een dankwoord aan de respondenten die mijn enquêtes schriftelijk en online invulden.

Verder wil ik mijn ouders en grootmoeder bedanken. Bedankt mama en papa om er altijd voor mij te zijn. Bedankt om het voor mij mogelijk te maken de opleiding af te maken en bedankt om mij ten alle tijde te steunen in de keuzes die ik maak. Bedankt oma, om tijdens drukke blok of eindwerkperiodes zo goed voor mij te zorgen.

Allerlaatst, wil ik mijn vriend bedanken. Bedankt om altijd voor me klaar te staan en me te steunen in moeilijke tijden. Bedankt om de zonneschijn in mijn leven te zijn.

Uitkerke, mei 2015

## Inhoudsopgave

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 1       | Inleiding.....                                    | 1  |
| 2       | Methodologie.....                                 | 5  |
| 2.1     | Literatuurstudie.....                             | 5  |
| 2.2     | Praktijkstudie.....                               | 5  |
| 2.2.1   | Datacollectie.....                                | 5  |
| 2.2.2   | Onderzoeksdesign .....                            | 6  |
| 2.2.3   | Onderzoekspopulatie en steekproef.....            | 6  |
| 2.2.4   | Data-analyse.....                                 | 7  |
| 2.2.5   | Ethische aandachtspunten .....                    | 7  |
| 3       | Resultaten .....                                  | 8  |
| 3.1     | Literatuurstudie.....                             | 8  |
| 3.1.1   | Informatiebehoefte .....                          | 8  |
| 3.1.2   | Informatiebronnen.....                            | 9  |
| 3.1.3   | Beantwoorden aan de informatiebehoefte .....      | 10 |
| 3.1.3.1 | Informatiebehoefte van de moeder.....             | 10 |
| 3.1.3.2 | Internationale richtlijnen .....                  | 13 |
| 3.1.4   | Wijze van informatieoverdracht .....              | 15 |
| 3.1.5   | Organisatie perinataal zorgsysteem.....           | 16 |
| 3.1.5.1 | Organisatie in België.....                        | 16 |
| 3.1.5.2 | Recht op postnatale zorgen in België.....         | 17 |
| 3.1.5.3 | Situatie in het buitenland .....                  | 18 |
| 3.1.5.4 | KCE richtlijnen .....                             | 20 |
| 3.2     | Praktijkstudie.....                               | 22 |
| 3.2.1   | Demografische kenmerken .....                     | 22 |
| 3.2.2   | De bevalling en verblijfsduur op materniteit..... | 22 |
| 3.2.3   | De diensten die postnataal gebruikt worden.....   | 23 |
| 3.2.4   | Informatieverstrekking.....                       | 23 |
| 3.2.4.1 | Informatie met betrekking tot de moeder.....      | 23 |
| 3.2.4.2 | Informatie met betrekking tot de baby.....        | 26 |
| 3.2.4.3 | Voldoening van de ouders.....                     | 29 |
| 4       | Discussie .....                                   | 31 |
| 5       | Conclusie .....                                   | 34 |
|         | Lijst van figuren .....                           | 36 |
|         | Lijst van tabellen .....                          | 37 |
|         | Bronvermelding.....                               | 38 |

# 1 Inleiding

“Vele misverstanden, verschillende overtuigingen en zelfs tegenstrijdige informatie doen de ronde over geboorte, babyverzorging en ouderschap in het algemeen. Jonge ouders zijn over- (onder andere door het web) en onder geïnformeerd en worden in alle richtingen geduwd door goedbedoelde adviezen, tegenstrijdige belangen en reclame. Het is daarom essentieel om hen betrouwbare ondersteuning en een stevige houvast te bieden, hen gerust te stellen en vertrouwen te geven in hun eigen kunnen (KCE, 2014).”

Bij het vergezellen van de vroedvrouw bij de postnatale thuiszorg, georganiseerd vanuit de postpartumafdeling, werd er opgemerkt dat ouders met zeer veel vragen kampten. Dezelfde vragen kwamen meermaals terug in verschillende families. Wordt er te weinig info verstrekt bij het ontslag vanuit de postpartumafdeling of komt er teveel nieuwe informatie af op het koppel? Kon het koppel antwoord krijgen op hun vragen? Is deze informatie voldoende om de eerste weken in de postnatale periode te overbruggen? Met als kernvraag: Beantwoordt het gezondheidszorgsysteem in België aan de noden van de koppels?

Na een verkennend onderzoek in de literatuur werd duidelijk dat er zeer weinig onderzoek verricht is naar de vragen die vrouwen stellen in het postpartum of de tekortkomingen die zij ondervinden. Daarom is het boeiend om dergelijk onderzoek te verrichten. Voor de millenniumwisseling werd er echter wel behoorlijk wat onderzoek verricht, maar deze bronnen zijn reeds gedateerd. Ondertussen onderging onze verloskunde een verandering. De ligdagen worden korter, er wordt meer borstvoeding gegeven, etc. Na langdurig doorspitten van de literatuur werd er toch een duidelijk beeld van de huidige probleemstelling verkregen.

De geboorte van een baby is meestal een positieve levenservaring, toch kan de postnatale periode als stressvol ondervonden worden. Er vinden namelijk tegelijkertijd veranderingen plaats op verschillende gebieden. Zo kunnen er psychologische, sociale of fysische problemen optreden bij de gezinsleden. Er vinden veranderingen plaats ter hoogte van het lichaam, de identiteit, de relatie, het gezin, de werksituatie, de sociale situatie, etc. Zorgverleners voorzien thuiszorg bij hoog- en laagrisico families om de tekortkomingen die zij ondervinden te beantwoorden. De WHO richtlijnen zullen ook het belang van postnatale thuiszorg en informatie die daarin wordt verstrekt, bevestigen. Consultaties van de vroedvrouw aan huis zullen ervoor zorgen dat vele bekommernissen van kersverse ouders worden beantwoord. Op deze manier zal de gezondheid en het welzijn van de familieleden bevorderd worden (Christie and Bunting, 2010).

Volgens Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion and Epiney (2011) moeten we erop bedacht zijn dat de postnatale periode een stressfactor met zich meebrengt. Door de maatschappij en de media wordt het krijgen van een baby aanzien als de mooiste gebeurtenis in ons leven. Maar wat als dit niet zo vlot verloopt als de ouders voor ogen hadden? De stress komt vooral voort uit de emoties en de aanpassing aan het ouderschap. Angst, stress en emotionele geschillen zoals baby blues vloeien voort uit deze kwetsbare periode. Deze triggers, die aanleiding kunnen geven tot stress en eventueel tot een postnatale depressie, zullen de moeder-kindbinding niet bevorderen. De partnerrelatie of de gezinssituatie kan eronder lijden.

Het krijgen van een baby wordt volgens Wilkins (2005) aanzien als een reis die wordt gemaakt. Een reis die vertrekt vanuit de ‘comfort zone’ uit een leven waarin ze ‘experten’ waren in alles wat ze deden.

Die reis gaat naar een oord van het onbekende. Een onbekend gebied waarin ze helemaal onervaren zijn, het gebied van het moederschap. Gedurende deze reis worden fysische, psychische en sociologische veranderingen ervaren. Hierdoor ondervinden vele vrouwen het als een moeilijke periode om hun eigen identiteit terug te ontdekken. Het ontwikkelen van de nieuwe moederrol kan gepaard gaan met gevoelens van verlies van hun oude identiteit.

Postnatale thuiszorg kan hierin een ondersteuning bieden. De vrouwen worden begeleid en vragen zullen op deze manier beantwoord worden. De sociale ondersteuning dat gezondheidsmedewerkers en vroedvrouwen bieden, zal een preventieve en protectieve rol spelen. Tevens zal het de stressfactor verminderen. De vrouw voelt zich psychologisch beter door de ondersteuning en begeleiding. Niet alleen een emotionele begeleiding, maar zowel informatieve als educatieve ondersteuning blijkt vereist. Het is bewezen dat de vroedvrouw een preventieve rol kan spelen bij het ontwikkelen van een postnatale depressie, net omdat ze beantwoorden aan de vragen van de kersverse ouders en hen bijstaan, begeleiden en bevestigen in hun ouderschap (Christie & Bunting, 2010).

In de jaren '50 kregen de ouders heel lang de tijd om hun kind te leren kennen. Ze verbleven gemiddeld 10 dagen op de materniteit. Hedendaags is de gemiddelde verblijfsduur op de Belgische materniteit 4,1 dagen. Primipara's kunnen niet terugvallen op eigen ervaringen, ze kregen nauwelijks de kans om te leren hoe ze met hun kindje om moeten gaan op de materniteit. In België worden er geen standaardzorgen meer aanbevolen na het verblijf op de materniteit. Vaak krijgen ouders enkel een bezoek van Kind & Gezin na twee en zes weken postpartum. Willen ze meer hulp, dan moeten ze zelf uitzoeken hoe en waar ze terecht kunnen (KCE, 2014).

De ligdagen in België worden steeds korter, waardoor ouders vaker moeten terugvallen op hun eigen kennis. Door middel van prenatale cursussen kunnen ouders vooraf worden geïnformeerd omtrent zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Tijdens het verblijf op de materniteit krijgen de ouders de belangrijkste handelingen omtrent de zorg van hun baby aangeleerd. Vaak hebben ze deze bij het ontslag nog niet helemaal onder de knie of zijn ze onzeker. Naast een degelijk ontslaggesprek zou de zorg vanuit het ziekenhuis moeten worden gekoppeld aan een georganiseerde thuiszorg, waardoor ouders bij thuiskomst onmiddellijk feedback krijgen van een zorgverlener en verder nauwgezet worden opgevolgd tijdens de kraamtijd. Hierdoor wordt het niet noodzakelijk om koppels te informeren met betrekking tot de verdere kraamtijd. Deze informatie wordt dan opgevangen door de zelfstandig vroedvrouw (KCE, 2014).

In België vindt een standaard check-up plaats bij de gynaecoloog na zes weken postpartum. Daar worden de medische en fysieke klachten overlopen. Een vaginaal onderzoek wordt uitgevoerd ter controle van eventuele problemen. Tot op heden gebeuren er weinig of geen standaard postnatale zorgen tussen de periode van de geboorte en de postnatale check-up na zes weken postpartum. Sommige vrouwen zetten daarom de stap naar een zelfstandig vroedvrouw die op huisbezoek komt. Anderen vinden die stap te groot, lossen het zelf wel op of weten niet dat er zoiets bestaat als een zelfstandig vroedvrouw. De vraag is of er geen standaard zorg moet worden ingeschakeld in deze periode van noden en bezorgdheden op vlak van gezondheid, fysiek herstel, zorg aan het kind, borstvoeding, enzovoort (Kanotra, D'Angelo, Phares, Morrow, Barfield and Lansky; 2007).

Er zijn verschillende faciliteiten in Vlaanderen om de postnatale periode op te volgen, alleen zijn deze helemaal niet op elkaar afgestemd en werken deze volledig onafhankelijk van elkaar, waardoor ouders vaak het bos door de bomen niet meer zien. Ze krijgen vaak niet de hulp die ze effectief nodig hebben of verwachten. Op deze manier wordt er ook geen continuïteit van de zorg gegarandeerd. De continuïteit komt bijna enkel en alleen op de schouders van de moeder terecht, want zij is de

contactpersoon tussen verschillende zorgverstrekkers. In het beste geval wordt het moederboekje van Kind & Gezin goed ingevuld en kan dit ook nog enige vorm van communicatie bieden. Afgezien van het moederboekje en de verhalen van de moeder zelf is er geen gegevensoverdracht tussen verschillende zorgverleners (gynaecoloog, vroedvrouw, verpleegkundige van K&G, kraamhulp, etc). Dit zorgt ervoor dat zorgverstrekkers niet kunnen communiceren, wat op zijn beurt zorgt voor een kwaliteitsverlies en een versnipperde zorg. Dit is een probleem die enkel maar groter zal worden wanneer de verblijfsduur op de materniteit zal worden ingekort. Om hieromtrent een oplossing te bieden werkte het Belgian Health Care Knowledge Centre een voorstel uit om de postnatale zorg te optimaliseren. Later in deze bachelorproef wordt er verder ingegaan op het voorstel (KCE, 2014).

Uit onderzoek blijkt dat ouders het zeer belangrijk vinden om na de geboorte informatie te krijgen met betrekking tot de zorgen aan moeder en kind (Bowman, 2000). Een kind is namelijk niet voorspelbaar, geen enkele postnatale periode is dezelfde. Verschillende ervaringen van kennissen in de omgeving geven controversiële adviezen en meningen. Hung (2006) gaat hierop in. In het postpartum moet een moeder haar eigen kind leren kennen, samen met zijn uniek patroon van huilen, eten, slapen en ander gedrag. Wanneer ze het gevoel heeft hierop te falen, kan dit opnieuw tot stress leiden zoals eerder werd aangehaald door Razurel et al (2011). Vrienden en familie zijn vaak de belangrijkste bron van informatie die wordt geraadpleegd door de vrouw. Zij zullen feedback geven aan de vrouw over het vervullen van de moederrol. Dit zal beïnvloeden hoe zij de moederrol op zich neemt en hoe ze zich hierbij voelt (Hung, 2006). De gezinnen zijn echter kleiner geworden in vergelijking met vroeger. Bovendien is er tussen de generaties minder nauwgezet contact, met als gevolg dat de kennis van de moeder gereduceerd is (KCE, 2014).

Sword & Watt (2005) bevestigen dat de postnatale periode een tijd is vol uitdagingen voor de ouders. Ze moeten niet alleen hun leven van voor de bevalling terug opnemen, ze worden ook overladen door het verantwoordelijkheidsgevoel omtrent de zorgen van de baby. Wanneer de moeder kennis heeft, die aangebracht is door zorgverstrekkers, krijgen de ouders zelfvertrouwen omtrent gezondheid, psychologische veranderingen, emotionele veranderingen, borstvoeding, zorg voor de pasgeborene, voeding, baden van de pasgeborene, etc. De verblijfsduur in het ziekenhuis wordt steeds ingekort, wat ervoor zorgt dat ouders meer afhankelijk zullen zijn van persoonlijke en maatschappelijke relaties om de behoefte aan informatie te volbrengen. Hierin ligt een specifieke rol weggelegd voor de vroedvrouw, vooral in de postnatale thuiszorg.

Voor vroedvrouwen is het volgens Wilkins (2005) zeer belangrijk dat de behoeften en de gevoelens van de vrouw worden doorgrond. Op deze manier kunnen vroedvrouwen de zorgen aanpassen waardoor het voor moeders makkelijker wordt om hun nieuwe ervaringen in het moederschap te overbruggen. Individuele behoeftes moeten achterhaald worden zodat de vroedvrouw hen op een specifieke manier kan ondersteunen en begeleiden in hun moederrol. Hieruit groeit zelfvertrouwen, waardoor ze minder kans hebben op een postnatale depressie.

Het competentieprofiel van de vroedvrouw, voornamelijk de rol van coach/begeleider, toont aan dat vroedvrouwen een belangrijke taak hebben in het informeren, beantwoorden van vragen, begeleiden, tips geven, bijsturen, motiveren, bevestigen, etc. Kersverse ouders krijgen van allerlei bronnen tegenstrijdige informatie, kennen vele misverstanden en worden geconfronteerd met verschillende overtuigingen. We kunnen stellen dat jonge ouders onder- en over geïnformeerd worden vanuit verschillende bronnen. Ze worden overstelpt met goedbedoelde adviezen, reclame en tegenstrijdigheden. Dit zal ook uitvoerig worden besproken in het voorstel van het KCE om de postnatale zorgen aan te passen.

Deze bachelorproef wil stilstaan bij het ontslaggesprek en de informatiebehoefte die koppels hebben na de geboorte van hun kind. Welke informatie zou standaard moeten worden gegeven bij het vertrek naar huis na het verblijf op de materniteit? Waar kunnen vrouwen terecht met hun vragen in het postpartum? Hoe kan de organisatie van de postpartumzorg in België hier een antwoord op bieden?

Niet iedere materniteit organiseert een ontslaggesprek in Vlaanderen. Is dit vereist en dekt het ontslaggesprek de volledige nood aan informatie tijdens de postnatale periode? Kortom, de studie wil de noden van de kersverse ouders bespreken en nagaan of de postnatale organisatie van de zorg in België tot op heden voldoet aan deze behoeftes.

Na het beredeneren van bovenstaande gegevens werd de volgende onderzoeksvraag bekomen. Deze kan worden ondersteund door middel van onderstaande deelvragen.

**‘Welke zijn de behoeftes die primipara’s binnen de eerste weken postpartum ondervinden en hoe kan de organisatie van de postnatale zorgen hieraan aangepast worden?’**

Wordt er heden ten dage aan deze informatiebehoefte voldaan? Hoe kan de vroedvrouw de essentiële schakel vormen en de nodige informatie bieden of aanvullen? Moet het ziekenhuisverblijf worden gekoppeld aan georganiseerde zorg in de thuissituatie?



## 2 Methodologie

Deze studie wil via de IMRAD structuur een antwoord bieden op de onderzoeksvraag. In de inleiding werd reeds de probleemstelling besproken. Welke informatiebehoefte hebben kersverse ouders en op welke manier wordt deze eventueel ingevuld? Het belang voor het vroedkundig beroep werd hierin besproken. In huidig hoofdstuk 'methodologie' wordt de literatuurstudie en praktijkstudie apart besproken. Hieronder wordt weergegeven hoe de informatie, die nodig was voor het onderzoek, werd verkregen en hoe deze werd verwerkt. In het hoofdstuk 'resultaten' worden de resultaten van de literatuurstudie en de praktijkstudie apart weergegeven. In de discussie worden de resultaten van de literatuur- en praktijkstudie met elkaar vergeleken en is er plaats voor een kritische reflectie. De verschillende onderdelen worden gestaafd door middel van wetenschappelijke literatuur. Tijdens de praktijktoetsing worden de noden en de behoefte aan informatie van kersverse ouders nagegaan.

### 2.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie ging van start op 29/03/2014. Er werd gebruik gemaakt van volgende databanken: 'ScienceDirect', 'BioMed Central', 'Cinahl Headings', 'Nursing', 'Academic Search Elite' en 'PubMed Central'.

Volgende trefwoorden worden gebruikt: 'Postpartum visit', 'postnatal care', 'postpartum needs', 'information AND postpartum', 'information AND midwife', 'concerns AND postpartum' en 'needs AND postpartum'.

Via deze methode werden er 52 artikels gevonden. Na lezing bleken 16 artikels relevant. Via de sneeuwbalmethode konden artikels gevonden worden die gebruikt werden als bronverwijzing in de gevonden artikels. Verder werden er richtlijnen geraadpleegd zoals NICE, WHO, KCE en KNOV. Daarin werden richtlijnen gevonden met betrekking tot de postnatale periode, waarin de voorschriften omtrent de zorgen en de informatieverstrekking verwerkt staan.

Hierbij werd er rekening gehouden met enkele inclusie- en exclusiecriteria, om een relevant onderzoek na te streven. Zo werden alle artikels die zich beperkten tot multigravida vermeden. Er werd gericht gezocht naar artikels die de informatiebehoefte beschreven. De zorgbehoefte kon vermeld staan maar werd niet gebruikt voor het onderzoek. Ook werd er rekening gehouden met de situatie in de postnatale periode. Voor het onderzoek moest de postnatale periode van zes weken overschreden zijn. Er werden tevens geen bronnen aanvaard met ervaringen van meer dan een jaar na de geboorte.

### 2.2 Praktijkstudie

#### 2.2.1 Datacollectie

Als aanvulling op de theoretische toetsing vond ook een praktijktoetsing plaats door middel van vragenlijsten. Via vragenlijsten kon er een groter publiek bereikt worden in vergelijking met het verrichten van interviews. Zo kon een algemener beeld verkregen worden over de verschillende ervaringen. Bij interviews zouden de resultaten eerder beperkt blijven tot enkele primipara's.

De vragenlijsten werden opgesteld volgens de literatuur. Voorts werd ervoor gekozen om in twee verschillende Vlaamse ziekenhuizen het ontslaggesprek van de materniteit bij te wonen. Hierbij werden notities genomen en een duidelijk beeld verkregen van de verschillende onderwerpen die standaard worden aangehaald, indien een ontslaggesprek plaatsvindt op het einde van het verblijf op

de materniteit. De onderwerpen die besproken werden in de ontslaggesprekken in combinatie met de bevindingen in de literatuur werden opgenomen in de vragenlijst. De vragenlijst werd vervolgens via een gelegenheidssteekproef verspreid, zowel online als persoonlijk. Voor de online verspreiding van de vragenlijsten werd gekozen voor sociale media. Door middel van kennissen en netwerken werd een breder publiek verkregen dan aanvankelijk voor ogen was. Schriftelijke vragenlijsten werden persoonlijk afgegeven en uitgelegd tijdens postnatale contacten bij vroedvrouwenpraktijk 'De Oever' te Brugge.

Zowel voor de online vragenlijsten als de schriftelijke vragenlijsten zorgde de onderzoeker ervoor dat de vragenlijst enkel beschikbaar was voor de doelgroep. Vragenlijsten die toch werden ingevuld door mensen die niet tot de doelgroep behoorden, werden geëlimineerd. Ook vragenlijsten die onzorgvuldig werden ingevuld waren onderhevig aan deze eliminatie. Er werd gepoogd een respons te krijgen van circa 30 proefpersonen.

Alvorens de vragenlijst in te vullen, werd de toestemming van de parturiënte gegeven om de gegevens te verwerken voor het onderzoek. Bij de online vragenlijsten werd dit nagestreefd door middel van een extra vraag toe te voegen aan de vragenlijst, waarbij de toestemming verleend werd. Bij de schriftelijke vragenlijsten werd een informed consent bijgevoegd en ondertekend.

### 2.2.2 Onderzoeksdesign

Het onderzoek is beschrijvend. Er wordt gebruik gemaakt van de mixed method. Aangezien de informatiebehoefte van de eerste maanden na de geboorte van het eerste kindje werd nagegaan via vragenlijsten. Bijgevolg kon geen onderscheid gemaakt worden in deze studie tussen kwalitatief of kwantitatief onderzoek. Het onderzoek beperkt zich hiervoor tot een aantal primipara's. De vragenlijsten werden nadien geanalyseerd en gemeenschappelijke kenmerken werden opgemerkt. Het onderzoek is bijgevolg niet generaliseerbaar. De bevindingen uit de literatuur, in combinatie met de bevindingen uit de praktijk worden in het onderdeel 'resultaten' besproken. Hieruit volgt vervolgens de discussie en de conclusie.

Aangezien er telkens slechts één meetmoment plaatsvond, is het onderzoek een dwarsdoorsnede onderzoek en bijgevolg ook observationeel. Het onderzoek beperkt zich per proefpersoon tot één vragenlijst op één bepaald moment, waarbij er geen interventie werd uitgevoerd. De steekproef is een niet-aselecte, gelegenheidssteekproef.

### 2.2.3 Onderzoekspopulatie en steekproef

Het doelpubliek bestond uit gezonde primipara met een gezonde pasgeborene. De doelgroep werd gespecificeerd door middel van inclusie- en exclusiecriteria.

| Inclusiecriteria          | Exclusiecriteria                                     |
|---------------------------|--|
| Kind is ouder dan 6 weken | Kind is ouder dan een jaar                           |
| Vlaanderen                | Pasgeborenen met een afwijking/ ziekte               |
| Schooljaar 2014-2015      | Primipara met gezondheidsproblemen/ relatieproblemen |
| Primipara                 | Multipara  |

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria

Er werd geselecteerd voor primipara, daar zij nog geen voorkennis hebben door een vorig kind. Er werd een minimumtermijn in het postpartum vastgesteld van zes weken, aangezien deze zes weken als de meest kwetsbare periode wordt aanzien (Wilkins, 2005). De maximumleeftijd werd vastgelegd op 1

jaar na de geboorte, omdat onze rol als vroedvrouw zich beperkt tot één jaar na de geboorte. De steekproef wordt bekomen vanuit de populatie, door deze steeds kleiner te maken (Bakker & Van Buuren, 2009):

|                        |  |
|------------------------|--|
| Doelpopulatie          | Gezonde primipara met een gezonde pasgeborene  |
| Operationele populatie | Gezonde primipara met een gezonde pasgeborene tot 12 maand na de partus in Vlaanderen in 2014 - 2015.  |
| Steekproef             | Gezonde primipara, met een gezonde pasgeborene 12 maand na de partus in Vlaanderen, die online beschikbaar zijn of verbonden zijn met vroedvrouwenpraktijk 'De Oever'. |
| Onderzoekspopulatie    | Het aantal proefpersonen die de vragenlijst ingevuld terugbezorgd hebben en die bruikbaar is om te verwerken voor het onderzoek.                                       |

Tabel 2: Omschrijving populatie

#### 2.2.4 Data-analyse

Na het verzamelen van de patiëntengegevens, worden de verschillende vragenlijsten naast elkaar gelegd. Voor de online vragenlijsten werd gebruik gemaakt van het programma 'survio'. Nadat de vragenlijsten werden ingevuld, werden de verschillende antwoorden van de vragen overzichtelijk gemaakt door het programma door middel van grafieken en tabellen. De schriftelijke interviews werden handmatig bij de online vragenlijsten gevoegd, waardoor deze ook konden opgenomen worden in de grafieken en tabellen. Zo werd een algemeen beeld verkregen van de verschillende gegevens. De antwoorden op de open vragen werden zorgvuldig gelezen en verwerkt. Zo kon een conclusie gevormd worden omtrent de bevroegde onderwerpen. Nadien werden deze resultaten vergeleken met de resultaten uit de literatuurstudie. Bij de discussie werden deze resultaten kritisch bekeken en vergeleken. Aan de hand hiervan kon de onderzoeksvraag beantwoordt worden en kon een besluit gevormd worden.

#### 2.2.5 Ethische aandachtspunten

Aangezien het onderzoek verricht wordt met behulp van parturiëntes van een bepaalde instelling, in dit geval vroedvrouwenpraktijk 'De Oever', is het vereist toestemming te vragen aan de ethische commissie. Aangezien deze instelling geen erkende ethische commissie ter beschikking heeft, blijkt het voldoende toestemming te vragen door middel van een overeenkomst om de samenwerking goed te keuren. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de informed consent die bij de vragenlijsten werd bijgevoegd.

## 3 Resultaten

### 3.1 Literatuurstudie

Vanuit de literatuur wordt vooreerst de behoefte aan informatie, die ouders ondervinden, besproken. Daarna worden de verschillende bronnen besproken die ouders raadplegen om te voldoen aan deze informatiebehoefte. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op het beantwoorden van de informatiebehoefte en op welke manier dit het beste gebeurt. Tenslotte wordt de organisatie van de postnatale zorgen in België besproken. De organisatie van het postnataal zorgsysteem in enkele andere landen wordt ook kort besproken. Het recente voorstel van de KCE om het systeem in België aan te passen, wordt hierin tevens verwerkt.

#### 3.1.1 Informatiebehoefte

Zoals in de inleiding reeds werd aangehaald, wordt er volgens Kanotra et al (2007) te weinig standaard hulp en informatie verstrekt aan ouders na het ontslag vanuit het ziekenhuis. In België vindt er een postpartum check-up plaats na zes weken postnatale periode. Dan wordt het medisch en fysiek welzijn door de gynaecoloog nagevraagd. Een vaginaal onderzoek vindt plaats ter controle van het perineum. Deze check-up blijkt echter onvoldoende om de noden van kersverse ouders tegemoet te komen. Er zijn niet enkel noden op het vlak van fysieke gezondheid. Ouders maken zich vaak zorgen omtrent hun fysiek herstel, de borstvoeding, de gewijzigde gezinssituatie en het hervatten van de professionele carrière (Kanotra et al, 2007).

Uit het onderzoek van Kanotra et al (2007) naar de beleving van de postnatale periode bij primipara's blijkt dat de noden van de ouders onderschat worden. Hieronder enkele getuigenissen:

*"I just want to give two big thumbs up to the public health nurse program. She has seen [baby] several times and has answered many questions. I think it is sad that more people don't use this valuable resource"*

*"I felt there should have been some sort of support group for the first time moms to talk to each other and maybe have a nurse, doctor or a very experienced mom to help relieve fears."*

*"... there should be more information out there about after baby comes home. It is scary at times (uncertain) to know what the right/best thing to do in regards to baby: everyday diet, health, gas, hiccups, burping... There is a lot of information before and during pregnancy but not much after the baby is there."*

*"I wish someone, a nurse or doctor, would have given me more information on what it would be like when I brought the baby home. Maybe even some information packet on crying, fevers, vomiting, rashes and etc... You can't always get a hold of your doctor and you can't afford to go to the Emergency Room all time. I felt like no one cared about me or the baby after you go home."*

*"I believe that health care workers should talk to mothers about depression that can occur after delivery. My depression was very overwhelming... I need more emotional care than physical!"*

Uit bovenstaande getuigenissen blijkt dat ouders een tekort hebben aan informatie, begeleiding, bevestiging en ondersteuning. Ze hebben niet enkel begeleiding nodig van een zorgverstrekker, ook van andere ouders of hun omgeving.

Volgens Ruchala (2000) is het onduidelijk wat moet aangeleerd worden of waarover moet geïnformeerd worden bij het ontslag. Er zijn discussiepunten tussen vrouwen onderling, maar zeker ook tussen zorgverleners. Bij een korter ziekenhuisverblijf wordt het voor zorgverleners ook moeilijker om uit te maken welke informatie moet verstrekt worden bij het ontslag. Wanneer ouders minder dan 24u in het ziekenhuis zouden verblijven, zou het voor ouders te vermoeiend zijn om aandachtig te luisteren naar de informatie die wordt weergegeven. Op deze manier is het tevens minder evident om deze te blijven herinneren. Natuurlijk kan hier de postnatale thuiszorg een oplossing bieden.

De tijd dat zorgverleners kunnen besteden aan een parturiënte is beperkt. Daarom is het belangrijk voor zorgverleners om een ontslaggesprek uit te voeren. Tevens moet men weten wat de inhoud moet zijn van een ontslaggesprek. Het is belangrijk dat de gegeven informatie voldoende wordt herhaald. Het koppel kreeg er immers net een nieuw gezinslid bij, wat zorgt voor diverse emoties. Mede door angst en bezorgdheid omtrent de nieuwe rol, gaat de informatie soms verloren. Dit wordt bevestigd door Bowman (2004).

Kanotra et al. (2007) toont aan dat de noden, behoeftes en vragen van de ouders niet enkel naar boven komen tijdens het ziekenhuisverblijf, maar ver doorlopen tijdens de postnatale periode. Daarom geven Kanotra et al. (2007) nog enkele aanbevelingen mee voor de praktijk. Zo zouden de bekommernissen die voorkomen in het postpartum reeds moeten worden aangehaald in de prenatale lessen. Op deze manier kunnen ouders zich voorbereiden op een periode van wisselende emoties. Vroedvrouwen die het ontslaggesprek uitvoeren, zouden standaard een lijst kunnen bezorgen aan ouders bij het ontslaggesprek. Hierop worden zelfstandige vroedvrouwen, hulplijnen, kraamzorg, moedergroepen en andere faciliteiten die ouders kunnen raadplegen, vermeld. Op deze manier moeten ouders niet zelf op zoek gaan naar hulp en worden ze verzekerd van adequate hulpverlening.

### 3.1.2 Informatiebronnen

Grimes, Forster & Newton (2013) tonen aan dat de periode rond zwangerschap, geboorte en postpartum een tijd is waarin ouders alle mogelijke informatiebronnen raadplegen rond het ouderschap. De bronnen die worden geraadpleegd zijn; kennissen, internet, boeken, kranten, TV en professionals.

#### *Kennissen*

Ouders gaan vaak raad vragen aan kennissen, om op deze manier informatie te winnen. Ouders weten vaak het bestaan niet af van de beschikbare diensten (bv. Zelfstandige vroedvrouw, kraamzorg, lactatiedeskundige, etc). Specifieke aandacht moet hier gevestigd worden op mensen van een lagere sociale klasse. Deze hebben dikwijls een beperkter sociaal netwerk, waardoor het moeilijker wordt om informatie te verwerven van familie of vrienden. Het begrijpen van de informatie wordt tevens ook moeilijker. Aangezien het sociale netwerk vaak kleiner is, komen deze koppels vaak minder snel in contact met een zelfstandige vroedvrouw of kraamzorg. Vaak weten deze ouders het bestaan er niet van af (Carruth & Skinner, 2001).

#### *Media/Internet/Boeken*

Volgens Bowman (2004) was in het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw al een evolutie merkbaar in de informatiebehoefte van kersverse ouders, door de beschikbaarheid van elektronische communicatiemiddelen en de komst van het internet. De bronnen die het meest geraadpleegd wordt zijn boeken en het internet. Deze bronnen wordt echter door professionals niet aanzien als het meeste betrouwbaar. Het gebruik van internet kan zeer breed bekeken worden, bijvoorbeeld zoekmachines, forums, erkende websites, sociale media, etc.

### *Professionals*

Sommige vrouwen hebben een groep professionals ter beschikking, of komen door middel van sociale contacten in aanraking met lactatiedeskundigen, zelfstandige vroedvrouwen of andere zorgverleners. Vaak komen deze mensen in contact met professionals via mondelinge reclame of doordat er vanuit het ziekenhuis werd doorverwezen. Professionals kunnen reeds prenataal instaan voor de informatiebehoefte door middel van consultaties of prenatale cursussen. Postnataal kunnen zij instaan voor de opvolging en begeleiding. Postnataal kunnen ook cursussen worden gevolgd (Bowman, 2004).

Gesprekken met de vroedvrouw worden door de parturiënte als het meeste bruikbaar aanzien. Dit kan verklaard worden doordat een gesprek met de vroedvrouw de kans geeft om over bezorgdheden te praten en omdat er ook vragen kunnen gesteld worden. Vrouwen die zeggen dat ze een tekort aan informatie aangeven willen immers dat hun vragen en bezorgdheden beantwoord worden door een professional. Ouders willen een antwoord op hun vragen, op maat aangepast en dus geïndividualiseerd. Tevens worden boeken en internet als bruikbaar aanzien door de parturiënte (Sword & Watt, 2005).

Het KCE (2014) bevestigt dat ouders behoefte hebben aan postnatale zorgen door een professional, door de verkorte ligdagen en de onbekendheid van faciliteiten in ons gezondheidszorgsysteem. De lagere inkomensklasse valt hier vaak uit de boot. Elke groep van de bevolking dient goed geïnformeerd te worden, met behulp van geïndividualiseerde informatie (Sword & Watt, 2005).

### 3.1.3 Beantwoorden aan de informatiebehoefte

Voor de informatiebehoefte gericht kan worden beantwoordt, moet achterhaald worden welke informatie specifiek moet worden meegedeeld. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen man en vrouw, of tussen zorgverlener en parturiënte. De informatiebehoefte van de vrouw is vergelijkbaar met de informatiebehoefte van de man, al heeft deze laatste nog enkele specifieke behoeftes.

#### 3.1.3.1 Informatiebehoefte van de moeder

Volgens Stainton, Murphy, Higgins, Neff, Nyberg & Ritchie (1999) kan de informatiebehoefte van de moeder onderverdeeld worden op twee verschillende vlakken. Ten eerste wil de vrouw informatie verkrijgen met betrekking tot zichzelf. Ten tweede wil de vrouw informatie met betrekking tot de zorgen aan de pasgeborene. Sword et al. (2005) stelt aan dat het belangrijk is dat de informatie zowel in het ziekenhuis, als in de thuissituatie wordt verstrekt.

#### *Informatie met betrekking tot zichzelf*

Bowman (2004) stelt dat er vaak voldoende informatie wordt gegeven omtrent de baby, maar dat ook de moeder informatie nodig heeft over de verschillende aspecten van haar eigen herstel en de eigenschappen van het moederschap. Ook vermoeidheid na de bevalling en het uitvoeren van postnatale oefeningen zouden vermeld moeten worden.

Volgens Sword & Watt (2005) wensen ouders vooral meer informatie omtrent de emotionele veranderingen in het leven, wanneer een baby ter wereld komt. Hieromtrent mag geen taboe bestaan, dit moet zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie worden aangehaald. Hinsliff-Smith, Spencer & Walsh (2014) bevestigen deze stelling.

Ruchala (2000) toont aan dat ouders veel meer informatie willen omtrent het vrouwelijk lichaam na de bevalling. Bloedverlies, verzorging van het perineum en complicaties in het postpartum, zijn de onderwerpen die hierin sterk naar voor komen.

Op enkele na worden alle onderwerpen bevestigd in de studie van Stainton et al. (1999). Hij legt echter de nadruk op het psychosociale luik van de informatie. Het voldoen aan de moederlijke rol blijkt ook een belangrijk punt om over te informeren, evenals het regelen van het huishouden. De soms onverwachte pijn die zich kan voordoen ter hoogte van buik, rug, borsten of perineum blijkt tevens een onderwerp waar ouders informatie over wensen. Wat voor beide ouders verbazingwekkend blijkt, is de emotionele respons op de baby. Geen van beide ouders verwacht om onmiddellijk een grote band te hebben met de baby of om er zo gelukkig van te worden.

De meest naar voor komende onderwerpen waar de ouders informatie over wensen volgens de literatuur, worden in onderstaande tabel schematisch weergegeven.

| Onderwerp  | Bevestigd door   |
|--|--|
| Bloedverlies/lichamelijke veranderingen  | Ruchala (2000), (Stainton et al, 1999).  |
| Zorg episio/ perineum  | Ruchala (2000)   |
| postpartum complicaties  | Ruchala (2000), (Stainton et al, 1999).  |
| Vermoeidheid/ tekort aan slaap   | Bowman (2004), (Stainton et al, 1999).   |
| Postnatale oefeningen/kiné   | Bowman (2004)  |
| Pijn: rug, buik, perineum, borsten   | (Stainton et al, 1999).  |
| Psychosociale veranderingen (emotioneel, humeur, voldoen moederrol, verwachtingen buitenstaanders, organiseren huishouden) | Sword et al. (2005), Bowman (2004), (Stainton et al, 1999), (Hinsliff-Smith et al., 2014). |

Tabel 3: Meest voorkomende onderwerpen uit de literatuur omtrent de moeder

#### *Informatie met betrekking tot de pasgeborene*

De zorg rond de pasgeborene blijkt uit de studie het luik waar de ouders het meeste vragen rond hadden. Hoe de baby vast te nemen, hoe de baby een badje te geven, hoe de baby te kleden en hoe om te gaan met het gedrag van de baby zijn een greep uit deze vragen. Het tekort aan informatie zorgt voor postpartum stress. Ook ouders die zorg dragen voor een gezond kind ondervinden stress, angst en de nood aan informatie, ondersteuning en begeleiding. De kennis van de moeder, de behendigheid en het zelfvertrouwen om voor de baby te zorgen moet worden bijgebracht voor het ontslag van de materniteit naar huis. Ruchala (2000) duidt ook aan dat dit zal bijdragen tot een vlot herstel en een gevoel van welbevinden.

Sword et al. (2005) geeft verschillende bekommernissen met betrekking tot de baby weer. Niet alleen borstvoeding, maar ook ziekte-tekens van de baby, zorg aan het kind en het gedrag van het kind blijken belangrijke onderwerpen waarrond informatie moet verstrekt worden.

In het onderzoek van Ruchala (2000) komen ook veiligheid van de baby en de zorgen aan het kind naar voor. Onder de zorgen van het kind worden hier de luierswissel, het uitvoeren van een babybadje en de zorg aan de navelstreng verstaan.

Volgens Stainton et al. (1999) brengt de voeding van de baby de grootste onzekerheden met zich mee. Heeft de baby wel genoeg? Voldoe ik aan al zijn behoeften? De interpretatie van grimassen en huilgeluiden brengt voor ouders ook veel vragen naar boven. Verder vragen ouders zich af of ze de baby een goeie en veilige leefomgeving bieden. Stainton et al. (1999) stellen dat moeders vooral willen voldoen aan de verwachtingen van buitenstaanders, familie of derden.

In de literatuur kan terug gevonden worden dat de postnatale periode een rollercoaster vormt van positieve en negatieve emoties. Ouders die echter begeleid worden door een vroedvrouw, worden

positief beïnvloed, bevestigd in hun handelen, gemotiveerd en begeleid. Deze nauwgezette begeleiding zorgt voor meer zelfzekerheid bij de ouders, met een positieve kijk op de postnatale periode.

Bovenstaand item werd onderzocht door Hinsliff-Smith et al. (2014). Zij kwamen tot de bevinding dat vele ouders onvoorbereid waren om de noden van de pasgeborene te onderkennen. Moeders die er niet in slaagden de borstvoeding tot een goed einde te brengen omwille van bepaalde factoren, voelden zich schuldig. Vrouwen ondervonden problemen met het positioneren van de pasgeborene of met een slaperige baby.

Veel blijkt ook af te hangen van de prenatale voorbereiding. Vele ouders zonder prenatale inlichtingen zijn verrast van de kleine hoeveelheid colostrum, herkennen geen hongersignalen, de tijd en moeite die de borstvoeding vraagt, het gedrag van de pasgeborene, etc. Ze verklaren dat het beroep doen op een zelfstandig vroedvrouw of lactatiekundige een fundamentele impact heeft op hun borstvoedingservaring. Deze borstvoedingservaring heeft vooral betrekking op de richtlijnen, bijsturing en de bevestiging die de vroedvrouwen meegeven tijdens de consultatie (Hinsliff-Smith et al, 2014).

De meest voorkomende onderwerpen waar de ouders informatie over wensen volgens de literatuur, worden in onderstaande tabel samengevat.

| Onderwerp   | Bevestigd door   |
|---|--|
| Borstvoeding/voeding van de PG                            | Sword et al. (2005), Bowman (2004), (Stainton et al, 1999), (Hinsliff-Smith et al, 2014), Ruchala (2000) |
| Alarmsignalen, signalen ziekte PG                         | Ruchala (2000), Bowman (2004), (Stainton et al, 1999), (Hinsliff-Smith et al, 2014).                     |
| Zorgen aan de PG: luierwissel, navelstrengzorg, badje,... | Sword et al. (2005), Ruchala (2000), (Stainton et al, 1999), (Hinsliff-Smith et al, 2014).               |
| Uitscheiding PG: stoelgang, mictie                        | Ruchala (2000), Stainton et al, 1999)  |
| Gedrag PG, ontwikkeling PG                                | Sword et al. (2005), Bowman (2004), (Hinsliff-Smith et al., 2014).                                       |
| Veiligheid, goede leefomgeving PG                         | Ruchala (2000), (Stainton et al, 1999).  |

Tabel 4: Meest voorkomende onderwerpen uit de literatuur omtrent de pasgeborene (PG)

#### *Informatiebehoefte vader/partner*

De behoeftes van de vader bestaan volgens Stainton et al. (1999) op vier verschillende vlakken. Ten eerste wil de vader zich inzetten voor zijn vrouw en zijn nieuw gezin. Hij wil zijn vrouw het zo comfortabel mogelijk maken en is de grootste supporter tijdens het geven van borstvoeding. Hij wil graag kennis maken met de huilgeluiden van de baby. Ten tweede heeft ook de vader behoeftes met betrekking tot zichzelf. Hij heeft advies nodig over het huishouden en het functioneren van de familie. Ten derde baren ook de inkomsten de vader zorgen. Hij probeert tijdens de eerste weken in het postpartum een evenwicht te vinden tussen zorgen voor de familie en zijn verantwoordelijkheden op het werk.



Kort samengevat:

- de zorg aan het gezin/ huishouden
- steun bij borstvoeding
- huilgedrag pasgeborene
- financiën/ werk

*Wat zorgverleners belangrijk vinden, in vergelijking met wat ouders belangrijk vinden*

Verder blijkt dat er een verschil is tussen de items die zorgverleners belangrijk vinden om te vermelden, in vergelijking met de items die ouders belangrijk vinden te vermelden. Toch zijn er ook gelijkenissen. Dezelfde items komen terug, maar in een andere volgorde. Opvallend is dat ouders minder stil staan bij veiligheid, inenting en gezonde voeding. Zij ervaren echter dat emoties, schommelingen in het humeur aanwezig zijn en dat ze weinig informatie krijgen hieromtrent. Zorgverleners vinden deze emotionele schommelingen dan weer minder belangrijk. Dit werd weergegeven in onderstaand schema (Ruchala, 2000).

**TABLE 6**  
*Comparison of Most Important Topics to Teach New Mothers in the Hospital and at Home*

| <i>In the Hospital</i>               |                                      | <i>At Home</i>                       |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <i>Hospital Nurses (N = 71)</i>      | <i>New Mothers (N = 103)</i>         | <i>Home Care Nurses (N = 53)</i>     | <i>New Mothers (N = 80)</i>              |
| 1. Infant feeding                    | 1. Episiotomy care                   | 1. Infant feeding                    | 1. Signs of infant illness               |
| 2. Signs of postpartum complications | 2. Perineal care                     | 2. Signs of postpartum complications | 2. Signs of postpartum complications     |
| 3. Signs of infant illness           | 3. Infant feeding                    | 3. Signs of infant illness           | 3. Infant feeding                        |
| 4. Circumcision care                 | 4. Circumcision care                 | 4. Infant safety                     | 4. Circumcision care                     |
| 5. Episiotomy care                   | 5. Cord care                         | 5. Episiotomy care                   | 5. Exercise/activity                     |
| 6. Infant safety                     | 6. Signs of infant illness           | 6. Circumcision care                 | 6. Cord care                             |
| 7. Cord care                         | 7. Signs of postpartum complications | 7. Cord care                         | 7. Episiotomy care                       |
| 8. Perineal care                     | 8. Lochia flow                       | 8. Nutrition/diet                    | 8. Emotions/mood changes                 |
| 9. Breast care                       | 9. Bathing the infant                | 9. Infant immunizations              | 9. Breast care                           |
| 10. Taking infant's temperature      | 10. Bowel function                   | 10. Breast care                      | 10. Infant blood tests required by state |

Tabel 5: Vergelijking tussen zorgverstrekkers en moeders (Ruchala, 2000)

Wilkins (2005) bevestigt dat ouders beter ook inspraak zouden hebben in de informatie die moet worden verstrekt. Ouders als ervaringsexperten kunnen immers een belangrijke inbreng hebben in het beslissen welke informatie fundamenteel is voor het welzijn van ouders en kind.

### 3.1.3.2 Internationale richtlijnen

De enige internationale richtlijnen die uitdrukkelijk belang hechten aan de informatiebehoefte van ouders werden hieronder weergegeven. Andere richtlijnen leggen vooral de nadruk op de postnatale zorg(pad)en.

#### NICE

In de NICE guidelines (2006) wordt het belang van het geven van informatie nauwkeurig weergegeven. In deze richtlijnen wordt het belang van geïndividualiseerde zorg benadrukt, waardoor de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk wordt.

NICE (2006) schrijft voor dat ouders na de geboorte een overzicht moeten meekrijgen naar huis, waarin belangrijke informatie en contactgegevens van professionals worden weergegeven. Bij dit overzicht moet mondeling informatie verschaft worden. Zo wordt het welzijn van moeder en kind bevorderd.

Waar volgens de NICE guidelines informatie moet worden over verstrekt wordt hieronder weergegeven. Items die in vorige studies werden bevestigd werden vetgedrukt.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <i>Materneel<br/>welzijn</i> | <p><b>Fysiek herstel na geboorte</b></p> <p><b>Psychisch herstel na geboorte</b></p> <p><b>Emotionele veranderingen</b></p> <p><b>Bloedverlies</b></p> <p><b>Hygiëne/infectie perineum</b></p> <p>Dyspareunie</p> <p><b>Vermoeidheid</b></p> <p>Rugpijn</p> <p>Constipatie</p> <p>Hemorroiden</p> <p>Incontinentie</p> <p>Urineretentie</p> <p>Contraceptie</p> <p>Rhesusimmunisatie</p> <p><b>Pijn</b></p> <p>Check-up bij de gynaecoloog na 6 weken</p> |
| <i>Voeding kind</i>          | <p><b>Succesvol borstvoeding geven</b></p> <p><b>Kunstvoeding</b></p> <p>Bewaren van moedermelk/ kunstvoeding</p> <p>Pijn t.h.v. de tepels</p> <p>Melkverlies</p> <p>Mastitis</p> <p>Tongriempje</p> <p>Slaperige baby</p>  |
| <i>Welzijn kind</i>          | <p><b>Ouderschap</b></p> <p>Fysisch onderzoek</p> <p>Geelzucht</p> <p>Huid</p> <p>Spruw</p> <p>Huidirritatie</p> <p>Constipatie</p> <p>Diarree</p> <p>Krampjes</p> <p><b>Koorts</b></p> <p>Vitamine K</p> <p><b>Veiligheid</b></p>  |

Tabel 6: NICE guidelines

Bij elk postnataal contact moet worden verwezen naar bovengenoemd overzicht. Verder moet de vrouw bevraagd worden met betrekking tot haar eigen welzijn en deze van de baby. Duidelijke informatie, uitleg en begeleiding moet gegeven worden. Vragen moeten beantwoord worden en problemen moeten worden gedetecteerd. De vrouw en het kind moeten de nodige onderzoeken krijgen. Ook de borstvoeding moet begeleid en ondersteund worden. Na elk postnataal contact moet een manier van overdracht gevonden worden naar andere zorgverleners toe (bv. Boekje Kind & Gezin).

Tussen professionals dient dus zeker ook communicatie plaats te vinden. Protocollen zouden hierover moeten worden opgesteld en opgevolgd.

#### WHO

Volgens de WHO (1998) kunnen volgende noden voor moeders en pasgeborenen opgesomd worden:

|                   | <b>Vrouwen</b>   | <b>Pasgeborene</b>   |
|-------------------|--|--|
| <u>Behoeftes</u>  |  |  |
| Informatie over   | <b>Zorgen aan de baby</b><br><b>Borstvoeding</b><br><b>Lichamelijke veranderingen</b><br>Zelfzorg<br>Seksueel leven<br>Contraceptie<br>Voeding | Makkelijke bereikbaarheid moeder<br>Voeding wanneer nodig<br>Aangename omgevingstemperatuur<br><b>Veilige omgeving</b><br>Ouders die zorgen voor de baby                         |
| Ondersteuning     | Partner en familie<br>Gezondheidsmedewerkers   | <b>Hygiëne</b><br>Observatie van lichaamssignalen<br>Voeding, knuffelen, stimulatie<br>Geboorteaangifte<br>Gezondheidszorg bij complicaties<br>Bescherming (voor ziekte, geweld) |
| En verder         | Gezondheidszorg bij complicaties<br>Tijd om voor de baby te zorgen<br>Hulp in het huishouden<br>Materniteit verlaten<br>Bescherming            | Gelijkheid (geslacht, massa)   |
| <u>Angst voor</u> | Verlies van intieme relatie<br>Isolatie<br>Verantwoordelijkheid<br>Ontoereikendheid  |  |

Tabel 7: Richtlijnen WHO

### 3.1.4 Wijze van informatieoverdracht

Volgens Oosterbaan (2006) is schriftelijke informatieverstrekking degelijk een aanvulling voor de mondelinge overdracht van informatie aan de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat patiënten vaak al snel een groot deel van de mondelinge informatieoverdracht vergeten zijn. Maar ook omgekeerd heeft de patiënt recht op mondelinge informatie bij de folder. De gouden regel is volgens Oosterbaan (2006) dat de materialen altijd ter ondersteuning zijn van de mondelinge voorlichting. Door onderzoek werd aangetoond dat artsen en verpleegkundigen vaak denken dat persoonlijke communicatie begrijpelijk genoeg is of ze vergeten de nodige informatie te geven.

#### *Mondeling*

De informatie dient duidelijk en effectief te worden weergegeven in een begrijpbare taal waarin vakjargon wordt vermeden. Duidelijke illustraties worden aanbevolen aangezien zij voor de aantrekkelijkheid zorgen, indien er niet mee wordt overdreven (Grimes et al., 2013). De toegankelijkheid van de informatie is belangrijk, maar zeker ook als de informatie verstaanbaar is voor elke groep van de samenleving. Informatie moet worden geïndividualiseerd naar de noden van het ouderpaar.

Het persoonlijke aspect van de behoeften van de ouders wordt vaak onderschat door hulpverleners. Meer informatie rond het lichaam van de vrouw en de pijn tijdens de eerste week na de bevalling blijkt vereist. Volgens Walsh (2011) blijkt vooral continuïteit van de zorgen belangrijk. De postnatale zorgen dienen zo te worden georganiseerd, dat ouders worden begeleid door één of maximaal twee hulpverleners. Wanneer er meerdere hulpverleners zijn, krijgen we opnieuw het probleem die al eerder werd genoemd van verschillende meningen van gezondheidswerkers. Het is belangrijk dat de vrouw eenduidige informatie te horen krijgt.

Maar ook het tegenovergestelde is waar. Vroedvrouwen en gezondheidsmedewerkers kunnen echter ook de kersverse ouders ontmoedigen en ondermijnen door negatieve feedback een tekort aan informatie. Als ouders er vanuit gaan dat de borstvoeding goed gaat, maar een gezondheidsmedewerker het tegendeel beweert zullen ouders zich gefaald voelen. Als verschillende gezondheidsmedewerkers dan nog verschillende adviezen geven, weten de ouders helemaal niet meer wat te doen (Hinsliff-Smith et al., 2014).

#### *Schriftelijk (brochure/folder/poster)*

Wanneer brochures worden meegegeven in, tijdens of na de zwangerschap aan het koppel, gebeurt dit dikwijls samen met een heleboel andere papieren. Het is bewezen dat vrouwen minder geneigd zijn deze brochures te raadplegen of te lezen indien deze niet mondeling worden aangeprezen of er uitleg wordt over gegeven. Brochures of folders waaromtrent geen informatie wordt gegeven, worden vaak niet gelezen. Het is belangrijk de informatie zowel mondeling als schriftelijk te verstrekken (Grimes et al, 2013).

Wanneer een folder gemaakt wordt, om de mondelinge informatie te ondersteunen, is het belangrijk de informatie aan te passen aan het doelpubliek. Griffin, McKenna & Tooth (2003) geven specifieke richtlijnen weer betreffende verschillende onderwerpen. Ten eerste dient de inhoud simpel en duidelijk te zijn. De informatie moet accuraat, innovatief en relevant zijn. Er dient een antwoord te worden geformuleerd op de vragen 'wat, waarom en wanneer?'. Ook blijkt het een goede methode te zijn om de vragen van de patiënten te gaan beantwoorden uit een vraagantwoord model. Hierbij wordt het best gebruik gemaakt van een actieve vraagstelling. Het antwoord staat best in de 2<sup>de</sup> persoon. Hierbij kunnen de patiënten vlug en gemakkelijk de vragen opzoeken die hen aanbelangen. Een alternatief hiervoor is de titels en ondertitels goed gebruiken.

### 3.1.5 Organisatie perinataal zorgsysteem

#### 3.1.5.1 Organisatie in België

De recente richtlijnen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dateren van oktober 2014. De richtlijnen vertrekken uit het standpunt dat de Belgische verloskunde de laatste jaren sterk gemedicaliseerd is. Dit biedt voordelen ter preventie van perinatale mortaliteit en morbiditeit. Tevens zorgt het er voor dat de medische wereld de zorg na de geboorte volledig naar zich toe getrokken heeft. Hierin wordt een aanpassing van de postnatale thuiszorg in België voorgesteld, om de postnatale zorg terug een stapje dichterbij te brengen bij het leven 'thuis'.

In de jaren '50 verbleven vrouwen in België na hun bevalling tien dagen of langer in het ziekenhuis. Momenteel is dit in de meeste ziekenhuizen nog 5 dagen, met enkele uitzonderingen waar het reeds drie of vier dagen bedraagt. Een blijvende verkorting van de verblijfsduur lijkt voor België onvermijdelijk. In vele andere landen is een zeer kort ziekenhuisverblijf reeds realiteit. Internationaal gezien hebben de meeste landen een postnataal zorgplan die gericht is op de thuissituatie. In België zijn de postnatale zorgen vooral op het ziekenhuis gericht. Een verkorting van de verblijfsduur kan dus een probleem gaan vormen als er niets veranderd wordt aan het postnataal zorgnetwerk.

Momenteel bevalt in België de overgrote meerderheid van de vrouwen in het ziekenhuis. Na hun bevalling blijven de vrouwen gemiddeld vier à vijf dagen in het ziekenhuis. Vrouwen die al dan niet vroeger naar huis gaan, weten vaak niet waar ze met hun vragen en bezorgdheden terecht kunnen wanneer ze eenmaal terug thuis gekomen zijn. Dit probleem vindt zijn oorzaak in het feit dat de postnatale zorgen niet aaneen hangen en doordat de verschillen per regio enorm zijn. Ook vinden vroedvrouwen die postnatale zorgen verlenen vaak dat ze te weinig vergoed worden voor hun diensten. Momenteel blijft de postnatale zorg vaak beperkt door de diensten die worden aangeboden op de materniteit, namelijk een postnatale check-up bij de gynaecoloog op 6 weken postpartum en de consulten bij K&G. Kraamhulp en consulten van een zelfstandig vroedvrouw worden enkel toegepast wanneer mensen er het bestaan van afweten. De onbekendheid van postnatale zorgen/kraamzorg, de versnippering van de zorg, een korter verblijf in het ziekenhuis, het gebrek aan informatiebronnen,... Het zijn allemaal triggers die ervoor zorgen dat ouders het bos door de bomen niet meer zien en uit de boot vallen.

Verder is het ook een probleem dat verschillende zorgverleners met een verschillend medisch dossier werken. Elk maakt een apart dossier op, en heeft unieke gegevens van de parturiënte. Het kost niet alleen geld, het zorgt tevens voor een enorm tijdsverlies. Niet enkel voor de parturiënte, ook voor de zorgverstreker. Een algemeen elektronisch dossier, beschikbaar voor elke zorgverlener zou hier de oplossing bieden.

#### 3.1.5.2 Recht op postnatale zorgen in België

##### *Zelfstandig vroedvrouw*

De nomenclatuur voor vroedvrouwen (2014) stelt enkele rechten op voor vrouwen tijdens de postnatale periode. Op dag nul t.e.m. vijf heeft de vrouw recht op één bezoekje per dag van een vroedvrouw bij haar thuis. Wanneer mevrouw deze termijn in het ziekenhuis verblijft, zullen deze zorgen worden uitgevoerd door de vroedvrouwen in het ziekenhuis.

Wanneer mevrouw poliklinisch bevalt en dus vroeger dan de vijfde dag het ziekenhuis verlaat, kunnen de bezoeken die nog te goed zijn volbracht worden door een vroedvrouw aan huis. Deze moeten echter wel gepresteerd worden op de dag zelf.

Bijvoorbeeld: Mevrouw verlaat het ziekenhuis op dag drie. Op dag vier en dag vijf kan een zelfstandig vroedvrouw langskomen om de zorgen aan moeder en baby uit te verstrekken en GVO te verlenen. Deze bezoeken kunnen dus enkel worden gepresteerd op dag vier en dag vijf. Wanneer deze dagen voorbij zijn, vervalt het recht op de bezoeken. De vrouw dient zelf de vroedvrouw hiervoor op te bellen.

Vanaf de zesde dag na de geboorte heeft mevrouw recht op zeven vervolfbezoeken, ter opvolging van het welzijn van moeder en kind. Deze bezoeken kunnen gelijk wanneer worden opgenomen, binnen het eerste jaar na de geboorte.

Wanneer meer dan zeven consultaties bij de vroedvrouw (aan huis of op verplaatsing) nodig blijken, kunnen er drie vervolfbezoeken worden ingepland indien de vroedvrouw de noodzaak van de consultatie kan verantwoorden. Indien er meer dan tien consultaties bij de vroedvrouw noodzakelijk zijn, gebeurt dit op voorschrift van de arts. Met een voorschrift van de arts kunnen bezoeken onbeperkt worden ingepland, zolang de vroedvrouw kan motiveren waarom de consultatie noodzakelijk blijkt en een voorschrift van de arts voorhanden is.

De vergoeding van de vroedvrouw, gebeurt via het derdebetalerssysteem. Dus de bezoeken voor de ouders worden volledig terugbetaald door de mutualiteit.

### *Kind & Gezin*

Kind & Gezin staat in België in voor de opvolging van de baby. Meestal vindt het kennismakingsgesprek plaats op de materniteit. Wanneer je thuis bevalt, komen Kind & Gezin gewoon thuis langs. Tijdens het kennismakingsgesprek wordt de werking uitgelegd van Kind & Gezin. Zij bieden huisbezoeken op de leeftijd van twee en zes weken. Tijdens de huisbezoeken wordt de baby gewogen en opgemeten. Ook kunnen vragen kunnen gesteld worden (K&G, 2015).

Na zes weken kunnen ouders maandelijks langsgaan bij Kind & Gezin. Daar wordt de baby gemeten en gewogen. De ontwikkeling wordt opgevolgd. Het kind wordt tevens gecontroleerd door een kinderarts. Vragen kunnen gesteld worden aan de verpleegkundige van K&G. Deze maandelijks bezoeken worden gecombineerd met de nodige vaccinaties en testen (bv. gehoortest/oogtest, voedingsadvies, etc). Werknemers bij Kind & Gezin worden vergoed door de overheid (K&G, 2015).

### *Kraamzorg*

Kraamzorg kan ook ingeschakeld worden. Hierbij wordt er tijdens de zwangerschap een vrijblijvend kennismakingsgesprek ingepland. De werking van kraamzorg wordt uitgelegd en de verwachtingen van de ouders worden besproken.

Kraamzorg houdt in dat een kraamverzorgende, met kennis rond zwangerschap en de kraamtijd, langskomt om ouders te helpen. Ze kan even de zorgen van de baby, broertjes of zusjes, op zich nemen wanneer de moeder even tijd voor zichzelf wil. Ze kan ook helpen bij de verzorging van de moeder zelf of neemt huishoudelijke taken op zich.

Wanneer kraamzorg wordt opgenomen, wordt er gestreefd naar continuïteit. Hoogstens krijg je twee verschillende kraamverzorgsters te zien. Dit zorgt ervoor dat de kraamverzorgsters de ouders en de baby leren kennen en beter kunnen inspelen op problemen.

Kraamzorg kan zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte worden opgenomen. De kostprijs wordt berekend op basis van het inkomen.

#### 3.1.5.3 Situatie in het buitenland

Wat in België minder ingeburgerd is, is het poliklinisch bevallen. Sommige koppels kiezen er bewust voor maar in landen als Zweden, Australië, Canada, Amerika en het Verenigd Koninkrijk is het de normaalste zaak van de wereld. Daar blijven de vrouwen bij een normale bevalling maximaal 48 uur in het ziekenhuis. Ouders krijgen de kans niet om langer te blijven. Wanneer dit kortverblijf wordt opgevolgd door frequente huisbezoeken van de vroedvrouw blijkt dit geen probleem te vormen (Askelsdottir, Lam-de Jonge, Edman & Wiklund, 2013).

De ouders houden een goed gevoel over aan de postnatale thuiszorg, zo kunnen ze bijvoorbeeld zelf beslissingen maken en rapporteren ze de band met de terugkerende gezondheidswerker als positief. Wat de ouders als voorwaarde stellen is patiëntgerichte informatie, mondeling en schriftelijk onder de vorm van een brochure, voor het ontslag. Bovendien moet het ook mogelijk zijn om op elk moment van de dag een gezondheidsmedewerker te kunnen contacteren.

In sommige landen lijkt het een droom om zeven bezoekjes van de vroedvrouw te krijgen. De koppels die in deze landen vroeg naar huis worden gestuurd voelen een sterk tekort aan ondersteuning. Ze wensen antwoorden op hun persoonlijke vragen en ondersteuning bij de borstvoeding. Hier zou dus een frequentere postnatale thuiszorg de oplossing zijn voor het welbehagen van de koppels alsook voor de geïndividualiseerde zorg (Askelsdottir et al., 2013).

Wat verder blijkt uit het onderzoek van Askelsdottir et al. (2013) is dat de vrouwen die frequent postnatale thuiszorg krijgen na hun poliklinische bevalling zich veel zekerder voelen tijdens de eerste week in het postpartum. Ze ondervonden meer ondersteuning en empowering. Op vlak van borstvoeding ondervonden deze vrouwen minder positieve gevoelens. Er waren ook minder vrouwen die op drie maanden postpartum nog steeds enkel maar borstvoeding gaven aan de baby, in tegenstelling tot de groep die geen postnatale thuiszorg kreeg. Dit kan echter onderliggende oorzaken hebben zoals karakteristieken van de moeders of socio-economische status en opleiding. Zoals eerder aangehaald zou de vroedvrouw vooral invloed hebben op de borstvoedingservaring.

Hieronder wordt het postnatale zorgsysteem in enkele landen besproken. In deze landen gaat men zeer snel na de bevalling naar huis, waardoor het postnatale zorgsysteem optimaal zou moeten uitgewerkt zijn.

#### *Nederland*

Nederland staat in België bekend om zijn postnatale zorgsysteem, dat vaak als voorbeeld gebruikt wordt. Ouders verlaten meestal het ziekenhuis binnen een paar uur na de bevalling, dus kraamzorg gebeurt grotendeels thuis. Deze kraamzorg wordt opgevangen door verschillende zorgverstrekkers. Omdat vrouwen in Nederland vaak prenataal al worden opgevolgd door een vroedvrouw, neemt diezelfde vroedvrouw de postnatale zorgen ook op zich. De vroedvrouw komt in Nederland 4 tot 6 keer langs in de eerste 10 dagen. Deze bezoeken duren ongeveer 30 minuten. Verder neemt een kraamverzorgende de zorgen voor de moeder, de pasgeborene en de andere gezinsleden op zich. Ze verricht huishoudelijke taakjes en geeft gepaste informatie aan het koppel. Kraamhulp wordt meestal opgenomen binnen de eerste 10 dagen na de bevalling (KCE, 2014).

#### *Zweden*

In Zweden gebeuren 99% van de bevallingen in het ziekenhuis, ouders worden aangemoedigd om het ziekenhuis snel te verlaten. Dit gebeurt meestal tussen de 6 en 72 uur na de bevalling. In Zweden worden de postnatale huisbezoeken opgenomen door de vroedvrouw die verbonden is met het ziekenhuis of door een vroedvrouwenteam die zich vooral bezig houdt met postnatale zorgen. In Zweden bestaat er ook zoiets als een familiehotel. Hierin verblijven gezinnen, die er net een nieuw gezinslid bij gekregen hebben. Deze familiehotels bevinden zich niet ver van het ziekenhuis. In Zweden werden deze hotels ingevoerd om de grote afstanden die ouders vaak moeten afleggen om een ziekenhuis te bereiken, te overbruggen. In deze familiehotels worden de zorgen overdag opgenomen door een vroedvrouw, 's nachts is er een verpleegkundige ter beschikking. Dit is dus niet te vergelijken met de situatie in België (KCE, 2014).

#### *Verenigd Koninkrijk*

In het Verenigd Koninkrijk bevallen 82% van de vrouwen in het ziekenhuis. Vrouwen blijven minder dan 72 uur in het ziekenhuis. Postnatale zorgen thuis worden volledig opgenomen door de plaatselijke vroedvrouw. In het Verenigd Koninkrijk informeert het ziekenhuis de plaatselijke vroedvrouw omtrent het ontslag van de moeder. De plaatselijke vroedvrouw plant de volgende dag een bezoekje, tenzij het dezelfde dag nog nodig is. Deze zorgen duren langer dan 10 dagen, zo lang dat de vroedvrouw het nodig acht (KCE, 2014).

#### 3.1.5.4 KCE richtlijnen

Het KCE rondde in 2014 een onderzoek af, die de postnatale zorgen in België evalueerde en richtlijnen opstelde om dit te reorganiseren. Het KCE wil het probleem van België aanpakken en een voorstel uitwerken, ter preventie van de versnippering van de zorg. Hieronder worden de richtlijnen kort besproken. Deze richtlijnen werden onder andere gebaseerd op de organisatie van postnatale zorgen in het buitenland, zoals hierboven beschreven staat.

##### *1. Medische postnatale thuiszorg organiseren*

Het zwaartepunt van de postnatale zorgen moet naar de thuissituatie verschoven worden. Buiten de ziekenhuismuren, moet continuïteit de hoeksteen gaan vormen van de postnatale thuiszorg. De zorg in het ziekenhuis moet gekoppeld worden aan de zorg thuis, dit moet één geheel vormen. Ouders moeten prenataal voorbereid worden op het postpartum. Na het verblijf in het ziekenhuis moeten postnatale zorgen thuis systematisch aangeboden worden. Dit vergt een samenwerking tussen professionals en een coördinatie tussen eerste en tweede lijn (KCE, 2014).

##### *2. Multidisciplinair netwerk rond elke moeder en kind, die gebruik maken van het huidige Globaal Medisch Dossier*

Er moet gebruik gemaakt worden van het Globaal Medisch Dossier, waarin alle betrokken gezondheidswerkers gegevens van de moeder kunnen inbrengen en raadplegen. Zo hoeft niet elke gezondheidsmedewerker tijd te investeren in het aanmaken van een medisch dossier en kunnen gegevens onmiddellijk aan bevoegden doorgespeeld worden. Hierdoor wordt een efficiënte informatie-uitwisseling mogelijk (KCE, 2014).

##### *3. De zwangere reeds prenataal voorbereiden, waarin een postnataal zorgplan gehanteerd wordt*

Het verloop van de postnatale periode moet prenataal besproken worden. De wensen van de ouders dienen hierin verwerkt te worden. Willen ze liever een klassiek ziekenhuisverblijf of willen ze poliklinisch bevallen? Contactgegevens van kraamzorg, gynaecoloog, huisarts en vroedvrouw moeten meegegeven worden. De eerste consultatie bij K&G, de controle bij de gynaecoloog op 6 weken en de check-up bij de kinderarts kan besproken worden (KCE, 2014).

##### *4. Maximaal gedurende 72u de zorgen voorzien in het ziekenhuis, een naadloze transfer naar de thuissituatie met garantie dat de moeder en het kind gedurende minimum één week nauwgezet door een vroedvrouw aan huis opgevolgd worden*

Voordat het koppel het ziekenhuis verlaat, moeten de postnatale zorgen geregeld worden. De vroedvrouw en bij voorkeur ook de kraamhulp, wordt ingeschakeld om de postnatale zorgen thuis te verlenen. Hierbij hebben ze aandacht voor de begeleiding van moeder en baby, gezondheidsvoorlichting, ondersteuning bij borstvoeding, emotionele steun, praktische hulp bij huishoudelijk werk en doorverwijzing naar andere professionals indien nodig. Wanneer ouders kiezen om poliklinisch te bevallen, moet binnen de 24 uur na het ontslag een vroedvrouw langskomen op huisbezoek. Verder moet er een vroedvrouw, de eerste dagen na het ontslag, permanent bereikbaar zijn (KCE, 2014).

##### *5. Procedures opstellen voor heropname pasgeborenen en hun moeders*

Alle pasgeborenen die (her)opgenomen worden, moeten geregistreerd worden. Deze (her)opnames moeten zorgvuldig opgevolgd worden om de kwaliteit van de zorg te evalueren (KCE, 2014).



*6. Kwaliteitscriteria vastleggen op basis van klinische praktijkrichtlijnen*

De competenties van vroedvrouwen, huisartsen en kraamhulp moeten aan hun (nieuwe) rol aangepast worden. Evaluatiemechanismen voor de zorgkwaliteit moeten worden ingevoerd. Kwaliteitsindicatoren en klinische praktijkrichtlijnen moeten opgesteld worden (KCE, 2014).

*7. Het aanbod van kraamzorg verder uitwerken en oudergroepen oprichten*

Allereerst moeten kwaliteitscriteria voor de kraamhulp vastgelegd worden. De taken en de opleiding van een kraamhulp moeten worden uitgewerkt. Het systeem van de kraamhulp moet op basis van het systeem in Nederland, worden herbekeken. Daar dragen kraamverzorgsters een grotere rol op zich. Oudergroepen kunnen opgericht worden, om ouders en hun ervaringen dichterbij elkaar te brengen, postnatale zorg op lange termijn te structureren en informele steunnetwerken te bevorderen (KCE, 2014).

*8. Het financieringssysteem aanpassen*

In het huidige financieringssysteem worden cruciale taken zoals zorgcoördinatie en informeren van ouders ondergewaardeerd en onderbetaald. Verder bevordert het huidige systeem de multidisciplinaire samenwerking niet. Het leidt ook tot een tekort aan zorg voor kwetsbare gezinnen (KCE, 2014).

*9. Speciale aandacht voor de gelijke toegang tot de postnatale zorg*

Kansarme gezinnen moeten ondersteund worden en er moet voorkomen worden dat ze wegvallen uit het perinatale zorgproject. De ontwikkeling van een nationaal perinataal programma voor kwetsbare gezinnen moet overwogen worden. Bovendien moet er bijkomend geïnvesteerd worden in de toegang tot prenatale zorg, perinatale coaching, extra residentiële oplossingen en de ontwikkeling van een meldpunt waarop zorgverleners problematische situaties kunnen signaleren (KCE, 2014).

*10. Onderzoek in het domein ondersteunen*

Vanzelfsprekend moet er onderzoek verricht worden naar het kortverblijf en de perinatale organisatie. België zou ook de dataverzameling naar menselijke middelen (jobs en beschikbaarheid van zorgverleners) beter moeten coördineren en sturen, zodat een efficiënte zorgverlening kan gepland en uitgewerkt worden (KCE, 2014).

## 3.2 Praktijkstudie

In totaal hebben 321 mensen online de enquête bekeken en werden er schriftelijk 28 enquêtes uitgedeeld. In totaal hebben dus 349 enquêtes de doelgroep bereikt. Hieruit werden 92 enquêtes terug verkregen. 87 enquêtes waren bruikbaar voor het onderzoek. De online enquêtes werden verspreid via kennissen en sociale media. Hierbij werd telkens duidelijk vermeld voor welke doelgroep de enquête bestemd was. Schriftelijk werden de enquêtes persoonlijk bezorgd, de doelstelling van het onderzoek werd mondeling kort toegelicht.

Schriftelijk werden slechts zes enquêtes terug verkregen. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de drukke periode waarin de ouders zich bevinden op het moment dat de enquête kon worden ingevuld. Online nam dit immers minder tijd in beslag en kon de enquête rechtstreeks worden teruggestuurd. Gemiddeld duurde het invullen van de enquête vijf à tien minuten. In bijlage kan de informatiebrief, de informed consent, en de enquête worden geraadpleegd.

### 3.2.1 Demografische kenmerken

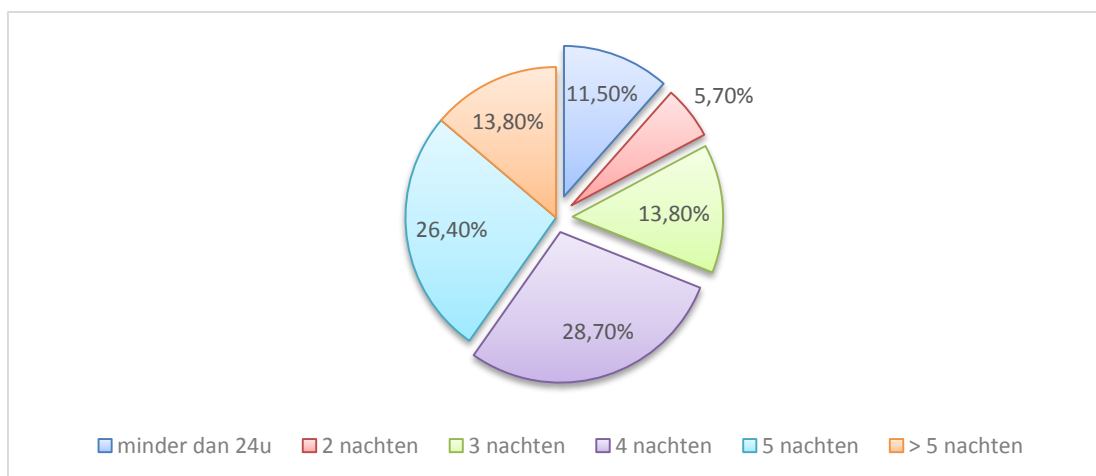
De enquête kon door zowel mannen als vrouwen ingevuld worden. Twee respondenten waren mannen, goed voor 2.3% van het totale aantal respondenten. De vrouwen vertegenwoordigden dus 97,7% van het aantal respondenten. Ongeveer de helft van de respondenten was gehuwd (54%) of samenwonend (42.5%). De overige respondenten (3.4%) waren alleenstaand.

18,4% van de kinderen van de proefpersonen had een leeftijd van 6 à 10 weken. De meerderheid van de kinderen was ouder (74.7%) en de overige kinderen waren jonger dan 6 weken (6.9%). Ouders met kinderen die ouder waren dan 1 jaar behoorden niet tot de doelgroep en werden expliciet gevraagd de enquête niet in te vullen. Hierover bestond echter geen rechtstreekse controle.

### 3.2.2 De bevalling en verblijfsduur op materniteit

83.9% van de respondenten had een vaginale bevalling. Bij 16.1% van de respondenten was een sectio vereist.

Op onderstaande grafiek wordt de gemiddelde verblijfsduur op materniteit weergegeven. Meer dan de helft van de mensen (60%) kiest voor een poliklinische bevalling. Dat wil zeggen dat ze minder dan vier nachten in het ziekenhuis verbleven.



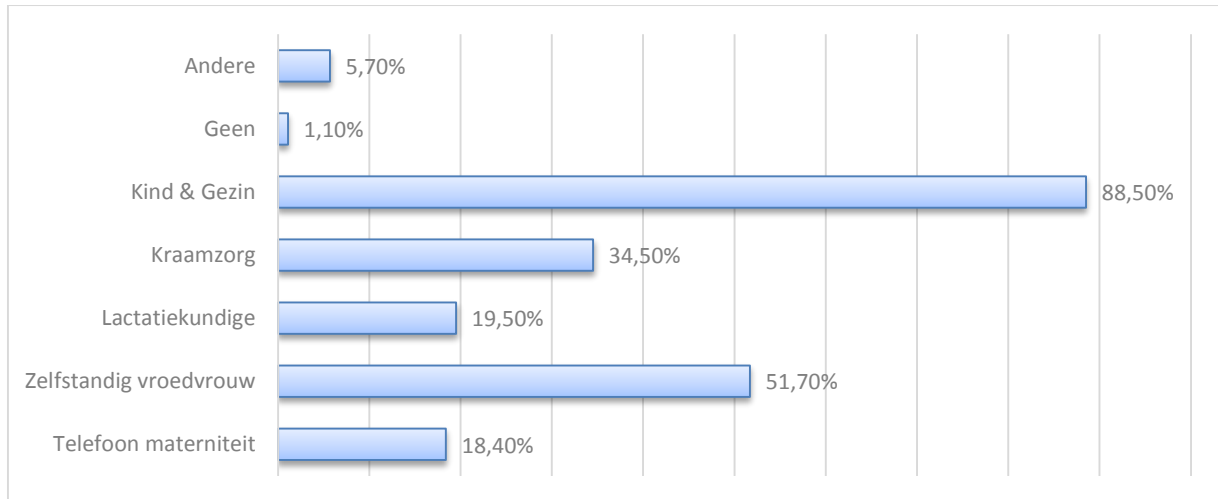
Figuur 1: Verblijfsduur op de materniteit

### 3.2.3 De diensten die postnataal gebruikt worden

Opvallend is dat ongeveer de helft van de vrouwen een zelfstandig vroedvrouw heeft gecontacteerd. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat 60% van de respondenten koos voor een poliklinische bevalling en dus meer behoefte had aan postnatale opvolging.

Kind & Gezin werd door de meerderheid van de respondenten geraadpleegd (88,5%). Indien dit niet het geval was, werden de zorgen van Kind & Gezin opgenomen door een kinderarts.

De respondenten die gebruik maakten van de 'andere' diensten verstonden hieronder: een kinderarts, een vroedvrouw verbonden aan de materniteit, internet of steungroepen.



Figuur 2: Postnatale diensten

### 3.2.4 Informatieverstrekking

De items die in de literatuur het meest naar voor kwamen, in combinatie met de items die naar voor kwamen tijdens de bijgewoonde ontslaggesprekken in de Vlaamse ziekenhuizen, werden via enquêtes bevraagd. De respondenten konden aanduiden omtrent welke items er informatie verkregen werd bij het ontslag naar de thuissituatie. Vervolgens werden ze bevraagd naar hun behoefte aan informatie. Hieronder worden de resultaten weergegeven.

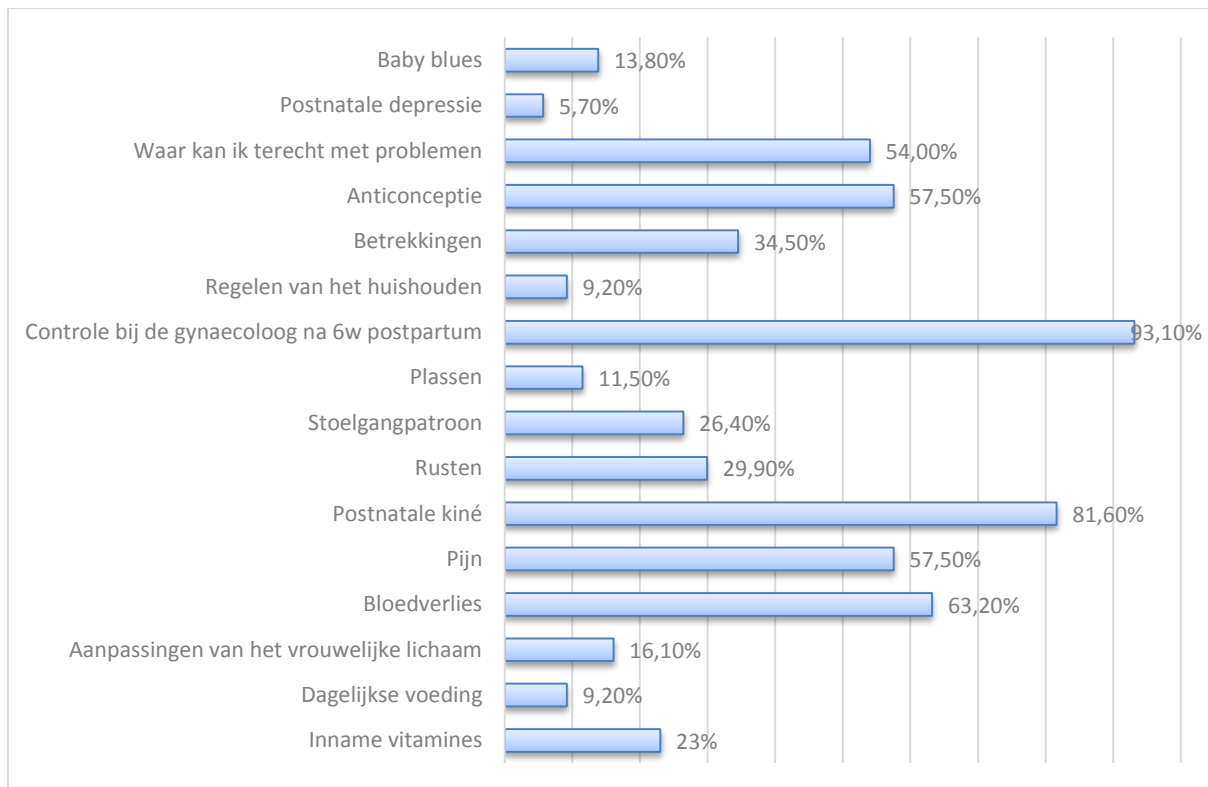
#### 3.2.4.1 Informatie met betrekking tot de moeder

Elk van de items die aan bod kwamen in de literatuur of tijdens de ontslaggesprekken, kwamen ook bij de parturiëntes aan bod tijdens de ontslaggesprekken. Bij de ene parturiënte al uitgebreider dan bij de andere.

Vooraf de medisch noodzakelijke opvolging (controle bij de gynaecoloog 93.10% en postnatale kiné 81.60%) wordt zeer frequent besproken, zoals in onderstaande grafiek weergegeven wordt. Verder wordt rond pijn, bloedverlies, anticonceptie en hulpnetwerken bij ongeveer de helft van de proefpersonen ook informatie gegeven.

Opvallend is dat de items rond babyblues en postnatale depressie in mindere mate aan bod komen.

Verder wordt er ook weinig aandacht besteed aan de aanpassingen van het vrouwelijke lichaam, de dagelijkse voeding of vitamine-inname. Hieronder een overzicht van de bevraagde items.



Figuur 3: Informatie omtrent de moeder

Na het beantwoorden van de vraag die polste naar de items die bevestigd werden bij het ontslag, konden de respondenten hun antwoord aanvullen met items waaromtrent ze graag wat meer informatie gekregen hadden. Er bestonden uiteenlopende meningen.

29,9% van de respondenten (n=26) vonden dat ze wel genoeg informatie verkregen hadden bij het ontslag. Twee respondenten verklaarden dat ze vooral hun moedergevoel volgden wanneer er onduidelijkheden waren. Anderen vertelden dat ze met de hulp van een zelfstandig vroedvrouw hun vragen beantwoord kregen.

6 respondenten (6.9%) vroegen expliciet naar heel uitgebreide informatie over alle onderwerpen die hierboven aangegeven werden. Ze gebruiken hierbij het argument dat ze primipara's zijn. Ouders zijn nog onervaren en willen graag zo veel mogelijk informatie. Enkele ouders (n =2) zijn er van overtuigd dat niet alle informatie kan gegeven worden bij het ontslag van de materniteit naar huis. Sommige vragen komen pas later in je op, daarom is een standaard postnatale opvolging vereist.

*“Als kersverse mama heb je veel vragen (die soms wat later in je opkomen). Veel dingen kom je ‘gaandeweg’ te weten, hoe je omgaat met de baby of je eigen vermoeidheid, wat te doen als de baby krampjes heeft, enz. Ook met andere (meer ervaren) mama’s praten kan helpen.”*

*“Thuiskomen als gezin is helemaal nieuw, aanpassingen voor mezelf als mama enerzijds, partner anderzijds. Heel moeilijk om taakverdeling in het huis(houden) aan te pakken. De relatie staat/stond heel hard onder spanning! Nu is de baby 11 weken oud en vinden we pas onze weg (geleidelijk aan) terug. “*

Verder vernoemden de respondenten nog verscheidende onderwerpen waaromtrent ze graag meer informatie gekregen hadden. Algemeen komt dit neer op de onderwerpen die in bovenstaande grafiek vermeld staan, waar ze nog geen informatie rond kregen. Hieronder een overzicht.

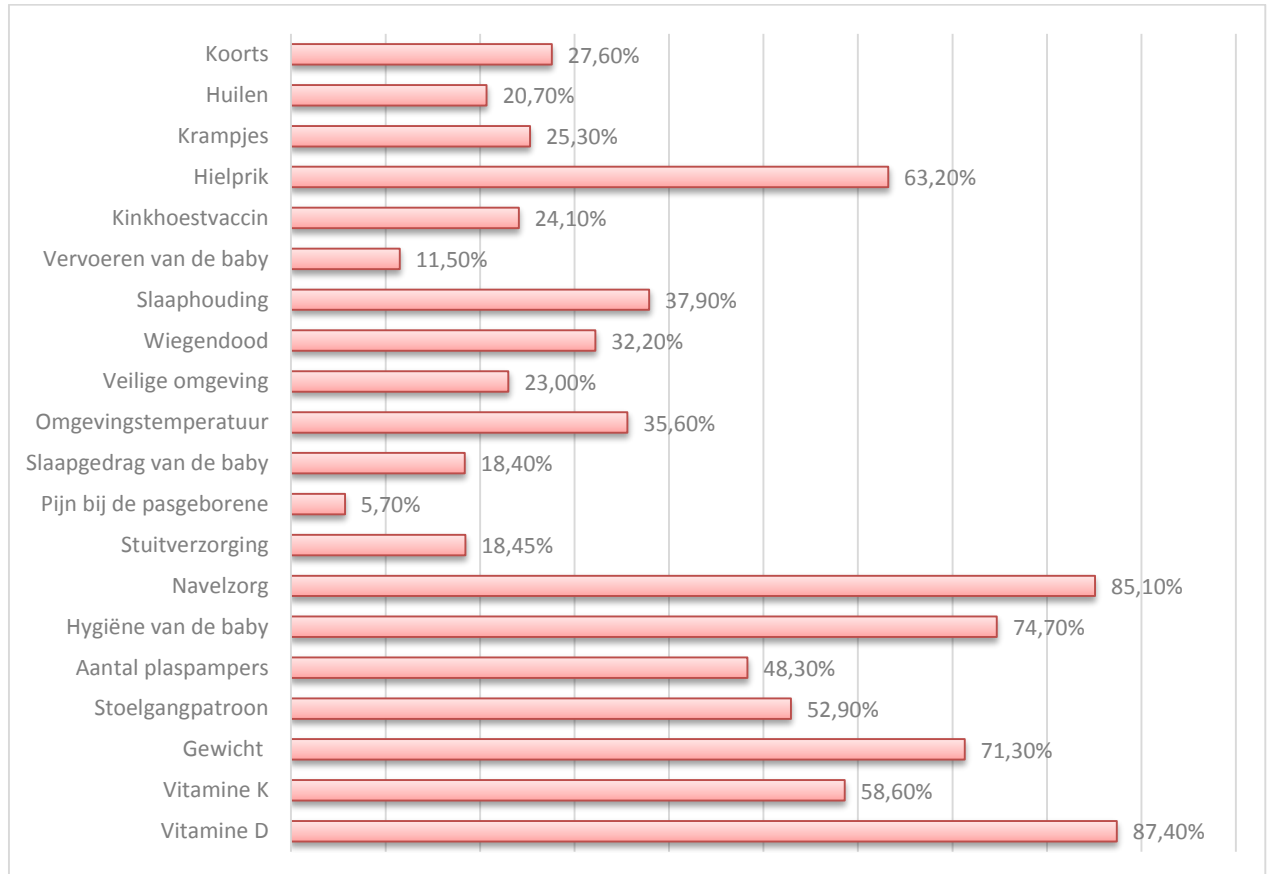
- ∞ Lichamelijke veranderingen (n=13)
- ∞ Persoonlijke rust (n=6)
- ∞ Babyblues (n=6)
- ∞ Vitamines (n=5)
- ∞ Anticonceptie (n=5)
- ∞ Voeding (n=5)
- ∞ Pijn (n=4)
- ∞ Postnatale depressie (n=3)
- ∞ Betrekkingen (n=3)
- ∞ Postnatale kiné (n=2)
- ∞ Kraamhulp
- ∞ Partner betrekken
- ∞ Hormonen
- ∞ Sporten na de bevalling

De enige onderwerpen die aangehaald en niet bevroegd werden, waren sporten na de bevalling en informatie omtrent kraamhulp. De respondenten vermeldden de verschillende items uit tabel 3, waaromtrent zij geen informatie verkregen. Zeer frequent (n=13) werd er extra informatie gevraagd omtrent lichamelijke veranderingen van de moeder. Persoonlijke rust en informatie omtrent de babyblues (n=6) kwamen ook frequent voor.

### 3.2.4.2 Informatie met betrekking tot de baby

De respondenten verkregen vervolgens vragen omtrent de baby. Opnieuw konden ze primair de onderwerpen aanduiden waaromtrent informatie werd gegeven. Secundair konden ze aangeven waaromtrent ze graag wat meer informatie gekregen hadden. Hieronder wordt algemene informatie rond de zorgen aan de baby weergegeven. Nadien ook specifieke informatie omtrent borst- en flesvoeding.

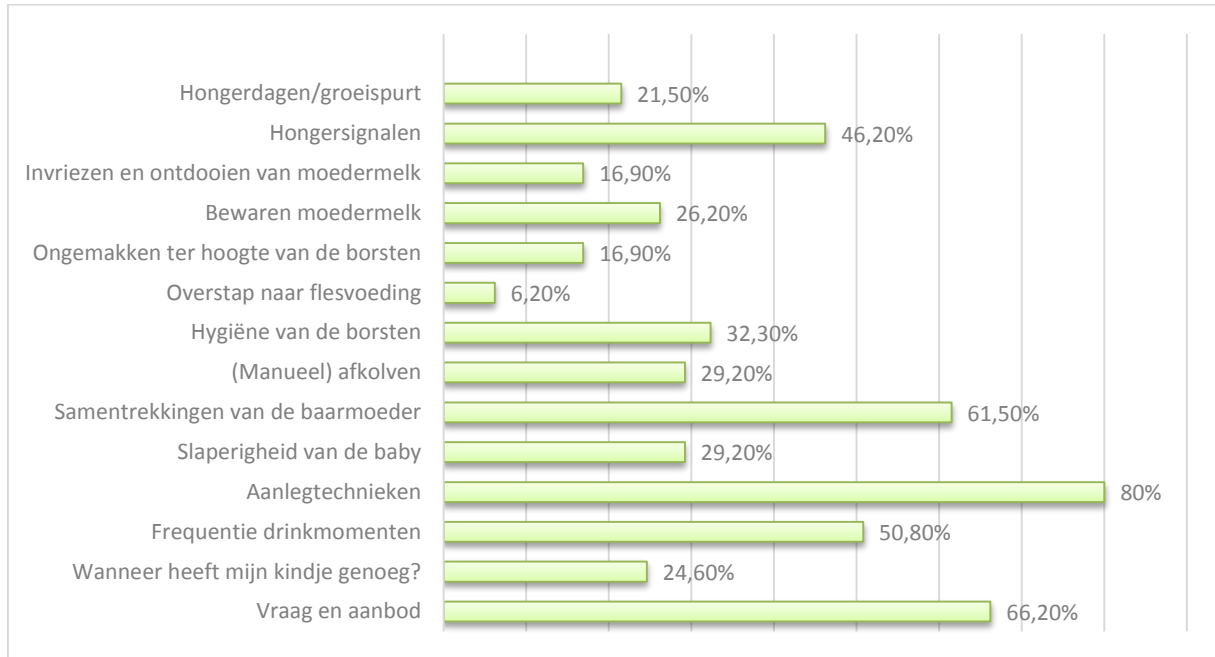
#### Algemene informatie



Figuur 4: Algemene info omtrent de baby

Bij de algemene items omtrent de baby valt op dat de medische items (bv. gewicht, vitamine D, hielprik), in combinatie met de dagelijkse verzorging van de baby (bv. navelzorg, hygiëne, gewicht) het meest belicht worden. Dit zijn ook de items die betrokken worden bij de verzorging op materniteit en waaromtrent de informatieverzorging aldus evident blijkt.

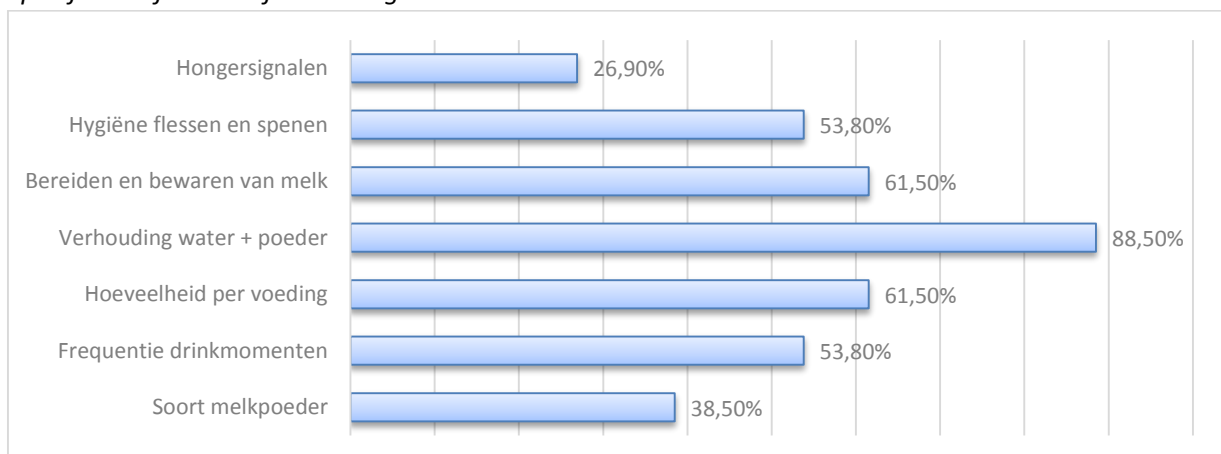
### Specifieke informatie borstvoeding



Figuur 5: Info omtrent borstvoeding

Verschillende aanlegtechnieken worden duidelijk belicht tijdens de informatieoverdracht, tevens wordt het principe van vraag en aanbod uitgelegd. Bij ongeveer de helft van de correspondenten werd er aandacht besteed aan het verstrekken van informatie omtrent hongersignalen, samentrekkingen van de baarmoeder en de frequentie van de drinkmomenten. Opvallend is dat de andere items in mindere mate naar voor komen, deze zijn echter essentieel bij het slagen van de borstvoeding (bijvoorbeeld: wanneer heeft mijn kindje genoeg?, (manueel) kolven, bewaren van moedermelk,...). Aan de overstap naar flesvoeding werd er opmerkelijk weinig aandacht geschonken. 6.2% is een acceptabel getal aangezien het hier gaat over de informatie die wordt gegeven bij het ontslag van de materniteit naar huis.

### Specifieke informatie flesvoeding



Figuur 6: Info omtrent flesvoeding

26 respondenten (29,8%) verklaarden dat ze voldoende informatie kregen omtrent de baby en vonden extra informatie niet nodig. 5 respondenten (5,7%) kaartten de kwaliteit van de informatie aan. Zij

verklaren dat de informatie (vooral omtrent borstvoeding) verouderd en niet correct was. Bovendien verklaarden zij dat verschillende vroedvrouwen een tegenstrijdige mening hadden.

*“ Ik had niet noodzakelijk meer info gewenst maar wel correctere info! Veel informatie wordt foutief gegeven waardoor bij vele moeders de borstvoeding faalt na enkele dagen tot weken. Ik had gelukkig een erkende lactatiedeskundige onder de arm. “*

*“ Momenteel geef ik flesvoeding omdat ik door teveel pijn heb moeten afhaken. Ik ben er van overtuigd dat als er meer informatie werd gegeven over de manieren van aanleggen, de hongersignalen,... dit vermeden had kunnen worden. Nu, ben ik na 4 weken aan het proberen mijn productie weer op te starten en zal ik met de informatie die ik inmiddels heb van een lactatiedeskundige weer proberen om borstvoeding te geven. “*

Opnieuw hadden 6 respondenten (6.9%) graag over alle bovengenoemde onderwerpen uitgebreide informatie. Zij erkennen hierbij de meerwaarde van de opvolging van een zelfstandig vroedvrouw na de bevalling.

*“ De informatie omtrent borstvoeding was totaal verouderd, achterhaald en ontoereikend. Bovendien vertelt iedere vroedvrouw iets anders. “*

Verder werd gevraagd waaromtrent de ouders graag wat meer informatie gekregen hadden:

- ∞ Borstvoeding (n=24)
- ∞ Hongerdagen (n=8)
- ∞ Melkpoeder (n=6)
- ∞ Slaapgedrag(n=6)
- ∞ Hongersignalen (n=3)
- ∞ Huid-op-huidcontact (n=3)
- ∞ Pijn bij de pasgeborene (n=3)
- ∞ Ontwikkeling baby (n=2)
- ∞ Krampjes (n=2)
- ∞ Slijmpjes (n=2)
- ∞ Frequentie drinkmomenten (n=2)
- ∞ Ziekte pasgeborene (n=2)
- ∞ Etteroogjes
- ∞ Vervoeren van de baby
- ∞ Huilen
- ∞ Koorts
- ∞ Luierslag

Frequent (n=24) kwamen vragen omtrent borstvoeding naar voor. Er werden verschillende vragen gesteld omtrent aanleggen, afkolven, bewaren van moedermelk, overstap naar flesvoeding, etc. Vragen over hongerdagen, soorten melkpoeder en slaapgedrag kwamen eveneens frequent voor (n=6).



### 3.2.4.3 Voldoening van de ouders

De slotvraag van de enquête bestond eruit dat de ouders konden aangeven wanneer de verkregen informatie voldeed aan hun behoeften. Het gaat hier dus niet enkel omtrent de items van de moeder, maar eveneens over de baby.

49,4% van de respondenten (n=43) zijn van mening dat zij voldoende informatie verkregen bij het ontslag van de materniteit naar huis.

*“Je krijgt heel veel informatie, uiteraard niet alles en misschien wel meer dan me is bijgebleven. Ze geven ook vooral informatie voor de eerste dagen, wat handig is. Voor de periode erna denk ik dat je meer info kan krijgen van een individuele vroedvrouw of Kind & Gezin.”*

*“Ook al hadden we nog bepaalde vragen, die later opdoken, toch vonden we de informatie voldoende. In het ziekenhuis moet je volgens mij niet overladen worden met informatie want dan blijft die toch niet helemaal hangen. Uiteraard is het wel belangrijk dat je weet waar je met je vragen later terecht kan.”*

*“Mijn vragen kwamen pas na het ontslag en dan kon ik gewoon naar de zelfstandig vroedvrouw bellen.”*

50,6% van de respondenten (n=44) waren van mening dat ze niet voldoende informatie verkregen.

*“Voor mij was het mijn eerste kindje en dan kun je geen info genoeg hebben vind ik. Ik miste vooral basisinfo over zaken die voorkomen de eerste dagen/weken na de bevalling. Op het moment dat je thuiskomt had ik vooral nood aan praktische informatie over de verzorging van het kindje en over mezelf. Nu zat ik nog met veel vragen en ben ik van alles op internet beginnen opzoeken. Helaas kom je op het internet vaak tegenstrijdige zaken tegen en weet je op die manier nog niet wat de ‘juiste’ methode is. Ik heb uiteindelijk een zelfstandige vroedvrouw gebeld tijdens de eerste week thuis en al mijn vragen aan haar gesteld.”*

*“Als kersverse moeder ging ik onvoorbereid naar huis, ik wist niks over baby’s, borstvoeding of waarop we moesten letten i.v.m. de gezondheid van de baby.”*

*“Wij kregen zeer weinig info mee uit het ziekenhuis, maar daar wisten ze ook wel dat we snel zouden begeleid worden door de zelfstandige vroedvrouwen. Ik had vooral het gevoel; als ik het zelf niet vraag, zal ik het ook niet weten. Maar uiteraard weet je ook niet altijd waarnaar je moet vragen.”*

9% van het totaal aantal respondenten (n=8) gaf in hun antwoord aan dat ze tegenstrijdige informatie verkregen op de materniteit.

*“Heel veel verschillende personen gaven ons verschillende informatie, dat vond ik lastig.”*

*“Borstvoedingsbeleid was niet eenduidig, elke vroedvrouw had een andere mening, dit schept verwarring.”*

*“Jammer dat er zoveel verschillende meningen zijn over borstvoeding, ik heb gelukkig contact opgenomen met een zelfstandig vroedvrouw, want ik denk dat andere mama’s zonder begeleiding snel zouden opgeven.”*

*“De grootste frustratie is dat je op de materniteit 101 verschillende verhalen hoort!”*

65.5% van de respondenten (n=57) had graag een aanvullende patiëntenbrochure gekregen waarin de meest gestelde vragen vermeld staan in een vraag-antwoord model.

## 4 Discussie

Deze studie had de intentie om een antwoord te bieden op de volgende onderzoeksvraag:

**‘Welke zijn de behoeftes die primipara’s binnen de eerste weken postpartum ondervinden en hoe kan de organisatie van de postnatale zorgen hieraan aangepast worden?’**

Door middel van het raadplegen van verschillende databanken, werd een algemeen beeld verkregen omtrent de informatiebehoefte van kersverse ouders volgens de literatuur. Deze verkregen gegevens werden samengebracht met de standaard informatie die in twee Vlaamse ziekenhuizen werd verkregen bij het ontslag van de materniteit naar huis. Vervolgens werd een enquête opgesteld die peilde naar de informatie die verkregen werd, samen met de informatiebehoefte van de ouders. De gegevens die naar voor kwamen tijdens het praktijkonderzoek werden verwerkt en vergeleken met de gegevens die verkregen werden uit het literatuuronderzoek.

Bij aanvang van de studie werd de aandacht vooral gevestigd op het ontslaggesprek, vanuit het idee dat deze vaak niet voldoet aan de grote informatiebehoefte die kersverse ouders ondervinden. Doorheen het proces van de studie is gebleken dat er veel meer werk aan de winkel is dan louter een handleiding op te stellen voor het voeren van een ontslaggesprek.

### *Verblijfsduur materniteit*

Voor sommige ouders is het een evidente keuze om vroeger naar huis te gaan dan de standaard 4 à 5 dagen ziekenhuisverblijf. Zo blijkt ook uit de resultaten van het praktijkonderzoek. Voor andere ouders is de vastgestelde verblijfsduur op de materniteit een traditie, die een veilige omgeving biedt. Hoe dan ook komt er een punt waarin de stap naar de thuissituatie moet gemaakt worden. Daarin is de vroedvrouw op de materniteit de schakel. Zij staat namelijk in voor de informatie die wordt gegeven bij het ontslag.

### *Informatieverschaffing bij het ontslag*

Veel of weinig informatie wordt gegeven bij het ontslag. Volgens de resultaten van de praktijkstudie is het niet enkel afhankelijk van het ziekenhuis waarin je bevalt maar ook door de desbetreffende vroedvrouw die op dat moment een shift heeft. Opvallend is dat vrouwen vooral informatie krijgen die is toegespitst op de medische zijde van het verhaal. De controle bij de gynaecoloog op 6 weken na de bevalling, postnatale kiné, de hielprik, etc. Natuurlijk is deze informatie vereist en is het positief te bemerken dat bijna alle vrouwen hieromtrent geïnformeerd worden. Jammer genoeg krijgen ouders vaak niet alle informatie die ze graag hadden gehad of moeten ze er zelf om vragen! De taak van de vroedvrouw bestaat erin om GVO te verlenen tijdens de postnatale periode op de gepaste tijdstippen.

### *Problemen bij de gegevensoverdracht*

Het is niet zinvol om alle informatie op één moment te verschaffen. Daar hebben zorgverleners ook helemaal geen tijd voor. Daarnaast kunnen kersverse ouders alle informatie die op dat ene moment wordt verschaft niet allemaal onthouden. Hieruit blijkt dat een postnatale opvolging na het ziekenhuisverblijf vereist is.

De resultaten van deze studie tonen aan dat ouders met verschillende problemen te kampen hebben tijdens het verloop van de postnatale periode. Kersverse ouders hebben behoefte aan een kwaliteitsvolle zorgverlening die zijn aanvang vindt op de materniteit en die ver doorloopt in de postnatale periode. Deze kwaliteitsvolle zorgverlening houdt veel meer in dan het louter verschaffen van informatie. Verder verklaarden 9% van de respondenten dat zij tegenstrijdige en vaak foutieve

informatie verkregen doorheen het ziekenhuisverblijf. Tevens blijkt er uit de resultaten dat het emotionele aspect weinig tot niet aan bod komt.

#### *Gebruikte diensten*

De resultaten tonen aan dat alle onderwerpen die in de literatuur naar voor komen, wel degelijk worden aangehaald in de postnatale periode door de vroedvrouw op de materniteit, door de verpleegkundigen van Kind & Gezin of door een zelfstandig vroedvrouw.

Uit de praktijkstudie bleek dat ongeveer de helft van de proefpersonen die de enquête heeft vervolledigd gebruik heeft gemaakt van een zelfstandig vroedvrouw. De responsen van deze respondenten suggereren dat een postnatale opvolging essentieel is voor een kwaliteitsvolle zorgverlening. Enkel op deze manier kunnen we effectief de GVO verlenen op het gepaste tijdstip.

#### *Perinataal zorgsysteem in België*

Uit het voorstel van het KCE kunnen we afleiden dat de postnatale zorg in België helemaal niet op punt staat. Drastische veranderingen zullen moeten doorgevoerd worden indien we willen instaan voor een optimale perinatale zorgverlening.

Vrouwen die bevallen in een ziekenhuis in België kunnen er verblijven zo lang het nodig geacht wordt. Een naadloze overgang vanuit de materniteit naar de thuissituatie is vereist om een optimale perinatale zorgverlening te waarborgen, zeker wanneer de ligdagen in België net zoals in ander landen verkort worden. Wanneer zelfstandig vroedvrouwen gecontacteerd worden voor het ontslag van het koppel naar de thuissituatie, kan een eerste huisbezoek kort na de thuiskomst van het koppel gewaarborgd worden. Wanneer ouders prenataal reeds contact hebben gehad met een zelfstandig vroedvrouw, wordt de drempel om deze postnataal te contacteren minder groot. Op deze manier is de thuiskomst voor de kersverse ouders minder drastisch en worden consequent vragen beantwoord en behoeftes vervuld. Op basis van dit eerste huisbezoek weten ouders meteen waar ze terecht kunnen. Een volgende afspraak voor verdere opvolging kan meteen gemaakt worden. Op deze manier wordt een kwaliteitsvolle zorgverlening gewaarborgd en ontstaat er een vertrouwensband tussen de vroedvrouw en de ouders.

Tijdens het ontslaggesprek wordt de informatie verschaft die vereist is om de komst van de zelfstandig vroedvrouw af te wachten. Zo wordt voorkomen dat er teveel informatie op één moment wordt gegeven en dat ouders vergeten wat er hen verteld werd. Op deze manier wordt eveneens de versochte informatie meermaals herhaald door de vroedvrouw in de thuissituatie en kan er dag per dag, periode tot periode gepaste en geïndividualiseerde informatie verschaft worden.

Geïndividualiseerde zorg vloeit hieruit voort. Enkele ouders maakten in de praktijkstudie de bemerking dat vroedvrouwen vaak een verschillende mening hebben of een verschillend advies verschaffen. Wanneer slechts één vroedvrouw instaat voor de opvolging in de thuissituatie is deze vroedvrouw optimaal op de hoogte van de situatie waar de vrouw in verkeert. Op deze manier kan zij haar informatie hieraan aanpassen en wordt bij de parturiënte een gevoel van waardigheid verkregen. Door de vertrouwensband die wordt opgebouwd met de vroedvrouw ontstaat zelfvertrouwen, empowerment en doorzettingsvermogen. Ideaal zou zijn als deze vertrouwensband reeds wordt opgebouwd tijdens de zwangerschap en deze verderloopt tot 1 jaar na de geboorte.

Indien een bovenstaand systeem uitgewerkt wordt, zal het informatietekort meteen aangepakt worden. Uit de reacties op de praktijkstudie bleek dat meer dan de helft (50.6%) van de respondenten een tekort aan informatie ondervond. Enkel wanneer een perinataal zorgnetwerk wordt uitgebouwd,

kan dit probleem consequent aangepakt worden. Op deze manier wordt ook vermeden dat vrouwen via verschillende zeer uiteenlopende bronnen informatie verkrijgen.

Uit de reacties van de respondenten was af te leiden dat sociale netwerken zoals Facebook in de hedendaagse tijd frequent gebruikt worden om problemen op te lossen. Op deze manier worden familie, vrienden, kennissen of wildvreemden geraadpleegd om allerlei probleempjes op te lossen of advies te geven. Opnieuw krijgen we hier het probleem dat de ouders geconfronteerd worden met tegenstrijdige adviezen.

De invloed van de sociale media kunnen we onmogelijk verhinderen in de hedendaagse tijd. Een optimaal perinataal zorgnetwerk zal er wel toe bijdragen dat vrouwen adequaat worden opgevolgd en dat de problemen eerder worden opgespoord dan dat ze op Facebook terecht komen. Meer zelfs, de sociale media kunnen een manier zijn om vrouwen bekend te maken met de verschillende mogelijkheden die in België bestaan om de postnatale periode zo aangenaam mogelijk te maken. Het kan er misschien voor zorgen dat ouders de weg vinden naar een zelfstandig vroedvrouw, kraamhulp of een lactatiedeskundige.

#### *Sterktes en beperkingen onderzoek*

Allereerst moet bemerkt worden dat het uitgevoerde onderzoek niet generaliseerbaar is, met name door de kleinschalige omvang van het onderzoek. Opvallend was dat ongeveer de helft van het aantal respondenten gebruik maakten van een zelfstandig vroedvrouw, wat er voor zorgt dat de resultaten hierdoor licht beïnvloed werden. Tevens bestond er geen rechtstreekse controle over de graviditeit van de respondenten. De doelgroep werd duidelijk beschreven en enquêtes waarin vermeld stond dat het om een multipara ging, werden geëlimineerd. Echter werd er geen extra vraag gesteld om de pariteit te controleren.

De doelpopulatie werd vooral bereikt door middel van sociale media. De respondenten konden de enquêtes anoniem invullen. Dit vermeerde sociaal wenselijke antwoorden. Mede door het verspreiden van online enquêtes kon een grotere response rate behaald worden, aangezien het slechts vijf minuten tijd in beslag nam om de enquête in te vullen. Door een druk op de knop werd deze immers automatisch terug verstuurd naar de onderzoeker. De vragen werden duidelijk en eenduidig opgesteld, waardoor het eenvoudig was om via de enquête snel een antwoord te bieden op de vragen. Op deze manier kon snel en efficiënt een beeld verkregen worden van de items waaromtrent informatie verkregen werd en de items waaromtrent een informatietekort bevonden werd.

#### *Aanbevelingen voor verder onderzoek*

In dit onderzoek ligt de focus vooral op de informatiebehoefte van kersverse ouders. Echter zou aanvullend onderzoek omtrent de zorgbehoefte van deze ouders ook zinvol zijn. In combinatie met de antwoorden van dit onderzoek kan een beter perinataal zorgsysteem voor België ontwikkeld worden.

Het onderwerp betreft een hot item in de huidige ontwikkeling van de pré- en postnatale zorgen in België. In 2014 kwam het rapport van het KCE uit. Een aanpassing van deze pré- en vooral postnatale zorgen is belangrijk om een kwaliteitsvolle zorgverlening te waarborgen voor ouders.

Ook het verrichten van dergelijk onderzoek kan relevant zijn als kwaliteitscontrole voor ziekenhuizen, om het ziekenhuisverblijf te evalueren en sterke en zwakke punten te onderscheppen. Zo kan de kwaliteit van de zorgverlening in het ziekenhuis worden bevestigd, bijgestuurd en gewaarborgd.

## 5 Conclusie

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag kan een lijst opgesteld worden waarop de informatie die standaard bij het einde van het verblijf op de materniteit zou moeten verschaft worden. Hieronder wordt deze weergegeven.

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Info omtrent de moeder</b> | Controle bij de gynaecoloog op zes weken postpartum<br>Postnatale Kinesitherapie / Sporten na de bevalling<br>Fysieke veranderingen van het lichaam<br>(bloedverlies, pijn, onzwangeren, rust, hormonen, etc)<br>Anticonceptie/ Betrekkingen<br>Babyblues/ Postnatale depressie<br>Info omtrent Kind & Gezin, zelfstandig vroedvrouw, kraamhulp<br>Dagelijkse voeding |
| <b>Info omtrent de baby</b>   |   |
| <i>Algemeen</i>               | Vitamines D en K<br>Zorgen (Navelzorg, hygiëne, stuitverzorging, etc)<br>Mictie en stoelgang<br>Hielprik<br>Gewicht<br>Ziekte (koorts, pijn)<br>Veiligheid (slaaphouding, wiegendood, vervoeren, omgevingstemperatuur)<br>Slaapgedrag<br>Hongersignalen<br>Frequentie drinkmomenten<br>Groeispuurt  |
| <i>Borstvoeding</i>           | Lactatiekundigen<br>Aanlegtechnieken<br>Vraag en aanbod<br>Bewaren van moedermelk<br>Ongemakken ter hoogte van de borsten   |
| <i>Flesvoeding</i>            | Verhouding melk/poeder<br>Bereiden en bewaren van melk<br>Hygiëne flessen en spenen   |

Tabel 8: Conclusie informatiebehoefte

Een ontslaggesprek lijkt vanuit de resultaten vereist. Standaard informatie om de overstap naar de thuissituatie makkelijker te maken lijkt hierin aangewezen. Bij het ontslaggesprek moet niet enkel aandacht zijn voor de verschillende items. Vragen van het koppel moeten beantwoord worden en contactgegevens (van de materniteit, een zelfstandig vroedvrouw, een lactatiedeskundige, kraamhulp en Kind & Gezin) moeten meegegeven worden.

Zoals blijkt uit de resultaten volstaat het niet deze informatie mondeling over te brengen. Ouders krijgen vaak te veel informatie op hetzelfde moment en hun prangende vragen komen vaak pas naar boven na hun ziekenhuisverblijf. Uit de studie blijkt dat het aangewezen is om de informatie die verschaft werd te onderbouwen met een patiëntgerichte brochure, waarop kan teruggevalen worden.

Bovendien zou het ontslag vanuit de materniteit moeten gekoppeld worden aan het contacteren van een zelfstandig vroedvrouw. Deze kan onmiddellijk instaan voor een adequate opvolging in de thuissituatie en onmiddellijk inspelen op de behoeftes van de kersverse ouders. Bovendien is het zinvol deze prenataal reeds in contact te brengen met de ouders, zo kan de vertrouwensband prenataal ontstaan. Op deze manier wordt de drempel kleiner om postnataal contact op te nemen met de vroedvrouw.

Een ontslaggesprek kan onmogelijk alle informatiebehoefte van de kersverse ouders dekken. De rol van de vroedvrouw bestaat immers uit een adequate opvolging binnen 1 jaar na de geboorte. Het voorstel dat het KCE voorlegt, zou daarom met zorg moeten behandeld worden.

Ouders hebben niet enkel een informatiebehoefte, het gaat veel verder dan dat. Een vroedvrouw kan instaan voor opvolging, begeleiding en ondersteuning in het postpartum. De vragen kunnen beantwoord worden. Via de vroedvrouw kan geïndividualiseerde informatie met aandacht voor het emotionele en psychologische luik verkregen worden.

Controles bij de gynaecoloog, opvolging door Kind & Gezin, opvolging door een vroedvrouw en de nodige hulp van een kraamzorgorganisatie kunnen instaan voor een optimaal postnataal zorgnetwerk. Indien een optimale samenwerking kan worden nagestreefd vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie en omgekeerd kunnen problemen worden vermeden, gedetecteerd en opgevolgd.

## Lijst van figuren

|   |    |
|---|----|
| Figuur 1: Verblijfsduur op de materniteit ..... | 22 |
| Figuur 2: Postnatale diensten .....             | 23 |
| Figuur 3: Informatie omtrent de moeder.....     | 24 |
| Figuur 4: Algemene info omtrent de baby .....   | 26 |
| Figuur 5: Info omtrent borstvoeding.....        | 27 |
| Figuur 6: Info omtrent flesvoeding .....        | 27 |



## Lijst van tabellen

|   |    |
|---|----|
| Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria .....  | 6  |
| Tabel 3: Omschrijving populatie.....  | 7  |
| Tabel 4: Meest voorkomende onderwerpen uit de literatuur omtrent de moeder.....           | 11 |
| Tabel 5: Meest voorkomende onderwerpen uit de literatuur omtrent de pasgeborene (PG)..... | 12 |
| Tabel 6: Vergelijking tussen zorgverstrekkers en moeders (Ruchala, 2000) .....            | 13 |
| Tabel 7: NICE guidelines .....  | 14 |
| Tabel 8: Richtlijnen WHO .....  | 15 |
| Tabel 9: Conclusie informatiebehoefte.....  | 34 |

## Bronvermelding

Askelsdottir B., Lam-de Jonge W., Edman G. & Wilkund I. (2013). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 29, 927-934.

Bakker & Van Buuren (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Heerlen: Noordhoff Uitgevers.

Bowman K. (2000). Postpartum Learning Needs. *Jognn*, 33, 4, 438-443.

Carruth B. & Skinner J. (2001). Mothers' Sources of Information About Feeding Their Children Ages 2 months to 54 months. *JNE*, 33, 143-147.

Christie J. & Bunting B. (2010). The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 689-702.

Expertisecentrum Kraamzorg De Wieg Noord (2015). On-line, Internet, 13 januari 2015. Beschikbaar: [www.eckdewieg.be](http://www.eckdewieg.be).

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2014). De Organisatie van de zorg na een bevalling. On-line, Internet, 2 november 2014. Beschikbaar: [kce.fgov.be](http://kce.fgov.be)

Griffin J. , McKenna K. & Tooth L. (2003). Written health education materials: Making them more effective. *Australian Occupational Therapy Journal*. 50, 170-177.

Grimes H. , Forster D. & Newton M. (2013). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30, e26-e33.

Hinsliff-Smith K. , Spencer R. & Walsh D. (2014). Realities, difficulties, and outcomes of mothers choosing to breastfeed: Primigravid mothers experiences in the early postpartum period (6-8 weeks). *Midwifery*, 30, e14-e19.

Hung C. (2006). Correlates of First-Time Mothers' Postpartum Stress. *Koashsiung J Med Sci*, 22, 10, 500-507.

Kanotra S. , D'Angelo D. , Phares T. , Morrow B., Barfield W. & Lansky A.(2007). Challenges Faced by New Mothers in the Early Postpartum Period: An Analysis of Comment Data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) Survey. *Matern Child Health Journal*, 11, 549-558.

Kind & Gezin (2015). On-line, Internet, 13 januari 2015. Beschikbaar: [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be).

National Collaborating Centre for Primary Care (2006). Routine postnatal care of women and their babies. On-line, Internet, 11 April 2014. Beschikbaar: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

Oosterbaan J. (2006). Hoe brengen we de kwaliteit van patiëntenfolders in kaart? Ontwikkeling van evaluatie-instrumenten ten behoeve van schriftelijk patiëntenvoorlichtingsmateriaal. (Materproef Universiteit Twente, departement gezondheidszorg, ongepubliceerd document).

Osman H., Chaaya M., El Zein L., Naassan G. & Wick L. (2010). What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health*, 10, 611, 1-6.

- Razurel C. , Bruchon-Schweitzer M. , Dupanloup A. , Irion O. & Epiney M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242.
- Ruchala P. (2000). Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women. *Jognn*, 29, 3, 265-273.
- Sword W. & Watt S.(2005). Learning needs of Postpartum Women: Does Socioeconomic Status Matter? *Birth*, 32, 2, 86-92.
- Stainton C., Murphy B., Higgins P., Neff J., Nyberg K. & Ritchie J. (1999). The needs of postbirth parents: An international, multisite study. *The Journal of Perinatal Education*. 8, 3, 21-29.
- Vlaamse organisatie van vroedvrouwen (2014). Nomenclatuur voor vroedvrouwen. On-Line, Internet, 13 januari 2015. Beschikbaar: [www.vlov.be](http://www.vlov.be)
- Wilkins C. (2005). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22, 169-180.
- World Health Organisation (1998). Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. On-line, Internet, 10 april 2014. Beschikbaar: [www.who.int](http://www.who.int).

## Bijlages

## Bijlage 1: Informatiebrief

### **Betreft: Onderzoek naar de noden van het kersverse ouderpaar**

Geachte,

Uit de literatuur blijkt dat kersverse ouders verschillende noden en behoeftes hebben in de eerste weken na de bevalling. De informatie die wordt verstrekt op het einde van het verblijf op de materniteit blijkt voor sommige koppels ontoereikend. Ik had graag door middel van vragenlijsten nagegaan welke deze noden nu juist zijn en wat de meest gestelde vragen blijken. Nadat ik de vragenlijsten verwerkt heb, probeer ik gelijklopende antwoorden te vinden en zo richtlijnen op te stellen voor de vroedvrouw. Zo kunnen in het vervolg koppels meer en gericht worden geïnformeerd bij hun vertrek naar huis.

Ik had u graag uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek en de vragenlijst in bijlage zo eerlijk mogelijk in te vullen. Hierbij ga ik uw persoonlijke tekorten of vragen na.

De deelname aan dit onderzoek vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen en u op eender welk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden op te geven.

Uw gegevens worden gebruikt en vergeleken met de antwoorden van andere koppels.

De vragenlijst kan, na het voltooien van de vragen, worden teruggestuurd met behulp van bijgevoegde enveloppe.

Dank bij voorbaat,

Bij vragen of onduidelijkheden kan u mij altijd contacteren op [charlotte.cocquyt@student.vives.be](mailto:charlotte.cocquyt@student.vives.be).

Charlotte Cocquyt (0491/ 13 64 84)

Studente vroedkunde

Vives Hogeschool Campus Brugge

## Bijlage 2: Informed Consentformulier

Toestemmingsverklaring voor het onderzoek naar de meest gestelde vragen van het kersverse ouderpaar

Hierbij verklaart

Naam:

Adres:

Plaats:

Telefoonnummer:

Vrijwillig mee te willen werken aan het onderzoek naar de meest gestelde vragen van het kersverse ouderpaar.

Ondergetekende is schriftelijk voldoende op de hoogte gesteld van de doelstelling en de inhoud van het onderzoek en weet wat deelname voor hem/haar inhoudt. Hij/zij is in de gelegenheid gesteld om telefonisch vragen te stellen. Ondergetekende kan op ieder moment de medewerking aan het onderzoek intrekken.

Ondergetekende gaat ermee akkoord dat, ten behoeve van dit onderzoek antwoorden worden gegeven aan de onderzoeker. De gegevens die verzameld worden in dit onderzoek zullen verantwoordelijk worden behandeld.

Ondergetekende geeft tevens toestemming tot publicatie van de uit dit onderzoek voortkomende resultaten (geen individuele gegevens). Bij publicatie van de resultaten wordt anonimiteit gewaarborgd. Na afloop van het onderzoek wordt u van de resultaten op de hoogte gesteld.

Plaats:

Plaats:

Datum:

Datum:

Handtekening proefpersoon:

Handtekening onderzoeker:

## Bijlage 3: Blanco vragenlijst

Lees de vragen aandachtig, bij het antwoord die het beste aansluit bij uw bevindingen kan u het vakje aankruisen.

**1. Geslacht:**

man

vrouw

**2. Burgerlijke stand:**

samenwonend

gehuwd

alleenstaand

bewust alleenstaande moeder

**3. Hoeveel weken oud is uw kindje nu?**

minder dan 6 weken

tussen 6 en 10 weken

meer dan 10 weken

**4. Ik geef:**

Borstvoeding

Flesvoeding

**5. Ik had een:**

vaginale bevalling

een keizersnede

**6. Maakt u gebruik van één van volgende diensten:**

telefoon materniteit

zelfstandig vroedvrouw

lactatiekundige

kraamzorg

Kind & Gezin

andere:.....

neen

**7. Hoelang verbleef u op de materniteit:**

- minder dan 24 uur
- 2 nachten
- 3 nachten
- 4 nachten
- 5 nachten
- meer dan 5 nachten

**8. Werd er bij het vertrek op de materniteit informatie gegeven over de volgende onderwerpen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

|                     |
|---------------------|
| <b>Over de mama</b> |
|---------------------|

Voeding

- inname vitamines
- dagelijkse voeding

Ontzwangeren

- aanpassingen van het vrouwelijk lichaam
- bloedverlies
- pijn (knip, scheurtje, rug, borsten,...)
- postnatale oefeningen of postnatale kiné
- persoonlijke rust
- stoelgangpatroon/ constipatie
- plassen
- controle bij de gynaecoloog op 6 weken na de bevalling

Relatie met de partner

- regelen van het huishouden
- betrekkingen
- anticonceptie



### Gemoed/ Gemoedsrust

- waar kan ik terecht voor informatie omtrent problemen (bv. telefoonnummer materniteit)
- postnatale depressie
- babyblues

**9. Over welke van bovengenoemde onderwerpen had u graag meer informatie gehad? Of zijn er onderwerpen die nog niet zijn aangehaald waar u liever informatie over gekregen had?**

**10. Werd er bij het vertrek op de materniteit informatie gegeven over de volgende onderwerpen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

|                     |
|---------------------|
| <b>Over de baby</b> |
|---------------------|

### Voeding van de baby

Indien u borstvoeding geeft:

- vraag en aanbod
- wanneer heeft mijn kind genoeg?
- frequentie drinkmomenten
- aanlegtechnieken
- slaperigheid van de baby
- samentrekkingen van de baarmoeder
- (manueel) afkolven
- hygiëne van de borsten
- overstap naar flesvoeding
- ongemakken ter hoogte van de borsten
- bewaren moedermelk
- invriezen en ontdooien van moedermelk
- hongersignalen
- hongerdagen/ groeispuurt

Indien u flesvoeding geeft:

- Soort melkpoeder
- frequentie drinkmomenten
- Hoeveelheid per voeding
- verhouding water + poeder
- bereiden en bewaren van melk
- hygiëne flessen en spenen
- hongersignalen

#### Voedingssupplementen

- vitamine D voor de baby
- vitamine K voor de baby

#### Gewicht

- gewicht van de baby
- stoelgangpatroon van de baby
- aantal plaspampers

#### Zorg aan de baby

- hygiëne van de baby
- navelzorg
- stuitverzorging
- pijn bij de pasgeborene

#### Veiligheid

- slaapgedrag van de baby
- omgevingstemperatuur
- veilige omgeving voor de baby
- wiegendood
- slaaphouding
- vervoeren van de baby
- kinkhoestvaccin
- Hielprik

Gedrag

krampjes

huilen

koorts

**11. Over welke van bovengenoemde onderwerpen had u graag meer informatie gehad? Of zijn er onderwerpen die nog niet zijn aangehaald waar u liever informatie over gekregen had?**

**12. Heeft u het idee dat u voldoende informatie kreeg? Waarom wel/ niet?**

**11. Had u liever een aanvullende patiëntenbrochure gekregen waarin de meest gestelde vragen met hun antwoord vermeld staan?**

ja

neen

**12. Ik wens op de hoogte te blijven van de uitkomsten van het onderzoek, u kan me contacteren op het volgende e-mailadres: .....**